

# Att hantera obotlig cancersjukdom

-copingstrategier för patienter med cancer i  
palliativt skede

FÖRFATTARE	Maria Hansson Hanna Johansson Victor Öhrvall
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180högskolepoäng/ Omvårdnad OM5250 HT 2010
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Elisabeth Kenne Sarenmalm
EXAMINATOR	Monica Moene

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Att hantera obotlig cancersjukdom - copingstrategier för patienter med cancer i palliativt skede
Titel (engelsk):	To cope with incurable cancer -coping strategies for palliative cancer patients
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng OM5250 HT 2010
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	23 sidor
Författare:	Maria Hansson Hanna Johansson Victor Öhrvall
Handledare:	Elisabeth Kenne Sarenmalm
Examinator:	Monica Moene

### SAMMANFATTNING (svenska)

**Bakgrund:** Historiskt sett är begreppet cancer mycket laddat. Det har förknippats med mycket skuld, lidande utanförskap och död. En ökad förståelse för patienters olika strategier vid livshotande cancersjukdom kan hjälpa sjuksköterskan att stötta och styrka patienten. Sjuksköterskan kan tillsammans med övrig sjukvårdspersonal hitta åtgärder som kompletterar patientens strategier för att få styrka i sin hantering av livssituationen. Relevanta begrepp som beskrivits är palliativ vård, stress och stressorer, distress och psykologisk distress samt Coping/copingstrategier. **Syfte:** Det övergripande syftet har varit att skapa en sammanfattande översikt av forskningen som berör patienters copingstrategier vid cancersjukdom i palliativt skede. **Metod:** Vi har genomfört en litteraturöversikt baserat på vetenskapliga artiklar med fokus på tre infallsvinklar; Resultat, Teoretiska utgångspunkter och Metoder. **Resultat:** Artiklarnas resultatdelar har presenterats i tre dimensioner med tillhörande teman som är sammanfattande för studiernas resultat; Den sjuke och den närstående och Att vara en börda för andra under Psykosocialt. Döden och döendet, Livsinställning och attityder, Att acceptera sin sjukdom och Spirituella/andliga aspekter under Existentiellt. Förändrad kroppsuppfattning, Egenvård och Autonomi under Aspekter av kroppsliga förändringar. Vidare har Studierna delats in under tre kategorier beträffande de teoretiska utgångspunkterna; Copingteorier, Otydligt definierat teoretiskt ramverk och Övriga teorier. Studiernas metoder är indelade i tre kategorier; Kvalitativa studier, Kvalitativa metoder i kombination med mätinstrument och Kvantitativa studier. **Implikationer:** Vårt resultat implicerar behovet av mer forskning då det finns få studier på området. Studier bör utföras som jämför orsak och verkan beträffande copingstrategier och dess effektivitet eftersom det annars är svårt att avgöra. Ett annat mått av lyckad coping än enbart frånvaro av distress bör utvecklas där hänsyn till individens personliga mål tas. Uppsatsen uppmanar till vidare forskning kring hur stöd till patienter kan ges i den kliniska omvårdnaden.

<b>INNEHÅLL</b>	<b>Sid</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
PALLIATIV VÅRD	1
STRESS OCH STRESSORER	1
PSYKOLOGISK DISTRESS OCH DISTRESS	2
COPING OCH COPINGSTRATEGIER	2
SJUKSKÖTERS KANS ROLL	3
<b>SYFTE</b>	<b>4</b>
<b>METOD</b>	<b>4</b>
DATAINSAMLING	4
DATAANALYS	4
Tabell 1. Översikt av artiklarna	5
<b>RESULTAT</b>	<b>6</b>
<b>STUDIERNAS RESULTAT</b>	<b>6</b>
Psykosocialt	6
- <i>Den sjuke och närstående</i>	6
Tabell 2. Visar strukturen i resultatredovisningen	7
- <i>Att vara en börda för andra</i>	8
Existentiellt	9
- <i>Döden och döendet</i>	9
- <i>Inställningar/attityder</i>	9
- <i>Att acceptera sin sjukdom</i>	10
- <i>Spirituella/andliga aspekter</i>	11
Utifrån kroppsliga förändringar	11
- <i>Förändrad kroppsuppfattning</i>	11
- <i>Egenvård</i>	11
- <i>Autonomi</i>	12
<b>STUDIERNAS TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER</b>	<b>12</b>
Copingteorier	12
Otydligt definierat teoretiskt ramverk	13
Övriga teorier	13
<b>STUDIERNAS METODER</b>	<b>14</b>
Kvalitativa studier	14
Kvalitativa metoder i kombination med mätinstrument	15
Kvantitativa studier	16

<b>DISKUSSION</b>	17
<b>METODDISKUSSION</b>	17
<b>RESULTATDISKUSSION</b>	18
<b>IMPLIKATIONER</b>	21
<b>REFERENSER</b>	22
<b>BILAGA- artikelsammanfattning</b>	

## **BAKGRUND**

Historiskt sett är begreppet cancer mycket laddat. Det är förknippat med mycket skuld, lidande, utanförskap och död. Cancer ses inte bara som en sjukdom utan också som ett hot. Sjukdomar som hotar livet, krävande behandlingar och som ger synliga eller sociala resttillstånd medför en psykosocial belastning. Det som rymms i cancersjukdomen kan liknas vid ett trauma som i sin tur kan utlösa en kris. Det är en stor utmaning att få en livshotande sjukdom. Vägen genom sjukdomen är fylld av svåra besked och brytpunkter som kräver förändring (1).

## **PALLIATIV VÅRD**

I WHO:s definition av palliativ vård beskrivs att ”Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och familjer som drabbas av problem som kan uppstå vid livshotande sjukdom. Palliativ vård förebygger och lindrar lidande genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och existentiella problem” (2).

Palliativ behandling omfattar all typ av behandling som inte syftar till att vara botande utan istället fokuserar på lindring av symtom och livskvalitet. Den palliativa fasen kan vara både tidig och sen hos den som är cancersjuk där den tidiga fasen innebär att canceren är spridd och icke botbar, men där det fortfarande finns livsförlängande behandling. Denna fas kan pågå i allt från några månader upp till flera år. Den sena palliativa fasen tar sin början då patienten inte svarar på den tumorspecifika behandlingen. Syftet blir därefter att skapa en så god livskvalitet som möjligt för patienten den tiden som finns kvar att leva, som vanligtvis handlar om någon månad eller ett par veckor. Behandlingens främsta syfte är då inte att den ska uppehålla liv så länge som möjligt utan ge så mycket liv som möjligt åt de dagar som finns kvar i patientens liv (3).

Det palliativa synsättet innebär en fyrdimensionell syn på lidandet utifrån det fysiska, psykiska, andligt/existentiella och sociala perspektivet. Vården behöver vara mångfasetterad. Det fysiska vårdandet kan handla om att lindra smärta, illamående och trötthet. Det psykiska berör oro, ångest, depression bland annat. Det sociala fokuserar på identitet, familj, vänner, hobbyer, förluster av roller, funktioner och det existentiella kan innefatta bland annat framtidsoro, grubblerier, dödsångest, skuld, meningslöshet och existentiell ensamhet. Den fyrdimensionella uppdelningen görs med syfte att tydliggöra de olika områden som kan hindra patienten från att uppleva och nå en god livskvalitet (3).

## **STRESS OCH STRESSORER**

Det kan i sammanhanget vara viktigt att skilja på begreppen stress och stressor. En stressor är det krav eller den påfrestning som man utsätts för medan stress mer beskrivs som den biologiska reaktion eller gensvar som ges av individen. Ett stressvar på en stressor behöver nödvändigtvis inte leda till skada även om stress oftast får den innebörden (4). Enligt Benner och Wrubel (5) definieras stress till exempel som ”ett sammanbrott av det som är meningsfullt, det man förstår och ens normala fungerande, något som innebär att man upplever smärta, förlust och påfrestningar. Man måste få sörja och utveckla nya färdigheter och nya sätt att förstå.” (5 s. 56). Stressen står i relation till innebörden av situationen som innefattar förlust, hot eller skada för personen. När patienten upplever fysisk, intellektuell

och känslomässigt att de vanliga funktionerna fallerar uppkommer stressen. Att känna meningsfullhet och tillhörighet blir betydelsefullt för att hantera situationen (5).

## **PSYKOLOGISK DISTRESS OCH DISTRESS**

Psykologisk distress är ett återkommande begrepp i omvårdnads-, psykologisk- och socialvetenskaplig litteratur. Ridner (4) har gjort en begreppsanalys av psykologisk distress och finner att begreppet inte har blivit riktigt definierat. Hon kunde se att i onkologisk omvårdnadslitteratur har begreppet refererat till dålig funktion i att anpassa sig till stressfulla livshändelser. Ridner (4) beskriver sin arbetsdefinition av begreppet: psykologisk distress är det unika obekväma, känslomässiga *tillstånd* hos en individ som uppstår som ett *gensvar* på en specifik stressor eller ett krav som resulterar i skada, antingen temporärt eller permanent. Vidare definieras också distress som ett ickespecifikt, biologiskt eller känslomässigt *gensvar* till ett krav eller stressor som är skadande för individen. Själva begreppet distress kan alltså ses som skadlig stress.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) (6) definierar distress som en multifaktorisk obehaglig känslomässig upplevelse av psykologisk (kognitiv, beteendemässig, emotionell), social och/eller andlig natur som kan störa ens förmåga att effektivt hantera cancer, dess fysiska symptom och dess behandling. Distress sträcker sig längs ett kontinuum från normala känslor kring sårbarhet, sorg och nära och kära till de problem som kan bli handikappande, såsom depression, ångest, panik, social isolation och existentiell och andlig kris. I Norstedts stora engelsk-svenska ordbok (7) översätts ordet ”distress” med: trångmål, nödställdhet, nödläge, nöd, kval och bedrövelse.

## **COPING OCH COPINGSTRATEGIER**

Det finns olika teorier och strukturer för att förstå hur patienter hanterar svår sjukdom. Copingstrategier kan definieras som anpassningsstrategi, handlingsstrategi, plan och tillvägagångssätt för att kunna hantera en viss typ av problem (8). Copingteorier kommer från kognitiva teorier och är synonymt med att tackla, hantera, bemästra, klara av att leva med ett hot eller problem (1). Enligt Lazarus och Folkman (9), ledande forskare inom copingområdet, är coping en kontinuerlig, skiftande kognitiv och beteendemässig ansträngning för att hantera specifika yttre och inre krav som uppfattas som krävande, eller som överstiger individens resurser.

De krav som påverkar en människa betecknas i dessa sammanhang som stressorer. Coping beskrivs som en komplicerad process över tid. Olika steg kan handla om att bedöma en situation/stressor och vad det får för implikationer för ens välbefinnande samt bedöma de egna copingresurserna och vilka strategier som vore effektiva att använda. De skiljer på resultat och syfte med copingstrategierna för att beskriva deras funktion. Funktionen av en copingstrategi bestäms av syftet och inte effekten av den. Två olika former av copingstrategier nämns. De emotionellt fokuserade och de problemfokuserade. De emotionellt fokuserade copingstrategierna används oftast då en situation bedöms vara omöjlig att göra något åt medan den problemfokuserade formen är mer trolig att användas då man bedömer att situationen och omgivning går att förändra på något vis (9). Att angripa problemet eller fly bort från det kan nämnas som två exempel på problemfokuserade strategier. Fokus ligger på att definiera problemet, söka och hitta olika lösningar och väga dem mot varandra för att hitta en lämplig lösning. Detta kan innebära

försök att förändra sig själv istället för omgivningen/situationen genom att lära sig ett nytt beteende för att kunna hantera sitt problem (10).

Emotionell coping har fokus på att hantera känslorna snarare än situationen. I copingbeteendet kan detta exempelvis yttra sig genom träning av att skingra tankarna gällande det som känns svårt och jobbigt, men också genom att berusa sig med alkohol för att dränka sina sorger. Grubbleri, distraktion och undvikande är ytterligare exempel på sådana strategier. Emotionellt orienterad coping innebär att bearbeta känslor och reaktioner som uppstår i den nya situationen (10). Copingstrategier kan variera under sjukdomsförloppen då personens psykiska och fysiska förutsättningar förändras. Man behöver därför beakta de begränsningar som uppkommer för att hitta möjligheter till coping (5).

## **SJUKSKÖTERSANS ROLL**

Sjuksköterskan tillsammans med övrig sjukvårdspersonal kan föreslå åtgärder som kan komplettera patientens strategier för att hantera sin livssituation och tillsammans med patienten försöka planlägga hur patienten försöker tackla situationen och utvärderar vilket stöd som behövs för att strategin ska fungera. Sjuksköterskan behöver anpassa omvårdnadsåtgärder och information efter patientens copingsstrategier. Därför är det avgörande att samarbeta med patienten (1). För att göra det behöver man lyssna till hur patienten har hanterat problem tidigare, och vilka resurser som denne har i sig och omkring sig. Patientens vilja, mod, kunskaper och kreativitet kan användas för att ge idéer och möjligheter för att stärka patientens självbild och känsla av egenvärde och inre glädje. Ett exempel kan vara att samtala om vilka patienten vill ha i sin närhet och vem hon kan samtala med för att få ordning i sina kaotiska tankar och känslor i den svåra livssituation som drabbat henne. För att hantera en livskris behövs samtal för att inte den drabbade ska känna sig ensam med sina tunga tankar och känslor. Det kan minska känslan av hjälplöshet och öka känslan av kontroll. Sjuksköterskan kan också underlätta för patienten genom att informera på ett bra sätt. Genom att förbättra patientens förståelse och känsla av att ha kontroll över situationen stärks också patientens upplevelse av sammanhang. Patienten får bättre förutsättningar att förstå situationen och att hitta lösningar. Att ge patienten möjlighet att samtala med läkare men också andra patienter i liknande situationer är värdefullt för patientens mentala bearbetning och förberedelser (5).

Sjuksköterskan kan tillsammans med patienten upptäcka de praktiska problem som sjukdomen eller behandlingen medfört och genom åtgärder försöka upprätthålla patientens funktioner så mycket som möjligt. Det är betydelsefullt för att göra vardagslivet så tryggt och strukturerat som möjligt. För att stärka patienten egenvärde och hoppfullhet är det viktigt att man känner att man klarar av de dagliga sysslorna som ger bekräftelse på att man klarar av något och är till nytta (5).

Maslow diskuterade coping på 1940-talet men begreppet användes inte i större omfattning i den psykologiska litteraturen förrän på 1960-talet (11). Coping har sedan dess refererats till i stor omfattning. När sökordet "coping" används idag i databasen PubMed får man ca 99 000 träffar vilket visar på dess vida användning. Trots den omfattande forskningen kring coping och cancer är coping vid svår obotlig cancer mindre väl studerat. Det kan vara stor skillnad på att ha cancer som går att bota och ha en cancer som hotar livet. Som sjuksköterska kan en ökad förståelse för patienters olika strategier vid livshotande cancersjukdom hjälpa för att kunna stötta och stärka patienten. Kunskap om hur dessa

patienter hanterar sin livssituation är viktigt att uppmärksamma. Därför vill vi göra en litteraturoversikt på forskningen kring patienter med svår obotlig cancer och copingstrategier och undersöka vad det finns för forskning på området, hur man gått till väga samt vad det behöver forskas mer på.

## **SYFTE**

Det övergripande syftet har varit att skapa en sammanfattande översikt av forskningen som berör patienters copingstrategier vid cancersjukdom i palliativt skede.

## **METOD**

Vi har utgått från Fribergs (12) metodbeskrivning av en litteraturoversikt för att skapa en sammanfattande översikt av det valda området.

## **DATAINSAMLING**

En litteratursökning i databaserna PubMed och CINAHL med sökorden ”coping”, ”strategies”, ”cancer” och ”palliative” genomfördes. I CINAHL gav sökningen 21 träffar och i PubMed 65 träffar. Fyra artiklar finns endast i CINAHL medan de övriga återfinns även i PubMed vilket ger ett totalt antal artiklar på 69 stycken. Abstrakten till dessa lästes och 17 artiklar valdes ut för att läsas i sin helhet. Utifrån dessa 17 exkluderades ytterligare sju artiklar då de inte stämde överrens inkluderingskriterierna. Endast vetenskapliga och publicerade artiklar i fulltext togs med i datainsamlingen. Studiernas målgrupp skulle vara patienter med obotlig cancer och studierna skulle beröra copingstrategier utifrån den sjukas perspektiv i enlighet med vår syftesformulering. Även om artiklarna inte hade största fokus på copingstrategier specifikt inkluderades de som berörde ämnet. Tio artiklar blev slutligen underlag för vår litteraturoversikt. Alla dessa tio fanns som träffar i PubMed medan sju av dem också återfinns i CINAHL (Se tabell 1).

## **DATAANALYS**

Artiklarna lästes upprepade gånger tills detalj- samt helhetsförståelse bedömdes vara uppnådd. Vi fokuserade på tre infallsvinklar för att analysera och jämföra artiklarna, studiernas resultat, deras teoretiska utgångspunkter samt deras metoder. En kvalitativ analys användes för att abstrahera studiernas resultat i olika dimensioner vilka delades in i teman(13). De olika temana representerar skillnader och likheter i artiklarnas resultatdelar. Efter analys av de teoretiska utgångspunkterna och metoderna identifierades olika kategorier där artiklarna presenteras artikel efter artikel på ett deskriptivt sätt efter likheter och skillnader.



**Tabell 1** Översikt av artiklarna

<b>Databas</b>	<b>Sökord</b>	<b>Titel</b>	<b>Författare</b>	<b>Årtal</b>	<b>Tidsskrift</b>	<b>Referensnummer</b>
PubMed*	Coping, strategies, Palliative, cancer	Existential issues do not necessarily result in existential suffering: lessons from cancer patients in Israel	Blinderman & Cherny	2005	Palliative Medicine	14
PubMed*	Coping, strategies, Palliative, cancer	Stress and coping with advanced cancer	De Faye et al	2006	Palliative & Supportive Care	15
PubMed	Coping, strategies, Palliative, cancer	Age-related patterns in adaption to cancer pain: A mixed-method study	Gagliese et al	2009	Pain Medicine	16
PubMed*	Coping, strategies, Palliative, cancer	Images of God in relation to coping strategies of palliative cancer patients	van Laarhoven et al	2010	Journal of Pain and Symptom Management.	17
PubMed*	Coping, strategies, Palliative, cancer	Feeling like a burden: Exploring the perspectives of patient at the end of life.	McPherson et al	2007	Social Science and Medicine..	18
PubMed*	Coping, strategies, Palliative, cancer	Coping with palliative chemotherapy	Payne	1990	Journal of Advanced Nursing.	19
PubMed	Coping, strategies, Palliative, cancer	Self-care behaviours initiated by chemotherapy patients in response to fatigue.	Richardson & Ream	1997	International Journal of Nursing Studies	20
PubMed*	Coping, strategies, Palliative, cancer	Coping strategies in the presence of one's own impending death	Sand et al	2009	Journal of Pain & Symptom Management.	21
PubMed	Coping, strategies, Palliative, cancer	Coping of cancerpatients during and after radiotherapy – a follow-up of 2 years	Sehlen et al	2003	Onkologie	22
PubMed*	Coping, strategies, Palliative, cancer	Prognostic acceptance and the well-being of patients receiving palliative care for cancer	Thompson et al	2009	Journal of Clinical Oncology.	23

\*finns också i CINAHL

## RESULTAT

Resultatet redovisas utifrån de tre infallsvinklarna, Studiernas resultat, Teoretiska utgångspunkter och Metoder. Studiernas resultat är sammanfattade i olika teman och presenteras under tre olika dimensioner; Psykosocialt: *Den sjuke och den närstående* och *Att vara en börda för andra*. Existentiellt: *Döden och döendet*, *Inställningar/attityder*, *Att acceptera sin sjukdom* och *Spirituella/andliga aspekter*. Utifrån kroppsliga förändringar: *Förändrad kroppsuppfattning*, *Egenvård* och *Autonomi*. Vidare är varje artikel för sig indelad i olika kategorier vad beträffar deras teoretiska utgångspunkter. Utgångspunkterna presenteras i kategorierna Copingteorier, Otydligt formulerat teoretiskt ramverk och Övriga teorier. Vad beträffar studiernas metoder så presenteras respektive studie under kategorierna Kvalitativa studier, Kvalitativa metoder i kombination med mätinstrument och Kvantitativa studier (Se tabell 2).

## STUDIERNAS RESULTAT

Studiernas resultat presenteras nedan i olika teman som är indelade i de tre dimensionerna Psykosocialt, Existentiellt och Utifrån kroppsliga förändringar. Den psykosociala dimensionen omfattar omgivande sociala förhållanden som påverkar individens upplevelse, handlande och relationer (24). Existentiellt rör frågor kring människan existens och syn på liv och död. Utifrån kroppsliga förändringar berör påverkan i tankar och upplevelser hos individen utifrån kroppens förändringar.

### Psykosocialt

Under psykosocialt ryms temana *Den sjuke och närstående* och *Att vara en börda för andra*.

#### *Den sjuke och närstående*

I närvaro av döden beskrivs vikten av relationer, både till människor men också till djur och natur samt till ”något större”. Att få stöd från andra människor visar sig vara en viktig copingstrategi. Redan tidigare betydelsefulla relationer blir under sjukdomstiden ännu viktigare och man tar inte relationer för givet på samma sätt (21). Bildandet av familj och uppfostrandet av barn upplevs meningsfullt (14). De som inte har nära familj utvidgar ramarna för de som räknades som nära för att på så sätt skaffa sig betydelsefulla relationer. I vissa fall har läkaren en viktig stödgivande roll (21).

Ett vanligt problem enligt en studie var oro och bekymmer inför framtiden vilket för en del personer riktades mot familjen och deras fortsatta välgång och hur dessa skulle kunna gå vidare efter den egna bortgången (15).

Palliativ cancersjukdom för med sig känslor av isolering och separation. Något som kan motbalansera detta är stunder av delaktighet, att få vara med i sociala sammanhang och att bli räknad med och litad på (21). Att engagera sig i hobbies, hålla konversationer, utförande av amatördramatik, äta middagar och dricka drinkar, gå på bio och att gå på teater var sådant som utfördes som copingstrategier hos patienter drabbade av cancerrelaterad trötthet. Att försöka bevara det normala livet är också en viktig copingstrategi. Detta kunde bland annat innefatta att kunna gå till jobbet, utföra hushållssysslor, gå och handla, skriva brev och artiklar och laga mat (20).

**Tabell 2** Visar strukturen i resultatredovisningen.

<b>Infallsvinklar</b>	<b>Kategori/dimension</b>	<b>Subkategori/tema</b>
<b>Studiens resultat</b>	Psykosocialt	<i>Den sjuke och närstående</i> (14, 15, 16,20, 21) <i>Att vara en börda för andra</i> (15, 18)
	Existentiellt	<i>Döden och döendet</i> (14,15, 19, 21, 23,) <i>Inställning/attityder</i> (14, 16, 19, 21, 22) <i>Att acceptera sin sjukdom</i> (19, 23) <i>Spirituella/andliga aspekter</i> (14, 17)
	Utifrån kroppsliga förändringar	<i>Förändrad kroppsuppfattning</i> (14, 21) <i>Egenvård</i> (20) <i>Autonomi</i> (14, 18)
<b>Teoretiska utgångspunkter</b>	Copingteorier	Främst Lazarus och Folkmans teorier om coping men kompletterar med ytterligare referenser (15, 19, 21, 22) Religiös coping (17)
	Otydligt definierat teoretiskt ramverk	Tyder på teorier kring acceptans av sin sjukdom (23)
	Övriga teorier	Molassiotis begreppsmodell om anpassning till sjukdom och Aldwins levnadslöppsperspektiv(16) Orems egenvårdsteori(20) Cousineaus beskrivningar av självupplevd börda (18) Palliativ vård och Kissanes upplösningssyndrom (14)
<b>Metoder</b>	Kvalitativa studier	<i>Semistrukturerade intervjuer utan</i> mätinstrument(14, 18, 19, 21)
	Kvalitativa metoder i kombination med mätinstrument	<i>Semistrukturerade intervjuer i kombination med mätinstrument;</i> BDI-PC (15) BPI, PMI, CCI, KPS (16) SISC med 0-6 skala (23)
	Kvantitativa studier	Använder olika kvantitativa mätinstrument och utför statistiska analyser FKV-LIS, QSC, FACT-G(22) IGS, COPE-Easy(17) Loggbok med VAS, Mann-Witney (20)

Resultat från en studie om anpassning till cancersmärta beskrev de flesta yngre deltagarna sin tillvaro som att de väntar på att kunna leva. Den här gruppen beskrev slitage på sitt äktenskap som en följd av smärtan. De kände att partnern inte förstod deras smärta eller de begränsningar som den medförde och kände pressen att behöva skydda sin partner från bördan som sjukdomen innebar. De här personerna tenderade att uppgå en längre ihållande smärta och högre smärtintensitet än de som inte uppgav något slitage på äktenskapet. Den grupp som beskrev sin tillvaro som att de levde trots smärtan omfattade en majoritet av äldre patienter över 60 år. Hos dem var det vanligare att äktenskapet stärktes då intimitet och förtrolighet ökades i relationen som ett resultat av smärtan. De menade att smärtan tillhörde paret och inte endast den fysiskt drabbade själv. Många av de äldre hade make eller maka med betydande hälsoproblem och i dessa fall beskrevs en ökad förståelse för varandra (16).

### ***Att vara en börda för andra***

En studie visar att det vanligaste sociala bekymret var känslan att känna sig som en börda för andra. En vanlig social stressor var även rollförluster och brist på information om sin sjukdom eller behandling (15).

Deltagare i en studie som handlade om att känna sig som en börda för andra angav deltagarna upplevelser om självupplevd belastning som oro för andra och hur detta påverkar det egna jaget. Copingstrategier beskrevs som olika sätt att lindra bördan/belastningen för andra och den negativa påverkan på sig själv (18).

Oro för andra innefattade fysisk belastning, social belastning, känslomässig belastning samt framtida bekymmer. Innebörden för jaget återspeglade deltagarnas känslor och tankar om att vara en börda för andra. Känslorna kunde vara nedstämdhet, ilska, sorg, frustration och värdelöshet. Tankar berörde bland annat att skuldbelägga sig själv, att få förändrad självbild där man inte längre såg sig själv vara stark och självständig på grund av förlorad kontroll. Upplevelserna förstärkte känslan av att vara en börda. Den negativa förändringen kunde också bero på att de förväntade sociala rollerna, exempelvis som förälder, inte längre kunde uppfyllas som tidigare (18).

Förminskande av bördan innefattade copingstrategier som kunde delas upp i Problemfokuserade strategier och Emotionellt fokuserande strategier. Problemfokuserade strategier hade som syfte att lindra belastningen för andra bland annat genom att vara aktiv i vårdandet av sig själv/egenvården, dölja vissa behov, hantera behoven hos andra, engagera sig i förberedelser och önskningar för döden. De Emotionellt fokuserade strategierna hade som syfte att förminska uppfattningen av att vara en börda för andra. Här innefattades strategier som: kognitivt undvikande och underkastelse som betydde att ge upp och inse att det inte fanns något val och därför tvingades acceptera. Positivt synsätt/inställning upplevdes leda till att relationerna stärktes, känslor fördjupades och öppen kommunikation möjliggjordes. Att tänka att vårdandet från den anhöriga var berättigat var också en strategi som baserades på ömsesidighet. Det vill säga att den vård och omsorg som den sjuke tidigare i livet gett till den anhörige nu gengäldades i den nya situationen (18).

## **Existentiellt**

Under dimensionen Existentiellt ryms temana *Döden och döendet*, *Inställningar/attityder*, *Att acceptera sin sjukdom* samt *Spirituella/andliga aspekter*.

### ***Döden och döendet***

I en studie visade det sig att det vanligaste existentiella problemet var oro och bekymmer inför framtiden. Oro för framtiden innebar olika upplevelser för olika människor och för en del var den riktad mot osäkerhet kring död och döende (15). Rädsla inför livssituationen och döden var en reaktion som beskrevs av flera patienter i en studie. Detta ledde till avsågande av beslutsfattning och ansvar och lades istället på läkare och anhöriga (19).

En del patienter tänkte inte mer på döden efter att de fått sin diagnos än vad de gjort tidigare. Vissa medgav större rädsla för smärta och lidande som kan höra till döendeprocessen, men ingen rädsla för själva döden. Medan somliga uttrycker rädsla och oro inför döden uttrycker andra sinnesro och att de funnit ett sätt att hantera en okänd framtid på. Ytterligare några beskriver att de kommit till ro på ett helt annat sätt sedan de fick sin diagnos än tidigare (14). Patienter i palliativt skede kunde uppleva att de levtt ett långt och gott liv där döden sågs som en befriare från det nuvarande lidandet (23).

Några av de beståndsdelar som benämns som viktiga gällande betydelsen av hur väl coping lyckas beskrivs bland annat vara personliga faktorer, stöd från andra och ett grundläggande antagande om sig själv att man besitter möjligheten att kunna anpassa sig och omfamna tanken på döden på ett sätt som ger den mening (21).

I vetskap av att ha blivit drabbad av en livshotande sjukdom delar patienter erfarenheter med varandra i strävan att kunna skapa en uthärdlig existens i närvaro av dödens stundande. Patienter strävade mot att kunna kontrollera smärftulla känslor relaterat till deras förestående död. Det visar sig vara oerhört viktigt för patienter att smärftulla känslor förknippade med döden inte fick ta över deras liv och uppsluka dem helt (21).

### ***Inställningar/attityder***

Positivt tänkande eller bekämpande var en inställning som flera patienter intog för att närma sig sin sjukdom och behandling. De ville kämpa mot sjukdomen och tänka positivt och behålla kontrollen över sitt liv (19).

I resultat från en studie om åldersrelaterade mönster i anpassning till cancersmärta beskrivs anpassningen i två teman: ”att vänta på att få leva” och ”att leva trots smärta”. I det första temat hamnade majoriteten av de yngre patienterna (gräns vid 60 år), de kände att fullständig smärftlindring var nödvändig innan deras liv kunde gå vidare och upplevde känslor som att ha förlorat kontrollen, ilska och oförmåga att acceptera sin smärta. De kände att de förlorat sitt vanliga jag och tidigare roller samt mål i livet och aktiviteter på grund av smärtan (16).

Att ha inställningen att ”Leva trots smärta” visade sig vara vanligare bland äldre patienter i studien. De accepterade smärtan som en oundviklig del av cancer, de fortsatte mot sina mål i livet och modifierade aktiviteter för att kunna engagera sig. De tillät inte smärtan bli det största fokus i livet utan tänkte istället på det som fanns kvar i livet. Att gå vidare i livet var viktigare än att uppnå fullständig smärftlindring. De arbetade *med* sin smärta istället för *emot* den vilket innebar planering och förnyande av aktiviteter (16).

Hopp beskrivs av många patienter utifrån att få leva länge, tillfriskna eller slippa sjukdomsprogress. Vissa hoppas på att få hinna göra vissa saker innan de dör medan andra förnekade eller var osäkra på om de hade något hopp (14). Strålar av hopp beskrivs som något som hållit patienter uppe genom tröttsamma perioder med stressfulla symtom såsom ångest och kraftlöshet. Detta hopp innebar mycket mer än bara hoppet om att bli botad som exempelvis att få leva utan symtom som ger distress och att kunna bo kvar hemma eller att i alla fall slippa vara ensam (21).

Patienter beskriver känslor av hopplöshet och att livet upplevs vara utom kontroll, att cancer tagit över och man upplevde sig själv som ett offer. Dessa känslor ledde till beroende där andra överläts ta beslut. Den drabbade nekade information om cancer eller behandlingen. De överväldigades av erfarenheten och upplevde panikattacker och depression (19).

Det finns även ett samband mellan val av copingstrategier vid början av en strålbehandlingsperiod och låg livskvalitet och hög psykosocial distress två år senare. Den copingstrategi som beskrivs som avgörande för denna negativa utveckling är depressiv coping (22).

### ***Att acceptera sin sjukdom***

Inställning till sjukdom och behandling påverkar tankar, humör och beteende vilket påvisades i en studie med patienter som vårdas palliativt. Enligt deltagarna innebär accepterandet ett realistiskt tänkande i sin bedömning av sjukdomen, att tolerera cancer, recidiven och behandlingarna där progressen anses oundviklig. Man omprioriterar och bestämmer sig för att njuta av livet som är kvar (19). Vidare i forskning kring accepterande och välbefinnande hos palliativa cancerpatienter påvisas att personer som har svårt att acceptera sin situation har större sannolikhet att fylla diagnoskriterierna för depression och ångest än de som är mer accepterande gentemot sin sjukdom. Fler av de personer som är ickeaccepterande karakteriserar sin upplevelse av sjukdomen som måttlig till extremt lidande än antalet i gruppen av accepterande personer (23).

Det patienter upplevde hjälpte dem att acceptera sin situation var att känna sig älskad och stöttad av närstående men också att ha tillgång till palliativ vård. Bön och tro på ett liv efter detta var också något som underlättade för accepterandet. En del personer menade att det redan fanns i personlighetsdrag och karaktär att kunna acceptera. Patienterna använde också aktiva strategier som exempelvis att fokusera på nuet eller att engagera sig i att lära sig om sjukdomen. Vidare försökte många behålla ett positivt synsätt, använda humor och undvika att lägga skulden på sig själva. Andra patienter intog mer passiva strategier såsom undvikande och resignation, det vill säga att inte tänka på sjukdomen eller döendet och att underkasta sig faktumet att de inte hade kontroll över följderna och slutade därför bekämpa sjukdomen (23).

Faktorer som försvårar och gör det jobbigt att acceptera sjukdomssituationen angavs inom olika områden vara:

- Sociala/relationella bekymmer – svårt att en dag behöva lämna familjen och vänner och se de närståendes distress på grund av situationen. De var också rädda att ha blivit en börda för de närstående.
- Existentiellt besvär – orättvisan i att ha blivit drabbad av livshotande sjukdom blev ett hinder för accepterandet. Patienter upplevde rädsla för döendeprocessen

och det eventuella lidandet.

- Mentalt lidande – besvärande känslor som stressen och väntandet på döden väckte.
- Fysiska förändringar - Funktionsförluster och förfall i sitt fysiska tillstånd gjorde det svårt för deltagarna att acceptera det som höll på att hända dem (23).

### ***Spiritueella/andliga aspekter***

Starkt troende personer anser att deras andliga välbefinnande hörde samman med religiösa övertygelser och praktiskt utövande av dessa. Många religiösa patienter menade att meningsfullhet kom från deras familjer och tron på Gud, där tron också var något som gav stöd. En minoritet uttryckte att livet var meningslöst eller att man trodde att det fanns mening i livet men att man själv inte visste varifrån den kom. Andra upplevde att icke-religiösa aktiviteter såsom meditation, kreativa aktiviteter och kontakt med naturen hjälpte dem i deras spirituella välmående (14).

Vad för typ av gudsbild man har, och inte bara *att* man har en gudsföreställning, spelar roll för hur man använder sig av copingstrategier. Hos de som hade en bild av Gud som en opersonlig gud gick det att se ett samband till copingstrategierna; att söka råd och information, söka moralisk stöd, förnekelse och att vända sig till religionen. Hos de som hade en bild av Gud som en personlig gud gick det att se att dessa använde sig av copingstrategin att vända sig till religionen i större utsträckning och för de som hade en syn på Gud som en icke-kännbar gud sågs inget samband till någon av de copingstrategier som undersökningen utgick ifrån. En opersonlig gudsbild gav alltså uttryck för fler olika copingstrategier än vad det gjorde för de som hade en personlig gudsbild (17).

### **Utifrån kroppsliga förändringar**

Under dimensionen Utifrån kroppsliga förändringar ryms temana *Förändrad kroppsuppfattning*, *Egenvård* och *Autonomi*.

#### ***Förändrad kroppsuppfattning***

Olika typer av cancerbehandlingar sätter sina spår på kroppens utseende och påverkar dess funktioner, som ett vanligt exempel kan nämnas håravfall. Detta kan vara svårt att acceptera men många patienter vänjer sig och lär sig att leva med sin förändrade kropp genom stegvist accepterande. Det finns patienter som har mycket svårt att hantera kroppens förändringar samtidigt som det finns patienter som inte alls bekymras av detta (14).

Det av kroppen som fungerar kan ses som en indikation på liv mitt i ett palliativt sjukdomsskede och allvarlig cancerdiagnos. Symtomkontroll håller därför döden på ett diskret avstånd då det med god symtombehandling möjliggörs att leva ett så vardagligt liv som möjligt. Även när symtom gör sig gällande är det viktigt att kunna fokusera på de förmågor som fortfarande är intakta. Att försöka att hantera cancerens kroppsliga påverkan visar sig vara svagare då smärta och trötthet blir resistenta symtom. För att kunna möta dessa förändringar med mod och styrka är humor och förmåga att inte försjunka i mörka och depressiva tankar viktigt (21).

#### ***Egenvård***

Ungefär hälften patienterna som upplever cancerrelaterad trötthet använder sig av egenvård som en slags copingstrategi. Egenvård utförd av patienter själva visar sig vara mycket

ineffektivt där endast delvis lättnad kunde uppnås. Anledning till varför en viss egenvårdsåtgärd valdes motiveras av patienter som att det verkade vara det mest naturliga valet av handling. Som exempel på egenvårdsåtgärder kan nämnas att ta tupplurar, ta det lugnt, trädgårdsarbete, gå och lägga sig tidigare eller sova den största delen av dagen. Att vila och ta tupplurar under dagen visar sig vara den vanligaste egenvårdshandlingen och kunde inte bevisas vara effektiv (20).

### ***Autonomi***

Förlorande av autonomi med ökat beroende av människor i ens närhet är en vanlig erfarenhet (14). Även känslan att uppleva sig vara en börda för andra och rädslan att eventuellt bli en börda i framtiden är vanligt (18). Trots denna rädsla visar patienter sig kunna känslomässigt anpassa sig till de följder canceren för med sig, genom användandet av välbevarad och kontinuerlig coping. En del patienter förlikar sig med att de förlorar vissa förmågor och är glad över den hjälp man kan få istället, medan förlorandet av autonomi hos andra patienter leder till ett signifikant utmärkande av distress (14).

## **STUDIERNAS TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER**

Studiernas teoretiska utgångspunkter är kategoriserade i tre olika kategorier, Copingteorier, Otydligt definierat teoretiskt ramverk och Övriga teorier. Fem artiklar är placerade under Copingteorier (15,17,19, 21, 22). En under Otydligt definierat teoretiskt ramverk (23). Fyra stycken under Övriga teorier (14,16, 18, 20).

### **Copingteorier**

de Faye et al (15), van Laarhoven et al (17), Payne (19), Sand et al (21) och Sehlen et al (22) beskriver alla teorier kring coping och copingstrategier. Fyra av dem har störst tonvikt på Lazarus och Folkmans beskrivning av coping, men kompletterar och refererar till ytterligare forskare i sina beskrivningar av relevant område (15, 19, 21, 22). Medan en artikel utgår från copingteorier med fokus på religiös coping (17).

de Faye et al (15) beskriver att ”coping har definierats som kognitiva och beteendemässiga försök att hantera de krav som bedöms som påfrestande på individens resurser”(15 s. 240) och refererar till Lazarus och Folkman. De Faye et al (15) kompletterar också med att beskriva en indelning av copingstrategier i olika dimensioner, närma sig - undvika eller hålla fast i - frigöra sig med referenser till Tobin et al, Epping- Jordan, Suls och Fletcher.

Payne (19) beskriver coping som ett gensvar på olika stressorer som påverkar individen men beskriver två olika synsätt på dessa stressorer där den ena fokuserar på externa händelser som stora livsförändringar och refererar till Holmes och Rahe medan den andra fokuserar på själva bedömningen och tolkningen av en stressor vilket avgör hur individen definierar en händelse. Den andra delen refererar till Lazarus och Folkman. Payne (19) refererar också till Lipowski som vill skilja på coping som stil eller egenskap från specifika copingstrategier vilka blir framkallade av stress.

Sehlen et al (22) refererar också till Lazarus och Folkmans teorier men kompletterar även med Greers definitioner kring mental anpassning. Mental anpassning beskrivs som kognitiv- och beteendegensvar till livshotande händelser vilket också kan inkludera emotionella reaktioner som kan sammankopplas till coping. Sehlet et al (22) lyfter också upp det psykologiska välbefinnandet som ytterligare en aspekt i sammanhanget och de



copingprocesser som främjar det. De menar att coping skulle kunna conceptualiseras som en process vilken är föränderlig under tid och beroende av situation med referenser både till Greer, Lazarus och Folkman.

Något gemensamt för de Faye et al (15), Payne (19) och Sehlen et al (22) är att de lyfter fram beskrivningar av lyckad coping som lyckad anpassning, vilket mäts i frånvarande av psykologisk distress med stöd av sina teorier.

Sand et als (21) studie beskriver copingforskningens utveckling och de refererar också till Lazarus och Folkman men fortsätter sin beskrivning genom att lägga fokus på ytterligare ett steg i copingforskningen. De lyfter fram forskning kring positiva effekter och innebörden av meningsskapande och refererar till bland annat Antonovsky. De skriver också att man i nuläget vet att coping är en multidimensionell process som är känslig för både omgivning och personlighet.

van Laarhoven et al (17) refererar inte till Lazarus och Folkman överhuvudtaget utan har istället ett större fokus kring coping specifikt relaterat till religion och de teorier som finns på det området. De skriver att religion och andlighet kan vara en källa till stöd, mening, kontroll och personlig utveckling hos patienter som konfronteras med en livshotande sjukdom. Hur patienter söker sig till religion eller andligt stöd för att förstå och anpassa sig till en specifik situation i en kris blir refererad som religiös coping med referenser till Pargament.

### **Otydligt definierat teoretiskt ramverk**

Thompson et als (23) artikel faller in under kategorin ”otydligt definierat ramverk”. Introduktionsdelen av artikeln består av fem meningar och dessa fem meningar beskriver syfte och problemställning, men inte några tydliga begreppsförklaringar eller teorier på området. Thompson et als (23) beskriver att det finns de som argumenterar för att medvetandet om döden är avgörande för att kunna uppnå en god död. Med argumentet att för att kunna få en meningsfull död och planera därefter så behöver man bli medveten om och acceptera sin förestående död.

### **Övriga teorier**

Blinderman & Cherny (14), Gagliese et al (16), McPherson et al (18), Richardson & Reams (20) artiklar placeras under kategorin ”övriga teorier”. Övriga teorier faller inte in under Copingteorier och överensstämmer inte heller mellan varandra utan har övriga teoriområden som visserligen berör coping men inte så tydligt som artiklarna under ”copingteorier”.

Gagliese et al (16) förklarar att de flesta cancerpatienter upplever smärta under sjukdomsförloppet och behandlingsperioden och teoretiserar utifrån Molassiotis begreppsmodell om anpassning till sjukdom. Anpassningen är svår och förknippad med fysisk, psykologisk och social försvagning. De har anammat ett levnadsloppsperspektiv och refererar till Aldwin, för att få ytterligare förståelse för anpassning till cancersmärta.

Richardson & Ream (20) beskriver att de har valt att använda sig av Orems teori om egenvård som begreppsmässigt ramverk. De beskriver att egenvårdsteorin bygger på försatsen att alla individer behöver egenvård för att behålla hälsa och välmående. Patienter ses som aktiva beslutsfattare som är ansvariga för att tillfredställa sina egenvårdsbehov. När patienter inte möter sina egenvårdsbehov så arbetar sjuksköterskan tillsammans med

dem för att kunna behålla hälsa och välmående. Vårdrelationen blir alltså delvis kompensatorisk till patientens eget ansvar för att upprätthålla hälsa och välmående.

McPherson et al (18) beskriver behovet av att forska kring patienters upplevelser av att vara en börda för sin omgivning. De lyfter fram Cousineaus definition av begreppet självupplevd börda som ett multidimensionellt begrepp som framträder ur vårdtagares frustration och oro över beroendet som leder till negativa känslor av skuld till vårdgivarens umbärande. De lyfter även fram att självupplevd börda har blivit identifierad som den mest signifikanta sociala stressorn som nämnts av cancersjuka patienter som får palliativ vård.

Blinderman & Cherny (14) beskriver ett palliativt förhållningssätt som ett sätt att närma sig patienter och deras familjer som står inför en livshotande sjukdom. Målet är att öka livskvaliteten och lindra lidandet genom prevention och tidig identifikation samt oklanderlig bedömning och behandling av smärta eller andra problem som fysiska, psykosociala och andliga. De lyfter också fram Kissanes beskrivning av upplösningssyndrom som ett tillstånd när existentiell oro leder till sjukligt lidande. De kriterier som beskrivs är 1) hopplöshet, tappat mening eller syfte i livet 2) attityder av pessimism, hjälplöshet, känsla av att vara fast, personligt misslyckande, eller avsaknandet av en framtid 3) avsaknandet av drift eller motivation till att hantera saken på annat sätt 4) känsla av isolation och brist på stöd 5) tillståndet är ihållande i mer än två veckor 6) och att en annan stor depressiv störning inte föreligger.

## **STUDIERNAS METODER**

Studiernas beskrivna metoder har kategoriserats in i tre kategorier. Fyra studier presenteras under kategorin Kvalitativa studier som inte kombinerar dessa med mätinstrument (14, 18, 19, 21). Tre studier presenteras under Kvalitativa metoder i kombination med mätinstrument (15,16,23). Ytterligare tre studier presenteras under kategorin Kvantitativa studier (17, 20, 22).

### **Kvalitativa studier**

Blinderman & Cherny (14), McPherson et al (18), Payne (19), Sand et al (21) artiklar beskriver metoder där semistrukturerade intervjuer använts utan att kombinera med kvantitativa mätinstrument. De skiljer sig åt i detalj och presenteras var för sig.

Blinderman & Cherny (14) beskriver en intervjumetod där både öppna och styrda frågor har använts, förutom de demografiska data som samlades in. Under intervjun antecknades också patienters ickeverbala svar när det ansågs lämpligt av forskaren. En etnografisk intervjuteknik användes och en induktiv och kvalitativ metod för att analysera svaren från de 40 deltagarna. De demografiska data analyserades inte närmare utan presenterades i en tabell.

McPherson et al (18) har använt sig av tre typer av frågeformuleringar när de utfört intervjuer 1) känslor kring att vara vårdad av familj 2) olika dimensioner av självupplevd börda 3) och vad som hjälpte att lätta på dessa bördor. De använde sig av tolkande fenomenologisk analys för att analysera svaren från de 15 deltagarna som presenteras i teman.

Payne (19) utförde semistrukturerade intervjuer för att samla in data till sin analys. Intervjuerna rörde sig kring fem utvalda områden: 1) tidigare erfarenheter av

cancerbehandling 2) kemoterapins effekter på nuvarande livsstil 3) äktenskapliga samt sociala relationer 4) psykologiska copingresponser 5) uppfattningar om interaktioner mellan vårdpersonal och patient. Efter en pilotstudie valde de att exkludera specifika referenser till sexuella relationer då flera patienter inte velat prata om detta. För att analysera svaren från de 24 kvinnorna som fullföljde studien användes Grounded Theory.

Sand et al (21) använde en semistrukturerad intervjuguide som författarna har utformat tillsammans med kollegor i ett multiprofessionellt hemsjukvårdsteam som de i sin tur testade på två patienter innan studien genomfördes. Frågorna i guiden var öppna och inga skalor eller övriga instrument användes i insamlingsmetoden. Tjugo patienter intervjuades och svaren analyserades med hjälp av existentiella hermeneutiska analysprinciper.

### **Kvalitativa metoder i kombination med mätinstrument**

de Faye et al (15), Gagliese et al (16) och Thompson et al (23) har alla använt sig av semistrukturerade intervjuer som en del av deras datainsamling. De har kombinerat intervjuerna med olika kvantitativa mätinstrument för att kunna göra statistiska analyser av delar av den insamlade datan. De skiljer sig åt för övrigt och presenteras nedan var för sig.

de Faye et al (15) har beskrivit hur alla deltagare gick igenom en semistrukturerad intervju med frågor kring problem inom fysiska, sociala och existentiella dimensioner av stress och tillika sätten att hantera dessa problem. De använde sig av ett protokoll som tidigare använts inom palliativ vård där patienten fick bedöma allvaret av ett problem/bekymmer med en sjugradig skala. Intensitet, frekvens och graden av distress bedömdes inom varje problem/bekymmer. De använde sig också av intervjuerna för att bedöma vilka copingstrategier som använts. Valet att intervju istället för att använda långa frågeformulär gjordes med tanke på att väldigt sjuka patienter kanske inte kan besvara dessa formulär. För att mäta distress användes ett mätinstrument med sju frågor som kallas "Beck Depression Inventory for Primary Care"(BDI-PC). Materialet från de 52 deltagarnas intervjuer kodades för att sedan delas upp i olika påståenden om coping vid olika problem/bekymmer.

Gagliese et al (16) använder sig av fyra olika mätinstrument i kombination med de semistrukturerade intervjuerna. "Brief Pain Inventory" (BPI) användes för att mäta smärtans allvar och inblandning i fysiska, emotionella och sociala områden i livet. Smärta mättes på en skala från 0 till 10 där 0 = ingen smärta och 10 = värsta tänkbara smärta. "The Pain Management Index" (PMI) användes för att mäta överensstämmelsen mellan patientens värsta upplevelse av smärta och förskrivning. "Charlson Comorbidity Index" (CCI) användes för att mäta närvaron av flera sjukdomar. "Karnofsky Performance Status" (KPS) är ett instrument där observatören mäter deltagarens funktionella status.

Demografisk data och sjukdomshistoria samlades in direkt från deltagarna men också från journaler. Deltagarna fick först göra en BPI innan intervjuerna genomfördes. Forskaren använde sig av intervjumaterialet och journalgranskning för att fylla i CCI och KPS. Semistrukturerade intervjuer genomfördes och inleddes med en generell uppmaning "berätta om din smärta" och sedan fokusera på smärtans karaktärsdrag, påverkan, upplevd mening, patientens anpassning och ämnen kring hur smärtan hanterades. En konstant komparativ analys användes för att analysera intervjuerna och olika åldersrelaterade inställningar till att hantera smärtan undersöktes. Teman och deras subkategorier identifieras genom en upppeppande process av kodning av materialet. Det slutgiltiga

deltagarantalet, 32 personer, blev för litet för att göra några statistiska tester därför användes istället en hypotes genererande deskriptiv form av de kvantitativa fynden.

Thompson et al (23) beskriver semistrukturerade intervjuer utförda av professionella med klinisk erfarenhet inom omvårdnad, socialt arbete, psykologi eller med forskningserfarenhet inom palliativ vård. Deltagarnas demografiska data samlades in från intervjuerna och information om primärtumör och behandling inhämtades från medicinska journaler. En version av en strukturerad intervjuguide kring symtom och bekymmer användes (SISC). En rad olika symtom och bekymmer skattas efter en sjugradig skala där 0 = inga problem och 6 = extrema problem. Värdet tre på skalan beskrevs som att problemet ledde till måttlig distress. För att göra den kvantitativa bedömningen av prognostisk acceptans användes den sjugradiga skalan för frågan ”Känner du att du kan acceptera din situation och finna dig i din situation med allt som har hänt?” i SISC guiden. De som svarade 0-2 klassificerades som Accepterare och de som svarade 3 och uppåt klassificerades som Icke accepterare. Dessa grupper jämfördes senare med statistiska analyser. Grupperna undersöktes för skillnader mellan demografisk data, kliniska karaktärsdrag, symtom och bekymmer med en stegvis linjär metod. Tre öppna frågor användes också för att ge en större insikt i fenomenet acceptans: 1) ”Om du skulle försöka förklara för någon om hur du finner dig i din sjukdom och hur du rör dig mot att acceptera saker, vad skulle du säga? 2) Vad är det viktigaste som hjälper dig att acceptera och 3) Vad är det svåraste med acceptans? Svaren på dessa frågor analyserades med en induktiv innehållsanalys. Studien omfattar 381 deltagare.

### **Kvantitativa studier**

van Laarhoven et al (17), Richardson & Ream (20), Sehlen et als 22) studier ryms under kategorin Kvantitativa studier. De samlar in kvantitativ data som sedan analyseras med statistiska analysmetoder. De skiljer sig åt för övrigt och presenteras var för sig.

van Laarhoven et al (17) förklarar att flera specifika skalor anpassade till religiös coping har framtagits för att komma förbi begränsningarna med generella copingskalor. De använder sig av två frågeformulär som deltagarna fyllde i själva. 63 personer fyllde i och lämnade in formulären. Det ena formuläret, som består av 14 frågor, ”Images of God Scale” (IGS) som bedömer vilken gudsbild man har: en personlig bild av Gud, en ickepersonlig bild av Gud eller bilden av en gud som man inte kan veta något om. Det andra formuläret, ”COPE-Easy”, är ett formulär som mäter 14 olika copingstrategier och hur väl applicerbara de är. Sociodemografisk data samlades in och användes som de statistiska analyserna där samband mättes mellan olika gudsbilder, copingstrategier och demografisk data. En stegvis regressionsmodell användes för att göra dessa sambandsberäkningar.

Richardson & Ream (20) gjorde en beskrivande och sambandsmätande studie. Denna studie använde inte frågeformulär som de andra artiklarna i den här gruppen utan använde sig av en kronologisk loggbok som deltagarna fick fylla i. Detta gjordes under perioden då de genomgick en kemoterapi-period vilket varierade mellan 21 till 28 dagar. 109 personer deltog i studien. Visuella Analoga Skalor (VAS) användes för att kvantifiera deras subjektiva upplevelser kring trötthet. Fyra olika dimensioner togs med 1) omfattningen av trötthet 2) den distress som tröttheten orsakade patienten 3) till vilken grad som de stördes i sina dagliga aktiviteter och 4) inverkan på fritt tidsfördriv. Även vilka egenvårdsåtgärder de tog för att hantera sin trötthet fick de dokumentera. De fick också bedöma effektiviteten

av dessa åtgärder som dokumenterades efter en fyrgradig skala. Samband mellan mått av trötthet i de olika dimensionerna och olika egenvårdshandlingar togs fram med hjälp av Mann-Witney testet. För att mäta mängden av egenvård jämfördes antalet handlingar mot gruppens medelvärde av handlingar. Jämförelser gjordes också mot demografiska data för att se om det fanns samband mellan egenvårdshandlingar och olika demografiska skillnader. I avslutningen av loggboksskrivandet gjordes intervjuer som lyfts fram som en möjlighet att validera patienternas nedteckningar.

Shelen et al (22) gjorde en studie där 276 deltagare fyllde i frågeformulär vid sex olika tillfällen under två år i samband med strålbehandling: först i början av strålbehandlingen och vidare i slutet av strålbehandlingen med uppföljning efter sex veckor, sex månader, ett år och två år. De använde sig av ett eget framtaget instrument för att samla in sociodemografisk data. De använde också "Freiburg Questionnaire Coping with Disease" (FKV-LIS) som mäter olika copingstrategier efter 35 punkter och olika subskalor. "Questionnaire on Stress in Cancer Patients" (QSC) heter ytterligare ett formulär som är ett självskattande instrument med 38 frågor för att mäta psykologisk distress hos cancerpatienter. Ytterligare ett formulär användes, "Functional assessment of Cancer Treatment" (FACT-G). Detta är ett frågeformulär som mäter sjukdomsaspekter på livskvalitet. Olika samband räknades ut mellan olika copingstrategier och psykosocial anpassning i termer kring psykosocial distress och livskvalitet utifrån värdena på de skalor som frågeformulären använt.

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

Friberg (12) motiverar till användandet av litteraturöversikt då syftet är att skapa en sammanfattande översikt av ett valt område genom sammanställning av tidigare forskningsresultat och på så sätt skapa en utgångspunkt för vidare forskning. Det är med dessa motiv vi valt att utgå från den metod Friberg (12) beskriver. Valet av metod överensstämmer med arbetets syfte att ge en sammanfattande bild över forskningen kring patienter i ett palliativt skede av sin cancersjukdom och copingstrategier. Föreliggande litteraturstudie har baserats på publicerade vetenskapliga artiklar som har respekterat upphovsrätten och studierna presenteras på ett etiskt och korrekt sätt. Vi har strävat efter ett objektivt förhållningsätt i vår analys och har presenterat vårt resultat med etiskt övervägande.

Friberg (12) föreslår en fokusering på tre infallsvinklar vid analysen av materialet vilket vi också har valt att göra. Om vi hade valt fler infallsvinklar skulle antagligen vårt resultat blivit ännu mer översiktligt och inte studerat på den detaljnivå vi gjort. Om vi istället enbart skulle fokusera på en infallsvinkel, till exempel artiklarnas resultatdelar, skulle detta kunna ge ännu mer detaljkunskap kring studiernas fynd. Vi valde att särskilt studera studiernas teoretiska utgångspunkter, metoder och resultat för att ge en bättre förståelse för själva forskningen på området och inte enbart studiernas resultat.

Artikelsökningen av coping hos patienter i ett palliativt skede av sin cancersjukdom gav få träffar vilket visar att det är ett relativt utforskat område som därför gör det extra viktigt att studera. Det var svårt att jämföra de olika studieresultaten i artiklarna och sammanställa dessa till en tydlig översikt då området är komplext och mångdimensionellt och mycket upplevdes gå in i varandra. Ofta används breda frågor i kvalitativ forskning för att få med

så många aspekter som möjligt. Detta gör det visserligen svårt att kunna se om det är något visst som har inverkan på förmågan till coping, eller om det helt enkelt är det stora sammanhanget med alla dess inverknings som har betydelse för patientens copingförmåga.

## **RESULTATDISKUSSION**

Mycket av forskningen mäter lyckad coping med mått av distress och försöker se samband mellan olika copingstrategier och distress. Om det är den psykologiska distressen som i sig påverkar individen att inte acceptera sin situation eller om det är problemen att acceptera sin situation som ger distress blir svårt eller omöjligt att avgöra. För att studera sambandet mellan orsak och verkan är studier över tid av stort värde. Endast en longitudinell studie är med i litteraturöversikten och vars resultat inte ger något tydligt svar på om ickeaccepterande copingbeteende orsakar distress eller viceversa. Ett förslag på vidare forskning skulle kunna vara att undersöka psykologisk distress och ickeaccepterande copingstrategier över tid för att kunna urskilja orsakssamband.

Det som tycks vara mest återkommande i resultaten är att vissa copingstrategier såsom undvikande eller ickeaccepterande strategier ses i samband med högre nivåer av distress. Det kan finnas perioder i sjukdomsprocessen då det kan vara positivt att förneka eller skjuta vissa saker ifrån sig för att kunna hantera det i sin egen takt för att senare acceptera sin situation (11). Det är tydligt att sambandet mellan psykologisk distress och coping ofta tas för givet i vissa studier. Till exempel mäts lyckad coping som frånvaro av distress eller lägre nivåer av distress (14, 15, 22, 23, 20). Dessutom är det möjligt att frånvaro av distress inte alltid är det mått som patienten själv mäter sin livskvalitet med. Att uppnå andra mål i livet kan prioriteras framför att försöka reducera distress och därför bör inte frånvaro av distress vara en generell indikator på lyckad coping (11). Vissa kan ha mål som gör det värt att utstå en kortare tid av ökad distress. Målet behöver nödvändigtvis inte vara att minimera distress utan kanske istället kunna slutföra ett uppdrag eller behålla sociala relationer. Det är svårt att se i studierna om de tagit hänsyn till patienters variation i personliga mål. Detta är ett stort problem för den här delen av forskningen, inte bara vad gäller cancersjuka i palliativt skede (11). Andra mått bör utvecklas där personens egna mål tas hänsyn till. Enligt Ryff och Keyes (25) är inte frånvaro av distress en indikator på välbefinnande, de tar istället upp andra dimensioner som är bättre indikatorer på effektivt fungerande så som själv-acceptans, personlig utveckling, mening i livet, goda relationer, omgivningsbemästring och autonomi.

Flera av studiernas fynd är även för generella för att vara direkt applicerbara i vården av patienter. Det är svårt att kunna utvärdera resultat av användandet av specifika copingstrategier då omgivningssituation och personlighet avgör och påverkar vad copingstrategin har för betydelse (11). Implikationerna av sambandsstudierna visar dock att vissa copingstrategier som kan vara direkt sårbara för en individ, till exempel användandet av depressiv coping där man kunde se en koppling till psykosocial distress (22, 23). Trots samband mellan de olika strategierna och psykologisk distress är det som beskrivet mycket svårt att veta vad som påverkar vad. Forskningen kring coping och olika personers copingstrategier rör sig över ett så komplicerat område att det blir oerhört svårt att ta med i beräkningen alla de variabler som kan påverka en människa till att uppleva psykologisk distress. Även om vissa studier ger sig i kast med att beräkna med fler variabler än andra så blir människans alla olika resurser, egenskaper och omgivningsfaktorer svåra eller omöjliga att ta hänsyn till.

Det finns vissa fynd i artiklarnas resultatdelar som riskerar att vara uppenbara självklarheter. Coyne och Ricioppe (11) lyfter fram detta problem med copingforskning i stort. Som exempel kan nämnas faktorer som är viktiga för att coping ska lyckas. Sådana faktorer beskrivs som; personliga faktorer, stöd från andra och ett grundläggande antagande om sig själv att man besitter möjligheten att kunna anpassa sig och omfamna tanken på döden på ett sätt som ger den mening (21). Det kan te sig som självklart att det är lättare att hantera en nära förestående död om man är förberedd på vad som sker. För att ge ytterligare exempel har strålar av hopp beskrivits som något som bär under tröttsamma perioder med stressfulla symtom såsom ångest och kraftlöshet vilket också kan ses som uppenbart och självklart redan på förhand (21). Det kan därför upplevas överflödigt och ovidkommande med sådana forskningsresultat. Dessa resultat riskerar därför att inte ge någon utveckling och förändring i den kliniska omvårdnaden. Mycket av forskningens resultat är intressant och beskriver patienters upplevelser och copingstrategier, men det är också mycket som är tämligen uppenbart och självklart på förhand. Å andra sidan kan självklarheter verka lugnande och tröstande för utsatta människor då det kan bekräfta att de upplevelser och reaktioner som sjukdomen medför även är vanliga hos andra personer som är i liknande situationer. Det kan tänkas lindra känslan av ensamhet och utanförskap.

Patienten är själv expert på sin upplevelse av sin situation och hur högt välbefinnande som uppnåts. Som resultat visar kring copingstrategier vid cancerrelaterad trötthet väljer patienten strategier utifrån att de känns som de mest naturliga att tillgå, exempelvis att vila eller ta en tupplur för att lindra tröttheten. Just denna visade sig också vara den vanligaste handlingen vid cancerrelaterad trötthet men kunde inte bevisas vara effektiv (20). Hjälp från sjuksköterska kan därför vara avgörande för att patienten ska få kunskap och information om mer lämpliga copingstrategier som i exemplet skulle kunna vara att ta en promenad. Något som för den drabbade personen inte känns naturligt att ta initiativ till när symtomet är påträngande, just därför är det viktigt att söka och ta emot hjälp från andra. Något som kan motarbeta viljan att be om hjälp kan däremot vara känslan att vara en belastning för andra. Att uppleva en förminskad självständighet och förändrad självbild kan förstärka känslan av att vara en börda vilket för med sig många negativa känslor som värdelöshet och nedstämdhet (18). Samtidigt som det är viktigt att få hjälp av andra för att hitta sätt för att må så bra som möjligt är det också viktigt att värna om självständigheten för att uppnå välmående. Förmodligen krävs en balans där patienten fortfarande får känna kontroll samtidigt som han eller hon inser behovet av att ta emot hjälp från andra.

Då coping är en multidimensionell process som är känslig för både omgivning och personlighet behöver inte bara valet av copingstrategier variera från person till person utan också vara olika lämpliga beroende på person (21). Även om val av copingstrategier och dess tillämpbarhet kan variera kraftigt beroende på mängder av faktorer kan ökad kunskap på området hjälpa sjuksköterskan att identifiera individens strategier i dennes unika situation. Edvardsson (26) menar att arbeta personcentrerat utifrån patientens perspektiv och se till vad individen har för resurser blir viktigt för sjuksköterskan att kunna hjälpa patienten. Det är viktigt att se till individen och inte generalisera över vilken copingstrategi som passar bäst för denne. Ett aktivt samspel med patienten och hjälpa denna identifiera sina egna strategier, men också föreslå och ge vägledning i framtida hanteringsprocess blir viktigt. Richardson & Ream (20) pekar på vikten av stöd till patienten för att hitta bra sätt att hantera sina bekymmer. Ytterligare forskning skulle kunna undersöka metoder för sjuksköterskan att hjälpa och understödja patienten i sin copingprocess så att det arbetet blir ytterligare evidensbaserat vilket skulle gynna patienten. Här har sjuksköterskan en

viktig roll då denne kan informera patienten om forskningsresultat som kan tyckas onödigt att uppmärksamma på grund av att det känns självklart men som trots allt kan bli till nytta för patienten.

Det kan konstateras att det finns få studier på området och att de teoretiska utgångspunkterna varierar emellan dessa. Endast fem artiklar beskriver utgångspunkter konkret från copingteorier (15, 17, 19, 21, 22). Lazarus och Folkmans (9) teorier och definitioner av coping är de som är mest förekommande. Det är tydligt att Lazarus och Folkmans (9) teorier om coping är de mest framträdande trots att ytterligare teorier refereras till som komplement. Intressant är att endast en artikel är tydlig med att ta upp positiva effekter av cancersjukdom i sin teoretiska inledning (21). Det vore betydelsefullt att fler studier har ett större fokus i sin utgångspunkt på cancers positiva effekter. Antonovsky (27) beskriver ett salutogenetiskt förhållningsätt där man ser till de faktorer som bringar hälsa i en situation snarare än vad som ger ohälsa. Kanske skulle fler resultat belysa drabbandet av obotlig cancers positiva aspekter om detta skulle studeras ytterligare och de strategier som fokuserar mer på detta. Det kan verka paradoxalt att tala om cancers positiva aspekter, men tankar om döden och livet hör varandra tätt ihop. Det är kanske inte så långt emellan lidandet och livsuppskattning alla gånger.

Att artiklarna har sådan spridning i teoretiska ramverk beror delvis på att valet att även inkludera artiklar som berörde copingteorier men som inte hade det som huvudfokus. Det finns ett stort behov av teoriutveckling kring coping hos patienter med cancer i palliativt skede. Det finns mycket forskning i stort om coping men inte vad gäller coping och svår obotlig cancer, vilket kan tyckas lite märkligt. Med hjälp av de copingteorier som finns och fortsatt forskning så kan kunskapen öka om hur dessa patienter hanterar sina situationer. Med hjälp av ökad kunskap och förståelse kan sjuksköterskan hjälpa och stötta dessa patienter.

Det finns flera intressanta och relevanta aspekter att diskutera kring vad beträffar studiernas metoder. Det är inte konstigt att mycket intervjuer och kvalitativa metoder används då området är relativt utforskat och intervjustudier med kvalitativ analys lämpar sig när man skall utforska, identifiera mönster och mening i specifika kontexter och beskriva företeelser och fenomen som är tämligen utforskade vilket Leininger (28) lyfter fram.

Med tanke på att begreppen distress och psykologisk distress inte är tydligt definierade i copinglitteraturen (4) och inte heller i artiklarnas teoretiska utgångspunkter blir det viktigt att utforma de frågorna tydligt för att de delaktiga patienterna skall förstå vad som menas och för att det skall bli tydligt vad studiers resultat egentligen kommer fram till.

Man kan också rikta viss kritik till användandet av färdiga checklistor eller frågeformulär som använts i vissa studier (17, 22). Om man använder allt för generella checklistor eller frågeformulär blir det svårt att egentligen få något trovärdigt resultat då coping styrs mycket av situation och person. Det går att anpassa checklistor eller frågeformulären till den specifika miljö och situation som skall studeras. De allra flesta studierna beskriver semistrukturerade intervjuer där frågorna är mer anpassade till situation vilket gör att den risken inte uppstår på samma sätt (14, 15, 16, 18, 19, 21, 23). Coyne och Ricioppe (11) varnar för användandet av allt för stora och vida frågeformulär. Det har varit ett problem beträffande copingforskningen i stort med det okritiska användandet av frågeformulär. Att använda ett färdigt formulär blir en enkel väg istället för att anpassa frågor till situation.



Det har visat sig att sådana checklistor och formulär inte kunnat ge några substantiella fynd och att det finns en stor risk för att ge förvirrande resultat (11).

Generaliserbarheten i resultaten går också att diskutera utifrån de metoder som använts i de olika studierna. Studierna har ofta få deltagare (se bilaga för översikt) och utspelar sig i specifika situationer med många olika faktorer som är bundet till situation och person. Att räkna med alla olika faktorer som kan påverka en individ till olika val av strategier eller vad som passar bäst till just denne är ingen lätt uppgift. Det blir därför svårt att göra konkreta generaliseringar.

## **IMPLIKATIONER**

Föreliggande litteraturoversikt om copingstrategier hos patienter med cancer i palliativt skede visar att det behövs ytterligare studier på området. Det är viktigt att undersöka och jämföra orsak och verkan beträffande copingstrategier och hur effektiva dessa strategier är. Dessutom bör andra mått av lyckad coping än enbart mått av distress utvecklas där hänsyn tas till individens egna mål. Vi vill uppmana till vidare forskning för att öka förståelse och kunskap för hur stöd till cancersjuka patienter i ett palliativt skede kan ges i den kliniska omvårdnaden.

## REFERENSER

1. Bolund C. & Brandberg Y. Psykosocial onkologi. I: "Onkologi" Ringborg U, Dalanis T, Henriksson R (red.).
2. National cancer control programs: policies and managerial guidelines, 2<sup>nd</sup> ed. Geneva, World Health Organization, 2002  
Svensk översättning: Kenne Sarenmalm E, Fürst CJ, Strang P, Ternstedt BM  
Tillgänglig:  
<http://www.nrpv.se/pages/589.asp?menuID=257&menuColor=%2399CC00>  
Hämtad 2010-12-22
3. Strang P. Palliativ onkologi och palliativ vård I: "Onkologi" Ringborg U, Dalanis T, Henriksson R (red.)
4. Ridner S. Psychological distress: concept analysis. Journal of Advanced Nursing. 2004 45(5), 536-545.
5. Reitan A.M. Kris och coping I: Reitan A.M & Schölberg T. KR. (red) Onkologisk omvårdnad Stockholm: Liber, 2003.
6. National Comprehensive Cancer Network. Clinical practice guidelines in oncology, Vol. 1, 2005
7. Wiman M. (projektledare) Nordstedts stora engelsk-svenska ordbok. Stockholm Nordstredt, 2000
8. Egidius H. (red) Termlexikon psykologi och psykiatri. Studentlitteratur, Lund. 2006
9. Lazarus R.S. & Folkman S. Stress Appraisal and coping. New York: Springer 1984
10. Karlsson L. Psykologins grunder. Studentlitteratur 2007. Lund
11. Coyne J.C. & Racioppo M.W. Never the Twain shall meet? Closing the gap between coping research and clinical intervention research. American Psychologist. 2000 55(6):655-64
12. Friberg F. Att göra en litteraturöversikt. I: Friberg F. (red) Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten Studentlitteratur, 2006
13. Boyd C.O. Philosophical foundations of qualitative research nursing research. I: Munhall P.L. (red) Nursing research A qualitative perspective London: Jones and Bartlett Publisher International, 2001
14. Blinderman CD, Cherny NI. Existential issues do not necessarily result in existential suffering: lessons from cancer patients in Israel. Palliative Medicine. 2005; 19(5):371-380
15. de Faye B, Wilson K, Chater, S., Viola, R., & Hall, P. Stress and coping with advanced cancer. Palliative & Supportive Care. 2006; 4(3), 239-249
16. Gagliese L, Jovellanos M, Zimmermann C, Shobbrook C, Warr D, Rodin G. Age-related patterns in adaptation to cancer pain: a mixed-method study. Pain Medicine 2009; 10(6): 1050-1061.
17. van Laarhoven HW, Schilderman J, Vissers KC, Verhagen CA, Prins J. Images of God in relation to coping strategies of palliative cancer patients. Journal of Pain and Symptom Management. 2010; 40(4), 495-501

18. McPherson CJ, Wilson KG, Murray MA. Feeling like a burden: exploring the perspectives of patients at the end of life. *Social Science and Medicine*. 2007; 64(2):417-427
19. Payne S. Coping with palliative chemotherapy. *Journal of Advanced Nursing*. 1990; 15(6), 652-658
20. Richardson A, Ream E K. Self-care behaviours initiated by chemotherapy patients in response to fatigue. *International Journal of Nursing Studies*. 1997; 34(1), 35-43
21. Sand L, Olsson M, & Strang P. Coping strategies in the presence of one's own impending death from cancer. *Journal of Pain & Symptom Management*. 2009; 37(1), 13-22
22. Sehlen S, Song R, Fahmüller H, Herschbach P, Lenk M, Hollenhorst H, Schymura B, Aydemir U, Dühmke E. Coping of cancer patients during and after radiotherapy - a follow-up of 2 years. *Onkologie*. 2003; 26(6):557-563
23. Thompson GN, Chochinov HM, Wilson KG, McPherson CJ, Chary S, O'Shea FM, Kuhl DR, Fainsinger RL, Gagnon PR, Macmillan KA. Prognostic acceptance and the well-being of patients receiving palliative care for cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2009; 1;27(34), 5757-5762
24. Ekman A. (red) Nationalencyklopedin. Psykosocialt synsätt (Elektronisk)  
Tillgänglig: <http://www.ne.se/psykosocialt-synsatt>. Hämtad 2010-12-22
25. Ryff, C.D & Keyes, C.L.M. (1995) the structure of psychological well-being revisited. *journal of personality and social psychology*, 69, 719-727
26. Edvardsson, D. Personcentrerad omvårdnad – definition, mätskalor och hälsoeffekter I: Edvardsson, D. (red) Personcentrerad omvårdnad - i teori och praktik. Lund; Studentlitteratur, 2010.
27. Antonovsky, A. Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och kultur, 1987
28. Leininger M. M. Nature, Rationale, and Importance and Qualitative Research Methods in Nursing I: Leininger M M Qualitative research methods in nursing Orlando: Grune Stratton, 1984

**Bilaga** -artikelsammanfattning

ARTIKEL	ÅRTAL:	TEORETISK UTGÅNGSPUNKT	SYFTE/MÅL	DELTAGARE	METOD
<p><b>Titel:</b> Existential issues do not necessarily result in existential suffering: lessons from cancer patients in Israel  <b>Författare:</b> Blinderman CD; Cherny NI  <b>Tidsskrift:</b> Palliative Medicine Jul; 19 (5): 371-80</p>	2005	Övriga teorier	Kvalitativt bedöma existentiell distress hos en etnisk, kulturell och religiös heterogen cancerpopulation i Israel. Till vilken grad som existentiella bekymmer var närvarande, hur de manifesteras och på vilken nivå de skapar distress.	40	Semistrukturerade intervjuer utan kombination med kvantitativa mätinstrument
<p><b>Titel:</b> Stress and coping with advanced cancer  <b>Författare:</b> De Faye, B., Wilson, K., Chater, S., Viola, R., &amp; Hall, P.  <b>Tidsskrift:</b> <i>Palliative &amp; Supportive Care</i>, 4(3), 239-249</p>	2006	Copingteorier	1)Identifiera källor till stress över fysiska, sociala och existentiella dimensioner 2)avgöra hur personer försöker hantera olika vid olika typer av stressorer 3) undersöka samband mellan stress, coping, och psykologisk distress	52	Semistrukturerade intervjuer i kombination med kvantitativa mätinstrument
<p><b>Titel:</b> Age-related patterns in adaption to cancer pain: A mixed-method study.  <b>Författare:</b> L Gagliese, PhD M Jovellanos...  <b>Tidsskrift:</b> American academy of pain medicine</p>	2009	Övriga teorier	Utforska åldersrelaterade mönster i anpassning till kronisk cancerrelaterad smärta hos yngre och äldre patienter.	32	Semistrukturerade intervjuer i kombination med kvantitativa mätinstrument

<p><b>Titel:</b> Images of God in relation to coping strategies of palliative cancer patients  <b>Författare:</b> Hanneke W M van Laarhoven,  <b>Tidsskrift:</b> Journal of pain and symptom management</p>	2010	Copingteorier	Att undersöka sambandet mellan vidhållande till en personlig, en icke personlig, och/eller en icke kännbar bild av Gud och copingstrategier hos holländska palliativa cancerpatienter.	68	kvantitativ
<p><b>Titel:</b> Feeling like a burden: Exploring the perspectives of patient at the end of life.  <b>Författare:</b> .McPherson, K.Wilson, M.Murray  <b>Tidsskrift:</b> Social science &amp; medicine</p>	2006	Övriga teorier	Öka förståelsen kring att uppleva sig som en börda ur hos patienter som är dödligt sjuka	15	Semistrukturerade intervjuer utan kombination med kvantitativa mätinstrument
<p><b>Titel:</b> Coping with palliative chemotherapy  <b>Författare:</b> Payne, S  <b>Tidsskrift:</b> <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 15(6), 652-658.</p>	1990	Copingteorier	Utforska de faktorer som är associerade med psykosocial distress hos kvinnor med avancerad cancer.	24	Semistrukturerade intervjuer i kombination med kvantitativa mätinstrument

<p><b>Titel:</b> Self-care behaviours initiated by chemotherapy patients in response to fatigue.  <b>Författare:</b> Richardson A, Ream EK.  <b>Tidsskrift:</b> Int J Nurs Stud. Feb;34(1):35-43</p>	1997	Övriga teorier	1)Beskriva egenvårdstrategier hos patienter som genomgår kemoterapi för att bekämpa trötthet 2) bestämma frekvensen av egenvårdshandlingar 3) utvärdera effektivitet av dessa handlingar 4) undersöka relationen mellan fatigue och egenvårdsprestation.	109	kvantitativ
<p><b>Titel:</b> Coping strategies in the presence of one's own impending death  <b>Författare:</b> Sand, L., Olsson, M., &amp; Strang, P.  <b>Tidsskrift:</b> <i>Journal of Pain &amp; Symptom Management</i>, 37(1), 13-22</p>	2009	Copingteorier	Öka kunskap om hur ickerelegösa infödda svenskar utvecklar copingstrategier vid sin stundande död och hur dessa tjänar sitt syfte för att hantera situationen att man snart skall dö.	20	Semistrukturerade intervjuer utan kombination med kvantitativa mätinstrument
<p><b>Titel:</b> Coping of cancerpatients during and after radiotherapy – a follow-up of 2 years  <b>Författare:</b> S. Sehlen, R. Song H. Fahmüller P. Herschbach M. Lenk H. Hollenhorst B Schymura U. Aydemir E. Dühmke  <b>Tidsskrift:</b> Onkologie</p>	2003	Copingteorier	1)Öka kunskap kring inflytandet av medicinska och sociodemografiska variabler på copingstrategier kopplat till olika faser under och upp till två år efter strålbehandling. 2) bedöma inflytandet av copingstrategier på psykosocial distress och livskvalitet.	276	kvantitativ

<p><b>Titel:</b> Prognostic acceptance and the well-being of patients receiving palliative care for cancer  <b>Författare:</b> G.N. Thompson  <b>Tidsskrift:</b> Journal of clinical oncology</p>	<p>2009</p>	<p>Otydligt definierat teoretiskt ramverk</p>	<p>Utforska prognostiskt accepterade hos patienter med avancerad cancer och dess påverkan på det fysiska, psykiska och existentiella välbefinnandet samt utforska de faktorer som kan påverka en sådan process.</p>	<p>381</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer i kombination med kvantitativa mätinstrument</p>
---	-------------	---	---	------------	--