

# Hur en människa finner styrka att leva vidare i ett liv som inte blev som det var tänkt

- en litteraturstudie om att leva med cancer

Ida Fjellborg

Luleå tekniska universitet

C- uppsats

Psykologi

Institutionen för Arbetsvetenskap

Avdelningen för Teknisk Psykologi

## Sammanfattning

Syftet med detta examensarbete är att belysa vad som driver en människa att gå vidare i livet efter att ha fått ett besked om att han/hon har cancer och även olika copingstrategier som används för att hantera cancer. Den teoretiska bakgrunden innefattar bland annat Lazarus och Folkmans (1984) teori om coping, Moos (1986) olika copingstrategier och Greer och Watsons (1979) olika copingstilar. Arbetet utgörs av en litteraturöversikt över olika artiklar och böcker som behandlar coping och cancer. Resultaten visade att de vanligaste copingstrategierna var att förneka det hotfulla, hopp, acceptans, söka information om sjukdomen, meningsbaserad coping och att försöka att leva ett så normalt liv som möjligt.

Nyckelord: cancer, copingstrategier, coping

## Abstract

The purpose of this thesis is to find out what it is that force a human being to move on with his/her life after having been diagnosed with cancer and what different coping strategies that are used to cope with cancer. The theoretical frame of reference contains among other things Lazarus and Folkmans (1984) theory of coping, Moos (1986) different coping strategies and Greer and Watsons (1979) different coping styles. The study is a literature review of different articles and books about coping and cancer. The results showed that the most common coping strategies are to deny the threatening, hope, acceptance, seek information about the illness and try to live a normal life as possible.

Keywords: cancer, copingstrategies, coping

## Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Syfte och frågeställningar.....	2
Teoretisk referensram.....	2
Metod.....	5
Litteratursökning.....	5
Analys.....	5
Avgränsningar.....	5
Resultat.....	5
Diskussion.....	8
Referenser.....	10
Bilaga 1	

## Inledning

Cancerfonden (2007) har visat att ungefär var tredje person i Sverige någon gång i sitt liv kommer att bli diagnostiserad med cancer. Detta innebär att ca 6 personer får ett cancerbesked varje timme. I och med detta är det inte ovanligt att en familj kan få uppleva cancer någon gång i livet. Det har visats att drygt hälften av alla cancerpatienter blir botade och det är många som kan leva länge och ett bra liv med sin sjukdom på grund av de olika vårdformer som finns idag, däribland palliativ vård (Cancerfonden, 2007).

Cancer är samlingsnamnet för ungefär 200 olika sjukdomar. De vanligaste av dessa är enligt Cancerfonden (2008) i Sverige prostatacancer, bröstcancer, tjock- och ändtarmscancer, hudcancer och lungcancer. Cancer uppstår genom att balansen i celldelningen har rubbats och de tidigare friska cellerna, nu cancercellerna, börjar okontrollerat dela sig. Allt eftersom det kommer nya cancerceller bildas en klump med dessa och denna klump kallas för en tumör. Denna fortsätter att växa och till slut kan patienten se och/eller känna tumören. Det finns goda (benigna) och elakartade (maligna) tumörer. Godartade tumörer kan precis som elakartade tumörer bli stora, men de har inte samma förmåga att tränga sig igenom och växa in i andra vävnader och de har inte heller förmågan att sprida sig till andra organ i kroppen. En elakartad tumör däremot tränger sig in i vävnader och till slut kan de komma i kontakt med blod- och lymfkärl. Om cellerna från en elakartad tumör skulle lossna kan de, genom att följa med blodet eller lymfan, sprida sig till andra delar av kroppen och bilda nya tumörer som kallas för metastaser (Cancerfonden, 2008)

Ett besked om cancer kommer ofta som en chock och många reagerar på detta genom att förneka det och tränga undan informationen då den kan upplevas som hotfull (Rydén & Stenström, 2000). Traumat kan bli än större och krisen mycket svårare om cancerbeskedet kommer mycket plötsligt utan någon som helst misstanke från patientens sida. Det är psykiskt påfrestande att vänta på besked, men om patienten har hunnit tänka tanken att det kan vara cancer så kan det vara en mental förberedelse för patienten (Birgegård & Glimelius, 1991). De flesta som drabbas av cancer klarar av att handskas med beskedet och erfarenheten som det medför. Men det är även många som upplever situationen som allt för tung under en stor del av tiden (Carlsson, 2007). Även om många som får ett cancerbesked klarar av att handskas med det genomgår i princip alla som drabbas av cancer någon form av kris då de får beskedet (Birgegård & Glimelius, 1991). Den traumatiska krisen är en vanlig förklaringsmodell för att beskriva olika känslomässiga reaktioner som kan uppstå vid insjuknande i cancer (Carlsson, 2007). Den vanligaste modellen, som Cullberg (2003) beskriver, delar upp krisförloppet i fyra olika faser i den traumatiska krisen: chockfasen som övergår till en reaktionsfas och därefter ytterligare bearbetning i bearbetningsfasen som pågår fram till nyorienteringsfasen då en fullständig återhämtning har skett. Dessa faser är inte åtskilda, det kan till och med hända att någon av faserna fattas eller att den är invävd i en annan, och de får inte ses som en stel modell som måste följas till punkt och pricka, utan mer som hjälpmedel för att orientera sig i krisens förlopp (Cullberg, 2003).

Chockfasen kan vara allt från bara ett kort ögonblick upp till några dygn. Under chockfasen är individen inriktad på att hålla verkligheten ifrån sig allt vad som går, då han/hon ifråga ännu inte hittat ett sätt att ta in det som skett och bearbeta det. Chock- och reaktionsfaserna utgör tillsammans krisens akuta fas och denna bör inte pågå längre än 4-6 veckor för att få kallas akut kris. Reaktionsfasen börjar då den drabbade tvingas inse vad som har hänt, eller ska hända, efter att tidigare ha försökt att undvika och skjuta undan. Den drabbade försöker ofta finna en mening i det som har hänt. När en individ går in i bearbetningsfasen har det akuta skedet

lämnats och han/hon börjar åter vända sig mot framtiden istället för att som i början vara totalt ockuperad av traumat och det som skett. Detta kan i fallet av cancer vara att acceptera tanken på att leva med en kronisk sjukdom, samtidigt som personen lär sig att passa in i de nya sociala rollerna som sjukdomen kan medföra. Under den sista fasen, nyorienteringsfasen lever individen med det som har hänt som ett ärr som alltid kommer att finnas där, men som inte längre behöver hindra personen från att leva ett normalt liv. En kris är en del av livet och inte något som ska glömmas (Cullberg, 2003).

I den akuta krisen som kan uppstå vid ett cancerbesked är patienten och även dennes närstående i behov av försvarsmekanismer. Dessa har till uppgift att minska ångest och hjälpa till att klara av att hantera den nya livssituationen. Regression är en försvarsmekanisk som innebär ett beteende karaktäristiskt för ett tidigare utvecklingskede. Vid reaktionsbildning vänder personen vad han eller hon anser som otillättna känslor till dess motsats. Projektion är en försvarsmekanisk i vilken personen i fråga förlägger omedvetna känslor som är för svåra att själv bära på och handskas med till omgivningen. Förnekelse innebär att helt förneka fakta om, och omkring, sin sjukdom. Det är vanligt att en patient har en delvis förnekelse då han eller hon förnekar vissa delar av situationen och kanske bara tar till sig vissa delar av vad sjukdomen innebär. Isolering av känslor är ett sätt att klara av situationen där patienten kan framstå som lugn och mogen men under ytan kan känslorna vara för svåra att uthärda för att de ska få existera (Carlsson, 2007).

En individ som drabbats av cancer hamnar plötsligt i en ny livssituation och måste försöka lära sig att hantera och anpassa sig till den nya situationen. För att kunna bearbeta och hantera de svåra känslor som kan uppstå vid anpassningen till ett nytt liv, med en livshotande sjukdom, kan personen använda sig av olika copingstrategier. Det har gjorts en del forskning (Rydén & Stenström, 2000) om vilka copingstrategier som används och genom denna har olika strategier som människor använder sig av identifierats. Ingen strategi anses vara bättre än den andra utan vilken som används beror på individ och situation.

### Syfte och frågeställning

Syftet med arbetet är att belysa vad som driver en människa att gå vidare i livet efter att ha fått ett besked om att han/hon har cancer. Den frågeställning som arbetet söker besvara är:

- Vad använder människan för copingstrategier för att kunna hantera sjukdomstillståndet?

### Teoretisk referensram

Kroniska sjukdomar kräver för det mesta att patienterna och deras familjer gör sociala och emotionella anpassningar. För att kunna anpassa sig till en ny livssituation med en livshotande sjukdom krävs stora copinginsatser. Många anpassar sig bra till sin sjukdom om deras familjemedlemmar aktivt deltar i behandlingsprogrammet, uppmuntrar dem att vara självständiga och om de svarar på deras behov av ett omtänksamt och känsligt sätt (Sarafino, 2006). Vid sjukdom men även vid andra personliga kriser är socialt stöd av stor betydelse för den utsatte individen och det har visats att socialt stöd är viktigt för både den fysiska som den psykiska hälsan. Dåligt socialt stöd har däremot sammankopplats med psykiatrisk ohälsa som

depression, självmord och ångest (Rydén & Stenström, 2000). Annat som anses som viktigt är att ha aktiviteter som upptar ens dag då dessa ger dem något annat än sin sjukdom att tänka på och uppmuntran för att utveckla planer och för att kunna följa dem, speciellt när det handlar om saker som att gå tillbaka till arbetet (Sarafino, 2006).

Under arbetet att anpassa sig till livshotande sjukdomar över en längre tidsperiod gör vissa kognitiva anpassningar så som positiva omvärderingar av sina livssituationer. Dessa omvärderingar fokuserar ofta på tre teman, det första är att många finner mening i sitt sjukdomstillstånd antingen genom att få en förklaring varför de fick sjukdomen eller genom att tänka om vad gäller attityder och prioriteringar. Det andra temat är att öka känslan av kontroll över sin sjukdom genom att delta i aktiviteter som minskar risken för att tillståndet ska bli värre eller genom att öka kunskapen om sin vård. Det tredje temat handlar om att återställa sin självkänsla genom att jämföra sig själva med mindre lyckosamma människor. Dessa kognitiva justeringar anses främja anpassningen. Hur väl dennas sker kan påverka utvecklingen av sjukdomen. De som har höga nivåer av hopplöshet och depression överlever inte lika länge som de som inte har detta gör. Trots all stress som kan associeras med att få cancer visar de flesta en otrolig återhämtningsförmåga och anpassar sig ganska bra (Sarafino, 2006).

För att kunna handskas med sin sjukdom är det bra att använda olika copingstrategier, dessa ingår också i arbetet att anpassa sig till sjukdomen (Sarafino, 2006). Om en copingstrategi är bra eller dålig beror på den enskilda och sammanhanget. Det finns alltså inte en universell copingprocess, men vissa är bättre eller sämre än andra. Coping definieras som pågående kognitiva och beteendemässiga ansträngningar att handskas med specifika externa och/eller interna påfrestningar som är betungande och överträffar patientens resurser (Lazarus, 1993).

Relationen mellan coping och en stressande händelse är, enligt Lazarus och Folkman (1984, refererad av Carlsson, 2007) dynamisk. Coping innefattar olika aktioner och reaktioner som anpassas efter de resurser individen har till sitt förfogande. En copingprocess inleds med hur en händelse eller ett skeende uppfattas och tolkas och fortsätter med hur egna resurser och möjligheter att hantera händelsen eller skeendet uppfattas. Om situationen uppfattas som att den innehåller en existerande eller en hotande förlust eller skada inleds ansträngningar för att hantera den nya situationen antingen genom strategier för att lösa eller hantera problemet eller genom att hantera de känslor som den nya situationen väcker (Carlsson, 2007).

Det finns två huvudkategorier av coping. Problemfokuserad coping, där personen ifråga aktivt försöker att hantera situationen genom att till exempel söka information om situationen, och emotionsfokuserad coping, där personen försöker minska de känslomässiga reaktionerna i situationen genom att förneka eller minimera betydelsen av situationen. Förutom dessa finns även passiva och undvikande copingstrategier associerade med högre nivåer av psykologiska problem och aktiva och problemfokuserade eller emotionsfokuserade som anses vara associerade med lägre nivåer av oro och nedstämdhet (Carlsson, 2007).

En modell för att öka förståelsen för hur en person anpassar sig till och hanterar svåra och stressfyllda situationer har utvecklats av Moos (1986, refererad av Rydén & Stenström, 2000). Han utgick från indelningen i problem- och känslorokuserade copingstrategier och definierade nio olika copingmönster:

- Logiska analyser och mentala förberedelser. Med logisk analys avses förmåga att uppmärksamma en sak i taget, att bryta ner en hotfull händelse till mindre hanterbara

- delar, att förbereda sig mentalt inför påfrestningar som komma skall och att bearbeta svåra minnen räknas också hit.
- Omdefiniera den hotfulla situationen. I denna strategi accepteras vad som har skett men omvandlat till psykologiskt mer hanterbara upplevelser. Detta kan till exempel ske genom att tänka att det finns de som har det värre och då upplevs den egna situationen som mer positiv. Här ingår också att kunna se det positiva i en svår situation.
  - Förmeka det hotfulla. Denna strategi ses ofta som en försvarsmekanism och något som inte är att anpassa sig, men det kan vara positivt att få en andningspaus från det akuta och överväldigande.
  - Söka information. Att söka information och att lära sig nya saker om till exempel den aktuella sjukdomen kan bidra till att mer kontroll över situationen upplevs.
  - Lösa problem. Att själv kunna lösa problem och kunna klara sig själv så gott det går ger för någon med sjukdom eller funktionsnedsättning en starkt självkänsla. Förmågan att kunna klara sig själv är positivt för en god anpassning vid kronisk sjukdom.
  - Söka alternativa former för tillfredsställelse. Om en person varit tvungen att sluta med ett fritidsintresse kan det vara positivt att hitta nya intressen att engagera sig i.
  - Emotionell återhållsamhet. Detta kan betyda att lägga vissa känslor åt sidan ett tag för att undvika att tänka på det som är svårt för att sedan när han/hon känner sig redo släppa in mer och arbeta sig igenom det svåra som har skett.
  - Ge utlopp för känslor. Ett sätt att handskas med svåra känslor kan vara att öppet ge uttryck för starka känslor genom gråt, ilska eller skrik i protest mot det som har skett. Känslorna kan också komma till uttryck på mer inadekvata sätt som till exempel genom att skratta omotiverat, berusa sig eller att tröstata.
  - Acceptera. Att medvetet acceptera situationen för det den är och inse att det inte finns något han/hon kan göra för att förändra den kan underlätta. Personen kan dock fortsätta att försöka lösa problemet.

Dessa nio copingstrategier används sällan var för sig, utan det är snarare olika kombinationer av strategierna som används (Rydén & Stenström, 2000). Green (1982, refererad av Herth, 1990) visade till exempel att hopp är en copingstrategi som används av dem som blivit drabbad av en akut eller kronisk sjukdom, så som cancer.

I slutet av 1970-talet konstruerade Greer och Watson (1979, refererade av Carlsson, 2007) ett frågeformulär för att undersöka olika copingstilar vid cancer som kom att kallas Mental Adjustment to Cancer Scale och med hjälp av denna fann de följande copingstilar:

- Kämparanda, canceren ses som en utmaning som personen ska kämpa för att klara av
- Undvikande gentemot sjukdomen och att tala om den
- En känsla av att det inte finns någonting att göra, utan att den bara måste genomlidas
- Upptagenhet med sjukdomen
- Ser sjukdomssituationen som hopplös och känner sig hjälplös

Det finns även en kategori av coping som kallas för meningsbaserad coping och med detta menas att personen accepterar att de målsättningar han eller hon har i situationen kanske inte kan uppnås och omvärderar situationen eller ändrar målsättningarna. Dessa målsättningar underhåller då copingprocessen och leder in processen i en ny fas av uppfattning, coping osv. Denna copingkategori innefattar även att omvärdera situationen eller den stressande upplevelsen i positiva termer eller att försöka hitta positiva aspekter i situationen. Carlsson (2007) menar att om en person använder sig av en mer konfronterande aktiv copingstil har de

ofta ett bättre psykologiskt välmående. Använder de sig däremot av en passiv, uppgiven copingstil finns ett samband med sämre psykologiskt välmående.

## Metod

### Litteratursökning

För att samla vetenskapliga artiklar användes databaserna Academic Search Elite (EBSCOhost) och CancerLit med cancerlitteratur från databaserna Medline/Pubmed. Sökningar gjordes även i sökverktyget Google Scholar, både på svenska och på engelska. Sökord som ansågs vara relevant för arbetet valdes. De sökord som användes var coping strategies, coping with cancer, coping cancer, hantera cancer och copingstrategier vid cancer. De svenska sökorden resulterade i en del C-uppsatser inom ämnet och dessa lästes lite flyktigt och några av referenserna från dessa användes. Utöver detta söktes även på hela namn på artiklar, som funnits som referenser i böcker.

### Analys

Från databas- och sökverktygssökningarna valdes 23 vetenskapliga artiklar som noggrant lästes och analyserades med avseende på vad de kunde tillföra studien. Utifrån dessa 23 artiklar valdes 9 som ansågs vara relevanta för att kunna besvara syfte och frågeställningar.

### Avgränsningar

Arbetet är avgränsat till att handla om cancer och inte om dödliga sjukdomar i allmänhet. Vidare gjordes en avgränsning till att studera cancerpatienter och inte de nära anhörigas eller läkarens roll i sjukdomssituationen.

## Resultat

Att drabbas av en obotlig sjukdom innebär många förändringar i livet men det finns ofta en strävan att försöka leva så normalt som möjligt hos svårt sjuka personer. Denna strävan kan relateras till ett försök att förstå och få en förklaring till varför saker blivit som det blivit, få en förklaring till varför just personen i fråga drabbats av denna sjukdom. Att få en förklaring upplevs många gånger som en lindring. Detta sökande efter en förklaring kan tolkas som att personen försöker att få sin sjukdomsupplevelse bekräftad (Öhman, Söderberg, & Lundman, 2003).

Öhman et al. (2003) menar även att leva med en allvarlig sjukdom som cancer innebär att leva ett liv som pendlar mellan lidande och uthärdande. Den sjuka lever i en ny livssituation och har fått en förändrad syn på sin kropp eftersom att den har blivit en motståndare i det dagliga livet och den på grund av sjukdomen orkeslösa och inte lika starka kroppen upptar personens alla tankar eftersom smärta, svaghet och trötthet dominerar i det dagliga livet (Söderberg, 2009). I studien av Öhman et al. (2003) framkom att de sjuka pendlar mellan känslor av hopp och hopplöshet. Även om den sjuka vet att sjukdomen är obotlig hoppas han eller hon ändå på ett mirakel, som exempelvis att någon skall uppfinna ett botemedel så att den sjuke kanske kan bli frisk igen. Enligt Kay Toombs (1992, refererad av Söderberg, 2009) försöker människan söka efter bot även om han/hon har en obotlig sjukdom för få hälsan återställd och att allt ska vara som vanligt. Oron över att sjukdomen är allvarlig och obotlig gör att den uppfattas som ett hot mot livet och sår också ett frö av rädsla inför döden (Söderberg, 2009). I ett försök att få ökad

kontroll över situationen med sjukdom och behandling tillämpas olika sorters coping (Kyngäs et al., 2000). För att försöka få situationen att verka mindre hotfull använder cancerpatienter ibland ofarliga ord som prick, nöt, bubbla, han eller det istället för tumör eller cancer och istället för att säga kemoterapi så kan de prata om C Vitamin. På detta sätt begränsas hoten och rädslan för döden blir kanske inte lika påtaglig (Sand, Olsson & Strang, 2009).

I studier av Miedema, Hamilton, & Easley (2006) visades att första steget i coping som en person tar efter att ha fått veta att han eller hon har cancer, eller mest troligt har det, är den problemfokuserade strategin, då patienterna samlar information om sitt tillstånd, dess behandling och utfall (Miedama et al., 2006). En del patienter letar själva efter information om sjukdomen och tycker att det är en bra copingstrategi. De hittar informationen genom böcker, tidningar, Internet och blanketter. Objektiv information om sjukdomen och dess behandling hjälper en del att handskas med sjukdomen. Informationen kan hjälpa dem att förstå varför en viss behandling kan vara bra och detta hjälper dem att handskas med sjukdomen och dess behandling. Informationen kan också stärka deras självförtroende och hjälpa dem att leta efter mer information om situationen (Kyngäs et al., 2001). Efter att patienterna i studien av Miedema et al. (2006) hade accepterat diagnosen och lärt sig lite om sjukdomen genom insamlad information började många med det som Lazarus (1984) kallade för emotionsfokuserad coping, dvs. de kunde börja föreställa sig hur de skulle handskas med tillståndet och behandlingsformen. Att vänta på behandling är något som visade sig vara enormt stressfullt. För att minska spänningen som väntandet innebär använde flera patienter sig av problemfokuserad coping. Vissa använde sig av avslappningsmetoder och en del försökte att äta rätt och försöka att få fysisk träning för att bibehålla både fysisk och psykisk hälsa. En annan problemfokuserad strategi var att försöka ha kontroll över situationen medan en mycket viktig del av den emotionsfokuserade copingstrategin var att anpassa sig till det nya livet med sjukdomen och de behandlingar som sjukdomen innebär (Miedema et al., 2006).

Kyngäs et al:s (2001) studie av cancerpatienter visade att patienter använder emotionsfokuserade, värderingsfokuserade och problemfokuserade copingstrategier. De som använde sig av värderingsfokuserade strategier utvärderade oftast situationen med vårdare eller familjemedlemmar och fann tillsammans med dessa copingstrategier som passade dem. De som använde sig av emotionsfokuserade copingstrategier handskades oftast med situationen med hjälp av familjemedlemmar eller andra personer som också genomgått cancer. Det visade sig att de som använde problemfokuserade copingstrategier oftast var ensamma med sina problem och försökte att hitta lösningar själva. De främsta copingstrategier som identifierades i Kyngäs et al., (2001) undersökning var social support och att komma tillbaka till ett normalt liv så fort som möjligt efter sjukdomen. Men hjälp av familjemedlemmar, vänner och vårdare och information handskades cancerpatienterna bra med situationen. Ett förtroendefullt, tryggt och permanent förhållande med läkare och sköterska var också en viktig del av den sociala supporten (Kyngäs et al., 2001).

Samhörighet anses vara en annan viktig copingstrategi för att hålla tillbaka tankar på döden och kan upplevas på en personlig nivå, men också i relation till djur, natur eller något större. Högt värderade relationer blir ännu viktigare och relationer som tidigare kanske har tagits för givna blir ofta mer värddade vid sjukdom som till exempel cancer (Sand et al., 2009). Dessa högt värderade relationer är ofta till familj och vänner som de sjuka ofta vänder sig till för att få stöd och kunna handskas med sjukdomen och den nya livssituationen, en del kallar denna support för en livlina (Richer & Ezer, 2002). En annan aspekt av högt värderad samhörighet är

möjligheten att få träffa redan avlidna familjemedlemmar eller vänner när personen själv dör. Samhörighet är också viktigt i någon form av unik makt som inte alltid är lätt att sätta ord på. Den kallas ibland för en högre makt, en spirituellt guide, en vakande hand eller bara ett större något.

En annan strategi som används för att försöka hålla tillbaka döden är att försöka låtsas som att personen fortfarande är frisk. Att fortfarande kunna delta i olika aktiviteter, att räknas med, uppfylla ett syfte och dela känslor med andra har också visat sig vara viktigt. Upprätthållandet av engagemang även om det bara är till en begränsad mängd kan också tjäna som en användbar källa för coping (Sand et al., 2009). Samhörighet kan också ses som de sociala nätverk som en människa har. Tillit till redan existerande sociala nätverk har visat sig vara en komplex men mycket viktig del av copingen eftersom att när patienterna är sjuka och inte har så mycket ork som tidigare har de inte så mycket energi att socialisera sig och skaffa nya vänner. Att redan ha människor runt omkring sig, när personen insjuknar som kan ge support är därför viktigt. Att ha ett stort nätverk av vänner och familj har en positiv inverkan på sjukdomsupplevelsen och hjälper till att handskas med sjukdomen effektivt, medan att inte ha så många runt omkring sig kan ha en negativ inverkan på sjukdomsupplevelsen och hindra effektiv coping (Miedema et al., 2006).

Att ha hopp är motiverande, en inre färdighet för att nå mål, och att ha hopp kan vara en copingstrategi som används vid akut eller kronisk sjukdom. Hoppet kan förstås som en stark vilja att få leva och en nödvändig faktor för överlevnad. Att ha mål i livet skapar hopp och kan ses som en drivande kraft. Målen som allvarligt sjuka har är ofta kortsiktiga och gripbara och handlar om någon vecka eller månad framöver. Målen ändras ofta under sjukdomens lopp och när döden närmar sig ändrar de ofta målen till att fokusera på sig själva och då på att vara istället för att göra. I slutet av sjukdomen finns ofta en önskan om frid, inre ro och evig vila (Herth, 1990). Det har visat sig att personer med cancer inte bara har hopp att de ska bli friska eller botade utan även att kunna leva utan stressande symptom, att kunna vara hemma i sitt eget hus eller om att döden inte kommer att komma (Sand et al., 2009).

Tron på Gud och ett hopp om att bli frisk är goda copingstrategier (Kyngäs et al., 2001). Det är även viktigt att kunna tro på sig själv i ett sjukdomstillstånd. De flesta som ingick i Persson och Rydén's studie från 2006 menade att det var viktigt för dem att bibehålla en tro på sin egen kapacitet att bemästra utmaningar som kommer på grund av sjukdomen, att vara oberoende och att kunna handskas med känslor av hjälplöshet. Det var viktigt för dem att själva få göra saker och vara stolta över vad de hade åstadkommit trots sin sjukdom (Persson & Rydén, 2006). En positiv attityd mot livet, tron på egna resurser, tidigare livserfarenheter och viljan att kämpa mot sjukdomen var också mycket effektiva copingstrategier. Som tidigare undersökningar visat så visar även denna att en bra copingstrategi är att gå tillbaka till det gamla livet så fort som möjligt, vilket är lättare att göra när personen i fråga har accepterat sitt sjukdomstillstånd än om personen inte har gjort det (Kyngäs et al., 2001). En del försöker att handskas med sjukdomen genom att försöka att inte fokusera så mycket på cancer, att försöka att hitta något "normalt" i livet och sätta undan cancer för ett tag, vilket är lättare om de inte får biverkningar av mediciner eller behandlingar (Richer & Ezer, 2002).

Det har även visat sig vara viktigt för en del att engagera sig i sin sjukdom och aktivt försöka minska eller kringgå problem som skapas av, eller är kopplade till, sjukdomen och att övertyga sig själva om att det är möjligt att förändringar sker i prognosen och att bekämpa känslor av att

ge upp. Persson och Rydén (2006) studie visar även att det är viktigt att hitta nya saker i livet att glädjas åt och att försöka se till det som verkligen är viktigt. Detta inkluderar även att försöka hitta meningen med sjukdomen, att delta i aktiviteter som är i mindre konflikt med sjukdomen och att inte känna sig bitter över vad som inte kan göras på grund av sjukdomen. Studien visade även att det var viktigt att ha folk omkring sig som bryr sig om en trots sjukdomen och att ha familj och vänner nära och tona ner hotet som de har hängande över sig i och med sjukdomen och istället fokusera på positiva aspekter i sin situation (Persson & Rydén, 2006). Det dominerande målet för de flesta var att försöka att återgå till det normala, men det normala behövde inte alltid vara det som fanns före diagnosen, vilket ändrar en del i vad som är viktigt och därför också vad som anses som normalt (Miedema et al., 2006).

Det som visat sig viktigt för att nå acceptans av en sjukdom och för att kunna leva vidare kan indelas i fem olika steg. Det första är handling och med detta menas att omedelbart agera mot cancer för att bli bättre och det andra individualiserad och relevant kunskap. De tredje och fjärde stegen är att känna sig respekterade och att få kontinuitet i vården. Om alla dessa aspekter uppfylls erhålls trygghet vilket utgör det femte steget (Jakobsson, Horvath, & Ahlberg, 2005).

Att gå vidare representerar en fas när patienten försöker möta framtiden. Han/hon försöker förena sitt liv med upplevelsen av cancer och allt vad det innebär genom att söka en ny balans, göra planer och försöka att återta normalitet i livet. En del kvinnor med bröstcancer har beskrivit att de först vill avsluta all cancerbehandling innan de kan gå vidare med sina liv. Allt eftersom behandlingen avtar började en del kvinnor efter att de haft bröstcancer att göra planer för framtiden. Att göra planer hjälper till att utkristallisera den nya meningen som kvinnorna gav till livet. Efter att ha levt med cancer försöker många att leva dag för dag och låta varje dag räknas, de har insett att livet är skört och att det är viktigt att vårda och ta till vara på livet (Richer & Ezer, 2002).

## Diskussion

Syftet med arbetet var att belysa vad som driver en människa att gå vidare i livet efter att ha fått ett besked om cancer och att även belysa olika strategier som används för att hantera cancer. För att besvara syftet studerades artiklar om cancersjukdomar och olika copingstrategier för att hantera cancer. Det visade sig att det som driver människan att försöka gå vidare och leva vidare i ett liv med cancer är att hålla hoppet uppe, hoppet för att under ska ske eller bara om att få leva ett stressfritt liv och att slippa vara på sjukhus (Sand et al., 2009), men även att ta omedelbara handlingar mot cancer, att ha kunskap om tillståndet, att känna att de blir respekterade och att känna en kontinuitet i vården de får och därigenom en sorts trygghet och acceptans (Jakobsson et al., 2005). Att göra planer för framtiden verkar också vara en drivande faktor för att gå vidare med livet (Richer & Ezer, 2002).

I en studie av Öhman et al., (2003) visas att många sjuka pendlar mellan en tillvaro av hopp och en tillvaro av hopplöshet, vilket överrensstämmer med den av Greer och Watson under 1970-talet (refererade av Carlsson, 2007) framtagna modellen med olika copingstilar där en av dem var att se sjukdomssituationen som hopplös och känner sig hjälplös. En annan modell för olika copingstrategier framtog av Moos (1986, refererad av Rydén och Stenström, 2000) och i denna ingick nio olika kategorier av copingstrategier. En av dessa var att försöka förneka det hotfulla genom att använda ord som prick, nöt, bubbla, han eller det istället för att prata om tumörer eller

cancer (Sand et al., 2009). Detta beteende kan också kopplas samman med att försöka undvika sjukdomen och undvika att tala om den, vilket Greer och Watson (refererade av Carlsson, 2007) föreslog som en copingstrategi. Det kan också ses som förnekelse, vilket en del använder som copingstrategi och som innebär att de försöker att låtsas som om de är friska för att hålla tillbaka tankar på döden (Sand et al., 2009).

Moos (1986, refererad av Rydén och Stenström, 2000) föreslog även en copingstrategi som innebär att patienten söker information om sjukdomen och på så sätt ökar kontrollen över sjukdomen. Detta visade sig vara ett vanligt förekommande beteende. Patienterna söker information på Internet och i böcker och de försöker härigenom öka sin förståelse av sin sjukdom och den behandling de får (Kyngäs et al., 2001).

En del personer försöker att handskas med cancer genom att inte tänka så mycket på den och istället hitta något som är "normalt" i livet för att slippa tänka på sin sjukdom (Richer & Ezer, 2002). Detta är en copingstrategi som kallas för emotionell återhållsamhet och som även den tas upp av Moos (1986, refererad av Rydén och Stenström, 2000). Det innebär att personen lägger undan sjukdomen för ett tag för att slippa tänka på den och tar sedan fram den igen när personen känner sig redo (Rydén & Stenström, 2000).

Personer med cancer har kortsiktiga mål för att uppbringa hopp och de ändrar sig ofta efter situationen. I slutet av sjukdomen, när personen närmar sig döden ändras ofta målen till att fokusera på att få frid, inre ro och evig vila (Herth, 1990). Denna ändring av de små målen i livet kan kopplas samman med meningsbaserad coping som innebär att personen accepterar att de målsättningar som han eller hon hade från början kanske inte kan uppnås och därför ändrar målsättningarna (Carlsson, 2007).

Frageställningarna som fanns besvarades och resultaten kan kopplas till presenterade teorier. Studien hade kunnat erhålla högre validitet om artiklarna hade handlat om enbart cancersjukdom. En del artiklar handlade om kroniska sjukdomar däribland cancersjukdom, så för att få högre validitet bör artiklar väljas som riktar sig mot just cancer och inte kroniska sjukdomar i allmänhet. En annan sak att tänka på är att artiklarna ibland också behandlar en specifik cancersjukdom så som bröstcancer och ibland kunde artiklarna också beröra en viss etnicitet eller en viss ålder. Kanske kan fortsatta studier inriktas mot en specifik sjukdom och en specifik ålders-/etnicitetsgrupp för att få studien så valid som möjligt? Det kan också vara fördelaktigt att göra intervjuer eller enkäter. Studien anses som reliabel eftersom författaren beskrivit noggrant hur denna har genomförts. Det kan hända att artiklarna kan tolkas annorlunda av en annan person, men artiklarna får anses som ganska tydliga men analysen har försökts göras så objektiv som möjligt.

## Referenser

- Birgegård, G., & Glimelius, B. (1991). *Vård av cancersjuka*. Lund: Studentlitteratur.
- Cancerfonden. (2008). Vad är cancer. Hämtat 26 april, 2009, från <http://www.cancerfonden.se/sv/Om-cancer/Vad-ar-cancer/Vad-ar-cancer/>
- Cancerfonden. (2007). Vanliga frågor om cancer. Hämtat 26 april, 2009, från <http://www.cancerfonden.se/sv/Om-cancer/Vad-ar-cancer/Vanliga-fragor-om-cancer/>
- Carlsson, M. (2007). *Psykosocial cancervård*. Lund: Studentlitteratur.
- Cullberg, J. (2003). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Herth, K. (1990). Fostering hope in terminally-ill people. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1250-1259.
- Jakobsson, S., Horvath, G., & Ahlberg, K. (2005). A grounded theory exploration of the first visit to a cancer clinic – strategies for achieving acceptance. *European Journal of Oncology Nursing*, 9, 248-257.
- Kyngäs, H., Mikkonen, R., Nousiainen, E.-M., Ryttilahti, M., Seppänen, P., Vaattovaara, R., & Jämsä, T. (2000). Coping with the onset of cancer: coping strategies and resources of young people with cancer. *European Journal of Cancer Care*, 10, 6-11.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping Theory and Research: Past, Present, and Future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Miedema, B., Hamilton, R., & Easley, J. (2006). From “invincibility” to “normalcy”: Coping strategies of young people during the cancer journey. *Palliative and Supportive Care*, 5, 41-49.
- Persson, L.-O., & Rydén, A. (2006). Themes of effective coping in physical disability: an interview study of 26 persons who have learnt to live with their disability. *Scandinavian Journal of Caring*, 20, 355-363.
- Richer, M.-C., & Ezer, H. (2002). Living in It, Living With It and Moving on: Dimensions of Meaning During Chemotherapy. *Richer*, 29, 113-119.
- Rydén, O., & Stenström, U. (2000) *Hälsopsykologi, psykologiska aspekter på hälsa och sjukdom*. Falköping: Bonnier Utbildning AB.
- Sand, L., Olsson, M., & Strang, P. (2009). Coping Strategies in the Presence of One’s Own Impending Death from Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37, 13-22.
- Sarafino, E.P. (2006). *Health psychology, Biopsychosocial interactions*. USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Söderberg, S. (2009). *Att leva med sjukdom*. Norstedt akademiska förlag.
- Öhman, M., Söderberg, S., & Lundman, B. (2003). Hovering Between Suffering and Enduring: The Meaning of Living With Serious Chronic Illness. *Qualitative Health Research*, 13, 528-542

## Bilaga 1

### Översikt av analyserad litteratur

	Perspektiv	Problem och syfte	Metod	Resultat	Diskussion
<p>Titel: Fostering hope in terminally-ill people</p> <p>Författare: Herth, K.</p> <p>Tidskrift: Journal of Advanced Nursing</p> <p>Årtal: 1990</p>	<p>Ett individperspektiv användes för att redogöra vilka strategier som används för att bibehålla hopp.</p>	<p>Syftet var att undersöka vad hopp betyder för människor som är obotligt sjuka och vad de gör för att bibehålla hopp.</p>	<p>En kvalitativ metod användes, intervjuer gjordes på 30 personer med en prognos på att leva 6 månader eller mindre. Enkäter användes också för att få bakgrund-information om patienterna och för att mäta den övergripande graden av hopp hos patienterna.</p>	<p>Graden av hopp var övergripande hög hos personerna i studien och stabil över tiden. Sju hoppfrämjande och tre hopphindrande kategorier identifierades.</p>	<p>Oavsett patienternas fysiska begränsningar eller närhet till döden visades det att patienterna ändå hade hopp. De mest använda kategorierna för att främja hopp var familj, vänner, professionella hälso-vårdare och Gud.</p>
<p>Titel: A grounded theory exploration of the first visit to a cancer clinic – strategies for achieving acceptance</p> <p>Författare: Jakobsson, S., Horvath, G., &amp; Ahlberg, K.</p>	<p>Patientperspektiv av hur patienterna reagerar på att komma till cancerkliniken för första gången och hur patienten når acceptans om sjukdomen.</p>	<p>Syftet med denna studie var att undersöka cancerpatienters upplevelse av sitt första besök på en cancerklinik.</p>	<p>En kvalitativ undersökningsansats, som baserades på Grounded Theory, användes .</p>	<p>I studien hittades fem olika kategorier som ansågs viktiga för att nå acceptans för hur cancer påverkar cancerpatienternas liv, dessa var handling, kunskap, respekt, kontinuitet och förtroende.</p>	<p>Visade sig att patienterna inte bara vill ha information om cancer och kommande behandlingar utan även andra aspekter i deras vård är också viktig. Acceptans visade sig vara en viktig copingstrategi.</p>

<p>Tidskrift: European Journal of Cancer Care</p> <p>Årtal: 2005</p>					
<p>Titel: Coping with the onset of cancer: coping strategies and resources of young people with cancer</p> <p>Författare: Kyngäs, H., Mikkonen, R., Nousiainen, E.-M., Ryttilahti, M., Seppänen, P., Vaattovaara, R., &amp; Jämsä, T.</p> <p>Tidskrift: European Journal of Oncology Nursing</p> <p>Årtal: 2000</p>	<p>Psykologiskt perspektiv, på hur patienterna handskas med sjukdomen.</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva copingstrategierna som ungdomar och unga vuxna med cancer använder.</p>	<p>Kvalitativ metod användes, intervjuer. De som deltog i studien var mellan 16-22 år och hade haft cancer i mer än två månader. Materialet analyserades sedan med hjälp av en innehållsanalys.</p>	<p>Emotions-, värderings- och problemfokuserade copingstrategier användes. De copingstrategierna som användes mest var social support, tron på att bli frisk och att komma tillbaka till ett normalt liv så fort som möjligt.</p>	<p>Copingprocessen hos cancerpatienter borde fastställas fortlöpande eftersom kraven konstant ändras. Social support har befunnits vara den viktigaste copingstrategin. Social support får patienterna av sina familjer, släktingar, vänner och vårdare. Även finansiell support visade sig vara av betydelse för patienterna.</p>
<p>Titel: From</p>	<p>Psykologiskt</p>	<p>Syftet var att</p>	<p>Kvalitativ metod,</p>	<p>Copingstrategierna</p>	<p>Copingstrategierna visade sig</p>

<p>“invincibility” to “normalcy”: Coping strategies of young people during the cancer journey.</p> <p>Författare: Miedema, B., Hamilton, R., &amp; Easley, J.</p> <p>Tidskrift: Palliative and Supportive Care</p> <p>Årtal: 2006</p>	<p>perspektiv, med fokus på den psykologiska påverkan som cancer har på dess patienter.</p>	<p>försöka förstå upplevelsen som unga personer med cancer går igenom.</p>	<p>intervjuer, som baseras på Grounded Theory. Femton människor med cancer intervjuades.</p>	<p>som användes varierade mycket från person till person och hade sitt ursprung i livet de hade före cancer. En strategi som alla använde var att försöka uppnå någon sorts normalitet.</p>	<p>vara en viktig del av ”cancerresan”. Unga människor, även om deras livserfarenheter är begränsade, ser tillbaka på tidigare händelser i livet för att kunna handskas med sjukdomen och dess behandling.</p>
<p>Titel: Themes of effective coping in physical disability: an interview study of 26 persons who have learnt to live with their disability</p> <p>Författare: Persson, L-O., &amp; Rydén, A.</p> <p>Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring</p>	<p>Individperspektiv, fokus på vilka strategier som den enskilde individen använder.</p>	<p>Syftet var att få en djupare förståelse för effektiv coping hos dem som har en kronisk sjukdom och/eller ett fysiskt funktionshinder.</p>	<p>Kvalitativ metod, intervjuer, som gjordes med 26 välanpassade vuxna med olika funktionsnedsättningar. Resultatet innehållsanalyserades med hjälp av Grounded Theory.</p>	<p>Fem kategorier av copingstrategier hittades. Dessa var att lita på sig själv, problemreducerande handlingar, omvärdering, social pålitlighet och minimering. Dessa olika teman kompletterade varandra och användes i olika sammanhang.</p>	<p>För validering presenterades de kategorier som hittades för fem av deltagarna för att se om de kände igen sig. För ytterligare validering gav en litteraturöversikt bevis på att alla de fem kategorierna finns.</p>

Årtal: 2006					
<p>Titel: Living in It, Living With It and Moving on: Dimensions of Meaning During Chemotherapy</p> <p>Författare: Richer, M-C., &amp; Ezer, H</p> <p>Tidskrift: Richer</p> <p>Årtal: 2002</p>	<p>Individperspektiv, hur individen som patient finner mening i den behandling som hon/han får.</p>	<p>Syftet var att undersöka mening relaterats till att få kemoterapi.</p>	<p>Kvalitativ metod, semistrukturerade intervjuer, som gjordes med 10 kvinnor med bröstcancer som för första gången fick kemoterapi. Grounded Theory användes.</p>	<p>Patienterna beskrev tre dimensioner av sin upplevelse av kemoterapi. Dessa var att leva i det, leva med det och gå vidare. Situationella och existentiella meningar var en väsentlig del av deras upplevelse.</p>	<p>Erfarenheten av att få kemoterapi påverkade kvinnornas syn på sig själva och deras relation till människor runt omkring dem. Kvinnorna visade sig ha både fysisk och emotionellt symtomrelaterad stress från den påbörjade behandlingen.</p>
<p>Titel: Coping Strategies in the Presence of One's Own Impending Death from Cancer</p> <p>Författare: Sand, L., Olsson, M., &amp; Strang, P.</p> <p>Tidskrift: Journal of Pain and Symptom</p>	<p>Individperspektiv, hur svenskar hanterar en kommande död i cancer.</p>	<p>Syftet var att se hur människor födda i Sverige faktiskt reflekterar och reagerar när de försöker skapa hjälpfulla copingstrategier i närvaron av deras egen hotande död och hur strategierna</p>	<p>Kvalitativ metod, 20 personer inskrivna i en avancerad sjukhusbaserad hemsjukvård intervjuades. Intervjuerna analyserades med en kvalitativ, hermeneutisk förklarande metod.</p>	<p>Deltagarnas försök att utveckla användbara strategier för att hindra tanken på döden kunde symboliseras som en kognitiv eller emotionell pendel, som svingar mellan ytterligheterna av liv och död. De försökte med allt de kunde för</p>	<p>Källorna från vilka deltagarna skapade sina strategier uttrycker liv, antingen på ett äkta eller symboliskt sätt. Dessa källor skapade tillfällen att utveckla strategier som kunde stödja medvetenheten av livet. Strategiernas funktion var inte att förneka döden, bara att kontrollera den.</p>

Management Årtal: 2009		fullgör sitt syfte.		att hålla döden på ett behagligt avstånd och hitta mer att hålla sig kvar i.	
<p>Titel: Hovering Between Suffering and Enduring: The Meaning of Living With Serious Chronic Illness</p> <p>Författare: Öhman, M., Söderberg, S., &amp; Lundman, B.</p> <p>Tidskrift: Qualitative Health Research</p> <p>Årtal: 2003</p>	Individperspektiv, hur människor hittar en mening med en allvarlig kronisk sjukdom.	Syftet med studien var att belysa meningen med den upplevda händelsen av en allvarlig kronisk sjukdom.	Kvalitativ metod; intervjuer med fem män och fem kvinnor med olika typer av allvarliga kroniska sjukdomar. För att tolka intervjuerna användes en fenomenologisk hermeneutisk metod.	Deltagarna verkade pendla mellan att fly från det emotionella lidandet, smärtan från sjukdomen och det uttryckslösa tillståndet av att hårdna ut.	Tiden som människor spenderar på att hårdna ut är varierar och är beroende av kontext medan lättningen från lidandet är beroende av situationen.