



# **Ung vuxen och cancer**

## **Från kris till hanterbarhet**

**Johanna Mikaelsson  
Hanna Torstensson**

Sjuksköterskeprogrammet, 180 hp  
Omvårdnad – Vetenskapligt arbete, 15 hp (61-90)  
Vt 2012

Sektionen för hälsa och samhälle  
Box 823  
301 18 Halmstad



# **Young adult and cancer**

## **From crisis to manageability**

**Johanna Mikaelsson  
Hanna Torstensson**

Nursing Programme, 180 credits  
Nursing Thesis, 15 credits (61-90)  
Spring 2012

School of Social and Health Sciences  
P.O. 823  
S - 301 18 Halmstad

<b>Titel</b>	Ung vuxen och cancer, från kris till hanterbarhet
<b>Författare</b>	Johanna Mikaelsson, Hanna Torstensson
<b>Sektion</b>	Sektionen för hälsa och samhälle Högskolan i Halmstad Box 823 301 18 Halmstad
<b>Handledare</b>	Margareta Alm, Universitetsadjunkt, MScN
<b>Examinator</b>	Cathrine Hildingh, Professor
<b>Tid</b>	Våren 2012
<b>Sidantal</b>	26
<b>Nyckelord</b>	cancer, coping, emotionellt stöd, KASAM, ung
<b>Sammanfattning</b>	<p>Varje år drabbas många unga vuxna av en cancersjukdom. Den stora incidensen av cancersjukdomar i vårt samhälle medför att möten med patienter med cancer sker i hela hälso- och sjukvårdsorganisationen. Med tanke på de starka känslomässiga reaktioner som följer av en cancerdiagnos och hur ungas livssituation påverkas, ligger det hos sjuksköterskor en utmaning i att kunna ge emotionellt stöd som leder till att patienten kan uppleva större hanterbarhet. Syftet med litteraturstudien var att belysa hur unga vuxna hanterar tankar och känslor vid en cancersjukdom och hur sjuksköterskan kan ge emotionellt stöd relaterat till att bättre kunna hantera krissituationen. Studien genomfördes som en litteraturstudie och baserades på 29 vetenskapliga artiklar. Resultatet visade på tankar och känslor relaterat till cancerdiagnosen, olika strategier för att hantera diagnosen, samt hur erhållt stöd från sjuksköterskan kan leda till bättre hanterbarhet. Det är viktigt att vårdpersonal tänker holistiskt och gör vården individanpassad, på så sätt att unga vuxnas livssituation och önskemål tas i beaktande. Vidare forskning och utbildning i framtiden bör inriktas mot att utreda unga vuxnas behov och önskemål då det gäller känslor och emotionellt stöd vid en cancersjukdom så att hälso- och sjukvårdpersonal bättre kan tillmötesgå dessa.</p>

**Title** Young adult and cancer, from crisis to manageability

**Author** Johanna Mikaelsson, Hanna Torstensson

**Department** School of Social and Health Sciences  
Halmstad University  
P. O. Box 823  
SE – 301 18 Halmstad, Sweden

**Supervisor** Margareta Alm, Lecturer, MScN

**Examiner** Cathrine Hildingh, Professor, PhD

**Period** Spring 2012

**Pages** 26

**Key words** cancer, coping, emotional support, SOC, young

**Abstract** Many young adults get a cancer illness each year. The high incidence of cancer in our society means that patients with cancer are to be met in the entire healthcare organization. Considering the strong emotional reactions following a cancer diagnosis and how the lives of young people are affected, it is a challenge to the nurses in order to provide emotional support, which may lead to better manageability among the patients. The purpose of this study was to examine how young adults cope with thoughts and feelings at a cancer illness and how the nurse can provide emotional support to make patients better handle the crisis. The study was conducted as a literature review and was based on 29 scientific articles. The results illustrated thoughts and feelings related to a cancer diagnosis, different strategies for coping with the diagnosis, and how the support received from the nurse can lead to better manageability. It is important that health professionals think holistically and makes health care more personalized, so that the living situation and desires of young adults are to be considered. Further research and education in the future should focus on investigating needs and desires of young adults, when it comes to feelings and emotional support at a cancer illness, so that healthcare staff can better respond to them.

# Innehåll

<b>Inledning</b> .....	1
<b>Bakgrund</b> .....	1
Cancer .....	1
Att vara ung vuxen och drabbas av en kris.....	2
Hanterbarhet.....	4
Emotionellt stöd.....	5
Problemformulering.....	6
<b>Syfte</b> .....	6
<b>Metod</b> .....	7
Datainsamling.....	7
Databearbetning .....	7
<b>Resultat</b> .....	8
<b>Tankar och känslor att hantera vid en cancersjukdomskris</b> ... 8	
Tankar och känslor vid cancerdiagnosen .....	9
Tankar och känslor relaterat till döden .....	10
Tankar och känslor relaterat till familjesituationen.....	10
Tankar och känslor under behandling .....	11
<b>Att finna strategier till att hantera tankar och känslor</b> .....	12
Copingstrategier .....	12
KASAM:s betydelse för hanterbarheten.....	14
Skapad hanterbarhet .....	14
<b>Att erhålla stöd till hanterbarhet av tankar och känslor</b> .....	15
Emotionellt stöd.....	15
Stöd under diagnos och behandling .....	16
<b>Diskussion</b> .....	18
<b>Metoddiskussion</b> .....	18
<b>Resultatdiskussion</b> .....	19
Ung vuxen med cancersjukdom .....	20
Tala om känslor .....	21
Känslan av kontroll.....	23
Hantera en cancerdiagnos.....	23
<b>Konklusion</b> .....	26
<b>Implikation</b> .....	26
<b>Referenser</b>	
<b>Bilagor</b>	
Bilaga A Tabell 1. Sökordsöversikt	

**Bilaga B1-B4 Tabell 2. Sökhistorik**

**Bilaga C1-C11 Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod**

**Bilaga D1-D11 Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod**

# Inledning

Få sjukdomar har så stor påverkan på vårt samhälle som cancer (Socialstyrelsen & Cancerfonden, 2009). Ökad medellivslängd medför en högre cancerincidens i samhället och statistik visar på att var tredje person kommer att få cancer (Socialstyrelsen & Cancerfonden, 2009). Det betyder att i Sverige får över 50 000 personer diagnosen cancer varje år. (Socialstyrelsen, 2011). De vanligast förekommande cancerdiagnoserna i hela populationen var under 2010 bröstcancer (30%) och prostatacancer (33%). Däremot visar statistiken att i åldrarna 20 – 44 år, är det främst kvinnor som får en cancerdiagnos, 1 898 diagnostiserade fall jämfört med 1 045 cancerdiagnoser bland män. Det kan förklaras av att könsspecifik cancerdiagnos som bröstcancer uppträder tidigare i åldrarna bland kvinnor än vad prostatacancer gör bland män (Socialstyrelsen, 2011). Samtidigt som fler cancerdiagnoser ställs idag så minskar ändå dödligheten (Socialstyrelsen, 2012). Cancer är så vanligt att sjukdomen utreds, behandlas och vårdas i alla sektorer och organisationer i hälso- och sjukvården (Kopp, 2008).

Beskedet om en cancersjukdom skapar hos de flesta känslomässiga reaktioner som förvirring, ångest och chock (Lundell & Lundell, 2005). Livet vänds upp och ned både fysiskt och psykiskt under den mödosamma cancerbehandlingen och kräver därför fortsatt stöd. Kopp (2008) belyser att de senaste 15 årens cancerforskning har fokuserat på psykosociala frågor, så som hur människor förstår, införlivar och hanterar förändringarna i livet cancersjukdomen medför. Att som ung människa hantera den kris som en cancerdiagnos skapar, blir svårt med tanke på de samtidiga livs- och utvecklingskriser, karakteriserade av ålder och socialt sammanhang, som samtidigt pågår (Cullberg, 2006). Yngre människor upplever dessutom större rädsla inför tanken på döden, vilket troligen kan härledas till att äldre ofta har haft längre tid på sig att psykologiskt förbereda sig inför den och därför hanterar situationen bättre (Martin, Carlsson & Buskist, 2007). Sjuksköterskan har i sin profession till uppgift att uppmärksamma och möta patientens upplevelse av sin sjukdom och lidande, samt försöka lindra detta genom lämpliga åtgärder (Socialstyrelsen, 2005). Det ligger för sjuksköterskor en utmaning i att kunna möta unga patienters känslor och kunna ge emotionellt stöd, som kan leda till minskad ångest och ökad hanterbarhet (Skilbeck & Payne, 2003).

## Bakgrund

### Cancer

Idag finns ungefär 200 olika cancersjukdomar identifierade (Socialstyrelsen, 2012). Inte nog med att det finns så många olika cancersjukdomar utan de utvecklas även individuellt, vilket medför stora svårigheter att fastställa prognos. Ericson och Ericson (2008) beskriver att i kroppen sker kontinuerlig cellnybildning och elimination av gamla celler under kontrollerade former, vilket styrs av cellens DNA-molekyl. Skulle en frisk cell drabbas av en mutation, en förändring i arvsmassan, reparerar cellen skadan eller genomgår självdöd. Misslyckas cellen med det förs mutationen vidare och kan utgöra risk för cancerutveckling i cellen. Kopp (2008) beskriver att en cancersjukdom kan vara ärftlig eller orsakas av yttre faktorer som karcinogener av olika slag. Ericson och Ericson (2008) skildrar att en viss typ av mutation kan medföra ökad celledelningshastighet och medföra att tumörer utvecklas. Den ökade celltillväxten kan vara antingen benign, godartad, eller malign, elakartad. Benign celltillväxt

påverkar inte omgivande vävnadsceller, medan maligna celltillväxter växer in i omgivande vävnad och sprids till andra organ, vilket kallas metastaser (Ericson & Ericson, 2008). Beroende på vilken vävnad den maligna tumören utgår från, har den olika benämningar. De maligna tumörer som utgår från *epitelvävnad* kallas cancer. Natt och Dag (2009) menar att det är väldigt olika hur lång tid det tar för en cancercell att dela sig så mycket att en tumör kan upptäckas. De flesta cancersjukdomar går att bota om det inte har bildats metastaser, vilka ofta är livshotande.

En cancerdiagnos representerar ofta något speciellt och skrämmande, samt associeras med död och svåra symtom som smärta (Kopp, 2008). Cancer blir bilden av det som människor är mest rädda för, nämligen förfall, svaghet, beroende och en smärtsam död. ”Ett tabu som är detsamma som döden” (Kopp, 2008, s. 512). Tumören upplevs växa ohämmat, tar livet och all energin från den drabbade och ingen kan säga om just den här patientens cancersjukdom går att bota. Carlsson (2007) hävdar att insjukna i cancer inte endast innebär ett hot om att förlora livet, utan innebär även ett hot om förlorad kontroll över tillvaron. Likaså kan cancerdiagnosen vara ett hårt slag mot självkänslan och upplevelsen av osårbarhet, samt skapa rädsla för att få ett förändrat utseende om utseendet är en väsentlig del av identiteten (Carlsson, 2007). Kopp (2008) drar slutsatsen att en cancersjukdom inte endast kan ses som något organiskt utan en sjukdom som drabbar hela jaget med de inskränkningar i livet det innebär. Cancersjukdomen blir en mycket komplex sjukdom på grund av alla behandlingar, alla biverkningar, alla kontroller och den ständiga rädslan för recidiv.

## **Att vara ung vuxen och drabbas av en kris**

Kön, ålder och kultur påverkar reaktionen på och vilken betydelse en sjukdom får (Socialstyrelsen, 2004). Lindqvist och Rasmussen (2009) framhäver att upplevelsen av att ha fått en cancersjukdom brukar beskrivas som första gången en människa inser sin dödlighet. Svensk ordbok (Nordstedts, 1999) beskriver ung som någon som har levt en förhållandevis kort tid och rimligtvis har större delen av sitt liv framför sig. I och med att en individ lämnar ungdomen bakom sig, med specifika utvecklingssteg, blir den vuxna individens utveckling mer relaterat till individuella erfarenheter än ålder (Martin, et al., 2007). Därför finns det ingen förklaring eller teori av vuxenutveckling som stämmer in på samtliga, eftersom alla gör olika val i livet relaterat till de val som finns tillgängliga för varje unik individ. Utveckling i livet kan ses som en samspelsprocess mellan två motsättningar där utveckling försakas av kriser (Wedel-Brandt, 2008). Ordet kris har sitt ursprung från grekiskans *crisis*, med betydelsen avgörande eller vändning. Krisen medför dels att personens livsutveckling bromsas, men skapar samtidigt en möjlighet för tillväxt och främjar på så vis utveckling. Då konflikten i krisen bearbetas kan personligheten stärkas, med ökad förmåga att klara sig i livet. Det kan även skapa en starkare känsla av identitet och sammanhang (Wedel-Brandt, 2009). Olika teorier har utarbetats om människans psykosociala identitetsutveckling (Ternestedt & Norberg, 2009). Ternestedt och Norberg (2009) ger exempel på en kvinna med ventrikelcancer som i och med vetskapen om en förestående död vidgar sin identitetsupplevelse. Vid skörare identitet och självkänsla uppstår oftare psykiska reaktioner vid en kris (Cullberg, 2006). Cullberg (2006) menar vidare att det är viktigt att ha kunskap om den aktuella livsperioden vid krissituationer. Vid vissa kritiska åldersperioder, med eventuella livs-/utvecklingskriser till följd, får yttre händelser olika innebörd. En del typer av påfrestningar kan alltså påverka en tjugofemåring annorlunda än en fyrtiofemåring. Livs-/utvecklingskriserna karakteriseras av känslor av ångest och beskrivs som reflektiva faser där



individerna ser över sina val och omvärderar sin situation för att sedan nå en ny stabilitet (Wedel-Brandt, 2009).

Ett psykiskt kristillstånd infinner sig då tidigare erfarenheter och inlärd reaktionssätt inte räcker till för att förstå och psykiskt bemästra den uppkomna livssituationen (Cullberg, 2006). Krisituationen påverkas av den utlösande situationen, vilken inre, personlig betydelse det inträffade har, den aktuella livsperioden personen befinner sig i, samt vilka sociala förutsättningar individen har med familj och arbete. Jonsson (2005) menar att krisens reaktioner normalt inkluderar kognitiva (tankemässiga), fysiologiska (kroppsliga) och affektiva (känslomässiga) symtom. Tidigare psykiska problem, drogproblem, ensamhet eller flera trauman samtidigt i livet kan medföra att reaktionen blir kraftigare och svårare att hantera (Carlsson, 2007). Individer med den typen av problematik blir mer sårbara och kan behöva mer stöd både under och efter cancerbehandlingen. Cullberg (2006) beskriver den traumatiska krisens förlopp i fyra faser. Faserna karakteriseras av innehåll och terapeutiska problem, men är inte helt klart åtskilda. Chockfasen är den första fasen och kan vara allt från några ögonblick till några dygn (Cullberg, 2006). Under chockfasen försöker individen hålla verkligheten ifrån sig, eftersom det inte ser ut att finnas något sätt att ta in det som har hänt och bearbeta det. Trots upprätthållande av en fasad kan individen under ytan uppleva att allt är kaos. Cullberg (2006) poängterar att information om exempelvis cancer, som ges i chockfasen måste återupprepas senare, eftersom individerna har svårt att minnas vad som sagts och har hänt. Individen kan under chockfasen uppträda förvirrat och verka paralyserad. Kriser där en chockfas inte märks kan vara då en godartad sjukdom successivt antar ett elakartat förlopp. När individen börjar ta in det som har hänt övergår krisen i reaktionsfasen. I reaktionsfasen mobiliseras individens försvarsmekanismer, som är omedvetna psykiska reaktionssätt som gör att upplevelsen av och medvetandet om hot och fara för jaget minskar. Försvarsmekanismerna kan hjälpa att stegvis möta den smärtsamma verkligheten, men kan i andra fall leda till förlängd och försvårdad övergång till bearbetning. Carlsson (2007) menar att personer i reaktionsfasen behöver prata om sina känslor repeterade gånger, samt blir hjälpta av klara besked och tydlig information. Chockfasen tillsammans med reaktionsfasen utgör den akuta krisen (Cullberg, 2006). I nästa fas, bearbetningsfasen, börjar individen med tidens distans åter vända sig mot framtiden istället för att vara helt upptagen av det som har hänt. Har inte individens förhållningssätt börjat ändras inom rimlig tid behövs sakkunnig hjälp för att patienten ska kunna komma vidare (Cullberg, 2006). Under den sista fasen, nyorienteringsfasen, har individen försonat sig med vad som har hänt, en cancerdiagnos har accepterats och självkänslan har återupprättats. Det som har hänt har blivit en del av livet, som inte ska glömmas bort, men livet får ändå fortsätta. Krisen har blivit ett sår som har läkt och kan liknas vid ett ärr (Carlsson, 2007).

Cullberg (2006) hävdar att de flesta trauman med automatik för med sig ännu fler traumatiska händelser. Vid cancer är förmedlandet av diagnosen en av de traumatiska händelserna vid sjukdomsförloppet, men likaså kan det vara traumatiska händelser att få strålbehandling eller opereras, samt att läggas in på okänt sjukhus skild från anhöriga och närstående. Samtidigt som krisen vid en cancerdiagnos skapar lidande, skapar den traumatiska krisen även förutsättning för mänsklig utveckling och mognad, som ger insikt om livets förutsättningar (Cullberg, 2006). Många patienter som har fått en cancersjukdom menar att de har omvärderat livet på olika sätt, på så sätt att de lever mer intensivt och tar tillvara på varje dag (Carlsson, 2007). Svårigheterna individerna har tvingats gå igenom upplever de ha medfört att de har mognat som människor och har även medfört andra positiva konsekvenser (Wettergren, Björkholm & Langius-Eklöf, 2005). Carlsson (2007), menar att det faktum att depressiva symptom är vanligare hos patienter med cancer än i normalpopulationen, kan förklaras av en accentuerad krisreaktion istället för patologisk depression.

## Hanterbarhet

Kopp (2008) menar att det handlar om psykologisk kompetens att hantera händelser och förändra ett beteende. Sjuksköterskan har en viktig uppgift i att pedagogiskt ge vägledning som syftar till att uppnå sådan förståelse att patienter och anhöriga kan ges större handlingskraft. Vid genomgång av litteratur framkommer att hanterbarhet kan motsvaras av KASAM, känsla av sammanhang och Coping.

Antonovsky (2005) utarbetade en modell för att utreda anledningen till varför vissa människor klarar sig med hälsan i behåll trots svåra påfrestningar. Det handlar enligt Antonovsky (2005) om i vilken utsträckning tillvaron kan upplevas som meningsfull, begriplig och hanterbar. De tre dimensionerna bidrar till helheten av känslan av sammanhang, KASAM. Desto mer en person upplever begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet, desto högre KASAM har personen. Hög känsla av sammanhang skapar förutsättningar för att ta in omfattningen av en påfrestande händelse och välja ändamålsenliga resurser för att hantera den. Personen känner meningsfullhet genom att se händelsen som en utmaning att bemästra (Antonovsky, 2005). Begriplighet innebär i vilken utsträckning individen förstår specifika händelser, huruvida omvärlden uppfattas som förnuftsmässig och strukturerad eller otydlig och kaosartad. Hanterbarhet innebär hur individen upplever sig kunna hantera en händelse och upplever sig ha resurser till förfogande till att hantera situationen. För att kunna bestämma en persons grad av KASAM, utarbetade Antonovsky (2005) ett KASAM-formulär med 29 frågor med skala mellan 1-7, som representerar begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Höga poäng innebär stark känsla av sammanhang. En kortare version med 13 frågor av de 29 frågorna går enligt Antonovsky (2005) att använda.

Känslan av sammanhang utvecklas, enligt Antonovsky (2005), från låg KASAM i tidig ålder, till stabilitet vid vuxen ålder. Stabiliteten utgörs av hur individen upplever sin känsla av sammanhang och därmed kan hantera påfrestande situationer. Graden av KASAM som uppnås vid vuxen ålder är resultatet av hur olika livserfarenheter har förståtts och hanterats, samt hur meningsfullt det verkat i unga år. Likaså är sammanhanget en individ har växt upp i av vikt för utvecklandet av känsla av sammanhang. Därav är barndom, tonårstid och tidigt vuxenliv av stor vikt för utvecklandet av KASAM (Antonovsky, 2005). Påfrestande händelser i vuxenlivet kan ofta medföra att känslan av sammanhang förändras, men det görs temporärt, varefter den ursprungliga KASAM åter uppnås. Hög känsla av sammanhang kan leda till mindre sjukdom och till bättre välbefinnande, men behöver inte nödvändigtvis innebära detsamma som att vara lycklig eller en god människa (Antonovsky, 2005). Antonovsky (2005) har med tanke på att människor i vården gärna vill terapeutiskt kunna förändra KASAM, fört ett resonemang över vad som kan respektive inte kan förändras. Författaren menar att någon med stark KASAM inte behöver hjälp i någon större omfattning och att de med svag KASAM, inte är hjälpt av tillfällig hjälp från vårdgivare. Detta på grund av att det krävs omfattande förändringar i institutionella, sociala och kulturella miljöer för att omforma en människans livserfarenheter och alltså inte något som kan göras genom några få möten med vårdpersonalen. Hur en människa ser på sig själv och världen är alltså allför djupt rotat. Däremot förändras en persons KASAM-värde något beroende på livssituationen utan att personens medelvärde förändras. Av de försök att förändra KASAM som har gjorts i olika studier, anser Antonovsky (2005) att det som kan fungera är då terapeuten hjälper patienten att omtolka tidigare erfarenheter, så kallade KASAM-förhöjande erfarenheter.

Då det gäller påverkan på känslor är det troligare att en person med stark KASAM tolkar en stressor eller stimuli positivt och ser det som en utmaning (Antonovsky, 2005). De känner lättare hopp och entusiasm istället för hopplöshet och apati. Känslor hos en individ med stark KASAM är ofta mer fokuserade och mer medvetna. Deras känslor är mer personligt

och kulturellt tillåtna, vilket gör att de lättare kan beskriva sina känslor och inte känner sig lika hotade av dem. Det innebär inte att personer med stark KASAM inte upplever känslor av obehag, men att de har lättare att föra känslorna på tal istället för att förtränga dem, vilket underlättar känsloregleringen. Om starkt negativa känslor kopplade till en händelse fortsätter att vara dominerande under lång tid så att andra känslor bli utestängda, kan det leda till sjukdom. Antonovsky (2005) betonar att det är viktigt att förstå att en stark KASAM inte innebär att använda sig av en särskild bestämd copingstil, utan att beroende på stressorns art kunna välja den copingstrategin som är bäst lämpad.

Skaug och Dahl Andresen (2005) menar att förutsättningen för att en individ ska bemästra en situation är att det finns en balans mellan krav och resurser. Sjuksköterskan måste identifiera om det föreligger ett omvårdnadsbehov, vilket det gör om det råder obalans mellan krav på coping och de resurser personen har tillgängliga. Carlsson (2007) poängterar att coping är svåröversatt till svenskan, men begreppen hantering och bemästrande ligger nära. Coping omfattar hur individen uppfattar en situation, hur de egna resurserna uppfattas, samt hur individen kognitivt och beteendemässigt försöker hantera situationen. När individen utsätts för en stressfull händelse, som en cancerdiagnos, startar en copingprocess. Beroende på hur personen uppfattar och tolkar händelsen, samt hur individen uppfattar sig ha resurser och möjlighet att hantera det inträffade, väljs strategier för att lösa problemet eller hantera känslor som väcks av situationen (Carlsson, 2007). Rydén och Stenström (2008) beskriver Folkmans och Lazarus ursprungliga copingmodell med indelning av strategier i copingkategorier. Det finns aktivt kognitivt, emotionellt inriktade strategier, som att försöka se svårigheterna på ett positivt sätt. Annan kategori är aktivt kognitivt, probleminriktade strategier, där en strategi är att överväga olika tänkbara alternativ. Tredje kategorin är aktivt beteendeinriktade, probleminriktade strategier, som att försöka ta reda på mer om situationen. Den sista kategorin benämns undvikande, emotionellt inriktade strategier, som att förbereda sig på det värsta eller låta det gå ut över andra (Rydén & Stenström, 2008). ”Copingstrategi är vad individen specifikt gör för att hantera sin situation” (Carlsson, 2007, s. 43). Det går inte att säga att några copingstrategier är bättre än andra, utan värdet av coping avgörs på det känslomässiga och praktiska utfallet för personen både på kort och på lång sikt.

## **Emotionellt stöd**

Emotioner är ett känslotillstånd som involverar ett mönster av kognitiva, fysiologiska och beteendemässiga reaktioner på en händelse (Passer & Smith, 2007). Emotioner är känslor som driver människor till att agera, hjälper oss att kommunicera, samt framkallar empati och hjälp. Ett utlösande stimuli leder till en tankemässig bedömning av stimuli som ger mening till situationen. Utifrån bedömningen svarar kroppen fysiologiskt, via olika medvetna och omedvetna system och individen uppträder beteendemässigt genom att ge uttryck för känslan expressivt eller instrumentellt. Passer och Smith (2007) kan se tendenser till att kulturen påverkar de grundläggande bedömningar individer gör av en händelse.

Enligt svenska akademins ordbok [SAOB] (1997), kan stöd vara både materialistiskt, såsom stödstrumpa och kopplat till en människa, att vara ett stöd eller vara stödjande. I båda fallen blir innebörden av begreppet stöd att vara stöttande. Enligt ordboken är begreppet stöd bland annat liktydigt med hjälp, undsättning och bistånd. Att vara ett stöd som person innebär att vara någon till hjälp, gagna och främja och liktydigt med att vara en stöttepelare och en hjälpare. Då det gäller hälsan råder det stor enighet om att det sociala stödet är av betydelse för att hantera svåra livssituationer (Rydén & Stenström, 2008). Faskunger (2008) hävdar att socialt stöd kan underlätta beteendeförändring genom att det påverkar våra tankar, känslor och

beteende positivt. Det sociala stödet kan vara antingen emotionellt eller instrumentellt stöd. Det emotionella stödet avser beröm, tillit, uppmuntran, solidaritet och omvårdnad. Det instrumentella stödet i sin tur avser råd, påminnelser, fakta och hjälp med material.

Enligt Law (2009) kan stöd kategoriseras som fysiskt, socialt, emotionellt och psykologiskt stöd. Författaren beskriver även olika tolkningar av begreppet emotionellt stöd. Emotionellt stöd innebär att lyssna på patienters bekymmer, oro och rädsla, men även att lindra osäkerhet, oro, stress, hopplöshet och depression. Emotionellt stöd kan även innebära kommunikation, vilket involverar att uttrycka känslor, utvecklandet av empati, få patienten att känna sig förstådd och uppmuntra till självförtroende i copingstrategier (Law, 2009). Skilbeck och Payne (2003) visar att tidiga insatser med öppen kommunikation och emotionellt stöd är viktigt och därmed främjar känslor och ger minskad ångest hos patienterna. Författarna framhäver även att ålder visar på skillnad på betydelsen av emotionellt stöd. Law (2008) beskriver att sjuksköterskorna upplevde att det fanns för lite tid att skapa en relation som medgav att patienterna öppnade sin inre värld och var mottagliga för emotionellt stöd. Jonsson (2005) hävdar att målet med krisinterventioner är att förse individen med den emotionella första hjälpen. Det emotionella stödet blir ett praktiskt sätt att utöva psykologisk skadebegränsning, vare sig det handlar om milda eller akuta traumatiska kriser. Likaså är det viktigt i mötet med en individ i kris att visa acceptans och respekt för att personer kan reagera på många olika sätt (Kopp, 2008). I mötet med en person i kris är det även av vikt att kunna vara tyst, vara uppmärksam på sina känslor och ställa medkännande frågor utan medlidande. Målet under hela sjukdomsprocessen är att bevara hoppet i alla situationer. För att sjuksköterskan ska kunna möta patienter på ett kvalitativt sätt behövs själ, händer, hjärta och huvud, vilket illustrerar den breda kompetens som behövs (Kopp, 2008).

## **Problemformulering**

Att få en cancerdiagnos innebär för de flesta att hamna i en kris. I kombination med att den drabbade är ung, skapas större svårigheter att hantera sina känslomässiga reaktioner och behovet av emotionellt stöd kan öka. Att vara ung gör att insikten om människans dödlighet kommer tidigare i livsprocessen. Samtidigt har troligtvis inte känslan av sammanhang och utarbetandet av copingstrategier fulländats, med de större möjligheter till att hantera situationen, som det hade kunnat innebära. Sjuksköterskans roll i cancerförloppet blir bland annat att ge emotionellt stöd så att patientens möjligheter att hitta sitt fotfäste igen ökar. Då incidensen av cancer är så hög bland unga personer med stor del av livet framför sig, är det därför av vikt att beakta patienters känslor och hanterbarhet, samt tydliggöra sjuksköterskans möjligheter att ge emotionellt stöd under cancerförloppet. Oavsett var sjuksköterskan arbetar är det en utmaning att kunna ge emotionellt stöd för att underlätta för individen i resan från kris till hanterbarhet.

## **Syfte**

Syftet var att belysa unga vuxnas tankar och känslor vid en cancersjukdom, hur de hanterar dessa, samt hur sjuksköterskan kan ge emotionellt stöd relaterat till att skapa hanterbarhet i krissituationen.

## Metod

Enligt Halmstad Högskolas riktlinjer för examensarbete i omvårdnad på kandidatnivå, ska examensarbetet utgöras av en litteraturstudie (Berggren & Bothmer, 2011). En litteraturöversikt innebär att undersöka och sammanställa befintlig forskning inom ett visst område, samt skapa en utgångspunkt för fortsatt forskning (Friberg, 2006).

## Datainsamling

Inledningsvis utforskades de områden och begrepp som var relevanta till ett tänkt syfte. Utifrån litteratur skrevs bakgrunden till litteraturöversikten ner. Därefter gjordes en sökordsöversikt, se bilaga A, där MeSH-termer och Cinahl-headings (MH) söktes på databaserna PubMed respektive Cinahl, databaser som täcker in området omvårdnad.

Sökningarna som följde framgår av bilaga B. I databasen Cinahl användes först Cinahl-headings, men alltför begränsade sökningar medförde att även fritextord fick användas, som även de skrevs in i sökordsöversikten. *Neoplasms* användes som sökord istället för *cancer*, efter hänvisning från Cinahl-headings. Då en kontrollsökning sedan gjordes med *cancer* som fritextord framkom många fler träffar och matchande artiklar, varför nya sökningar genomfördes med *cancer* istället för *neoplasms*. För att täcka in alla områden i syftet och få med hela cancerbehandlingsförloppet fick många kombinationer med sökord göras. Inklusionskriterier som användes var publiceringsår 2007-2012, abstract available och ålder 19-44.

I databasen PubMed gav sökningar på *neoplasms* respektive *cancer* ingen märkbar skillnad i antalet träffar, vilket gjorde att endast sökningar på MeSH-termen *neoplasms* gjordes. Inklusionskriterier som användes var; publicerat senaste fem åren, young adult, adult, abstracts och language English.

Exklusionskriterier för båda databaser var review-artiklar och att andra yrkesprofessioner än sjuksköterskor var mest framträdande. Dubletter som upptäcktes i sökningarna exkluderades. Då titlar på artiklar ansågs överensstämma med syftet, lästes abstract igenom för att sedan väljas med till urval 1 vid passande innehåll. Alla artiklar som valdes till urval 1 numrerades för att kunna följa vidare urval. Artiklar som inte fanns tillgängliga som fulltext i databaserna söktes via ISSN-nummer på samtliga databaser genom bibliotekets söktjänst, vilket resulterade i flera tillgängliga fulltexter. De artiklar som inte fanns att tillgå genom internet beställdes via högskolans bibliotek.

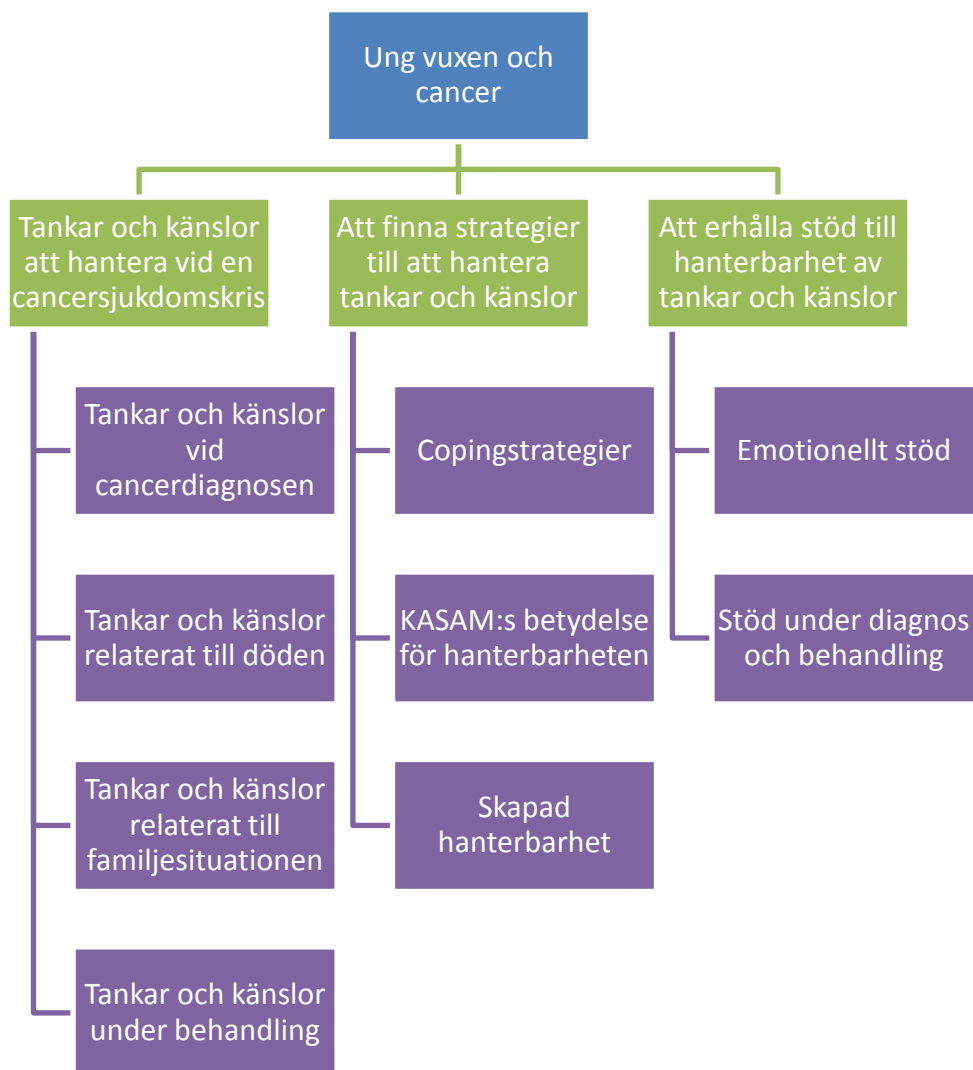
## Databearbetning

Artiklarna från urval 1, totalt 59 artiklar, lästes övergripande igenom och sammanfattades med något ord i en kort översikt för att se om de var lämpliga att behålla till urval 2. Artiklar som exkluderades var fel åldersgrupp, innehåll ej inriktat mot cancer, emotionellt stöd från andra än sjuksköterskan, för lång tid efter behandling, innehöll ej uttryckligen de begrepp vi sökte efter, samt artiklar med ersättning till deltagare. Artiklarna som kvarstod till urval 2, totalt 29 artiklar, delades in i kategorier efter innehåll, varefter varje kategori granskades var för sig, se bilaga C och D. Den vetenskapliga kvaliteten på artiklarna bedömdes som låg, medel eller hög enligt bedömningsmall av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006). Kategorier som genom sökorden framträdde var: ung och cancer, emotionella behov, emotionellt stöd,

sjuusköterskans roll, KASAM, samt coping. Varje artikel granskades av båda författarna. Efter granskning av en kategori diskuterades innehåll och resultatet skrevs ner gemensamt av båda författarna under framväxande teman, representerade av rubriker i resultatet. Efter att alla kategorier skrivits ner under rubriker, granskades materialet i sin helhet flertalet gånger för att skapa en sammanhängande text och korrigera teman så att de bättre stämde in på innehållet och svarade mot syftet.

## Resultat

De teman som framträdde under databearbetningen illustreras av följande organisationsschema;



### Tankar och känslor att hantera vid en cancersjukdomskris

En del patienter uppfattade cancerdiagnosen som en kris (Hjörleifsdottir, Rahm Hallberg, Gunnarsdottir & Ågren Bolmsjö, 2007). Coyne och Borbasi (2009) menar att kvinnor i yngre

ålder har ofta svårare former av bröstcancer och får därför aggressivare behandlingsschema, vilket gör att de upplevde ännu större fysiska och psykologiska svårigheter. Lieberman (2008) jämför i sin studie hur män respektive kvinnor med en cancerdiagnos uttrycker sina känslor rörande sjukdomen och dess behandling. Kvinnor uttryckte mer negativa känslor, speciellt känslor av ilska och sorgsenhet. Män uttryckte i sin tur, med andra ordalag, mer oro och rädsla. Rädslan var mest förknippad med död och kroppsliga begränsningar.

## **Tankar och känslor vid cancerdiagnosen**

Landmark, Bøhler, Lober och Wahl (2008) beskriver olika känslomässiga reaktioner som framträdde då patienterna i studien fick diagnosbeskedet. Reaktionerna kunde vara att kollapsa fullständigt, skapa en känsla av att vara ensam i världen och att inte förstå att det kunde hända just dem. Tankar på framtiden och rädsla för döden framkom direkt (Landmark, et al., 2008). Fitch, Gray, Godel och Labreque (2008), beskriver i sin studie att deltagarna upplevde en stor chock och förfäran vid cancerdiagnosen och tanken på att de kanske inte skulle få en framtid skapade panik. Rädslan skapade en intensiv drivkraft att agera för att försäkra sig om att överleva. Att cancerdiagnosen upplevdes som en chock framkommer även i studierna av Corbeil, Laizner, Hunter och Hutchison (2009) och Hjörleifsdottir, et al (2007). Förutom upplevelsen av chock, beskrev deltagarna i studien av Coyne och Borbasi (2009) känslan av misstro och de frågade sig varför just de blev drabbade, samt sörjde över att livsandan plötsligt hade försvunnit. I diagnoskedet väcktes även känslor som rädsla, att allt föll samman, att inget fanns kvar att leva för, förlorad kontroll, oro, samt fysiska reaktioner som hjärtklappning och svårigheter att andas (Hjörleifsdottir, et al., 2007). Oron och rädslan minskade med tiden, men rädslan över att förlora kontrollen kvarstod. Deltagarna i studien av Corbeil, et al. (2009) beskrev det som att genomförbarheten av planer relaterade till livsmål blev osäkra på grund av externa faktorer de inte kunde kontrollera. Deltagarna menade även att ha en cancerdiagnos innebar en tid av väntan med konstant oro.

Cancerdiagnosen störde unga människors normala utveckling och sågs som en omväg i livet. Att ha en allvarlig sjukdom var något som inte var normalt i deras ålder, vilket upplevdes mödosamt (Corbeil, et al., 2009). Många hade svårt att acceptera sin diagnos, eftersom de samtidigt känner sig helt friska (Drageset, Lindstrøm & Underlid, 2010). En vanlig reaktion vid beskedet om cancer var ilska, eftersom de upplevde att de hade gjort allt rätt, men ändå drabbats (Beatty, Psych, Oxlad, Koczwara & Wade, 2008). Även kvinnorna i undersökningen gjord av Fitch, et al. (2008) uttryckte ilska och orättvisa över att ha fått en cancerdiagnos i ung ålder, eftersom de fortfarande hade så mycket kvar att göra i livet. En ung kvinna borde tänka på och göra andra saker vid den åldern, vilket medförde känslan av att åldras i förtid och känslan av att bli sviken av kroppen (Fitch, et al., 2008). Deltagare i studien av Corbeil, et al. (2009) hade innan de drabbats av sjukdomen trott sig klara allt de ville och kände sig därför också svikna av sig själva. De insåg att det fanns begränsningar i deras förmåga och började tappa sitt självförtroende. Även Miedema, Hamilton och Easley (2007) beskriver att innan diagnosen hade de unga deltagarna känt sig oövervinnerliga med hela livet framför sig och att tanken på att få en allvarlig sjukdom aldrig hade funnits. De kände sig svikna och överväldigade av sårbarhet. I studien av Beatty, et al. (2008) upplevde kvinnorna med bröstcancer att självbilden förändrades och skapade svårigheter relaterat till fysiska, personliga och sociala aspekter. De kände att de förändrades både kroppsligt till utseendet och som person inombords. Det blev en form av identitetskris då de kände att de inte visste vem de var längre och att de upplevde sig ha blivit en annan typ av person (Beatty, et al., 2008). Patienter med cancer menade att deras liv hade förändrats efter att ha fått diagnosen (Gümüs & Çam, 2008). Förändringarna i tankar och känslor bestod bland annat i sorgsenhet, rädsla,

osäkerhet, hjälplöshet, ensamhet, samt andra prioriteringar i livet. Deltagarna kände sig även isolerade i och med cancerdiagnosen då det skapade en avgränsning till deras omgivning. Patienter menade att de som inte har upplevt samma situation omöjligt kunde förstå deras upplevelse och effekten sjukdomen hade på deras liv (Shaha & Bauer-Wu, 2009).

## **Tankar och känslor relaterat till döden**

Gemensamt för patienter var att de för första gången ställdes inför det faktum att deras egen död var en tänkbarhet (Fitch, et al., 2008). Att få en cancerdiagnos var utanför den förväntade livsprocessen, cancer var något som gamla människor fick. Konfrontationen med dödligheten gav insikt i att det inte finns så mycket kontroll över livet som de trodde. Känslan av att cancer ständigt bredde ut sig utom kontroll, skapade tankar om att själv fortskynda processen, endast för att ta tillbaka kontrollen (Shaha och Bauer-Wu, 2009). Att kanske inte få uppnå uppsatta mål i framtiden var för många unga vuxna känslomässigt mycket tungt (Corbeil, et al., 2009). I studien av Shaha och Bauer-Wu (2009) hävdade deltagarna att döden i sig inte var det arbetsamma utan dödsprocessen med en eventuellt, i deras ögon, dålig död. Patienterna kände sig generellt mer ledsna och mer nedstämda, de levde i osäkerhet och var skräckslagna inför framtiden. Under behandlingar som var fysiskt arbetsamma, var det svårare att tänka på döden eftersom den kändes starkare då (Chunlestskul, Carlsson, Koopmans & Angen, 2008). Rädslan för döden var en negativ upplevelse, samtidigt som det hjälpte dem att leva för stunden. Deltagare hävdade även att upplevelsen kunde ses som emotionellt träning i att möta olika känslor, som att se i djupet av sin rädsla. En deltagare i studien av Beatty, et al. (2008) beskrev sin känsla som att gå på dödens väg. Tanken på att göra förberedelser inför sin egen eventuella begravning var upprörande, men det fanns ändå behov av att göra arrangemang inför den, eftersom det skapade en känsla av lättnad (Shaha & Bauer-Wu, 2009). Attityder mot döden var något som kunde hindra dödsprocessen (Chunlestskul, et al., 2008). Att tala om döden var något som provocerade fram känslor hos både berättaren och den som lyssnade, vilket medförde att mottagaren ofta försökte lämna ämnet. Det kunde i sin tur skapa frustration hos patienten, som särskilt inte ville behöva dölja sina känslor om döden för sina nära. Attityder som också påverkade förberedelserna för döden, var rädsla och vidskepelse, både hos kvinnorna själva men även bland anhöriga. Tanken på döden skapade ångest, rädsla och svårighet att acceptera att döden är oundviklig (Shaha & Bauer-Wu, 2009). Människor i patienternas omgivning kände sig även obekväma i att prata om döden, eftersom de inte visste hur de skulle bemöta det, samtidigt som kvinnorna då kände sig sårade (Chunlestskul, et al., 2008). Alla känslor som det innebar att prata om döden, medförde att de behövde återskapa en emotionell balans hos både sig själva och familjen efter samtalet.

## **Tankar och känslor relaterat till familjesituationen**

Patienter menade att det är viktigt att uppmärksamma och värdera att den konstanta ångesten har multipla orsaker och kan vara relaterade till ålder och familjesituation (Hjörleifsdottir, et al, 2007). De unga kvinnorna i studien av Fitch, et al. (2008) kämpade med det faktum att vara sjuk under den tidiga delen av livet, eftersom de kände att det inte fanns tid till att vara sjuk. Kvinnorna kämpade för att upprätthålla balansen mellan familjens behov, arbetet och dem själva genom att fortsätta göra vad som behövdes göras och hålla känslorna i schack för att undvika att de rann över (Coyne & Borbasi, 2009; Fitch, et al., 2008). Att hantera biverkningar samtidigt som vardagsbekymmer skapade ibland överväldigande känslor (Fitch,



et al., 2008). Deltagare i studien av Beatty, et al. (2008) menade att cancerdiagnosen skapade personliga rollförändringar i hemmet och förändrade sociala roller bland vänner och arbetskamrater. De göromål som normalt var deras uppgifter blev nu delegerade till andra. I och med att sjukdomen medförde nya familjeroller och ansvar, kände deltagarna i undersökningen av Fitch, et al. (2008) att de tappade sin kontroll och blev isolerade. Känslan av att vara ersatt av någon eller några andra var frustrerande och skapade skuldkänslor. Trots att de förstod att det var viktigt att sätta sina egna behov och känslor först, var det svårt att inte få skuldkänslor, när de var oförmögna att möta behoven hos partner och barn. Förändrade familjeroller för män gav en känsla av att inte kunna uppfylla rollen som ledare i hemmet (Semple & McCance, 2010). Föräldrarna i studien var ofta överväldigade av tankar och känslor rörande barnen under hela cancerresan. Föräldern insåg, då diagnosen var ett faktum, att sjukdomen skulle ha inverkan på hela familjen. Den mest framträdande känslan var rädsla, bland annat över att kanske inte få delta i barnens utveckling (Semple & McCance, 2010). Även om kvinnorna i studien av Shaha och Bauer-Wu (2009) uttryckte oro för sina barn gav det faktum att de hade barn en stark vilja att bekämpa sjukdomen och inte ge upp. Om de inte gjorde sitt bästa kände de att de skulle svika familjen. Deltagare i studien av Reynolds (2008) ansåg på samma sätt att den unga åldern var en motivationsfaktor, speciellt i kombination med att ha barn. En deltagare upplever inte rädsla för att dö utan är rädd för att lämna livet, då barnen behöver sin mamma, vilket även deltagarna i studien av Hjörleifsdottir, et al. (2007) bekräftar. Likaså insåg patienter att de betydde mycket för många människor och att de på något sätt kände att de svek dem allihop (Shaha & Bauer-Wu, 2009). Något som blev en viktig tanke var på vilket sätt de skulle bli ihågkomna, med målet att lämna ett positivt och bestående minne. En deltagare i studien av Beatty, et al (2008) önskade att inte bli ihågkommen för sin död utan för sitt sätt att leva.

## **Tankar och känslor under behandling**

Behandlingen kunde liknas vid en känslomässig berg- och dalbana med stora krav på anpassning till behandlingsprocessen (Coyne & Borbasi, 2009). Deltagare menade att de inte var förberedda på den känslomässiga inverkan behandlingen hade. Patienter i studien av Landmark, et al. (2008) framhävde att en operation kort efter cancerbeskedet, medförde att de inte kände att de hade kommit över den första chocken och därför var emotionellt oförberedda inför det som skulle komma, vilket resulterade i starka reaktioner efter operationen. Likaså upplevde några, som tidigare hade känt sig ha kontroll över situationen, en fördröjd reaktion under behandlingen där allt plötsligt föll samman (Beatty, et al., 2008). Innan operationen hade patienter upplevt ett massivt stöd från sin omgivning och varit trygga med det, men efter operationen förändrades situationen och framkallade uppdämda känslor som tårar, ilska och förtvivlan (Landmark, et al., 2008). Samtidigt upplevdes att behöva vänta på behandlingen som en stor utmaning för flera patienter, eftersom de ville att något skulle hända (Miedema, et al., 2007). Deltagare visade på andra känslomässiga reaktioner i samband med behandlingen, såsom isolation, depression, hjälplöshet och upplevelse av att tappa kontrollen (Beatty, et al., 2008). Några anklagade sig själva för att ha fått diagnosen, de kände att de skulle ha gjort saker annorlunda. Unga vuxna beskriver i studien av Corbeil, et al. (2009) svårigheter i att veta vart de tankemässigt skulle rikta sina ansträngningar, om de skulle fokusera på sin hälsa eller på sina studier respektive arbete. Det skapades osäkerhet i fråga om tidigare ansträngningar innan cancerdiagnosen för att nå uppsatta mål var värda mödan längre. Det fanns en ständig oro då det gällde biverkningar och huruvida behandlingen skulle hjälpa eller inte (Corbeil, et al., 2009). Även deltagarna i studien av Beatty, et al. (2008) upplevde oro och

osäkerhet i fråga om behandling och prognos, med tanke på att det inte finns något slutgiltigt test för att bekräfta att cancer är borta.

## Att finna strategier till att hantera tankar och känslor

Corbeil, et al. (2009) beskriver olika sätt deltagarna i studien har använt sig av för att hantera osäkerhetsfaktorerna rörande huruvida behandlingen skulle hjälpa eller inte, samt hur aggressiva biverkningarna skulle vara. Att leva dag för dag var ett vanligt sätt att hantera situationen, samt att endast göra kortsiktiga planer. Ett annat sätt var att vara självisk och koncentrera sig på sig själv, vilket var svårt och inte alltid uppskattades av omgivningen. Att ha en tro gjorde att de kunde avfärda sin osäkerhet med att åtminstone gud vet. Likaså kunde en tro skapa en mening åt vad som har hänt. En deltagare menade att det är nödvändigt att tro på något, även om det bara är lite. Andra sätt att hantera situationen på var att lita på läkaren, koncentrera sig på positiva saker, spara på energi tills det verkligen behövdes, hitta socialt stöd i omgivningen och att försöka leva ett så normalt liv som möjligt (Corbeil, et al., 2009). Maeda, Kurihara, Morishima och Munakata (2008) genomförde en studie med en intervention som innebar att hjälpa individer att bli medvetna om sina verkliga känslor och beteendeförändringar. Experimentgruppen visade på signifikanta framsteg då det gällde självförnekelse, självförtroende, hjälplöshet/hopplöshet, oro och depression. Patienterna skapade en handlingsplan för att klara den stressfulla situationen på egen hand, samt tog till sig en mer positiv attityd. Deltagarna fick hjälp att uttrycka sina känslor och blev på så sätt mer självsäkra.

## Copingstrategier

Copingstrategier är bra verktyg för att hantera utmanande situationer och dess påverkan på det psykosociala välbefinnandet (Zucca, Boyes, Lecathelinais & Girgis, 2010). Att ha fått cellgiftsbehandling var den största prediktorn för att använda sig av en mängd copingstrategier, medan låg grad av socialt stöd generellt medförde sämre val av strategier. Aktiviteter innan cancerdiagnosen, stödnätverk och kunskap formade deltagarnas uppfattning och därmed val av strategier (Miedema, et al., 2007). Hälften av deltagarna använde sig av minst två copingstrategier. Studien visade att deltagarna i studien växlade fram och tillbaka mellan olika problem- respektive emotionsfokuserade copingstrategier och att det alltså inte var någon linjär process. Emotionsfokuserade strategier var vanligast bland patienterna att använda sig av (Gümüs & Çam, 2008).

De mest frekvent använda copingstrategierna bland canceröverlevare visade sig vara fatalism, kämparglöd och tankemässigt undvikande (Zucca, et al., 2010). Fatalism som copingstrategi, en strategi som anses negativ, var lika vanlig som kämparglöd som copingstrategi, en strategi som anses positiv. Även om fatalism anses vara en negativ strategi, visade studien att den även kunde innehålla en positiv aspekt så tillvida att livet uppskattades mer. Vanliga copingstrategier, efter att ha fått en cancerdiagnos och i väntan på en behandling, är att ta en sak i taget, skjuta det ifrån sig, fortsätta sitt liv som vanligt, ta vara på livet, hantera känslor, förbereda sig för det värsta, samt att ha en positiv inställning (Drageset, et al., 2010). Att ta en sak i taget innebar att endast leva i nuet och ignorera de problem som eventuellt dyker upp senare. Copingstrategin användes för att undvika att bli överväldigad av skrämmande tankar och känslor och därmed få minskad ångest. En del distanserade sig själva känslomässigt från verkligheten, genom att förtränga ångestskapande tankar och känslor och

försökte på så sätt hantera sin oro. De yngre patienterna i studien av Zucca, et al. (2010) kände sig uppleva mer oro än de äldre deltagarna. Ett sätt att distansera sig känslomässigt på, var att fokusera på något annat, som olika aktiviteter och att vara med vänner (Drageset, et al., 2010). Flera av deltagarna i studien av Gümüs och Çam (2008) upplevde att de inte kunde hantera sin situation över huvudtaget. De copingmetoder som dock användes var att dela problem med familjemedlemmar och vänner, hålla hoppet uppe, söka nya behandlingsmetoder, vara ensamma, gråta, samt att hänge sig åt religion. Även patienter i studien av Farsi, Dehgan, Nayeri och Negarandeh (2010) beskrev copingstrategier, som att tillskriva sjukdomen på en händelse eller gud, samt att ha en tro generellt. Då patienter hade tagit in diagnosen och fått kunskap om sjukdomen engagerades ofta de emotionsfokuserade strategierna, som att göra det bästa av situationen och att anpassa sig till att vara sjuk (Miedema, et al., 2007). De började skapa sig en bild av hur de skulle hantera behandlingsperioden. En del hade som mål att bibehålla psykisk hälsa genom att använda sig av mental träning. En problemfokuserad copingstrategi var att försöka behålla kontrollen, något som var svårt för unga att tappa, eftersom de nyligen erhållit självständighet från föräldrarna. Deltagare i studien av Drageset, et al. (2010) ville bli behandlade som vanligt och undvek människor som genom att tycka synd om och uttrycka medlidande, triggade igång negativa känslor. Det fick patienter att känna sig sårbara och rädda. I fråga om att uttrycka känslor var det stora skillnader mellan deltagarna. En del ville hålla känslor på avstånd, medan andra kände en lättnad efter att de hade fått uttrycka sina känslor, genom att skriva ner dem eller tala med någon de upplevde som stödjande. De som inte ville uttrycka sina känslor, menade att det minskade deras känsla av styrka, skapade självömkan och förlust av energi, samt en minskad känsla av att kunna hantera situationen. Stödsökande strategier som att tala om känslor sågs ha en negativ inverkan på att kunna fungera känslomässigt, speciellt i palliativ vård (Drageset, et al., 2010). Inte heller undvikande strategier kan ses som fördelaktiga (van Laarhoven, Schilderman, Bleijenbergh, Donders, Vissers, et al., 2011). För att undvika en mental kollaps efter en planerad operation, använde sig en del patienter av copingstrategin att förbereda sig mentalt på det värsta (Drageset, et al., 2010). Samtidigt som patienterna var medvetna om den möjliga dödsutgången, var de ändå optimistiska och hoppfulla, med en kämparanda. Att vara på gott humör upplevdes som ett bra sätt att hantera situationen.

Hopp som copingstrategi sågs som en av de mest dominerande faktorerna, som bidrar till patientens styrka och hjälper dem att hantera situationen och att överleva (Hjörleifsdottir, et al., 2007). Olika faktorer, både positiva och negativa, sades påverka hoppet (Reynolds, 2008). Det som påverkade hoppet mest var fysiska symtom, i mening av att ju bättre kroppen kändes desto mer är det möjligt att hoppas. Annat som påverkade hoppet var andra människor, gruppaktiviteter och sociala aktiviteter, vilka alla var viktiga att fortsätta med för att bibehålla en normalitet. Deltagare ansåg att det ultimata målet med val av copingstrategier under cancerresan var att först överleva behandling och sedan återvända till det normala (Miedema, et al., 2007). Genom att leva som vanligt och försöka bibehålla normala rutiner gavs patienterna en känsla av kontroll (Drageset, et al., 2010). I den unga populationen i studien av Reynolds (2008) var det påtagligt viktigt med personliga kvaliteter som andlighet, optimism, problemlösning och att vara aktivt involverad i behandlingen. Andlighet hade med tanke på diagnosen blivit en viktig del i att hantera erfarenheten, liksom positiva och optimistiska attityder till livet och livshändelser (Farsi, et al., 2010; Reynolds, 2008). I studien av Reynolds (2008) framkom att vad patienterna hoppades på var mycket individuellt och påverkades av sjukdomsfasen och individens utvecklingsstadium. Aktiva copingstrategier är positivt associerade med högre livskvalitet och lägre depression och hopplöshet (van Laarhoven, et al., 2011). Aktiva strategier som användes var bland annat att planera, omvärdera och att acceptera situationen (Farsi, et al., 2010; Hjörleifsdottir, et al., 2007; van

Laarhoven, et al., 2011). Att just acceptans är en fördelaktig strategi ansågs viktigt att ha i åtanke, eftersom anhöriga istället kan vilja att patienten visar mer kämparglöd (van Laarhoven, et al., 2011). Hjärleifsdottir, et al. (2007) presenterar andra copingstrategier som av patienterna sågs som fördelaktiga, däribland att vara positiv, vara sysselsatt, fortsätta att arbeta, leva i nuet, tacksamhet för vad som fanns kvar, att tro på en gud och be. De som lyckades skapa en måttlig kognitiv och emotionell distansering genom att fokusera på något positivt, hade den mest fördelaktiga copingstrategin (Drageset, et al., 2010). Även andra aktiva sätt att hantera situationen, som att fokusera på aktiviteter som krävde koncentration och fysiska aktiviteter, var fördelaktiga.

## **KASAM:s betydelse för hanterbarheten**

Deltagarna i studien av Coyne och Borbasi (2009) ansåg sig behöva hantera flera stressfaktorer vid cancersjukdomen, utan tidigare liknande livserfarenheter att hämta styrka ifrån. I motsats menade deltagare i studien av Drageset, et al. (2010), som upplevt sig ha oväntade styrkor i tidigare svåra situationer, en hjälp att tro på sin förmåga att hantera även cancerdiagnosen. Kvinnorna i studien av Shaha och Bauer-Wu (2009) ställde sig djupa existentiella frågor för att försöka göra det begripligt och meningsfullt varför det hade hänt just deras familj. Gustavsson-Lilius, Julkunen, Keskiivaara och Hietanen (2007) undersöker i sin studie samband mellan KASAM, depression och oro hos patienter med cancer. Under den 14-månadersperioden som studien pågick, från diagnosbeskedet, kunde det konstateras att patienternas KASAM stärktes. Det gick även att utläsa att ångestsymtom minskade och känslan av sammanhang ökade. Likaså skapade en stark KASAM vid diagnoskedet en lägre grad av oro och depression under perioden. En stark känsla av sammanhang hade på så sätt en skyddande inverkan för patienterna mot att drabbas av ångest. Det fanns inga signifikanta könsskillnader i grad av KASAM under någon av mätningarna. Inte heller Bruscia, Shultis, Dennery och Dileo (2008) kunde se att känslan av sammanhang varierar mellan könen. Däremot påvisas att ålder och sjukdomslängd inverkar. Yngre patienter som hade haft cancersjukdom under kort tid hade generellt låga poäng på KASAM-formuläret. I undersökningen jämförs även grad av KASAM mellan patienter med hjärtsjukdom och patienter med cancersjukdom för att se om typ av diagnos påverkar känslan av sammanhang, vilket inte visade sig vara någon skillnad. Matsushita, Ohki, Hamajima och Matushima (2007) har även de studerat skillnader i KASAM mellan hjärtsjuka patienter och patienter med en cancersjukdom. Det resultatet visade istället på ett signifikant samband mellan KASAM-poäng och diagnos, sjukdomsvaraktighet, samt arbetsstatus. Hjärtpatienterna hade, i motsats till de patienter med gynekologisk eller oral cancer, kunnat hantera sjukdomen och dess inverknings på livet under längre tid och därmed erhållit erfarenheter som utvecklat en starkare KASAM (Matsushita, et al., 2007). Boscaglia och Clarke (2007) kunde i sin studie styrka sin hypotes om att en stark känsla av sammanhang, hos patienter med gynekologisk cancer, skulle medföra lägre grad av demoralisering. Demoralisering menar författarna står för hopplöshet, hjälplöshet, förlust av mål och mening, förtvivlan och existentiell ångest. En stark KASAM och därmed hög hanterbarhet, hög meningsfullhet och hög begriplighet kan således troligen reducera risken för att bli modfärd vid konfronterandet av en cancerdiagnos (Boscaglia & Clarke, 2007).

## **Skapad hanterbarhet**

*“I will always remember everything I went through. I don't even act like all my friends. I am more mature than they are and I will never forget and also I will never take anything for granted because I know I am very lucky and I see things differently because of my experience so that's why I don't regret it even if nothing has worked yet”* (Corbeil, et al., 2009, s. E23).

Deltagarna i studien av Coyne och Borbasi (2009) menade att det tog lång tid innan de kunde känna sig normala igen efter behandlingen men försökte att inte låta cancerresan ta över för mycket. De framhävde att de inte tog något för självklart längre. Insikten om att vara dödlig gjorde att mål och ambitioner med livet förändrades och viljan skapades att göra något av sitt liv, eftersom det inte går att veta hur mycket tid som finns kvar (Fitch, et al., 2008). Patienter i studien av Semple och McCance (2010) pekade på att efter en period av begrundande balanserades de negativa erfarenheterna av cancersjukdomen med positiva tankemönster. Nya värden och prioriteringar framträdde (Corbeil, et al., 2009; Miedema, et al., 2007; Semple & McCance, 2010). Omprioriteringar kunde innebära att spendera mer tid med barnen, skapa balans på arbete kontra ledighet och tillåta sig intimare relationer (Semple & McCance, 2010). Andra positiva aspekter med cancerresan var att deltagarna kände sig fulla av vitalitet och kände uppskattning av livet, en nyfunnen uppskattning av skönheten i all enkelhet (Beatty, et al., 2008; Shaha & Bauer-Wu, 2009). *“I now realise how precious life is and I'm making the best of it”* (Zucca, et al., 2010, s. 1272). De fick öppnade ögon för att tiden är värdefull, att det är viktigt att leva i nuet och att spendera tid med dem de älskar (Shaha & Bauer-Wu, 2009). Likaså att ha fått en inre styrka, förmåga att hantera situationer, lära sig att prioritera sig själva, samt att förbättra relationer (Beatty, et al., 2008). Unga vuxna i studien av Corbeil, et al. (2009) framhävde att de upplevde sig ha fått mer visdom och blivit mer mogna. Likaså kunde de känna sig privilegierade som hade fått möjlighet att få livserfarenheten och lära känna sig själv bättre redan i ung ålder (Corbeil, et al., 2009). Cancerresan hade gjort att de mognat i jämförelse med sina jämnåriga och fått en ny syn på sig själva (Miedema, et al., 2007). Under den reflektiva fasen efter behandlingen lärde sig deltagarna att känna uppskattning och hitta mening med upplevelsen, vilket ledde till en ny livsfilosofi. Så även om det dominerande målet för alla deltagare var att återgå det normala, var det inte självklart att det normala innebar det samma som före diagnosen.

## **Att erhålla stöd till hanterbarhet av tankar och känslor**

Patienterna i studien av Kvåle (2007) menade att de måste kunna lita på någon för att kunna prata om mer personliga frågor. En anledning till att inte vilja tala om svåra känslor hade att göra med att patienterna försökte undvika att tänka på sin cancer och på så sätt förbli positiva och bevara hoppet. Deltagarna ville gärna ha erbjudande om att få tala med sjuksköterskan om känslor, men de vill själva bestämma till vem, när och vad de skulle tala om. Detta för att få bibehålla sina val av copingstrategier och därmed få behålla känslan av kontroll.

## **Emotionellt stöd**

Studien av Roberts, Lepore och Urken (2008) visade att den lägsta graden av hälsomässig funktion rörde att fungera emotionellt. Yngre patienter uttryckte signifikant mer behov då det gällde emotionella problem (Lobb, Joske, Butow, Kristjanson, Cannell & Augustson, 2009).

Eftersom personliga erfarenheter och upplevelser varierar under sjukdomsprocessen, var det av stor vikt att varje patients behov blev utvärderade individuellt (Gümüs & Çam, 2008). Beatty, et al. (2008) visar på att deltagare uttryckte emotionella anpassningsbehov relaterat till att öka deras känsla av kontroll. Det kunde göras genom att filtrera information så att risken för att bli överväldigad minskade, att hitta tillfällena för att uttrycka känslor, att bevara det normala så långt det var möjligt, att fokusera på det positiva, samt att hantera icke-hjälpsamma förväntningar och känslor från familjer och vänner (Beatty, et al., 2008). Deltagare i studien av Singer, et al. (2009) indikerade vid utskrivning att de under vårdtiden hade fått emotionellt stöd från olika yrkesgrupper, men det var det emotionella stödet från sjuksköterskor som upplevdes ge störst hjälp. Resultatet i studien visade att incidensen av emotionellt stöd var avgörande för hur nöjda patienterna var med den erhållna vården (Singer, et al., 2009). Även om deltagarna i studien såg sjukvårdspersonalen som främsta källan av informativt stöd visade det sig att de som fått otillräcklig information även uttryckte en saknad av emotionellt stöd från personalen (Semple & McCance, 2010). Patienter med cancersjukdom i Iran menade att emotionellt stöd minskade deras grad av stress, de kände sig mer avslappnade, upplevde att de lättare kunde stå ut med sina problem och deras fysiska och psykologiska tillstånd stärktes (Farsi, et al., 2010). Undersökningen av Gümüs och Çam (2008) visade hur en sjuksköterskebaserad intervention med emotionellt stöd gav en signifikant skillnad i psykosocial status före och efter interventionen. I utvärderingen efter den emotionella stödinterventionen beskrev patienterna att de hade fått hjälp att verbalisera sina tankar och känslor och blivit hjälpta i att hantera sina negativa känslor. I undersökningen gjord av Roberts, et al. (2008) rapporterar patienter att de inte hade fått adekvat vägledning i vart de skulle vända sig för att få emotionellt stöd, vilket skapade många ej bemötta behov relaterat till att hantera känslor. Om sjukvårdspersonal upptäckte ett behov av emotionellt stöd kunde de hjälpa och underlätta för patienten. Mårtensson, Carlsson och Lampic (2008) undersökte överensstämmelsen mellan hur sjuksköterskor och de patienter med cancer de ansvarade för, skattade copingresurser, emotionell ångest, samt livskvalitet. Sjuksköterskor överskattade generellt patienternas emotionella ångest och underskattade deras copingresurser och livskvalitet. I vart tredje fall överskattade sjuksköterskan patientens oro, vilket visade att patienter har en mer positiv inställning till sin förmåga att hantera sjukdomen än personalen. Däremot hade sjuksköterskor svårt för att upptäcka då oron hade utvecklats till depression. Resultatet i studien av Kvåle (2007) indikerar att det var viktigt att sjuksköterskan har kunskap att kunna identifiera när en patient behöver hjälp från andra professioner, som en kurator. Sjuksköterskor som i sin skattning överensstämde mest med patienternas skattning var de med högre utbildning och som tidigare hade haft hand om samma patients behandling (Mårtensson, et al., 2008). Däremot sågs ingen signifikant skillnad i skattning om sjuksköterskan hade erfarenhet av cancervård sedan tidigare.

## **Stöd under diagnos och behandling**

Att vara i den skrämmande situationen att få en cancerdiagnos väckte ett starkt behov av att upprätthålla normalitet och hålla osäkerhet på distans, med hjälp av stöd från vårdande och inkännande vårdgivare (Hjörleifsdottir, et al., 2007). Patienter i studien av Roberts, et al. (2008) beskriver på samma sätt att de fanns behov av stöd för att kunna hantera känslor vid just diagnoskedet. En deltagare i studien av Fitch, et al. (2008), betonar vikten av att ge rättfram och konkret information från början så att viktiga tankar relaterat till livsbeslut kan bearbetas, eftersom så mycket står på spel hos unga patienter. Patienter beskriver svårigheter i att behöva vara beroende av andra, eftersom de vanligtvis är självständiga. Deltagare i studien av Coyne och Borbasi (2009) visar på liknande sätt på svårigheten att acceptera hjälp, samt att

de ofta fick önskat stöd. Gümüs och Çam (2008) beskriver patienters förväntningar på vårdpersonal, vilket innebar att ge god behandling och vara intresserade och förstående. Det var viktigt att sjuksköterskan hade en känsla för patientens situation, där god vård stod för sensibilitet, omtänksamhet, förståelse, att vara god lyssnare, gladlythet, tillit, närhet, beröring, uppmuntran, personlig relation och respekt (Hjörleifsdottir, et al., 2007). Vid administrering av behandling var det viktigt att det gavs på ett varmt och omtänksamt sätt, vilket patienter ansåg betyda mer än själva behandlingen i sig. Patienter i studien av Reynolds (2008) pekar på att vårdande som inkluderade bra lyssnande, humor och att ge hopp var viktigt, i likhet med att behandla patienter som vanliga människor. Rätt sätt att vårda menar patienter är att tänka holistiskt och inte endast se patienterna som en sjukdom (Chunlestskul, et al., 2008). Många deltagare ville hellre tala med sjuksköterskorna om vardagliga saker för att inte förlora greppet om det normala livet och bli tagen för en normal människa. De menade att det alltid kommer att finnas en frisk människa i den sjuka kroppen. En vårdande relation med patienter med cancer innebar att bli involverad i en ömsesidigt krävande nära relation (Iranmanesh, Axelsson, Sävenstedt & Häggström, 2009). Den nära relationen krävde att sjuksköterskan var närvarande, aktivt lyssnande, delade erfarenheter och respekterade patienternas religion. Närheten i relationen inkluderade att samtala och lyssna så att patienterna och deras anhöriga fick uttrycka sina känslor. Även deltagare i studien av Chunlestskul, et al. (2008) poängterar vikten av att ge utrymme och tid för patienterna att prata om alla förvirrande tankar och känslor. Att vara där och lyssna, med respekt och utan att vara dömande, medförde hos patienterna känslan av att oro och psykisk smärta lindrades (Iranmanesh, et al., 2009).

Patienterna i studien av Kvåle (2007) upplevde att det var viktigt att det inte var sjuksköterskan som ledde samtalet utan att patienten fick bestämma innehåll, samt att sjuksköterskan inte fick vara rädd för att prata om döden. Att få prata om döden var en viktig del av processen, även om det var svårt för mottagaren att höra om det (Shaha & Bauer-Wu, 2009). Deltagare i studien upplevde en brist i ledning i vart de skulle vända sig för att få möjlighet att tala om döden. Vårdpersonalen hade kunnat hjälpa mycket i förberedelserna inför döden genom att ha ett lämpligt vårdande och erbjuda det i rätt tid (Chunlestskul, et al., 2008). Flera patienter menade att de saknade tillfälle att kunna uttrycka medvetenheten om sin egen dödlighet med en stödjande vårdpersonal (Beatty, et al., 2008). Konkreta förslag till vårdpersonalen var att ta upp frågor om döden, inte försöka göra det lättare för patienterna, inte undvika jobbiga ämnen, vara närvarande, tillåta gråt och ilska och vara där utan att ta över (Chunlestskul, et al., 2008). Sjuksköterskorna i studien av Iranmanesh, et al. (2009) ansåg att religionen hjälpte patienter att möta döden på ett hanterbart sätt.

Millar, Patterson och Desille (2010) visar med sin studie på olika, av vårdpersonal ej bemötta behov bland unga vuxna vid behandling. De emotionella behov som av flera inte ansågs vara bemötta och som hade kunnat innebära ett stöd var hjälp med att hantera tristess, hitta mening med upplevelsen, hjälp att hantera känslor och frustration, samt hjälp att hantera förändringar i vem de är. Likaså önskade de stöd för att finna glädje i livet, hjälp att hantera att inte kunna göra samma saker som andra i samma ålder, hjälp att kunna tänka på framtiden, att hantera ensamhet och hjälp att hantera förlusten av självständighet på grund av cancer. Även hjälp med oönskade tankar, känslor och bilder av cancerupplevelsen, samt hjälp att hantera oron för möjligt återfall var önskvärt bland patienterna (Millar, et al., 2010). I undersökningen gjord av Fitch, et al. (2008), framkommer det att unga kvinnorna med bröstcancer inte upplevde sig få stöd som var anpassade till deras åldersgrupp. Över hälften av de unga vuxna som deltog i studien av Millar, et al. (2010), hade önskat åldersanpassad vård, en canceravdelning för unga patienter. Unga patienter upplevde sig ha en annan livssituation och såg sig behöva stöd anpassat till den (Fitch, et al., 2008). De pekade på att stödgrupper var inplanerade så att det inte gick ihop med familjelivet, samt att stödgrupperna bestod av

deltagare som var mycket äldre än de själva. Föräldrarna som deltog i studien av Semple och McCance (2010) hade önskat stöd i hur de skulle berätta om cancersjukdomen för sina barn och hur de skulle involveras i cancerprocessen. Svårigheten låg i att dela det med barnen, när de fortfarande hade problem att hantera sina egna känslomässiga reaktioner.

Resultatet i studien av Landmark, et al. (2008) visar även de på att patienter kände ett behov av extra stöd då behandlingen var klar, eftersom det då lätt uppkom depressiva tankar och det var lätt att känna sig sårbar och utelämnad. Efter behandlingen kände sig många patienter övergivna av sjukvårdspersonalen och upplevde sig isolerade och ensamma (Beatty, et al., 2008). Patienter med cancerdiagnos ansåg att det hade varit en hjälp att få möjlighet att samtala med sjukvårdspersonal för att underlätta övergången från aktiv behandling till rehabilitering (Lobb, et al., 2009). De upplevde ett behov av att känna att de hanterade sin hälsa tillsammans med det medicinska teamet, samt behov av att hantera oron om återfall. Utsikten att få möjlighet att samtala med en sjuksköterska ökade enligt Singer, et al. (2009) ju längre patienten var inneliggande på sjukhuset.

## Diskussion

### Metoddiskussion

Att litteraturstudien innehåller många artiklar ses som både en styrka och en svaghet. Det kan anses vara en nackdel med så mycket material så tillvida att det är mycket material att göra en korrekt granskning av och att sammanhanget kan gå förlorat. Samtidigt är det en styrka att ett stort område är utforskat, speciellt då granskningen har visat att de olika områdena går in i varandra. Fler databaser relaterade till omvårdnad, som PsychInfo, hade kunnat ge mer material, men det var ej möjligt att överväga det alternativet med tanke på ett redan stort material, många dubletter och många artiklar som redan berörde samma område. Att dubletterna ej är redovisade i sökhistoriken kan ses som en svaghet. Det ses däremot som en styrka att sökningar med Cinahl-headings (MH) kompletterades med fritextord, eftersom det gav fler relevanta artiklar. Explodering av orden *emotion* och *manage* hade kunnat ge fler resultatartiklar med ett bredare perspektiv och ses därför som en svaghet. Granskningen av artiklar enligt Willman, et al. (2006) kan anses vara subjektiv, vilket skapar en svaghet eftersom det blir individuella bedömningar.

Som inklusionskriterie valdes *ålder 19-44*, utifrån databasernas begränsningskriterier. Nästa åldersspann ansågs inkludera för hög ålder för att kunna motsvara yngre människors livssituation. Övriga åldrar exkluderades inte omedelbart, eftersom faktorer som generellt kan påverka patienter i alla åldersgrupper hade kunnat försvinna. Däremot exkluderades i efterhand artiklar som i resultatet var i starkt samband med högre ålder än vad vårt arbete syftade till. En begränsning i sökningar till *åren 2007-2012* användes för att kunna hänvisa till aktuell forskning. Det stora materialet visar på att mycket forskning pågår inom området, även om det behövs vidare forskning med inriktning mot unga vuxna. *Abstract available* användes även som inklusionskriterie, med anledning av att exkludera artiklar som inte var vetenskapliga. I databearbetningen kan det ses som både en styrka och en svaghet i att redan efter en första genomläsning av artiklarna dela upp artiklarna i kategorier. Det möjliggjorde en gemensam granskning av liknande artiklar, samtidigt som en förutfattad tanke om resultatet omedvetet skapades. Det kompenseras dock av att resultatet granskades upprepade gånger i sin helhet för att skapa nya teman.



Resultatartiklarna bestod av 15 kvalitativa och 14 kvantitativa artiklar, vilket anses skapa en balans mellan olika mätmetoder och analysmetoder. De olika metoderna kunde ta fram olika typer av resultat som genom att komplettera varandra kan ge mer styrka till litteraturöversikten. Däremot visade det sig att vissa kategorier endast utgjordes av kvantitativa respektive kvalitativa artiklar, vilket minskar trovärdigheten i ett sådant resonemang. Artiklarna i resultatet representerar flera världsdelar, däribland sex artiklar från Norden och ytterligare fyra artiklar från Europa, vilket styrker trovärdigheten i resultatet. Samtidigt visar resultaten i artiklarna på stora kulturella skillnader då det gäller inställning till och sätt att hantera en cancersjukdom, vilket kan göra det svårt att generalisera samtliga delar av resultatet till svensk sjukvård. Likväl möter sjuksköterskan frekvent människor från olika kulturer och med olika religioner, vilket visar vikten av att vara medveten om de skillnader som trots allt finns. Att artiklar om KASAM antyder att coping måste undersökas som tillägg till studierna, styrker vårt resonemang om att KASAM och coping tillsammans motsvarar hanterbarhet. En styrka ses även i att båda författare har läst och granskat samtliga artiklar och att materialet är gemensamt bearbetat.

## Resultatdiskussion

Svagheten hos de kvalitativa artiklarna var generellt att de hade ett litet urval, vilket ofta är svårt att undvika för att kunna gå på djupet i intervjuer och dataanalyser. Med tanke på att cancer är en allvarlig sjukdom med svåra biverkningar och relativt ofta har en dödlig utgång, har de flesta resultatartiklar varit noga med etiska aspekter. De artiklar som inte har fört ett etiskt resonemang har på grund av det känsliga ämnet, fått lägre grad av vetenskaplig kvalitet vid granskning, se bilaga C och D. I studierna om KASAM används olika versioner av KASAM-formuläret, vilket gör det svårt att jämföra resultaten. Ur ett genusperspektiv framkom det att artiklarna övervägande handlade om kvinnliga patienter, samt kvinnliga sjuksköterskor. Likaså handlade flertalet artiklar om bröstcancer som cancerform. I studien av Lieberman (2008) tas dock frågan om könsskillnader upp, vilket gör att skillnader mellan kön ändå kan identifieras. Att flertalet artiklar har undersökt kvinnliga patienter med bröstcancer, kan förklaras i relation till vårt syfte som inriktar sig mot unga patienter. Att vara ung vuxen med en cancersjukdom innebär ofta statistiskt sett att det är en kvinna med bröstcancer (Socialstyrelsen, 2011). Med tanke på att det finns så många olika cancertyper (Socialstyrelsen, 2012), blir resultatet svårt att generalisera till alla cancersjukdomsformer. Men ofta är det ordet cancer i sig som skapar den starka reaktionen i diagnoskedet, eftersom den står för det som människor är mest rädda för (Kopp, 2008). Endast ett fåtal artiklar är randomiserade, med hög vetenskaplig kvalitet, utan många av resultatartiklarna har i sin metod gjort ett riktat urval mot olika cancercenter. Det kan ses som en svaghet, samtidigt som vården av patienter med cancerdiagnos i många länder är organiserade på det viset. Stora bortfall är något som resultatartiklarna beskriver är vanligt bland just patientgrupper med cancer, på grund av svåra behandlingar, dödsfall och psykiska påfrestningar. Med tanke på det stora bortfallet många brottas med, är det även vanligt att de inte kan redovisa anledningarna till individens bortfall. Om det alltid är samma typ av individer med liknande behov och hanterande av situationen, som faller bort blir resultaten svåra att generalisera. Svagheten i de kvantitativa resultatartiklarna kan ses i den stora variationen av mätinstrument och analysmetoder, även om det med tanke på hur kultur och religion påverkar patienter med cancer ofta finns behov av att modifiera mätinstrument. Totalt sett har många studier gjorts inriktade på cancer, men endast ett fåtal studier inriktade mot unga styrker varandra med

samma metod och mätinstrument, vilket visar på ett stort behov av att upprepa studier för att göra dem mer generaliserbara.

## Ung vuxen med cancersjukdom

“The events felt like they were happening out of an expected order of life events: cancer was a disease older people got. The diagnosis, treatment, changes, and challenges for the family should not be happening at this point of their lives.” (Fitch, et al., 2008, s. 74).

Vilken betydelse en sjukdom får och vilka reaktioner den skapar är påverkat av kön, kultur och ålder (Socialstyrelsen, 2004). Likaså hävdar Hjørleifsdottir, et al. (2007) att patienters ångest kan ha många orsaker och bland annat kan relateras till ålder och familjesituation. Därför är det som Cullberg (2006) beskriver, viktigt att ha kunskap om den aktuella livsperioden vid en krissituation som att få en cancerdiagnos. Livsperioden kan innebära samtida livs- eller utvecklingskriser, vilket kan medföra att cancerdiagnosen får olika innebörd för olika individer. Likaså kan tidigare psykiska problem, ensamhet eller flera trauman samtidigt i livet orsaka kraftigare reaktioner som blir svårare att hantera (Carlsson, 2007). Det kan alltså vara fler antal faktorer som påverkar unga människor än äldre i samband med en cancerdiagnos. På så vis är det inte förvånande om unga vuxna uttrycker sig mer känslösamt och har större behov av stöd, vilket sjuksköterskan måste tolka på rätt sätt genom att vara medveten och fråga om den unga patientens livssituation, för att inte avfärda som överdrivet klagande.

Att vara ung och få en cancerdiagnos störde den normala utvecklingen och blev en omväg i livet (Corbeil, et al., 2009). En cancerdiagnos var något som ansågs drabba äldre människor (Fitch, et al., 2008). Cancerdiagnosen brukar karaktäriseras av att individen för första gången inser sin dödlighet (Fitch, et al., 2008; Lindqvist & Rasmussen, 2009). Unga upplever mer känslor av rädsla inför en förestående död än äldre människor, vilket Martin, et al. (2007) hävdar har sin förklaring i att äldre ofta har haft längre tid att psykologiskt förbereda sig för sin död. Rädslan inför döden skulle kunna medföra att individen förtränger sin egen dödlighet. Att alla ska dö inser nog de flesta, men inte att det sker när individen är så ung, utan att det kommer att ske långt fram i framtiden. Likaså upplevs nog andras död mer naturligt än att just jag som individ ska drabbas. När då döden kommer närmare och blir en verklighet i och med en cancerdiagnos, upplevdes döden mindre kontrollerbar och samtidigt mindre hanterbar (Corbeil, et al., 2009). Resultatartiklarna visar att patienter upplever ett känslomässigt stöd i att få tala om döden (Chunlestskul, et al., 2008; Beatty, et al., 2008; Shaha & Bauer-Wu, 2009). Då många människor är rädda för döden, är det dock få som är mottagliga för ett sådant samtal (Chunlestskul, et al., 2008). I sjuksköterskans profession kan det dock anses vara viktigt att alltid vara lyhörd för patienters behov och skapa en dialog, trots att känslorna kommer att påverka sjuksköterskan. I mötet med patienten är det alltså en utmaning att kunna möta patientens känslor, utan att bli överväldigad och låta egna känslor ta över. Med tanke på att det underlättar för patienter att tala om döden, råder patienter i studien av Chunlestskul, et al. (2008) vårdpersonal till att ta upp den frågan och inte undvika jobbiga ämnen, samt att vara närvarande och tillåta känslor som gråt och ilska.

Innan diagnosen kände sig unga vuxna oövervinnerliga och trodde sig klara allt de ville (Corbeil, et al., 2009; Miedema, et al., 2007). Cancerdiagnosen föranledde en ny insikt i att det trots allt fanns begränsningar i deras förmåga, vilket ledde till sämre självförtroende

(Corbeil, et al., 2009). Även Carlsson (2007) hävdar att cancerdiagnosen kan innebära ett hårt slag mot självkänslan. Cullberg (2006) menar att det oftare uppstår psykiska reaktioner vid en kris om individen har en skörare identitet och självkänsla. Genom att sjuksköterskan ger emotionellt stöd kan patienten uppmuntras till bättre självtroende i copingstrategier (Law, 2009). Hur det ska ske framkommer dock inte. Däremot visar Maeda, et al. (2008) på en intervention, som kan resultera i förstärkt självförtroende, genom att sjuksköterskan hjälper individen att bli medveten om sina känslor och ger hjälp till att uttrycka känslorna. Under nyorienteringsfasen, ska enligt Cullbergs (2006) kristeori, självkänslan ha återupprättats. Frågan är dock till vilken nivå självkänslan har återupprättats, om den var låg från början har den antagligen inte utan genomgripande stöd kunnat ändras.

Deltagare i studien av Fitch, et al. (2008) såg att den stora svårigheten med att ha fått en cancerdiagnos tidigt i livet, var att det inte fanns tid till att vara sjuk. Kampen var svår och ibland överväldigande att kunna hantera biverkningar samtidigt som andra bekymmer i vardagen (Fitch, et al., 2008). Sjuksköterskan skulle kunna ge stöd i att framhäva för patienten att det är tillåtet att tänka på sig själv och bortse från andras behov för att mäkta med behandlingen. Patienter som hade barn kände oro, men samtidigt skapade barnen en motivationsfaktor i form av stark vilja att motarbeta sjukdomen och att aldrig ge upp (Semple & McCance, 2010; Shaha & Bauer-Wu, 2009; Reynolds, 2008). Oron för barnen bestod i rädslan över att behöva lämna livet då barnen är i behov av sina föräldrar Shaha & Bauer-Wu, 2009). Deltagare i studien av Fitch, et al. (2008) menade att cancerdiagnos i ung ålder skapade ilska och känsla av orättvisa, eftersom deltagarna hade så många planer för framtiden och att det fanns så mycket kvar att göra i livet. Att tidigare i livet valt karriär framför barn och familj, skulle därför kunna skapa ångest vid insikt i att senarelagda planer kanske inte kunde bli verklighet. Det som är gemensamt för alla unga är att de har levt en förhållandevis kort tid och tillika har den stora delen av livet framför sig (Nordstedts, 1999). Sedan upphör likheterna eftersom, som Martin, et al. (2007) beskriver det, vuxenutveckling styrs av vilka val i livet som görs och är mer relaterade till individens erfarenheter än specifik ålder. En 25-årig respektive 35-årig kvinna med familj och barn skulle på så vis kunna uppvisa mer liknande känslomässiga reaktioner vid en cancerkris, än i jämförelse med en annan kvinna i samma ålder utan liknande livserfarenheter.

## Tala om känslor

Cancerdiagnosen triggas igång en mängd olika känslor, som *rädsla* (Carlsson, 2007; Gümüs & Çam, 2008; Hjörleifsdottir, et al., 2007; Kopp, 2008; Landmark, et al. 2008; Lieberman, 2008; Semple & McCance, 2010; Shaha & Bauer-Wu, 2009), *känsla av chockupplevelse* (Fitch, et al., 2008; Hjörleifsdottir, et al., 2007), *panikkänsla* (Fitch, et al., 2008), *känsla av misstro* (Coyne & Borbasi, 2009), *känsla av kollaps* (Landmark, et al., 2008), *ensamhet* (Gümüs & Çam, 2008; Landmark, et al., 2008; Millar, et al., 2010), *ilska* (Beatty, et al., 2008; Fitch, et al., 2008; Landmark, et al., 2008; Lieberman, 2008), *känsla av att vara sviken*, (Corbeil, et al., 2009; Fitch, et al., 2008; Miedema, et al., 2007), *orättvisa* (Fitch, et al., 2008), *sårbarhet* (Miedema, et al., 2007), *osäkerhet* (Beatty, et al., 2008; Corbeil, et al., 2009; Gümüs & Çam, 2008; Hjörleifsdottir, et al., 2007) *oro* (Beatty, et al., 2008; Hjörleifsdottir, et al., 2007; Lieberman, 2008; Shaha & Bauer-Wu, 2009), *ångest* (Hjörleifsdottir, et al., 2007; Shaha & Bauer-Wu, 2009), *frustration*, *skuld-känslor* (Fitch, et al., 2008), *förtvivlan* (Landmark, et al., 2008), *hjälplöshet* (Beatty, et al., 2008; Gümüs & Çam, 2008) och *sorgsenhet* (Gümüs & Çam, 2008; Lieberman, 2008). Resultatartiklarna visar på att känslor är något individuellt som beskrivs på olika sätt beroende på vilka som intervjuas. Det medför svårigheter i att ställa känslor mot varandra och att skapa ett resultat som pekar åt samma håll.

Samtidigt är det ett resultat i sig själv, eftersom det visar vikten av att inse att alla patienter uttrycker och upplever känslor på olika sätt. Huruvida patienter vill uttrycka sina känslor eller ej varierar också. En del deltagare i studien av Drageset, et al. (2010) menade att de distanserade sig känslomässigt från verkligheten, på så sätt att de förträngde tankar och känslor som skapade ångest och försökte genom den strategin hantera sin oro. Deltagare såg det som en copingstrategi att ta en sak i taget genom att hantera känslorna i nuet och förtränga känslor, som handlade om en eventuell påfrestande framtid. Som en del av att behålla kontrollen i situationen ville patienter inte tala om svåra känslor för att undvika att tänka på sin cancer och därmed behålla sin positiva attityd och bibehålla hoppet (Kvåle, 2007). Patienter som inte vill uttrycka känslor i studien av Drageset, et al. (2010) menade att det minskade känslan av styrka, skapade självömkan och energiförlust, samt minskade även känslan av att kunna hantera situationen. De som i motsats uttryckte sina känslor gjorde det för att de då upplevde en lättnad. Enligt Lieberman (2008) finns det en skillnad i hur män och kvinnor uttrycker känslor, på så sätt att kvinnor uttrycker känslor av ilska och sorgsenhet medan män sällan ger uttryck för känslor och de tillfällen det sker, karaktäriseras känslorna av uttryck för oro och rädsla. Frågan är om skillnaden mellan hur kvinnor och män uttrycker känslor handlar om samhällsnormer där män ska vara starka och handlingskraftiga och inte uttrycka känslor som anses mer feminina, exempelvis oro eller gråtmildhet. Om så är fallet är det viktigt att vårdpersonal, för att kunna ge adekvat emotionellt stöd, kan se bakom fasaden och ställa frågor om hur patienter verkligen känner det.

Det råder delade meningar om det är en bra eller dålig copingstrategi att uttrycka sina känslor. Enligt Carlsson (2007) behöver individer som befinner sig i krisens reaktionsfas tala om sina känslor upprepande gånger. Resultatet i studien av Drageset, et al. (2010) indikerar att de som lyckas skapa en måttlig kognitiv och emotionell distansering använder sig av den mest fördelaktiga copingstrategin. Det kan delvis stödja studien av van Laarhoven, et al. (2011), där patienter visar på att strategier som inkluderade att prata om känslor hade en negativ inverkan på att fungera emotionellt. Kvåle (2007) poängterar dock att patienter uttrycker en önskan om att bli erbjuden av sjuksköterskan att tala om känslor, men att de då ville välja med vem de skulle prata med, tidpunkt och innehåll i samtalet. Gümüs och Çam (2008) visar i motsats till van Laarhoven, et al. (2008) en ökning i psykosocial status efter att patienterna hade fått hjälp att verbalisera tankar och känslor genom en emotionell stödintervention. Carlsson (2007) hävdar att det inte går att säga att vissa copingstrategier är bättre än andra eftersom värdet av coping bestäms av det känslomässiga och praktiska resultatet på kort och på lång sikt. Relaterat till Cullbergs (2006) rekommendation att de som inte har lyckats ändra sitt förhållningssätt under rimlig tid i bearbetningsfasen, behöver sakkunnig hjälp för att kunna komma vidare, kan det troligtvis finnas copingstrategier som är bra på kort respektive lång sikt. Att inte ge utlopp för sina känslor skulle på så sätt kunna vara bra på kort sikt för att behålla kontrollen i situationen, men innebära komplikationer senare i livet. Försvarsmekanismer, som copingstrategier, kan hjälpa i mötet med den smärtsamma verkligheten, men kan i vissa fall alltså istället medföra en förlängd och försvårad övergång till bearbetning (Cullberg, 2006). Patienter i studien av Beatty, et al. (2008) visar på en fördröjd känslomässig reaktion efter en behandlingsperiod då de som tidigare lyckats upprätthålla en kontroll då bröt samman. Det kan relateras till Antonovskys (2005) teori om att när känslor blir så starkt dominerande, som de kan bli om de stängs in och inte ges utlopp för, kan leda till sjukdom. Personliga erfarenheter och upplevelser förändras kontinuerligt under hela sjukdomsprocessen, vilket visar på vikten av individuell bedömning av varje patients behov (Gümüs & Çam, 2008). Det kan därmed med tanke på individuella behov vara av vikt att acceptera patienters val att inte uttrycka sina känslor som en copingstrategi för att patienten ska få behålla sin kontroll. Samtidigt bör patienten göras medveten om att en sådan strategi kan vara dålig på sikt. Att det är svårt att göra en individuell bedömning, visar

Mårtensson, et al. (2008) i sin studie, där sjuksköterskor till stor del överskattade sina patienters emotionella ångest och underskattade patienternas copingresurser och livskvalitet. Det skulle kunna ha att göra med att patienter verbalt uttrycker mycket oro och ångest, medan patientens resurser förblir dolda om inte sjuksköterskan uttryckligen frågar efter hur patienten hanterar sin situation.

## **Känslan av kontroll**

En av de känslor som visade sig upplevas starkast i många av resultatartiklarna var känslan av att tappa kontrollen. Deltagare i studien av Carlsson (2007) beskriver hur cancer inte endast innebär ett konfronterande med döden, utan innebär även till stor del en förlorad kontroll över tillvaron. Det bekräftas i studien av Hjörleifsdottir (2007), där patienter påvisar att oro och rädsla minskade med tiden, medan rädslan över att förlora kontrollen inte försvann. Att som ung genom cancerdiagnosen inse sin dödlighet, medförde en insikt i att det inte fanns så mycket kontroll över livet som de tidigare hade trott (Fitch, et al., 2008). En del av känslan av att inte ha kontroll, berodde på att cancer sågs som en extern faktor som de inte kunde påverka och medförde då begränsningar för unga individer att kunna planera för framtiden (Corbeil, et al., 2009). Svårigheten med att tappa kontrollen hängde till stor del samman med att unga nyligen har tillskansat sig självständighet från sina föräldrar (Miedema, et al., 2007). Att behöva välja mellan egen kontroll och att lägga kontrollen i vårdpersonalens händer skulle därför kunna vara ett svårt övervägande där känslor står emot varandra. Patienterna vill kunna behålla sin självständighet samtidigt som det är en trygghet att låta sjukvårdspersonalen stå för en del av kontrollen. Det blir en utmaning för både patienten och sjuksköterskan att skapa balans mellan dessa känslor. Det skulle till en början kunna göras genom att göra patienten medveten om de motstridiga känslorna, för att på så sätt förstå ursprunget till varför de känner som de gör. Cancer medförde även svårigheter i att upprätthålla sin familjeroll och ha det ansvar som tillhörde det normala, vilket resulterade i minskad kontroll (Fitch, et al., 2008). Behandlingen kan utlösa en fördröjd reaktion i form utav att allt faller samman och är utom kontroll (Beatty, et al., 2008). Att cancer spred sig helt utom kontroll, medförde att en deltagare till och med ville påskynda cancerprocessen för att på så sätt kunna ta tillbaka någon typ av kontroll (Shaha & Bauer-Wu, 2009). Det kan anses vara drastiskt, men det visar samtidigt på det stora behovet hos många människor att få ha kontroll på sin tillvaro. Genom att exempelvis filtrera information till hanterbar mängd och ge möjlighet till att uttrycka sina känslor går det att underlätta emotionell anpassning för att öka patienters känsla av kontroll (Beatty, et al., 2008). Exempel på att skapa kontroll, menar patienterna i studien av Drageset, et al (2010) är att försöka leva som vanligt och försöka fortsätta med vanliga rutiner. Även kortsiktiga planer för att göra det bästa av tillgängliga möjligheter kunde ge en känsla av kontroll (Semple & McCance, 2010). Eftersom kontroll upplevs vara så viktigt bör sjuksköterskan beakta det i sitt omvårdnadsarbete genom att låta patienter mer aktivt delta i behandling och ge patienten mer handlingsutrymme vid omvårdnadsåtgärder.

## **Hantera en cancerdiagnos**

Carlsson (2007) hävdar att en copingstrategi är vad en individ konkret gör för att kunna hantera en situation. Individen väljer strategier utifrån hur händelsen uppfattas och tolkas, samt vilka resurser individen uppfattar sig ha och hur individen känner sig ha möjlighet att hantera situationen (Carlsson, 2007). Val av strategier är inte någon linjär process utan

patienter växlar fram och tillbaka mellan olika problem- och emotionsfokuserade copingstrategier (Miedema, et al., 2007). Zucca, et al. (2010) kunde i sin studie se att deltagarna använde sig av minst två copingstrategier för att hantera situationen. Däremot saknas studier som beskriver hur frekvent dåliga respektive bra strategier används och inte heller om det alltid är samma repertoar som används vid olika situationer. Antonovsky (2005) hävdar att de som har en stark KASAM utifrån situationen kan välja en adekvat copingstrategi, istället för att alltid använda sig av samma strategier. Det skulle kunna tänkas att det då skulle vara fördelaktigt att i unga år varit med om många kämpiga situationer och därför utvecklat en mängd olika copingstrategier, som enskilt eller gemensamt kan användas till olika specifika situationer senare i livet. Sett ur en annan synvinkel så är det kanske ingen hjälp att ha utvecklat många strategier, om de ändå inte används till rätt typ av situation eller om individen har fastnat i en viss typ av copingstil. Sjuksköterskan skulle genom samtal med patienten tillsammans utforska patientens resurser och på så sätt kunna hjälpa de som har fastnat i en copingstil att finna andra strategier att hantera sin situation. Hjørleifsdottir, et al. (2007) framhäver fördelaktiga copingstrategier som att vara positiv, leva i nuet, vara sysselsatt, acceptans, tacksamhet, samt tro på en gud. Likaså beskriver deltagarna i studien Gümüs och Çam (2008) religion som val av copingstrategi. Patienter hävdar att det är nödvändigt att tro på något, bland annat för att skapa mening åt vad som har hänt och att känna sig trygg med att gud har vetskap om allt (Corbeil, et al., 2009). Att tillskriva sjukdomen på en gud, att gud bestämmer, var en orsak till val av just religion som copingstrategi (Farsi, et al., 2010). Sjuksköterskor menar att religionen hjälper patienter att möta döden på ett mer hanterbart sätt (Iranmanesh, et al., 2009). Att just religion ses som en viktig strategi att hantera cancersituationen, är intressant att diskutera med tanke på att Sverige är ett så sekulariserat land. Det kan medföra att sjuksköterskan inte tar upp ämnet, inte förstår eller accepterar att patienten känner trygghet i att hänge sig åt religionen. Religion är troligtvis något som generellt anses privat i Sverige och som inte verbaliseras till sjuksköterskan, varför en fördelaktig copingstrategi kan tappas bort. För att underlätta konfronterande med tanken på döden är det därför av vikt att acceptera religion och andlighet som en fördelaktig copingstrategi, särskilt med tanke på att sjuksköterskan möter många olika kulturer och religioner i sin profession. Sjuksköterskans roll blir att identifiera om det råder balans mellan de krav på coping situationen kräver och de resurser patienten har tillgängliga (Skaug & Dahl Andresen, 2005). Råder det obalans däremellan föreligger ett omvårdnadsbehov och åtgärder behövs. Omvårdnadsåtgärder skulle kunna ligga i att tillsammans med patienten hitta copingstrategier som skulle kunna vara användbara i den nuvarande situationen. En annan omvårdnadsåtgärd skulle kunna vara att som sjuksköterska fylla bristen på resurser så att situationen tillfälligtvis kan hanteras i krisskedet.

Att ha drabbats av cancer i ung ålder kan vara både bra och dåligt med tanke på känsla av sammanhang. Antonovsky (2005) hävdar att uppväxten med dess omgivande faktorer är av vikt för utvecklandet av KASAM. En ung person som inte har nått en stabilitet i KASAM, skulle därför kunna ha svårare att hantera en cancerdiagnos. Däremot, om cancerperioden kan hanteras på ett för individen bra sätt kan en konstant stark KASAM utvecklas, eftersom den eventuellt inte har hunnit bli stabil än. Omvänt kan ett dåligt hanterande av sjukdomen skapa en låg grad av KASAM, som kan bli ett hinder för individen senare under livet. Graden av känsla av sammanhang som uppnås vid vuxen ålder är nämligen resultatet av hur olika livserfarenheter har förståtts och hanterats, samt hur meningsfullt det verkat i unga år (Antonovsky, 2005). Både Gustavsson-Lilius, et al. (2007) och Matsushita, et al. (2007) hävdar att patienterna har utvecklat en starkare KASAM under den period studien genomfördes och menar därför att Antonovskys (2005) teori om att KASAM är stabilt och oföränderligt kan ifrågasättas. Studierna är dock inte genomförda under så lång tid att Antonovskys (2005) teori kan förkastas. Teoretikern menar att KASAM faktiskt kan

förändras men att den så småningom återgår till sitt medelvärde. Matsushita, et al. (2007) förklarar den högre graden av KASAM bland patienter med hjärtsjukdom jämfört med cancersjukdom, med att patienterna med hjärtsjukdom hade haft längre tid på sig innan operationen att hantera situationen och på så sätt kunnat utveckla högre KASAM. Känslan av sammanhang skulle genom att göra den aktuella situationen begriplig, hanterbar och meningsfull kunna bli högre, men enligt Antonovskys (2005) tolkning skulle en ny händelse ändå bemötas med den ursprungliga KASAM-medelnivån individen hade innan den första händelsen. Om studier genomförda under en längre period, i storleksordningen flera år, visar på att KASAM har stärkts av en händelse, vore det trots allt något positivt, eftersom vårdpersonalen då hade kunnat införa interventioner som hade kunnat öka känslan av sammanhang. Av de studier som har undersökt möjligheterna med att öka KASAM, ansåg Antonovsky (2005) att det enda som skulle kunna ge en långsiktig förändring var att terapeutiskt kunna omvärdera tidigare erfarenheter i livet. Däremot skulle troligen vårdpersonalens förmåga att göra situationen begriplig, hanterbar och meningsfull för patienten, medföra en mindre tillfällig nedgång på KASAM-nivån vid en cancerdiagnos.

Målet med interventioner vid en kris är att ge emotionell första hjälpen (Jonsson, 2005). Emotionellt stöd blir konkret att begränsa psykologisk skada vid olika typer av kriser. Patienter vid utskrivning menade att det var det emotionella stödet från sjuksköterskan som gav mest hjälp (Singer, et al., 2009). Resultatet kan indikera att det emotionella stödet är en viktig del i omvårdnaden, men även att det är just sjuksköterskeprofessionen som i sin vård bäst kan administrera emotionellt stöd. Emotionellt stöd kan innebära att lyssna på patienternas känslor av oro och rädsla (Law, 2009). Stödet medför känslan av minskad stress, patienter känner sig mer avslappnade och kan lättare hantera sina problem (Farsi, et al., 2010). Emotionellt stöd leder även till att patienter känner sig ha fått hjälp i att hantera negativa känslor och kunna uttrycka sina tankar och känslor (Gümüs & Çam, 2008). En viktig del i att kunna ge stöd är att kunna tänka holistiskt och anpassa vården till individuella behov. Det är därför av vikt att se patienten som mer än en sjukdom och kunna prata om annat som är viktigt för den unika individen (Chunlestskul, et al., 2008; Reynolds, 2008). Speciellt vid en kris som en cancersjukdom medför är det viktigt att visa acceptans och respekt för att personer kan reagera på helt olika sätt och därmed uppvisar olika behov (Kopp, 2008). Ett steg i att individanpassa vården skulle kunna vara att göra vården mer åldersanpassad. Patienter i studien av Millar, et al. (2010) ville ha en åldersbaserad canceravdelning för de unga vuxna. Likaså ville patienter i studien av Fitch, et al. (2008) att stödgrupper skulle vara anpassade till ålder och till ungas livssituation. Det belyser problemet i att mycket av cancervård, med tanke på att cancersjukdomar främst drabbar den äldre generationen, är inriktade mot just dem. Att ha en canceravdelning för unga är troligen inte rimligt med tanke på incidens och svårigheter att dra gräns mellan ung och äldre. Däremot skulle andra insatser som att ta hänsyn till ungas livssituation vid behandling och stöd kunna vara aktuella.

Under sista fasen i en kris, nämligen nyorienteringsfasen, har cancersjukdomen kunnat hanteras så att individen har försonats med och accepterat sin sjukdom (Carlsson, 2007). Cancerdiagnosen skapar lidande, men samtidigt är den traumatiska krisen en förutsättning för mognad och för mänsklig tillväxt (Cullberg, 2006). Även Wettergren, et al. (2005) menar att svårigheter i livet medför mognad och även andra positiva följder. För unga individer innebär cancerresan att de har mognat jämfört med andra jämnåriga (Corbeil, et al., 2009; Miedema, et al., 2007). Deltagarna i studien av Corbeil, et al. (2009) menar att de på något sätt känner sig privilegierade, som fått en stor livserfarenhet med sig tidigt i livet och lärt känna sig själv redan i unga år. Erfarenheten medförde en inre styrka och en bättre förmåga att hantera situationer (Beatty, et al., 2008). Således kan alltså en cancersjukdom, som har kunnat hanteras på ett för individen ändamålsenligt sätt leda till något positivt, som personlig mognad och bättre hanterbarhet av situationer senare i livet.

## Konklusion

Det är många känslor som framkallas vid en kris som en cancerdiagnos skapar, varav många är svårhanterbara. Beroende på vilken livssituation en ung patient befinner sig blir de känslomässiga reaktionerna olika. Det skiljer sig även mellan individer i vilken utsträckning de vill ge uttryck för sina känslor eller inte. De mest framträdande känslorna vid en cancerdiagnos var känslan av att tappa kontrollen, rädsla, oro, samt tanken på döden. Att vara ung vuxen och få en cancerdiagnos innebär ofta kraftigare reaktioner och medför större svårigheter att hantera sin sjukdom med tanke på livssituationen. Det innebär även att planer går om intet, eftersom de unga patienterna drabbas av en allvarlig sjukdom utanför den förväntade livsprocessen. Aktiva copingstrategier som exempelvis innebär att vara optimistisk, ha hopp och acceptera situationen, samt att ha en tro sågs som de mest fördelaktiga strategierna att använda sig av i hanterandet av sjukdomen. Känsla av sammanhang, KASAM, påverkar hur individen klarar att hantera cancerdiagnosen. Samtidigt kan ungas känsla av sammanhang stärkas respektive försvagas, eftersom en stabil KASAM-nivå kanske inte har hunnit uppnås. Patienter upplever att det är det emotionella stödet från sjuksköterskan som är det viktigaste. Patienter beskriver att emotionellt stöd leder till minskad oro och ångest, men de beskriver även olika behov de ej ansåg vara bemötta och som de hade önskat stöd för. Den stora utmaningen för sjuksköterskan blir att tänka holistiskt och att se till varje individs behov, eftersom känslor uttrycks och upplevs på unika sätt. Relaterat till unga patienter är det viktigt att sjuksköterskan beaktar patientens livssituation för att bättre kunna förstå patienten och anpassa vården. Att nå hanterbarhet i situationen innebär att patienten kan se en ny uppskattning av livet och leder till en mognad i jämförelse med jämnåriga. Överlevare från en cancersjukdom kan se att livserfarenheten har medfört att de upplever en inre styrka och att de lättare kan hantera andra svårigheter i livet.

## Implikation

Mycket forskning pågår inom cancer, men mycket av forskningen är inriktade mot äldre patienter. Det kan anses vara naturligt eftersom cancerincidensen är högre bland den äldre populationen. Samtidigt kan en cancersjukdom i ung ålder få fler konsekvenser, med tanke på livssituationen, som sjuksköterskan i sin omvårdnad behöver beakta. Fortsatt forskning behöver göras på unga patienter, med liknande syfte och med samma forskningsmetod för att det ska leda till generaliserbara resultat som kan användas i praktisk vårdverksamhet. I samband med att större konklusioner kan dras i studier, kan materialet användas som undervisning i utbildning av sjuksköterskor. Undervisning relaterat till unga vuxna behövs för att bättre kunna individanpassa vården och se till varje unik patients behov.



# Referenser

*Artiklar som resultatet är baserat på är markerade med en asterix (\*)*

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.

\*Beatty, L., Oxlad, M., Koczwara, B., & Wade, T. D. (2008). The psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer: a qualitative study of patient, nurse and volunteer perspective. [Electronic version]. *Health Expectations*, 11(4), 331-42.

Berggren, A., & von Bothmer, M. (2011). *Riktlinjer för skriftliga uppgifter och examensarbete i omvårdnad*. Högskolan Halmstad.

\*Boscaglia, N., & Clarke, D. M. (2007). Sense of coherence as a protective factor for demoralization in women with a recent diagnosis of gynaecological cancer. [Electronic version]. *Psycho-Oncology*, 16(3), 189-195.

\*Bruscia, K., Shultis, C., Dennery, K., & Dileo, C. (2008). The Sense of Coherence in Hospitalized Cardiac and Cancer Patients. [Electronic version]. *Journal of Holistic Nursing*, 26(4), 286-294.

Carlsson, M. (2007). *Psykosocial cancervård*. Lund: Studentlitteratur.

\*Chunlestkul, K., Carlsson, L. E., Koopmans, J. P., & Angen, M. J. (2008). Lived experiences of Canadian Women With Metastatic Breast Cancer in Preparation for Their Death: a Qualitative Study. [Electronic version]. *Journal of Palliative Care*, 24(1), 5-15.

\*Corbeil, A., Laizner, A. M., Hunter, P., & Hutchison, N. (2009). The Experience of Uncertainty in Young Adults With Cancer. [Electronic version]. *Cancer nursing*, 32(5), E17-27.

\*Coyne, E., & Borbasi, S. (2009). Living the experience of breast cancer treatment: The younger women's perspective. [Electronic version]. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 26(4), 6-13.

Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.

\*Drageset, S., Lindstrøm, T. C., & Underlid, K. (2010). Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery. [Electronic version]. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 149-158.

Ericson, E., & Ericson, T. (2009). *Medicinska sjukdomar: specifik omvårdnad, medicinsk behandling, patofysiologi*. (3:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

\*Farsi, Z., Dehghan nayeri, N., & Negarandeh, R. (2010). Coping strategies of adults with leukemia undergoing hematopoietic stem cell transplantation in Iran: a qualitative study. [Electronic version]. *Nursing and Health Sciences*, 12(4), 485-92.

- Faskunger, J. (2011). Beteendeförändring – att hjälpa patienter med livsstilsfrågor. Ingår i B. Klang Söderkvist, (red.), *Patientundervisning 2:a uppl.* (s. 113-131). Lund: Studentlitteratur.
- \*Fitch, M. I., Gray, R. E., Godel R., & Labrecque, M. (2008). Young women's experiences with breast cancer: An imperative for tailored information and support. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 18(2), 74-86.
- Friberg, F. (2006). Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur.
- \*Gümüs, A. B., & Çam, O. (2008). Effects of Emotional Support-Focused Nursing Interventions on the Psychosocial Adjustment of Breast Cancer Patients. [Electronic version]. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 9(4), 691-697.
- \*Gustavsson-Lilius, M., Julkunen, J., Keskivaara, P., & Hietanen, P. (2007). Sense of coherence and distress in cancer patients and their partners. [Electronic version]. *Psycho-Oncology*, 16(12), 1100-1110.
- \*Hjörleifsdóttir, E., Rahm Hallberg, I. R., Gunnarsdóttir, E. D., & Ågren Bolmsjö, I. (2007). Living with cancer and perception of care: Icelandic oncology outpatients, a qualitative study. [Electronic version]. *Support Care Cancer*, 16(5), 515-24.
- \*Iranmanesh, S., Axelsson, K., Sävenstedt, S., & Häggström, T. (2009). A caring relationship with people who have cancer. [Electronic version]. *Journal of Advanced Nursing*, 65(6), 1300-1308.
- Jonsson, P. (2005). *Stress vid kriser*. Stockholm: Nätnavet.
- Kopp, K. (2008). Omvårdnad vid cancer. Ingår i B. Kamp Nielsen, (red.), *Specifik omvårdnad* (s. 508-533). Stockholm: Nordstedts.
- \*Kvåle, K. (2007). Do cancer patients always want to talk about difficult emotions? A qualitative study of cancer inpatients communication needs. [Electronic version]. *European Journal of Oncology Nursing*, 11(4), 320-327.
- \*Landmark, B. T., Bøhler, A., Loberg, K., & Wahl, A. K. (2008). Women with newly diagnosed breast cancer and their perception of needs in a health-care context. [Electronic version]. *Journal of Clinical Nursing*, 17(7b), 192-200.
- Law, R. (2009). "Bridging worlds": meeting the emotional needs of dying patients. [Electronic version]. *Journal of Advanced nursing*, 65(12), 2630-2641.
- \*Lieberman, M. A. (2008). Gender and Online Cancer Support Groups: Issues Facing Male Cancer Patients. [Electronic version]. *Journal of Cancer Education*, 23(3), 167-71.
- Lindqvist, O., & Rasmussen, B. H. (2009). Omvårdnad i livets slutskede. Ingår i A-K. Edberg, H. Wijk, (red.), *Omvårdandens grunder: Hälsa och ohälsa*. (s. 793-836). Lund: Studentlitteratur.

- \*Lobb, E. A., Joske, D., Butow, P., Kristjanson, L. J., Cannell, P., Cull, G., & Augustson, B. (2009). When the safety net of treatment has been removed: Patients' unmet needs at the completion of treatment for haematological malignancies. [Electronic version]. *Patient Education and Counseling*, 77(1), 103-108).
- Lundell, P., & Lundell, E. (2005). Att drabbas av cancer som ung – och att leva med följderna. Sverige: Lyckeby.
- \*Maeda, T., Kurihara, H., Morishima, I., & Munakata, T. (2008). The Effect of Psychological Intervention on Personality Change, Coping, and Psychological Distress of Japanese Primary Breast Cancer Patients. [Electronic version]. *Cancer Nursing*, 31(4), E27-35.
- Martin, G. N., Carlsson, N. R., & Buskist, W. (2007). *Psychology*. Essex: Pearson.
- \*Matushita, T., Ohki, T., Hamajima, M., & Matushima, E. (2007). Sense of Coherence Among Patients With Cardiovascular Disease and Cancer Undergoing Surgery. *Holistic Nursing Practice*, 21(5), 244-253.
- \*Miedema, B., Hamilton, R., & Easley, J. (2007). From "invincibility" to "normalcy": Coping strategies of young adults during the cancer journey. *Palliative and Supportive Care*, 5(1), 41-49.
- \*Millar, B., Patterson, P., & Desille, N. (2010). Emerging adulthood and cancer: How unmet needs vary with time-since-treatment. *Palliative and Supportive Care*, 8(2), 151-158
- \*Mårtensson, G., Carlsson, M., & Lampic, C. (2007). Do nurses and cancer patients agree on cancer patients' coping resources, emotional distress and quality of life? [Electronic version]. *European Journal of Cancer Care*, 17(4), 350-360.
- Natt och Dag, S. (2009). *Livet kan inte vänta*. Stockholm: Prisma.
- Passer, M. W., & Smith, R. E. (2007). *Psychology: the science of mind and behavior*. New York: McGraw-Hill.
- \*Reynolds, M. A. (2008). Hope in adults, ages 20-59, with advanced stage cancer. *Palliative and Supportive Care*, 6(3), 259-64.
- \*Roberts, K. J., Lepore, S. J., & Urken, M. L. (2008). Quality of Life After Thyroid Cancer: An Assessment of Patient Needs and Preferences for Information and Support. [Electronic version]. *Journal of Cancer Education*, 23(3), 186-91.
- Rydén, O., & Stenström, U. (2008). *Hälsopsykologi: psykologiska aspekter på hälsa och sjukdom*. Stockholm: Bonniers.
- \*Semple, C. I., & McCance, T. (2010). Experience of parents with head and neck cancer who are caring for young children. [Electronic version]. *Journal of Advanced Nursing*, 66(6), 1280-1290.
- \*Shaha, M., & Bauer-Wu, S. (2009). Early Adulthood Uprooted, Transitoriness in Young Women With Breast Cancer. [Electronic version]. *Cancer Nursing*, 32(3), 246-55.

- \*Singer, S., Götze, H., Möbius, C., Witzigmann, H., Kortmann, R-D., Lehman, A., et al. (2009). Quality of care and emotional support from inpatient cancer patient's perspective. [Electronic version]. *Langenbecks Arch Surg*, 394(4), 723-731.
- Skaug, E-A., & Dahl Andresen, I. 2005. Beslutsprocesser i omvårdnad. Ingår i N. Jahren Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A Skaug, (red.), *Grundläggande omvårdnad, del 1*. (s. 184-214). Stockholm: Liber
- Skilbeck, J., & Payne, S. (2003). Emotional support and the role of Clinical Nurse Specialists in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 43(5), 521-530.
- Socialstyrelsen. (2004). *God vård i livets slut: En kunskapsöversikt om vård och omsorg om äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2012-02-27 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1>
- Socialstyrelsen. (2011). *Cancer incidence in Sweden 2010*. [Electronic version]. Hämtad 2012-04-07 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-12-15> Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2012). *Folkhälsan i Sverige – Årsrapport 2012*. [Electronic version]. Hämtad 2012-04-07 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-3-6> Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen & Cancerfonden. (2009). *Cancer i siffror, 2009: populärvetenskapliga fakta om cancer*. [Electronic version]. Hämtad 2012-02-29 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-127>. Stockholm: Socialstyrelsen och Cancerfonden.
- Svenska Akademiens ordbok. (1997, spalt: S14183). Hämtad 2012-01-26 från <http://g3.spraakdata.gu.se/saob/>
- Ternstedt, B-M., & Norberg, A. (2009). Omvårdnad ur ett livscykelperspektiv. Ingår i F. Friberg & J. Öhlén, (red.), *Omvårdnadens grunder: perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur.
- \*van Laarhoven, H. W. M., Schilderman, J., Bleijenbergh, G., Donders, R., Vissers, K. C., Verhagen, C. A., & Prins, J. B. (2011). Coping, Quality of Life, Depression, and Hopelessness in Cancer Patients in a Curative and Palliative, End-of-Life Care Setting. [Electronic version]. *Cancer Nursing*, 34(4), 302-14.
- Wedel-Brandt, B. (2008). Om utvecklingsbegreppet. Ingår i E. Jerlang, (red.), *Utvecklingspsykologiska teorier*. Stockholm: Liber.
- Wettergren, L., Björkholm, M., & Langius-Eklöf, A. (2005). Validation of an extended version of the SEIQoL-DW in a cohort of Hodgkin lymphoma survivors. *Quality of Life Research*, 14(10), 2329-33.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2006). Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet. Lund: Studentlitteratur.

\*Zucca, A. C., Boyes, A. W., Lecathelinais, C., & Girgis, A. (2010). Life is precious and I'm making the best of it: coping strategies of long-term cancer survivors. [Electronic version]. *Psycho-Oncology*, 19(12), 1268-1276.

**Tabell 1. Sökordsöversikt**

<b>Sökord</b>	<b>PubMed MeSH-term</b>	<b>Cinahl Subject heading list, MH</b>
Emotionellt stöd	Fritext: emotional support, "emotional support", emotion	MHEmotional Support (Saba CCC)" OR MH "Emotional Support (Iowa NIC)". Fritext: emotional support, "emotional support", emotion
Cancer	MeSHNeoplasms	MHNeoplasms, fritext: cancer
Kris	Fritext: crisis	MHCrisis Intevention Fritext: crisis
Omvårdnad	MeSHNursing	Ej relevant
Coping	MeSHCoping	MHCoping
Hantera	Fritext: manage, handle	Fritext: manage
Ung	Fritext: young	Fritext: young
KASAM	Fritext: SOC, sense of coherence	Fritext: sense of coherence

## Bilaga B1

**Tabell 2. Sökhistorik**

<b>Datum</b>	<b>Databas</b>	<b>Sökord/Limits/Boolska operatorer</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Lästa abstract</b>	<b>Urval 1</b>	<b>Urval 2</b>
2012-02-29	Cinahl	MHNeoplasms AND MHCrisis Intervention/2007-2012, age 19-44, abstract available	1	0	0	0
2012-02-29	Cinahl	MHNeoplasms AND Crisis/2007-2012, age 19-44, abstract available	3	1	1	0
2012-02-29	Cinahl	MHNeoplasms AND MHCoping/2007-2012, age 19-44, abstract available	14	5	3	1
2012-02-29	Cinahl	MHNeoplasms AND “emotional support”/ 2007-2012, age 19-44, abstract available	11	4	1	0
2012-02-29	Cinahl	MHCoping AND “emotional support”/ 2007-2012, age 19-44, abstract available	20	5	3	1
2012-02-29	Cinahl	Crisis AND “emotional support”/ 2007-2012, age 19-44, abstract available	4	0	0	0
2012-03-01	Cinahl	Crisis AND “emotional support”/2007-2012, abstract available	7	0	0	0

## Bilaga B2

**Tabell 2. Sökhistorik**

2012-03-01	Cinahl	MHNeoplasms AND manage/2007-2012, age 19-44, abstract available	19	3	2	0
2012-03-01	Cinahl	MHNeoplasms AND emotion/2007-2012, age 19-44, abstract available	9	3	2	0
2012-03-01	Cinahl	MHNeoplasms AND young AND support/2007-2012, age 19-44, abstract available	35	8	5	3
2012-03-01	Cinahl	MHNeoplasms AND young AND crisis/ 2007-2012, age 19-44, abstract available	4	0	0	0
2012-03-12	Cinahl	MHNeoplasms AND sense of coherence/ 2007-2012, age 19-44, abstract available	2	1	1	1
2012-03-01	Cinahl	Cancer AND sense of coherence/ 2007-2012, age 19-44, abstract available	12	3	2	2
2012-03-01	Cinahl	Cancer AND"emotional support"AND young/ 2007-2012, age 19-44, abstract available	4	0	0	0
2012-03-01	Cinahl	Cancer AND"emotional support"/ 2007-2012, age 19-44, abstract available	49	7	3	1
2012-03-05	Cinahl	Cancer AND crisis/2007-2012, age 19-44, abstract available	21	5	1	0



## Bilaga B3

**Tabell 2. Sökhistorik**

2012-03-05	Cinahl	Cancer AND manage/2007-2012, age 19-44, abstract available	104	14	3	2
2012-03-05	Cinahl	Cancer AND young AND support/2007-2012, age 19-44, abstract available	108	15	5	4
2012-03-05	Cinahl	Cancer AND coping AND young/2007-2012, age 19-44, abstract available	29	5	1	1
2012-03-05	Cinahl	Cancer AND emotion/2007-2012, age 19-44, abstract available	22	7	3	0
2012-03-06	Pubmed	Neoplasms AND emotional support AND young AND nursing/2007-2012, age 19-44, age 19-24, abstract, languages: English	39	7	3	2
2012-03-06	Pubmed	Neoplasms AND emotional support AND coping AND nursing/2007-2012, age 19-44, age 19-24, abstract, languages: English	95	14	11	6
2012-03-06	Pubmed	Neoplasms AND” emotional support” AND coping AND nursing/2007-2012, age 19-44, age 19-24, abstract, languages: English	7	1	0	0

## Bilaga B4

**Tabell 2. Sökhistorik**

2012-03-06	Pubmed	Neoplasms AND sense of coherence/2007-2012, age 19-44, age 19-24, abstract, languages: English	16	8	5	1
2012-03-06	Pubmed	Neoplasms AND emotional support AND manage/2007-2012, age 19-44, age 19-24, abstract, languages: English	27	6	2	2
2012-03-06	Pubmed	Neoplasms AND emotional support AND crisis/2007-2012, age 19-44, age 19-24, abstract, languages: English	6	2	0	0
2012-03-06	Pubmed	Neoplasms AND emotional support AND handle/2007-2012, age 19-44, age 19-24, abstract, languages: English	5	1	1	1
2012-03-06	Pubmed	Neoplasms AND young AND "emotional support"/2007-2012, age 19-44, age 19-24, abstract, languages: English	13	2	1	1
				<b>127</b>	<b>59</b>	<b>29</b>

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2008 Australien Cinahl	Beatty, L., Oxlad, M., Koczwara, B., & Wade, T. D.	The psychosocial concerns and needs of women recently diagnosed with breast cancer: a qualitative study of patient, nurse and volunteer perspectives	Syftet var att samla kvalitativ data om psykosociala bekymmer och behov bland australienska kvinnor med nyligen diagnostiserad cancer, från perspektiven: (a) patienterna själva; (b) cancersjuksköterskor; (c) cancerfrivilliga med stor del egen erfarenhet av cancer.	Kvalitativ studie. Fokusgrupper med intervjufrågor att utgå ifrån. Tematisk analys.  34 deltagare. 19 patienter, 6 sjuksköterskor och 9 frivilligarbetare med stor del egen cancererfarenhet. 33 kvinnor och en man (sjuksköterska).	Patienter och sjukvårdspersonal beskriver utifrån sin synpunkt upplevelser av behov och bekymmer hos bröstcancerpatienter kort efter diagnosen.  Fem huvudteman framträdde: 1. Hantera biverkningar. 2. Förändringar i självuppfattning. 3. Stress och anpassningsreaktioner (många olika känslor). 4. Hantera andra (i omgivningen). 5. Överlevnad och att växa.	Medel

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

<p>2008 Kanada Cinahl</p>	<p>Chunlestsul, K., Carlson, L. E., Koopmans, J. P., &amp; Angen, M. J.</p>	<p>Lived Experiences of Canadiean Women With Metastatic Breast Cancer in Preparation for Their Death: a Qualitative Study</p>	<p>Syftet var att beskriva olika faktorer hos kvinnorna som möjliggör eller hindrar processen i att förbereda sig för döden, för att identifiera områden för interventioner som kan underlätta i dödsförberedelserna .</p>	<p>Kvalitativ metod. Deskriptiv studie med Fenomenologisk ansats. Intervjuguide med öppna frågor. Tematisk analys.  5 kvinnor, mellan 44 och 72 år med metastatisk bröstcancer.</p>	<p>Faktorer som förhindrade och möjliggjorde dödsförberedelse: Personliga dödsupplevelser, Tid och plats att tänka, lära och arbeta, En plats och en möjlighet att mötas, attityder mot döden.  Brister och obemötta behov: Inställning hos sjukvårdspersonal, outnyttjade resurser .  Paradoxerna med dödsförberedelserna: möta-undvika, hälsostatus, känslor, oavslutade affärer, möta rädsla, osäkerhet.</p>	<p>Låg</p>
-----------------------------------	---	---	--	---	---	------------

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

<p>2009 Kanada Cinahl</p>	<p>Corbeil, A., Laizner, A. M., Hunter, P., &amp; Hutchinson, N.</p>	<p>The Experience of Uncertainty in Young Adults With Cancer</p>	<p>Syftet var att förklara fenomenet osäkerhet i relation till behandlingsfasen av cancer hos unga vuxna.</p>	<p>Kvalitativt deskriptiv metod. Semistrukturerade intervjuer utifrån intervjuguide. Grounded theory.</p> <p>6 unga vuxna mellan 19-30 år under cellgiftsbehandling. 3 kvinnor och 3 män. Medelåldern var 25.</p>	<p>Osäkerhet under cellgiftsbehandling.</p> <p>3 teman med underkategorier: 1. Typer av osäkerhet: osäkerhet och ansträngningar mot rätt område, osäkerhet och aspekter av behandling, osäkerhet och egna förmågan, osäkerhet och genomförbarhet av planer relaterade till livsmål. 2. Säkerhet, hjälpsamt eller inte?: Se saker ur annan synvinkel, lära känna sig själv bättre, vikten av stöd från familjen, vara sjuk. 3. Hantera osäkerhet: leva dag för dag, vara självisk, tro, få information, lita på läkaren, koncentrera sig på positiva saker, spara energi genom att framhäva sig själv, finna socialt stöd, försöka leva ett normalt liv. Ej möjligt gå tillbaka till gamla livsstigen efteråt.</p>	<p>Medel</p>
-----------------------------------	--	--	---	---	---	--------------

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

<p>2009 Australien Cinahl</p>	<p>Coyne, E., &amp; Borbasi, S</p>	<p>Living the experience of breast cancer treatment: The younger women's perspective</p>	<p>Syftet var att utforska uppfattningar hos unga kvinnor med bröstcancer i relation till tidig behandlingsbana och var utformad för att öka sjukvårdspersonalen s kunskap och förståelse av den upplevelsen.</p>	<p>Kvalitativ metod. Djupintervjuer. Tematisk analys.  6 kvinnor mellan 28 och 45 år med bröstcancerdiagnos under de senaste 12 månaderna.</p>	<p>Teman relaterat specifikt till diagnos och tidig behandling:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. diagnos som ett tillstånd av misstrohet och oro: chock, varför jag, svårt hinna med familj och alla tidiga behandlingar, viktigt med klargörande av information trots att sjuksköterskor försökte, tappa kontroll, inte tidigare erfarenheter att vila på.</li> <li>2. omgiven av familjen men ändå "going it alone". Trots kvinnorna hade familjer eller vänner kände de sig ensamma detta för att det fanns en längtan att bevara rutiner "normala" trots behandlingsprocessen.</li> <li>2. upp och ner, behandlingseffekter. Kvinnorna beskriver en emotionell berg- och dalbana, hur svårt de tyckte att det var att acceptera hjälp, tar inte saker för självklara längre.</li> </ol>	<p>Medel</p>
---------------------------------------	--	--	---	--	--	--------------

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

2009 Norge PubMed	Drageset, S., Lindstrøm, T. C., & Underlid, K.	Coping with breast cancer: between diagnosis and surgery	Syftet var att beskriva copingstrategier som användes av kvinnor mellan bröstcancerdiagnos och operation.	Kvalitativ, deskriptiv metod. Semistrukturerade intervjuer. Innehållsanalys. Dataanalys med QRS-NVivo 7.  21 kvinnliga patienter, mellan 41 och 73 år, mellan bröstcancerdiagnos och operation.	De mest använda copingstrategierna presenterades: en sak i taget, distansera sig, leva som vanligt, njuta av livet, hantera känslor, förbereda sig för det värsta och vara positiv.	Medel
2010 Iran PubMed	Farsi, Z., Nayeri, N. D., & Negarandeh, R.	Coping strategies of adults with leukemia undergoing hematopoietic stem cell transplantation in Iran: a qualitative study	Syftet var att undersöka copingstrategier hos iranska vuxna med akut leukemi och som genomgick blodcellstransplan- ta- tion.	Kvalitativ metod. Semistrukturerade intervjuer. Innehållsanalys.  10 patienter, mellan 18 och 48 år, med blodcancer. 5 män och 5 kvinnor.	I resultatet framkom en mängd olika copingstrategier: Tillskrivning av sjukdomen, förnekande och undvikande, acceptans, ha en tro, hasta fram, söka behandlingar, samla information, söka socialt stöd, förändra prioriteringar, hantera biverkningar, jämföra med andra, positivism och optimism, dikotomi, distrahera, mildhet, sätta mål, tålamod.	Låg

**Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod**

<p>2008 Kanada Cinahl</p>	<p>Fitch, M. I., Gray, R. E., Godel, R., &amp; Labrecque, M.</p>	<p>Young women's experiences with breast cancer: an imperativ for tailored information and support.</p>	<p>Syftet var att undersöka upplevelser och perspektiv hos unga kvinnor som har blivit diagnostiserade och behandlade för bröstcancer.</p>	<p>Kvalitativ metod. Djupintervjuer. Intervjuguide med öppna frågor. Innehålls- och tematisk analys.  28 kvinnor mellan 28 och 42 år då de fick diagnosen.</p>	<p>Att vara en ung mamma innebär ofta att ha ett hektiskt liv med att balansera familj och karriär. Unga kvinnor som fått cancerdiagnos uttrycker sig: ”det finns ingen tid för en mamma att bli sjuk”. Resultatet indelat i 3 delar: 1. allt hänger på att agera nu 2. inget harmoniserade: inte del av förväntade livshändelser 3. cancer invaderar hela mitt liv</p>	<p>Medel</p>
-----------------------------------	--	---	--	--	---	--------------



Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

<p>2007 Island PubMed</p>	<p>Hjörleifsdóttir, E., Rahm Hallberg, I., Gunnarsdóttir, E. D., &amp; Ågren Bolmsjö, I.</p>	<p>Living with cancer and perception of care: Icelandic oncology outpatients, a qualitative study</p>	<p>Syftet var att undersöka patienters erfarenheter av att ha haft cancer och att belysa copingstrategier vid behandling utanför slutenvården.</p>	<p>Kvalitativ metod. Baserad på semistrukturerade intervjuer. Innehållsanalys.  25 cancerpatienter, mellan 20 och 69 år, under behandling. 16 kvinnor och 9 män.  Bortfall: 5 patienter.</p>	<p>Olika typer av copingstrategier användes av patienter i studien. Resultatet delades in i olika teman: 1. Möta katastrofen, tappa kontrollen 2. Ständig rädsla och osäkerhet. 3. En uppgift att fylla: tro på behandling och upprätthålla hoppet. 4. Leva i nuet och värdesätta livet. 5. Kraften av böner. 6. Familjens och makens roll. 7. Samspelet med vårdgivare, positiva relationer och tillfredsställelse. 8. Faktorer som orsakar olägenheter, ökar trötthet och irritation.</p>	<p>Hög</p>
<p>2009 Iran PubMed</p>	<p>Iranmanesh, S., Axelsson, K., Sävenstedt, S., &amp; Häggström, T.</p>	<p>A caring relationship with people who have cancer</p>	<p>Syftet var att belysa betydelsen av en vårdande relation med individer med cancer.</p>	<p>Kvalitativ metod. Fenomenologisk, hermeneutisk ansats Narrativa intervjuer. Strukturell analys.  8 sjuksköterskor, varav 4 kvinnor och 4 män, mellan 25 och 50 år. Arbetande på cancersjukhus i Iran.</p>	<p>Tre teman framträdde i resultatet: 1. Att komma nära och sedan medkännande. 2. Bli inspirerad, tillfredställd och få nya personliga insikter. 3. Bli frustrerad</p>	<p>Medel</p>

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

<p>2007 Norge PubMed</p>	<p>Kvåle, K.</p>	<p>Do cancer patients always want to talk about difficult emotions? A qualitative study of cancer inpatients communication needs</p>	<p>Syftet var att genom kvalitativa djupintervjuer undersöka om cancerpatienter på en canceravdelning i Norge ville tala om sina tankar och svåra känslor relaterat till sjukdomen och deras framtid, när de är inlagda, samt om det inte är fallet identifiera anledningen till det.</p>	<p>Kvalitativ metod. Fenomenologisk ansats, med Giorgis metod att analysera data. Djupintervjuer.</p> <p>20 patienter, mellan 40 och 70 år på canceravdelning. 10 kvinnor och 10 män.</p>	<p>Cancerpatienters svar på att vilja prata om svåra känslor eller inte.</p> <p>Tre teman framträdde i resultatet:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kognitivt undvikande och distansering.</li> <li>2. Normalitet, att hitta mening och leva i nuet.</li> <li>3. Stöd från familjer, vänner och andra.</li> </ol>	<p>Hög</p>
<p>2008 Norge PubMed</p>	<p>Landmark, B., Bøhler, A., Loberg, K., &amp; Wahl, A. K.</p>	<p>Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context</p>	<p>Syftet var att undersöka hur kvinnor med nydiagnostiserad bröstcancer upplever sina behov i ett sjukvårdscontext.</p>	<p>Kvalitativ deskriptiv metod. Fokusgruppsintervjuer. Kvalitativ innehållsanalys.</p> <p>7 kvinnliga patienter, mellan 39 och 63 år. Under behandling för diagnostiserad bröstcancer utan metastaser.</p>	<p>Behov av kunskap och psykosocialt stöd relaterat till fysiska, känslomässiga och sociala perspektiv på vardagslivet.</p> <p>Känslomässiga reaktioner vid diagnos, mellan diagnos och operation, samt efter behandling.</p>	<p>Medel</p>

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

<p>2007 USA Cinahl</p>	<p>Miedema, B., Hamilton, R., &amp; Easley, J.</p>	<p>From "invincibility" to "normalcy": coping strategies of young adults during the cancer journey</p>	<p>Syftet var att förstå upplevelsen hos unga med cancer, med fokus på copingstrategier.</p>	<p>Kvalitativ metod med Grounded Theory. Intervjuer med öppna frågor.  Studien mättad efter 13 intervjuer. 13 patienter, mellan 21 och 43 år, som befann sig någonstans under cancerprocessen.</p>	<p>Val av copingstrategier bland unga patienter under olika faser av cancerresan: 1. Innan diagnosen 2. Diagnosfasen: information, relationer, insiktsfullhet. 3. Behandlingsfasen: agera, kontroll, anpassning, lära känna sig själv 4. Efter behandling eller palliativ fas: normalitet.</p>	<p>Medel</p>
<p>2008 USA Cinahl</p>	<p>Reynolds, M. A. H.</p>	<p>Hope in adults, ages 20-59, with advanced stage cancer</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva hoppets natur definierat och upplevt av unga och medelålders vuxna, 20-59, med avancerad cancerform.</p>	<p>Kvalitativ metod. Deskriptiv, longitudinell design. Semistrukturerad intervjuform. Kvalitativ data analyserades med Ethnograph. Kvantitativ data innehållande VAS-skala, analyserades med deskriptiv statistik.  12 svårt cancersjuka patienter, mellan 29 och 59 år. 2 män och 10 kvinnor.  Bortfall: 2 patienter på grund av dödsfall.</p>	<p>Hopp som copingstrategi.  Resultatet delades in utifrån frågeställningar: 1. Hur definierar och beskriver unga och medelålders vuxna hopp? 2. Vad är det som påverkar förekomsten eller vidmakthållandet av hoppet i denna population? 3. Vad innebär hopp för unga och medelålders vuxna?</p>	<p>Låg</p>

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

<p>2010 Storbritannien Cinahl</p>	<p>Semple, C. J., &amp; McCance, T.</p>	<p>Experience of parents with head and neck cancer who are caring for young children</p>	<p>Syftet var att utforska erfarenheten hos förälder med huvud- och nackcancer och som har unga barn att ta hand om.</p>	<p>Kvalitativt deskriptiv metod. Djupintervjuer med öppna frågor. Dataanalys med "Cognitive mapping".  12 patienter under 50 år som fått huvud-/nackcancer under senaste 3 åren och med barn under 16 år och. 10 män och 2 kvinnor.</p>	<p>Föräldrar som hade barn då de fick cancerdiagnos, var ofta överväldigade av känslor gentemot sina barn genom hela cancerresan. Svårt att balansera att vara förälder och patient. Egna behov blev åsidosatta för att kunna vara en "bra" förälder. 1. diagnos: rädsla för döden och att missa sina barns milstolpar under livet, svårt veta hur involvera barnen i diagnosen 2. under behandling: effekter av sjukhusvistelsen, effekter av behandlingen på familjelivet, byte av roller i familjen. 3. leva med konsekvenserna av cancer: återetablera rutiner för familjeliv, leva med omständigheterna, ökad förstärkning av livet. 4. stödnätverk för föräldrar med huvud- och nackcancer: familj och vänner, samhället samt professionella.</p>	<p>Hög</p>
---	---	--	--	---	---	------------

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvalitativ metod

<p>2009 USA PubMed</p>	<p>Shaha, M., &amp; Bauer-Wu, S.</p>	<p>Early Adulthood Uprooted, Transitoriness in Young Women With Breast Cancer</p>	<p>Syftet var att undersöka hur unga kvinnor med bröstcancer upplever att möta döden och hur det påverkar deras vardag.</p>	<p>“Retrospective interpretation”, reanalys av redan existerande data utifrån nytt perspektiv. Utgår från större studie med interventionsgrupp där deltagarna skrev ner sina känslor under en tidsperiod. Tematisk analys. Analytisk expansion som sekundär analys av redan existerande data.</p> <p>16 kvinnliga bröstcancerpatienter under 39 år med bröstcancer.</p>	<p>Att möta döden. Konfrontera livets ändlighet. Tre teman och 10 underteman.</p> <p>1. Att vara ihågkommen: lämna barnen, lämna ett tomrum, lämna ett minne. 2. Landskap av känslor och perspektiv: känna sig ledsen och nedstämd/sorgsen, skrämmd av döden, isolera erfarenhet, livsglädje. 3. Allestädesnärvaro av livets slut: begravningstankar, oro för svår död, tankfull om egen dödlighet.</p>	<p>Låg</p>
--------------------------------	--------------------------------------	---	---	---	---	------------

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod

Publikationsår Land Databas	Författare	Titel	Syfte	Metod Urval Bortfall	Slutsats	Vetenskaplig kvalitet
2007 Australien Cinahl	Boscaglia, N., & Clarke, D. M.	Sense of coherence as a protective factor for demoralisation in women with a recent diagnosis of gynaecological cancer	Syftet var att pröva hypotesen om att det skulle finnas ett starkt samband mellan KASAM och demoralisering bland kvinnor inom ett år från gynekologisk cancerdiagnos.	Kvantitativ metod. Mätinstrument: Orientation to Life Questionnaire- Short Form (OLQ-SF), Demoralisation Scale. Statistisk analys med SPSS 11.0.7. Multipla regressionsanalyser.  120 patienter, mellan 18 och 70 år, med gynekologisk cancer.	Jämförelse mellan KASAM och demoralisering. Regressionsberäkningar på KASAM-poäng och Demoraliserings-poäng visade på signifikans då det gällde dysfori, känsla av att misslyckas och modlöshet. Resultatet visade på att hjälplöshet och förlust av mening var relaterat till KASAM, men överlappades av de andra underkategorierna.  Hypotesen att stark KASAM kan associeras med lägre grad av demoralisering stämde med resultatet i studien.	Hög

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod

<p>2008 USA Cinahl</p>	<p>Bruscia, K., Shultis, C., Dennery, K., &amp; Dileo, C.</p>	<p>The Sense of Coherence in Hospitalized Cardiac and Cancer Patients</p>	<p>Syftet var att mäta och jämföra KASAM-poäng hos inlagda patienter med hjärtsjukdom respektive cancersjukdom, och avgöra om ålder, kön, diagnos, sjukdomslängd, utbildning och ras är signifikanta faktorer för KASAM bland dessa patienter.</p>	<p>Kvantitativ metod. Mätinstrument: Sense of Coherence Scale (SOC scale). Demografiskt frågeformulär. Statistisk analys med SPSS-14.</p> <p>132 inlagda patienter, 71% hjärtpatienter och 29% cancerpatienter. 49% kvinnor och 51% män.</p>	<p>Samband hittades mellan KASAM och ålder, samt längd på sjukdomen. KASAM varierar ej med kön, ras eller utbildning.</p> <p>Patienterna hade något lägre KASAM än generellt i befolkningen. Ingen skillnad på KASAM mellan patienter med hjärtsjukdom och patienter med cancersjukdom.</p> <p>Resultatet med ålder och längd på sjukdom stödjer Antonovskys teori om att utvecklandet av KASAM kommer sig utav livserfarenhet.</p>	<p>Medel</p>
<p>2008 Turkiet PubMed</p>	<p>Gümüş, A. B., &amp; Çam, O.</p>	<p>Effects of emotional support-focused nursing interventions on the psychosocial adjustment of breast cancer patients.</p>	<p>Syftet var att undersöka effekterna av emotionellt stöd som intervention för patienter med bröstcancer under deras psykosociala anpassning.</p>	<p>Kvantitativ metod. Experimentell studie med emotionellt stöd som intervention. Använda frågeformulär/mätinstrument: Patients' Descriptive Information Form, Psychosocial Adjustment to Illness Scale – Self Report (PAIS- SR). Intervention: djupintervjuer med mål att få patienterna att delge känslor och stödja förmågan till att hantera sjukdomen. Dataanalys i</p>	<p>Alla deltagarna påvisade att deras liv har förändrats efter deras cancerdiagnos, däribland känslomässigt. Sätt att hantera sin sjukdom presenterades, samt patienters förväntningar på sjukvårdspersonalen.</p>	<p>Medel</p>

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod

				<p>SPSS program genom att jämföra värden innan och efter intervention.</p> <p>90 kvinnliga bröstcancerpatienter påbörjade intervention, 30 kvinnor mellan 30 och 54 år slutförde sessionerna.</p> <p>Bortfall: 60 patienter</p>		
2007 Finland Cinahl	Gustavsson-Lilius, M., Julkunen, J., Keskivaara, P., & Hietanen, P.	Sense of coherence and distress in cancer patients and their partners	Syftet var att undersöka KASAM-sjukdomssamband hos patienter med cancer och deras partners.	<p>Kvantitativ metod. Del av större longitudinell studie. Mätinstrument: Orientation to Life Questionnaire (OLQ), Beck Depression Inventory (BDI), Endler Multidimensional Anxiety Scales (EMAS-State). Statistiska analyser med SPSS 14.0 och LISREL 8.71.</p> <p>123cancerpatienter, mellan 34 och 76 år. 68 kvinnor och 55 män, samt deras partner.</p>	<p>Sjukdoms- och behandlingsrelaterade variabler hade liten betydelse för de psykologiska variablerna. Inga könsskillnader.</p> <p>Patienters KASAM stärktes. Ångestsymtom minskade och KASAM ökade under 14-månadersperioden. Stark KASAM vid diagnoskedet skapade lägre grad av oro och depression under 14-månadersperioden. En stark KASAM hade en skyddande inverkan mot att drabbas av ångest hos cancerpatienterna.</p>	Medel



Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod

2008 USA Cinahl	Lieberman, M. A.	Gender and Online Cancer Support Groups: Issues Facing Male Cancer Patients.	Syftet var att undersöka tre hypoteser: 1. I cancerchattgrupper med både män och kvinnor, kommer män att uttrycka färre negativa känslor 2. Skillnader i uttryck av negativa känslor mellan män och kvinnor, kommer bli mer uttalat då målet för deras uttryckande av negativa känslor, riktas mot deras cancer och dess behandling. 3. Män kommer att uppleva mer oro och rädsla i cancerstödgrupper.	Kvantitativ metod. Undersökningen genomfördes i chattgrupper med ungefär 8 deltagare i varje grupp, via Wellness Community`s virtual community Web site. Mätmetoder: The Linguistic Inquiry Word Count (LIWC), Dictionary of Emotional Words, textanalysprogram (PCAD 2000).  46 deltagare, varav 35 kvinnor och 11 män med olika cancerdiagnoser. Dock ej cancerformer som var könsspecifika.	Män är underrepresenterade i både traditionella stödgrupper och stödgrupper online.  Resultatet visade att kvinnor uttrycker mer negativa känslor, speciellt känslor som innefattar ilska och ledsamhet, i samband med att de diskuterade deras cancer samt behandling. Skillnaden mellan kvinnor och män var mer uttalad då de diskuterade sin cancer och behandling. Resultatet visade också att det finns en statistisk trend gällande att män var mer benägna att uttrycka större rädsla.	Låg
-----------------------	---------------------	---	---	--	---	-----

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod

2009 Australien PubMed	Lobb, E. A. Joske, D., Butow, P., Kristjanson, L. J., Cannell, P., Cull, G., & Augustson, B.	When the safety net of treatment has been removed: Patients' unmet needs at the completion of treatment for haematological malignancies	Syftet var att möta gapet i litteraturen genom att mäta obemöta informationbehov och emotionella behov bland patienter inom det första året efter behandling för blodcancer.	Kvantitativ metod. Självskattningsformulär med mätinstrumentet Cancer Survivors Unmet Needs measure. Deskriptiv statistikanalys. ÄVEN kvalitativ metod. Deskriptiv innehållsanalys av öppna intervjufrågor.  66 av 133 patienter med blodcancer returnerade självskattningsformulär. 24-82 år. 6-12 månader efter behandling.  Bortfall: 67 patienter.	Behov av hjälp för att hantera oron för återfall. Det hade varit en hjälp att få prata med hälsovårdspersonal.  Yngre patienter rapporterade större behov då det gällde emotionella och relationer. Yngre patienter hade även högre grad av obemöta behov då det gällde hjälp mot oron för återfall, än vad äldre rapporterade.	Låg
------------------------------	--	---	--	--	---	-----

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod

<p>2008 Japan Cinahl</p>	<p>Maeda, T., Kurihara, H., Morishima, I., &amp; Munakata, T.</p>	<p>The Effect of Psychological Intervention on Personality Change, Coping, and Psychological Distress of Japanese Primary Breast Cancer Patients</p>	<p>Syftet var att uppskatta effekten av psykosociala interventioner på personlighetsföränd ring och ökat uppskattat emotionellt stöd och hur det ultimat leder till fördelaktig hanterbarhet och psykosocialt välbefinnande.</p>	<p>Kvantitativ metod med experimentell design. Mätinstrument: Self-repression Scale, Self-esteem scale, Emotional support scale, Mental Adjustment to Cancer Scale (MACS). Statistisk analys med SPSS 11.0.  28 patienter, 15(14) i försöksgrupp och 14 i kontrollgrupp.  Bortfall: 1 i försöksgrupp.</p>	<p>Intervention bestod av tre komponenter: ge medicinsk och psykologisk information, samt rådgivning enligt SAT-teknik. SAT innebär att hjälpa individer att bli medvetna om sina verkliga känslor, helande och beteendeförändringar. Likaså att hjälpa patienter att skapa specifika mål för problemlösning istället för att endast rekommendera generella copingstrategier.  Experimentgruppen visade på signifikanta framsteg med självförnekelse, självförtroende, hjälpplöshet/hopplöshet, oro och depression. Patienterna skapade en handlingsplan för att klara den stressfulla situationen på egen hand, samt tog till sig en mer positiv attityd.</p>	<p>Medel</p>
----------------------------------	---	--	--	---	--	--------------

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod

2007 Japan PubMed	Matsushita, T., Ohki, Y., Hamajima, M., & Matushima, E.	Sense of Coherence Among Patients With Cardiovascular Disease and Cancer Undergoing Surgery	Syftet var att utvärdera KASAM hos patienter som led av hjärtsjukdom respective cancersjukdom och som skulle genomgå operation.	Kvantitativ metod. Mätinstrument: Japansk version av SOC Questionnaire. Statistisk analys med multipla regressionsanalyser.  Totalt 94 patienter, varav 56 med hjärtsjukdom och 38 med cancersjukdom. 49 män och 45 kvinnor.	Resultatet visade på signifikant samband mellan KASAM-poäng och diagnos, sjukdomsvaraktighet, samt arbetsstatus.	Medel
2009 Australien Cinahl	Millar, B., Patterson, P., & Desille, N.	Emerging adulthood and cancer: how unmet needs vary with time- since-treatment.	Syftet var att 1. identifiera de mest obemötta psykosociala behov hos 18-25 åringar med cancer 2. Undersöka på vilket sätt de behoven varierar under olika stadier genom cancerupplevelsen 3. lokalisera dessa behov under utvecklandet av ramen för det framväxande vuxenlivet	Kvantitativ metod.” Cross- sectional”- studie. Mätmetoder: The Cancer Needs Questionnaire for Young People (CNQ-YP), Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21). Korrelationsanalys.  63 cancerpatienter mellan 18 och 24 år under olika faser av cancerprocessen. 40 kvinnor och 23 män.	Beskriver obemötta behov hos framväxande vuxna som drabbats av cancerdiagnos. Flera av behoven som ej har blivit tillfredställande bemötta är av emotionell karaktär. Ger tydliga och konkreta exempel på behov, såsom behov av att få hjälp med att hantera känslor av frustration, kunna tänka på framtiden och att hitta glädje i livet.	Medel

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod

2007 Sverige PubMed	Mårtensson, G., Carlsson, M., & Lampic, C.	Do nurses and cancer patients agree on cancer patients' coping resources, emotional distress and quality of life?	Syftet var att (1) undersöka skillnader, samband och överensstämmelse mellan patienter och deras sjuksköterskors uppskattning av patientens copingresurser, emotionella ångest och livskvalitet; och (2) att undersöka om graden av överensstämmelse är associerad med specifika karaktärsdrag hos patienter eller sjuksköterskor.	Kvantitativ metod. Mätinstrument: Cancer Behaviour Inventory (CBI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-being (FACIT-Sp). Statistiska analyser.  52 sjuksköterskor mellan 24-65 år. 90 cancerpatienter mellan 31-87 år under sjukhusvistelse.	Sjuksköterskor överskattade patienternas emotionella ångest och underskattade deras copingresurser och livskvalitet.  Sjuksköterskor som överensstämde mest med patienterna var de med högre utbildning och tidigare hade haft hand om patientens behandling.  Patienter har en mer positiv inställning till deras förmåga att hantera sjukdomen än personalen.  Sjuksköterskornas och patienternas uppskattningar överensstämde mer då det gällde fysiska faktorer än psykosociala.	Hög
---------------------------	--	---	--	---	---	-----

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod

<p>2008 USA Chinahl</p>	<p>Roberts, K. J., Lepore, S. J., &amp; Urken, M. L.</p>	<p>Quality of life after thyroid cancer: An assessment of patient needs and preferences for information and support.</p>	<p>Syftet var att utreda livskvaliteten hos patienter med sköldkörtelcancer, samt deras behov för att få information och stöd relaterat till deras sjukdom och hanterbarhet.</p>	<p>Kvantitativ metod. Mätinstrument: Health-Related Quality of Life Outcomes (EORTEC QLQ-C30), Thyroid Version of the City of Hope Quality of Life Scale.</p> <p>145 patienter, 86 kvinnor och 57 män, som varit behandlade för sköldkörtelcancer, delgavs undersökningen per mail. 62 patienter, mellan 19 och 92 år valde att delta i studien.</p> <p>Bortfall: 83 patienter</p>	<p>Resultatet visade att patienter med sköldkörtelcancer är i behov av mer stöd och framförallt emotionellt stöd av sjukhus personal för att kunna hantera sina känslor. Likaså saknade patienterna vägledning i vart de skulle vända sig för att få emotionellt stöd.</p>	<p>Låg</p>
<p>2009 Tyskland PubMed</p>	<p>Singer, S., Götze, H., Möbius, C., Witzigmann, H., Kortmann, R-D., Lehmann, A., Höckel, M., Schwarz, R., &amp; Hauss, J.</p>	<p>Quality of care and emotional support from the inpatient cancer patient`s perspective</p>	<p>Syftet var att förtydliga till vad cancerpatienter behöver emotionellt stöd och vem som är ansvarig för att tillhandahålla stödet</p>	<p>Kvantitativ metod. Självskattningsformulär fylldes i första dagen på sjukhuset och innan utskrivning. Mätinstrument: QPP questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Kompletterande strukturerade frågor användes. Statistisk analys med SPSS, version 15.</p> <p>396 deltagare, mellan 22 och 87 år, varav 194 män och 202 kvinnor.</p>	<p>Erhållet resultat visas under 5 teman: 1. Vårdkvalitet. 2. Faktorer förknippade med tillfredsställelse 3. Känslomässig ångest och önskemål om emotionellt stöd 4. Erhållet emotionellt stöd 5. Sambandet mellan behov av, längtan efter och tillhandahållande av känslomässigt stöd</p>	<p>Medel</p>

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod

<p>2011 Nederländer na PubMed</p>	<p>van Laarhoven, H. W. M., Schilderman, J., Bleijenberg, G., Donders, R., Vissers, K. C., Verhagen, C. A. H. H. V. M., &amp; Prins, J. B.</p>	<p>Coping, Quality of Life, Depression, and Hopelessness in a Curative and Palliative, End-of-Life Care Setting</p>	<p>Syftet var att jämföra copingstrategier bland cancerpatienter i en kurativ och palliativ, slutet av livet, situation och undersöka relationen mellan dessa copingstrategier och livskvalitet, depression och hopplöshet.</p>	<p>Kvantitativ metod. Deskriptiv design. Mätinstrument: COPE-Easy, European Organisation for Research and Treatment of Cancer QOL Questionnaire (EORTC QLQ-C30v2), Beck Depression Inventory for Primary Care (BDI-PC), Beck Hopelessness Scale. Statistiska analyser med (SPSS 16.0.1). Korellationsanalyser och regressionsanalyser.</p> <p>100 kurativt behandlade och 73 palliativa patienter med cancer blev efter bortfall 92 respektive 59 patienter. 71 män och 80 kvinnor. Medelålder 58 år.</p> <p>Bortfall: 11 på grund av dödsfall, 22 ej fullständigt ifyllda mätinstrument.</p>	<p>Skillnader i val av copingstrategier mellan kurativt respektive palliativt behandlade patienter: Fler i den palliativa gruppen använde sig av att söka moraliskt stöd.</p> <p>Samband mellan copingstrategier, livskvalitet, depression och hopplöshet: aktiva copingstrategier var positivt associerade med högre livskvalitet och lägre depression och hopplöshet, stödsökande strategier som att ventilera känslor hade en negativ inverkan på känslomässiga funktionen. Inte heller undvikande strategier kunde ses som fördelaktiga.</p>	<p>Hög</p>
---	--	---	---	---	--	------------

Tabell 3. Artikelöversikt/forskning med kvantitativ metod

<p>2010 Australien Cinahl</p>	<p>Zucca, A. C. Boyes, A. W., Lecathelinais, C., &amp; Girgis, A.</p>	<p>Life is precious and I'm making the best of it: coping strategies of long-term cancer survivors</p>	<p>Syftet var att bedöma förekomsten av att använda copingstrategier I en population med långtidsöverlevande patienter med cancer, fem till sex år efter diagnosen.</p>	<p>Kvantitativ metod. Självskattningsformulär: Mini- Mental Adjustment to Cancer Scale (mini-MAC), MOS Social Support Survey (MOS-SSS). Chi-square – analys.  863 patienter med diagnostiserad cancer, motsvarande 63 % av tillfrågade, för 5-6 år sedan.  Bortfall: 37% av de tillfrågade patienterna.</p>	<p>Copingstrategier är bra verktyg för att hantera utmanande situationer och dess påverkan på det psykosociala.  De mest frekvent använda copingstrategierna var fatalism, kämparglöd och tankemässigt undvikande. De minst använda copingstrategierna var hjälploshet-hopplöshet, samt uppehållande vid oro. Hälften av deltagarna använde minst två copingstrategier.  Att ha fått cellgiftsbehandling var den största prediktorn för att använda sig av en mängd copingstrategier. Att ha låg grad av socialt stöd medförde generellt sämre val av copingstrategier.</p>	<p>Hög</p>
---------------------------------------	---	--	---	---	---	------------