

# ”Strålbehandlingen är absolut ingenting att vara rädd för ”

**En kvalitativ studie i hur cancerpatienter upplever strålbehandlingen som behandlingsmetod.**

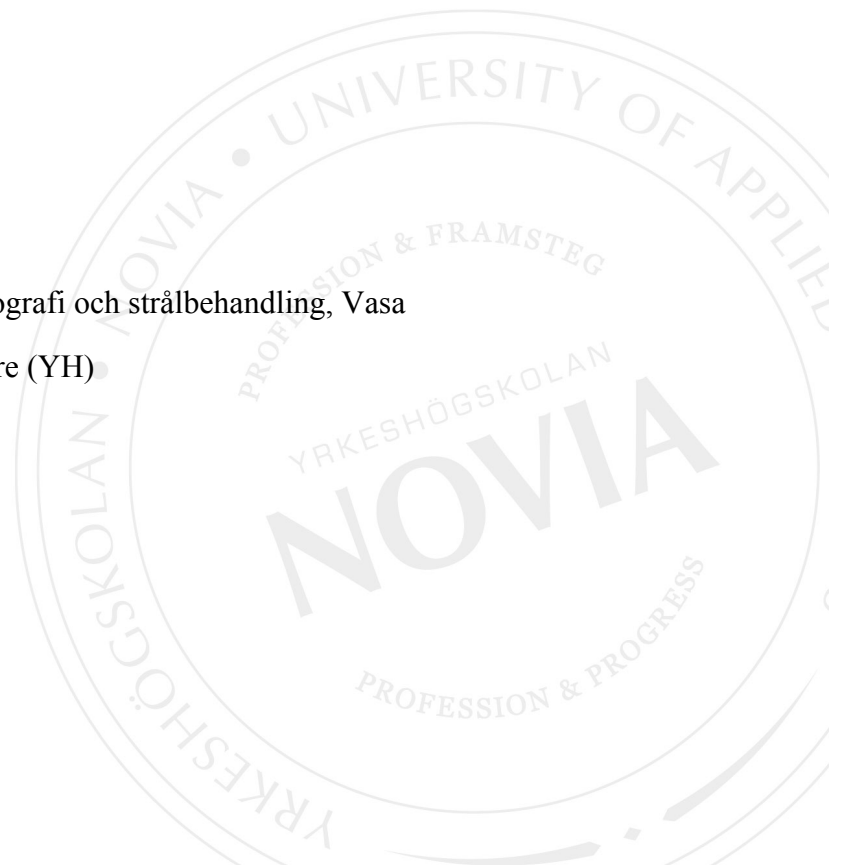
Anna Eklund

Anna Mild

Examensarbete inom radiografi och strålbehandling, Vasa

Utbildning: Röntgenskötare (YH)

Vasa 2017



## EXAMENSARBETE

Författare: Anna Eklund och Anna Mild  
Utbildning och ort: Röntgenskötare, Vasa  
Handledare: Katarina Vironen

Titel: Strålbehandlingen är absolut ingenting att vara rädd för

---

Datum 1.12.2017    Sidantal 47

Bilagor 1

---

### Abstrakt

Syftet med vårt examensarbete var att redogöra hur cancerpatienten upplever strålbehandlingen som behandlingsmetod. Målet var att göra ett informationsblad till andra strålbehandlingspatienter om hur andra upplevt den.

Denna studie är kvalitativ, där vi analyserat och vidare kategoriserat fem stycken intervjuer och tre frågeformulär. Frågorna besvarades via intervju, telefon eller med hjälp av en elektroniskt frågeformulär. Frågeställningen som använts var: Hur upplevde patienten strålbehandlingen? Har patienten fått tillräcklig information? Hur har patienten blivit bemött?

Respondenterna valde som teoretiska utgångspunkter trygghet och information eftersom information är viktigt för att patienten skall känna trygghet och bli delaktig i sin vårdprocess. Vi valde som teoretisk bakgrund cancer och strålbehandling. Information söktes i litteratur, vetenskapliga forskningar och internet källor.

Resultatet visade överlag att bemötandet var varmt och informationen tillräcklig på strålbehandlingen. Slutsatsen är att informanterna upplevde att de blev bra omhändertagna och att de fick svar på alla sina frågor.

---

Språk: Svenska

Nyckelord: patienttrygghet, patientinformation, strålbehandling

---

# OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Anna Eklund & Anna Mild

Koulutus ja paikkakunta: Röntgenhoitaja, Vaasa

Ohjaaja: Katarina Vironen

Nimike: Sädehoitoa ei kannata missään nimessä pelätä

---

Päivämäärä 1.12.2017 Sivumäärä 47

Liitteet 1

---

## Tiivistelmä

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia, kuinka syöpäpotilaat kokevat sädehoidon hoitomuotona. Tavoitteena oli luoda potilasesite tuleville potilaille, siitä miten muut potilaat ovat kokeneet sädehoidon.

Tutkimus on kvalitatiivinen ja olemme analysoineet viisi haastattelua sekä kolme kyselylomaketta jakaen ne edelleen kategorioihin. Kysymyksiin vastattiin haastatteluissa, puhelimitse tai elektronista kysymyslomaketta käyttäen. Tutkimuskysymykset olivat seuraavat: Miten potilas koki sädehoidon? Onko potilas saanut tarpeeksi tietoa hoidosta? Miten potilas koki tullessa vastaanotetuksi?

Valitsimme teoreettiseksi lähtökohdaksi turvallisuuden tunteen ja informaation, koska tieto hoidoista on keskeinen tekijä potilaan turvallisuuden ja -osallisuuden tunteen varmistamisessa osana hoitokulkua. Teoreettisessa taustassa tarkastelemme syöpää ja sädehoitoa. Olemme käyttäneet lähteinä kirjallisuutta, aikaisempia tutkimuksia ja internetiä.

Tulokset osoittavat, että vastaanotto sädehoidossa on koettu lämpimäksi ja tietoa tarjotaan riittävästi. Tuloksista voimme siis päätellä, että vastaanotto oli lämmin ja potilaan kysymyksiin vastattiin.

---

Kieli: Suomi

Avainsanat: potilasturvallisuus, potilasinformaatio, sädehoito

---

## **BACHELOR'S THESIS**

Author: Anna Eklund & Anna Mild

Degree Programme: Radiographer, Vaasa

Supervisor: Katarina Vironen

Title: Radiotherapy is absolutely nothing to be afraid of

---

Date 1.12.2017    Number of pages 47

Appendices 1

---

### **Abstract**

The purpose of this thesis was to provide a view of the experiences of patients who have undergone radiotherapy as a method of treatment. The aim was to create an information leaflet to share the experiences of existing radiotherapy patients with new patients who are about to undergo radiotherapy.

This was a qualitative study, in which we analyzed the experiences of patients using eight interviews and three questionnaires across different categories. The questions were answered face to face, through phone or using an electronic questionnaire. Our research questions were: How did the patient experience radiotherapy? Did the patient receive enough information? How was their experience during their admission for treatment?

We chose safety and information as our theoretical frame, because information is important to ensure a patient can feel both safe and involved during their treatment process. As the theoretical background, we chose cancer and radiotherapy. We have been using literature, scientific research articles and websites as research sources.

Results shows that the process for admission has been very thorough and informative, with patients receiving answers to all of their questions.

---

Language: English

Key words: patientsafety, patientinformation, radiotherapy

---

# Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
2. Syfte och frågeställning.....	2
3. Teoretisk bakgrund.....	3
3.1 Allmänt om cancer.....	3
3.2 Godartade och elakartade tumörer.....	4
3.3 Bildandet av en cancertumör.....	4
3.4 Tumörens stadieindelning.....	5
3.5 Etiologi och riskfaktorer.....	5
3.6 Tumörmarkörer.....	7
3.7 Undersökningar och Diagnostisering.....	7
3.8 Behandlingar.....	8
3.9 Strålbehandling.....	10
3.10 Strålbehandlingens historia.....	11
3.11 Biverkningar av strålbehandlingen.....	12
3.12 Psykosocialt stöd för patienten.....	13
4. Teoretisk utgångspunkt.....	14
4.1 Information.....	14
4.2 Trygghet.....	16
4.2.1. Fysisk miljö.....	17
4.2.2. Trygghet och otrygghet.....	18
5. Tidigare forskning.....	18
6. Studiens genomförande.....	29
6.1 Kvalitativ metod.....	30
6.2 Datainsamlingsmetod.....	30
6.2.1 Intervju.....	30
6.2.2 Frågeformulär.....	31
6.3 Kvalitativ innehållsanalys.....	32
7. Resultat.....	32
7.1. Intervjufrågor.....	33
7.2. Resultat av analys.....	33
7.2.1. Varmt och professionellt bemötande.....	33
7.2.2. Upplevelse av Information.....	34
7.2.3 Biverkningar.....	35
7.2.4 Rädslor.....	35
7.2.6 Upplevelse av strålbehandlingsperioden.....	36
7.2.7 Påverkan av sjukdomen.....	37

7.2.8 Stöd och professionellt stöd.....	37
7.2.9 Råd till andra patienter som ska få eller får strålbehandling.....	38
7.2.10 Tillägg.....	39
8.Tolkning .....	39
9. Produkten.....	42
10. Kritisk granskning .....	42
10.1 Intern logik.....	42
10.2 Etiskt värde .....	43
10.3 Struktur.....	44
11. Diskussion .....	44
Källföretckning .....	47

## 1. Inledning

Cancer, det finns inte många ord som fyller oss med lika stark fruktan. Trots att många numera botas från sjukdomen sätter många ett lika medtecken mellan cancer och död. De flesta har någon erfarenhet av denna sjukdom. Vem som helst kan bli drabbad, när som helst. Att drabbas av cancer innebär oftast en livsavgörande omtumlande vändpunkt. Cancer berör alla och lämnar ingen oberörd. (Pesikan 2004).

Uppskattningsvis får var tredje människa en cancerdiagnos under sin livstid. Dödligheten minskar dock på grund av att läkemedel och behandlingsmetoder utvecklas allt snabbare. Överlevnaden förbättras också tack vare att man upptäcker cancer tidigare genom screening undersökningar och diagnostiska tekniker förbättras. (Bergqvist 2010).

En röntgenskötare möter varje dag cancerpatienter i sitt arbete. De flesta cancerpatienter kommer till röntgenavdelningen någon gång under sin sjukdomstid på en undersökning antingen för att diagnostisera tumören, för att följa upp en behandlings effekt eller när man misstänker cancer.

Eftersom man som röntgenskötare också kan arbeta på strålbehandlingen har vi valt att skriva vårt arbete om hur patienten upplever strålbehandlingen som behandlingsmetod. Samt göra ett informationsblad till strålbehandlingspatienter om hur andra patienter upplevt eller upplever den. Av detta informationsblad kan andra strålbehandlingspatienter finna stöd eftersom informationen kommer från någon som varit med om samma sak och kan bidra med sina egna erfarenheter och upplevelser.

*”Men det var en kallelse till strålbehandling, jag ska dit den 16 maj och själva strålbehandlingen börjar preliminärt den 4/6. Trots att vi har varit inställda på att det skulle bli strålbehandling efter operationen så har vi ju ändå hoppats på att jag skulle slippa! Det kändes ju som ett hårt slag i magen, luften försvann, jag vill känna att jag kan andas, jag vill ha luft, jag vill att allt ska vara över nu! Jag vill ha en paus....nu!”*

Ett utdrag ur ett blogginlägg från [www.carroskamp.blogg.se](http://www.carroskamp.blogg.se) om hur en kvinna upplever att få kallelsen till strålbehandlingen.

## 2. Syfte och frågeställning

Forskningens syfte är att ta reda på och redogöra för patientens upplevelse kring strålbehandlingen som behandlingsmetod.

Målet är att skapa ett informationsblad åt cancerpatienter som skall få strålbehandling om hur andra patienter har upplevt den. Vilket kan leda till att andra patienter finner stöd eftersom infon kommer få någon som varit med om samma sak. Även vårdpersonal kan ta del av undersökningen för att förbättra informationen och omvårdnaden av strålbehandlingspatienter.

Frågeställningen som använts är:

- Hur upplevde patienten strålbehandlingen?
- Har patienten fått tillräcklig information?
- Hur har patienten blivit bemött?



### 3. Teoretisk bakgrund

I detta kapitel har respondenterna valt att ta med allmänt om cancer, hur en tumör uppstår, skillnaden mellan godartade och elakartade tumörer, tumörmarkörer, diagnostisering, etiologi och riskfaktorer, behandlingar, strålbehandling och dess historia samt biverkningar av strålbehandlingen. Allt detta har vi tagit med för att vi vill ge läsaren en tydlig bild om vad cancer är och vad det finns för behandlingar så att läsaren lättare ska kunna förstå vårt ämne.

#### 3.1 Allmänt om cancer

Cancer betyder kræft på latin och är ett samlingsnamn för sjukdomar som kännetecknas av okontrollerad celltillväxt samt förmåga att förstöra vävnad. Det finns cirka 200 olika cancertyper. Symtomen på cancer beror på var i kroppen sjukdomen finns. Allmänna symtom kan också uppkomma främst på grund av den inflammatoriska reaktionen i form av en sjukdomskänsla, trötthet, påverkat allmäntillstånd, feber, viktnedgång och illamående. (Nilbert 2013, s.19 och s. 22).

Årligen drabbas cirka 13 miljoner människor i världen av cancer. Sjukdomen beräknas orsaka 8 miljoner dödsfall. Cancer ökar främst på grund av en stigande medelöverlevnad och en större mängd äldre i många länder. I världen är bröstcancer, cervixcancer (livmoderhals) och lungcancer för kvinnor de tre vanligaste cancerformerna. Bland män är lungcancer, ventrikelcancer (hjärtkammare) samt levercancer de tre vanligaste diagnoserna. Cancer är den näst vanligaste dödsorsaken i industriländerna och den tredje vanligaste i utvecklingsländerna. I Europa är prostatacancer, bröstcancer och tjock och ändtarmscancer och lungcancer de vanligaste cancerformerna. (Nilbert 2013, s.25 och s.29).

I Finland är bröstcancer den vanligaste cancerformen hos kvinnor följt av tarmcancer som är den näst vanligaste och lungcancer är den tredje vanligaste formen. Prostatacancer är den vanligaste cancerformen för män i Finland följt av lungcancer på andra plats och tarmcancer på tredjeplats. (Allt om cancer, u.å.).

Cancer kan uppstå på flera olika ställen i kroppen och det finns mycket som skiljer olika cancersorter från varandra. Enda saken de har gemensamt är hur de uppstår. Cancerceller uppstår på grund av att en eller flera helt friska celler förändras, det sker en mutation i cellen och de slutar kommunicera med andra friska celler. De fortsätter att dela sig okontrollerat och dör inte när de ska som friska celler annars gör. (Olzon-Schultz 2017).

I elakartade tumörceller är cellkärnan vanligtvis förstörd i förhållande till cytoplasman. Kärnmembranen är vanligtvis förtjockad och nukleolerna är oregelbundna och stora. Kromatinkornen är ojämnt fördelade och grova, grovkornigt kromatin gör kärnan mer färgbar än normalt. I cellen kan det finnas fler kromosomer än normalt och att flera celler kan befinna sig i celldelning. Celldelningen kan också ha ett avvikande utseende från det normala. (Brehmer-Andersson 2011, s.124).

### **3.2 Godartade och elakartade tumörer**

Godartade tumörer kallas för benigna tumörer och har inte samma egenskaper som en elakartad tumör. Den benigna tumören kan bli stor men kan inte sprida sig till andra organ i kroppen och kan inte heller växa igenom andra vävnader. Elakartade tumörer kallas för maligna. Det är de som är cancer. (Einhorn 2016).

Det som kännetecknar en cancertumör är att den kan växa in i vävnaderna och sprida sig till lymfkörtlar och andra organ via blodet. Den kan då börja bilda metastaser så kallade dottertumörer på andra ställen i kroppen. (Olzon-Schultz 2017).

### **3.3 Bildandet av en cancertumör.**

- Förstadiet kallas för hyperplasi då ökar cellerna i antal men beter sig annars normalt. Kroppen klarar oftast att ta hand om denna förändring. Så hyperplasi behöver inte alltid leda till att en cancertumör uppstår.
- Första fasen kallas för dysplasi med andra ord cellförändringar. Då förändras cellerna till utseendet och börjar förlora sin ursprungliga funktion. Cellförändringar kan upptäckas med mikroskop. Ibland kan cellförändringen stanna av.
- Andra fasen heter cancer in situ. Cellerna har då fått så förändrade egenskaper att man kallar dem för cancerceller. Cancercellerna växer på samma ställe och kan ännu inte tränga in i organ omkring.
- Tredje fasen heter invasiv cancer eller fullt utvecklade cancer. Cancercellerna har nu förändrats så att de kan röra sig och tränga in i vävnader och organ runt omkring.
- Fjärde fasen kallas för metastaserande eller spridd cancer. I denna fas kan cancercellerna ta sig ut i lymfsystem och blodkärl för att sedan kunna sprida sig till andra organ. (Olzon-Schultz 2017).

### 3.4 Tumörens stadieindelning

För nästan alla tumörer använder man sig utav TNM systemet när man skall stadieindela tumörens status. TNM beskriver tumörsjukdomens utbredning i kroppen. T står för tumörstorlek, N för spridning i lymfkörtlar och M för metastasering. (Eriksson 2008, s.110-111).

TNM systemet används i kombination med siffror från 1- 4. Till exempel T1 betyder att tumören är liten och T4 innebär att tumören vuxit in i närliggande organ. N0 betyder att det inte finns spridning till lymfkörtlar men ju högre siffra desto fler lymfkörtlar är drabbade. M1 betyder att primärtumören bildat metastaser på andra ställen i kroppen. M0 betyder att det inte finns metastaser. (Cancerfonden., u.å.).

### 3.5 Etiologi och riskfaktorer

Ärftlighet spelar en specifik roll för vissa tumörformer, för andra sorter ökar risken om man redan har till exempel en inflammatorisk tarmsjukdom. Levnadsvanorna spelar också en viktig roll. (Trolle-Lagerros 2008,s.26-27).

Det finns få riskfaktorer som har så starka dokumenterade samband med cancer som tobaksrökning har. De organ som kommer direkt i kontakt med röken drabbas värst men alla organ påverkas egentligen mer eller mindre. Rökning har ett samband med cancer i lunga, luftstrupe, struphuvud, luftrör, svalg, magsäck, munhåla, bukspottskörtel, njurbäcken, penis och livmoder. I Sverige beräknas 25% av all canceruppkomst bero på rökning, ca 10000 fall per år. (Trolle-Lagerros 2008, s. 26-27).

Alkohol anses inte ha lika stor cancerpåverkan som rökning men har ett samband med cancer i övre luftvägar, bröst, och matstrupe. Alkohol ökar även risken för levercirros som ökar risken för levercancer. (Trolle-Lagerros 2008, s.26-27).

Det är känt att joniserande strålning kan orsaka cancer. De vanligaste källorna är radon i bostaden, medicinsk diagnostik och den naturliga bakgrundsstrålningen. UV strålning från solen ökar också risken att insjukna. Icke-melanom som utgör 95% av all hudcancer uppstår på ställen som är mest utsatta för sol som nacke och huvud. Ju närmare ekvatorn man bor ju större är risken att insjukna. Det är vanligare att 50 åriga utomhusarbetare drabbas av icke-melanom än personer i samma ålder som arbetat mest inomhus. Personer med ljus hy, fräknar och blå ögon har en ökad risk att drabbas. Malignt-melanom som står för 5 procent av all hudcancer är vanligare hos personer med ljus hy. Men i detta fall så påverkas den inte

av den totala sol dosen utan av akuta skador i huden uppkomna av solljus. Framför allt de skador som uppkom i barndomen. Ju längre bort från ekvatorn man bor minskar också risken att insjukna i malignt melanom. Skandinavien är dock ett undantag som tros bero på den stora exponering sol skandinaver utsätter sig för under semestrar i varmare länder. (Trolle-Lagerros 2008, s.28).

20 procent av alla cancerfall orsakas av mikrober. Olika virus är förknippade med en rad mer eller mindre ovanliga tumörsorter. Till exempel humant papillomvirus (HPV) kan ge cervix och anogenital cancer. En infektion med *Helicobacter pylori* kan leda till uppkomsten av ventrikel cancer. Årligen leder hepatit B och C virus till mer än 200 000 uppkomster av primär levercancer. (Trolle-Lagerros 2008, s.27).

Fysisk aktivitet minskar risken för att insjukna i tarmcancer troligen även för endometrie- och bröstcancer. Fetma ökar risken för att insjukna i cancer i bröst, njurar, livmoder och i matstrupen. (Trolle-Lagerros 2008, s.27).

Kemiska carcinogena ämnen kan vara naturligt förekommande eller framställda av människan. Ämnena indelas i två grupper och kan vara direkt carcinogena eller först bli carcinogena när de bryts ned av människokroppen. Vissa aromatiska polycykliska kolväten som är en förbränningsprodukt av kolhaltiga föreningar har en cancerframkallande effekt. Exempelvis benzpyren som är ett sånt kolväte som finns i avgaser, i cigaretttrök, i rök från fabriks kors stenar och i mat som är rökt. Där den förs in i kroppen eller på den plats den appliceras utövar den sin carcinogena effekt. Asbest har uppkommit genom sönderdelning av flera olika mineraler och används i väggar och tak som brandskydd, eftersom det inte kan brinna. Asbest bildar ett damm i inandningsluften som vid inandning retar vävnaden och ökar risken att utveckla mesoteliom, en elakartad tumör i lungsäcken som är en ovanlig form av cancer. Anilinhaltiga färgämnen som man förr i tiden använde i färgindustrier har ett samband med cancer i urinblåsan. Nickel och krom kan framkalla cancer eftersom det finns en ökad förekomst av bronkialcancer hos de som arbetat i kromindustrier och en ökad förekomst av cancer i bihålor i näsan hos de som arbetat i nickel industrier jämfört med den övriga befolkningen. (Brehmer-Andersson 2011, s. 146-148).

Vissa maligna tumörer är hormonberoende och behöver samma hormon som finns i vävnaden för att växa. Olika sorter av bröstcancer och prostatacancer är exempel på en hormonberonde tumörtyper. I vissa bröstcancer typer finns det receptorer för östrogen och med hjälp av antiöstrogenbehandling kan man få tumören att minska. Ca 80 procent av

prostatacancerfallen är tumören hormonberoende av androgent hormon. (Brehmer-Andersson 2011, s.149).

Anabola steroider ökar risken för primär levercancer. Det finns också en risk för kvinnor som under lång tid fått en östrogenbehandling att få livmodercancer. (Brehmer-Andersson 2011, s. 148-149).

### **3.6 Tumörmarkörer**

Fetala antigen kallas också för tumörmarkörer och kan vara enzymer eller hormoner som produceras av tumörcellen i så stor mängd att de kommer ut i blodcirkulationen och blir mätbara. Efter att tumören opererats bort och det inte finns några metastaser sjunker värdet på tumörmarkören. Finns det metastaser eller cancer kommer tillbaka stiger återigen värdet. Är värdet på tumörmarkören mycket högt före operation eller annan behandling tyder det på en avancerad tumörsjukdom med metastaser. Exempel på tumörmarkörer är CEA carcinoembryonalt antigen som produceras av en del adenocarcinom i grovtarmen. Vissa elakartade tumörer i testiklar och ovarier kan producera hormonet humant choriongonadotropin, HCG. Den mest använda tumörmarkören är PSA ett enzym som produceras i prostatakörteln. Ett högt PSA värde förekommer adenocarcinom i prostatakörteln men också vid infektioner och godartad förstoring av prostatan. Så ett förhöjt PSA värde behöver inte betyda att man har cancer men kräver en utredning. (Brehmer-Andersson 2011, 140).

### **3.7 Undersökningar och Diagnostisering**

Cancer diagnostiseras oftast med hjälp av olika bilddiagnostiska undersökningar, mikroskopiska vävnads undersökningar och biokemiska samt molekylära analyser. (Nilbert 2013, s.22 ).

I en malignitetsutredning är den sista åtgärden en punktion så kallad biopsi. För att få vävnad från tumören till en cytologisk eller histopatologisk diagnos. Punktionen kan göras som en finnålsaspiration eller som en grov nålsbiopsi. Man utför punktionen oftast med hjälp av ultraljud men den kan också göras med hjälp av datatomografi eller röntgengenomlysning. (Ålström-Riklund & Hietala. 2008, s.127).

En grovnålsbiopsi ger ett mer säkrare och mer detaljerad information om till exempel tumörens gradering, art och invasiv växt än en finnålsaspiration. Finnålsaspirations metoden är däremot lättare att använda. (Collins 2008, s. 119).

När man undersöker provbiten från tumören i ett mikroskop ser man om den är malign eller benign. Man sticker en tunn nål i tumören där celler sugts ut via nålen. Sedan stryks cellerna på en glasplatta som färgas och torkas så man kan se cellerna i mikroskop. Gör man en grovnålsbiopsi tar man ut en liten vävnadsbit som också undersöks i mikroskop men då får man bedövning före. (Björnstad, 2015).

Den vanligaste röntgenundersökningen som används för att diagnostisera cancer eller precisera dess spridning är datortomografi så kallad skiktröntgen. Vid en magnetkameraundersökning eller magnetisk resonanstomografi används magnetfält och inte röntgenstrålning för att få bilder. Magnetkameraundersökningar används också när man vill klarlägga situationen hos en patient som har cancertumör. (Allt om cancer u.å.).

Magnetisk resonanstomografi (MRT) och datatomografi (DT) är de undersökningsmetoder som används mest för att diagnostisera tumörer i hjärnan. MRT ger mer information än DT på sjukdomar i huvudet. (Ålström-Riklund & Hietala 2008, s.127).

En ultraljudsundersökning är en bra metod när man vill undersöka livmodern, levern, bukspottkörteln eller njurarna. Man kan även ta cellprov vid en ultraljudsundersökning. Mammografi är en röntgenundersökning av bröstet. Man använder även mammografi till screening av bröstcancer. För att redogöra hur canceren spritt sig använder man hjälp av en isotop undersökning. Vid en sådan undersökning sprutar man in en radioaktiv markör i patientens kropp. Markören far till de organ som ska undersökas, och med hjälp av olika avbildningsmetoder kan man klarlägga hur canceren spritt sig. Isotopundersökningar används för att redogöra för spridningsgraden vid bland annat prostatacancer, bröstcancer och tarmcancer. Blodprov tas genast då det finns misstanke om cancer. Blodprov kan visa om det finns tumörmarkörer. Mängden tumörmarkörer i blodet beror på cancerens aktivitet. Tumörmarkören kan hjälpa vid bedömningen av prognosen och uppföljningen av canceren. (Allt om cancer, u.å.).

### **3.8 Behandlingar**

Det finns tre huvudtyper av cancerbehandlingar; strålbehandling, kirurgi och cytostatika.

Strålbehandling kan indelas i yttre- och inre bestrålning. I yttre strålbehandling bestrålas patienten med hjälp av röntgenapparat som skickar strålar från olika håll mot tumören. Inre strålbehandling fungerar på motsvarande sätt så att strålkällan placeras in i patienten så kallad brakyterapi som också är en form av strålbehandling. Det finns två typer av brakyterapi hög- och låg dos rat av vilket HDR (High Dose Rate) är vanligare och den används främst mot prostatacancer. LDR (Low Dose Rate) används mot t.ex. hudcancer. Strålbehandling kan alternativt kategoriseras i form av elektromagnetisk strålning (fotoner) eller partikelstrålning (elektroner, protoner och neutroner). Elektroner används till exempel mot hudcancer men ungefär 90 % av patienter behandlas med fotoner. (Jussila, Kangas & Haltamo 2010, s. 24-25).

Än idag är kirurgin den allra vanligaste behandlingsmetoden mot cancer. Ungefär 80 % av alla cancerpatienter får enbart kirurgisk behandling eller i kombination med strål- och/eller cytostatikabehandling. Patienten kan få strål- och/eller cytostatikabehandling före eller efter operation. Cancerkirurgin kan indelas i preventiv kirurgi, diagnostisk- och stadieindelade kirurgi, kurativ- och palliativ kirurgi och tumörreducerande kirurgi. (Roberts 2013, s. 140-141).

Patientens ålder och allmäntillstånd är de viktigaste påverkande faktorerna när cancerpatienten skall opereras. Det betyder att patienten är både fysiskt- och psykiskt i så bra skick att operation är möjligt. Lungorna och hjärtat skall noggrant undersökas före operationen, även under- eller överviktiga patienter observeras. Naturligtvis är det möjligt att ta större operativa risker för yngre patienter eftersom prognosen och allmäntillstånd är oftast betydligt bättre för yngre än äldre. Strålbehandling och cellgiftsbehandlingar orsakar försämrade immunitet hos alla cancerpatienter vilket beaktas. Anestesibehov, blödningsstatus och tumörsjukdomens omfattning beaktas också. Den opererande läkaren har alltså ett stort ansvar vid kirurgiska begrepp d.v.s. möjliga komplikationer måste observeras noggrant. Speciellt ökad komplikationsrisk finns om operationsområdet ligger i vävnad som tidigare blivit bestrålad. (Hafström 1998, s. 118-120).

Cytostatika är ett läkemedel som främst används mot cancersjukdomar. Läkemedlet injiceras vanligen i blodådern via dropp och den sprider sig snabbt i hela kroppen. Dosen är planerad enligt patientens kroppsytta ( $\text{mg}/\text{m}^2$ ). Det finns också cytostatika i tablettform vilket har bevisat sig vara lika effektiva som intravenöst läkemedel. Sjukvårdspersonalen tycker i varje fall att det är viktigt med kontinuerlig kontakt och stöd vilket fungerar bättre ifall patienten kommer till sjukhus inför injicering. (Ramlal & Vosper 2013, s. 237).

Varje patient behandlas enligt patientens individuella behov. Målet är att endera bota eller lindra sjukdomen. Patienten skall inte uppleva behandlingen värre än själva cancersjukdomen. Syftet med cytostatika är att döda cancercellerna så att så lite som möjligt av den friska vävnaden skadas. Så som inför alla behandlingar skall syftet med behandlingen vara klar. Intensiva behandlingar ges vid kurativt syfte vilket kan tyvärr åstadkomma svåra biverkningar åt patienten. Meningen med palliativa behandlingar är att minska tumörbördan med lägre doser och mindre biverkningar. (Hansson, Henriksson & Peterson 1998, s. 145-146).

Cytostatika påverkar celledningen så att cancercellerna dör. Behandlingens inverkan beror på t.ex. delningshastigheten. Ju mera cancercellerna förökar sig desto bättre effekt har cytostatika. Nyttan av cytostatikabehandlingar indelas i tre kategorier: tillfrisknande patienter (kurativ), behandling i lindrande syfte (palliativ) eller att förlänga patientens liv och "liten nytta". Till de svåraste cytostatikabehandlingarna hör bukspottkörtel- och gallgångscancer. Hur effektivt behandlingen är beror på tumörens art, läkemedlets koncentration, hur snabbt tumören reagerar på läkemedlet och hur intensiv behandlingsperioden är. (Elonen & Bono 2013, s.175-179).

Hormon- och immunitetsbehandlingar är också effektiva former av cancerbehandlingar. Cancerceller påverkas av hormoner och kan utnyttjas vid behandling av cancer. Man kan ge patienten ämnen som hindrar hormoner så att tumör inte sprider sig eller t.o.m. helt och hållet stoppa hormonproduktionen i organ som påverkar tumören. Typiska tumörer som behandlas med hjälp av hormoner är bröst-, prostata-, livmoderkropp- och sköldkörtelcancer. De är organ som regleras till största delen av hormoner redan i människans utvecklingsskede. I allmänhet används hormonbehandling som förstahands behandling av dessa organ för att det ger relativt lindriga biverkningar. Hormonbehandlingar kan användas tillsammans med strålbehandling för att få bättre resultat. (Kataja & Johansson 2007, s. 191).

Andra mindre vanliga cancerbehandlingar är t.ex. gen- och immunterapi, smärtbehandling och stamcellstransplantation. Den sist nämnda används mot leukemi och är en av de nyaste behandlingsformerna. Olika behandlingsformer mot cancersjukdomar utvecklas ständigt och behandlingarna blir mer och mer effektivare. (Kataja & Johansson 2007, s. 203-204).

### **3.9 Strålbehandling**

Det finns två typer av strålbehandling; kurativ- och palliativ vård. Kurativ vård är botande behandling medan palliativ vård är smärtlindring. Viktigaste målet inom kurativ vård och



strålbehandling i allmänhet är att satsa på konstant botande utan onödiga komplikationer. Då röntgenstrålar används skall alltid nyttan vara större än skadan (optimeringsprincipen). Meningen är att rikta stråldosen rakt mot tumören så att så lite som möjligt av den friska vävnaden skadas på grund av strålning. (Kouri & Tenhunen 2013, s. 168-169).

Strålbehandling kan vara en liten eller en stor och betydlig del i botandet av cancer i t.ex. bröst- och hudcancer, magsäckscancer, huvud- och halscancer och vissa barncancersjukdomar. Över hälften (60-70%) av tumörer ligger lokalt vilket betyder att tumören opereras bort eller behandlas med strålbehandling eller både och. Ungefär 1/3 del av primärtumör förnyas vilket ökar risken för spridd cancer d.v.s. att metastaser bildas och patientens livstid minskar med större sannolikhet. (Kouri & Tenhunen 2013, s. 168-169).

Palliativ vård används då metastaser bildats och då kurativ vård inte mer är nyttigt. Med hjälp av palliativ vård kan man lindra patientens värsta smärtor som tyvärr den dödliga canceren förorsakar. Palliativ vård är alltså inte botande vård utan då koncentrerar man sig helt och hållet bara på att minska patientens smärtor. Behandling kan också användas i tidigare skeden för att motverka eller fördröja smärtorna vid långsamt framskridande tumörer. I så fall måste diagnosen bevisa sig vara klart och tydligt en obotlig cancer. Då är det viktigaste med kortvariga behandlingar och att bara lindra smärtorna. Strålbehandlingen planeras och förverkligas tillsammans med sjukvårdspersonal, patienten och anhöriga. Behandlingen kan ges som engångsdos eller i perioder. (Kouri & Tenhunen 2013, s. 168-169).

### **3.10 Strålbehandlingens historia**

Strålbehandling är joniserande strålning mot maligna och mera sällan benigna tumörer. I Chicago år 1896 användes strålbehandling för första gången mot bröstcancer, bara ett år efter att röntgenstrålarna upptäcktes av fysiken Wilhelm Conrad Röntgen. I Finland behandlade man patienter i början av 1900-talet med stora engångsdoser vilket ledde till svåra biverkningar. Senare, år 1922 bevisades för första gången att strålbehandlingen kan indelas i mindre engångsdoser för att undvika akuta- och sena biverkningar. Efter dess har olika röntgenundersökningar och strålbehandlingen utvecklats enormt. Utöver kirurgin har strålbehandling blivit en viktig del av lokal kurativ vård. (Holsti, Roberts & Lyly 1992, s. 91).

### 3.11 Biverkningar av strålbehandlingen

Kirurgiska-, strål- och cytostatikabehandlingarna ger biverkningar men nyttan skall alltid vara större än skadan. Biverkningar av strålbehandling indelas i akuta- och sena biverkningar. Akuta biverkningar uppträder redan under själva behandlingstiden eller straks efter medan sena biverkningar förekommer först några månader eller t.o.m. år efter påbörjad behandling. Några vilodagar i veckan minskar på akuta biverkningar eftersom då har friska cellerna mera tid att återhämta sig. Speciellt strålkänsliga områden i kroppen är huden, slemhinnorna och benmärgen (akuta biverkningar). Sena biverkningar skadar t.ex. lungorna, centralnerverna, njurar och/eller genitalier. Skillnaden mellan akuta- och sena biverkningar beror på cellernas livslängd. (Kouri & Tenhunen 2013, s. 161).

Akuta biverkningar uppkommer i vävnader där cellerna delar sig snabbt och tvärtom i sena biverkningar. Stora engångs doser ökar risken för sena biverkningar och därför är det viktigt att vara medveten om hur mycket det bestrålade området tål. Biverkningarna är i varje fall sällan allvarliga för att friska celler har förmågan att dela sig flera gånger före de dör. (Kouri & Tenhunen 2013, s. 161).

I allmänhet är de vanligaste biverkningarna som strålbehandling medför hudirritation, trötthet, dålig aptit, torra slemhinnor, och svalgsvårigheter. Biverkningar beror på dosen, behandlingsperioden och vilken del av kroppen som får strålning. Huden kan reagera på olika sätt t.ex. att den blir röd, torr eller att den kliar. Strålbehandling irriterar huden ungefär likadant som solbränna och kan orsaka ständiga pigmentstörningar på huden. Trötthet kan bero på flera saker men yttre strålbehandling brukar inte vara så utmattande som man tror. Patienterna kan vanligtvis leva nästan normalt liv. Matlusten försämras oftast under strålbehandlingen och det kan bero på t.ex. stress, illamående, magsmärtor eller svalgsvårigheter. Trots det är det viktigt med näringsrik kost under behandlingsperioden. Förutom att strålbehandling för huvud- och halsområdet anstränger slemhinnor i munnen och halsen kan den förstöra spottkörtelvävnad på det bestrålade området. Det förorsakar muntorrhet vilket i sin tur orsakar svalgsvårigheter hos patienten. Strålbehandling i bukområdet kan orsaka diarré, illamående och magbesvär. Tarmbesvär och illamående lindras lätt med receptfria mediciner. (Dahlberg 2004, s. 10-16).

Sena biverkningar är oftast betydligt svårare. Biverkningar i lungor kan orsaka pneumoni 1-3 månader efter strålbehandling. Symptomen på lunginflammation är hosta, hög feber och dyspné. Ungefär 6 månader efter strålbehandling kan det utvecklas ”progredioiva sädefibroosi” men risken för den är låg. Reaktionerna i centrala nervsystemet dyker upp ännu

senare men risken för t.ex. ryggmärgsskador är bara under 0,2 % då helhetsdosen är 45 Gy (1,8-2 Gy/dag). Ju högre dos desto snabbare uppkommer biverkningar. Risken för njurskador ökar då helhetsdosen stiger över 23 Gy och till skillnad från andra vävnader kan njurar tyvärr inte återhämta sig med tiden. Strålbehandling kan i vissa fall orsaka sterilitet för båda kön men mannens genitalier är mycket känsligare än kvinnornas. (Kouri & Tenhunen 2013, s. 162-163).

Sena biverkningar har större betydelse för barn och unga i växande ålder. Strålbehandling påverkar vårt centrala nervsystem vilket kan påverka negativt på barnets utveckling i senare ålder. Biverkningar hos barn beror på ålder, dos och behandlingstid. Pojkar och flickor är olika känsliga. Risken för biverkningar är störst för barn med hjärncancer eftersom dosen kan vara t.o.m. upp till 40-50 Gy. Strålbehandling kan i ett senare skede orsaka förändringar i benmärgen. (Blomqvist & Siimes 1992, s. 799).

### **3.12 Psykosocialt stöd för patienten**

Cancer orsakar chock åt patienten och anhöriga. Det är väldigt individuellt hur man reagerar och hur patienten klarar av sjukdomen. ”Kun potilas ja hänen läheisensä kohtaavat sairauden ja hoitojen aiheuttamat vaikeudet elämänhaluisesti, peräänantamattomasti ja aktiivisesti, he ikään kuin irtaantuvat syöpäsairaudesta”. (Jussila & Kangas & Haltamo 2010, s. 207).

Förutom fysiska biverkningar påverkas patienten psykiskt. Psykosocialt stöd indelas i tre olika kategorier informativ-, emotionell- och praxisstöd. Enligt forskning önskar patienter stöd av sjukskötarpersonalen i form av information och uppmuntrande. Patienter upplever att det är anhörigas uppgift att anpassa sig och ägna emotionell stöd. Skötaren och anhöriga förväntas hjälpa med praktiska saker. (Ahlberg & Idman 1992, s.787-789).

Nästan alla patienter upplever ångest och känner sig deprimerad i något skede under sjukdomstiden. Psykosocial rehabilitering hjälper patienten att anpassa sig till sitt nuvarande livssituation ”Siksi sairauden aikainen diagnoosi ja nopea hoito sekä työ- ja toimintakyvyttömyyden ehkäisy jo hoitojen aikana on tärkeää” men rehabilitering är också minst lika viktigt efter behandlingarna. Rehabilitering hjälper patienten på motsvarande sätt att anpassa sig med livet efter sjukdomen (ung. 10% av patienter deltar på rehabiliteringskurser) för att t.ex. redan ett halvt år sjukledigt påverkar negativt på arbetsmotivationen. (Saarto 2013, s. 273).

Cancer kan alltså påverka stort på patientens arbetskompetens under- och ännu långt efter behandlingarna. Läkaren avgör tillsammans med andra specialiserade läkare om patientens medicinering. Neuropsykolog och tal-, fysio- och arbetsterapeut hjälper till att avgöra patientens arbetskompetens. Patienten får alltså en personlig rehabiliteringsplan som hjälper patienten i fortsättningen. Målet med planen är ”itsenäinen selviytyminen ja työkyky”. (Saarto 2013, s. 274).

## 4. Teoretisk utgångspunkt

I detta kapitel har vi valt att ta upp begreppen information och trygghet. Begreppen valdes eftersom respondenterna anser att tillräcklig information på strålbehandlingen förmedlar trygghet och är viktigt inom patientbemötandet. Tillräcklig information och gott bemötande är viktigt för att patienten skall känna trygghet och få en positiv vårdupplevelse.

### 4.1 Information

Begreppet information kommer från det latinska verbet *informare* och betyder utforma eller ge form. Information är samma sak som kunskap. När man informerar någon innebär det att man ger henne kunskaper. Kunskap behövs för att man ska veta hur saker och ting fungerar eller vad man ska göra. Människan har en förmåga att behandla information, kombinera information med redan befintlig kunskap och utifrån det skapa ny information och nya handlingsmönster. (Hård af Segerstad 1990, s.55-56).

Information är viktig för att patienten skall känna trygghet och bli delaktig i sin vårdprocess. Enligt en nationell undersökning av Socialstyrelsen från 2006-2007 kom det fram att patienter som fått information om behandling och vad som kan hända, samt fått förståelse för sitt hälsotillstånd och för den vård hon genomgår känner än större delaktighet och trygghet. (Larsson,Palm & Rahle-Hasselbalch 2008, s.27).

Enligt den amerikanska professorn Sheldon Greenfield främjar delaktighet läkningsprocessen. Att få vara delaktig i sin vård, ökar patientens känsla av tillfredsställelse och ökar läkningsprocessen. (Larsson,Palm & Rahle-Hasselbalch 2008, s. 27).

Varje patient skall få individuellt anpassad information. Man skall ta hänsyn till patientens erfarenhet, mognad, hälsotillstånd samt kulturell och språklig bakgrund. Många patienter

tycker om ärlig och rak information. När man får ett besked om svår sjukdom kan ens förmåga att ta till sig information sluta fungera. Därför är det viktigt att kombinera muntlig och skriftlig information, upprepa informationen flera gånger och uppmuntra patienten att vara frågvis. (Larsson, Palm & Rahle-Hasselbalch 2008, s. 21).

Informationen skall vara fullständig. Men man ska inte överösa patienten med information hon inte kan komma ihåg. Får man för mycket information fastnar det inte. Informationen skall komma vid rätt tidpunkt så att patienten vet vad som skall hända och kan förbereda sig. Bristande information om undersökningar, när man får resultat och varför man skall göra vissa undersökningar kan skapa osäkerhet och oro. Patienten skall få information på ett språk som är naturligt och lättförstått, man skall undvika medicinskt fackspråk. (Eide & Eide 2009, s. 349).

För att komplettera muntlig information kan man använda sig utav skriftlig information till patienter och anhöriga. Informationen kan handla om allt från sjukdom, undersökningar till behandling och egenvård samt rehabilitering. Skriftliga informationen kan vara i form av häften, informationsblad samt kallelser. En bra skriftlig information ökar patientens delaktighet, kan ge patienten ökat självförtroende och trygghetskänsla, så att patienten kan komma väl förberedd till olika undersökningar, samt hjälpa patienten att göra kloka beslut om sin vård och hälsa. (Larsson, Palm & Rahle-Hasselbalch 2016, s.171).

När man är allvarligt sjuk, innebär det en ny och oväntad påfrestning för patienten. En reaktion från patientens sida kan vara att inte vilja veta. Detta kan man se som en försvarsmekanism men också som att man tar in situationen i sin egen takt utan stress. Vårdaren behöver kunna acceptera att alla patienter inte vill veta allt. Det är person och situationsberoende när man ger information och på vilket sätt och hur mycket som ges. När en patient har tidigare erfarenheter av sjukvården eller är påläst så har patienten också ofta med sig förväntningar på vad som ska komma ut av samtalet. (Strandberg 2014, s.175).

Patienten behöver information för att kunna hantera sin situation på ett meningsfullt sätt samt för att också längre fram kunna förstå sina symtom. Vanligtvis är informationen till patienten riktad mot patientens skada eller sjukdom. Informationen ska vara begriplig och bidra till att patienten känner ett sammanhang, alltså informationen ska vara meningsfull och hanterbar. (Strandberg 2014, s. 167-168).

Patientens egna uppfattning av sin situation, vad patienten vet, tror och hoppas är hela tiden utgångspunkten för informationen. Det är viktigt att sjukskötaren känner till hur patienten upplever sin situation. (Strandberg 2014, s.169).

## 4.2 Trygghet

Vi har valt att söka information om trygghet från Andersson, E. & Blomqvist, C. (2003) enskilt arbete i omvårdnad.

Segesten (1994) påstår att trygghet är en känsla som man måste själv uppleva men utomstående så som t.ex. vårdpersonalen kan ge guld värda förutsättningar för patientens trygghetskänsla. Röntgenskötarpersonal kan alltså skapa och finna trygghetskänslan åt strålbehandlingspatienten. Trygghet betyder mycket för patienten och det påverkar otroligt mycket på personens livskvalité. Det är något som alla vill satsa på.

Enligt Segesten (1994) kan trygghetskänslan indelas i två kategorier, inre- och yttre trygghet. Till inre tryggheten hör t.ex. upplevelse av positiv barndom eller förankring i tro. Yttre trygghet kan upplevas som materiell-, miljö-, relations-, kunskaps- och kontrolltrygghet. Vårdpersonalen behöver kunskap om både inre- och yttre trygghet för att patienten skall känna sig trygg.

Inre trygghet det vill säga andlig trygghet kan vara vår egen tro eller innersta väsen hos oss. Andlighet hör till god patientvård och är en del av vårdandet. (Sheldon 2000). Vårdpersonalens uppgift är att stöda och skapa ett meningsfullt liv åt patienten, erkänna att andlig trygghet hör till kunskap om hälsa och välbefinnande. (Van Dover och Bacon 2001). Inre trygghet kan också vara existentiell trygghet och det betyder att man betyder något som människa eller patient. Patienter kan uppleva en så kallad tomhet som är svårt att förklara utan att man själv upplevt det. Därför är det viktigt som skötare att försöka lyssna på patienten.

Att skapa trygghet för yttre miljön är beroende av den information och behandling patienten får. Man kan skapa en trygg yttre miljö med hjälp av vackra färger och dekoration. En hemlik miljö är lugnande, ger frid och harmoni och visar respekt för människor omkring. (Svärdson 1999).

Relationstrygghet uppstår mellan människor via olika samspel och kommunikation. Samspelet mellan vårdpersonal, patienten och miljön är en hjälpmedel mot empati. Empati skapar en relation mellan människor. (Svärdson 1999). Kommunikation är också en

förutsättning för empati. Relationstrygghet kan uppfattas på flera olika sätt så som t.ex. moraliskt ideal (Sumner 2001) eller att ta hänsyn till patientens önskemål och värderingar. (Andersson 1994).

Kunskap- och kontrolltrygghet är kännedom om t.ex. empati, vuxen-relationer, otrygghet och existentiella krisreaktioner. Förutom känslor behövs det också vetskap i omvårdnad för att en bra relation kan uppnås. Kunskap- och kontrolltrygghet är alltså lika viktig i praktiken som i teorin (Standmark- Kjölrsrud 1994). Vårdpersonalen kan skapa kunskapstrygghet hos patienten med hjälp av tillräcklig information och bra undervisning. (Ahlström 2000 & Fagerström 1997).

Andersson och Blomqvist skriver i sitt examensarbete att hälsa, kasam, autonomi och coping kan påverka positivt på patientens trygghetskänsla. Utan hälsa har vi mindre trygghet men enligt Marriner- Tomay (1989) har människan möjlighet att uppnå eller hålla kvar sin hälsa med hjälp av tre faktorer: vilja, styrka och kunskap. Kasam är ett begrepp som syftar på hur individen kan uppnå hälsan, KASAM – känslan av sammanhang (Antonovsky 1991). Autonomi betyder att var och en av oss är fri, självständig och i ansvar om att visa respekt mot sina medmänniskor (Arlebrink 1996). Tamm (1991) skriver att coping beskriver olika sätt att hantera svåra stress situationer genom livet. Coping indelas i olika strategier som ett exempel informationssökning, vilket anses vara en viktig del för patienten. Det kan också vara informationssökning och kunskap om ens egen sjukdom. Information skapar trygghet och kontroll hos största delen av patienterna.

Omvårdnad är också en mycket viktig faktor som påverkar vår trygghetskänsla. Syftet med omvårdnad är att ta hänsyn till våra medmänniskor och etiska principer inom vårdandet. Det baserar sig på strävan om att åstadkomma någonting gott för andra människor så som hälsa, trygghet, ett bra liv samt en fridfull död.”. (Andersson & Blomqvist 2003).

#### **4.2.1 Fysisk miljö**

En fysiskt trygg miljö är väldigt viktig inte bara för patienten utan också för vårdpersonalen och anhöriga. Fysisk miljö kan vara t.ex. en arbetsutrum som endera förbättrar eller försämrar tryggheten i arbetsomgivningen. Uppbyggnad, utrum och dekoration skall möjliggöra både patientens och personalens trygghet.

En fysiskt dåligt planerad miljö kan åstadkomma olika risker som kan vara svårt att förutse. En bra och väl planerad omgivning påverkar patientens trygghetskänsla och upplevelse på

vårdavdelningen. Undersökningar bevisar att miljön påverkar tryggheten och vårdresultaten. Patienttrygghet behöver inte alltid handla om stora saker utan trygghet kan lika så vara mindre saker så som t.ex. vackra färger, goda dofter, varma kramar och personalens leende. (Helovu & Kinnunen & Peltomaa & Pennanen 2011, s.67-68).

#### **4.2.2 Trygghet och otrygghet**

Patienten skall bli väl bemött straks från första början skriver Eva- Maria Strömsholm (2015) utvecklingspsykolog, lärare, föreläsare och cancerpatient. Strömsholm lyfter fram begreppet ”flytande vård” med vilket hon menar att tunga sjukhusvistelser kunde minskas med att planera undersökningar, laboratorieprov och läkarbesök på samma dag. På det sättet kunde man spara cancerpatientens energi.

Stöd betyder mycket för en cancerpatient. Vårdtrygghet påverkar patientens mentala och psykiska hälsa. Från cancerpatientens synvinkel är det för svårt att få tag på psykosocialt stöd. Patienterna känner sig trygga om de vet att de alltid har någon de kan kontakta och att de har möjligheten att få snabb vård dygnet runt. (Strömsholm 2015).

Otrygghet hos cancerpatienterna är att inte veta hur vårdprocessen går till eller vad som kommer att hända. Det beror oftast på informationsbrist. Information och trygghet är två viktiga utgångspunkter för bra vård. (Strömsholm 2015).

Strömsholm beskriver att trygghet är ”att lyssna betyder att man som vårdare ser den enskilda patienten; dennes önskemål och behov, kunskap och erfarenheter”. (Strömsholm 2015).

## **5. Tidigare forskning**

Respondenterna har sökt tidigare forskning i databaserna: CINAHL with Full Text (EBSCO), EBSCO Academic Search Elite, SweMed+, Finna och Springer Link. Största delen av artiklarna är från Springer Link eftersom den gav mest omfattande information och den information respondenterna behövde. Som sökord har respondenterna använt radiotherapy experience, radiotherapy feelings, radiotherapy experience emotions, radiotherapy, patientexperience, experience och nursing care. Sökorden gav resultat allt från några få tal till flera tusentals träffar beroende på sökord.



Respondenterna har sökt vetenskapliga artiklar med full text publicerade mellan år 2000 och 2017. Åtta vetenskapliga artiklar valdes samt två examensarbeten. De två examensarbetena valdes eftersom de handlar om samma ämne som vårt arbete.

**Edvardson** och **Osberg** skriver i sitt examensarbete från 2010 om hur patienter upplever strålbehandlingen. När man får strålbehandling kan det väcka många känslor och tankar man kan få smärtor och andra upplevelser som man behöver veta som sjukskötare för att kunna hjälpa patienten. Studiens syfte var att redogöra för patientens upplevelser i samband med strålbehandlingen. Studien är en litteraturstudie där 9 vetenskapliga artiklar har analyserats.

Före strålbehandlingen hade börjat upplevde patienterna rädsla att inte själva kunna påverka sin situation, känslor av oro och ångest förekom. Flera patienter upplevde en osäkerhets känsla när de ansåg de inte fått tillräckligt med information angående behandlingen och försökte minska sin oro med att själva söka information via tidningar, tv och radio. En del pratade med andra som fått strålbehandling vilket var positivt eftersom de kunde få svar på sina frågor och kunde hantera sina känslor bättre inför kommande behandling.

Under strålbehandlingen upplevdes känslor av isolering och ensamhet. För någon var det hemskt att behöva ligga ensam i ett behandlingsrum. Någon tyckte det var genant att visa sig naken inför det motsatta könet. Då dagliga rutinerna bröts uppkom känslor av ångest och frustration. Patienter kände att strålbehandlingen var viktig för att de skulle bli friska. Men den tekniska apparaturen upplevdes som skrämmande och de kunde inte förstå hur strålningen fungerade vilket skapade en känsla av kontrollbrist.

Vänner och familj var det största stödet för patienterna tillsammans med duktiga läkare och sjuksköterskor som bidrog att de orkade. Patienterna upplevde trygghet när behandlingen började eftersom de var i händerna på experter som behandlade dem. Sjukvårdspersonalen fanns alltid nära med stöd och omvårdnad vilket bidrog till att trygghet upplevdes.

Efter en avslutad strålbehandling upplevde många patienter rädslor för att cancer skulle komma tillbaka eller för biverkningar.

För många blev biverkningarna värre än vad de kunnat tro. Rädslan över att biverkningarna kunde bli kroniska skrämde många patienter. När kroppen inte fungerade som den skulle uppstod känslor av maktlöshet. När man inte kunde kontrollera urin eller avföring gjorde det att man inte vågar umgås med andra på samma sätt utan man drar sig undan. När

behandlingen var över kände sig vissa övergivna och svikna av sjukvården. Ångest och depression var vanligt efter avslutad behandling.

**Abrahamsson, Hjelstuen , Blihovde och Borup** skriver i sin undersökning från 2013 om patienters upplevelser av informationen vid strålbehandlingen.

Vid Stavanger Universitetssjukhus (SUS) får cancerpatienter som skall få strålbehandling information muntligt, skriftligt och med en informationsfilm. Filmen är inspelad på samma sjukhus. Syftet med studien var att få en insikt i hur patienten upplever den information den får om strålbehandlingen samt hur informationen påverkar deras livssituation.

Undersökningen gjordes med hjälp av öppna intervjuer på patienter som skulle få kurativ strålbehandling för första gången vid SUS. 6 kvinnor och 5 män deltog. Alla män hade prostatacancer och kvinnorna bröstcancer utom en som hade lymfom. Patienterna var i åldrarna mellan 40 till 71 år.

Intervjuerna spelades in och analyserades till Grounded Theory.

Patienterna önskar en blandning mellan muntlig och skriftlig information samt goda relationer med vårdpersonal. En del vill ha praktisk information om hur man tar sig till och från strålbehandlingen, om man kan jobba samtidigt. En annan som skall få andningsbaserad strålbehandling önskar sig mer specifik info just om det.

Patienterna tycker det är bra att först läsa broschyren och sedan se filmen eftersom det gav en bra förståelse om vad de skulle gå igenom. En del patienter vill ha information kort och koncist, saklig information utan att själv behöva fråga. Patienterna vill också ha klar information från början av behandlingen och att biverkningar förklarades. Patienterna tyckte det var bra att filmen var inspelad på SUS eftersom då visste de hur avdelningen såg ut, hur personalen arbetade och se vad de skulle gå igenom. De fick en förståelse för saker och ting och kunde känna sig trygga. Filmen tyckte de var lätt att förstå för både vuxna och barn.

Patienterna upplevde det också som tryggt att de kunde ringa avdelningen när man funderade på något och att personalen tog sig tid för att förklara. Flera av patienterna berättade att de upplevde stress, sårbarhet och spänning inför det okända de stod inför. Det är viktigt att patienten blir sedd som unik och får svar på sina frågor eftersom det har stor betydelse för hur patienten klarar av sin nya livssituation.

Kärnkategorin som kom upp i studien var att det är det lilla som räknas och berättar om hur viktigt det är att det uppstår en bra relation mellan vårdpersonal och patient. Det okända ger känslor av osäkerhet i den nya livssituationen och kan med bra skraddarsydd information leda till trygghet och förståelse.

**Hamdi** och **Nordgren** har gjort en litteraturstudie 2013 i sitt examensarbete om patientens upplevelser på hur livet kan förändras under och efter strålbehandlingen. Syftet var att redogöra för patientens upplevelser av strålbehandlingen. Skribenterna använde sig av Fribergsmetod och analyserade 11 kvalitativa artiklar. Resultatet blev 3 huvudteman som upplevelse av vårdmiljön, socialisolerings och mellanmänskliga relationer samt hela tillvaron påverkas.

Flera av patienterna upplevde maskinerna och vårdmiljön som skrämmande. En del hade klaustrofobi och upplevde det som obehagligt när ansiktet täcktes med en mask och axlarna och huvudet fixerades, så man satt fast och inte kunde se vad som händer.

I alla studier förekom det att patienterna fick smärta och fatigue oberoende på cancerform. En del av patienterna fick bo på patienthotell under behandlingstiden, vilket de ansåg vara påfrestande eftersom de var långt ifrån vänner och familj. Ändrat utseende på grund av viktminskning eller biverkningar gjorde att en del undvek andra människor. De ville synas som friska.

Familj och vänner gav både känslomässigt och socialt stöd för patienterna. En del upplevde att familj och vänner även kunde uppfattas som en börda när de inte hade kunskapen att stödja patienten i problem orsakade av biverkningar eller när nära anhöriga hanterade rädslor över sjukdomen tillsammans med patienten. Flera patienter uppskattade att få träffa andra i samma situation. De kunde erbjuda varandra stöd eftersom de delade samma erfarenheter. Det gav en tröstande känsla att inte vara den enda med samma sjukdom.

De som hade huvud-hals cancer drabbades av de svåraste biverkningarna som blev värre hela tiden. Biverkningarna gjorde att patienterna funderade om det var värt att genomgå behandlingen.

Patienterna använde sig utav olika coping strategier för att hantera biverkningarna samt behandlingen. Till exempel positivt tänkande, acceptera situationen och leva ett vardagligt liv. De patienter som hade accepterat situationen kunde lättare hantera smärta och andra problem.

De flesta som genomgick en strålbehandling upplevde än känsla av isolering antingen för att man inte ville träffa människor på grund av fysiska symtom eller isolering i behandlingsrummet. Patienterna upplevde strålbehandlingen som något av de svåraste de gått igenom i sina liv.

År 2012 gjorde **Donovan** och **Glackin** litteraturstudie där 10 vetenskapliga artiklar har analyserats. Syftet med studien var att redogöra för huvud- och halscancerpatienters erfarenheter av strålbehandlingen. 60 procent av alla med huvud- och halscancer kommer att få strålbehandling någon gång.

I väntan på att behandlingen ska börja upplever patienterna känslor av ångslan och rädsla. När väl behandlingen har börjat kan patienten känt mycket stress inte enbart för sjukdomen utan för att leva i ovissheten när man väntar på att behandlingen ska bli färdigt planerad och få svar på olika prover. Upplevelsen blir ofta värre på grund av väntan och osäkerhet.

9 patienter enligt en studie upplevde att strålbehandlingen störde deras liv när allt behövde vara planerat runt den. Andra störningar i dagliga livet var orsakade av tankar på döden, rädslor, biverkningar och nutritionsproblem. Biverkningar som smakförändringar, smärta i mun och hals och muntorrhet gjorde att man inte längre kunde vara samma person som före behandlingen. Mun problem var den vanligaste biverkningen.

Enligt en studie av Lai et al 2003 på taiwanska patienter med huvud- och halscancer som får strålbehandling är muntorrhet den värsta biverkningen och fatigue den näst värsta.

Oförmåga att ha bra munhygien, kroppsbilden förstörs på grund av viktnedgång och att inte kunna äta normalt gjorde att patienten inte ville träffa andra människor eller engagera sig i sociala aktiviteter. Nutritionsproblemen skapade många svårigheter i det dagliga livet och de nya sätten man åt gjorde att man skämdes.

Strålbehandling kan vara mycket krävande emotionellt och psykiskt och behandlingen i den hög teknologiska miljön kan skapa mycket oro för patienten även fast behandlingen är smärtfri.

Strålbehandlingen kan även orsaka ångest, depression och känslor av skuld och skam samt förändrad självkänsla. De flesta får bäst stöd av vänner och familj. Enligt Rose-Ped et als studie från 2002 får 92 procent stöd i symtom hantering av sjukvårdspersonal. Larsson et als studie från 2003 visar att patienten får psykiskt och praktiskt stöd från hälsovård personal. Larsson et al studie från 2007 visar att patienten behöver en person som är bekant med och

har kunskap om huvud och hals cancer och dess behandling för att kunna få emotionellt och psykiskt stöd.

Huvud- och halscancer och dess behandling kan vara förödande. Speciellt när det påverkar grundläggande aktiviteter i det dagliga livet. Sjukvårdspersonal ska vara medvetna om vad patienten uthärdat före behandlingen börjar speciellt vilka rädslor och osäkerheter som följt med diagnosen. Det är sjukvårdspersonalens ansvar att ge stöd åt patienterna och deras familjer under alla delar av behandlingen.

Adekvat information och stöd behövs för att kunna säkerhetsställa att huvud- och halscancer patienters upplevelser av strålbehandlingen är optimerade. Att uppnå detta är inte lätt och det behövs en bestämd ansträngning i att kunna utveckla och designa strategier som kan ordna vården för denna patientgrupp.

**Guleser, Kaplan och Taski** skriver i sin studie från 2006 om patientens informations behov och vilka symtom (biverkningar) patienten får vid strålbehandling. 345 cancerpatienter deltog i studien som pågick från september 2004 till februari 2005. Patienterna fyllde i ett frågeformulär och deltog i en personlig intervju. Kriterierna för att få vara med var att man skulle vara över 18 år, inte ha fått strålbehandling tidigare och att man enbart skulle få strålbehandling samt att man var mentalt och psykiskt stabil för att kunna delta.

Studien genomfördes på M.Kemal Dedeman Oncology Hospital i Turkiet och The Radiation Therapy Department på Erciyes University Geuher Nesibe Hospital. 188 män och 157 kvinnor med en medelålder på 53,62 år deltog.

80,9 % fick biverkningar av strålbehandlingen. Den vanligaste biverkningen var fatigue 86%, följt av kräkningar och illamående 59,9 % samt dålig matlust 50,9%. 32,2 % hade smärta i munnen och av de fick 27,3% strålbehandling i huvud- och hals området.

Nästan alla patienter anser att om de skulle ha fått mer detaljerad information om sin sjukdom och biverkningar orsakade av behandlingen skulle det ha känts bättre och de skulle ha haft mindre ångest och rädslor inför behandlingen. När de fick biverkningar kontaktade 74,1 % en doktor, 23 % strålbehandlingspersonalen och 5,1 % en sjukskötare.

156 stycken av deltagarna alltså 45,2 % hade fått information om strålbehandlingen. Mer än hälften 189 stycken som deltag alltså 54,8 % hade inte fått tillräcklig information. 85,2 % säger de fått information av en läkare och 0,6 % av en sjukskötare.

80,9 % önskar de fått mer information. 79,9 % ville ha information om behandlingen och sjukdomen och 56,2 % ville ha information om biverkningar. 54,2 % sa sig ha kunskap om biverkningarna från strålbehandlingen.

42,9 % har genom egna erfarenheter fått kunskap om biverkningar, 31,9% har fått information om biverkningar av en läkare, 28,1% av andra patienter och för 1,5 % har en sjukskötare informerat dem om biverkningar. 91,2 % som fick ensidig information om strålbehandlingen anser de har ett större behov av information. De patienter som upplevde biverkningar vill ha mer information.

Studien visar att patienter var villiga att få information om sin behandling, sjukdom och biverkningar. Informationen gavs inte rutinmässigt åt patienten.

**Ekfors** och **Petersson** skriver i sin kvalitativa studie från år 2004 om hur patienter som insjuknat i lungcancer har upplevt strålbehandlingen i södra Sverige. Undersökningen är gjord som stickprov med 15 lungcancerpatienter. Intervjun genomfördes efter att patienterna två veckors strålbehandling. Lungcancer kan behandlas enbart med strålbehandling eller i kombination med cytostatika eller kirurgi. Patienten får strålbehandling i olika doser normalt fem gånger i veckan.

Patienternas upplevelser indelades i fyra kategorier: utmattad, fysikalisk smärta, vårdrelaterade problem och hanterings svårigheter. Betydligt vanligaste var att patienterna kände sig utmattade vilket i vissa fall kan leda till isolering för att energin inte räcker till att träffa andra människor eller p.g.a. utseendemässiga faktorer. En studie gjord år 1970-1995 bevisar att patienter med sämre normal livs kvalitet lider av mer depression och ångest efter behandlingarna än de som mått bra före sjukdomen. (Montazeri, Milroy, Hole, McEwen, & Grillis, 1998).

Resultatet är att röntgenskötaren måste utföra intervention för att minimera biverkningar som strålbehandlingen orsakar och där med förbättra patienternas förmåga att hantera eller klara av hela processen från början till slut.

Från artikeln kan man läsa hur viktig information och kunskap är för cancerpatienten före strålbehandlingen. Det är också viktigt att ge verktyg och förbereda patienten för möjliga biverkningar så som t.ex. trötthet och utmattning. Röntgenskötaren skall stöda, informera, uppmuntra och fokusera på patientens individuella resurser. Dessa faktorer kan ge bättre resultat och förbättrad helhetsvård under strålbehandlingen.

Emotionell trötthet bevisades vara en märkvärdig faktor i denna undersökningen. Lungcancerpatienter lider av emotional trötthet mer än andra cancerpatienter. (Sarna, 1998)

Nyckelord i artikeln var ”lungcancer”, ”fatigue” och ”physical distress”. Alla förutom en kände sig utmattad och allmänt trött. Utmattning upplevdes som både psykisk- och fysikalisk trötthet i hela kroppen. Mental trötthet är t.ex. det att man känner sig trött fastän man inte gör något alls. Alla respondenter upplevde någon sort av fysikalisk smärta under strålbehandlingen. Vanligaste biverkningen var lokal smärta på den bestrålade området. Oberoende av att patienterna kände sig utmattade upplevde t.o.m. hälften av gruppen att behandlingarna inte var så tunga som de hade förväntat sig, hört eller blivit sagda.

År 2015 gjorde **Ångström- Brännström, Engvall, Mullaney, Nilsson, Wickart-Johansson, Svärd, Nyholm, Lindh och Lindh** en kvalitativ studie om hur föräldrarna i Sverige upplevt strålbehandlingen och deras förslag om förbättringar.

I Sverige får ungefär en tredje del av barn strålbehandling av de som insjuknat i cancer. Artikeln är uppbyggd ur föräldrarnas synvinkel. Syftet med undersökningen var att beskriva föräldrarnas upplevelser om när ens egen barn genomgår strålbehandling och att göra en rapport om hur man kunde förbättra strålbehandling för barn.

Till undersökningen deltog 18 (var av 16 blev intervjuade) föräldrar med barn i 2-18 års ålder. Både barn och föräldrar blev intervjuade. Endast barn med kurativ vård deltog i undersökningen. Barnen hade olika diagnos så som leukemi, hjärncancer, sarkoma, neuroblastomi och ”Wilms’ tumor”.

Föräldrarna fick information om undersökningen både muntligt och i pappersform. Intervjuer genomfördes på sjukhus eller via telefon och alla intervjun spelades in. Intervjun innehöll öppna frågor och tog ungefär tretton till fyrtiofem minuter.

Resultatet var att cancer och behandlingarna påverkade hela familjen. Föräldrarna kunde känna av barnets lidande. Föräldrarna upplevde att början av strålbehandlingen var den svåraste perioden som gav den största belastningen. Föräldrarna fann tidvis att de var kunniga att hantera situationen men att det var känslomässigt svårt.

Mammornas och pappornas resultat analyserades först separat eftersom man ville se om de hade samband. Resultaten delades in i olika kategorier. Några ord d.v.s. nyckelord framkom i kategorierna t.ex. upprepade information och handledning, omgivning, känslor, empati och tillit.

Med barnpatienter måste vårdpersonalen vara extra bra preparerade, satsa på professionell vård och känna empati. Undersökningen visade sig att nästan alla föräldrarna hade tillit på vårdpersonalen och tyckte att de var omtänksamma, visade respekt och empati. Informations repetition tyckte föräldrarna att var nödvändigt. Föräldrarna vill ha aktuell information under behandlingstiden. De ville förstå principen och ha någon att fråga om det var något de undrade över. Viktigt var också att båda föräldrarna fick samma information.

Barn- och familjevänlig vårdpersonal och trivsamt miljö påverkade positivt på upplevelsen av både barn och föräldrar. Föräldrarna önskade mera barnvänliga väntrum med glada färger och mera leksaker, spel och böcker för barn. Enligt föräldrarna märks det om personalen är stressade och det kan påverka negativt på barnets upplevelse. Negativa intryck påverkar den sociologiska atmosfären och arbetsmiljön.

**Ångström- Brännström, Engvall, Mullaney, Nilsson, Wickart- Johansson, Svärd, Nyholm, Lindh och Lindh** beskriver i artikeln från år 2016 om hur barnpatienter upplever strålbehandlingen. Barnen berättar om hur de förbereder sig inför strålbehandling.

Artikeln beskriver om hur barnpatienter upplever strålbehandlingen. Patienterna berättar om hur de förbereder sig inför strålbehandling. Artikeln beskriver barnens önskemål för en förbättrad vårdrelation. Barn i 5-15 års ålder med olika form av cancer deltog i undersökningen. Undersökningen är en kvalitativ forskning och intervju om hur barn reagerar på strålbehandling. Vetenskapliga artikeln är en del av en större undersökning. Hälften(3/6) av inbjudna sjukhus i Sverige accepterade inbjudan och blev kallade inför intervju.

Resultaten indelas i olika kategorier t.ex. positiva och negativa erfarenheter; lämplig information för barn i olika ålder, kommunikation och handledning; känslomässiga svårigheter och barnens förslag på hur man kunde förbättra strålbehandlingen i allmänhet. Resultatet bevisar att strålbehandlingen är känslomässigt väldigt tungt och uppfattas som *”tough and tiring but it works”*.

Nyckelord i texten är kommunikation och information vilket informanterna tyckte var varierande. Rubriken *”It is tough and tiring”* beskriver negativa erfarenheter om rädsla, obehag och lidande, känslor och stöd. Rubrikens första del *”It is tough and tiring”* beskriver negativa erfarenheter och det upprepades i texten. Andra delen *”but it works”* betyder hur mycket det behövs för att komma över negativa upplevelser. Det svåra är att strålbehandling inte är ett alternativ för cancerpatienter.



Några av de intervjuade barn kom ihåg att de hade blivit informerade före behandlingar med hjälp av bilder och böcker. Ett antal barn svarade att föräldrarna hade berättat dem hur behandlingarna går till medan en del svarade att de inte fått information alls. Då svarade de att ”det var ingen som berättade mej om det” eller att ”grejen var att jag inte riktigt visste hur behandlingarna går till”. Äldre patienter hade bättre kunskap om strålbehandling och hade lättare att förstå information. De tyckte att det var nyttigt och nödvändigt att kommunicera med vårdpersonalen. Några av de äldre besvarade att det var informationsbrist och en av patienterna missförstod en del i början av behandlingarna.

Barnen fick besöka behandlingsrummet och möta vårdpersonalen före behandlingarna och de tyckte att det var väldigt viktigt. Bemötandet med personalen visade sig att vara viktigt för barnens trygghetskänsla. Barnen kände sig tryggare när de fick möta röntgenskötaren före behandlingsperioden.

Äldre barn tyckte också att det var bra att få information både verbalt och visuellt så att de fick både höra och se med egna ögon hur rummet såg ut och hur apparaturen kändes. De tyckte att de lärde sig bättre om strålbehandlingen genom att få prova saker t.ex. att ligga på britsen eller annat sånt före själva behandlingarna. De tyckte även att det var viktigt att få direkt fråga frågor av personalen och därmed få svar på sina frågor med det samma.

Barnens förslag var att förbättra strålbehandlingen med specifik, individualiserad och lättläst information. Äldre barn ville ha mer information om vissa specifika ord och meningar om t.ex. strålning. De tyckte att man kunde förklara bättre skillnaden mellan joniserande- och icke joniserande strålning. Syftet är att behandlingen skall åstadkomma mer nytta än skada. Barnen kände på sig att de vill ha all information som berörde deras cancerbehandling. De tyckte också att det var nyttigt med information under själva behandlingen d.v.s. att röntgenskötaren kommunicerade via hörlurar.

Alla informanter hade sina föräldrar med som stöd, förutom en eftersom intervjun skedde då via telefon. Fysiskt stöd av föräldrarna i form av trygghet hade troligtvis en positiv påverkan på barnen under intervjun.

**Voigtmann, Köllner, Einsle, Alheit, Joraschky och Herrmann** har gjort en studie år 2010 om hur cancerpatienter behandlar sina känslor under strålbehandlingsperioden. Syftet med undersökningen var att identifiera olika psykiska symptom som uppstår hos cancerpatienter så som ångest, depression och post traumatisk stress (PTS). I undersökningen deltog 240

patienter med malign tumör och 80 patienter med benign tumör. 67 patienter fick stereotaktisk strålbehandling. Sammanlagt 100 patienter lämnade obesvarat av olika orsaker.

Patienterna besvarade huvudsakligen på tre frågor: "What specific stress situation and support factors do patients experience during radiotherapy?"; "How strongly are anxiety, depression and symptoms of PTSD expressed in patients after radiotherapy?"; "What impact do the type of radiotherapy and the underlying disorder have on this stress?".

Enligt undersökningens resultat led 28 procent av patienterna av ångest, 26 procent kände sig deprimerade men 22 procent av alla patienter befann sig ovanför den skal nivån. Cancerpatienter med benigna tumör kände sig betydligt mindre deprimerade än de två andra grupperna "Only a small number of patients with a benign underlying disorder (1,5%) described themselves as suffering from anxiety, whereas in the two other groups roughly the same number of patients was anxious (15%)." Patienterna med maligna tumör tyckte att det mest stressfulla saken med strålbehandlingen var bieffekterna och obotligheten. Kvinnorna kände mer ångest än män men det fanns ingen skillnad på depression.

Patienter som hade genomgått stereotaktiska behandlingar bevisade sig att de inte var mer deprimerade eller ångestfulla än de andra. Resultatet kan tolkas kort: cancerpatienternas psykiska symptom beror på vilken typ av cancer (benign/malign) det är. Depression, ångest eller PTS beror alltså inte på behandlingsformen utan istället på vilket typ av tumör det är frågan om. 81 procent av patienterna fick stöd av sin partner eller familjen och 19 procent önskade sig mer psykologiskt stöd.

Cancerpatienter besvara också på öppna frågor angående patientupplevelser under strålbehandlingen. Resultaten delades in i olika kategorier: patienterna önskade sig mer personalens intresse och information om hur behandlingarna går till, mera information om sjukdomstillstånd, empati, ärlighet och spontant uppmärksamhet. Vanligaste önskan var bättre information om strålbehandling i allmänhet. Informationsbrist var den mest använda svarsalternativen i både öppna- och alternativa frågor.

Tillit och trovärdighet var det mest viktiga mellan relationen till doktorn. Den andra viktigaste var professionellt- och tekniskt kunnande. Efter tillit, trovärdighet, professionellt- och teknisk kunskap var vänlighet, empati och regelbunden kontakt med samma läkare det som cancerpatienterna upplevde var viktigt.

Undersökningen bevisar att strålbehandlingen påverkar patientens livskvalité och att patienten lider mer eller mindre av ångest, depression och PTS efter behandlingarna.

Undersökningen togs väl emot av patienterna och kan hjälpa patienter att identifiera sina känslor. Psykosocialt stöd och handledning är väldigt viktigt ur en terapeutisk synvinkel och också för patientkontakten mellan patienten och läkaren.

**Marroquin, Czamanski-Cohen, Weihs** och **Stanton** har gjort år 2016 en undersökning om underförstådd ensamhet, reglering av känslor och symptom för depression för de som överlevt bröstcancer. Nyckelord i artikeln var cancer, depression och ensamhet. Syftet med artikeln var att undersöka ensamhet och dess inverkan på depression för kvinnor som överlevt från bröstcancer. Ensamhet insågs som en understådd socialkognitiv fenomen.

Kvinnor med cancer kände stor ensamhet. Bröstcancerpatienternas ensamhets känslan påverkar patientens psykiska- och mentala hälsa och har samband med depression, trötthet och smärta (Jaremka et al., 2013). Ensamhet har också samband med kognitiv utveckling.

Undersökningen är ett bevis på patienternas direkta symptom d.v.s. hur patientens individuella ansträngningar påverkar resultatet. Patientens sociala kontakter och stöd påverkar resultatet för bröstcancerpatienter, särskilt hur de uppfattar stödet. (Kroenke et al., 2013; Stanton et al., 2000a; Weihs et al., 2008). Brist på sociala relationer förökar känslan av ensamhet.

I undersökningen deltog 390 av 460 kvinnor som nyligen hade diagnostiserats med bröstcancer. Kvinnorna rekryterades från tre olika onkologi kliniker kring Los Angeles och Arizona.

## **6. Studiens genomförande**

Till den teoretiska utgångspunkten och bakgrunden har vi samlat information via böcker och internetsidor. Det var tänkt att hela vår undersökning skulle göras med hjälp av interjuver men geografiska avstånd satte stopp för att utföra alla intervjuer. Så vi fick också använda oss utav frågeformulär, som vi sickat till informanterna via e-post. Samma frågor som ställdes i intervjuerna så ställdes också i frågeformuläret. I detta kapitel berättar vi mer om metod och analys av studien.

## **6.1 Kvalitativ metod**

Kvalitativa metoder är en typ av forskning som ger beskrivande data. Det kan vara människans egna skrivna ord, talade ord eller beteenden som man har observerat. (Olsson & Sörensen 2007, s.65).

Man använder sig utav kvalitativa metoder när man vill karaktärisera något. Man försöker hitta kategorier, modeller eller beskrivningar som beskriver ett fenomen eller händelse. Intervju, observation, skrivna berättelser eller texter, fallstudie och fokusgrupp är alla kvalitativa insamlingsmetoder. (Olsson & Sörensen 2007, s.79).

Det är ingen skillnad om informationsmaterialet är en intervju eller skriven text så skall materialet transkriberas. Detta innebär att texten skrivs ned ord för ord. Efter det sker en bearbetning samt selektion av materialet som slutligen leder till en meningskoncentrering. Vilket innebär att man plockar det viktigaste ur texten och sammanfattar det kort. Långa intervjutexter blir koncentrerade och kortare. (Olsson & Sörensen 2007, s.80).

## **6.2 Datainsamlingsmetod**

Respondenterna har använt sig utav intervju och frågeformulär. Vi har intervjuat 5 personer som får eller har fått strålbehandlingen i Finland och sänt ut 4 frågeformulär med samma frågor som i intervjun varav 3 har besvarats. Informanterna är bekanta eller bekantas bekanta i vår bekantskaps krets som alla fått eller får strålbehandling för någon typ av cancer på olika strålbehandlingar i Finland. Respondenterna valde att göra intervjun för att få information om patienternas personliga upplevelser om trygghet och information på strålbehandlingen. Intervjuerna är gjorda under vintern 2016 och våren 2017. Frågeformulären sändes ut under våren 2017.

### **6.2.1 Intervju**

En intervju är ett samtal mellan åtminstone två personer. För att den som blir intervjuad ska ge så bra svar som möjligt behöver ett samarbetsvilligt klimat skapas. Den som blir intervjuad behöver få tala till punkt och känna sig viktig. Svaren som intervjupersonen säger måste ha en giltighet och ge den information som intervjuaren är ute efter. För att få ett så bra resultat som möjligt behöver problemområde och syfte vara färdiga före undersökningens början. (Olsson & Sörensen 2007,s.80).

Platsen där intervjun utförs har en stor betydelse. Faktorer som om det är ostört eller kan någon tjuvlyssna, ringer telefonen, eller är det någon annan med i rummet kan påverka. (Olsson & Sörensen 2007, s.81).

Den kvalitativa intervjun söker kvalitativ kunskap och syftar inte till kvantifiering. Den har ett mål att få olika beskrivningar av intervjupersonens livsvärld. Den arbetar inte med siffror utan ord. Intervjuaren uppmuntrar den som blir intervjuad att beskriva vad hon känner, upplever och hur hon handlar. Syftet är att få nyanserade beskrivningar som berättar om den kvalitativa mångfalden. Variationerna och skillnaderna i ett fenomen är att slutligen komma fram till en kategorisering. (Steinar& Svend 2014, s.47).

Vi har valt att göra semistrukturerade intervjuer eftersom vi vill ha så beskrivande svar som möjligt. Semistrukturerad intervju innebär att intervjufrågorna är bestämda på förhand. Den intervjuade kan fritt besvara dem enligt egna erfarenheter och tycke. Svaren är alltså öppna. Intervjuaren ska vara flexibel och låta den intervjuade prata utförligt och utveckla sina tankar och åsikter om de ämnen som tas upp. (Denscombe 2016, s. 266).

### **6.2.2 Frågeformulär**

Frågeformulär är ett sätt att få information. Frågeformulär är en användbar, snabb och konkret alternativ att få pålitliga svar av informanterna. Det ger bra information om patienternas egna åsikter och attityder. Ett frågeformulär kan vara i pappersform eller elektroniskt. Elektroniska alternativet är allt vanligare i dagens samhälle. Frågorna kan formuleras på olika sätt beroende på svarsalternativen som t.ex. ja/nej-frågor, urval, graderingsskalor eller öppna frågor. (Doodle u.å.).

Frågeformulären är gjorda med Microsoft Word. Frågorna skickades till informanterna under våren 2017. Frågorna skickades både på finska och svenska beroende på patientens modersmål. Alla svaren behandlades anonymt och med respekt.

Frågeformulären skickades till 4 informanter varav 3 deltog. Informanterna fick svara fritt på 11 stycken öppna frågor. Informanterna besvarade på frågorna elektroniskt. Intervjumiljön var patientens egen hem vilket kändes tryggt för patienten. En trygg miljö är lugn och trivsamt.

Första och sjätte (1 och 6) frågan behandlar patientupplevelse och bemötandet överlag. Andra och tredje (2 och 3) frågan handlar om information vilket respondenterna valde som

en av undersökningens teoretiska utgångspunkt. Frågeformulären innehöll också frågor om biverkningar, rädsla, stödmekanismer osv.

De två sista intervjufrågorna var: Vilka råd skulle du vilja ge andra patienter som kommer att få eller får strålbehandling? Finns det något du skulle tillägga?

### **6.3 Kvalitativ innehållsanalys**

Respondenterna har valt att göra en kvalitativ innehållsanalys på svaren.

En innehållsanalys kan användas till vilken text som helst. Det är ingen skillnad om det är ett tal, skrift, bilder eller ljud. Genom att använda innehållsanalys kan man få fram dolda sidor av det som finns i texten. Då man använder sig av innehållsanalys bryter man först ner texten i mindre delar, som man sedan kategoriserar med relevanta huvud- och underkategorier. Det är viktigt att man har en klar åsikt om vilka frågor man vill ha svar på och att man är noggrann när man plockar ut de relevanta meningarna eller orden som hör till kategorierna. Till sist när man fått svar på det man vill ha sammanbinder man resultatet och gör en sammanhängande analys. (Denscombe 2016, s. 392-393).

## **7. Resultat**

I detta kapitel kommer respondenterna berätta om resultatet av undersökningen. Respondenterna har gjort 5 intervjuer hemma hos informanterna och på en informants arbetsplats. Intervju miljön var lugn och trygg under alla intervjuer. 3 intervjuer spelades in och i 2 intervjuer skrevs svaren direkt ner på papper enligt informanternas önskemål. De inspelade intervjuerna bearbetades efteråt genom renskrivning. Respondenterna har också sänt ut 4 frågeformulär med samma frågor som i intervjun varav 3 har besvarats.

Alla intervjuer samt frågeformulär analyserades i efterhand med en kvalitativ innehållsanalys. Respondenterna har valt att kategorisera intervjusvaren fråga efter fråga. För att få en helhetsbild över resultatet. En del frågor hörde ihop så då har vi valt att analysera en del frågor tillsammans. Vi märkte att störta delen av intervjusvaren hade ett samband men i vissa frågor fick vi avvikande svar så någon kategori kunde inte göras av alla frågor. Därför har respondenterna också valt att referera intervjusvaren rakt av.

Beroende på informantens modersmål ställdes intervjufrågorna på finska eller svenska.

## 7.1. Intervjufrågor

Frågorna som använts var:

1. Berätta hur du upplevde bemötandet på strålbehandlingen överlag ?
2. Vilken information gavs innan behandlingen, tyckte du den var tillräcklig? Vad fick du veta under behandlingen, fick du tillräcklig information?
3. Fick du svar på alla dina frågor ?
4. Fick du biverkningar av strålbehandlingen, i så fall vad ?
5. Fanns det något du var rädd över inför strålbehandlingen ?
6. Hur upplevde du strålbehandlingsperioden som helhet, var det som du tänkt dig?
7. Har din sjukdom påverkat dig som person, i så fall hur?
8. Vad är det som hjälper då det känns extra tungt?
9. Har du blivit erbjuden professionellt stöd eller fått hjälp med att hitta information vart du kan vända dig?
10. Vilka råd skulle du vilja ge andra patienter som kommer att få eller får strålbehandling?
11. Finns det något du skulle vilja tillägga?

## 7.2. Resultat av analys

### 7.2.1 Varmt och professionellt bemötande

I fråga nummer 1 undrar respondenterna hur informanterna har upplevt bemötandet på strålbehandlingen. Alla informanter tyckte de blivit bra, varmt och professionellt bemötta därav kategorierna **varmt bemötande** och **professionellt bemötande**.

Till kategorin **varmt bemötande** hör:

”Vastaanotto oli lämmin ja huolehtivainen, huumoriakaan unohtamatta”

”Ihan kiva, ystävällistä porukkaa”

”Bemötande var otroligt bra, jag fick ett varmt mottagande”

”Jag tyckte det var super”

Till kategorin **professionellt bemötande** hör:

”Jag upplevde det som positivt man ser nog det är yrkesfolk man kommer till”

### 7.2.2 Upplevelse av Information

I fråga nummer två och tre funderade vi på vilken information som informanterna fått före och under behandlingen, om de fått tillräcklig information och om de fått svar på alla sina frågor. Alla informanter anser de fått svar på alla sina frågor och fått veta det de behövde före och under behandlingen. Informanterna har fått information före behandlingen av läkaren, via broschyr och av strålbehandlingspersonalen samt av bekanta som gått igenom samma sak. Under behandlingen fick informanterna information av strålbehandlingspersonal men också genom att själv uppleva behandlingen. Respondenterna har märkt att informanterna har upplevt och vill ha information på olika sätt beroende på hur man är som person. Vi kom fram till att det finns patienter som är väldigt nyfikna och frågar mycket och andra som hellre tar det som det kommer och vill uppleva själv. Vi har valt att kategorisera detta med kategorin **upplevelse av information**.

”Jag fick den information som jag troligtvis behövde men nyfiken som jag var så ställde jag övriga frågor hela tiden”

”Det kom hem en bunt med papper men, jag har ju det felet att jag vill veta men jag läser det inte så noggrant före utan, tar det som det kommer”

”Jag hade inte kunnat ta emot mer information, man måste uppleva”

”Jag är en sån som frågar allt av alla”

”Jag läste alla broschyrer och frågade alla bekanta, mest information fick jag av bekanta och från broschyrerna”

”Kyselinkin ja aina kerrottiin kaikki mitä tiedettiin”



### 7.2.3 Biverkningar

I fråga nummer 4 frågar vi informanten om den haft biverkningar och hurdana i så fall. Alla informanter förutom två har fått biverkningar mer eller mindre av strålbehandlingen. Den vanligaste biverkningen som förekom som alla uppgett var hudproblem. Också illamående, trötthet samt problem med magtarmkanalen förekom.

”Huden gick sönder, jag hade vätskande sår”

”Trött var jag också och tog mig en tupplur så gott som varje eftermiddag”

”Problem med huden”

”Iho punotti ja oli arka”

”Pahoinvointi oli pahin oire, vaikka lääkkeitä vaivaan onkin”

### 7.2.4 Rädslor

I fråga nummer 5 frågar respondenterna om informanterna varit rädda inför något över strålbehandlingen. Respondenterna fick delade svar. Det var tre stycken som var rädda, tre som inte var det och två som kände lite rädsla. Det framkom olika rädslor. En del har varit rädda för strålbehandlingen, andra har varit mer rädda i väntan på diagnosen och behandlingar. En del anser också att strålbehandlingen är den lättaste behandlingen, att cytostatika och operationen varit mycket värre. Därför har vi valt att kategorisera detta i två kategorier, **rädslor över behandlingen** och **ingen rädsla över behandlingen**.

Till kategorin **rädslor över behandlingen** hör:

”Jag var rädd att inte orka ligga stilla med handen upp”

”Oudolta tuntui olla yksin isossa tilassa isojen koneiden keskellä”

”Väldigt mycket, allt, enda tills de började på, exempelvis att det skulle ta sjukt eller att apparaten skulle komma för nära”

Till kategorin **ingen rädsla över behandlingen** hör:

”Nej jag kände jag var i goda händer varje gång”

”Om man tar sig igenom cellgiftsbehandlingarna så är ju strålbehandlingen ingenting i jämförelse”

”En oikeastaan hoitoja, mutta hoitojen jälkeen toipuminen kestää tosi kauan, silloin ehkä epävarmintä”

### 7.2.5 Upplevelse av strålbehandlingsperioden.

I fråga 6 frågar vi informanterna hur de har upplevt strålbehandlingsperioden som helhet. Var det som de hade förväntat sig. Respondenterna har fått olika svar. En del upplever att det var som de hade tänkt sig. Två stycken upplever att pendligen till strålbehandlingen varje dag har varit tufft och besvärligt. Respondenterna har också fått svar att det varit positivt för att man träffar andra i samma situation varje dag och får nya bekanta. Någon hade fått information på förhand av vänner som fått strålbehandling och visste vad man kunde förvänta sig. De allra flesta tycker att strålbehandlingen gått bra och bara varit positivt. En del har också blivit överraskade över biverkningar. Vi har valt att kategorisera denna fråga med två kategorier **positiva upplevelser och negativa upplevelser**.

Till kategorin **positiva upplevelser** hör:

”Jag visste på förhand hur det fungerade, har två väninnor som gått igenom samma sak”

”Jag trodde det skulle vara hemskt, men det var bara positivt”

”Man fick mycket vänner där som är i samma situation som man kunde diskutera med”

”Hoidot meni hyvin, just niin kun olin ajatellut”

”Strålbehandlingen är nog positivaste delen av min behandlingsresa, man vet att man kommer dit varje dag och har möjlighet att träffa någon varje dag”

Till kategorin **negativa upplevelser** hör:

”Ja, men de här såren var nog besvärliga”

”Helheten var tuff”

”Att pendla fem gånger i veckan i fem veckor i sträck var tyngre än jag förväntat mig”

”Då du skall dit varje dag är ju ett visst stressmoment”

”Yllättävää kuinka voimakkaasti vaikuttaa yleiskunnon romahtamiseen ja kuinka pitkään vaikutukset kestää”

### **7.2.6 Påverkan av sjukdomen**

I fråga nummer sju frågar vi informanterna om deras sjukdom har påverkat dem som person och i så fall hur. Alla informanter utom en säger att det påverkat dem som person mer eller mindre. Eftersom vi fått så många olika svar på hur det har påverkat dem som person så har vi valt att inte göra någon kategori för denna fråga utan refererar bara rakt av vad informanterna har sagt.

”Ei millään lailla, koska kaikki on minun tapauksessa hoidettavissa. Kasvain ei sinänsä edes tunnu missään, vaikka on olemassa”

”Man skall inte ta något förgivet längre, allt kan omkullkastas på en dag”

”Säkerligen har det påverkat mig, men svårt att säga hur jag skulle vara om jag inte skulle ha fått, mycket svårt att säga”

”Absolut, jag skulle säga jag prioriterar på annat sätt och försöker vara lite snällare mot mig själv”

”Du börjar se små saker som värdefullare, nog tar det ner dig på jorden och du börjar tänka om”

”Jag mådde psykiskt väldigt dåligt”

”Tottakai, ja kun kyseessä on pysyvä ja näkyvä vaiva, sitä ei sillä tavalla unohda vaan sen kanssa täytyy oppia elämään”

”Enää ei hätkähdä pienistä vastonkäymisistä, nautti enemmän pienistä aiemmin arkisiltakin tuntuvista asioista”

### **7.2.7 Stöd och professionellt stöd**

I fråga nummer 8 och 9 har vi frågat informanten hur de finner stöd samt ifall de blivit erbjudna professionellt stöd eller fått hjälp med att hitta information vart de kan vända sig om det behövs. Respondenterna har kommit fram till att informanterna finner stöd på olika sätt men vänner och familj är ofta det största stödet. Annat som informanterna tyckte hjälpte var frisk luft och motion. Alla informanter har också blivit erbjudna professionellt stöd.

Respondenterna har valt att kategorisera frågorna 8 och 9 i två olika kategorier, **professionellt stöd** och **stöd faktorer**.

Till kategorin **professionellt stöd** hör:

”Jag har blivit erbjuden på stöd genom personligt besök från egen cancerförening”

”Den psykiska delen via cancerföreningen”

”Jag fick telefonnummer till cancerskötaren”

”Kyllä oli puhetta lääkäriini kanssa ja sanoinkin hänelle, että ei ainakaan näillä näkymin ole tarvetta”

”Tarjottiin ammattiapua ja sain myös vertaistukihenkilöitä”

”Jo, jag har nog det men jag har inte fått någonting ut av det”

Till kategorin **stöd faktorer** hör:

”Lähimmäiset, ystävät, pienten lasten kanssa oleminen, avantouinti”

”Jag måste prata mig igenom det, det är det enda sättet”

”Frisk luft, natur, god- och hälsosam mat hjälper”

”Jag har en fin familj som stöttat mig hela tiden”

”Mina hundar är jättebra terapeuter och hästarna är jättebra terapeuter”

### **7.2.8 Råd till andra patienter som ska få eller får strålbehandling**

Respondenterna frågar i fråga nummer tio vilka råd informanten skulle ge andra patienter som kommer att få eller får strålbehandling. Svaren är väldigt olika därför har vi valt att inte göra någon kategorisering av svaren utan bara återge resultatet rakt av. Det fanns också de som inte hade några råd att ge för att det måste man uppleva själv.

”Att det är absolut ingenting att vara rädd för”

”Hoito ei satu eikä silla ole kovin pahoja sivuvaikutuksia”

”Varaa riittävästi aikaa toipumiseen, päivä kerrallaan”

”Strålbehandlingen tar upp en stor del av dan, så man skall inte planera in så mycket annat”

”Fråga om man inte förstår vad som kommer att hända”

”Nog får man alltid ut något av att diskutera med någon före som varit med om samma sak”

”Ei kannata pelätä liikaa eikä stressata itseään hengiltä”

### 7.2.9 Tillägg

I fråga nummer 11 frågar vi informanterna om det finns något de vill tillägga. En del har inget de vill tillägga. En hoppas att sjukvården inte ska fara längre bort, en annan hoppas att personalen på strålbehandlingen fortsätter jobba som de gör nu. En tredje önskar att personalen på strålbehandlingen skulle kommunicera mera med patienten. En fjärde säger att man ska ta modigt kontakt med cancerföreningen. En femte säger att det är av sjukdomar och livet man lär. Eftersom vi fått så olika svar har vi ingen kategori på denna fråga utan citerar bara några citat rakt av.

”Att personalen på strålbehandlingen fortsätter jobba som de gör nu med patienten i fokus”

”Var inte rädd att kommunicera mera, man måste prata med människor man har att göras med”

”Rohkeasti yhteyttää paikalliseen syöpayhdistykseen, sieltä saa neuvoa ja vertaistukea”

## 8. Tolkning

I detta kapitel kommer respondenterna att tolka forskningsfrågorna utgående från intervjuvaren, teoretiska utgångspunkter samt tidigare forskning.

Första forskningsfrågan **Hur upplever patienten strålbehandlingen** besvaras av intervjufråga nummer 6. En del upplever att strålbehandlingen var som de hade tänkt sig. Pendlingen till strålbehandlingen varje dag har upplevts som tufft och besvärligt för vissa. Det upplevs också som positivt för att man träffar andra i samma situation varje dag och får nya bekanta. Någon hade fått information på förhand av vänner som fått strålbehandling och visste vad man kunde förvänta sig. De allra flesta tycker att strålbehandlingen gått bra och bara varit positivt. En del har också blivit överraskade över biverkningar.

Enligt ett examensarbete av Edvardson och Osberg (2010) upplevs känslor av ensamhet och isolering under strålbehandlingen. Det kunde vara hemskt att behöva ligga ensam i ett behandlingsrum. När dagliga rutiner bröts ledde det till känslor av ångest och frustration. Patienterna förstod att strålbehandlingen var viktig för att de skulle bli friska men den tekniska apparaturen upplevdes som skrämmande och att de inte kunde förstå hur strålningen fungerade skapade en känsla av kontrollbrist.

Enligt Hamdi och Nordgren (2013) upplevde även där flera av patienterna maskinerna och vårdmiljön som skrämmande. Då en del hade klaustrofobi upplevdes det som obehagligt då ansiktets täcktes med en mask och huvudet och axlarna fixerades. En del patienter bodde på patienthotell under behandlingstiden, vilket de tyckte var påfrestande eftersom de var långt ifrån vänner och familj.

Donovan och Glackin (2012) skriver i sin litteraturstudie att patienterna upplever känslor av rädsla och ängslan i väntan på behandlingen. När behandlingen börjar kan patienten känt mycket stress inte bara för sjukdomen utan även för att leva i ovissheten när man väntar då behandlingen ska bli färdig planerad och väntan på provsvar. Upplevelsen blir ofta värre på grund av osäkerhet och väntan. Deras studie visade även att 9 patienter upplevde att strålbehandlingen störde deras liv när allt skulle vara planerat runt den.

Andra forskningsfrågan **Har patienten fått tillräcklig information** besvaras av intervjufrågorna nummer 2 och 3. Alla informanter tycker de har fått svar på alla sina frågor och anser att de fått veta det de behövde före och under behandlingen. Informationen har kommit ifrån läkaren, av strålbehandlingspersonalen, via broschyrer och bekanta som gått igenom samma sak. Respondenterna har märkt att informanterna har upplevt och vill ha information på olika sätt beroende på hur man är som person. Vi kom fram till att det finns patienter som är väldigt nyfikna och frågar mycket och andra som hellre tar det som det kommer och vill uppleva själv.

Abrahamsson, Hjelstuen, Blihovde och Borup (2013) har gjort en studie om patienters upplevelser av informationen vid strålbehandlingen på SUS. Det okända ger känslor av osäkerhet i den nya livssituationen och kan med tillräcklig information leda till trygghet och förståelse. Patienterna vill ha en blandning mellan muntlig och skriftlig information samt goda relationer med vårdpersonal. En del patienter vill ha information kort och koncist, saklig information utan att själv behöva fråga. Patienterna vill också ha klar information från början av behandlingen och att biverkningar förklarades. Flera av patienterna berättade att de upplevde stress, sårbarhet och spänning inför det okända de stod inför. Det är viktigt att

patienten blir sedd som unik och får svar på sina frågor eftersom det har stor betydelse för hur patienten klarar av sin nya livssituation.

Enligt Guleser, Kaplan och Taski (2006) studie anser nästan alla patienter att om de skulle ha fått mer information om sin sjukdom och biverkningar orsakade av behandlingen skulle de ha haft mindre ångest och rädslor samt att det skulle ha känts bättre inför behandlingen.

Ekfors och Petersson (2004) anser det är viktigt att ge verktyg och förbereda patienten inför möjliga biverkningar så som t.ex. trötthet och utmattning. Röntgenskötaren skall stöda, informera, uppmuntra och fokusera på patientens individuella resurser. Dessa faktorer kan resultera i förbättrad helhetsvård under strålbehandlingen.

Ångström- Brännström, Engvall, Mullaney, Nilsson, Wickart- Johansson, Svärd, Nyholm, Lindh & Lindh (2016) visar att äldre barn tyckte om att få information både visuellt och verbalt så att de kunde både höra och se hur apparaten och rummet ser ut med egna ögon. De ansåg att de lärde sig bättre ifall de fick ligga på britsen före behandlingen. Att de direkt kunde fråga av personalen och få svar på sina frågor med detsamma tyckte de var viktigt.

Enligt Strömsholm (2015) uppstår det en otrygghet hos cancerpatienterna när de inte vet vad som kommer att hända eller hur vårdprocessen går till vilket ofta beror på informationsbrist. Trygghet och information är viktiga utgångspunkter för bra vård.

Den tredje forskningsfrågan **Hur har patienten blivit bemött?** besvaras av intervjufråga nummer 1. Alla informanter upplever att de fått ett varmt och professionellt bemötande. I intervjufråga nummer elva kommer det fram att en önskar personalen på strålbehandlingen skulle kommunicera mera med patienten ”man måste prata med människor man har att göras med”.

Enligt Ångström- Brännström, Engvall, Mullaney, Nilsson, Wickart- Johansson, Svärd, Nyholm, Lindh & Lindh (2016) studie är bemötandet med personalen viktigt för barnens trygghetskänsla. Studien visade att barnen kände sig tryggare när de fick möta röntgenskötaren före behandlingsperioden. Före behandlingarna fick barnen besöka behandlingsrummet och möta vårdpersonalen vilket de tyckte var viktigt.

## 9. Produkten

I detta kapitel kommer respondenterna att kort berätta om produkten. Produkten är inte ett beställningsarbete och därför har respondenterna själv fritt kunnat planera hurudan produkt de vill göra. Respondenterna ville utnyttja intervjusvaren i sin produkt. Produkten är en canvas tavla med korta citat. Citaten är tagna från intervjusvaren. Produkten ingår i presentationen. (Bilaga 1 ).

Tanken var att skapa produkten och använda den som ett beställningsarbete på ett sjukhus i västra Finland men respondenterna bestämde att inte göra det p.g.a. tidsbrist. Respondenterna valde att ge tavlan åt skolan.

Produkten är beställd från Ifolor. Respondenterna skrev ut citaten på word och skickade materialet till Ifolor. Respondenterna använde som tavlans bakgrund en bild från ett vågande hav.

Tavlan skapades i sista hand men respondenterna är nöjda med slutresultatet. Produkten är kreativ och ger lite extra. Respondenterna tycker att produkten kompenserar bilder som inte finns i arbetet.

## 10. Kritisk granskning

Respondenterna har valt att granska sitt arbete utgående från Larssons (1994) kriterier och sedan jämföra dem mot vårt egna arbete. Kriterierna som tas upp är intern logik, etiskt värde och struktur.

### 10.1 Intern logik

Intern logik innebär att det skall finnas ett samband eller en harmoni mellan forskningsfrågor, analysteknik och datainsamling. Enligt Larsson är intern logik ett av de kriterier som blir mest använt speciellt i formella sammanhang eftersom bedömaren inte behöver ha så djup sakkunskap om ämnet som bedöms. Intern logik bygger på den estetiska principen att ett vetenskapligt arbete skall vara en sammanhängande helhet. Tanken bakom kriteriet är att alla enskilda delar ska höra ihop och bilda en helhet. (Larsson, 1994, s 168-170).



Forskningens syfte var att redogöra hur cancerpatienter upplever strålbehandlingen som behandlingsmetod. Utifrån upplevelserna skulle vi skapa en produkt, en tavla, till cancerpatienter som kommer att få strålbehandling om hur andra patienter har upplevt den, vilket kan leda till att de finner stöd eftersom informationen kommer från någon som varit med om samma sak. Forskningens frågeställningar handlar om hur patienten upplevt, bemötandet och informationen på strålbehandlingen samt hur den upplevt strålbehandlingen överlag. Utifrån forskningens syfte och frågeställning valde respondenterna använda intervjuer och frågeformulär som datainsamlingsmetod. Svaren från frågeformulären och intervjuerna analyserades med en innehållsanalys. Varje fråga kategoriserades var för sig och lämpliga citat plockades ut. Bakgrunden tar upp vad strålbehandling och cancer är för att ge läsaren större förståelse för ämnet. I tolkningen tolkas forskningsfrågorna mot tidigare forskningar och utgångspunkterna. Respondenterna anser att det finns ett samband mellan forskningsfrågorna, analys och datainsamlingsmetoderna.

## 10.2 Etiskt värde

Ett viktigt avseende i en vetenskaplig forskning är om den har en god etik. Det är viktigt att det man skriver är sant och inte ens egna uppfattning om vad som man tror att är sant. Arne Trankell har gjort en checklista på ”vetenskaplig hederlighet” som innebär att man håller sig till sanningen, är ärlig i sitt arbete och inte skriver något som inte är sant eller håller bort fakta. (Larsson 1994,s 171-172).

Alla personer, platser och institutioner behandlas standardmässigt anonymt så att de inte kan identifieras. Att skydda anonymiteten skall vägas upp mot att få ny kunskap. Har man en forskning med ett högt etiskt värde innebär det ofta att andra kvaliteter minskas. Vilket leder till en konflikt mellan etik och validitet. ( Larsson, 1994, s. 171).

Alla informanter i arbetet har fått vara anonyma. De intervjuer som gjordes personligen spelades in. Efter inspelningen renskrevs materialet i sin ursprungliga form. Efter arbetet blivit färdigt förstördes inspelningarna och renskrivningarna. De frågeformulär som samlades in förstördes också efter att arbetet blivit färdigt. Respondenterna har använt sig utav Arne Trenkells checklista och anser vårt arbete baserar sig på sanningsenlig fakta. All text baserar sig på böcker eller vetenskapliga artiklar. Ingenting har lämnats bort eller lagts till i intervju svaren. Alla slutsatser som gjorts, baserar sig på den teoretiska utgångspunkterna, bakgrunden och intervjuerna. Respondenterna anser att det etiska värdet har bevarats under hela arbetets gång.

## 10.3 Struktur

Resultaten skall ha en god struktur. En god struktur är ett sk. centralt värde så att fenomenet inte varierar utan att uppfattningen hålls lika. I till exempel en intervjuanalys är det viktigt att det finns en axel kring vilket allt centreras. Det är bra att följa tankens ekonomi ”Största möjliga enkelhet är den övergripande normen” för ett bra resultat och helhet. Man skall undvika att använda obehövligen d.v.s. svåra begrepp. För att nå en tydlig resultat får innehållet inte vara suddig utan kravet är att följa en röd tråd. (Larsson, 1994 s. 173-175).

Respondenterna har satsat på en enkel och tydlig struktur. Respondenterna tycker att arbetet är lättläst och resultatet är tydligt. Målet var att tydligt beskriva vilket som är bisak och på motsvarande sätt huvudsak för att poängtera det viktiga i texten. I en god struktur är det alltså också fråga om god retorik. Med det tycker respondenterna att de lyckades bra.

För att resultatet skulle se bra ut har respondenterna använt samma textstil, fontstorlek och radavstånd från början till slut. Kapitel och underrubriker är insatta så att innehållet är lättöverskådlig. I kapitel 7 valde respondenterna att kategorisera intervju svaren för att få en helhetsbild över resultatet och för att behålla strukturen tydlig.

## 11. Diskussion

I detta kapitel diskuteras examensarbetet i sin helhet. Respondenterna kommer att gå igenom examensarbetet i olika delar. Respondenterna diskuterar förslag på hur arbetet kunde ha gjorts bättre eller annorlunda och på motsvarande sätt vilka saker vi är nöjda över. I detta kapitel diskuterar vi också om vilka förbättringar man skulle kunna göra.

Forskningens syfte är att redogöra för patientens upplevelse kring strålbehandling som behandlingsmetod. Frågeställningen som använts i examensarbete är följande:

1. Hur upplevde patienten strålbehandlingen?
2. Har patienten fått tillräcklig information?
3. Hur har patienten blivit bemött?

Respondenterna fick svar på frågeställningar från informanterna samt från tidigare forskningar. Informanterna upplevde i allmänhet att strålbehandlingen är absolut inget att

vara rädd för. Alla informanter upplevde att informationen var tillräcklig och att de fick svar på alla sina frågor. De tyckte att de blivit väl bemötta. Enligt patienterna har bemötandet varit varmt och professionellt vilket respondenterna tror att betyder mycket för andra patienter som kommer att vara med om samma sak.

Det var meningen att examensarbetet skulle bli ett beställningsarbete från ett sjukhus i västra Finland. Målet var att skapa ett informationsblad åt cancerpatienter på strålbehandlingen. Tanken var att beskriva för andra patienter som kommer att vara med om samma sak om hur andra patienter upplevt strålbehandlingen som behandlingsmetod. Det viktiga är att informationen kommer från någon som varit i samma situation. På det sättet tror respondenterna att patienterna kan finna stöd.

Som produkt (bilaga 1.) valde respondenterna att konstruera en tavla med valda citat ur intervjuvaren. Respondenterna tyckte om idén och därför förverkligades idén i stället för informationsbladet. Produkten är inte ett beställningsarbete utan respondenterna valde att ge tavlan åt skolan.

Arbetets teoretiska utgångspunkter var trygghet och information. Respondenterna ansåg att de är två helt olika begrepp men på samma gång tillsammans väldigt viktiga inom vården. Begreppen valdes eftersom de kompletterar varandra bra. Det fanns mycket litteratur om information medan begränsat antal källor om trygghetskänslan. De flesta artiklarna handlade om patienttrygghet. Trygghetskänslan kan inte heller direkt översättas till finska eller engelska vilket visade sig vara lite problematiskt. Efter ett antal sök hittade vi några fina forskningar om trygghetskänslan i sig.

Cancer och strålbehandling valdes som teoretisk bakgrund. Det kunde ha varit mer litteratur om hur strålbehandlingen går till i praktiken men det var betydligt lättare att hitta t.ex. böcker om cancer än själva strålbehandling. Litteratur om cancer kunde man hitta nästan överallt. Vi använde oss av internet källor, litteratur och tidigare forskningar. Det var dock besvärligt att hitta nya uppdaterade källor om strålbehandling, de flesta böcker var några år till tjugo år gamla.

Respondenterna analyserade fem stycken intervjuer och tre frågeformulär. Efter det kategoriserades svaren i olika delar. Respondenterna fick svar på sina frågor via telefonsamtal, intervju och med hjälp av ett elektroniskt frågeformulär. Meningen var att allt skulle ske via intervju men eftersom geografiska avstånd satte stopp bestämde vi oss att också använda oss av telefonsamtal och elektroniska frågeformulär. Mest innehållsrika svar

fick vi via intervju. Elektroniska frågeformulär besvarades kort men exakt. Om respondenterna skulle ha haft flera informanter så skulle respondenterna kanske ha fått ett bredare synvinkel på ämnet. Intervju av alla informanter skulle troligtvis ha givit mera innehållsrika svar. Det som kunde ha gjorts annorlunda med intervjun var tidsplaneringen.

Respondenterna tycker att helheten blev tydlig och bra fastän inte alla önskemål uppfylldes. Vi kan konstatera att examensarbetet varit intressant och givit värdefull kunskap. Respondenterna anser att de har lärt sig mycket av patienterna och strålbehandlingen. De tycker att det är viktigt att vara medveten om hur patienterna upplever bemötandet. Det kan också vara oerhört viktigt för en patient att få veta hur andra cancerpatienter har upplevt strålbehandlingen. Lika viktigt är det för studeranden och röntgenskötarna på strålbehandlingen att på bästa möjliga sätt förstå cancerpatienterna. Respondenterna konstaterar att det är lättare att bygga upp en tryggare vårdmiljö när röntgenskötaren och patienten förstår varandra bättre.

## Källförteckning

Abrahamsson, M., Hjelstuen, M, Blihovde, H, & Borup, I. (2013). *Informasjon ved strålebehandling - patienters opplevelse*. *Hold pusten* 40(8) s.18-21

Ali, H. & Nordgren, K.(2013). *Hur livet kan förändras under och efter strålbehandling-upplevelser av personer med cancer: en litteraturöversikt*. Examensarbete Erstasköndal Högskola. <http://esh.diva-portal.org/smash/get/diva2:628151/FULLTEXT01.pdf> hämtad: 4.5.2017

Allt om cancer (u.å.). *Cancersjukdomar* [online]

<https://www.alltomcancer.fi/information-om-cancer/cancersjukdomar/> [hämtad: 3.5.2017]

Allt om cancer (u.å.). *Hur cancer konstateras och undersöks* [online]

<https://www.alltomcancer.fi/information-om-cancer/undersokningar/> [hämtat:3.5.2017]

Andersson, E. & Blomqvist, C. (2003). Att skapa trygghet i vården – en viktig del i sjuksköterskans arbete. Fördjupningsnivå I sjukskötarprogrammet. Högskolan i Trollhättan/Uddevalla [online]

<http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:215599/FULLTEXT01.pdf> (hämtat: 3.5.2017)

Bergqvist, S. (2010). *Cancer i siffror*. [online]

<http://www.kmagasin.se/artikel/cancer-i-siffror/?all=1> [hämtat: 22.5.2016]

Björnstad, L(u.å.). *Biopsier*. Senast granskad 2015 [online]

<https://www.cancerfonden.se/om-cancer/biopsier> [hämtat: 31.10.2016]

Blomqvist, C- A., Siimes, M. ,Aalberg, V. & Idman, I. m.fl. (1992). *Syöpätaudit* (1.Uppl.) I redaktion av Holsti R, L., Roberts J,P.& Lyly, P. Helsingfors: Duodecim

Brehmer-Andersson, E. (2011). *Allmän patologi: En introduktion* (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Cancerfonden (u.å.). *Olika stadier för tumörer*. Senast granskad 2017 [online]

<https://www.cancerfonden.se/om-cancer/tumorstadier> [ hämtat 8.11.2016]

Carroskamp.,(2013). *Strålbehandling* [online]

<http://carroskamp.blogg.se/2013/may/stralbehandling.html> [hämtat:22.5.2016]

Dahlberg, G. (2004). *Ohjeita sinulle joka saat sädehoitoa*. (1. Uppl.). Forssa: Painotalo Auranen Oy

Denscombe, M. (2016). *Forskningshandboken för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. (3.Uppl.) Lund: Studentlitteratur

Donovan, M. & Glackin, M. (2012). *The lived experience of patients receiving radiotherapy for head and neck cancer* a literature review. *International Journal of Palliative Nursing* 18(9) s. 448-455

Doodle u.å. *Frågeformulär* [online]

<https://doodle.com/sv/frageformular> [hämtat: 3.5.2017]

Edvardsson, E. & Osberg, A. (2010). *Upplevelser av strålbehandling hos patienter med cancer -en litteraturstudie*. Examensarbete Högskolan Kristianstad. <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:297996/FULLTEXT01.pdf> Publicerad 21.1.2010

Eide, H. & Eide, T.(2009). *Omvårdsorienterad kommunikation*. (2.Uppl.) Lund: Studentlitteratur

Einhorn, S. (u.å.). *Så utvecklas cancer*. Senast granskad 2016 [online]

<https://www.cancerfonden.se/om-cancer/vad-ar-cancer> [hämtad:20.10.2016]

Ekfors, H. & Petersson, K. (2004) *A qualitative study of the experiences during radiotherapy of Swedish patients suffering from lung cancer*. *Oncology Nursing Forum* Mar/Apr2004; 31(2) s. 329-334

Elonen, E., Bono, P., Kouri, M., Tenhunen, M. & Saarto, T. m.fl. (2013). *Syöpäaudit*. (5.Uppl.) I redaktion av: Aalberg, V., Roberts, P. J., Kellokumpu-Lehtinen, P., Jyrkkiö, S., Kouri, M., Teppo, L., & Joensuu, H. Helsingfors: Duodecim

Gülezer, G.N., Taşci, S. & Kaplan, B. (2012). *The Experience of Symptoms and Information Needs of Cancer Patients Undergoing Radiotherapy*. *Journal of Cancer Education*, 27(1), s. 46-53.

- Hafström, L., Hansson, J., Henriksson, R. & Peterson, C. m.fl. (1998). *Onkologi*. (1. Uppl.) I redaktion av Ringborg, U. & Henriksson, R. & Friberg, S. Stockholm: Liber
- Helovuoto, A., Kinnunen, M., Peltomaa, K., & Pennanen, P. (2011). *Potilasturvallisuus: Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti*. Helsinki: Fioca.
- Hård af Segerstad, P. (1990). *Information och kommunikation: En bok om människans förmåga att tänka, tala och förstå*. (4. Uppl.) Uppsala: Hallgren och Fallgren studieförlag
- Joensuu, H., Roberts, P. J., Teppo, L., & Tenhunen, M. (2007). *Syöpätaudit* (3. Uppl.). Helsinki: Duodecim.
- Jussila, A-L., Kangas, A. & Haltamo, K. 2010. *Sädehoitotyö* (1. Uppl.). Helsinki WSOYpro Oy
- Larsson, I., Palm, L. och Rahle-Hasselbalch, L. (2016). *Patientkommunikation i praktiken information, dialog, delaktighet*. (2. Uppl.) Lund: Studentlitteratur
- Larsson, I., Palm, L. och Rahle-Hasselbalch, L. (2008). *Patientkommunikation i praktiken, information dialog och delaktighet*. Falun: författarna och nordstedts akademiska förlag.
- Larsson, S. (1994) Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Ingår i Starrin, B & Svensson, P-G (red.) *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur AB
- Marroquin, B., Czamanski-Cohen, J- L., Weihs, K. & Stanton, A. (2016). *Implicit loneliness, emotion regulation, and depressive symptoms in breast cancer survivors*. J Behav Med 39(5) s. 832-844
- Nilbert, M. (2013). *Klinisk onkologi*. Lund: Studentlitteratur
- Olsson, H & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (2. Uppl.) Stockholm : Liber
- Olzon-Schultz, S. (Red.) 2017. *Tumörer och andra utväxter*. [online]  
<http://www.1177.se/Tema/Cancer/Cancerformer-och-fakta/Fakta-om-cancer/Tumor/>  
 hämtat: 3.5.2017
- Olzon-Schultz, S. (Red.) 2017. *Vad är cancer?* [online]

<https://www.1177.se/Tema/Cancer/Cancerformer-och-fakta/Fakta-om-cancer/Vad-ar-cancer/> [ Hämtat: 10.5.2017]

Pesikan, E. (2004). *Ett noll till livet-att gå vidare efter cancer*. Mbm förlag

Steinar, K & Svend, B. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (3. Uppl.) Lund: Författarna och Studentlitteratur

Strandberg, H. (2014). *Sjuksköterskans samtal professionalitet och medmänsklighet*. Lund: Studentlitteratur

Strömsholm, E-M. (2015). *Patienttrygghet i cancervården* [online]

<http://www.onkologiisverige.se/wp-content/uploads/2015/01/Omvardnad.pdf> [hämtat: 3.5.2017]

Ålström-Riklund., Hietala., Collins., Trolle-Lagerros. & Eriksson m.fl. (2008). *Onkologi* (2. uppl.). I redaktion av Danialis, T., Ringborg, U., & Henriksson, R. Stockholm: Liber.

Ångström- Brännström, C., Engvall, C., Mullaney, G., Nilsson, T., Wickart- Johansson, K., Svärd, G., Nyholm, T., Lindh J. & V. (2016) *It Is Tough and Tiring but It Works – Childrens Experiences of Undergoing Radiotherapy* PLoS ONE. 4/7/2016, Vol. 11 Issue 4, s. 1-13.

Ångström- Brännström, C., Mullaney, G., Nilsson, T., Wickart- Johansson, K., Svärd, G., Nyholm, T., Lindh J. & Lindh, V. (2015). *Children Undergoing Radiotherapy: Swedish Parents Experiences and suggestions for improvement*. PLoS ONE. 10/28/2015, Vol. 10 Issue 10, s. 1-15.

Voigtman, K., Köllner, V., Einsle, F., Alheit, H., Joraschky, P. & Herrmann, T. (2010) *Emotional State of Patients in Radiotherapy and How They Deal with Their Disorder* *Strahlenther Onkol* 186(4) s. 229-235



## Bilaga 1.

## UPPLEVELSER AV STRÅLBEHANDLINGEN

” Jag upplevde det som positivt, man ser nog det är yrkesfolk man kommer till”

” Trött var jag också och tog mig en tupplur så gott som varje eftermiddag”

” Nej, jag kände jag var i goda händer varje gång”

” Om man tar sig igenom cellgiftsbehandlingarna så är ju strålbehandlingen ingenting i jämförelse”

” Absolut, jag skulle säga jag prioriterar på annat sätt och försöker vara lite snällare mot mig själv”

” Att det är absolut ingenting att vara rädd för”

” Nog får man alltid ut något av att diskutera med någon före som varit med om samma sak”

