

Åsa Andersson & Petra Hedenqvist

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp, institutionen för vårdvetenskap

Examensarbete, 15 hp

Grundnivå

Handledare: Ingegerd Fagerberg

Examinator: Birgitta Fläckman

Liksom regnbågen, en gnista, ett hopp och en verklighet som inte går att undfly. Äldres erfarenheter av cytostatikabehandling. En litteraturöversikt

Like the rainbow, a spark, a hope, and reality that can not be escaped. Older peoples´ experiences of chemotherapy.

A literature review

Sammanfattning

Varje år drabbas många äldre människor av cancer och fler riskerar att drabbas av cancer till följd av att medellivslängden ökar. Cytostatika som är en vanlig behandling är ofta väldigt påfrestande för patienten, både fysiskt och psykiskt. För en äldre människa som redan är svag kan det bli ytterligare påfrestning i

Bakgrund: det dagliga livet. Standardbehandlingar blir ofta svårare att administrera och en äldre person som har flera sjukdomar samtidigt utvecklar lättare resistens mot behandlingen. Sjuksköterskan har en viktig roll då det gäller att ta hänsyn till patientens existentiella behov och frågor, men också att hjälpa patienten att ta egna beslut och stödja dennes val.

Syfte: Syftet med denna studie är att belysa äldre människors upplevelser i samband med cytostatikabehandling.

Metod: Litteraturoversikt enligt Friberg (2012) där 14 artiklar har använts till resultatet.

Resultat: Två huvudteman framkom; fysiska och psykiska upplevelser, samt omgivningens betydelse för upplevelsen. Andra fynd var patienters upplevelser av hopp, osäkerhet, livskvalitet i relation till förlusten av förmågor, och de sociala relationernas betydelse för välbefinnande.

Diskussion: Resultatets olika teman diskuteras och relateras till Rosemarie Rizzo Parse teori om human becoming och hopp. Hopp sätts i relation till livskvalitet och belyser det som kan ha inverkan för patientens välbefinnande och illabefinnande. Vidare diskuteras hur närstående och vårdpersonal kan hjälpa patienten att finna hopp och hålla det uppe under den svåra tillvaron.

Nyckelord: Cancer, cytostatika, äldre, upplevelser

Abstract

Each year, significant numbers of old persons are affected by cancer and they are becoming more numerous as a result of life expectancy increase.

Chemotherapy is a common treatment and is often very stressful for the patient, both physical and psychological. For an older person who already is

Background: frail, it may be an additional strain. Standard treatments are often difficult to administer and an older person who has multiple diseases develop more easily tolerance towards treatment. The nurse has an important role taking into account the patients existential needs and issues, but also to help patients make their own decisions and to support his/her choice.

Aim: The aim of this study was to illustrate older people and their experiences' of chemotherapy.

Methods: Literature review was performed according to Friberg (2012) where 14 articles were used for the result.

Results: Two main themes emerged; physical and psychological experiences, and the influence of environmental aspects. Other findings were patients' experiences of hope, uncertainty, and the social relations signification for the well-being.

Discussions: The different topics from the result are discussed and related to Rosemarie Rizzo Parse theory of human becoming and hope. Hope is related to the quality of life and illustrates the impact it has for the patient's well-being and malaise. How family members and healthcare professionals can help patient find hope and keep it up during the difficult time in life, are also discussed.

Keywords: Cancer, chemotherapy, aged, experiences

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND	1
2.1 LIVSSITUATION OCH VÅRDANDE AV ÄLDRE MÄNNISKOR MED CANCER	1
2.2 CANCER	2
2.3 CYTOSTATIKA	3
2.4 ÄLDRE OCH CANCER	4
3. PROBLEMFÖRMULERING	5
4. SYFTE	5
5. TEORETISK UTGÅNGSPUNKT	5
6. METOD	6
6.1 DATAINSAMLING	7
6.2 URVAL	7
6.3 ANALYS	8
7. FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	8
8. RESULTAT	8
8.1 FÖRHÅLLET MELLAN FYSISKA OCH PSYKISKA UPPLEVELSER	9
8.1.1 Förlust av förmåga och dess inverkan på livskvaliteten	10
8.1.2 Ovisshet relaterat till skiftningen mellan sjukdom och välmående	11
8.1.3 Kämparglöd och hopp	11
8.2 OMGIVNINGENS BETYDELSE FÖR UPPLEVELSEN	12
8.2.1 Vårdkontexten	12
8.2.2 De sociala relationernas inflytande och inverkan på upplevelsen	13
9. DISKUSSION	13
9.1 METODDISKUSSION	14
9.2 RESULTATDISKUSSION	14
9.2.1 Vad innebär resultatet och Parse teori för vårdandet?	19
10. SLUTSATS	19
11. PRAKTISKA IMPLIKATIONER	20
12. FÖRSLAG TILL FORTSATTA STUDIER	20

13. REFERENSFÖRTECKNING	21
BILAGA 1, SÖKMATRIS	24
BILAGA 2, MATRIS ÖVER URVAL AV ARTIKLAR TILL RESULTAT.....	25

1. Inledning

Som sjuksköterskor kommer vi i kontakt med personer som har cancer, både på onkologiska avdelningar, men också på andra avdelningar inom vårdsektorn. I dagens samhälle ser man att medellivslängden ökar och att människor blir äldre. Många personer kommer därför att ha en hög ålder vid insjuknandet i cancer. En vanlig och utbredd form av cancerbehandling är cytostatika. Denna behandling är påfrestande för patienten både fysiskt och psykologiskt. Hur påverkas då en äldre människa av cytostatikabehandling? Det är en fråga vi ställer oss och har därför i vår litteraturöversikt valt att fokusera på den äldre människan och dennes erfarenheter av cytostatikabehandling. Anledningen till att vi valt att fokusera på den äldre människan är att prognosen ser annorlunda ut i förhållande till då en yngre person drabbas av cancer. Den äldre människans funktionella förmåga är vanligtvis något nedsatt i jämförelse med en yngre människas på grund av åldern, samt att framtidsutsikterna inte är densamma. Kan cytostatikabehandlingens negativa effekter som emellertid ger möjlighet till ytterligare några levnadsår väga upp mot en kortare men mer kvalitativ livssituation som i många fall kan betyda förhöjd livskvalitet?

2. Bakgrund

I bakgrunden presenteras äldre personers livssituation och hur det är att få vård i samband med cancersjukdom, vad cancer innebär och hur många som är drabbade. Vidare framkommer en redogörelse om olika typer av behandlingar, där fokus ligger på cytostatika och hur den behandlingen påverkar människan. Till sist presenteras äldre och deras upplevelser av hur det är att leva med cancer, deras känslor och reaktioner i samband med diagnos.

2.1 Livssituation och vårdande av äldre människor med cancer

Livskvaliteten hos en äldre människa med cancer är kopplat till fyra huvudområden, som inkluderar det fysiska och psykologiska välmåendet, sociala aspekter och det själsliga/andliga välbefinnandet. Kroppsliga förändringar och uppkomsten av fysiska symtom som relateras till sjukdomen eller till behandlingen, har en direkt och djup inverkan på den totala livskvaliteten (King & Hinds, 2012). Den dagliga tillvaron med cancer för en äldre människa påverkas dessutom av en kombination av ålder, samsjuklighet, upplevelser och tidigare livserfarenheter, vilka har inverkan på livet ur alla perspektiv (Thomé, Dykes, Gunnars & Hallberg, 2003). Människans övertygelse, tro och erfarenheter kan vara till hjälp för att skapa

en meningsfull tillvaro i lidandet och inbringa hopp och optimism. Förmågan att skapa mening i situationen kan vara ett framgångsrecept för en välfungerande coping, anpassning och för personens välbefinnande (Mazzotti, Mazzuca, Sebastiani, Scoppola & Marchetti, 2011). Sjuksköterskan bör i kontakten med patienten vara tillmötesgående då det gäller att lyssna in dennes existentiella behov och frågor (Letho, 2012). Det ställs också krav på sjuksköterskan att kunna se till patienters olika behov då de kommer in till sjukhuset för en kortare tid vid behandling. Om kommunikationen inte fungerar kan det bidra till negativa effekter i omvårdnaden, men också leda till stress (Udo, 2012). Inom onkologin är det framförallt av vikt att uppmuntra patienten till att ta egna beslut och att stödja den äldre personen i sina val, vare sig det handlar om att aktivt delta i hantering av sjukdomen, eller att vara mer passiv och låta sjukvården ta besluten (Thomé et al., 2003). Det kan handla om att ha möjlighet till inflytande över sin behandling eller vardagssituation.

2.2 Cancer

Cancer är ett samlingsbegrepp för omkring 200 olika sjukdomar, vilka i sin tur delas upp i undergrupper (Cancerfonden, 2010a). I Sverige är cancer den vanligaste orsaken till död för personer under 75 år. Varje år ställs omkring 55 000 nya diagnoser av cancer där de mest förekommande är prostatacancer hos män och bröstcancer hos kvinnor. Andra vanliga cancerdiagnoser är hudcancer, lungcancer samt tjock- och ändtarmscancer (Cancerfonden, 2012).

Normalt i kroppen delar sig friska celler kontinuerligt och ersätts av nya celler som är identiska med föregående. Vid cancer rubbas denna balans genom att den tidigare friska cellen nu börjar dela sig ohämmat, så kallad mutation. Det bildas allt fler cancerceller och en tumör uppstår, som i sin tur fortsätter att växa (Cancerfonden, 2010a). Man skiljer mellan två typer av celltillväxt där den ena är godartad, benign, och den andra elakartad, malign. Det finns fem typer av malign celltillväxt, beroende på vilken vävnad de utgår från, dessa är cancer, lymfom, sarkom, leukemi och gliom (Ericson & Ericson, 2012).

Kirurgi, strålning och cytostatika är kända för att vara de mest effektiva behandlingarna för att bekämpa cancer (Wenjing, Jianhua, Yue, Cho & Kunlin, 2012). I detta arbete ligger fokus på cytostatikabehandling.

2.3 Cytostatika

Cytostatika, kemoterapi och cellgifter är samtliga namn på en grupp läkemedel som används för att förhindra tillväxten av cancerceller (Breast Friends/Roche, 2013). Ungefär 60 olika cytostatika finns och används idag i Sverige. Vissa av läkemedlen är baserade på ämnen från naturen, så som växter, medan andra är konstgjort framställda (Cancerfonden, 2010b). Det kan vara olika typer av målinriktade medel så som antimetaboliter, alkyleringsmedel, antibiotika mot tumörer, antikroppar och bioläkemedel. Däremot ingår inte hormonella behandlingar i gruppen av cytostatika (Jacobson et al., 2012). Cytostatikaterapi går ut på att skada de maligna cellerna utan att i för stor utsträckning påverka de friska cellerna (Ericson & Ericson, 2012). En angreppspunkt är att hämma nybildningen av DNA i cellkärnan så att tumörcellernas tillväxt bromsas. En annan är att läkemedlen bromsar tumörcellernas metabolism. Kontentan är ofta densamma, det vill säga celledöd, så kallas apoptos (Cancerfonden, 2010b). Cytostatika ordinerar för att användas antingen före eller efter kirurgi, för att kunna minska tumörens storlek eller för att ta bort den helt (Schneider & Hood, 2007). Behandlingen har blivit mer standardiserad i det flesta fall, bland annat hos patienter med colorektal cancer (Bailey, Corner, Addington-Hall, Kumar & Haviland, 2004). Cytostatika används i första hand för att öka överlevnaden hos patienten samt att förbättra den period som är fri från sjukdom.

Det är viktigt att patienten i fråga får en individuellt anpassad cytostatikabehandling som är rekommenderad för den aktuella sjukdomen för att öka chanserna för överlevnad (Schneider & Hood, 2007). Ofta kombineras olika typer av cytostatika för att uppnå bästa effekt av behandlingen (Cancerfonden, 2010b). All cytostatika som används för att behandla cancer administreras framförallt oralt eller parenteralt (Jacobson et al., 2012). Vanligt förekommande behandling är användandet av neoadjuvant eller adjuvant cytostatika som patienten får intravenöst, med ett mellanrum på två till fyra veckor (Schneider & Hood, 2007). Med neoadjuvant behandling menas den läkemedelsbehandling som utförs före strålning eller operation. Medan med adjuvant behandling menas att olika medel används för att bättra på effekten av ett annat läkemedel eller annan behandling (FASS, 2013). Ofta uppträder de mest markanta symtomen i samband med den första administreringen av cytostatika (Schneider & Hood, 2007).

2.4 Äldre och cancer

Ålder och åldrande är det viktigt att ta hänsyn till då vård och behandling ska utformas för en patient med cancer (Bailey et al., 2004). Som definition av *äldre* har de flesta utvecklade länder antagit den kronologiska åldern av 65 år som precisering för vad som utgör en äldre människa (World Health Organisation, 2013).

Cancer är vanligt förekommande i den här åldersgruppen och de äldre har större benägenhet än yngre personer till att utveckla andra samtida sjukdomar vid långvarig sjukdom, så som problem med hjärta, lungor, lever och njurar. Vid funktionsnedsättning i dessa organ kan toleransen minska för höga doser med cytostatika, som då måste reduceras (Chen, Royce, Extermann & Reeve, 2012; Venugopal, Batus & Gregory, 2008). Däremot har det visat sig att äldre personer utan samtida sjukdomar kan dra samma fördelar av cytostatikabehandlingen som yngre patienter då det gäller överlevnad (Chen et al., 2012).

Vården bör så långt som det är möjligt individanpassas och hänsyn bör tas till de äldre då det framkommer att de behöver hjälp, detta för att patienten ska kunna tillgodoses med en adekvat vård (Bailey et al., 2004). Nelson, Balk och Roth (2010) skriver att åldern lär vara den huvudsakliga faktorn som avgör hur en person reagerar psykologiskt på att få en cancerdiagnos. Patienter som är långt gångna i sjukdomen när de får diagnosen upplever mer stress och reagerar starkare känslomässigt på behandlingen. I studien av Issah, Maree och Mwinituo (2011) framkommer att äldre personer har svårt att förmedla signaler och symptom som tyder på sjukdom, på grund av okunskap, innan de blivit diagnostiserade med cancer. Eller är det sjukvården som till viss del förbiser de äldres diagnos och har andra prioriteringar?

Omkring 65 procent av de personer som insjuknar i cancer har uppnått en ålder av 65 år eller mer (Cancerfonden, 2012). Bailey et al. (2004) menar dock att de personer som är nydiagnostiserade med cancer har en jämförbar nivå av fysisk funktionalitet som män och kvinnor mellan 55-64 år. I Cancerrapporten från 2012 framkommer statistik från Statistiska Centralbyrån som visar på att det år 2030 kommer att finnas mer än två miljoner personer i Sverige som är över 65 år eller äldre. I och med detta kommer även andelen äldre personer som diagnostiseras med cancer att öka och bristen på tid och resurser kan göra att de äldres emotionella behov kommer i skuggan av andra patientgrupper.

3. Problemformulering

Antalet diagnostiserade personer med cancer ökar samtidigt som man ser att medellivslängden tilltar, vilket innebär att fler äldre kommer att drabbas av cancer.

Cytostatika som är en vanlig behandling kan vara mycket påfrestande både fysiskt och psykologiskt. En äldre människa har andra förutsättningar och därmed en annan prognos än en yngre människa då denne genomgår cytostatikabehandling. Hur tänker då en äldre person kring behandlingen och vad innebär livskvalitet för denne, samt hur ser han/hon på framtiden? Det finns få forskningsstudier som berör den äldre människan och hans/hennes emotionella upplevelser vid behandling med cytostatika. Därför har vi valt att inrikta oss på den äldre människan och dennes perspektiv på cytostatikabehandling.

4. Syfte

Syftet med denna studie är att belysa äldre människors upplevelser i samband med cytostatikabehandling.

5. Teoretisk utgångspunkt

Hopp är ett betydelsefullt begrepp inom cancervården. Flertalet artiklar belyser hoppets meningsfullhet för viljan att ta sig igenom sjukdomen.

Rosemarie Rizzo Parse har bedrivit och publicerat ett antal analyser om olika fenomen, så som hopp, livskvalitet, åldrande, hälsa och respekt (Parse, 1981), och utvecklat en grundläggande omvårdnadsteori om *human becoming*, som bygger på tillämpad och vetenskaplig forskning (Mitchell, & Bourne, 2010). Hälsa och livskvalitet kan endast beskrivas av individen själv eftersom det är ett förkroppsligande av hur denne upplever sin utveckling, det Parse kallar *becoming*. *Becoming* är även en modell för hur människan gör sina prioriteringar och en subjektiv process av hur man kan förenas med sina möjligheter (Parse, 1999). Parse menar att omvårdnad är en humanvetenskap, att människor inte kan förstås om man delar upp dem i små komponenter. Omvårdnaden ska grunda sig i människans livserfarenheter (Parse, 1981). Parse teori om *human becoming* består av icke traditionella föreställningar om människan, universum och hälsan som process (Parse, 1999). Teorin kretsar kring tre teman; mening, rytm och transcendens. *Mening* hos människan framträder i relation med andra människor genom budskap i kommunikation, rörelse, tystnad och stillhet (Parse, 1998). *Rytm* handlar om förebilder och möjligheter (Parse, 1981). Det sista temat,

transcendens, beskriver förändring av det som är möjligt, den obegränsade möjligheten, som definierar human becoming (Parse, 1998). Det talas om två dimensioner, där den ena är bakgrunden och den andra förgrunden. Genom att föreställa sig möjligheter kan människan förflytta sig mellan dessa dimensioner och har möjlighet att välja multidimensionellt, så kallad ömsesidig människa-universum process (Parse, 1998).

Hopp-icke hopp beskrivs som den levda erfarenheten av hälsa och livskvalitet och är den mänskliga erfarenheten i *becoming*. Begreppen hopp och icke hopp är inte motpoler. Hopp visar sig i situationer med icke hopp, och icke hopp blir tydligast då hoppet finns närvarande (Parse, 1999). Då hoppet är närvarande i hopp-icke hopp paradoxen, finns alltid glimtar av hopplöshet och det omöjliga närvarande. Från ett human becoming perspektiv är hopp ett valt sätt av hur man uppfattar ögonblicket, vilket ger mening till situationen. Hopp är förväntningar i tankar om vad som skall komma. Människan i samspel med universum återskapar verkligheten och finner meningsfullhet genom föreställningar, värderingar och kommunikation. Enligt Parse är hopp det som tar människan genom dag och natt. Hopp anses vara den levda erfarenheten av hälsa och är ett sätt att se möjligheter varje dag. Det är strävan, önskan och förväntningar som förflyttar människan framåt, förbi ögonblicket. Liksom regnbågen är hoppet en gnista, en helhet och en rörelse mellan tillfällen som alltid finns närvarande, som dock är tydligast vid svåra tillfällen. Då människan befinner sig i ovisshet så som vid svår sjukdom, kan nya insikter återskapa välbefinnande, *becoming*.

Vidare menar Parse att människans närvaro i, och relation med världen är personlig och människor ger sig mening till livet i processen som leder till den människa de är (Parse, 1981). Människan är en självständig varelse som är fri att välja sina egen väg och har ansvar för de beslut som hon tar (Parse, 1999). Parse teori om human becoming riktar uppmärksamheten till en människas mening av hälsa och livskvalitet, och till dennes önskningar, behov, oro samt preferenser för information och omvårdnad (Mitchell & Bournes, 2010).

Metoden för human becoming ger riktning för hur hopp kan förmedlas i praktiken (Parse, 1999). Genom att ha teoretisk kunskap om human becoming ges möjligheter till utveckling och till förändring i praktiken. Teorin kan medföra en övertygelse som sjuksköterskan kan använda sig av i kontakten med andra människor (Mitchell & Bournes, 2010).

6. Metod

Den metod vi valt i denna studie är litteraturöversikt och som underlag till resultatet har 14 artiklar valts ut.

6.1 Datainsamling

De vetenskapliga artiklarna som använts för denna studie har sökts fram via databaserna *CINAHL plus with Full Text*, *PubMed* samt *Academic Search Premier*. För att använda rätt sökord i databaserna användes MeSH (Medical Subject Headings) för att översätta svenska ord till engelska. Ledtrådar till sökord framkom genom syftet, samt via *Headings* i CINAHL. Sökord som användes var *chemotherapy*, *cancer*, *aged*, *old age*, *quality of life*, *patient experience*, *experience(s)*, *emotions* och *psychological experience*. För att förfina resultatet i artikelsökningarna användes urval som *peer reviewed*, *humans*, *aged 65+* och *aged 80 and over*. Tidsspannet begränsades till årtal mellan 1997-2013, eftersom de mest aktuella och det största antalet artiklar befann sig inom dessa årtal. Till en början gjordes sökningar med båda termerna AND och OR för att få upp ett stort urval av artiklar. Framförallt användes termen AND för att få mer exakta studier relaterat till syftet. De artiklar som valdes ut skulle vara skrivna på engelska eller svenska, övriga språk valdes bort. Till en början lästes huvudtiteln och abstract igenom för att sedan sortera ut lämpliga artiklar till en folder. De utvalda artiklarna lästes igenom flera gånger. Därefter sammanfattades det som framstod som mest relevant för arbetet och jämförelser mellan artiklarna genomfördes. Utifrån detta framkom sex kvantitativa och åtta kvalitativa studier till resultatet, vilket redovisas i bilaga 1. För att börja brett och inte gå miste om artiklar valdes till en början ett vidare perspektiv, då syftet fortfarande var preliminärt. I och med detta erhöles också en bättre översikt över den forskning som fanns inom ämnet. Slutligen fastställdes det som kom att bli det slutgiltiga syftet för litteraturöversikten.

6.2 Urval

I studien har valts en inriktning på äldre personer med cancersjukdom, där fokus inte ligger på någon specifik cancerdiagnos, och inte heller på någon särskild fas i cancersjukdomen. Studien inkluderar cancer ur ett helhetsperspektiv, då både fysiologiska och emotionella upplevelser beaktas. För översikten har det inte varit relevant att välja mellan kvalitativa eller kvantitativa studier, eftersom båda metodernas resultat har varit intressanta för helheten i arbetet.

6.3 Analys

Metoden som använts för analysen utgår från Friberg (2012), som beskriver hur analysen kan utföras. Det första steget innebar att läsa igenom studierna flera gånger för att förstå helheten. Studierna sammanfattades även för att förenkla arbetet till analysen. Därefter jämfördes artiklarna med avsikten att hitta likheter och skillnader, såväl för den teoretiska utgångspunkten, som för analysen och resultat. Helheten kategoriserades i mindre delar och sorterades i flera mindmaps. Slutligen gjordes en sammanställning av likheter och skillnader till det slutliga resultatet. Olika tillvägagångssätt användes beroende på om det var en kvalitativ eller kvantitativ studie, eftersom kvalitativa studier fokuserar på ord och kvantitativa studier bygger sitt resultat på siffror. I sammanställningen ordnades olika teman under rubriker. Det sista i analysen som gjordes var att dra slutsatser och tolka sammanhanget för att bilda mönster över hur delarna hänger samman i resultatet.

7. Forskningsetiska överväganden

Polit & Becks (2012) riktlinjer kring de etiska övervägandena har använts i denna studie. De artiklar som använts är av aktuell forskning för att åstadkomma en tidsenlig litteraturstudie. Samtliga artiklar är skrivna på engelska, vilket innebär att det inte kan garanteras att all översättning till svenska har blivit korrekt. Lexikon har använts för att i största mån få en översättning som stämmer överens med ursprungstexten. Då granskning av artiklarna genomfördes användes ett kritiskt förhållningssätt som grund, vilket innebar att egna värderingar eller personliga åsikter inte lades in. Även i uppsatsskrivandet har inga egna slutsatser eller egna tolkningar inkluderats för att undvika förvanskning av resultatet, och för att vara så trogna källan som möjligt till litteraturöversikten.

8. Resultat

I resultatet presenteras patienternas upplevelser i två huvudteman och fem underteman. De två huvudtemana beskriver förhållandet mellan fysiska och psykiska upplevelser, samt omgivningens betydelse för upplevelsen. Under det första huvudtemat belyses förhållandet mellan patienternas fysiska och psykiska upplevelser relaterat till cytostatikabehandling, deras ovisshet kring behandling och sjukdom, samt den inverkan behandlingen har på livskvaliteten och hoppet. Under det andra huvudtemat belyses miljöns betydelse för patienternas

upplevelser av cytostatikabehandlingen, hur vårdstrukturen påverkar patienten och hur de sociala relationerna inverkar på välbefinnandet. Matris över resultatartiklarna redovisas i bilaga 2.

8.1 Förhållandet mellan fysiska och psykiska upplevelser

Patienter som inte ger samtycke till cytostatikabehandling är i största mån äldre personer (Newell, Swanson-Fisher, Girgis & Ackland, 1999). Framförallt är det kvinnor som är mindre villiga till att genomgå behandling, vilket beror på osäkerhet, stress och psykologisk börda (Tsai, Lin, Chao & Lin, 2009). Gironés et al. (2012) skriver i sin studie att i de fall då män väljer att inte genomgå cytostatikabehandling ofta beror på den höga åldern, bräcklighet, depression och nedsatt fysisk status, men att de flesta ändå väljer att genomgå aggressiv behandling för att förlänga överlevnaden. De äldre utgör i själva verket en grupp som är särskilt sårbara avseende behandling, biverkningar och sjukdomsrelaterade symtom (Kvale, Woodby & Williams, 2010). Meenaghan och Dowling (2010) menar därutöver att bot inte alltid är möjligt att nå på grund av utvecklad tolerans mot behandlingen och svårigheten att administrera standardbehandlingar till äldre, och till äldre med multisjuklighet.

Dikken och Sitzia (1998) förklarar att det som äldre patienter upplever som mest besvärande under cytostatikabehandling är fatigue, illabefinnande, fysisk svaghet och depression. Vanliga psykiska problem som patienterna besväras av under behandlingen är upplevelsen av aggressivitet, nedstämdhet och ilska, samt humörsvängningar. Dock framkommer att sår i munnen är den vanligaste orsaken till att patienten i förtid avbryter cytostatikabehandling, som inkluderar flera cykler.

Shun, Hsiao och Lai (2011) skriver att fatigue har en omfattande påverkan på människan och patienter med långa perioder av fatigue som upplever följd effekter visade sig ha mindre hopp. Påverkan på humör och relationen med andra beskrivs vara det som blir mest påtagligt vid fatigue.

Newell et al. (1999) skriver att cancerpatienter som behandlas i öppenvården upplever både fysiska och psykiska problem som verkar kunna härledas till varandra. Vidare beskrivs att de patienter som upplever fyra eller fler fysiska symtom under behandlingen är mer benägna till att även utveckla ångest och depression. Avsaknaden av individuella behov, så som information om sjukdomen, stöd i hemmet och fördröjd cytostatikabehandling, framträder tydligare då patienten har flera fysiska symtom. Även ett omvänt samband lyfts fram då förhöjd ångest och depression visar sig förstärka de fysiska symtomen. Dikken och

Sitzia (1998) menar att mag-, tarmproblem och viktförlust kan ge upphov till att patienten i sin tur utvecklar illabefinnande, fysisk svaghet, fatigue och en känsla av nedstämdhet. De patienter som upplever avsaknad av de individuella behoven är likaså mer benägna till att utveckla depression (Newell et al., 1999). Polikandrioti et al. (2008) skriver att depression är vanligt förekommande under cytostatikabehandling och att många även har kvarstående besvär efter avslutad behandling. Newell et al. (1999) menar motsatsen och skriver att personer som genomgår behandling under tre veckors tid upplever en relativt låg nivå av depression. Vidare skriver Polikandrioti et al. (2008) att depression förekommer oftare bland personer över 70 år än bland yngre personer och menar att ju äldre personen blir, desto större tendens finns till att utveckla depression. Dessutom framkommer att personer med låg ekonomisk status och personer med enbart grundskoleutbildning upplever högre grad av depression i samband med cytostatikabehandling. Detta förmodas bero på att denna grupp ogärna rapporterar depression på grund av att de anser att deras andra biverkningar till följd av cytostatikabehandling är viktigare. Newell et al. (1999) skriver att nedstämdhet påverkar patienten både fysiskt och känslomässigt och kan därför ha en negativ inverkan på behandlingen, prognosen och livskvaliteten.

Tsai et al. (2009) förklarar att fysisk utmattning som kan härledas till behandlingen har stor påverkan på livsstilen, vilket innebär en förändring av den tidigare livsstilen och livssituationen i det hela. Även Goodwin (2007) belyser detta och skriver att flertalet patienter upplever att de gått från att vara oberoende till någon grad av beroende.

8.1.1 Förlust av förmåga och dess inverkan på livskvaliteten

En vanlig upplevelse som patienter med depression har under cytostatikabehandling är förlusten av normalitet och förlust av personlig omgivning (Polikandrioti et al. 2008). Vidare menar Goodwin (2007) att patienter som behandlas med cytostatika och upplever förlust, vilket kan relateras till omställningar i den funktionella förmågan hos individen, påverkar i sin tur livskvaliteten på ett negativt sätt. Det vardagliga livet blir lidande liksom utövandet av andra aktiviteter, men även psykosocialt påverkas den äldre människan vid behandling. Många patienter menar att de i och med dessa omställningar upplever en förlust av självständighet, samt en förlust av att inte längre vara kapabla till att utöva sin favoritaktivitet. Patienterna identifierar aktiviteterna som oskattbara och meningsfulla aktiviteter som förändras kontinuerligt under cytostatikabehandlingen. Patienterna berättar att deras inställning kopplat till avsaknaden av förmåga, har betydelse för om de accepterar det nya tillståndet och fortsätter sina ansträngningar. En majoritet uttrycker både brist på oberoende,

men också bekymmer över att behöva vara till belastning, vilket bland annat innebär att behöva fråga om och ta emot hjälp. Vissa upplever det som mer bekymmersamt att vara till börda än att förlora förmågan till aktiviteten i sig.

Toftthagen (2010) beskriver hur vardagsaktiviteter kan bli lidande då patienten genomgår cytostatikabehandling, och får neuropatiska smärtor, som kan ha inverkan på att köra bil, skriva, plocka upp saker, sova, jobba, och gå på hobbyaktiviteter. Detta medför känslor av frustration, depression och meningslöshet över att behöva ge upp aktiviteter som tidigare givit glädje. Denna biverkning som kallas CIPN (Chemotherapy-induced Peripheral Neuropathy) medför nervpåverkan så som stickningar och domningar i händer och fötter och är en vanlig komplikation som har negativ inverkan på livskvaliteten, samt på prestationen hos patienten, då den orsakar emotionell stress. Upplevelsen varierar dock från person till person beroende på dennes karaktär och inställning, samt utifrån cytostatikabehandling och dos.

8.1.2 Ovisshet relaterat till skiftningen mellan sjukdom och välmående

Berterö, Vanhanen och Appelin (2008) beskriver att det är vanligt att patienterna upplever osäkerhet i samband med behandling och att den är svår att hantera. Frågor beträffande behandling, diagnos och utfallet av behandling, uppehåller patienternas tankar och medför osäkerhet. Eftersom mycket tid går ut på att vänta på diagnos skapar det rädsla hos patienten, framförallt relaterat till om det finns möjlighet till bot eller inte. I Maher och De's (2011) studie framkommer att det pågår en ständig pendling mellan sjukdom och välbefinnande som underhåller denna ovisshet. Livssynen och den psykologiska påverkan spelar stor roll för hur personen förhåller sig till pendlingen mellan sjukdom och välbefinnande, inte enbart fysiken inverkar. Även patientens tidigare livserfarenheter, copingstrategier och plats i livet är av betydelse. Vidare menar Berterö et al. (2008) att den osäkerhet som finns hos patienten skapar oro och på så sätt inverkar på patientens upplevelse av livskvalitet.

8.1.3 Kämparglöd och hopp

Trots hög ålder uttrycker patienterna hopp och förtroende för att cytostatikabehandlingen ska medföra en bra livskvalitet och i vissa fall även bot, även i de fall då bot inte är möjlig (Meenaghan & Dowling, 2010, Olver, Taylor & Whitford, 2005). Shun et al. (2011) vänder på det och skriver att nivån av hopp hos patienter som genomgår behandling är nära till, eller lägre än nivån av hopp hos patienter som får palliativ vård. Maher & De (2011) lyfter betydelsen av att ha kämparglöd under behandlingen, då detta hjälper patienten att fortsätta

mot dåliga odds i sjukdomen och att genomgå nya behandlingar. Kämparglöden stärker övertygelsen om att göra sitt bästa i kampen mot sjukdomen, och hjälper patienterna att få kontroll och känna sig normala. Berterö et al. (2008) skriver att patienter ibland upplever osäkerhet kring utfallet av behandlingen, men att de ändå känner hopp om att behandlingen kan förlänga deras liv. De menar att hopp är att leva ett bra liv och patienterna jämför det ofta med att ha bra livskvalitet. McIlfatrick, Sullivan, McKenna och Parahoo (2007) förklarar att de patienter som inte svarar positivt på behandling kan uppleva skuld känslor och även känsla av att ha misslyckats. Men Meenaghan och Dowling (2010) menar att äldre personer generellt hanterar situationen bättre psykologiskt i jämförelse med yngre personer. Detta tros bero på att patientens ålder påverkar deras uppfattning om sjukdomen, och ett långt liv verkar hjälpa dem att förbereda sig för förlust i livet. Däremot har de äldre svårt att hantera tankarna på döden och att vänja sig vid dem.

8.2 Omgivningens betydelse för upplevelsen

Patienter som behandlas med cytostatika på en dagvårdsavdelning upplever både positiva och negativa aspekter. De positiva sidorna karaktäriseras av att patienten kan gå hem efter behandlingen och att denne då behåller sin känsla av normalitet. De negativa upplevelsorna innebär att patienten har svårt att hantera biverkningarna av behandlingen hemma. Flertalet patienter upplever dessutom dagvårdsavdelningen som fabriksmässig och omänsklig. Detta relateras till vårdmiljön och kontexten kring vården (McIlfatrick et al., 2007).

8.2.1 Vårdkontexten

En viktig aspekt för patienten är att de kan lita på vårdpersonalen för att få adekvat information, vilket ger patienten kontroll över situationen och hjälper till att hantera osäkerhet (Maher & De 2011). Olver et al. (2005) menar att om patienten får information kan det i sig minska några av de negativa effekterna från cytostatika. Goodwin (2007) skriver att patienterna ofta efterfrågar information under behandlingen men att det egentligen är tid och kontakt de vill ha. En majoritet av patienterna har önskemål om en mer individualiserad information och personliga vårdsamtal, snarare än enkla fakta om medicinering och biverkningar.

Vanligtvis uppmuntras och förmedlas hoppet till patienten i samband med de medicinska mötena då patienterna får vetskap om att sjukdomen har gått tillbaka eller då behandlingen fungerar som den ska. Däremot försvinner hoppet när det inte längre finns någon övertygelse

eller tro på den egna förmågan att bekämpa sjukdomen, eller om de medicinska mötena medför dåliga nyheter relaterat till sjukdom och behandling (Maher & De 2011).

8.2.2 De sociala relationernas inflytande och inverkan på upplevelsen

McIlfatrick et al. (2007) framför att de kontakter som patienter utvecklar med varandra under dagvården oftast har en positiv inverkan, så som att kunna utbyta erfarenheter. Dock framkommer även negativa aspekter då patienterna erfar den andres stress och sorg. Kvale et al. (2010) skriver att äldres sociala jämförelser spelar en central roll då det gäller att motivera sig bland andra personer som har cancer. Genom att observera och identifiera sig med andra grupper, det vill säga mer eller mindre sjuka människor, kan patienten motiveras, rama in och förstå sitt eget vårdbehov. Likaså använder sig patienter av jämförelser för att urskilja sig från svagare sociala grupper och gynna sin egen position, för att bättre hantera sin sjukdom. Härigenom stärker patienten sin livsuppfattning för överlevnad och associerar sig själv med önskvärda kvalitéer som styrka och uthållighet. Detta förbättrar även deras självbild, identitet och välmående.

Berterö et al. (2008) skriver att de patienter som upplever positivt socialt stöd har lättare att hantera stress, ångest och depression kopplat till sjukdomen, samt anpassar sig bättre till situationen. Maher och De (2011) belyser också betydelsen av socialt stöd för att ha något att leva för, hitta mening och främja den nya inriktningen i livet. Även Meenaghan och Dowling (2010) skriver om vikten av att ha socialt stöd från familj, vänner och vårdpersonal för att hantera både sjukdom och behandling. Familj och vänner fungerar som distraktion från verkligheten, i diagnosen, behandlingen och för framtidsutsikterna (Meenaghan & Dowling 2010). Newell et al. (1999) menar motsatsen och skriver att patienter som har ett stort socialt stöd hemma visar på högre nivå av depression. Detta antas bero på att det ökade stödet i hemmet påverkar patientens känsla av beroende och brist på autonomi.

9. Diskussion

I diskussionen presenteras först en metoddiskussion där den valda metoden för studien diskuteras, och olika styrkor och svagheter i översikten belyses. Därefter följer en resultatdiskussion, i vilken resultatet diskuteras, bland annat mot Rosemarie Rizzo Parse omvårdnadsteori om human becoming och hopp.

9.1 Metoddiskussion

Metoden som användes i denna studie är litteraturöversikt som baserades på 14 studier, både med kvantitativ och också kvalitativ design. Utifrån syftet tycktes det inte vara relevant att enbart inrikta sig på antingen kvantitativa eller kvalitativa studier, eftersom båda metoderna behandlar ämnet som valts att studeras. Studierna som använts till resultatet söktes fram via databaserna CINAHL plus with Full Text, PubMed och Academic Search Premier, då dessa ansågs vara de mest användbara och de största databaserna relaterat till ändamålet. Aktuella studier som publicerats i andra databaser kan därmed ha missats. En svaghet var att vissa studier som hittades och som kunde ha varit aktuella för litteraturöversiktens resultat, inte fanns tillgängliga i full text eller länkade, och på så sätt inte kunde användas för översikten. I sökningarna användes inte några direkta inklusionskriterier, förutom åldersbegränsning 65 år och uppåt. Till litteraturöversikten studerades en bred variation av cancersjukdomar och olika stadier i sjukdomen, d.v.s. fokus låg inte på någon specifik cancerdiagnos vilket kan ha inverkat på resultatet. Detta beror på att cytostatikabehandling till viss del skiljer sig åt utifrån den cancerdiagnos patienten har, därav kan erfarenheterna upplevas annorlunda mellan de olika diagnoserna. Men det bör trots allt förtydligas att varje individ har sina unika upplevelser oavsett diagnos. Resultatet blir mer generellt i och med denna bredd av diagnoser, men kan sålunda bidra till att upplevelserna i större grad skiftar mellan diagnoserna. Detsamma avseende hur långt gångna patienterna är i sin behandling och i vilken fas de befinner sig. Detta kan göra att resultatet påverkas och i vissa fall avviker, men att studierna som användes ändå svarar an på syftet. Resultatet grundar sig på studier från olika länder och världsdelar; Grekland, USA, Australien, Storbritannien, Sverige och Taiwan. Detta kan ses som en styrka då resultatet kan ses ur ett bredare perspektiv, men även svaghet då vårdform, lagar och författningar skiljer sig åt mellan de olika länderna där studierna har utförts. Miljön kan ha betydelse för upplevelsen eftersom vårdkontexten ser annorlunda ut beroende på att de yttre förhållandena skiljer sig åt, så som typ av samhälle och de sociala relationernas betydelse. Ändå upplevs att de studier som använts till litteraturöversikten kan relatera till det valda syftet, då syftet med studien var att undersöka patienternas upplevelser av cytostatikabehandling, oberoende varifrån i världen personerna kommer.

9.2 Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka upplevelsen hos äldre människor som genomgår cytostatikabehandling. Resultatet illustrerar patienternas fysiska och psykologiska

upplevelser, och hur dessa kan inverka på utfallet av behandlingen. Vidare diskuteras hur ovisshet och förlust kopplat till behandling kan relateras till livskvalitet, men även de sociala relationernas betydelse för hoppet och framtidstron. Tanken bakom litteraturöversikten var sålunda att skaffa kunskap om hur äldre upplever cytostatikabehandlingen och hur upplevelserna inverkar på livskvaliteten och framtidsvisionerna hos den äldre människan.

Äldre och yngre människors förutsättningar skiljer sig åt inför cytostatikabehandling på så sätt att de äldre utgör en mer sårbar grupp med tanke på hög ålder och på grund av att de ofta har någon form av funktionell fysisk nedsättning. Detta beror främst på att äldre personer i större utsträckning lider av samtida sjukdomar, vilket gör att de lättare utvecklar tolerans och inte klarar lika höga doser av cytostatika som yngre friska personer (Meenaghan & Dowling 2010). Enligt Newell et al. (1999) är det dessutom framförallt äldre personer som inte samtycker till cytostatikabehandling, trots att det finns belägg för att äldre personer utan samtida sjukdomar kan få samma goda effekter av cytostatikabehandling som yngre personer (Chen et al., 2012; Meulenbeld & Creemers, 2007). Fysiska orsaker till att äldre inte genomgår behandling beror till viss del på att biverkningar som illamående och kräkning orsakar stress, men också på grund av upplevt obehag från sår i munnen (Noda et al., 2002; Dikken & Sitzia, 1998). Kan den låga frekvensen av samtycket till behandling annars kopplas till det Tsai et al. (2009) uppger om kvinnor, att de inför behandling upplever osäkerhet, stress och psykologisk börda? Eller i de fall då det gäller män att det beror på den höga åldern, skörhet, depression och fysisk nedsättning? (Gironés et al., 2012). Eller kan det vara så att svårigheten att administrera standardbehandlingar till äldre personer med samtida sjukdomar överväger, då bot inte alltid är uppnåeligt (Meenaghan & Dowling, 2010). Ett faktum enligt Cancerfonden är att det råder brist på kunskap då det gäller äldre och cancerbehandlingar, vilket antas bero på avsaknad av forskningsstudier i den åldersgruppen. Eaker, Dickman, Bergqvist och Holmberg (2006) liksom Cancerfonden (2009) hävdar till och med att det handlar om diskriminering och att det också finns en antydning till en övre åldersgräns på 65-70 år för behandling av bröstcancer. Personer med bröstcancer över denna ålder har visat sig ha mindre tillgång till strålbehandlingstillfällen, cytostatikabehandlingar och kirurgi (Cancerfonden, 2009). Även Meulenbeld och Creemers (2007) och Aapro (2012) menar att äldre personer som kan dra fördelar av cytostatikabehandling vid colorektal cancer och prostatacancer inte alltid erbjuds behandling och den frekvensen verkar stiga med ökad ålder.

Detta antyder att det lägre antalet äldre personer som inte samtycker till cytostatikabehandling kan bero på att de upplever osäkerhet och stress inför behandlingen och att den höga åldern spelar in, liksom den skörhet och depression som i viss mån medföljer.

Men det är också så att de äldre i lägre grad än yngre personer erbjuds behandling, eller så erbjuds de behandling, men en behandling som inte är anpassad utifrån deras förhållanden. Behandlingen kan därför ha för stor negativ inverkan på livskvaliteten.

I motsats till den grupp av äldre personer som motsätter sig behandling finns det även äldre som upplever mindre stress då de genomgår cytostatikabehandling. Detta eftersom personerna upplever sig få ett ökat skydd mot cancer (Francisco, Costa & Pérez, 2010), vilket sammanfaller med det som Newell et al. (1999) skriver att pågående cytostatikabehandling även kan minska depression. Stress och depression samverkar således.

En observation utifrån den äldre målgruppen är att det finns ett tydligt samband mellan de fysiska och psykiska symtomen, som härstammar från behandlingen, och att dessa symtom verkar kunna härledas till varandra. Detta då de psykiska symtomen som depression och ångest inverkar på uppkomsten av fysiska symtom och vice versa. Fatigue är vanligt förekommande hos patienter och anses vara både fysiskt och psykiskt betingat, (Newell et al., 1999), eller som Tsai et al. (2009) uttrycker så har fatigue en betydande inverkan på både patientens kropp, själ och ande. Shun et al. (2011) indikerar att det som blir mest lidande vid fatigue är patientens humör och relationen till andra människor.

Depression i samband med behandling upplevs framförallt hos äldre personer över 70 år. Det kan delvis bero på att de individuella behoven hos patienten inte tillfredställs, vilket syftar på att de ges otillräcklig information om sjukdomen, upplever otillräckligt stöd i hemmet och anser sig få fördröjd cytostatikabehandling (Polikandrioti et al., 2008; Newell et al., 1999). Faktorer som styr de individuella behoven skiljer sig beroende på kön, ålder, familjeförhållanden och bostadsmiljö (Polikandrioti et al., 2010). Goodwin (2007) beskriver att den information som patienterna inte upplever som tillräcklig, inte bara handlar om informationen i sig, utan även att patienterna saknar kontakt och känner behov av fler enskilda vårdamtal och behov av mer tid med vårdpersonalen.

Denna relation visar på den betydelse de sociala relationerna har för den äldre människan. Framförallt är det familj och vänner som hjälper patienten till att fortsätta kampen mot sjukdomen, att hitta ny motivation och känna att det fortfarande finns en mening med livet, och därmed kunna gå vidare och skapa nya framtidsvisioner (Maher & De, 2011). Detta kan kopplas till Parse (1998) teori om human becoming där temana mening, rytm och transcendens utgör de tre hörnstenarna. Mening är särskilt betydelsefullt och uppträder genom rörelse, en rörelse mellan nutid och dåtid och genom kommunikation med andra människor, men även då stillhet och tystnad infinner sig. Enligt Parse syftar mening på det verbala och kommunikation, samt hur människan föreställer sig något, och den tolkning som görs utifrån

det. Med andra ord hur människan väljer att se på situationen. Det handlar om att komma fram till den yttersta meningen eller syftet med livet, och innebörden varje ögonblicket har i det vardagliga livet.

I ett konkret sammanhang kan de sociala relationerna utgöra en sådan drivkraft för en person som genomgår cytostatikabehandling, att de kan bidra till att personen trots motgångar känner livsglädje och mening med livet.

Rytmen i Parse teori handlar om förebilder och möjligheter, förändringen av den man är till den man vill vara. Transcendens relateras till den motivation en människa har att hitta en ny riktning och skapa nya framtidsversioner, Parse ser det som en förändring av det som är möjligt. Människan bestämmer alltså genom detta perspektiv att förflytta sig framåt, förbi nuet och istället bli ett med sina möjligheter (Parse, 1998). Lite såsom Maher och De (2011) beskriver att stöd från omgivningen underlättar för patienten att hantera stress, depression och ångest i kampen mot sjukdomen och hjälper till att bättre anpassa sig till den nya situationen.

Kämparglöd beskrivs vara betydelsefull för motivationen i kampen mot sjukdomen, och kan hjälpa patienten mot dåliga odds och till att genomgå nya behandlingar. Framförallt stärker kämparglöden viljan att göra det bästa i kampen mot sjukdomen och förstärker känslan av kontroll och normalitet hos patienten. Genomgående för alla patienter i Berterö et al. (2008) studie var att samtliga upplever hopp och att hoppet får dem att känna tilltro till att behandlingen ska fungera och eventuellt förlänga deras liv. Hoppet är ett uttryck för att kunna känna livskvalitet.

Att känna sig normal, det vill säga att kunna klara av det vardagliga livet och tidigare aktiviteter som man gjort, har stor inverkan på livskvaliteten för den äldre människan. Denna förmåga kan relateras till alla typer av aktiviteter som kan vara svåra att utöva under cytostatikabehandlingen, allt från att klara ADL (Activities of Daily Living) till att kunna ta del av fritidsaktiviteter. Problemet för äldre personer som behandlas med cytostatika är att denna förlust ofta kan relateras till brister i den funktionella förmågan, som i sin tur även har inverkan på det psykosociala livet och medför känslor av meningslöshet, frustration, och depression. Parse talar om becoming i sin teori och menar att endast individen själv kan uppskatta sin hälsa och livskvalitet, då denna uppskattning är subjektiv och är beroende av hur människan upplever sin utveckling (Parse, 1999).

I samband med förlust upplever patienten minskad självständighet, och inställningen som patienten antar vid det tillfället anses vara avgörande för om det nya tillståndet accepteras och om fortsatta ansträngningar görs (Goodwin, 2007). Parse menar att människan är en fri och självständig varelse som själv är ansvarig för de beslut som tas och att människan själv väljer

sin egen väg (Parse 1999). Men frågan är om denna frihet och självständighet är applicerbar vid varje tillfälle, eftersom det inte alltid är möjligt att vara autonom och fatta egna beslut i varje situation. Men det som Parse förmodligen menar, är människan fri att välja sin egen väg och ta sina egna beslut; i ett sjukdomsskede, att antingen fortsätta kampen i sjukdomen eller att låta sjukdomen ta över livet. Hopp är i detta sammanhang den valda utgångspunkten av hur människan uppfattar ögonblicket och det som ger mening till situationen. Hoppet anses vara erfarenheten av hälsa och ett sätt att se möjliga lösningar i takt med att människan förflyttar sig framåt, förbi ögonblicket, genom strävan, önskningar och förväntningar (Parse, 1999).

Att kunna fortsätta vara autonom är av stor betydelse för en människas välbefinnande och livskvalitet. Detta har till viss del att göra med oviljan att vara till belastning, vilket kan upplevas som mer bekymmersamt än den förlorade förmågan i sig (Goodwin, 2007; Toftthagen, 2010).

En annan svårighet för den äldre människan beskrivs vara den situation som infinner sig under och mellan behandlingstillfällena. De äldre människorna upplever då en ständig ovisshet inför framtiden och relaterat till behandling, diagnos och utfallet av behandlingen. Denna ovisshet finns ständigt närvarande i de äldres tankar och förknippas med den väntan som de upplever, och osäkerheten kring om det finns möjlighet till bot eller inte (Berterö et al., 2008). Ovissheten kan tolkas som en pågående pendling mellan välbefinnande och sjukdom, där upplevelsen av ovisshet har en negativ inverkan på patientens livskvalitet, och därmed medför rädsla och oro (Maher & De, 2011; Berterö et al., 2008). Patientens tidigare livserfarenheter har således betydelse för hur personen väljer att hantera situationen, vilka copingstrategier som används och om mening ses i situationen (Maher & De, 2011). Det är på ett sådant sätt som Parse menar att hopp påverkar människan till att finna en ny mening och anpassa sig till den nya livssituationen. Parse (1998) beskriver ytterligare i sin teori om human becoming paradoxen hopp kontra icke-hopp och menar att hopp utmärker sig i situationer med icke-hopp, där icke-hopp är tydligast då hoppet är närvarande. I kontexten då icke-hopp är närvarande kan patienten känna hopp inför behandling och för att ett bra resultat ska uppnås. Däremot i situationer då hoppet är närvarande, till exempel om en behandling är framgångsrik finns ändå alltid icke-hoppet närvarande. Det är denna ovisshet, som uppkommer vid svår sjukdom, som kan skapa nya insikter och välbefinnande, det som Parse (1998) kallar becoming.

9.2.1 Vad innebär resultatet och Parse teori för vårdandet?

Som vårdpersonal är det av vikt att stödja patienten i både sjukdom och behandling och att patienten har tilltro till personalen och den vård som ges. Den information som efterfrågas grundar sig ofta i att patienten söker kontroll över situationen för att hantera den osäkerhet som finns. Dessutom vill patienterna ha mer tid och kontakt med sjuksköterskan och de eftersträvar mer individualiserad information och personliga vårdsamtal (Meenaghan & Dowling, 2010; Maher & De, 2011; Goodwin, 2007).

I praktiken kan Parse teori *The human becoming school of thought* appliceras. Parse menar att sjuksköterskan tillsammans med patienten och dennes familj kan inbjuda till diskussion om vad som känns meningsfullt i den rådande situationen. Patienten får uttrycka tankar med sjuksköterskan och familjemedlemmar för att sprida ett nytt ljus i situationen. Undertryckta känslor kommer då upp till ytan, vilket ofta bidrar till aha-upplevelser och det kan resultera i att patienten ser tillvaron och familjen utifrån ett nytt ljus (Parse, 1998). Det är under dessa möten som hoppet bör förmedlas till patienten. Vid tillfällen då svåra besked förmedlas eller då behandlingen inte ger positiva resultat kan hoppet försvinna och tilliten och tron på den egna förmågan att bekämpa sjukdomen kan försvinna likaså (Maher & De, 2011). Sjuksköterskan bör då stötta patienten i kampen, i upp- och nedgångar, och hon bör anpassa sig till patientens rytm i samhörighet med familjen och omgivningen. Detta leder ofta till att patienten och familjen kommer förbi det svåra ögonblicket och når hopp och framtidstro, som har belysts under processen med sjuksköterskan. Det är viktigt att sjuksköterskan innehar en sann närvaro, är tillmötesgående och lyssnar in patientens existentiella behov och frågor. Det är genom denna process, då mening, rytm och transcendens samverkar, som är human becoming (Parse, 1998).

10. Slutsats

Denna översikt visar på att cytostatikabehandling med dess negativa effekter påverkar patienten och dennes livskvalitet. Behandlingen har en så pass stark inverkan på hoppet hos nydiagnostiserade patienter, att det kan jämföras med patienter som får palliativ vård (Shun et al., 2011). Utifrån resultatet kan sammanfattningen göras, att patientens förutsättningar för att leva ett bra liv trots sjukdomen kan främjas genom en bra vårdrelation och god vård, men även genom stöd från närstående. Genom de närstående kan mening och framtidstro åstadkommas, som kan få patienten att känna livskvalitet trots sjukdomen. Likaså har hoppet en central betydelse och kan motivera patienten till att fortsätta kämpa genom behandlingen.

Sjuksköterskan kan genom en bra vårdrelation och sann närvaro få patienten att känna hopp trots den tunga tillvaron, hopp som betraktas i likhet med livskvalitet. Sjuksköterskan har dessutom möjlighet att hjälpa patienten till minskad oro och ovisshet genom information och samtal, vilket får patienten att uppleva kontroll i situationen.

11. Praktiska implikationer

Utifrån denna litteraturöversikt kan större förståelse erhållas för patienternas upplevelser i samband med cytostatikabehandling. Det har visat sig att behandlingen har inverkan på alla plan i den äldre människans liv, det vill säga fysiskt, psykologiskt, socialt och känslomässigt. Dessa konsekvenser från behandlingen är så omfattande och skiljer sig från person till person, då alla är unika individer med olika behov och känslor. Det är därför viktigt att ha kunskap och förståelse för den enskildas upplevelser och reaktioner som uppkommer i samband med cancerdiagnos och behandling. Sjuksköterskan har därför en viktig roll då det gäller att lyssna in patienten, framförallt då det gäller att tillgodose dennes behov och fungera som stöd för de existentiella frågorna. Hopp är en viktig del i kampen och sjuksköterskan bör ha förmågan att uppmuntra patienten till att finna ljus trots den svåra tillvaron.

12. Förslag till fortsatta studier

Vidare studier kring området behövs, framförallt då det gäller olika cancerdiagnoser. Detta eftersom många studier belyser kvinnor med bröstcancer som genomgår cytostatikabehandling, medan andra cancerdiagnoser är i skymundan. Äldre multisjuka människor inkluderas sällan i studier som rör cancer och dess behandlingsmetoder, vilket gör att tillräcklig kunskap inom detta område saknas. Fler studier behövs också för att undersöka om det förekommer diskriminering i vården av äldre människor. Detsamma gäller patienternas upplevelser av vården i samband med cancersjukdom. Studier som belyser vårdandet grundar sig ofta på uppskattningar från sjuksköterskans perspektiv av hur vårdandet bedrivs och hur de tror att patienten upplever situationen. Det finns få studier som belyser patienternas upplevelser av vårdandet. Kan det eventuellt bero på att resultatet ändå skulle bli missvisande då patienten är i beroendeställning gentemot vården och är rädda för att få sämre vård och bemötande?

13. Referensförteckning

- Aapro, M. S. (2012). Management of advanced prostate cancer in senior adults: The new landscape. *Oncologist*, 17 (1), 16-22.
- Bailey, C., Corner, J., Addington-Hall, J., Kumar, D., & Haviland, J. (2004). Older patients' experiences of treatment for colorectal cancer: an analysis of functional status and service use. *European Journal of Cancer Care*, 13 (5), 483-493.
- Berterö, C., Vanhanen, M., & Appelin, G. (2008). Receiving a diagnosis of inoperable lung cancer: patients' perspectives of how it affects their life situation and quality of life. *Acta Oncologica*, 47 (5), 862-869.
- Breast Friends/Roche.(2013). *Cytostatikabehandling*. Hämtad 2013-02-11 från <http://www.breastfriends.se/behandling/onkologisk-behandling/cytostatikabehandling>
- Cancerfonden. (2010a). *Om cancer*. Hämtad 2013-02-05 från <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Vad-ar-cancer/Vad-ar-cancer/>
- Cancerfonden.(2010b). *Cytostatikabehandling*. Hämtad 2013-02-11 från <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Undersokningar-och-behandlingar/Behandlingar/Cytostatikabehandling/>
- Cancerfonden.(2009). *Äldre kvinnor försummas i bröstcancervården*. Hämtad 2013-03-18 från http://www.cancerfonden.se/sv/Om-Cancerfonden/Press/pressmeddelanden_new/?news=452096
- Cancerfonden.(2012). *Cancerfondsrapporten 2012*. Hämtad 2013-02-05 från <http://www.cancerfonden.se/sv/Om-Cancerfonden/Press/Pressmappar/Cancerfondsrapporten-2012/>
- Chen, R., Royce, T., Extermann, M., & Reeve, B. (2012). Impact of age and comorbidity and treatment and outcomes in elderly cancer patients. *Seminars In Radiation oncology*, 22 (4), 265-271.
- Dikken, C., & Sitzia, J. (1998). Patients' experiences of chemotherapy: side effects associated with 5-fluorouracil + folonic acid in the treatment of colorectal cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 7 (4), 371-379.
- Eaker, S., Dickman, P. W., Bergqvist, L., & Holmberg, L. (2006). Differences in management of older women influence breast cancer survival: Results from a population-based database in Sweden. *PLoS Medicine*, 3 (3), 0321-0327.
- Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar (4 uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.
- FASS. (2013). *Läkarbok; ordlista*. Hämtad 2013-03-18 från <http://www.fass.se/LIF/lakarbok/ordlista.jsp?doSearch=A>
- Francisco, G., Costa, G., & Pérez, F. J. (2010). Does chemotherapy reduce stress?, *Palliative & Supportive Care*, 8 (4), 455-460.
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsatsvägledning för litteraturbaserade examensarbeten, (2. uppl.)*. Lund: Studentlitteratur.
- Gironés, R., Torregrosa, D., Gómes-Codina, J., Maestu, I., Tenias, J. M., & Rosell, R. (2012). Lung cancer chemotherapy decisions in older patients: the role of patient preference and interactions with physicians. *Clinical & Translational Oncology*, 14 (3), 183-189.
- Goodwin, J. A. (2007). Older adults' functional performance loss and adaptation during chemotherapy. *Geriatric Nursing*, 28 (6), 370-376.
- Issah, F., Maree, J., & Mwinituo, P. (2011). Expressions of cervical cancer-related signs and symptoms. *European Journal of Oncology Nursing*, 15 (1), 67-72.
- Jacobson, J., Polovich, M., Gilmore, T., Schulmeister, L., Esper, P., LeFebvre, K., & Neuss, M. (2012). Revisions to the 2009 American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards: Expanding the Scope to Include Inpatient Settings. *Oncology Nursing Forum*, 39 (1), 31-38.

- King, C. R., & Hinds, P. S. (2012). *Quality of life: from nursing and patient perspectives: theory, research, practice (3 appl.)*. Canada: Jones & Barlett Learning.
- Kvale, E., Woodby, L., & Williams, B. (2010). The experience of older patients with cancer in phase 1 clinical trials: a qualitative case series. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 27 (7), 474-481.
- Lehto, R. H. (2012). The challenge of existential issues in acute care: nursing considerations for the patient with a new diagnosis of lung cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16 (1), E4-e11.
- Maher, K., & De, V. (2011). An exploration of the lived experiences of individuals with relapsed multiple myeloma. *European Journal of Cancer Care*, 20 (2), 267-275.
- Mazzotti, E., Mazzuca, F., Sebastiani, C., Scoppola, A., & Marchetti, P. (2011). Predictors of existential and religious well-being among cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 19 (12), 1931-1937.
- McIlfatrick, S., Sullivan, K., McKenna, H., & Parahoo, K. (2007). Patients experiences of having chemotherapy in a day hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 59 (3), 264-273.
- Meenaghan, T., & Dowling, M. (2010). Treatment for acute leukaemia: elderly patients' lived experiences. *British Journal of Nursing*, 19 (1), 52-57.
- Meulenbeld, H., & Creemers, G. (2007). First-line treatment strategies for elderly patients with metastatic colorectal cancer. *Drugs & Aging*, 24 (3), 223-238.
- Mitchell, G. J., & Bournes, A. D. (2010). Rosemarie Rizzo Parse, Humanbecoming. I M. R. Alligood., & A. Marriner Tomey (Red.), *Nursing theorists and their work (7 appl.)*, 503-535. Maryland Heights, Missouri: Mosby Elsevier.
- Nelson, C. J., Balk, E. M., & Roth, A. J. (2010). Distress, anxiety, depression, and emotional well-being in African-American men with prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 19 (10), 1052-1060.
- Newell, S., Swanson-Fisher, R., Girgis, A., & Ackland, A. (1999). The physical and psychosocial experiences of patients attending an outpatient medical oncology department: a cross-sectional study. *European Journal of Cancer Care*, 8 (2), 73-82.
- Noda, K., Ikeda, M., Taguchi, T., Kanamaru, R., Ichijyo, M., Okada, K., Yano, S., Sugimoto, O., Fukuoka, M., & Nakashima, M. (2002). Clinical assessment of ramosetron HCl oral preparation in the treatment of nausea and vomiting induced by cisplatin: a multicenter, randomized, parallel-design, double-blind comparative study with ondansetron HCl, *Current Therapeutic Research*, 63 (10), 636-648.
- Olver, I., Taylor, A., & Whitford, H. (2005). Relationships between patients' pre-treatment expectations of toxicities and post chemotherapy experiences, *Psycho-Oncology*, 14 (1), 25-33.
- Parse, R. R. (1999). *Hope: An international human becoming perspective*. Sudbusty, MA: Jones & Barlett.
- Parse, R. R. (1981). *Man-living-health: A theory of nursing*. New York: Wiley.
- Parse, R. R. (1998). *The human becoming school of thought: A perspective for nurses and other health professionals*. Thousand Oaks, CA.: Sage.
- Polikandrioti, M., Evaggelou, E., Zahakis, J., Iliopoulou, P., Koutelekos, J., & Kyritsi, H. (2010). The needs of patients with cancer, *Nosileftiki*, 49 (3), 236-245.
- Polikandrioti, M., Evaggelou, E., Zerva, S., Zerdila, M., Koukoularis, D., & Kyritsi, E. (2008). Evaluation of depression in patients undergoing chemotherapy. *Health Science Journal*, 2 (3), 162-172.
- Polit, F. D., & Beck, T. C. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice (9 appl.)*. Philadelphia: Wolter Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins
- Schneider, M. S., & Hood, E. L. (2007). Virtual Reality: A Distraction Intervention

- for Chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 34 (1), 39-46
- Shun, S., Hsiao, F., & Lai, Y. (2011). Relationship between Hope and fatigue characteristics in newly diagnosed outpatients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 38 (2), E81-6.
- Toftagen, C. (2010). Patient perceptions associated with chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14 (3), 22-28.
- Thomé, B., Dykes, A., Gunnars, B., & Hallberg, I. (2003). The experiences of older people living with cancer. *Cancer Nursing*, 26 (2), 85-96.
- Tsai, S.-L., Lin, H.-R., Chao, T.-Y., & Lin, P.-F. (2009). The fatigue experiences of older Taiwanese women with breast cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19 (5-6), 867-875.
- Udo, C. (2012). *Existential issues in surgical care. Nurses' experiences and attitudes in caring for patients with cancer*. Akademisk avhandling. Östersund: Mid Sweden University.
- Venugopal, P., Batus, M., & Gregory, S. (2008). Acute myeloid leukemia in older patients: Special problems and possible solutions. *Clinical Leukemia*, 2 (4), 237-240.
- Wenjing, J., Jianhua, P., Yue, Z., Cho, W., & Kunlin, J. (2012). The Implications of Cancer Stem Cells for Cancer Therapy. *International Journal Of Molecular Sciences*, 13 (12), 16636-16657.
- World Health Organisation. (2013). *Health statistics and health information systems*. Hämtad 2013-02-08 från <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>

Bilaga 1, Sökmatrix

Databaser	Sökord	Antal träffar	Lästa Abstract	Valda artiklar
CINAHL	Chemotherapy AND experience AND old age	17	10	- Polikandrioti et al. (2008) - Kvale, E., Woodby, L., & Williams, B. (2010)
CINAHL	Chemotherapy AND experience AND aged	258	20	- Goodwin, J, A. (2007)
CINAHL	Cancer AND emotions of aged AND Quality of life	22	5	-Tsai, S-L., Lin, H-R., Chao, T-Y., & Lin, P-F. (2009) - Berterö, C., Vanhanen, M., & Appelin, G. (2008)
CINAHL	Chemotherapy AND experiences AND aged	80	30	-Meenaghan, T., & Dowling, M. (2010) -Maher, K., & De, V. (2011) -McIlpatrick, S., Sullivan, K, McKenna, H., & Parahoo, K. (2007). -Tofthagen, C. (2010) -Olver, I., Taylor, A., & Whitford, H. (2005)
CINAHL	Chemotherapy AND experiences AND quantitative	2	2	- Dikken, C., & Sitza, J. (1998).
CINAHL	Chemotherapy AND psychological experiences AND aged	15	4	-Newell, S., Swanson-Fisher, R., Girgis, A., & Ackland, A. (1999).
CINAHL	Chemotherapy AND hope	25	2	-Shun, S., Hsiao, F., & Lai, Y. (2011).
PubMed	Chemotherapy AND men AND old age AND consent	4	1	-Gironés, R., Torregrosa, D., Gómes-Codina, J., Maestu, I., Tenias, J, M., & Rosell, R. (2012)

Bilaga 2, Matris över urval av artiklar till resultat

Författare	Titel	År, land, tidskrift	Syfte	Metod (Urval och datainsamling, analys)	Resultat
Polikandrioti., M, Evangelou, E., Zerva, S., Zerdila., M., Koukoularis, D., & Kyritsi, E	Evaluation of depression in patients undergoing chemotherapy.	2008. Grekland, Health Science Journal	Att utvärdera nivån av depression som patienten erfar under pågående cytostatikabehandling.	Kvantitativ studie. 159 patienter studerades, 34% män, 66% kvinnor, cancer, pågående cytostatikabehandling, vårdas på en dagklinik. Förklarande och statistisk mätmetod. Datainsamling: självskattningsformulär.	67,7% upplevde normala nivåer av depression, 21,5% mild depression, 10,2% måttlig depression och 0,6% svår depression. Patienter över 70 år upplevde högre nivå av depression jämfört med personer under 50 år. Samt patienter som blivit pensionärer och de som hade en lägre utbildning. Personer som stod på antidepressiva läkemedel hade högre nivå av depression jämfört med de personer som inte medicinerades.
Goodwin, J, A	Older Adults' Functional Performance Loss and Adaptation During Chemotherapy	2007. USA, Geriatric Nursing	Att undersöka äldre vuxnas upplevelser av funktionella förändringar under pågående cytostatikabehandling.	Kvalitativ studie, semistrukturerad intervju. 11 personer deltog, varav 9 kvinnor och 2 män, ålder mellan 66-77år. 65+, pågående cytostatikabehandling i minst två månader, engelskspråkiga, viljan att delta.	Från intervjuerna fick de fram olika teman, vilka var, förlust av självständighet och känslan att bli tyngd av vården, förlust av favoritaktivitet, stimulering eller ta avstånd från aktiviteter, attityder, något att falla tillbaka på, något nytt de lärt sig, interaktion med vårdpersonal samt ett övergripande tema om förlust och anpassning.
Newell, S., Sanson-Fischer, R.W., & Girgis, A	The physical and psycho-social experiences of patients attending an outpatient medical oncology department: a cross- sectional study.	1999. Australien. European Journal of cancer care.	Att utvärdera förekomsten och prediktorer av fysiska symtom, ångest, depression och upplevda behov hos patienter som behandlas på en poliklinisk medicinsk onkologiavdelning.	Kvantitativ studie, självskattningsformulär. Tvärsnittlig undersökning på en onkologisk öppenvårdsavdelning. 201 personer deltog och svarade på frågor för att bedöma deras nivå av ångest och depression.	Fatigue, illamående, minskad aptit och kräkningar var de mest förekommande och mest försvagande fysiska symtom. ungefär 25% av deltagarna hade borderline eller höga nivåer av ångest och depression. Medicinska patienter i öppenvården upplevde många olika fysiska och psykosociala problem.
Meenaghan, T., & Dowling, M.	Treatment for acute leukaemia: elderly patients' lived experiences.	2010. Irland. British journal of nursing.	Att undersöka livserfarenheten hos äldre patienter som drabbas av akut leukemi under behandlingstillfället.	Kvalitativ studie, fenomenologisk metod, semistrukturerad intervju. Deltagarna var äldre patienter som behandlas med cytostatika	Alla patienter upplevde chock och rädsla då de fick sin diagnos. Trots deras höga ålder uttryckte alla deltagare hopp om behandlingen och den skulle ge dem livskvalitet och i vissa fall även bot. Med stöd från familj, vänner och

				för akut leukemi.	vårdpersonal lärde de sig att hantera sjukdom och diagnos.
Tsai, S-L., Lin, H-R., Chao, T-Y., & Lin, P-F. (2009)	The fatigue experiences of older Taiwanese women with breast cancer	2010. Taiwan. Journal of Clinical Nursing.	Att undersöka upplevelsen av fatigue hos äldre kvinnor med bröstcancer.	Kvalitativ studie, semistrukturerad intervju. 15 personer deltog som var mellan 65-82 år. Kvinna, 65+, bröst cancer, nyligen mottagit behandling, inga kognitiva störningar, tala mandarin, vilja delta.	Svaren från intervjuerna delades upp i tre teman, vilka var, faktorer relaterade till fatigue, tolkningar av trötthet, olika sätt att hantera tröttheten.
Berterö, C., Vanhanen, M., & Appelin, G. (2008)	Receiving a diagnosis of inoperable lung cancer: Patients' perspectives of how it affects their life situation and quality of life	2008. Sverige. Acta oncologica.	Att undersöka hur det är att få en diagnos och behandlas för lungcancer, samt hur det påverkar patientens livssituation och livskvalitet.	Kvalitativ studie, intervju och självskattningsformulär. 23 personer deltog. Medelålder 67 år. 12 män och 11 kvinnor. Diagnostiserade med lungcancer och hade påbörjat palliativ vård.	6 teman var identifierade som var viktiga för patientens upplevelser av deras livssituation och livskvalitet. De var, upplevelse av osäkerhet, upplevelse av hopp, nätverk som support, tankar om döden, känslan av skam och skyldighet samt närmast anhörig relation.
McIlpatrick, S., Sullivan, K, McKenna, H., & Parahoo, K.	Patients experiences of having chemotherapy in a day hospital setting	2007. Storbritannien. Journal of advanced nursing.	Att undersöka patienters upplevelser av att behandlas med cytostatika i dagvården.	Kvalitativ studie, ostrukturerade intervjuer över ett års tid. 30 patienter deltog som behandlades med cytostatika på en dagvårdsavdelning.	Deras upplevelse av att vårdas på en dagvårdsavdelning hade både positiva och negativa aspekter. Två teman hittades, det första var att inse situationen, att ha cancer och ta emot behandling. Det andra var patientens uppfattning av dagvårdsavdelning.
Tofthagen, C	Patient perceptions associated with chemotherapy-induced peripheral neuropathy.	2010. USA. Clinical journal of oncology nursing.	Att undersöka effekterna av CIPN (chemotherapy-induced peripheral neuropathy) och hur neuropatisk smärta influerar i livet hos patienter med cancer.	Kvalitativ studie, semistrukturerade intervjuer. 14 personer valdes ut till att delta och de skulle uppleva CIPN. Deltagarna var mellan 42-84 år. Personerna skulle kunna skriva och läsa engelska, upplevt domningar, stickningar eller smärta i de yttre extremiteterna, behandlats med cytostatika under de senaste tre åren. Patienter diagnostiserade med mental ohälsa eller kognitiv svikt räknades ej med.	Neuropatiska symtom inverkar i många situationer i det dagliga livet och deltagarna uttryckte känslor som depression och frustration och förlust över att behöva ge upp aktiviteter av intresse. De betonar vikten av att bedöma patienter och kommunicera med patienterna om deras erfarenheter av neuropatiska smärtor. Kunskap från patienter med erfarenhet av CIPN hjälper vårdpersonal att föreslå åtgärder för att lindra symtom.
Kvale, E.,	The experience of	2010. USA. American	Att undersöka upplevelsen	Kvalitativ studie,	Den psykosociala processen av social

Woodby, L., & Williams, B.	older patients with cancer in phase 1 clinical trials: a qualitative case series.	Journal of Hospice & Palliative Medicine.	hos äldre patienter med cancer som är i fas 1 av kliniska prövningar.	semistrukturerade intervjuer. 3 män och 1 kvinna deltog i studien. Deltagarna skulle vara inne i fas 1 i den kliniska prövningen.	jämförelse är relevant då det gäller att förstå äldres upplevelser av deltagande i kliniska prövningar.
Shun, S., Hsiao, F., & Lai, Y.	Relationship between Hope and fatigue characteristics in newly diagnosed outpatients with cancer.	2011. Taiwan. Oncology Nursing Forum.	Att undersöka relationen mellan hopp och fatigue (intensiteten, varaktigheten och interaktionen) bland nydiagnostiserade patienter med cancer som behandlas med cytostatika.	Kvantitativ studie, tvärsektionell undersökning. Frågeformulär användes. 182 personer deltog som var diagnostiserade med olika typer av cancer sedan 6 månader och behandlades med cytostatika.	Intensiteten, interaktionen och varaktigheten av fatigue har en stark koppling till begreppet hopp. Kopplingen mellan hopp och till relationen med andra är associerat med nivå av hopp i nydiagnostiserade.
Maher, K., & De, V.	An exploration of the lived experiences of individuals with relapsed multiple myeloma.	2011. Irland. European Journal of Cancer Care	Att undersöka upplevelsen av att leva med recidiv multipel myelom under behandlingstiden.	Kvalitativ studie, hermeneutisk fenomenologisk metod användes. Open-ended, ostrukturerad intervju. 8 personer deltog som tog behandlades på en hematologisk avdelning i London.	Att leva med recidiv multipel myelom som är en kroniska sjukdom orsakar ständigt skiftande perspektiv mellan sjukdom och välmående. Därmed upplever patienterna ett tillstånd av osäkerhet. Patienterna lade stor vikt vid emotionella erfarenheter bland upplevelserna de hade.
Olver, I., Taylor, A., & Whitford, H.	Relationships between patients' pre-treatment expectations of toxicities and post chemotherapy experiences	2005. Australien. Psycho-Oncology.	Att avgöra om patienternas förväntningar var förknippade med upplevda toxiciteten för cytostatika än vad tidigare forskning visat, inklusive subjektiva och objektiva biverkningar.	Kvantitativ studie, 2 självskattningsformulär. 87 personer deltog. 63% var kvinnor. Skulle behandlas för första gången med cytostatika.	Det som deltagarna hade förväntat sig skulle hända under behandlingen visade sig inte riktigt överensstämna med de verkliga upplevelserna av cytostatikabehandlingen.
Gironés, R., Torregrosa, D., Gómes-Codina, J., Maestu, I., Tenias, J. M., & Rosell, R.	Lung cancer chemotherapy decisions in older patients: the role of patient preference and interactions with physicians	2012. Spanien. Clinical & Translational Oncology.	Att undersöka relationen mellan patientens preferenser och användningen av cytostatika hos en grupp patienter över 70 år.	Kvantitativ studie, frågeformulär. 83 personer deltog varav 81 personer var män. Alla deltagare var över 70 år. Skulle vara diagnostiserade med lungcancer.	Deltagarna skulle välja vilken behandling som de ville ha. Flest patienter valde behandling som kunde förlänga deras liv och valet att få symtomlindring valdes mer sällan. Äldre patienter med lungcancer vill bli involverade i de beslut som ska fattas.
Dikken, C., & Sitza, J.	Patients' experiences of chemotherapy: side effects associated with 5-fluorouracil +	1998. Storbritannien. Journal of clinical nursing.	Att undersöka upplevelserna av biverkningar hos personer med colorektalcancer som behandlas med 5-fluorouracil + folonic.	Kvalitativ studie, självskattningsformulär med 61 stycken angivna biverkningar. 12 personer deltog, alla deltagare skulle ha diagnosen	78 biverkningar rapporterades in och fatigue var den mest förekommande. Det som upplevdes som värsta biverkning var munsår. Ett antal nya biverkningar rapporterades in vilket bland annat var näsblod, ändrad

	folonic acid in the treatment of colorectal cancer			colorektalcancer och genomgå den behandling som skulle undersökas.	smakupplevelse och viktnedgång.
--	--	--	--	--	---------------------------------