

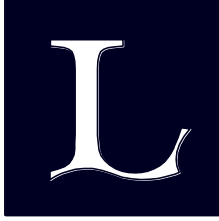
Patienters upplevelser i samband med cytostatikabehandling på grund av cancersjukdom

Carola Nyström-Modig
Inger Stenman

Luleå tekniska universitet

C-uppsats
Omvårdnad

Institutionen för Hälsovetenskap
Avdelningen för Omvårdnad



Luleå tekniska universitet
Institutionen för hälsovetenskap
Avdelningen för omvårdnad

Patienters upplevelser i samband med cytostatikabehandling på grund av cancersjukdom.

- En litteraturstudie

Patient experiences in connection with chemotherapy treatment due to cancer.

- A literature study

Carola Nyström-Modig

Inger Stenman

Kurs: Omvårdnad C O0034H

Vårterminen 2009

Fristående kurs

Handledare: Benny Brännström

Patienters upplevelser i samband med cytostatikabehandling på grund av cancersjukdom.

En litteraturstudie

Carola Nyström-Modig

Inger Stenman

Institutionen för hälsovetenskap

Luleå tekniska universitet

Abstrakt

Cytostatikabehandling är en vanligt förekommande behandlingsmetod vid cancersjukdom. Genomgå cytostatikabehandling innebär att livskvalitén påverkas både inför behandlingen, på sjukhuset, i hemmet mellan och efter behandlingarna. Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva patienters upplevelser i samband med cytostatikabehandling på grund av cancersjukdom. Elva vetenskapliga artiklar har analyserats med hjälp av manifest kvalitativ innehållsanalys. Analysen resulterade i fem kategorier som utgjorde resultatet: Att frukta cytostatikabehandlingen men inse det nödvändiga; Att få rätt mängd information minskade ångesten och ökade kontrollen; Att leva i en berg- och dalbana; Att vilja leva sitt liv normalt; Att återgå till vardagen och reflektera över det som hänt. Sjuksköterskan bör känna till att patienter som genomgår cytostatikabehandling är i behov av stöd och upprepade informationstillfällen för att vara mer förberedd på de situationer som behandlingen medför. Sjuksköterskan skall planera behandlingarna tillsammans med patienten så att de känner delaktighet i sin vårdplanering. Det är viktigt att vårdpersonal får en ökad förståelse för patienters upplevelser under cytostatikabehandling för att kunna bemöta och ge god omvårdnad.

Nyckelord: cancersjukdom, cytostatikabehandling, upplevelser, normalitet, kvalitativ innehållsanalys, litteraturstudie.

Under 2006 beräknades 3 191 600 personer i Europa ha fått en cancerdiagnos. I Sverige har 50 776 nya cancerfall diagnostiserats under år 2006 (Cancerfonden, 20 februari, 2008).

Att få en diagnos av en livshotande sjukdom som cancer har djupgående effekter på den drabbade personen. Cancersjukdom innebär att hamna i en krissituation psykiskt, fysiskt, socialt och existentiellt, vilket innebär en stor fysisk påfrestning i organismen (Cullberg, 2006; Gunnars, 1991; Sarafino, 1994). Den traditionella diagnosen cancer betraktades förut som en "dödsdom", men framsteg i behandling av cancer har resulterat i att människor lever längre (Woods, Lewis & Ellison, 1989). Det är viktigt att ge patienterna förståelse för sjukdomen och dess behandling, men också att förbereda dem för förändringar i livsstil och den osäkerhet som den inneboende diagnosen för med sig (Grahn & Johnson, 1990).

Den normala celldelningen är mycket noggrant kontrollerad av speciella gener inne i cellen. De onormala cellerna – cancercellerna – delar sig ohämmat och tar ingen hänsyn till de friska celler som finns runt omkring. Fler och fler celler av samma slag bildas. Ofta tar det många år från den första cancercellen till dess den delat sig så många gånger att en tumör kan upptäckas. Cancer kan uppstå i nästan alla de cirka 200 olika celltyper som vi har i kroppen (Cancerfonden, 3 mars, 2008). Cytostatika har en fördel jämfört med operation och strålbehandling. Medlen förs med blodet ut i hela kroppen och når därför även cancerceller som lossnat från modertumören och är på vandring i blod och lymfa eller har slagit sig ned och vuxit ut till dottertumörer, metastaser (Cancerfonden, 20 februari, 2008).

De huvudsakliga behandlingsformerna för cancersjukdom har under lång tid varit kirurgi och strålbehandling var för sig eller i kombination. Den tredje behandlingsformen är läkemedel, i första hand cytostatika och hormoner. Kirurgi och strålbehandling används huvudsakligen vid lokal sjukdom och botar mer än hälften av patienterna medan cytostatika framför allt används vid systemsjukdom. Cytostatika har utvecklats från behandling med daglig tillförsel av endast ett preparat i lågdos till cyklisk kombinationsbehandling i högre doser. Den senare behandlingsformen innebär att de olika cytostatika preparaten ges under kort tid (en till fem dagar), patienten får vila någon eller några veckor innan det är dags för nästa behandlingsomgång (cykel). Syftet med cytostatika kan vara adjuvant (riktad), kurativ (botande), palliativ (lindrande) eller symtomförebyggande (Gunnars, 1991). Historiskt har cytostatikabehandling dominerats av intravenösa läkemedel men på senare år har man mer och mer gått över till att kunna behandla cancersjukdomar lika effektivt med cytostatika i tablettform. Det är inte alla

cancersjukdomar som kan behandlas med tabletter, men där det är möjligt så är det viktigt att patienten förstår att denna typ av behandling är lika effektiv som traditionell intravenös cytostatikabehandling. Biverkningarna är fortfarande desamma som vid intravenös tillförsel. Detta innebär att många patienter kan behandlas på sin hemort, de får vistas hemma och ta sina läkemedel hemma och endast komma in till sjukhuset vid provtagningar och uppföljningar av hur behandlingen fortskrider (Farrell, 2008).

En studie av Cowan och Hoskins (2007) visar att patienter som ska behandlas med cytostatika oftast får den mesta information om sjukdom och dess behandling samt vad den innebär av sjuksköterskor som arbetar inom onkologavdelningen. Gunnars (1991) beskriver att det är viktigt för patienten att orka kämpa, tro och hoppas på att behandlingen kan leda till en förbättring. Patientens förtroende för behandlingen kan svikta om biverkningarna är många och svåra. Patienter som ska genomgå cytostatikabehandling har enligt Arantzamendi och Kearney (2004) psykologiska behov, drabbas de dessutom av andra biverkningar så förstärks upplevelsen av dessa. Därför är det viktigt för sjuksköterskor som arbetar med patienter som ska genomgå cytostatikabehandling att känna till hur man ska bemöta dem. Arantzamendi och Kearney (2004) beskriver i sin studie att de mest psykiskt krävande tillfällena i samband med cytostatikabehandling är när behandlingen startar och när den avslutas.

För att patienten skall kunna hantera den psykologiska stress som kommande behandling medför beskriver Ridner (2003) vikten av att sjuksköterskan bör etablera en relation som inger förtroende hos patienten. Sjuksköterskans omvårdnads interventioner är nödvändiga och måste individanpassas, detta genom att minska upplevelsen av hot och för att patienten skall få en känsla av kontroll över situationen. Sjuksköterskan kan hjälpa patienten att acceptera behandlingen genom att erbjuda stöd och ytterligare information. En kartläggning om hur patienter upplever cytostatikabehandling är viktig för att få vetskap om hur cytostatikabehandlingen påverkar livskvalitén både inför behandlingen på sjukhuset, i hemmet mellan behandlingarna och efter avslutad behandling (Ridner, 2003). Patienten har rätt att få individuellt anpassad information så att patienten känner sig delaktig i planering och genomförande av sin vård och omvårdnad. Det är patientens behov och önsknings som styr utformningen av vården. Vårdpersonalen har moralisk skyldighet att visa patienten respekt och se till att behoven tillgodoses samt att patienten känner sig trygg i den utsatta situationen som sjukdomen för med sig (Statens Offentliga Utredningar, SOU, 1997).

Syftet med vår studie är att beskriva patienters upplevelser i samband med cytostatikabehandling på grund av cancersjukdom.

Metod

Litteratursökning

Litteraturstudien grundas på internationellt publicerade vetenskapliga kvalitativa artiklar. Artikelsökningen gjordes vid bibliografiska referensdatabaserna Cinahl och Medline som används inom omvårdnadsforskning. De sökord som användes var: *Cancer, Chemoterapy, Coping, Patient, Life Experiences, Treatment, Psychosocial*, som också kombinerades på olika sätt. De booleska sökorden OR och AND användes för att få tillgång till så mycket litteratur som möjligt. Urvalskriterierna för sökningarna skulle vara kvalitativa, peer reviewed dvs. expertis inom området ska ha granskat artikeln innan publicering, vuxna patienter 19 år och äldre, patientens egna upplevelser vid cytostatikabehandling och även artiklar från olika länder som svarade mot syftet. Översikt av litteratursökning visas i tabell 1.

Tabell 1. Översikt av systematisk litteratursökning

Syftet med sökning: patienters upplevelser i samband med cytostatikabehandling på grund av cancersjukdom.				
CINAHL 2009-02-10				
Söknummer	*)	Söktermer	Antal referenser	Antal utvalda artiklar
1	CH	Chemotherapy/cancer	4499	0
2	CH	Life Experiences	274	0
3	CH	Chemotherapy/Cancer AND Psychosocial	106	0
4	CH	Chemotherapy/Cancer AND Patient AND Psychosocial AND Treatment AND Coping	46	3
5	CH	Chemotherapy/Cancer AND Life Experiences	23	2
Medline 2009-02-10				
1	MSH	Chemotherapy/Cancer	4274	0
2	MSH	Chemotherapy/Cancer AND Psychosocial	0	0
3	MSH	Chemotherapy/Cancer AND Coping	263	0
4	MSH	Chemotherapy/Cancer OR Psychosocial OR Coping	77	3

*) CH - Headings i databasen CINAHL, MSH - Mesh-termer i databasen Medline

Urval och kvalitetsgranskning av artiklar

Vid urvalet av artiklar lästes titlar och abstrakt på 146 artiklar för att avgöra om de var relevanta utifrån syftet med vår litteraturstudie. Redan efter den första genomläsningen togs 130 artiklar bort eftersom de inte svarade mot syftet och litteraturstudien eller så var det artiklar med en kvantitativ ansats. Det återstod 16 artiklar vilka vi tog ut i fulltext och läste var och en för sig. Därefter föll ytterligare 4 artiklar bort eftersom de inte var relevanta gentemot syftet. 12 artiklar kvarstod och ytterligare tre tillkom vid läsning av artiklarnas referenslistor. Samtliga artiklar var skrivna på engelska. Artiklarna kvalitetsgranskades enligt en modifierad variant av Willman, Stoltz och Bahtsevani (2006). De kvalitetskriterier som undersöktes var om det fanns en tydlig problemformulering, en metod för urvalsförfarande, att datainsamling och analys var tydligt beskriven, fanns något etiskt resonemang, var resultaten logiska och begripligt beskrivna, redovisades resultatet klart och tydligt. Poäng gavs utifrån hur artiklarna överensstämde med kvalitetskriterierna. Sedan rangordnades artiklarna i hög, medel eller låg kvalitet. Till studien valdes artiklar med kvalitetsnivå hög och medel, de med låg kvalitetsnivå exkluderades. Fördelningen av rangordningen blev artiklar med hög kvalitet 20 %, medel kvalitet 53 % och de med låg kvalitet 27 %, efter denna process kvarstod 11 artiklar. Översikt av artiklar som ingår i analysen visas i tabell 2.

Tabell 2. Översikt av artiklar som ingår i analysen (n=11)

Författare/år	Typ av studie	Deltagare	Datainsamling och analysmetod	Huvudfynd	Kvalitet
Campbell (1999) England	Kvalitativ	5 personer med cancerdiagnos som genomgår cytostatikabehandling och är isolerade pga. sin behandling.	Intervju som spe-lats in Grounded theory	Isolerade patienter står ut med att vara instängda och underkastar sig den cytostatikabehandling som krävs för att om möjligt övervinna sin sjukdom.	Hög
Cowley et al. (2000) England	Kvalitativ	12 kvinnor med bröstcancer	Intervjuer Grounded theory	Kvinnor som genomgår cytostatikabehandling försöker trots fysisk och mental påverkan upprätthålla normalitet i sitt liv	Medel
Ekman et al. (2004) Göteborg	Kvalitativ	10 kvinnor med ovarialcancer	Intervju Hermeneutisk metod	Upprätthållande av normalitet och att få stöd under cytostatikabehandling	Medel

Tabell 2 forts. Översikt av artiklar som ingår i analysen (n=11)

Författare/år	Typ av studie	Deltagare	Datainsamlig och analysmetod	Huvudfynd	Kvalitet
Mattioli et al. (2008) USA	Kvalitativ	14 personer, Under pågående cytostatikabehandling	Semistrukturerade intervjuer med öppna frågor, kate- goriserande och tematiserade Innehållsanalys	Socialt stöd och att behålla sitt hopp un- der cytostatikabe- handling är viktigt	Hög
McCaughan & Thompson (2000) Northern Ire- land	Kvalitativ	75 personer med oli- ka typer av cancer	Semistrukturerad in- tervju. Lazarus (1966) och Orem's teori (1991)	Patienterna är nöjda med informationen de får i samband med cy- tostatikabehandling.	Medel
McIlpatrick et al. (2007) England	Kvalitativ	30 personer med can- cerdiagnos som får cytostatika på en dag- behandlings avdel- ning	Semistrukturerad in- tervju med bandin- spelning Narrativ analys	Att stödja och kunna tillmötesgå patienter som får cytostatika på en dag- behandlings avdelning, som drab- bas av biverkningar och ändå klara av att bo hemma.	Medel
Midtgaard et al. (2006) Copenhagen	Kvalitativ	55 personer Som genomgår cytos- tatikabehandling	Semistrukturerad gruppintervju. Innehållsanalys	Fysisk aktivitet under pågående cytostatika- behandling har positi- va effekter	Medel
Mitchell (2006) England	Kvalitativ	98 intervjuer	98 intervjuer samt dagboksanteckningar Hermeneutisk feno- menologi	Att identifiera ge- mensamma symtom på sociala och kän- slomässiga lidande hos de som tar emot cy- tostatika.	Hög
Reb (2007) USA	Kvalitativ	20 kvinnor med ova- rial cancer	Intervjuer Grounded theory	Kvinnors insikt och erfarenheter Att hantera cancer- sjukdom	Medel
Richer & Ezer (2002) Canada	Kvalitativ	10 kvinnor med bröstcancer	Semistrukturerade in- tervjuer Grounded theory	Att finna mening och ha förmågan att gå vidare under pågåen- de cytostatikabehand- ling	Medel
Tierney & Closs (1992) England	Kvalitativ	60 kvinnor med bröstcancer som ge- nomgår cytostatika- behandling	Semistrukturerade in- tervjuer vid flera till- fällen före cytostati- kabehandling under en behandlings peri- od. Innehållsanalys	Upplevelser av cytos- tatika relaterade bi- verkningar som hår- avfall, trötthet, illa- mående m.m.	Medel

Analys

För att analysera artiklarna har vi använt oss av manifest kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). Hela texten i artiklarnas resultat del lästes igenom upprepade gånger för att få en känsla för helheten. Meningar eller fraser som innehöll information som var relevant för syftet extraherades i textenheter, vi fann 250 textenheter som svarade mot syftet.

Textenheterna översattes till svenska och kondenserades i syfte att korta ned texten men ändå behålla innehållet. Därefter har meningsenheterna kodats och grupperats i kategorier det vill säga att alla textenheter ska kunna höra till en relevant kategori. Kategoriseringen skedde därefter stegvis genom att liknande kategorier fördes samman till dess att innehållet i kategorierna inte gick att föra samman. Detta resulterade i fem kategorier vilka utgör det manifesta innehållet.

Resultat

Analysen resulterade i fem kategorier (tabell 4), vilka presenteras i texten nedan och illustreras med citat från artiklarna.

Tabell 4. Översikt av kategorier (n=5)

Kategorier
Att frukta cytostatikabehandlingen men inse det nödvändiga
Att få rätt mängd information minskade ångesten och ökade kontrollen
Att leva i en berg- och dalbana
Att vilja leva sitt liv normalt
Att återgå till en ny vardag och reflektera över det som hänt

Att frukta cytostatikabehandlingen men inse det nödvändiga

Patienter upplevde att få sin cancerdiagnos som ett trauma och detta orsakade rädsla, det beskrevs som att få en fullständig chock, en dödsdom (Reb, 2007). Den största chocken var att mer eller mindre inte veta vad de kunde förvänta sig av behandlingen (Cowley, Heyman, Stanton & Milner, 2000; McIlpatrick, Sullivan, McKenna & Parahook, 2007). Patienter beskrev att de var utsatta för en svår situation, de skulle möta en fruktad behandling dessutom hade de en livshotande cancersjukdom. De förstod att de skulle vara tvungna att genomgå behandling (Campbell, 1999; McCaughan & Thompson, 2000). En del patienter beskrev att de fruktade cytostatikabehandlingen mer än en operation, den associerades med avancerad can-

cer, detta skapade känslor av osäkerhet och rädsla. Ett flertal patienter upplevde cytostatikabehandlingen som en sista åtgärd och de hade en känsla av att ”vara på väg utför” (Cowley et al., 2000).

I've always said, all my life, even if I was dying, I would refuse chemotherapy because no way would I put myself through what I feel other people go through for all I didn't know what the process involved (Cowley et al., 2000, s.317).

Patienter upplevde att behandlingen var något som måste genomföras för att uppnå något hopp om att bota, eller ens tillfälligt lindra cancersjukdomen (McIlfatrick et al., 2007), de accepterade behandlingen som livsnödvändig och även önskvärd (Ekman, Bergbom, Ekman, Berthold & Mahsneh, 2004; McCaughan & Thompson, 2000). Ett datum för behandlingens början upplevde patienter var nödvändigt för att de skulle kunna planera framåt, de ville även veta när den sista dagen i behandlingen skulle äga rum, för att kunna gå vidare med sitt liv (Cowley et al., 2000). Det fanns patienter som beskrev att de inte förstått behandlingens betydelse de ville fördröja cytostatikabehandlingen som läkaren ansåg som brådskande (Cowley et al., 2000).

That was two days before I due to fly away so anyway, I went back, and I said to him, erm, "Can you postpone it until I come back off holiday? It's only going to be for fortnight, you know, you could easy put it off." "No I don't want to put it off" he says. "What would you do if you were in my shoes? He says, "If I were in your shoes, I wished I could put the clock back a month and start my treatment a month ago. It's so important that you start this treatment really" (Cowley et al., 2000, s. 317).

Patienter beskrev att de var positiva till behandlingens potential, den skulle ta bort det som var kvar av cancercellerna, därför var cytostatika ett bra ”gift” (Mattioli et al., 2008). Samtliga patienter hade blivit varnade att cytostatika medförde ett antal biverkningar (Campbell, 1999; Mattioli, Repinski & Chappy, 2008; McCaughan & Thompson, 2000). Den biverkning som patienter förväntade sig skulle vara svårast att hantera var håravfall på grund av dess inverkan på sociala relationer (Cowley et al., 2000; Tierney, Taylor & Closs, 1992), de visste också att känslan av att må dåligt efter behandling skulle uppträda och efter några dagar skulle allt bli normalt igen (Ekman et al., 2004; Mattioli et al., 2008). Patienter uppgav att deras hopp låg i att det utvecklades nya cancerbehandlingar och mediciner. Att använda nya läkemedel var patienter positiva till, onkologen hade full handlingsfrihet att använda det som var bäst (Mattioli et al., 2008). En patient, som själv arbetade som sjuksköterska, såg adjuvant cytostatika som den bästa tillgängliga behandlingen (Cowley et al., 2000).

Patienter beskrev att de inte mötte sin sjukdom ensam de flesta hade familj och vänner (Mattioli et al., 2008; Mitchell, 2007; Reb, 2007) men att berätta för familj och övriga anhöriga om kommande cytostatikabehandlingar upplevdes av patienter som svårt (McCaughan & Thompson, 2000; Mitchell, 2007). De förstod att familj och anhöriga skulle ana något men var rädd för att inte kunna klara av att hantera situationen. Patienter upplevde sig bortkomna och hade svårt att besvara frågor om sin behandling (McCaughan & Thompson, 2000; Mitchell, 2007).

The first thing I did is to ask God to give me strength so I could help my family when I tell them, and it wasn't as hard telling my husband, but it was very hard telling my daughters. And I couldn't tell my son at all (Reb, 2007, s. E73).

Att få rätt mängd information minskade ångesten och ökade kontrollen

Ett flertal patienter uttalade behov av information, de trodde att det skulle kunna hjälpa dem att hantera sin situation genom att minska ångesten och ge dem möjlighet att ha viss kontroll över sitt deltagande i behandlingen (Mattioli et al., 2008). Patienter som behandlades med cytostatika ansåg att de fått tillräckligt med information men ansåg att de blev överösta av en för stor mängd detaljinformation, särskilt innan första cytostatikabehandlingen (Richer & Ezer, 2002).

I was grateful for the information received with regard to possible side effects (McCaughan & Thompson, 2000, s.856).

Samtliga patienter beskrev att de hade fått information om att cytostatika kunde ge biverkningar (McCaughan & Thompson, 2000; Tierney et al., 1992;). Patienter tyckte att det hade varit bra att få kompletterande uppgifter om biverkningar för att få en bättre förståelse för behandlingen, de ville veta mer om hur lång tid biverkningarna kunde sitta i (McCaughan & Thompson, 2000). Samtliga patienter hade trott att alla skulle drabbas av att tappa håret, illamående och kräkningar (Campbell, 1999; McCaughan & Thompson, 2000; Tierney et al., 1992). Majoriteten av patienter upplevde att det hade varit användbart med ett häfte som hade förklarat behandlingen och dess biverkningar. Det hade varit bra att få ta del av detta häfte innan behandlingen med cytostatika påbörjades (Tierney et al., 1992). Patienter beskrev en uttalad önskan om att ha velat veta mer om valet av läkemedel och de förväntade effekterna samt hur behandlingen faktiskt fungerade (Richer & Ezer, 2002). Patienterna ville veta om de skulle bli bra, de upplevde det var svårt att ha tålamod med det som var utanför deras kontroll (Reb, 2007). Några patienter hade stort förtroende för behandlingen, ”denna behandling kommer att göra mig frisk” och ”jag kommer att leva som vanligt, eftersom behandlingen

kommer att ta bort cancer”. Men det fanns också en underliggande hotbild: ”vad händer om behandlingen inte fungerar”? (Ekman et al., 2008, s. 179). Flertalet patienter upplevde att statistiken gällande cytostatikabehandling var nedslående (Campbell, 1999), att känna till mindre var bättre när det gällde de negativa aspekterna av cancer och cytostatikabehandling, ju mer de lärde sig gav mindre hopp (Mattioli et al., 2008; Tierney et al., 1992).

I have realized it's better to be ignorant. The more you learn, the less hopeful you are (Mattioli, 2008, s. 826).

Information från andra personer med cancer gav patienter uppmuntran, de hade gruppens stöd och hjälp eftersom alla skulle genomgå samma sak. Att inse hur dåligt andra också mådde gav dem ork att gå vidare: ”om andra klarar av det så gör jag det också” (Cowley et al., 1999; Midtgaard et al., 2005; Richer & Ezer, 2002).

Att leva i en berg- och dalbana

Cytostatikabehandlingen beskrevs av några patienter som ”avbrott” i alla dimensioner av livet, och behovet att återta kontrollen, skapa jämvikt, enhetlighet och stabilitet i livet var avgörande för känslan av att må bra igen (Mitchell, 2007). Cytostatikabehandlingarna upplevdes som en berg- och dalbana där patienter svängde mellan psykologiska och fysiologiska upp- och nedgångar (Cowley et al., 2000). Mellan behandlingarna upplevde patienter att de hade sin ”frihetsvecka”. De hade inga biverkningar, kunde äta vad de ville och göra vad de kände för. Det fick patienter att verkligen glömma sin cancer (Richer & Ezer, 2002). Det fanns återkommande cykler för behandling, inom varje cykel beskrev patienter den första veckan som värst på grund av omfattningen och svårighetsgraden av biverkningar. Under vecka två upplevde patienter sig fortfarande trötta och utmattade, de klarade av sitt dagliga liv med vissa svårigheter. Efter vecka tre närmade de sig det normala. Men just när de började känna sig normala igen, var de tvungna att upprepa cykeln igen (Cowley et al., 2000; Midtgaard et al., 2005). Dessa återkommande cykler av sjukdom, återhämtning och sjukdom gav fysiska och psykiska symtom och påverkade moral och motivation hos patienter samt deras förmåga att fortsätta med sina normala liv (Cowley et al., 2000), detta påverkade patienters inställning till att fortsätta med behandlingen (Mattioli et al., 2008).

I was so sick at first. I was always healthy prior to the diagnosis. At first I had a lot of questions. Why me? What I do to deserve this? I was bitter about it. (Now) I just deal with it. I have my good days and bad days. I try to maintain a good attitude... When I take my pills every day I am reminded of this... I am

not going to let it ruin my life. I feel there is nothing I can do to change the situations so I just try to live my life (Mattioli, 2008, s. 826).

I väntrummet i samband med behandlingsbesöken beskrev patienter känslan av att vänta som svår (McIlfatrick et al., 2007; Richer & Ezer, 2002), eftersom andra patienter drabbade av cancersjukdom fanns där och pratade om sin sjukdom (Richer & Ezer, 2002). Enligt Cowley et al. (1999) beskrev patienter att det fanns möjligheter att utbyta erfarenheter när de träffade andra medpatienter i väntrummet. Det ansågs som en bra terapi och upplevdes som en stödgrupp i sig. Sjuksköterskorna som de träffade under sin behandling upplevdes som snälla och de behandlades som vanliga människor (Mitchell, 2007; Richer & Ezer, 2002) stödet från vårdgivare inklusive läkare och annan personal vid onkologen gav patienter hopp, medmänsklighet och familjekänsla (Mattioli et al., 2008).

I feel like I am in somebody's arms here. I feel like that every time I come in here that somebody is picking me up (Mattioli et al., 2008, s. 827).

Svårigheterna av biverkningar varierade i olika faser av behandlingen, men i sin helhet var trötthet den biverkning som patienter beskrev som den mest förekommande, vilken upplevdes av patienter som den svåraste aspekten av behandlingen. Andra vanliga biverkningar som patienter upplevde var illamående, förlust av aptit, sår i munnen, smakförändring, kräkningar och irritation i ögonen som förvärrades under behandlingens gång (Cowley et al., 2000; Ekman et al., 2004; Richer & Ezer, 2002; Tierney et al., 1992). Det lidande som patienter upplevde vid cytostatikabehandlingen förknippades med högdosbehandling då toxiciteten var som kraftigast (Campbell, 1999; McIlfatrick et al., 2007).

It must be something very strong in the medicine in that you feel so sick, but it will surely take away the cancer cells (Ekman et al., 2004, s. 179).

Även om behandlingen var upplevd som positiv rapporterade patienter också andra problem i samband med behandling, svettningar, stress, håravfall, isolering, magont, halsbränna och ångest (Ekman et al., 2004; McCaughan & Thompson, 2000). Enligt Reb (2007) fanns även patienter som upplevde smärta i samband med cytostatikabehandling, den blev oftast så svårhanterlig att det inte gick att ignorera den. Kvinnliga patienter hade funderingar om hur de skulle hantera sitt håravfall, för en kvinna är håret som hennes "krona", hon saknade att borsta och föra händerna genom håret (Richer & Ezer, 2002).

When I first lost my hair, I put in to a bag: I couldn't bring myself to throw the bag in the garbage. My doctor had not made it clear at the beginning that I was going to lose my hair (Richer & Ezer, 2002, s. 115).

Känslan av att känna sig nedstämd i samband med fysiska biverkningar resulterade i att känna trötthet, slöhet och dålig sömn (Mitchell, 2007), de upplevde sig utmattade hela tiden både kroppsligt och mentalt (Tierney et al., 1992). Under behandlingen kände patienter ett totalt fysiskt stopp, man hade inte sin vanliga styrka, de kände att de hade behövt en paus från sjukdom och behandling (Midtgaard, Rorth, Stelter, & Adamsen, 2005).

I'm exhausted all of the time, both physically and mentally I go to bed after lunch while my daughter sleeps and I just can't manage without that, and then going to bed at night when does I'm really doing nothing except existing (Tierney et al., 1992, s. 78).

Att få sin behandling inom samma sektion som döende människor i slutet av sin cancersjukdom, upplevdes som jobbigt eftersom man jämförde med sig själv hela tiden. (Cowley et al., 1999).

Att vilja leva sitt liv normalt

Patienter upplevde att det redan från början underlättade att acceptera sin diagnos och behandling (Mattioli et al., 2008; Tierney et al., 1992), behandlingarna var kopplade till tankar om hopp för att bli frisk och leva ett normalt liv (Ekman et al., 2004). Patienter beskrev att diagnosen av cancer blev verklighet när håravfallet inträffade (Ekman et al., 2004), det var ett utvändigt tecken på sjukdom, och upplevdes upprörande när man försökte vara ”normal” även med cancer (Cowley et al., 2000; Mattioli et al., 2008; Tierney et al., 1992). På grund av cytostatikabehandlingarna beskrev patienter att de var tvungna att ändra vanor i deras liv – matvanor, arbetstider, planera dagarna när de skulle få sin behandling. De som fick hjälp att strukturera upp sitt liv upplevde även att det blev lättare att leva med sin diagnos och behandling (Mattioli et al., 2008). Många patienter uttryckte ett behov av att fortsätta ha rutiner under cytostatikabehandlingen, hushållsarbete, trädgårdsarbete, hobbyverksamhet, arbeta och ha aktiviteter, och samtidigt bli behandlad på samma sätt som tidigare (Cowley et al., 1999; Mitchell, 2007). De ville leva sitt liv så normalt som möjligt, både för sin egen skull och för familjens skull. De ville behålla sina roller såsom fru, mamma, kollega och anställd (Cowley et al., 1999; Mitchell, 2007; Richer & Ezer, 2002).

I feel there is nothing I can do to change the situation so I just try to live my life (Mitchell, 2007, s. 42).

De flesta patienter upplevde att få cytostatikabehandling på en dagvårdsbehandlingsenhet var positiv, det kändes mer normalt, det tog bort känslan av att vara sjuk. En negativ aspekt som framkom var att patienter beskrev det som fabrikslikt, ”löpande band”, personalen upplevdes

sakna helhetssynen (McIlfatrick et al., 2007). För att kunna skapa en känsla av normalitet i livet upplevde patienter det positivt att få komma hem både under och efter behandling. Hem var förknippat med återhämtning, att må bra och personlig frihet (Campbell, 1999). Patienter upplevde det som psykiskt bra att känna sig som en del av sitt hem, de blev inte lika isolerad som i sjukhusmiljö och det fick även anhöriga att må bättre, patienter hade en vilja att känna sig involverad i livet (Mitchell, 2007). Att åka hem under och mellan behandlingarna upplevdes inte alltid positivt (Mattioli et al., 2008). När patienterna återvände hem kände de sig svaga och yra, de var oroliga hur de skulle klara av att vara hemma (Cowley et al., 2000; McIlfatrick et al., 2007), de kände skuld över att inte orka hjälpa till i hemmet (Cowley et al., 2000; Mitchell, 2007; McIlfatrick et al., 2007) och de kände sig isolerade och övergivna (Cowley et al., 2000; McIlfatrick et al., 2007). Biverkningarna upplevdes av några patienter att störa det normala samspelet med familjen och arbetslivet (Cowley et al., 2000; Mitchell, 2007; McIlfatrick et al., 2007), de patienter som behöll sitt arbete under sjukdomstiden fortsatte att fara dit trots att de inte mårde bra. De ville gärna finnas kvar i bakgrunden (Mitchell, 2007). Patienter beskrev att upprätthålla kontakt med omvärlden var en viktig strategi för att hantera upplevelsen av isolering vid vissa cytostatikabehandlingar (Campbell, 1999), telefonkontakten upplevdes av patienter som viktig, den gav en känsla av normalitet. E-mail, kort och brev fick patienter att känna stöd och uppmuntran (Mattioli et al., 2008).

I ett fåtal fall diskuterade inte patienter sin cancerdiagnos och cytostatikabehandling med vänner och släktingar, de berättade istället någonting annat. Skälet till att ge falsk information var att de inte ville att deras närmaste släktingar och vänner skulle tänka sig dem som snart döda, det var viktigt att bli behandlade som innan sjukdomen, att få känna sig normala. Några patienter kände behov av att skydda sina familjemedlemmar från lidandet som diagnosen orsakade. Patienter ansträngde sig att se friska ut och hålla modet uppe och inte visa tecken på depression eller annat som tydde på stressen de hade i sitt liv (Cowley et al., 2000; Ekman et al., 2004).

The worst part of my experience with the chemotherapy is to explain it to my 10-year-old son. He worries about me...sometimes I find him standing beside my bed in the middle of the night, he looks at me and asks me if I am okay. He has been very disturbed by all this (Richer & Ezer, 2002, s. 116).

Att återgå till en ny vardag och reflektera över det som hänt

Många patienter beskrev utifrån sina erfarenheter behovet av att titta framåt, att lära sig vara positiva och att komma igenom behandlingen (McIlfatrick et al., 2007). Richer & Ezer (2002) beskriver hur några patienter försökte finna nya existentiella meningar i livet när behandlingarna var över för att rekonstruera och kunna återgå till en ny vardag. Mattioli et al. (2008) beskriver hur patienter använder copingmekanismer för att skapa hopp och klara av att anpassa sig till att leva med cancer. Vissa patienter ansåg att andlighet hade hjälp i varje dimension av livet ”Jag vet inte hur en som inte tror på Gud kan ta sig igenom det här, du måste ha någon att vända dig till” (Mattioli et al., 2008, s. 827). Att gå vidare med livet genom att hålla sig sysselsatt, att resa eller att göra vad som helst beskriver Cowley et al. (1999) som viktigt för flertalet patienter. En vecka både under och efter cytostatikabehandling upplevde flertalet patienter att de kommit tillbaka till det normala, de hade inte så mycket energi som de normalt hade, flertalet patienter nöjde sig med en mindre aktiv livsstil än vad de var vana vid (Cowley et al., 1999; McIlfatrick et al., 2007).

I just deal with it. I have my good days and bad days. I try to maintain a good attitude. When I wake up in the morning, I think I am one more day living my life (Mattioli et al., 2008, s. 826).

Efter cytostatikabehandlingen upplevde ett flertal patienter att de hade en ”känsla” av ett djupt sår som börjat läka (Ekman et al., 2004), denna känsla var en bekräftelse på att behandlingen hade varit effektiv och att livet kunde återgå till det normala igen samt troligen hindra cancer från att komma tillbaka. Ändå fanns det fortfarande en underliggande rädsla för att cancer skulle återvända (Ekman et al., 2004; Richer & Ezer, 2002;), det var en skrämmande känsla (Richer & Ezer, 2002). Samtliga patienter upplevde att relationer med vänner blev förändrade, vissa vänner kom en närmare och andra blev mer avlägsna. Generellt hade patienter tolerans mot vänner som inte kunde möta sjukdom och behandling. Behandlingarna på sjukhuset gjorde att man blev vänner med andra patienter som var i samma situation. När någon blev sjuk eller dog uttryckte patienter att det blev en stor oro för dem själva. De reflekterade över sin egen sjukdom och dödlighet (Mitchell, 2007).

I told my husband that I am scared. If I die, don't give all of my things away
(Reb, 2007, s. E74).

Patienter upplevde att de inte kunde ta någonting för givet, de försökte stanna upp och njuta, ta saker och ting i en långsammare takt, och inte bara rusa iväg. De ville njuta av att se sina barn växa upp och finnas tillhands för dem (Reb, 2007). Patienter med tidigare erfarenheter av cancer och andra traumatiska händelser upplevde att det påverkade hur de såg på sin sjukdom

och sin cytostatikabehandling (Richer & Ezer, 2002), erfarenheten fick patienter att ta itu med frågor om livet och sjukdomen. Flertalet patienter hade aldrig tagit tag i något liknande förut, utan var mer inriktade på att göra saker med materiella aspekter på livet (Cowley et al., 2000). Erfarenheten gjorde att flertalet patienter inte längre ville fokusera på de små sakerna, utan att lära sig leva i ögonblicket, så länge man lever var det allt som räknades (Cowley et al., 2000; Richer & Ezer, 2002).

Diskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva patienters upplevelse i anslutning till cytostatikabehandling på grund av cancersjukdom. Analysen baserades på elva vetenskapliga artiklar och resulterade i fem kategorier: Att frukta cytostatikabehandlingen men inse det nödvändiga; Att få rätt mängd information minskade ångesten och ökade kontrollen; Att leva i en berg- och dalbana; Att vilja leva sitt liv normalt; Att återgå till vardagen och reflektera över det som hänt

Vårt resultat beskrev att patienter fruktade cytostatikabehandlingen men insåg det nödvändiga i att genomgå den. De visste inte vad de kunde förvänta sig av cytostatikabehandlingen, de verkade acceptera behandlingen som livsnödvändig. Detta kan relateras till Stetz, Primano och Lewis (1986) som hävdar att patienter upplever att deras cancer är av grundläggande betydelse och någonting som uppenbarligen måste åtgärdas. Slevin et al., (1990) beskriver att attityderna patienter har till cytostatikabehandling förändras dramatiskt när de får sin cancerdiagnos. Att ställas inför fakta vid en cancerdiagnos gör att patienter accepterar den behandling som erbjuder dem hopp, bot och bättring. Enligt Glimelius et al. (2001) vill patienter ofta ha garantier för att cytostatikabehandlingen är noggrant utvärderad för att kunna välja behandling, patienter önskar att bli erbjudna bästa möjliga cytostatikabehandling (Koedot et al. 2002) istället för att bli erbjuden bästa möjliga vård. I en studie av Gunnars (1991) upplever patienter att cytostatikabehandlingen är den enda chansen att få leva lite längre, de hoppas på att hålla sjukdomen i schack så att cancersnålen ska hinna lösas. Glimelius et al. (2001); Koedot et al. (2002); Slevin et al. (1990) menar att patienter föredrar att få cytostatikabehandling trots liten chans av att bli botad från sin sjukdom, att förlänga livet var det primära. I vårt resultat framgick att patienterna gav onkologen full handlingsfrihet att använda de läkemedel som var bäst för deras tillfrisknande de satte sitt hopp till att få cytostatikabehandling trots medvetenheten om de negativa effekterna som fanns. Doyle, Crump, Pintilie och Oza (2001), beskriver

de förväntningar som patienter har på behandlingen är ofta orealistisk, de förväntar sig att cytostatikabehandlingen har stora möjligheter att bota dem från sjukdomen. Många patienter accepterar behandlingen för skäl som skiljer sig markant ifrån det den behandlande onkologen berättar om, de sätter sitt hopp till och vill ha garantier att behandlingen ska bota dem medan onkologen inte kan garantera utgången av behandlingen. Att ha höga och orealistiska förväntningar har visat sig bero på att patienter försöker hantera sin stress inför kommande cytostatikabehandlingar och de vill förtränga sin sjukdom som troligen kommer att leda till döden (Doyle et al., 2001).

I denna litteraturstudie upplevde patienter att det var viktigt att få rätt mängd information och därigenom öka kontrollen. De upplevde att de blev överösta med en för stor mängd av detaljinformation, särskilt före första behandlingen. Grunfeld et al. (2006); Slevin et al. (1990) påpekar att patienter behöver saklig information som tillåter dem att kunna påverka sin behandling, samtidigt som informationen inte får ta bort allt hopp. Att presentera olika behandlingsalternativ för patienter är en komplex och svår process. Syftet med behandlingen är att bota eller kontrollera cancer, därför vill man inte ge statistiska överlevnadssiffror eftersom det kan påverka patientens beslut angående behandling (Grunfeld et al, 2006; Slevin et al., 1990). I resultatet i litteraturstudien framkom att personer upplevde statistiken gällande cytostatikabehandling nedslående, att känna till mindre var bättre när det gällde de negativa aspekterna. I en studie av Grahn och Johnson (1990) beskrev patienter med cancer att de frågade efter information inte bara för att få förståelse för sjukdom och behandling, utan också förbereda sig på förändringar i livsstil. Gray, Fitch, Greenberg, Hampson, Doherty, och Labrecque (1998) menar att få information före behandling har visat sig reducera ångest och oro. Cowan och Hoskins (2007) anser att egenvård främjar och hjälper patienter att få kontroll över sin situation. Iconomou, Viha, Koutras, Vagenakis och Kalofonos (2002) har visat att patienters informationsbehov varierar utifrån kön, ålder, utbildning, social situation och sorten av cytostatikabehandling. De patienter som fick sin information kort innan påbörjad cytostatikabehandling har längre fram ett större behov av ytterligare information. Ju tidigare informationen gavs innan behandling desto mer mentalt förberedd var patienten. Vårt resultat beskriver att patienter hade önskemål om att få relevant information om behandlingen, detta sågs som något som skulle kunna hjälpa dem att hantera sin situation och därigenom även att minska ångesten som behandlingen förde med sig. Grunfeld et al. (2006); Skalla, Bakitas, Furstenberg, Ahles, och Henderson (2004) anser att sjuksköterskan måste kunna göra individuella skillnader när det gäller mängden och tillvägagångssättet som informationen presenteras på. Informationen gäl-

lande cytostatikabehandling skall vara relevant för varje enskild patient. Om patienterna känner att de blir överösta med information skall de ha möjlighet att bromsa takten, de skall kunna få informationen när de känner sig beredda (Grunfeld et al., 2006; Skalla et al. 2004;).

I vårt resultat framkom att patienter upplevde det som att leva i en berg- och dalbana, håravfallet var en av de biverkningar som påverkade patienterna. Det var en påtaglig och synlig biverkan eftersom det var ett utvändigt tecken på sjukdom. Mulders, Vingerhoets och Breed (2008) beskriver patienter som upplever håravfall som den mest traumatiska biverkningen av cytostatikabehandling, på grund av den sociala och psykologiska upplevelsen hos både kvinnor och män. McGarvey, Baum, Pinkerton och Rogers (2001); Olver, Tailor och Whitford, (2004) anser att kvinnor upplever stress i ett tidigt stadium av cytostatikabehandlingen när håret börjar tunnna ut. För många kvinnor symboliserar håret kvinnlighet, sexualitet och att känna sig attraktiv. Kvinnor med bröstcancer upplever enligt Gunnars (1991) att det inte är lika allvarligt att mista ett bröst som att tappa sitt hår. I sin studie beskriver Hilton, Hunt, Emslie, Salinas och Ziebland (2007) att håravfall drabbar även övriga kroppen, detta upplever männen som jobbigare. Att tappa kroppsbehåringen upplever män som feminint, de förlorar sin manlighet.

I resultatet i litteraturstudien beskrev patienter en annan biverkning fatigue (extrem trötthet) som de drabbas av vid cytostatikabehandling. Upplevelsen av fatigue beskriver Miller och Kearney (2001) som hopplöshet, yrsel, att inte vara på humör, vilja vara ensam och känslan av att ha tappat kontroll. Molassiotis och Chan (2001) beskriver i sin studie om fatigue hos patienter som genomgår cytostatikabehandling att de upplever den extrema trötthet som uppkommer efter behandlingen inte försvinner lika lätt. Att vila, vilket underlättar före behandlingens start, hjälper inte vid behandlingsrelaterad fatigue. Miller och Kearney (2001) beskriver att patienter upplever att trötthet underlättar genom att promenera, vila eller sova, träffa andra människor, tillbringa tid med familjen i lugn och ro, äta speciell mat och använda sig av örtmediciner samt att försöka vänta ut effekten av cytostatikabehandlingen. Det framkommer i vårt resultat att patienter upplever det påfrestande att genomgå de cykler av psykiska och fysiska förändringar som cytostatikabehandling medför. Det påverkar moral och motivation hos patienter och inställningen till att fortsätta behandlingen varierar. Det kan relateras till Love, Leventhal, Easterling och Nerenz (1989) som beskriver att cytostatikabehandling och dess biverkningar upplevs påverka patienter så att många överväger att avsluta behandlingen (Love

et al., 1989). Därför är det viktigt för vårdpersonal att hjälpa patienten att acceptera behandlingen genom att erbjuda stöd och hopp så att de orkar genomföra sin behandling.

Vårt resultat beskrev att patienter ville leva sitt liv normalt, även under behandlingsperioden, de kände behov av att skydda sina familjemedlemmar från lidandet som diagnosen orsakar. Patienterna försökte se friska ut och ville bli behandlade normalt. Studier av Sand (2008); Strang, Strang, Hultborn, och Arnér (2004) beskriver hur personer med cancer upplever sitt dagliga liv, både på grund av cancersjukdomen samt cytostatikabehandlingen. Förändringar innefattar olika delar av livet som arbete, ekonomi, roller i hemmet, föräldraskap, kärleksliv och sexualitet och det drabbar även anhöriga. Halldórsdóttir, och Hamrin (1996) anser att patienter omvärderar sina mål, roller och värderingar och enligt McGrath (2002) upplever patienter stress när de förlorar sig själv och sin tidigare identitet. Rollen som patient upplevs som mest framträdande både ur deras eget och i de utomståendes perspektiv vilket till stor del beror på att de krävande behandlingarna tar så mycket tid och kraft. Halliburton, Larson, Dibble och Dodd (1992) menar att de fysiska effekter som patienter upplever av cytostatikabehandling och oro för familjen medför en insikt om att sjukdomen kan komma tillbaka vilket föranleder återkommande frågor av existentiell natur. I en studie av Arman, Rensfeldt, Lindholm & Hamrin (2002); Colyer (1996); McGrath (2002) beskriver människor med cancer att tankar på livet och döden förekommer ofta, det upplevs som att befinna sig på ständig flykt undan döden. Detta är en vanlig aspekt av existentiellt lidande vilket resulterar enligt Stetz, Primano och Lewis (1986) att patienter har behov av att skydda sina familjemedlemmar från lidandet som diagnosen orsakar, det blir en negativ emotionell påverkan. I litteraturstudien framkom att patienter hellre anförtrodde sig åt vårdpersonal gällande sjukdom och behandling i hopp om att skydda anhöriga. De ville inte visa sina svagheter som behandlingen medförde. Liknande resultat beskrivs också av Halldórsdóttir och Hamrin, (1996) där en sjuksköterska fick en patient att känna sig sedd och förstå att den ångest och oro som han har inte var något onormalt. Sjuksköterskans ord har en mycket stor betydelse för patienten. En sjuksköterska kan hjälpa sin patient genom att förklara känslor av ångest som normala i det tillstånd han befinner sig.

I kategorin att återgå till vardagen och reflektera över det som hänt, beskriver patienter copingmekanismer för att skapa hopp för att kunna klara av att anpassa sig till att leva med cancer. Thomé, Dykes, Gunnars, Rahm och Hallberg, (2003) menar att många patienter pendlar

mellan hopp och förtvivlan när de tänker på den nuvarande situationen och framtiden, de har ständigt diagnosen i tankarna. Många patienter har förlorat olika kroppsfunktioner eller inre organ vilket kan leda till försämrad livskvalitet. I vår studie framkom att hoppet har en central betydelse för att orka se framåt. Som vårdpersonal har man en viktig funktion i att främja hopp hos patienter vilket Ruestoen och Hanestad (1998) också beskriver i sin studie där hopp anses vara av stor betydelse för att överleva cancer och som sjuksköterska har man en viktig roll i att främja hoppet.

Det är viktigt att sjuksköterskan har kunskap och kan ge bra information om de olika cytostatikabehandlingarna och om de specifika biverkningarna som kan uppkomma. Att kunna motivera patienter och främja hoppet är en förutsättning för att kunna ge god omvårdnad. Arantzamendi och Kearny (2004) visar att patienter som får cytostatika har psykologiska behov, speciellt vid start av behandling då patienter upplever en oro inför något de inte känner till. Bra information hjälper patienter att ha kontroll över sin livssituation, Grunfeld et al. (2006); Slevin et al. (1990) beskriver vikten av att informationen som ges inför cytostatikabehandlingen skall vara individuellt anpassad. Patienter ska känna sig delaktiga i besluten om cytostatikabehandling detta för att reducera ångest och oro inför kommande behandlingar (Gray et al., 1998; Grunfeld et al., 2006; Slevin et al., 1990). Som sjuksköterska anser författarna att man aldrig kan lära sig för mycket om patienters olika upplevelser och behov. Fortsatt forskning om patienters upplevelser i samband med cytostatikabehandling är viktig eftersom sjuksköterskor ständigt i sitt yrke möter dessa patienter.

Metoddiskussion

Metoden som använts i studien är manifest kvalitativ innehållsanalys. Manifest ansats innebär att forskaren arbetar textnära och undviker därför att tolka texten, målet är att beskriva de synliga och uppenbara delarna (Graneheim & Lundman, 2004). Enligt Holloway och Wheeler (2002, s. 254-255) lyfter man fram upplevda erfarenheter ur ett inifrånperspektiv. Det finns fyra komponenter att ta hänsyn till när man granskar en kvalitativ studie: *pålitlighet*, *bekräftelsebarhet*, *trovärdighet* och *överförbarhet*. Författarna skall bedöma studiens tillförlitlighet utifrån dessa perspektiv. Har en studie hög *pålitlighet* så är resultatet exakt och noggrant återgivet. Läsaren skall kunna följa tillvägagångssättet från det att studien startade fram till resultatet. Vi har beskrivit tillvägagångssättet genom att presentera sökord, databaser, översikt av

artikelsökning (tabell 1), resultat av kvalitetsgranskning samt en översikt av artiklar som ingår i analysen (tabell 2). Vi antar att om någon annan skulle genomföra samma typ av studie med samma frågeställning skulle de komma fram till ett liknande resultat. Polit och Beck (2004, s. 539) beskriver att om en studie skall vara pålitlig ska forskarna ha ställt sig frågan: kan studien upprepas med liknande deltagare i en likartad situation och få ett samstämmigt resultat? Holloway och Wheeler (2002, s. 255) beskriver *bekräftelsebarhet* som en möjlighet att spåra data till dess källa. Det är viktigt att kunna följa en röd tråd genom arbetet. Enligt Polit och Beck (2004, s. 539) ska fynden representera deltagarnas uppfattning eller upplevelse och inte vara forskarnas uppfattning eller tolkningar. Fynden ska kunna bekräftas av läsaren genom att kunna återgå till originalkällan (Holloway & Wheeler, 2002, s. 255). Bekräftelsebarheten styrks genom att vi använder oss av en manifest ansats som inte lämnar utrymme för egna tolkningar. Genom att presentera citat bekräftas personernas upplevelser och det ges inget utrymme för egna tolkningar. Artiklarna som använts i analysen var samtliga skrivna på engelska, för att förhindra dåliga översättningar användes lexikon (Google translate (online); Lexin (online) & Engelsk Ordbok, 2002). Vi har även haft hjälp av en person med mycket goda kunskaper i engelska. Vid handledningstillfällen och seminarier har andra granskat de olika delarna i uppsatsen, detta har hjälpt oss att inte göra feltolkningar och andra misstag i tillvägagångssättet. Tydlig referensteknik gör det lätt för läsaren att hitta källan.

Trovärdighet är enligt Holloway och Wheeler (2002, s. 245-255) när forskarnas fynd överensstämmer med deltagarnas upplevelser. Studien ska vara exakt och konsekvent, vilket innebär att läsaren ska kunna följa författarnas tankegångar och olika steg i analysarbetet. Enligt Graneheim och Lundman (2004) så skall data analyseras textnära och forskaren ska se till det uppenbara. Trovärdigheten styrks ytterligare genom den kollegiala diskussionen mellan två forskare. I vår analys har vi försökt att arbeta så textnära som möjligt, vi har varit två som arbetat och analyserat analysmaterialet. Kategoriseringen av materialet resulterade i fem slutkategorier .

Överförbarhet är att resultatet kan överföras till liknande situationer och personer (Holloway & Wheeler 2002, s. 255). Vi tror det kan vara rimligt att resultatet stämmer in på andra personers upplevelser vid cytostatikabehandling.

Slutsatser

I vår litteraturstudie framkom det att patienter fruktar cytostatikabehandlingen men inser att den är livsnödvändig, det är någonting som måste accepteras och genomföras vilket ger patienter hopp om bot och bättring. Det är också viktigt att patienter får information om kommande cytostatikabehandlingar och att den är individanpassad. Att ha en ökad kontroll reducerar ångesten inför kommande behandlingar. Livet under cytostatikabehandlingarna upplevs av patienter som en berg- och dalbana, biverkningarna orsakar fysiska och psykiska upp- och nedgångar under de cykler som behandlingen pågår. Patienterna vill bli behandlade normalt, under, mellan och efter cytostatikabehandlingarna, de försöker ha kvar sina rutiner och roller från sitt liv innan sjukdomen. Patienter beskriver behovet av att återgå till en ny vardag och reflektera över det som hänt, de stannar upp i livet och försöker leva här och nu, för att klara av detta använder patienter copingmekanismer för att skapa hopp och gå vidare.

Referenser

Artiklar märkta med * ingår i analysen

Arantzamendi, M., & Kearney, N. (2004). The psychological needs of patients receiving chemotherapy: an exploration of nurse perceptions. *European Journal of Cancer Care*, 13, 23-31.

Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindholm, L., & Hamrin, E. (2002). The face of suffering among women with breast cancer - being in a field of forces. *Cancer Nursing*, 25, 96-103.

Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

*Campbell, T. (1999). Feelings of oncology patients about being nursed in protective isolation as a consequence of cancer chemotherapy treatment. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2), 439-447).

Cancerfonden (2008). Hämtad 20 februari 2009 från

<http://www.cancerfonden.se/templates/Pressrelease.aspx?id=1735&full=1>

Cancerfonden (2008). Hämtad 3 mars 2009 från

http://www.cancerfonden.se/templates/Information_125.aspx?fulltext=1

Cancerfonden (2008). Hämtad 20 februari 2009 från

<http://www.cancerfonden.se/templates/Information.aspx?id=130&fulltext=1>

Cowan, C., Hoskins, R. (2007). Information preferences of women receiving chemotherapy for breast cancer. *European Journal of Cancer care*, 16, 543-550.

*Cowley, L., Heyman, B., Stanton, M., & Milner, S.J. (2000). How women receiving adjuvant chemotherapy for breast cancer cope with their treatment: a risk management perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 314-321.

Colyer, H. (1996). Women's experience of living with cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 496-501.

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

Doyle, C., Crump, M., Pintilie, M., & Oza, A. (2001). Does palliative chemotherapy palliate? Evaluation of expectations, outcomes, and costs in women receiving chemotherapy for advanced ovarian cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 19 (5), 1266-1274.

*Ekman, I., Bergbom, I., Ekman, T., Berthold, H., & Mahsneh, S.M. (2004). Maintaining normality and support are central issues when receiving chemotherapy for ovarian cancer. *Cancer Nursing*, 27(3), 177-182.

Farrell, C. (2008). Care closer to home: oral chemotherapy. *Cancer Nursing Practice*, 7 (2), 23-26.

Given, B., Given, C., McCorkle, R., Kozacnik, S., Cimprich, B., Rahbar, M., & Wojcik, C. (2002). Pain and fatigue management: results of a nursing randomized clinical trial. *Oncology Nursing Forum*, 29(6), 949 -956.

Glimelius, B., Bergh, J., Brandt, L., Brorsson, B., Gunnars, B., Hafström, L., Haglund, U., Hägberg, T., Janunger, K., Jönsson, P., Karlsson, G., Kimby, E., Lamnevik, G., Nilsson, S., Permeat, J., Ragnhammar, P., Sörenson, S., & Mygron, P. (2001). The Swedish council on technology assesment in health care (SBU) systematic overview of chemotherapy effects in some major tumour types – summary and conclusions. *Acta Oncologica* 40, 135-154.

Grahn, G., & Johson, J. (1990). Learning to cope and living with cancer. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 4(4), 173-181.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Gray, R., Fitch, M., Greenberg, M., Hampson, A., Doherty, M., & Labrecque, M. (1998). The information needs of well, longer-term survivors of breast cancer. *Patient Education and Counseling*, 33 (3), 245-255.

Grunfeld, E.A., Maher, E.J., Browne, S., Ward, P., Young, T., Vivat, B., Walker, G., Wilson, C., Potts, H.W., Westcombe, A.M., Richards, M.A., & Ramirez, A.J. (2006). Advanced Breast Cancer Patients' Perception of Decision Making for Palliative Chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology*, 24 (7), 1090-1098.

Gunnars, B. (1991) *Livskvalitet under cytostatikabehandling*. (avhandling för doktorexamen, Lund Universitet).

Halldórsdóttir, S., & Hamrin, E. (1996). Experiencing existential changes: the lived experience of having cancer. *Cancer Nursing*, 19, 29-36.

Hilton, S., Hunt, K., Emslie, C., Salinas, M., & Ziebland, S. (2007). Have men been overlooked? A comparison of young men and women's experiences of chemotherapy-induced alopecia. *Psycho-Oncology*, 17, 577 – 583.

Holloway, I., & Wheeler, S. (2002). *Qualitative research in nursing*. Oxford: Blackwell Sciences.

Koedoot, C.G., de Haes, J.C.J.M., Heisterkamp, S., Bakker, P., de Graaf, A., & de Haan, R.J. (2002). Palliative chemotherapy or watchful waiting? A vignettes study among oncologists. *Journal of Clinical oncology*, *17*, 3658-3664.

Iconomou, G., Viha, A., Koutras, A., Vagenakis, A., & Kalofonos, H. (2002). Information needs and awareness of diagnosis in patients with cancer receiving chemotherapy: a report from Greece. *Palliative Medicine*, *16*, 315-321.

*Mattioli, J.L., Repinski, R., & Chappy, S.L. (2008). The meaning of hope and social support in patients receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, *35*(5), 822-829.

*McCaughan, E.M., & Thompson, K.A. (2000). Information needs of cancer patients receiving chemotherapy at a day-case unit in Northern Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, *9*, 851-858.

McGarvey, E., Baum, L., Pinkerton, R., & Rogers, L. (2001). Psychological sequelae and alopecia among women with cancer. *Cancer Practice*, *9* (6), 283-289.

McGrath, P. (2002). Creating a language for “spiritual pain” through research: a beginning. *Support Care Cancer*, *10*, 637-646.

*McIlfatrick, S., Sullivan, K., McKenna, H., & Parahook, K. (2007). Patient’s experiences of having chemotherapy in a day hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, *59*(3), 264-273.

*Midtgaard, J., Rorth, M., Stelter, R., & Adamsen, L. (2006). The group matters: an explorative study of group cohesion and quality of life in cancer patients participating in physical exercise intervention during treatment. *European Journal of Cancer Care*, *15*, 25-33.

Miller, M., & Kearney, N. (2001). Nurses knowledge and attitudes towards cancer-related fatigue. *European Journal Of Oncology Nursing* 5 (4), 208-217.

*Mitchell, T. (2007). The social and emotional toll of chemotherapy – patient’s perspectives. *European Journal of Cancer Care*, 16, 39-47.

Molassiotis, A., & Chan, C.W.H. (2001). Fatigue patterns in Chinese patients receiving chemotherapy. *European Journal Of Oncology Nursing* 5 (1), 60-67.

Mulders, M., Vingerhoets, A., & Breed, W. (2007). The impact of cancer and chemotherapy: Perceptual similarities and differences between cancer patients, nurses and physicians. *European Journal of Oncology Nursing*, 12, 97-102.

Love, R.R., Leventhal, H., Easterling, D.V., & Nerenz, D.R (1989). Side effects and emotional distress during cancer chemotherapy. *Cancer*, 63, 604-612.

Olver, I., Taylor, A., & Whitford, H. (2005). Relationship between patients’ pretreatment expectations of toxicities and post chemotherapy experiences. *Psycho- Oncology*, 14, 25 -33.

Persson, L., Rasmusson, M., & Hallberg, I. (1998). Spouses view during their partners` illness and treatment. *Cancer Nursing*, 21(2), 97-105.

Petti, V & Hesslin, I., Swedenborg, L., & Nygren, H. (1995). Norstedts engelska ordbok, *Student’s edition*, Norstedts Förlag AB.

*Reb, A. (2007). Transforming the death sentence: Elements of hope in women with advanced ovarian cancer, *Oncology nursing Forum*, 34(6), E70-E81.

*Richer, M-C., & Ezer, H. (2002). Living it, living with it, and moving on: Dimensions of meaning during chemotherapy. *Richer*, 29(1), 113-119.

Ridner, S-H.(2003). Psychological distress: concept analysis. *Journal of Advance Nursing*, 45, 536-545.

Rustoen, T., & Hanestad, B.R. (1998). Nursing intervention to increase hope in cancer patients. *Journal of Clinic Nursing*, 7(1), 19-27.

Sand, L. (2008). *Existential challenges and coping in palliative cancer care: Experiences of patients and family members*. (Avhandling för doktorsexamen, Karolinska institutet).

Sarafino, E.P. (1994). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions* 2nd edn. John Wiley, New York.

Skalla, K., Bakitas, M., Furstenberg, C., Ahles, T., & Henderson, J. (2004). Patients need for information about cancer therapy. *Oncology Nursing Forum*, 31,(2), 313-319.

Slevin, M., Stubbs, L., Plant, H., Wilson, P., Gregory, W., Armes, J., & Downer, S. (1990). Attitudes to chemotherapy: comparing views of patients with cancer with those of doctors, nurses, and general public. *British Medicine Journal*, 300, 1458 – 60.

Stetz, K.M., Primano, J., & Lewis, F.M. (1986). Family coping strategies and chronic illness in the mother. *Family relations*, 35, 515-522.

Strang, P., Strang, S., Hultborn, R., & Arnér, S. (2004). Existential pain - An Entity, a Provocation, or a Challenge? *Journal of Pain and Symptom Management*, 27 (3), 241-250.

SOU 1997:154. *Patienten har rätt*. Betänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000). Stockholm: Fritzes; 1997.

Thome´, B., Dykes, A-K., Gunnars, B., & Rahm Hallberg, I. (2003). The experience of older people living with cancer. *Cancer Nursing*, 26 (2), 85-96.

* Tierney, A. J., Taylor, J., & Closs, J. (1992). Knowledge, expectations and experiences of patients receiving chemotherapy for breast cancer. *Scandinavian Journal of Caring, Sciences* 6(2), 75-80.s

Tringali, C.A. (1986). The needs of family members of cancer patients. *Oncology Nursing Forum*, 13(4), 65-69.

Williams, S., & Schreier, A. (2004). The effect of education in managing side-effects in women receiving chemotherapy for treatment of breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31 (1),E16-E23.

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

Woods, N.F., Lewis, F.N., & Ellison, E.S. (1989). Living with cancer: family experiences. *Cancer Nursing*, 12(1), 28-33.