

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ  
I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD  
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
2008:51

Att leva med malignt melanom  
Förändrad livsvärld

Sandra Canbacken  
Louice Quick Trolin



HÖGSKOLAN I BORÅS  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Att leva med malignt melanom: Förändrad livsvärld

Författare: Sandra Canbacken och Louice Quick Trolin

Ämne: Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad

Nivå och poäng: Kandidatnivå, 15 högskolepoäng

Kurs: Vetenskapsteori och metod, SSK26A

Handledare: Eva Lagerström

Examinator: Britt-Marie Lindblad

## **Sammanfattning**

Solen utstrålar energi och är förutsättningen för allt biologiskt liv på jorden, dessvärre tycks människan sakna respekt gentemot solen och dess ultraviolettera strålning. Dessa strålar kan ge upphov till malignt melanom som är den aggressiva formen av hudcancer. Sjukdomen uppkommer i vanliga leverfläckar eller födelsemärken men den kan också börja direkt i huden. Via lymfkärl och blodkärl kan cancercellerna sprida sig till andra ställen i kroppen så kallad metastasering. Detta innebär att malignt melanom är en allvarlig och livshotande sjukdom. Problemet är att omkring 2 000 personer i Sverige drabbas varje år och är en av de vanligaste cancerformerna i Sverige. Syftet är att beskriva upplevelsen av att leva med malignt melanom utifrån patientens livsvärldsperspektiv. Metoden bygger på en litteraturstudie bygd på åtta kvalitativa artiklar som analyserats enligt Evans (2003) analysmodell. Resultatet visar att patienterna upplevde någon grad av chock, rädsla och oro i samband med diagnosen. Det framkom även i resultatet att en del patienter förnekade sin sjukdom och att flertalet, trots den traumatiska upplevelsen, fick en förändrad positiv livssyn efter tillfrisknade.

Nyckelord: Malignt melanom, livsvärld, lidande, upplevelser, trygghet, patientperspektiv, omvårdnad, välbefinnande.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
<b>Malignt melanom</b>	<b>1</b>
<b>Orsaker</b>	<b>1</b>
<b>Symtom</b>	<b>2</b>
<b>Behandling</b>	<b>2</b>
<b>Kunskap och attityd till solexponering</b>	<b>3</b>
<b>Vårdvetenskapliga begrepp</b>	<b>3</b>
Livsvärld	3
Lidande	4
Trygghet	4
Välbefinnande	5
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>6</b>
<b>SYFTE</b>	<b>6</b>
<b>METOD</b>	<b>6</b>
<b>Datainsamling</b>	<b>6</b>
<b>Dataanalys</b>	<b>7</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>7</b>
<b>Den lidande människan</b>	<b>8</b>
Känslan av skuld i sjukdomslidandet	8
Förändrat utseende	9
Söka förklaring	9
<b>Känsla av rädsla och otrygghet</b>	<b>9</b>
Känslan av otillräckliga kunskaper	9
Förnekelse	10
Bristande emotionellt stöd	11
<b>Känsla av välbefinnande</b>	<b>11</b>
Upplevelsen av god information	12
Hopp	12
Förändrad livssyn efter tillfrisknande.	13
<b>DISKUSSION</b>	<b>13</b>
<b>Metoddiskussion</b>	<b>13</b>
<b>Resultatdiskussion</b>	<b>14</b>
<b>Praktiska implikationer för sjuksköterskan</b>	<b>16</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>17</b>
<b>BILAGA 1</b>	<b>19</b>
<b>Översikt av analyserad litteratur.</b>	<b>19</b>

# INLEDNING

Under årens lopp har inställningen till solandet förändrats dramatiskt. Att vara bruntbränd förknippas med välbefinnande och utstrålar en sundhet hos många. De flesta människorna älskar solen, den gör oss energirika och fulla av liv men för mycket solande kan ha en negativ effekt på huden vilket kan leda till hudcancer. Vi upplever ändå att människor är medvetna om att det finns risker med att sola, men många negligerar det faktum att ett alltför intensivt solande kan ha negativa effekter. Vi tror att detta beror på att de positiva upplevelserna som sundhet, välbefinnande och brunbrändhet är så starka att man trots riskerna ändå väljer att utsätta sig för kraftig solexponering.

Att drabbas av hudcancer och framförallt den mest aggressiva formen malignt melanom kommer ofta som en chock eftersom patienten trots sjukdomen upplever sig frisk. Hudförändringen som visade sig vara cancer är för många svår att förstå och acceptera, att senare försonas med tanken på att ha drabbats av en livshotande sjukdom kan vara väldigt psykiskt påfrestande då patienten slits mellan hopp och förtvivlan.

Det är intressant för oss att få en djupare förståelse för patienter som har drabbats av malignt melanom genom att fånga patienternas berättelser ur ett livsvärldsperspektiv. I fortsättningen kommer vi att benämna malignt melanom med förkortningen MM.

## BAKGRUND

### Malignt melanom

Det finns tre typer av hudcancer: basalcellscancer, skivepitelcancer och malignt melanom. MM är den aggressiva formen av hudcancer som uppkommer i hudens pigmentceller då dessa okontrollerat börjar dela sig. Sjukdomen uppkommer i vanliga leverfläckar eller födelsemärken men den kan också börja direkt i huden. Via lymfkärl och blodkärl kan cancercellerna sprida sig till andra ställen i kroppen så kallad metastasering. Detta innebär att MM är en allvarlig och livshotande sjukdom (Bjellerup, 2007).

### Orsaker

Solens ultravioletta strålar är en huvudorsak till uppkomsten av MM. Ultraviolet strålning benämns som UVA och UVB beroende på hur energirik den är och därmed hur stor möjlighet den har att orsaka hudskador. Ultraviolet strålning gör att huden bildar pigment, vilket gör att man blir solbrun. UVA-strålning, som är den minst energirika, tränger in i hudens djupare skikt och gör pigmentet i huden brunt. UVB-strålning är däremot relativt energirik och gör att vi bränner oss (SSI, 2008).

Under en 20 års period har antalet MM fall ökat med 2 % per år i medeltal. 80-90% av all hudcancer orsakas av ultraviolet strålning från solen som orsakar skador i cellernas arvs massa (Edqvist, 2007; Socialstyrelsen, 2005). Överdrivet solande med kraftig

rodnad som följd har visat sig farligare än att sola med försiktighet och långsamt bli brun. Det anses vara särskilt riskabelt att få brännskador av solen som barn och ungdom, eftersom huden hos en växande individ är mer sårbar än hos en vuxen. (Bjellerup, 2007). Brännström (2007a) anger i 2007 års rapport från statens strålskyddsinstitut att den främsta orsaken till ökningen av MM beror på att svenska befolkningen fått mer fritid och att våra semesterar utomlands ökat i antal de senaste åren. Även i Socialstyrelsens miljöhälsorapport från 2005 anges detta som en av de främsta orsakerna till ökningen av antalet hudcancerfall vilket därmed styrker Brännströms (2007a) rapport.

Ozonskiktet, som finns i atmosfären, absorberar den ultravioletta strålningen och varierar naturligt i tjocklek under året. Det är tunnast på hösten och tjockast på våren. Om en uttunning av ozonskiktet sker innebär det att människor och miljö utsätts för mer UV-strålning, framförallt UVB (SMHI, 2008). Enligt SSI (2008) har man över Sverige idag inte kunnat uppmäta några påtagliga förändringar i ozonlagrets tjocklek jämfört med på 1950-talet. Det är alltså vårt beteende gentemot solen som är den främsta orsaken till att antalet MM fall har ökat i Sverige, inte att UV-strålningen blivit starkare (SSI, 2008).

En annan orsak till MM är hereditet. Egenskaper som ljus hy, röd eller blond hår färg samt dålig förmåga att bilda pigment i huden ökar känsligheten för solens ultravioletta strålar. Eftersom dessa egenskaper medför en hereditet är risken att utveckla MM högre hos dessa individer. Det finns också släkter med en speciell form av avvikande födelsemärken och leverfläckar, så kallade dysplastiska nevus. Även sådana märken ökar risken för att utveckla MM (Bjellerup, 2007; Järhult & Offenbartl, 2006).

## **Symtom**

Vanliga leverfläckar och födelsemärken är jämnt bruna i färgen och det finns nästan alltid en regelbunden gräns till huden runt omkring (Bjellerup, 2007). Författaren beskriver att tecken på MM är en helt ny brun uppkommen fläck eller knuta någonstans. En gammal leverfläck eller ett födelsemärke som vuxit eller ändrat utseende är också observandum. Det maligna melanomet är oftast: oregelbundet i formen, ojämnt i färgen, ojämnt i kanten och vanligtvis över fem millimeter brett. Märken som kliar eller blöder är också, enligt Bjellerup (2007), tecken på MM. Då symtomen på MM är beskrivna av många olika författare kan symtomen sammanfattas som mörka, växande och oregelbundna hudförändringar, andra vanliga symtom är att hudförändringarna blöder lätt eller kliar (Järhult & Offenbartl, 2006; Bjellerup, 2007; Edqvist, 2007).

## **Behandling**

MM måste opereras bort vilket oftast sker under lokalbedövning. Kirurgen avlägsnar hudförändringen och tar även bort en bit runt tumören för att vara säker på att cancercellerna inte ska sprida sig. Vid större ingrepp ersätts den avlägsnade huddelen med ett tunt lager hud från ett annat ställe på kroppen (Bjellerup, 2007). Prognosen har förbättrats på senare tid, 80-85% med MM botas, den främsta förklaringen är att

melanomet upptäcks av läkare i ett tidigt skede. Om MM metastaseras används cytostatika som tyvärr inte alltid är så effektivt mot malignt melanomcellerna då de lätt blir resistenta. I det palliativa skedet kan vid enstaka tillfällen strålbehandling användas för att hålla sjukdomen i schack och för att lindra symtom (Edqvist, 2007).

## **Kunskap och attityd till solexponering**

Brännström (2007b) skriver i SSI:s rapport 2006 om svenskarnas solvanor. Längre har det funnits en uppfattning om varför människor utsätter sig för ultraviolettstrålning, de verkar inte känna till eller förstå att vissa beteenden utgör en risk. Författaren skriver dock att uppfattningen bland dem som arbetar med hudcancerprevention upplever att allmänheten besitter kunskap om solens skadeverkan. Brännström (2007b) kommer ändå fram till att detta i sig inte räcker för att ändra beteendet. Ofta bedöms den personliga risken som mindre än den generella, speciellt om det gäller risker som går att påverka med eget handlande. Det är därför vanligt att man bedömer den egna risken för hudcancer som lägre än andras risk och anpassar sin egen uppfattning efter sitt eget beteende. De positiva effekter människor upplever i samband med solning överväger ändå de hälsoriskerna de utsätter sig för. Författaren finner att människan inte omsätter kunskapen i ett beteende som minskar riskerna för hudcancer. I likhet med Brännström (2007b) gör Guile och Nicholson (2004) en studie kring attityd och beteende gentemot solande. Jämförelsen görs mellan fem olika samhällsgrupper: onkologer, onkologisjuksköterskor, allmän sjuksköterskor, sjuksköterskestuderande samt en allmän tillfrågad grupp. Intressant nog visar studien att trots den expertiskunskap onkologer och onkologisjuksköterskor besitter, skiljer sig inte attityden och beteendet gällande solbadning gentemot allmänhetens (Guile & Nicholson, 2004).

## **Vårdvetenskapliga begrepp**

För att få en förståelse för upplevelsen av sjukdomen MM kan en vårdvetenskaplig ansats behövas. Det finns flertalet vårdvetenskapliga begrepp som kan kopplas till MM, vi har dock valt att lägga tyngden på följande fyra begrepp: Livsvärld, lidande, trygghet och välbefinnande.

### **Livsvärld**

Livsvärld är enligt Wiklund (2003) ett begrepp som kommer från fenomenologin. Livsvärlden är inte synonym med den fysiska verklighet vi upplever. Livsvärlden är som vi upplever den genom våra kroppar och ur detta perspektiv går inte liv och värld att skilja åt. Livet är världsligt och världen är en levd värld. Livsvärlden är således varken omvärlden eller vår subjektiva föreställning om världen utan livsvärlden är den värld vi lever i. Mötet med människor, ting och företeelser erfars av varje människa olika och livsvärlden blir därför unik för varje individ. Vårdaren måste värna om patientens värdighet. Detta innebär enligt Wiklund (2003) att vårdaren måste respektera patientens sätt att gestalta sitt liv. Oavsett vårdarens tidigare uppfattningar och värderingar om vad ett bra och gott liv är ska vårdaren respektera den unika personen

och dess historia. Att inte visa respekt för personens sätt att forma sitt liv, är att inte respektera människan. Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) skriver att livsvärldsperspektivet innebär att människans vardagsvärld och dagliga tillvaro uppmärksammas. Livsvärldsperspektivet innebär vidare att se, förstå och beskriva världen som den erfars av människan. För en MM patient innebär detta en förändring av hela vardagsvärlden. Tanken av att ha drabbats av en livshotande sjukdom innebär en enorm förändring i livet, tankar kring arbete, make/maka, barn, ekonomi, vård och smärta äventyrar hela den trygga livsvärld som patienten tidigare befann sig i. Att där möta patienten och utifrån patientens tankar och funderingar försöka inge trygghet och välbefinnande. Enligt författarna liknas detta som en balansgång mellan risken att som vårdare gå in i mötet med patienten och bekräfta den information som redan finns, samt att även finna möjligheten att använda sin tidigare kunskap för att hjälpa patienten vidare. Saknas en öppenhet och följsamhet i mötet med patienten minskar möjligheten att fånga in det "nya" eller oförutsägbara i patientens erfarenhet. Följden blir att patientens berättelse anpassas till vårdarens förförståelse (Dahlberg et al., 2003).

## **Lidande**

Människan lider när upplevelsen av sig själv som hel person hotas. Lidandet kan inte förläggas till något speciellt omfång utan berör hela människan och vår upplevelse av oss själv i världen (Wiklund, 2003). Eriksson (1994) beskriver lidandet som den mest centrala upplevelsen i patientens livsvärld och i olika delar av livsvärlden har lidandet sitt ursprung. Beroende på var ursprunget utgår från menar författaren att det finns vård-, livs- och sjukdomslidande. Vårdlidande är det lidande patienten upplever som en följd av bristande vård och behandling som kan påverkas av sjukvårdspersonalen. Livslidandet kan vara mer eller mindre påtagligt men då människan blir sjuk aktualiseras lidandet i människans liv. Livslidandet kopplas då samman med hela människans existens. Sjukdomslidandet är knutet till symtomet och den begränsning detta medför (Eriksson, 1994). Wiklund (2003) skriver att vår personliga och sociala identitet är i hög grad kopplad till vad vi presenterar, samt till hur kroppen fungerar och ser ut. För en MM patient innebär sjukdomslidandet fysiska och psykiska begränsningar som kopplas samman med ektomin av hudmaligniteten. Sjukdomslidandets rädslor och farhågor blir bekräftade när personen får diagnosen MM. Diagnosen innebär att personen måste konfronteras med allvaret i sin situation och med de krav på förändrad livsföring som detta innebär (Wiklund, 2003). I en artikel av Milton (1997) som belyser upplevelsen av MM beskriver en patient hur konfrontationen av lidandet kommer till uttryck i samband med diagnosen: "It is all very well for you, you will go on living whatever happens to me" (s. 331).

## **Trygghet**

Bowby (1994, refererad i Wiklund, 2003) lyfter fram att trygghet är strävan efter trygga relationer och att detta är ett begär och ett medfött beteende hos människan. Trygghet är dock inte instinktivt medfött, det krävs att omgivningen både tillåter och stimulerar detta. Begäret finns livet igenom och blir påtagligt när människan utsätts för lidande i

form av påfrestningar, hot eller kränkningar, exempelvis vid rädsla, sjukdom eller när människan blir utmattad. Människan söker då lindring från andra genom tröst och omvårdnad. Övertygelsen om att den andra personen finns tillgänglig inger trygghet vilket fungerar som en motivation till att fortsätta relationen (Wiklund, 2003). Dahlberg et al. (2003) menar att upplevelser av trygghet/otrygghet kan kopplas till vård-, livs- och sjukdomslidande och begreppen utgör basen i den generella strukturen för en människas liv. Författarna menar med detta att man lätt kan spåra sambandet mellan lidande och brist på trygghet genom att människan utsätts för händelser som saknar den grundtrygghet som anses utgöra ett gott liv. Den ursprungliga tryggheten har då rubbats och det lidande patienten utsätts för gör att personen har svårt att bära det som hänt. Tryggheten kopplat till MM genomsyrar hela upplevelsen av att drabbas, behandlas och att överleva. Om maligniteten avlägsnas, och sjukdomen botas, återställs tryggheten. Om inte patienten kan botas kan ändå en form av trygghet infinns genom att patienten fått kontroll över situationen, fått ett namn på sjukdomen och vet vad som komma skall. Trygghet ska finnas som en röd tråd genom hela processen från insjuknande till frisk för att en trygghetskänsla ska kunna nås av patienten. Fenomenet trygghet anses så viktigt att det finns inskrivet i Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf (SFS 1982:763). Denna beskrivs i § 2a:1: ”En god hälso- och sjukvård skall särskilt vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen”.

## **Välbefinnande**

Hälsans tre dimensioner är sundhet, friskhet och välbefinnande (Eriksson, 1989). Välbefinnandet är ett fenomenologiskt begrepp och speglar personens inre upplevelser och är därför unikt och personligt. Wiklund (2003) skriver att välbefinnandet utgår från personens livsvärld och uttrycker en känsla hos honom eller henne. Välbefinnandet förklaras som en subjektiv upplevelse som omgivningen har svårigheter att sätta upp objektiva kriterier för. Dahlberg et al. (2003) skriver om hur välbefinnandet infinner sig annorlunda beroende på bemötandet bland olika patientgrupper. I akutsjukvård betonas öppenhet och närvaro i mötet med patienten som avgörande för välbefinnandet. Ofta kan akuta medicinska åtgärder behöva göras, som av patienten upplevs negativa, exempelvis att behöva lägga en skadad patient på en hård ryggbärare under transport till sjukhus. Dialogen med patienten om varför den hårda bärande används och berättar syftet med eventuell medicinering är viktigt för att säkerställa ett välbefinnande ur patientens perspektiv. Den äldre eller tillfälligt förvirrade patientens behov av välbefinnande behöver bemötas med respekt. Det är viktigt att personalen tar patienten på allvar trots att den tidigare gett intrycket att vara oförmögen att själv förstå och utföra adekvata handlingar. Vägen till välbefinnande för dessa patienter nås genom sinnesfrid och genom att ge patienten möjligheten att fundera och reflektera över sitt liv. Att vidare komma till acceptering av livet som det varit och att finna sig i att det förändrats och går mot sitt slut hävdar Dahlberg et al. (2003) vara det primära för upplevelsen av välbefinnande för denna patientgrupp. Att arbeta för välbefinnande är lika viktigt som att bekämpa olika former av lidande. Välbefinnandet förutsätter att människan vågar erkänna lidandet samt vågar vara i lidandet. Välbefinnandet för en MM patient är kopplat till viljan av att känna sig fräsch och brun. I en artikel av Coyne, Johnson och Lawrence-Broesch (2006) beskriver tre kvinnor upplevelsen av att drabbats av MM, en kvinna berättar om välbefinnandet kopplat till solbadning genom följande



citat: "It's so ironic that my pursuit of a healthy, active lifestyle was what would eventually come back years later to threaten my life" (s. 67).

## **PROBLEMFORMULERING**

Omkring 2 000 personer i Sverige drabbas varje år av MM. Antalet fall stiger med cirka två procent per år och är nu en av de vanligaste cancerformerna i Sverige. Enligt statens strålskyddsinstitut beror ökningen på att befolkningen idag har fått mera fritid och därför kan vistas mer utomhus, dessutom har intensivt solande blivit alltmer vanligt sedan vi nordbor börjat semestra söderut oftare. Varför vi uppfattar detta som ett problem är att vi upplever att människor idag inte har tillräcklig respekt och kunskap om solen och dess ultravioletta strålning. Vidare upplever vi att människor inte förstår allvaret i att de faktiskt kan bli drabbade av en livshotande sjukdom som MM på grund av något som de finner så naturligt som solbadning. Det är intressant i vår kommande sjuksköterskeroll att genom insikt kring MM kunna utföra omvårdnad. Det är därför angeläget för oss att få en förståelse för patientens livsvärld och upplevelse av att leva med MM.

## **SYFTE**

Syftet är att beskriva upplevelsen av att leva med malignt melanom utifrån patientens livsvärldsperspektiv.

## **METOD**

Denna litteraturstudie bygger på åtta kvalitativa artiklar som analyserats för att fånga patienters upplevelser av MM. Kvalitativ forskning syftar till att öka förståelsen för ett valt fenomen. Kvalitativ forskning innebär också att få ökad förståelse för vad lidande innebär utifrån patientens upplevelser, erfarenheter, förväntningar och behov (Friberg, 2006; Nyberg, 2000). Vi har analyserat artiklarna utifrån en innehållsanalys enligt Evans (2003).

## **Datainsamling**

Evans (2003) analysmodell består av fyra steg och startade med en insamling av information genom en litteratursökning. I den inledande litteratursökningen samsökte vi i första hand i databaserna Academic search elite, Cinahl, Eric samt MedLine. Sökorden som användes och kombinerades var: *malignant melanoma, skin cancer, experience, lived experience, patient's perspective, nursing, qualitative, interviews, anxiety, attitudes, wellbeing* och *body image*. Sökordet malignant melanoma kombinerades med övriga sökord, för att bredda sökningarna använde vi oss av tesaurusar/ämnesordlistor och trunkeringstecken för att få fram utökade träfflistor. Totalt gav sökningarna ett sjuttiototal träffar varav ett fyrtiotal abstract lästes igenom. Orsaken till att trettioalet abstract inte lästes igenom var att de direkt via titeln innehåll inte svarare till syftet. Av dessa fyrtyo abstract granskades 14 artiklar närmare, av dessa valdes sex artiklar ut därför att de svarade till syftet och uppfyllde våra inklusionskriterier. Inklusionskriterierna innebar att artiklarna skulle följa forskningsprocessen, vara

vetenskapligt granskade, innehålla intervjuer med vuxna patienter samt att de inte fick vara äldre än 15 år. De åtta exkluderade artiklarna uppfyllde inte inklusionskriterierna då de var äldre än 15 år, kvantitativa eller inte svarade till syfte. Artikeln av Vurnek, Buljan och Situm (2007) beställdes via München då den inte var tillgänglig på annat vis i fulltext. Fortsättningsvis söktes även artiklar i Blackwell Synergy med ovanstående sökord där vi läste ett tjugotal abstract varav fyra granskades närmare. Två av dessa exkluderades på grund av att den ena innehöll intervjuer med barn och ungdomar och den andra var äldre än 15 år. De andra två artiklarna uppfyllde inklusionskriterierna och svarade till syftet. Sammanfattningsvis lästes ett sextiototal abstract igenom varav 18 granskades närmare som till slut resulterade i åtta utvalda artiklar. Av de åtta utvalda artiklarna härstammade tre från USA, tre från Storbritannien, en från Sverige samt en från Kroatien. I stora drag handlar artiklarna om patienters upplevelser av MM i samband med diagnos, behandling och livet efter tillfrisknande. Artiklarnas metod baserades på intervjuer där deltagarna med öppna frågor berättar om upplevelsorna kring sjukdomen MM och hur livet påverkats. Medelåldern varierade från 40,1 år i Lichtenthal et al. (2004) till 63,8 år i Winterbottom och Harcourts (2004). Alla studier innehöll upplevelser, citat och berättelser från både män och kvinnor.

## **Dataanalys**

Analysen av artiklarna började i steg två enligt Evans (2003) analysmodell. Detta innebar att artiklarna upprepade gånger lästes igenom för att en helhetsbild skulle skapas. Tyngdpunkten ligger på både delarna och helheten. Därefter analyserades varje artikels resultat var för sig då nyckelfynden identifierades och kodades. Att ge struktur åt och sortera in nyckelfynden från artiklarna var en tidskrävande process. Vid analysens början formulerades tre huvudteman och fem subteman, men vid vidare omarbetning av resultaten fann vi ytterligare fyra subteman. Resultaten i de olika artiklarna skiljde sig till en viss del åt därför kunde vi identifiera både likheter och olikheter. Det är tänkvärt att påvisa att patienter med MM inte uppfattar sjukdomen på samma sätt.

I Evans (2003) tredje steg jämfördes kodningen för att finna teman och vidare utkristallisera subteman. Innehållet i varje tema skrevs som sedan bildade resultatet där både likheter och olikheter förklaras. I analysen identifieras hur patienter med MM talar om upplevelser i samband med sjukdomen. Nyckelorden fördes samman i tre huvudteman som efter bearbetning bildade vardera tre subteman. Det fjärde och slutliga steget innebar en sammanställning av resultatet som skrevs med referenser från originalstudierna. Citat vävdes in för att stödja resultatet.

## **RESULTAT**

I analysen av artiklarna utkristalliserades, utifrån syftet, tre övergripande teman och nio subteman. Dessa tre huvudteman; den lidande människan, känsla av rädsla och otrygghet samt känsla av välbefinnande förklaras utifrån nio subteman (Tabell 1).

Tabell 1. Patienters upplevelser av att leva med MM.

<b>Den lidande människan</b>	<b>Känsla av rädsla och otrygghet</b>	<b>Känsla av välbefinnande</b>
Känslan av skuld i sjukdomslidandet	Känslan av otillräckliga kunskaper	Upplevelsen av god information
Förändrat utseende	Förnekelse	Hopp
Söka förklaring	Bristande emotionellt stöd	Förändrad livssyn efter tillfrisknande

## **Den lidande människan**

Vid analysen av patienters upplevelser av att leva med MM utgör 'Den lidande människan' ett huvudtema som bildar tre subteman: känslan av skuld i sjukdomslidandet, förlust av självbild och att söka förklaring. I dessa subteman beskriver patienterna hur det är att drabbas och leva med MM och hur det innebär en kamp för den lidande människan.

### **Känslan av skuld i sjukdomslidandet**

Att beskriva patienters känsla av skuld är ett sätt att förklara den lidande människan. I flertalet av artiklarnas resultat framkommer hur patienter med MM ofta känner en skuld då de tar upp sjukvårdspersonalens tid när de vet att det finns andra cancerpatienter som är mycket sämre och som behöver personalen mer. Det framkommer också hur patienterna med stöd från familjen inte är i samma behov av stöd från personalen. En starkt förekommande känsla bland patienterna är att vilja minimera upplevelsen av erfarenheten hur det är att leva med MM (Clarke, Booth, Velikova & Hewison, 2006; Leydon, Boulton, Moynihan, Jones, Mossman, Boudioni et al., 2000; Winterbottom & Harcourt, 2004). En patient beskriver känslan av skuld gentemot sjukvårdspersonalen enligt Clarke et al. (2006) genom följande citat:

You're well aware in a busy clinic there's a lot of people waiting and the consultant only has a certain amount of time, so if you're at all sensitive or polite you think I shouldn't sit here for too long (s. 69).

En manlig patient i studien av Leydon et al. (2000) berättar hur skuldkänslan kommer till uttryck. Han använder sig av stöd från familjen istället för från sjukvårdspersonalen, följande ord berättas:

I haven't used telephone lines or anything like that. I have support from the family, and there are people who have got nobody at all, so why should I bother them when I've got people that I can call on? (s. 912)

Clarke et al. (2006) fann dock att manliga patienter inte känner någon skuld över att uppta sjukvårdspersonalens tid. Manliga patienter anser att de trots sjukvårdspersonalens stressiga arbetsituation får tillräcklig uppmärksamhet och stöd.

## **Förändrat utseende**

Ett annat sätt att förklara den lidande människan är hur patienternas självbild och livskvalité förändras. I studien av Lichtenthal, Cruess, Clark och Ming (2004) beskrivs att kvinnor oroar sig mer för sitt utseende än män. Detta beror på att utseendet är relaterat till hur människan framstår inför andra, vilket i studien visar sig vara viktigare för kvinnor än för män. Hur betydelsefullt utseendet är beskrivs av en kvinna: "The idea of having surgery bothers me because it means doing damage to my body. It's important to me to look my best all the time" (Lichtenthal et al., 2004, s. 45). Däremot skriver Vurnek, Buljan och Situm (2006) att 26 av 31 intervjuade patienter trots hudbiopsi upplever hög livskvalité och god självbild. Författarna kommer fram till att det inte finns någon skillnad i livskvalité mellan kvinnor och män.

## **Söka förklaring**

Trots att deltagarna kunde ange ett flertal orsaker till cancerutvecklingen, inkluderat intensivt solbadande, hereditet, hudfärg samt att leva vid varmare breddgrader, upplevdes ändå en osäkerhet till varför just de drabbats av MM. Att söka en förklaring till uppkomsten av sjukdomen beskriver en patient med orden " ...as I say, certain members of my family used to have various bits and pieces like that and so I wondered if to some extent these things were hereditary" (Winterbottom & Harcourt, 2004, s. 229). Det framkommer även i studien att ingen av deltagarna anklagar sig själva för att de drabbats av MM. Deltagarna visar inte bara en brist på erkännande av symtomen utav en sjuklig förändring, utan de gör också försök till att få en logisk förklaring. Hur vissa försöker självdiagnostisera och självbehandla sig framkommer i följande citat:

...it started as like a pimple...and I thought I'd been bitten, so I was putting (antiseptic) on it, trying to get rid of it. I was probably feeding it, if the truth was known (Winterbottom & Harcourt, 2004, s. 229).

Värt att notera i studien av Dirksen (1994) är att 10 av 31 deltagare, till skillnad från deltagarna i Winterbottom och Harcourts studie (2004), berättar hur de beskyller sig själva för uppkomsten av MM. Den främsta orsaken deltagarna anger är för intensivt solbadande.

## **Känsla av rädsla och otrygghet**

Att drabbas av MM innebär för många en känsla av rädsla och otrygghet som bildar ett huvudtema som utgörs av följande tre subteman: känslan av otillräckliga kunskaper, förnekelse samt bristande emotionellt stöd.

### **Känslan av otillräckliga kunskaper**

Patienter med diagnosen MM beskriver att de erfar en känsla av rädsla och otrygghet som ofta bottnar i upplevelsen av otillräckliga kunskaper. Diagnosen MM bemöts med

olika reaktioner, att de blivit diagnostiserade med en livshotande sjukdom är trots allt ett faktum. I samband med diagnostiseringen upplever vissa patienter någon grad av chock (Winterbottom & Harcourt, 2004). De deltagare med knapphändig information känner en större oro och har ett större informationsbehov och är mer känsliga mot ord som till exempel cancer. En patient i Winterbottom och Harcourts (2004) studie beskriver känslan av otillräckliga kunskaper genom följande citat: "...extremely upset, actually, and quite shocked, because I was told that it was very unlikely that it was anything...so I was shocked, to say the least" (s. 230). En patient i studien av Coyne et al. (2006) beskriver en liknande känsla av bristande kunskaper: "After looking back on my life, I realized I only had myself to blame. But I can honestly say that when I was growing up, I knew very little about the dangers of tanning or threat of skin cancer" (s. 67). Intressant nog framkommer i studien av Leydon et al. (2000) att flertalet av deltagarna lägger förtröstansfullt tron på att övervinna sjukdomen i händerna på läkaren. Tron på läkarens expertkunskaper gör att 11 av 17 patienter undviker att söka ytterligare information om MM. De är rädda att informationen eventuellt ska avvika från läkarens och på så vis leda till en större förvirring i den redan svåra situation de befinner sig i. Enligt Leydon et al. (2000) beskrivs rädslan för att införskaffa ytterligare information av en manlig MM patient enligt följande:

To be honest, when they said to me it's cancer I thought I'll put it in their hands now because sometimes it can be a dangerous thing when you start listening and looking. We only have a certain amount of intellect, and we only have a certain amount of education (s. 910).

## **Förnekelse**

Att beskriva patienters känsla av rädsla och otrygghet vid diagnosen MM kan innefattas av förnekelse då de blivit drabbade av sjukdomen. Förnekelse är för många ett sätt att hålla sjukdomen på avstånd. Det finns olika orsaker till varför patienterna söker medicinsk hjälp, den främsta orsaken är enligt Winterbottom och Harcourt (2004) att någon bekant övertalar dem. Möjligheten att något ska vara fel förnekas ofta genom att ignorera signifikanta symtom. En manlig patient berättar hur fenomenet förnekelse kommer till uttryck:

The trouble was I had had such a long period of just picking it and thinking it would go away I continued, and therefore my hankies were covered in blood and everything else. Just absolutely ridiculous (Winterbottom & Harcourt, 2004, s. 230).

Liknande resultat framkommer i en studie om psykologisk påverkan i samband med MM diagnosen skriven av Kelly, Smithers, Swanson, McLeod, Thomson och Walpole (1995). Deltagarna i studien berättar hur de bemöter diagnosen MM med förnekelse. En patient beskriver förnekelsen med orden: "I tried not to talk about it" (s. 129) en annan uttrycker: "I stayed away from reminders of it" (s. 129) och en tredje patient uttalar sig: "I felt as if it hadn't happened or wasn't real" (s. 129).

## **Bristande emotionellt stöd**

Människor behöver olika mycket stöd i sin sjukdom beroende på ålder, kön, yrke och kontaktnät. Emotionellt stöd varierar också i förhållande till i vilket skede i sjukdomsförloppet, samt vart i omvårdningsplanen man befinner sig i, enligt Clarke et al. (2006). Flertalet av de kvinnliga patienterna känner brister i emotionellt stöd från personalen och blir inte alltid tillfredsställda i sina försök att uppnå stöd. En kvinnlig patient uttrycker bland annat hur sjukvårdspersonalen inte tillräckligt uppmärksammar hennes känslomässiga aspekt av sjukdomen. Hur hon upplever situationen beskriver hon som att frågorna från personalen kommer ur ett mer fysiskt än emotionellt perspektiv. När personalen frågar 'hur mår du?' upplever hon att personalen syftar mer på hennes fysiska tillstånd än hennes emotionella befinnande. Det framkommer att hon hellre föredrar frågor som 'hur mår du känslomässigt?' eller 'hur klarar du hanteringen av dina känslor?' (Clark et al., 2006). Vidare kommer författarna fram till hur de kvinnliga patienterna känner besvikelse över att personalen inte diskuterar det emotionella stödet mer samt att personalen inte inser att stödet är ineffektivt. Till skillnad från kvinnorna upplever männen att det emotionella stödet är mindre viktigt, likaså finner männen att det emotionella stödet är lätt att tillgå vilket motsätter sig kvinnornas uppfattning. Hur en man upplever det emotionella stödet beskrivs enligt följande citat:

I'm not the sort of person how goes into a great deal of discussion about how I feel emotionally. To me, I just want to come and get out as quickly as possible. So, yeah, I'm sure the support is there if I want it, but I don't particularly need it (Clarke et al., 2006, s. 69).

Ytterligare finner författarna hur män föredrar att erhålla emotionellt stöd från sina fruar. Männen anser att fruarna ger tillräckligt känslomässigt stöd, personalen anses endast vara källan till information angående sjukdomen. Anledningen till detta uppger männen vara att de hade lättare för att diskutera känslomässiga problem med någon som de byggt upp en stark relation till, i detta fall fruarna. Det framkommer att männen avfärdar stöd från personalen för att istället använda sig av stödet från frun. Männen föreslår istället att det ska finnas ett anhörigstöd dit deras fruar kan vända sig (Clark et al., 2006). Vad gällande bemötande vid återgång till arbetet skriver Halldorsdottir och Hamrin (1996) om hur en patient upplever ett utanförskap. Hon berättar att hennes arbetskamrater tar omvägar för att hålla avstånd då de är ängsliga att själva drabbas av cancer.

## **Känsla av välbefinnande**

Trots omständigheterna kring sjukdomen upplever många patienter en lättnad när de förstår att prognoserna för MM är goda. Detta förklaras utifrån ett tredje huvudtema: Känsla av välbefinnande, som bildar följande tre subteman: Upplevelsen av god information, hopp och förändrad livssyn efter tillfrisknande.

## Upplevelsen av god information

God information kan ge upphov till en känsla av välbefinnande. I studierna av Halldorsdottir och Hamrin (1996) samt Clarke et al. (2006) framkommer hur informationen har förbättrats över tid då patienter berättar utifrån tidigare erfarenheter. Informationen kring diagnosen MM bemöts med olika reaktioner, en patient ur studien Clarke et al. (2006) beskriver hur viktig god information är med orden: "The doctor was very good at explaining specifically what was going on, why it needed to, and what was the best course of action, so that was very reassuring, really" (s. 70). Fortsättningsvis framkommer i Winterbottom och Harcourts studie (2004) hur deltagare som redan besitter kunskap om MM upplever en lugnare reaktion i samband med diagnosen:

Um...obviously when they told me it was cancer, the big "C" word, it was scary...but I was still quite calm, because I was told that it was 0,6 mm. And if it's over 1 mm, that's when it's got the potential to spread. So I was still quite calm and I thought, 'Oh well, you know, we've caught it early enough, I'm not too worried' (s. 230).

Vidare beskriver författarna hur tacksamma oroliga patienter blev när utförlig information gavs. En patient berättar om oron i samband med tidigare operationer då det fanns en ängslan över att någonting var fel. Operationen genomfördes då utan någon information från läkaren till skillnad från nu då patienten uppger att denne blivit väl informerad kring operationsförloppet, vilket i sin tur ledde till välbefinnande hos patienten.

## Hopp

Att uppleva ett välbefinnande kan inbegripas i att uppleva hopp. I studien av Winterbottom och Harcourt (2004) upplever deltagarna hur de kunde ha varit i en värre situation om de hade drabbats av en mer allvarlig form av cancer än MM. Detta resonemang inger deltagarna hopp, därmed vill de möjliggöra och förbättra självkänslan. Upplevelsen är placerad i ett livshotande tillstånd som patienterna inte vill kännas vid utan istället byta ut mot känsla av hopp. En kvinna berättar hur hon med hjälp av hoppet försöker nonchalera det livshotande tillståndet: "I just thought, you know, it is one of those things, that it's been noticed and it's being treated" (Winterbottom & Harcourt, 2004, s. 231). Författarna skriver vidare hur vissa deltagare lägger sin förtröstan i Guds händer. Källan i tron till Gud ger dem också en chans att delta i ett större socialt umgänge. Detta medför att problemet med sjukskrivningen, som för många kan innebära en isolering, uteblir. I följande citat förklarar en troende man hur han finner hoppet genom sin gudstro:

I have to say that I'm a Christian and I believe in healing, and so the whole thing wasn't too much of a problem. I want say I wasn't concerned, but the faith kept me going and I knew that other people were praying for me (Winterbottom & Harcourt, 2004, s. 230).

## **Förändrad livssyn efter tillfrisknande.**

En känsla av välbefinnande kan upplevas då patienterna har fått en positivt förändrad livssyn efter tillfrisknandet. Dirksen (1994) konstaterar hur individer som överlevt MM finner ett mer meningsfullt sätt att leva och uppskatta livet. Upplevelsen av att drabbats av MM medför att många patienter får en förändrad livssyn som ofta är positiv. Fortsättningsvis kommer författaren genom sin studie fram till att 90 % av deltagarna får förändrad livssyn. Deltagarna i studien gör uttalanden som beskriver hur livssynen förändras positivt "I'm taking better care of my self", "I don't let the little things bother me anymore" och "I'm more appreciative of life" (s. 631). Vidare beskriver författaren att dessa levda erfarenheter medför att deltagarna lärt sig att lättare fånga dagen. I likhet med Dirksen (1994) finner Halldorsdottir och Hamrin (1996) hur deltagarnas upplevelse av MM har förändrat livet positivt. En man berättar hur han upplever att bekantskapskretsen kommit honom närmare efter sjukdomen:

My friends and acquaintances have become closer to me. There are many acquaintances that come by. They didn't do that before I feel that I have many more friends than I thought I had. All this means a great deal to me (Halldorsdottir & Hamrin, 1996, s. 7).

Några deltagare beskriver hur deras beteende har förändrats på grund av deras MM erfarenhet. Winterbottom och Harcourts studie från 2004 visar på hur deltagarnas relation till solen har förändrats genom att undvika att sola och därmed undvika solbränna. Fortsättningsvis skriver författarna att vissa deltagare ändrat livssynen, bland annat genom att bry sig mer om närstående än tidigare. Hur livssynen förändrats beskriver en deltagare med följande citat: "...and making sure that people were OK and, just in case there was any further occurrence...and so, yeah, it sort of drew me up in terms of my mental approach to life" (Winterbottom & Harcourt, 2004, s. 231). I Halldorsdottir och Hamrin (1996) presenteras vidare hur patienter påverkats av sin sjukdom. Hur omprioriteringar av mål och hur hennes roll i samhället har förändrats beskriver en kvinna:

I am more aware of the fact that I am a human being that can affect my environment in positive way, whether it is society or the individual. I really like embracing people and to tell them that I care about them. I couldn't do this before (Halldorsdottir & Hamrin, 1996, s. 6).

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Som vi tidigare nämnt använde vi oss av Evans (2003) analysmodell vilket vi anser har varit en mycket relevant metod vid analys av kvalitativ forskning. För att skapa en sammansatt kunskap om upplevelsen av MM måste man värdera en sammanställning av flera studiers resultat. Detta anser vi medfört ett bredare kunskapsvärde om sjukdomen och upplevelsen av MM. Med utgångspunkt från dessa tankar anser vi oss ha nått en djupare insikt i MM patientens livsvärld. Utgångspunkten var kvalitativa artiklar, men då utbudet av dessa inom vårt valda område är begränsat valde vi att inkludera tre



studier med både kvalitativt och kvantitativt innehåll. I dessa studier valde vi dock att fokusera på den kvalitativa delen där det tydligt framgick citeringar från deltagarnas upplevelser.

I vår uppsats var det nödvändigt, på grund av det begränsade utbudet av artiklar, att även inkludera psykologiska artiklar. Vi anser att det psykologiska perspektivet är lika viktigt som det vårdvetenskapliga då båda beskriver upplevelserna. Detta är motiveringen till varför dessa artiklar inkluderats, dessutom svarar de till syftet trots att forskningen inte är utförd av vårdvetare.

## **Resultatdiskussion**

Vi har valt att presentera resultatet utifrån de vårdvetenskapliga begreppen: Livsvärld, lidande, trygghet och välbefinnande. Det var ett naturligt val för oss att presentera resultatet på detta sätt därför att vi under analysgången tydligt kunde se MM patienters upplevelser, som återfinns i begreppen. Lidande, otrygghet och välbefinnande fick bilda tre huvudteman då vi anser att de speglar upplevelsen MM i sin helhet, dessa förklaras med vardera tre subteman. Livsvärld valdes inte som ett huvudtema då detta återfinns som en röd tråd genom hela resultatet.

I vårt resultat framkommer att vissa patienter upplevde någon grad av chock i samband med diagnosen. Att själv sätta sig in i situationen att bli diagnostiserad med en livshotande sjukdom är väldigt svårt, vi kan bara föreställa oss det trauma det måste innebära. Vi tror att det viktigaste vid diagnostillfället är att inte lämna patienten ensam och att anpassa situationen efter omständigheterna. Spontant känner vi att mängder med frågor från patienten förmodligen dyker upp, det är då viktigt att tid är avsatt för att kunna gå in i mötet med patienten. Innan vi inledde studien antog vi att utförlig information enbart ansågs positivt för patienten då vi relaterade till oss själva. Intressant nog fick vi en ny aspekt på informationens betydelse då vi läste i Leydon et al. (2000) att vissa patienter inte ville införskaffa mer vetskap då de var rädda att en större förvirring skulle uppstå. Dock framkommer i studierna av Halldorsdottir och Hamrin (1996) samt Clarke et al. (2006) att informationen till patienterna har förbättrats över tid vilket för vissa inneburit en ökad trygghet. Detta påvisar att informationsbehovet är unikt och bör anpassas till varje enskild patient. Huvudsaken är att varje patient oavsett kunskapsbehov ändå känner trygghet i samband med vården. Trygghet anses så viktigt att det är inskrivet i Hälso- och sjukvårdslagen, vilket vi betraktar som mycket värdefullt för patienten. Trygghet anser vi även grunda sig i kommunikationen mellan vårdare och patient. Genom att lägga sig på patientens nivå och inte föra en, för patienten, obegriplig diskussion tror vi skapar en trygghetskänsla.

Vidare framkommer i resultatet att förnekelse är ett sätt att hålla sjukdomen på avstånd. Vi förmodar att det kan vara ett sätt att skydda sig mot eventuell cancerdiagnos, ovissheten för vad detta skulle kunna innebära är för många en rädsla. Vi har fått uppfattningen utifrån resultatet att flertalet inte söker hjälp trots tydliga symptom förrän anhöriga övertygar dem att söka läkarvård. Detta anser inte vi vara särskilt anmärkningsvärt då MM patienter uppenbarligen inte känner av något nedsatt allmäntillstånd utan endast känner ett obehag kring hudförändringen.

Resultatet visar vidare att människor är i olika stort behov av emotionellt stöd beroende på vart i sjukdomsförloppet de befinner sig. Enligt Clark et al. (2006) skiljer sig även det emotionella behovet från sjukvårdspersonalen, mellan kvinnor och män, åt. Männerna ansåg att emotionellt stöd från sjukvårdspersonalen var lätt att tillgå men mindre viktigt då de vände sig till sina fruar. Detta resultat överraskar oss inte nämnvärt då vår erfarenhet av att vårda män samstämmer med vad Clarke et al. (2006) kommer fram till. Vidare finner Clarke et al. (2006) att flertalet kvinnliga patienter, till skillnad från männen, upplever brister i det emotionella stödet. Vi är övertygade om att detta grundar sig i att kvinnor generellt sett är i ett större behov av att få gehör för sina känslor och tankar. Att kvinnorna i studien upplever en besvikelse över det bristande gehöret angående känslorna kring sjukdomen tror vi bottnar i den faktiska stress som kan råda bland sjukvårdspersonal. Det är inte omöjligt att kvinnor känner av stressen, vilket i sin tur kan medföra att en skuld känsla gentemot personalen inträder. Vi antar att kvinnan lägger skulden på sig själv då hon känner sig i vägen eller tar upp onödigt mycket av sjuksköterskans tid. En viktig uppgift i vår kommande yrkesroll blir därför, trots eventuell tidsbrist, ändå att försöka skapa en så lugn och trygg vårdrelation som möjligt.

Resultatet av Lichtenthal et al. (2004) visar att kvinnor oroar sig mer för sitt utseende än män. Vi håller med författarna i sitt resonemang om att kvinnor generellt sett oroar sig mer över sitt utseende än män. Dock tror vi att det modemedvetna samhälle vi lever i kommer att förändra männens medvetenhet. Därför tror vi att om en liknande studie görs på nytt om cirka fem till tio år, skulle resultatet med stor sannolikhet inte resultera i lika stora skillnader mellan kvinnor och män. Utseendet är starkt sammankopplat med hur människor presenteras inför andra och att genomgå en hudbiopsi innebär att en del av kroppen skärs bort. Detta kopplar vi till Merleau-Pontys (1997, refererad i Wiklund, 2003) beskrivning av begreppet 'subjektiv kropp' som innebär att den levda kroppen är det medel varigenom människan får tillgång till världen. Vidare skriver författaren om hur en sjukdom kan medföra en kroppslig förändring:

Genom våra sinnen, de vi med kroppen ser, hör och känner skapar vi oss en bild av oss själv och den värld vi lever i. Det innebär också att om kroppen förändras, till exempel som en konsekvens av en sjukdom eller skada, förändras människans upplevelse av sig själv och hennes tillgång till världen (Wiklund, 2003, s. 49).

I vårt resultat framkommer också att deltagarna i Winterbottom och Harcourt (2004) studie inte klandrar sig själva för uppkomsten av MM, medan tio av 31 deltagare i Dirksen (1994) beskyller sig själva för att de drabbats. Vi har noterat att det är tio år mellan studierna vilket vi tror är en bakomliggande orsak till skillnaderna i resultaten. Vår motivering till varför vi anser att detta är en bakomliggande orsak är att ekonomin för "svenssonfamiljen" med åren har förbättrats vilket gjort utlandsresor mer möjligt. Detta har blivit en naturlig del i vardagen för många vilket vi antar medför att man inte lika lätt ser kopplingen till MM och resandet. Vi tror att det är ett naturligt beteende att söka en förklaring till MM då man i vardagen gärna söker orsaker till sjukdom. Oavsett sjukdoms omfattning, allt från en liten förkylning till en allvarlig cancerdiagnos, söker människan en förklaring. Om vi själva hade drabbats av MM vet vi att vi hade försökt söka bakomliggande orsaker till sjukdomsutvecklingen. Att leva i ovisshet tror vi leder till en otrygghet för många. Genom att söka förklaringen och förhoppningsvis finna den,

skapas för oss en trygghet i att faktiskt veta och på så vis eventuellt nå acceptans av sjukdomen.

Vi tror att prognos påverkar patienters grad av hopp. Hoppet för MM patienter upplever vi som ganska starkt då deltagarna är införstådda med den goda prognosen för överlevnad. Det finns även en religiös aspekt på hoppet som bland annat framkommer i studien av Winterbottom och Harcourt (2004), där vissa deltagare fann hoppet genom sin tro på Gud. Vi anser att det är viktigt som sjuksköterska att respektera patientens religiösa tro. Vi i enlighet med Wiklund (2003) anser, ur ett livsvärldsperspektiv, att inte visa respekt för personens sätt att forma sitt liv är att inte respektera människan. Oavsett patientens religiösa bakgrund är det minst lika viktigt att få patienten att förstå innebörden av den medicinska behandlingen som kan leda till ett tillfrisknande. Att överleva MM innebär att man har besegrat en livshotande sjukdom vilket vi förutsätter vara en fantastisk känsla av lättnad. Enligt resultaten i de artiklar som belyst hur livssynen förändrats efter tillfrisknande framkom att flertalet patienter hade fått ökat välbefinnande. Som sjuksköterska är det troligen en tillfredsställande patientgrupp att arbeta med. Då överlevnaden är hög innebär det att som sjuksköterska mötas av glädje och uppskattning eftersom patienterna oftast kan återgå till ett normalt liv. I Winterbottom och Harcourt (2004) framkommer det även att patienternas inställning till solbadning har förändrats i och med sjukdomen. Vi tycker det är ganska tragiskt att man måste drabbas av något så allvarligt som MM för att inställningen till solen ska förändras, därför anser vi att mer information om det skadliga i solens ultravioletta strålning behöver nå ut till allmänheten.

”Du måste haft en lyckad semester. Vad solbränd och fin du är!” Denna fras har säkert de flesta hört eller sagt någon gång. Att vara solbränd tror vi förknippas med sundhet och god hälsa. Vi, i likhet med Kaiser (2002), anser att dagens mode förespråkar solbränna året om men vi upplever att alla inte förstår hur farlig solen faktiskt kan vara. När vi läste artikeln av Guile och Nicholson (2004) blev vi väldigt förvånade över att specialistutbildad sjukvårdspersonal inom onkologi inte hade mer respekt för solandet än allmänheten. Det tycker vi bevisar att kunskap inte ligger till grund för människans handlande då känslan av sundhet och brunbrändhet är så stark att människan ändå väljer att utsätta sig för solexponering trots riskerna.

## **Praktiska implikationer för sjuksköterskan**

Vid vårdande av patienter med MM har vi funnit följande viktiga implikationer:

- Patienter med MM behöver emotionellt stöd i form av samtal.
- Ge patienten klar och tydlig information.
- Avsätt tid för frågor från patienten och anhöriga.
- Stärk självkänslan genom att uppmuntra patienten att se det positiva.
- Varje patient har en unik upplevelse. Sätt förförståelsen åt sidan.
- Dokumentera tydligt hur patienten vill bli bemött för att undvika missförstånd.

## REFERENSER

- Bjellerup, M., (2007) Sjukvårdsrådgivningen. Hämtad 2008-03-31 från <http://www.sjukvardsradgivningen.se/artikel.asp?CategoryID=25634>
- Brännström, R., (2007a) Statens strålskyddsinstitut. Hämtad 2008-03-31 från [http://www.ssi.se/ssi\\_rapporter/pdf/ssi\\_rapp\\_2007\\_12.pdf](http://www.ssi.se/ssi_rapporter/pdf/ssi_rapp_2007_12.pdf)
- Brännström, R., (2007b) Statens strålskyddsinstitut. Hämtad 2008-03-31 från [http://www.ssi.se/ssi\\_rapporter/pdf/ssi\\_rapp\\_2007\\_8.pdf](http://www.ssi.se/ssi_rapporter/pdf/ssi_rapp_2007_8.pdf)
- Clarke, S-A., Booth, L., Velikova, G. & Hewison, J. (2006). Social support: Gender differences in cancer patients in the United Kingdom. *Cancer Nursing*, 29 (1), 66-72.
- Coyne, C., Johnson, N-C. & Lawrence-Broesch, R. (2006). Living with skin cancer. *Dermatology Nursing* 18 (1), 66-67.
- Dahlberg K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Dirksen, S-R. (1994). Searching for meaning in long-term cancer survivors. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 628-633.
- Edqvist, L., (2007) Cancerfonden. Hämtad 2008-03-31 från [http://www.cancerfonden.se/upload/Dokument/Patientbroschyror/hudcancer\\_070410.pdf](http://www.cancerfonden.se/upload/Dokument/Patientbroschyror/hudcancer_070410.pdf)
- Eriksson, K. (1989). *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell (2 utg.).
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber Utbildning.
- Evans, D. (2003). Systematic reviews of interpretive research. Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26.
- Friberg, F. (red.) (2006). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Guile, K. & Nicholson, S. (2004). Does knowledge influence melanoma-prone behavior? Awareness, exposure, and sun protection among five social groups. *Oncology Nursing Forum* 31 (3), 641-646.
- Halldorsdottir, S. & Hamrin, E. (1996). Experiencing existential changes: the lived' experience of having cancer. *Cancer Nursing* 19 (1) 29-36.
- Järhult, J. & Offenbartl, K. (2006). *Kirurgiboken: Vård av patienter med kirurgiska, urologiska och ortopediska sjukdomar*. Stockholm: Liber.
- Kaiser, M. (2002). *Hur vädret påverkar din hälsa*. Stockholm: Bokförlaget forum

- Kelly, B., Smithers, M., Swanson, C., McLeod, R., Thomsom, D. & Walpole, E. (1995). Psykologisk responses to malignant melanoma: An investigation of traumatic stress reaction to life-threatening illness. *General Hospital Psychiatry*, 17, 126-134.
- Lichtenthal, W-G., Cruess, D-G., Clark, V-L. & Ming, M-E. (2004). Investment in body image among patients diagnosed with or at risk for malignant melanoma. *Body Image*, 2, 41-52.
- Leydon, G., Boulton, M., Moynihan, C., Jones, A., Mossman, J. & Boudioni, M. et al. (2000). Information in practice : Cancer patients' information needs and information seeking behaviour: in depth interview study. *BMJ*, 320, 909-912.
- Milton, G-W. (1997). Talking with patients suffering from Malignant Melanoma. *Annals of the New York Academy of sciences*, 809 (1), 330-335.
- Nyberg, R. (2000). *Skriva vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur.
- SFS (1982:763) Hälso- och sjukvårdslag. Svensk författningssamling. Hämtad 2008-04-21 från <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>
- SMHI - Sveriges Meteorologiska och Hydrologiska Institut. (2008). Allmänt om ozon. Hämtad 2008-04-16 från <http://www.smhi.se/cmp/jsp/polopoly.jsp?d=6287&a=17084&l=sv>
- Socialstyrelsen. (2005). Miljöhälsorapport 2005. Hämtad 2008-03-31 från <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/A4E29A85-97A6-46C9-8347-9E792285735C/3026/200511111.pdf>
- SSI - Statens strålskyddsinstitut. (2008). UV-strålning. Hämtad 2008-04-18 från <http://www.ssi.se/UVindex/index.html?MenuType=1&Menu2=UV>
- Vurnek, M., Buljan, M. & Situm, M. (2007). Psychological status end coping with illness in patients with malignant melanoma. *Center National de la Recherche Scientifique*, 31 (1), 53-56.
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Winterbottom, A. & Harcourt, D. (2004). Patients' experience of the diagnosis and treatment of skin cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (3), 226-233.

## BILAGA 1

### Översikt av analyserad litteratur.

	Perspektiv	Problem och syfte	Metod	Resultat
<p><b>Titel:</b> Patients' experience of the diagnosis and treatment of skin cancer  <b>Författare:</b> Winterbottom &amp; Harcourt  <b>Tidskrift:</b> Journal of Advanced Nursing  <b>Årtal:</b> 2004</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientens perspektiv</li> <li>▪ Psykologisk</li> </ul>	<p>Utforska patientens upplevelser av MM inkluderat hur de hanterar diagnosen och att ge förslag till förbättrad omvårdnad.</p> <p>Tidigare studier av MM har utgått ifrån forskarens perspektiv av kvantitativ metod och därför misslyckats att tillgodose en klar förståelse av MM utifrån patientens perspektiv av kvalitativ metod.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kvalitativ intervju studie</li> <li>▪ Intervju-materialet transkriberades ordagrant och lästes flera gånger. Teman togs ut.</li> <li>▪ 16 patienter 8 kvinnor 8 män</li> <li>▪ Medelålder 63,8år</li> </ul>	<p>Resultatet visade bland annat att:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De flesta patienter inte sökte hjälp förrän någon annan övertalade dem till det.</li> <li>▪ Att alla patienter upplevde någon typ av chock då de fick diagnosen.</li> <li>▪ Att vissa hanterade sin situation genom att jämföra sig med andra cancersjuka och på så vis inse att de kunde haft det mycket värre.</li> <li>▪ Att några av patienterna ändrade sitt beteende gentemot solen genom att undvika en solbränna etc.</li> </ul>

	<b>Perspektiv</b>	<b>Problem och syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Resultat</b>
<p><b>Titel:</b> Psychological responses to malignant melanoma <b>Författare:</b> Kelly, Smithers, Swanson, McLeod, Thomson &amp; Walpole <b>Tidskrift:</b> General Hospital Psychiatry <b>Årtal:</b> 1995</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientens perspektiv</li> <li>▪ Vårdvetenskaplig</li> <li>▪ Psykologisk</li> </ul>	<p>Undersöka hur patienter reagerar psykologiskt då de får diagnosen MM.</p> <p>Till skillnad från många andra typer av cancer, så känner sig en patient som får diagnosen MM sig helt frisk. Så när de får diagnosen MM kommer sjukdomen som en chock som förändrar deras livsvärld helt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kvalitativ och kvantitativ studie</li> <li>▪ Öppna frågor</li> <li>▪ Sammanställdes och beskrevs i olika skalor samt patientens egna upplevelser i form av citat.</li> <li>▪ 95 patienter 45 kvinnor 50 män</li> <li>▪ Medelålder 47,9 år</li> <li>▪ Hudklinik</li> </ul>	<p>Resultatet visade att traumatisk stress som oro och depression var representerade oavsett metastasering eller inte. Studien visar också att psykologisk hjälp är som viktigast i det akuta skedet.</p>
<p><b>Titel:</b> Search for meaning in long-term cancer survivors <b>Författare:</b> Dirkesen <b>Tidskrift:</b> Journal of Advanced Nursing <b>Årtal:</b> 1994</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientens perspektiv</li> <li>▪ Vårdvetenskaplig</li> </ul>	<p>Att undersöka erfarenheten av att överleva MM.</p> <p>Det specifika problemet var att undersöka och beskriva ”meningen med livet” bland de som överlevt långtframskriden MM och att undersöka kopplingen mellan att beskylla sig själv och ändå känna ett välbefinnande.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kvalitativ studie</li> <li>▪ Intervjuer med öppna frågor</li> <li>▪ Analyserades och delades in i olika teman.</li> <li>▪ 31 patienter 19 kvinnor 12 män</li> <li>▪ Medelålder 55år</li> <li>▪ Två onkologiska kliniker</li> </ul>	<p>Resultatet visade att majoriteten av deltagarna upplevde att:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Få diagnosen och att överleva hade haft en positiv effekt på deras liv.</li> <li>▪ Att erfarenheten har gjort att de börjat ta hand om sig själva mera.</li> <li>▪ Tron på att det fanns en specifik orsak till varför de fick sjukdomen.</li> </ul>

	Perspektiv	Problem och syfte	Metod	Resultat
<p><b>Titel:</b> Social support</p> <p><b>Författare:</b> Clarke, Booth, Velikova &amp; Hewison</p> <p><b>Tidskrift:</b> Cancer Nursing</p> <p><b>Årtal:</b> 2006</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientens perspektiv</li> <li>▪ Psykologisk</li> </ul>	<p>Att undersöka hur patienter upplever det sociala och emotionella stödet de får från vårdpersonalen i samband med att de får diagnosen MM.</p> <p>Tidigare forskning visar att kvinnor har lättare för att uppsöka stöd och vård jämfört med män. Problemet är hur man ska få män att uppsöka likvärdigt emotionellt stöd som det kvinnor uppsöker.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kvalitativ studie</li> <li>▪ Semi-strukturerade intervjuer</li> <li>▪ Analyserades och delades upp i två huvudteman med subteman.</li> <li>▪ 11 patienter 5 kvinnor 6 män</li> <li>▪ Medelålder 42,4år</li> </ul>	<p>Resultatet visar skillnader mellan hur kvinnor och män föredrar att bli bemötta vid olika typer av support/stöd.</p> <p>Resultatet visar även på hur könet påverkar vilket stöd patienten föredrar.</p>
<p><b>Titel:</b> Experiencing existential changes the lived experience of having cancer</p> <p><b>Författare:</b> Halldorsdottir &amp; Hamrin</p> <p><b>Tidskrift:</b> Cancer Nursing</p> <p><b>Årtal:</b> 1996</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientens perspektiv</li> <li>▪ Vårdvetenskaplig</li> </ul>	<p>Utforska den levda erfarenheten av att ha cancer. Syftet var även att öka kunskapen och förståelsen av fenomenet cancer.</p> <p>Otillräcklig kunskap och förståelse inom området saknas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kvalitativ studie</li> <li>▪ Intervjuer som utgick från frågan "Can you tell me of your personal experience of having cancer?"</li> <li>▪ 9 patienter 5 kvinnor 4 män</li> <li>▪ Ålder mellan 38 till 69år</li> </ul>	<p>Resulterade i fem teman:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Osäkerhetskänsla – kommer jag dö?</li> <li>▪ Sårbarhet – oro.</li> <li>▪ Isolering – brist på självkontroll .</li> <li>▪ Obehag-känslor – smärta, obstipation, diarré.</li> <li>▪ Om-prioriteringar – Nya mål, självrespekt.</li> </ul>



	Perspektiv	Problem och syfte	Metod	Resultat
<p><b>Titel:</b> Psychological status and coping with illness in patients with malignant melanoma. <b>Författare:</b> Vurnek, Buljan &amp; Situm <b>Tidskrift:</b> Center National de la Recherche Scientifique <b>Årtal:</b> 2007</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientens perspektiv</li> <li>▪ Psykologisk</li> </ul>	<p>Att undersöka hur patienter med MM hanterar livskvalité, kroppsuppfattning och sin känslor.</p> <p>Problemet är att MM patienter kan ha långvariga problem med depression, kroppsuppfattning, ångest och livskvalité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kvalitativ och kvantitativ</li> <li>▪ De 16 intervjufrågorna analyserades till ett resultat.</li> <li>▪ 31 patienter 17 kvinnor 14 män</li> <li>▪ Medelålder 50år</li> </ul>	<p>Resultatet visar att det inte finns några skillnader mellan hur kvinnor och män uppfattar sin kroppsbild och hur de bedömer sin livskvalité.</p> <p>Resultatet visar även att de flesta patienter (80 %) någon gång upplever någon form av depression.</p>
<p><b>Titel:</b> Investment in body image among patients diagnosed with or at risk for malignant melanoma. <b>Författare:</b> Lichtenthal, Cruess, Clark &amp; Ming <b>Tidskrift:</b> Body Image <b>Årtal:</b> 2004</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientens perspektiv</li> <li>▪ Psykologisk</li> </ul>	<p>Syftet är att utöka kunskapen kring hur patienter med MM uppfattar sin kropp.</p> <p>Problemet är att det finns bristande kunskaper kring hur patienter med MM uppfattar sin kropp. Författarna menar att forskningen är bristande vad gällande MM patienters kroppsuppfattning</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kvalitativ och kvantitativ</li> <li>▪ Intervjuer med öppna frågor</li> <li>▪ Totalt 48 deltagare, 33 kvinnor, 15 män uppdelade enligt följande:</li> <li>▪ 30 diagnostiserade med MM varav 21 kvinnor och 9 män.</li> <li>▪ 18 patienter med risk att utveckla MM varav 12 kvinnor och 6 män.</li> <li>▪ Medelålder 40,1år</li> </ul>	<p>Resultatet visade att kvinnor berättade att deras utseende oroade dem mer än mäns.</p> <p>Resultatet visade också att personer diagnostiserade med MM och patienter med risk för MM led av oro, ångest och depression.</p>

	Perspektiv	Problem och syfte	Metod	Resultat
<p><b>Titel:</b> Information in practice <b>Författare:</b> Leydon, Boulton, Moynihan, Jones, Mossman, Boudioni et al. <b>Tidskrift:</b> BMJ – British Medical Journal <b>Årtal:</b> 2000</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientens perspektiv</li> <li>▪ Vårdvetenskaplig</li> <li>▪ Psykologisk</li> </ul>	<p>Att undersöka bakomliggande orsaker till varför vissa patienter som drabbats av MM (även andra cancerformer) inte vill söka mer information om sin sjukdom under behandlingstiden.</p> <p>Alla patienter som får diagnosen cancer vill ha den grundläggande informationen om sin sjukdom men det är inte alla som vill söka fortsatt information under behandlingstiden.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kvalitativ narrativ intervju studie</li> <li>▪ Systematisk analys av intervjuerna</li> <li>▪ 17 patienter, 11 kvinnor, 6 män</li> <li>▪ Medelålder 55 år</li> </ul>	<p>Tre övergripande teman:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tro – tron på sin läkare och dennes expert kunskaper.</li> <li>▪ Hopp – rädslan att hoppet skulle svika om mer information söktes.</li> <li>▪ Medlidande – att inte vilja be om hjälp då det fanns andra som var mycket sjukare.</li> </ul>