HÖGSKOLAN I GÄVLE

AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV

Avdelningen för vårdvetenskap

Hur patienter med obotlig cancer hanterar sin livssituation

En beskrivande litteraturöversikt

Hussein Abas & Elin Jokela

2025

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp
Omvårdnad
Sjuksköterskeprogrammet
Fördjupad och tillämpad vetenskaplig metod

Handledare: Monique Toratti & Anna Andersson
Examinator: Erebouni Arakelian

Sammanfattning

Bakgrund: Cancer är ett samlingsbegrepp för olika cancersjukdomar och det finns cirka 200 olika typer. Orsaken till cancer beror på genförändringar i cellen, vilket resulterar i en påverkan på arvsmassan. Genförändringar kan bero på slumpen, ärftliga faktorer, livsstilsfaktorer och miljöfaktorer. Tumörsjukdomar kan delas in i maligna-och benigna tumörer och man kan behandla sjukdomen kurativt eller palliativt. År 2022 drabbades cirka 20 miljoner människor av cancer globalt i världen. År 2023 drabbades 73 794 personer av cancer i Sverige. De vanligaste cancerdiagnoserna bland könen är prostatacancer bland män och bröstcancer bland kvinnor.

Syfte: Hur patienter med obotlig cancer hanterar sin livssituation.

Metod: Detta är en beskrivande litteraturstudie som består av 14 artiklar, varav 11 kvalitativa och 3 kvantitativa artiklar. Artiklarna hittades via databasen PubMed och analyserades via analysguide av Popenoe et al.

Huvudresultat: Hur patienter med obotlig cancersjukdom hanterar sin livssituation presenterades utifrån tre huvudkategorier med tillhörande subkategorier. Inre hantering: acceptans, en realistisk syn på framtiden, hopp och ett optimistiskt synsätt och att bevara normalitet och självständighet; Yttre hantering: Socialt stöd, vårdens betydelse för patienter med obotlig cancer och hantering via distraktion och egna belöningar; Spiritualitet, tro och dödens närhet: Spiritualitet och trons betydelse och patienternas tankar och hantering av att möta döden.

Slutsats: Patienter med obotlig cancerdiagnos hanterade sin livssituation på flera sätt. Genom acceptans av den obotliga cancersjukdomen och en realistisk syn på livet underlättade hanteringen av livssituationen. Stöd från familj och vänner var en central faktor för att hantering. Flera patienter använde sig av tro och bemötte döden på olika sätt. Tydlig information och stöd från vården hade stor betydelse för patienter. Personcentrerad vård, anpassad efter individens copingstrategier, utgör en central strategi för sjuksköterskan att främja patientens delaktighet och förbättra välbefinnandet hos patienter med en obotlig cancersjukdom.

Nyckelord: *Cancer, coping, hantering, obotlig cancer, palliativ vård*

Abstract

Background: Cancer is a collective term for different cancers and there are approximately 200 different types. The cause of cancer is due to the gene changes in the cell, which results in an impact on the on the genetic material. Gene changes can be caused by chance, hereditary factors, lifestyle factors and environmental factors. Tumor diseases can be divided into malignant and benign tumors and the disease can be treated curatively or palliatively. In the year 2022, approximately 20 million people worldwide were diagnosed with cancer. In 2023, 73 794 people were diagnosed with cancer in Sweden. The most common cancer diagnoses among the sexes are prostate cancer among men and breast cancer among women.

Aim: How patients with incurable cancer manage their life situation.

Method: This is a descriptive literature study consisting of 14 articles, of which 11 are qualitative and 3 are quantitative. The articles were found on the database PubMed and analyzed via the analysis guide by Popenoe et al.

Main result: How patients with incurable cancer manage with their life situation was presented based on three main categories with associated subcategories. Internal management: acceptance, a realistic view of the future, hope and an optimistic outlook and to preserve normality and autonomy; External management: social support, the role of healthcare for patients with incurable cancer, distraction and self-care; Spirituality, faith and death: the importance of spirituality and faith and patient's thoughts and management of death.

Conclusion: Patients with incurable cancer manage their life situation in separate ways. Acceptance of incurable cancer and a realistic view of life made it possible to cope with their situation. Support from family and friends was a central factor in coping with the incurable cancer diagnosis. Many patients relied on faith and approached death in different ways. Clear information and support from healthcare providers were important for patients. Person-centered care, tailored to the individual´s coping strategies, is a key strategy for nurses to develop patient participation and improve the well-being of individuals with incurable cancer.

Keywords: *Cancer, coping, incurable cancer, management, palliative care*

Innehållsförteckning

1. Introduktion 5
1.1 Bakgrund 5
1.2 Definition av begrepp 6
1.3 Patientens upplevelse av att leva med obotlig cancer 6
1.4 Sjuksköterskans roll i vård av patienter med obotlig cancer 7
1.5 Bärande begrepp 8
1.6 Teoretisk referensram 9
1.7 Problemformulering 9
1.8 Syfte 10

2. Metod 10
2.1 Design 10
2.2 Sökstrategi 11
2.3 Urvalskriterier 12
2.4 Urvalsprocess och utfall av artiklar 13
2.5 Dataanalys 14
2.6 Forsknings- och forskaretiska övervägande 15

3. Resultat 15
3.1 Inre hantering 16
3.1.1 Acceptans och en realistisk syn på framtiden 16
3.1.2 Hopp och ett optimistiskt synsätt 17
3.1.3 Att bevara normalitet och självständighet 18
3.2 Yttre hantering 19
3.2.1 Socialt stöd 19
3.2.2 Vårdens betydelse för patienter med obotlig cancer 20
3.2.3 Hantering via distraktion och egna belöningar 20
3.3 Spiritualitet, Tro och Dödens Närhet 21
3.3.1 Spiritualitet och Trons betydelse 21
3.3.2 Att möta döden 22

4. Diskussion 23
4.1 Huvudresultat 23
4.2 Resultatdiskussion 23
4.3 Metoddiskussion 26
4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad 29
4.5 Förslag till fortsatt forskning 29
4.6 Slutsats 30

5. Referenser 31

6. Bilagor 37

1. Introduktion

1.1 Bakgrund

Cancer är ett samlingsbegrepp och används för olika typer av cancersjukdomar och kan även benämnas tumörsjukdomar (Pellmer Wramner, Wramner & Wramner 2017). Det finns cirka 200 olika typer av cancersjukdomar. Orsaken till cancer beror på genförändringar i cellen där det blir en påverkan på arvsmassan och det bildas mutationer. Mutationerna kan leda till att cancerceller uppstår och delningen av cancercellerna sker okontrollerat och detta resulterar i att en tumör har bildats (Socialstyrelsen 2023). Orsaken till genförändringarna kan vara beroende på slumpen, det vill säga att det förekommer slumpmässiga genförändringar genom livets gång utan någon tydlig orsak (Cancerfonden 2023) men ärftlighet, levnadsvanor och miljöfaktorer kan ha betydelse. Levnadsvanor i form av tobaksrökning, alkoholkonsumtion och kostvanor samt miljöfaktorer i form av kemikalier och radioaktivitet kan bidra till en ökad risk för utveckling av cancer (Cancerfonden 2019). Tumörsjukdomar kan delas in i två grupper, maligna och benigna. Maligna tumörer har förmåga att bilda metastaser och metastaser är när primärtumören frisläpper cancerceller som sprider sig till andra delar i kroppen. Benigna tumörer kan inte sprida sig till andra organ (Socialstyrelsen 2023).

Behandling av cancer kan ha ett kurativt syfte, vilket innebär att målet är att bota sjukdomen, eller ett palliativt syfte, där cancern bedöms vara obotligt. I den palliativa vården fokuserar behandlingen på att lindra smärta, främja värdighet och öka patientens välbefinnande fram till livets slut (Alvariza, Lindqvist, Öhlén & Rasmussen 2019).

År 2022 drabbades cirka 20 miljoner människor av cancer globalt i världen och cirka en av nio män och en av tolv kvinnor beräknas avlida till följd av sjukdomen (World Health Organization [WHO] 2024). I Sverige insjuknade år 2023 73 794 invånare i cancer, varav 34 558 var kvinnor och 39 236 män. Bland män är prostatacancer den mest förkommande cancerformen, medan bröstcancer är den vanligaste hos kvinnor. Cancer är den näst vanligaste dödsorsaken i Sverige efter hjärt-och kärlsjukdomar och under 2023 avled 22 665 personer i cancer (Cancerfonden 2024).

1.2 Definition av begrepp

1.2.1 Patient

Begreppet patient används för att beskriva en individ som antingen söker eller mottar vård. Det innebär att personen har en pågående relation med hälso- och sjukvården (Vårdhandoken 2023).

1.2.3 Obotlig

Begreppet obotlig definieras av att en sjukdom inte går att bota (Svenska akademins ordböcker [SAOB] 2021).

1.2.3 Palliativ

Palliativ definieras av att enbart lindra symtomen av en sjukdom (SAOB 2021). Vid en obotlig sjukdom blir vården palliativ. Detta innebär att vårdens utgångspunkt är att stärka patientens livskvalitet och lindra symtom. Palliativ vård görs i ett tvärprofessionellt team för att lindra olika aspekter av symtom (WHO 2020). Palliativ vård är inte enbart vård i livets slutskede, utan kan implementeras tidigt i sjukdomsförloppet vid obotliga diagnoser (Cancerfonden 2024).

1.2.4 Hantering

Hanterbarhet innefattar patientens förmåga att hantera händelser och patientens resurser för hanteringen. En sådan händelse kan innebära patientens förmåga att hantera en obotlig sjukdom (Langius-Eklöf & Sundberg 2019).

1.3 Patientens upplevelse av att leva med obotlig cancer

Att få diagnosen obotlig cancer innebär en svår kamp för patienter. Balansen mellan acceptans av sjukdomen och viljan att fortsätta leva vidare kan bli komplicerat. Patienter beskriver att leva med obotlig cancer ökar deras medvetenheten om livets slut och döden, vilket kan anses vara belastande (Madsen, Uhrenfeldt & Birkelund 2019), de kan även uppleva en omfattande psykisk belastning, exempelvis känslor av ångest och depression, vilket i sin tur har en negativ inverkan på livskvalitén (Mossman et al. 2021).

Vid obotlig cancer kan både fysiska och psykiska begränsningar upplevas. Symtom som smärta, trötthet, ångest och oro bidrar till att patienter kan få ett påverkat socialt liv

(Shivakumar, King, Iyons & Hotta 2024). Patienter kan även uppleva att de belastar sina närstående när de delar med sig av sin livssituation. Detta kan ske när de beskriver för sina närstående om sin obotliga cancer och de anser att det är påfrestande att se närstående reagerar med sorg, ilska och oro (Madsen, Uhrenfeldt & Birkelund 2019).

Cancerdiagnosen påverkar även patienternas självbild genom behandlingar som kirurgi, kemoterapi och strålbehandlingar. Dessa kan resultera i håravfall, förändrad kroppsform och andra fysiska förändringar. Detta kan ha en negativ inverkan på patienternas kroppsliga självuppfattning och resultera i allvarliga psykosociala problem, exempelvis missnöje med den egna kroppen (Wang & Feng 2022).

En del patienter med obotlig cancer beskriver att deras välmående påverkades negativt när deras liv blir begränsat och de inte längre kan utföra vardagliga aktiviteter, såsom att vistas i naturen, utföra en sport eller promenera med sin hund. Vidare upplever patienter att omgivningens bemötande förändras efter diagnosen, exempelvis genom att människor distanserar sig, undviker kontakt eller att närstående inte längre hör av sig i samma utsträckning (Madsen, Uhrenfeldt & Birkelund 2019).

1.4 Sjuksköterskans roll i vård av patienter med obotlig cancer

Det är viktigt att sjuksköterskan förstår att personer med en obotlig sjukdom kan uppleva en känsla av välmående trots sjukdomssituationen. Det vill säga att må bra fysiskt och psykiskt (SAOB 2021). För sjuksköterskan är det betydelsefullt att vara medveten om att upplevelsen av att vara frisk inte enbart innebär frånvaro av sjukdom (Alvariza, Lindqvist, Öhlén & Rasmussen 2019). Sjuksköterskors upplevelse av palliativ vård av patienter med obotlig cancer anses vara komplicerat. Sjuksköterskan bör ta en empatisk roll i omvårdnaden och ha en personcentrerad bemötande gentemot patientens önskemål (Skorpen Tarberg, Landstad, Hole, Thronaes & Kvangarsnes 2020). En empatisk roll innebär att kunna visa omtanke och kunna se vården ur patientens perspektiv samt att kunna bibehålla sin professionalitet (Regionala cancercentrum 2023).

Patientens delaktighet inom onkologisk omvårdnad är essentiellt och sjuksköterskan bör aktivt arbeta på att främja detta (Larsson & Olsson 2021; Pongthavornkamol, Khamkon, Phligbua, Cohen och Botti 2018). Sjuksköterskan kan öka delaktigheten genom att göra

patienten delaktig i val gällandes den egna hälsan, detta kan innefatta hur symtom skall behandlas eftersom patienter kan ha egna önskemål och sätt att hantera de på (Pongthavornkamol et al. 2018). Sjuksköterskan bör även ha goda kunskaper kring hur symtom effektivt kan lindras, samt ha goda medicintekniska kunskaper (Larsson & Olsson 2021). Förmedlande av information är även ett viktigt sätt att främja patientens ställning i vården. Sjuksköterskan kan göra detta genom att informera om bland annat egenvårds möjligheter, hantering av bieffekter från läkemedel samt om det finns någon restriktion kring intag av mat relaterat till cancersjukdomen (Pongthavornkamol et al. 2018).

Sjuksköterskans förmåga att skapa utrymme för döden är viktigt för både patient och närstående, det skapar även en möjlighet för förberedelse inför den kommande döden. Sjuksköterskan kan skapa utrymme genom att symtomlindra patienten, visa empati, samarbeta, upprätthålla goda relationer med alla inblandade och tillåta tystnad och lugn runt patienten. Sjuksköterskans goda förmåga till att empatisk kommunicera med patienter och närstående är även en viktig aspekt under livets slutskede (Skorpen et al. 2020). Att kommunicera innebär inte bara förmågan att ge information till en patient, det innefattar även förmågan att lyssna. Förmågan att lyssna på patienten vid livets slutskede möjliggör att patienten kan fritt berätta om de prioriteringar, tankar och önskningar som anses vara viktiga (Kalfoss 2021).

1.5 Bärande begrepp

1.5.1 Miljö

Det bärande begreppet *miljö* består av flertal aspekter. Vid närvaro av sjukdom blir miljön viktigt för patienten. Miljön är både den fysiska och psykosociala tillvaron. Den fysiska miljön innefattar rummets struktur, ljuset och ljudnivån. Den psykosociala innefattar bland annat uppfattning av miljön, stress och personalbrist (Edvardsson & Wijk 2019). Enligt Lazarus och Folkmans (1984) så har miljö en betydelse för individens hantering av stress och påfrestningar. Författarna belyser hur miljörelaterade faktorer tillsammans med personrelaterade faktorer påverkar människans psykiska välbefinnande.

1.6 Teoretisk referensram

Lazarus och Folkmans (1984) teori om stress och coping handlar om hur människor reagerar och hanterar en händelse. Vid en händelse gör människan en primär bedömning om händelsen anses vara irrelevant, positiv eller negativt/hotfullt. Den sekundära bedömningen innefattar individens hantering av situationen och vilka copingstrategier personen kan använda. Personens uppfattning av kontroll i en situation avgör hur mycket stress personen upplever. Efter den sekundära bedömningen kan en omvärdering göras baserat på omgivningen. Coping innebär individens sätt att hantera externa och/eller interna krav genom handlingar eller tankeprocesser.

Författarna beskriver två huvudkategorier av coping: emotionsfokuserad-och problemfokuserad coping. Emotionsfokuserad coping fokuserar på att reglera känslor kring en händelse och kan innebära att uppnå hopp och optimism, dock kan coping formen även innebära ett försök till att förminska och undvika känslor kopplat till en händelse. Förminskning av känslor kan utövas genom distansering, undvikande samt genom selektiv uppmärksamhet. Problemfokuserad coping innebär att försöka lösa problemet eller hitta alternativa lösningar. Coping strategier av denna karaktär har ofta ett primärt fokus på miljön, men kan även ha fokus på personen själv. Detta kan innefatta att ändra fysiska begränsningar i miljön eller att personen själv lär sig nya kunskaper för att förbättra en situation (Lazarus & Folkmans 1984).

Författarna valde denna teoretiska referensram för att kunna diskutera de olika copingprocessernas koppling till patienters hantering av obotlig cancersjukdom.

1.7 Problemformulering

Cancer är ett samlingsbegrepp och består av cirka 200 olika sjukdomar. Cancer är den näst vanligaste dödsorsaken i Sverige och år 2023 dog 22 665 personer i cancer i Sverige. Vid cancer bildas mutationer när arvsmassan förändras i cellen och detta resulterar i att cellerna delar sig okontrollerat och det bildas en tumör. Tumören kan vara malign eller benign. Maligna tumörer kan sprida metastaser till andra delar i kroppen.

Vid obotlig cancer går sjukdomen inte att bota och vid en obotlig sjukdom blir vården palliativ. Palliativ vård definieras av att lindra symtom och förbättra livskvalitén. I palliativ vård bör sjuksköterskan ta en empatisk roll i bemötande med patienten och arbeta i ett tvärprofessionellt team för att lindra olika aspekter av symtom. Patienter med en obotlig cancer upplever både psykiska och fysiska begränsningar. Begränsningarna kan leda till ett påverkat socialt liv, psykisk ohälsa och fysisk problematik i form av smärta och trötthet. Detta resulterar i en nedsatt livskvalitet.

Att beskriva hur patienter med obotlig cancer hanterar sin livssituation kan bidra till att sjuksköterskan kan få en ökad förståelse för olika copingprocesser.

1.8 Syfte

Syftet var att beskriva hur patienter med obotlig cancer hanterar sin livssituation.

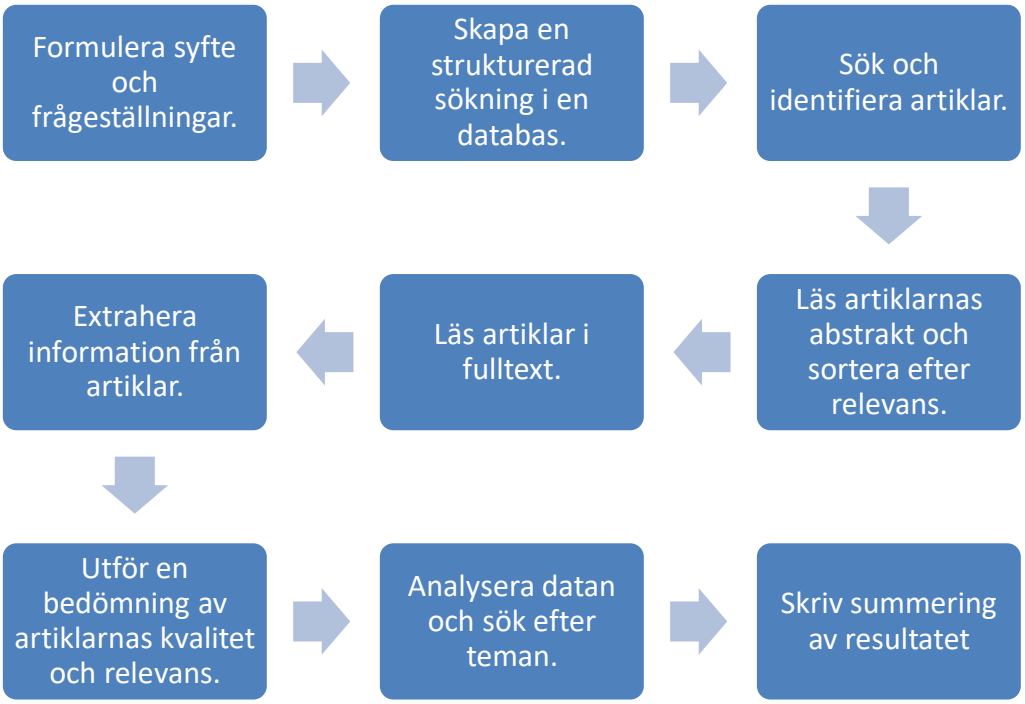
2. Metod

2.1 Design

Denna studie är en beskrivande litteraturöversikt. I Studien har primärkällor analyserats och sammanställts (Polit & Beck 2021). Studiens avsikt är att beskriva patienter med obotlig cancer och hur dem hanterar sin livssituation. PEO-modellen (population, exposure, outcome) användes för att specificera forskningsområdet och strukturera sökningen (Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström 2016). Litteraturstudien har utformats och bearbetas enligt Polit och Becks (2021) niostegsmodell för genomförande av en litteraturstudie (se figur 1).

Tabell 1 PEO

P (population)	E (exponering)	O (outcome)
Patienter över 19 år.	Obotlig cancersjukdom.	Coping.



Figur 1 Polit och Becks (2021) niostegsmodell. Fritt översatt av författarna i denna studie.

2.2 Sökstrategi

För att söka efter relevanta artiklar till studien utfördes databassökning i Pubmed. Enligt Polit och Beck (2021) är PubMed en värdefull resurs för att söka fram relevanta artiklar inom omvårdnad. Avgränsningar som tillämpats i denna litteraturstudie är artiklar publicerade under de senaste tio år, artiklar skrivna på engelska eller svenska samt studier där deltagarna är över 19 år. Söktermer som använts är *Cancer*, *Incurable cancer*, *End of life care* och *coping*, vilket var i fritext. Medan resterande söktermer *Neoplasm* och *Palliative care* är MeSH-termer. Polit och Beck (2021) påpekar att användningen av MeSH-term i sökningar möjliggör en mer effektiv identifiering av relevanta artiklar för det aktuella ämnesområdet. En manuell sökning gjordes med sökorden *patient experience*, *cancer*, *neoplasm*, *palliative care*, *end of life care* och *mental health.* Söktermen *neoplasm* var en MeSH-term. Söktermer kombinerades med booleska söktermerna AND och OR för att breda och specificera sökningen. Booleska termer är ett viktigt verktyg i databassökningar för att effektivt kombinera eller utesluta söktermer för att identifiera mer relevanta resultat (Polit & Beck 2021).

Tabell 2 Söktabell

Databas/databaser	Begränsningar (limits) sökdatum	Söktermer	Antal träffar	Möjliga artiklar (exklusive dubletter)	Antal artiklar (examensarbete)
PubMed	10 år. Engelska. Svenska. 2025-01-23 Adult 19+ years	Neoplasm [MeSH] OR Incurable cancer (fritext) OR Cancer (fritext) AND Palliative care [MeSH] OR End of life care (fritext) AND Coping (fritext)	243	34	12
Manuell sökning PubMed	10 år. Engelska. Svenska. 2025-01-23 Adult 19+ years	Patient experience (fritext) AND Cancer (fritext) OR Neoplasm [MeSH] AND Palliative care (fritext) OR End of life care (fritext) AND Mental Health (fritext)	3211	2	2
TOTALT			3454	36	14

2.3 Urvalskriterier

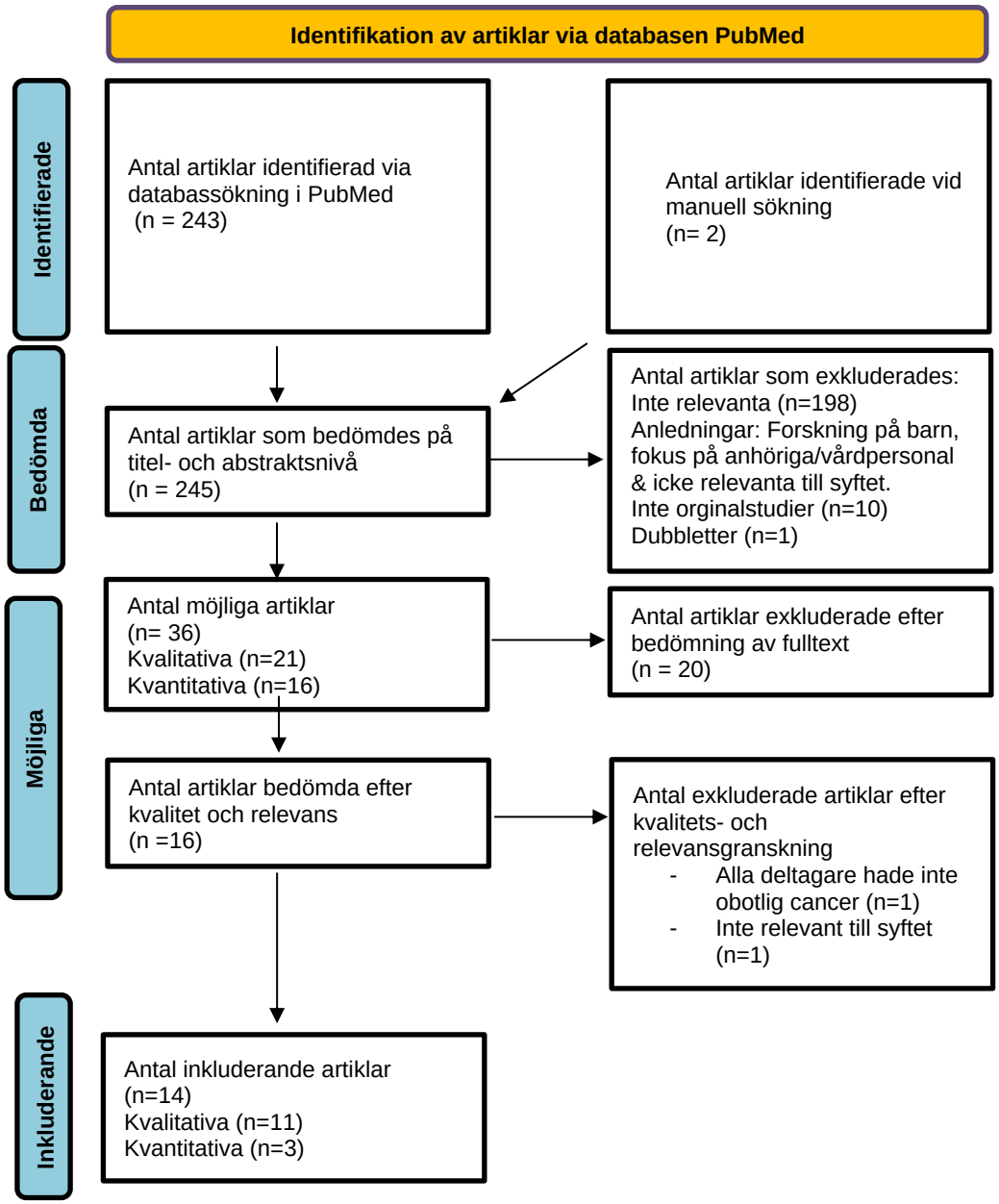
Inklusionskriterier: För litteraturstudien har inkluderade artiklar varit Primärstudier, med en kvalitativ eller kvantitativ ansats. Artiklarna ska ha en introduktion, metod, resultat och diskussion (IMRaD) och vara skriven på svenska eller engelska. IMRaD är ett format bestående av fyra delar och är ofta använt i vetenskapliga artiklar (Polit & Beck 2021). Studien avser att inkludera vuxna personer med obotlig cancer. Samtliga cancerformer kommer att inkluderas. Relevanta studier till syftet inkluderas.

Exklusionskriterier: Exkluderande artiklar är sekundärkällor**.** Sekundärkällor inkluderar även andra litteraturstudier (Polit & Beck 2021). Studier som inte är relevanta till syftet och forskning på barn under 19 år.

2.4 Urvalsprocess och utfall av artiklar

Databassökningen gav 243 resultat. Alla artiklar bedömdes på titel-och abstraktsnivå. Efter bedömning utifrån relevans till syftet sorteras 198 artiklar bort och 10 artiklar exkluderas på grund av att de inte var primärkällor. Primärkällor ska enligt Polit och Beck (2021) vara de viktigaste källorna att ha med i en litteraturstudie (Polit & Beck 2021). En artikel var en dubblett och exkluderades. Vid en manuell sökning identifierades två artiklar och artiklarna bedömdes på titel och abstraktsnivå.

Totalt identifierades 36 artiklar vars titel och abstrakt var möjligt relevanta till litteraturstudiens syfte, med hänsyn till inklusions-och exklusionskriterierna. Totalt bedömdes 36 artiklar utifrån fulltext. Av dessa exkluderades 21 artiklar, vilket resulterade i 16 kvarvarande artiklar. Dessa 16 artiklar kvalitet- och relevans granskades med avseende på deras syfte, metod och resultat, se bilaga 1, 2 och 3. Granskningen resulterade i att 14 artiklar inkluderades i studien.



Figur 2. Flödesschema

2.5 Dataanalys

Författarna läste artiklarna individuellt och sedan diskutera artiklarna med varandra för att få en djupare förståelse för innehållet och få möjlighet för diskussion om tolkningar av resultatet. Anteckningar fördes individuellt under läsningen för att enklare komma ihåg innehållet från varje artikel. Efter att författarna läst alla artiklar i fulltext, sorterades icke relevanta artiklar bort utifrån kvalitet och relevans till syftet, se bilaga 1, 2 och 3.

Artiklarna sammanfattades i en matris, där artikelns syfte, metod och resultat beskrevs, se bilaga 4 och 5. Detta gjordes för att få en sammanfattning av alla artiklar. Artiklarna laddades ner och författarna färgmarkerade informationen (Popenoe, Langius-Eklöf, Stenwall & Jervaeus 2021). Färgkodningen var ett stöd i att identifiera likheter och olikheter mellan artiklarna. Polit och Beck (2021) nämner att en del av analysen i en litteraturstudie innefattar att hitta liknelser och olikheter i artiklarna, därav kan teman identifieras (Polit & Beck 2021). Resultatet från artiklarna kodades och placerades i huvudkategorier och subkategorier (Popenoe et al. 2021). Detta gjordes i grupp och författarna har haft en aktiv diskussion med varandra genom hela dataanalysen.

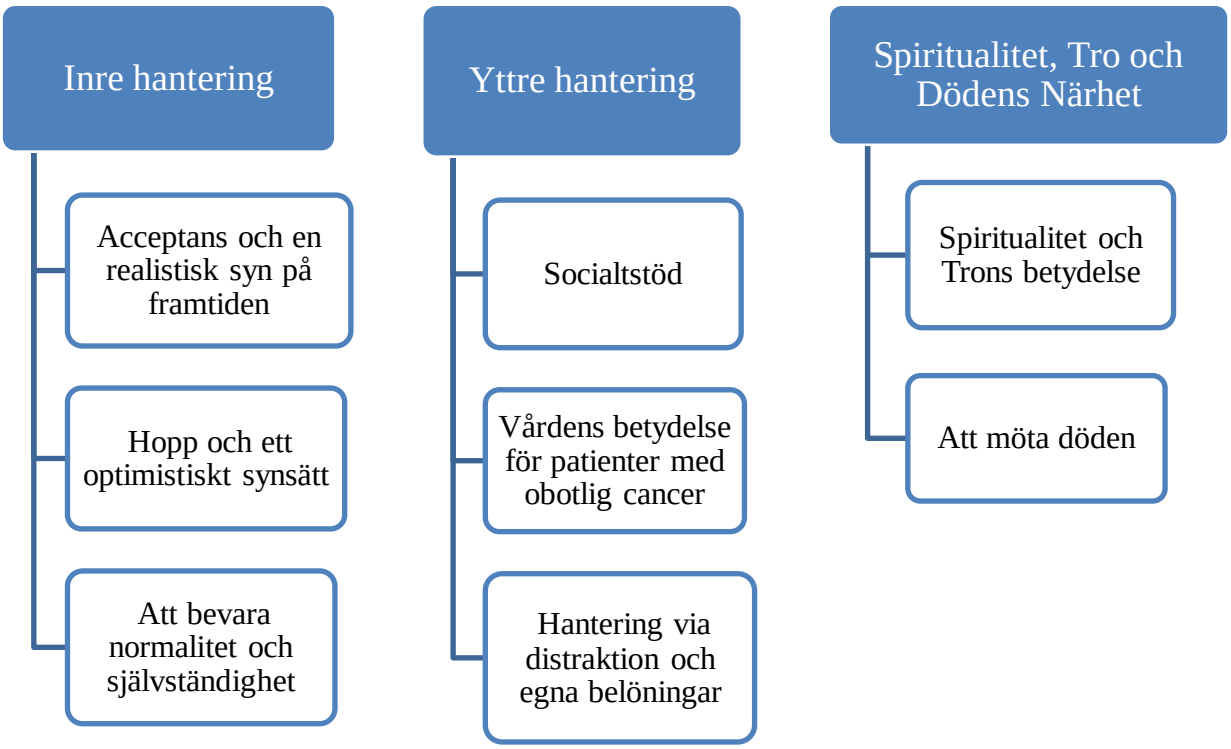
2.6 Forsknings- och forskaretiska överväganden

Författarna till denna litteraturstudie har strävat efter att vara objektiva och noggranna i urval och sammanställning av vetenskapliga artiklar. Genom detta tillvägagångssätt eliminerar författarna risken för falsifiering av data. Falsifiering är enligt Polit och Beck (2021) när författare manipulerar eller förändrar forskningsresultat (Polit & Beck 2021). Författarna i litteraturstudien har tydligt redovisat metoden för urval och sammanställning av studier med hänsyn till fabrikation. Fabrikation är enligt Polit och Beck (2021) när författare gör upp falska resultat eller annan data. Genom arbetet har Harvards referenssystem använts för att undvika plagiering (Högskolan Borås bibliotek 2024). Plagiering innebär att ta data eller information utan att referera till författaren (Polit & Beck 2021).

3. Resultat

Resultatet utgörs av 14 artiklar varav elva kvalitativa-och tre kvantitativa. De representerande länderna i artiklarna är Australien, Bangladesh, Finland, Italien, Japan, Jordanien, Nederländerna, Norge, Storbritannien och USA. Deltagarna i studierna är alla vuxna med obotlig cancer, de representerade diagnoserna i artiklarna var blindtarmscancer, bröstcancer, bukspottkörtelcancer, hudcancer, kolorektalcancer, leukemi, levercancer, livmodercancer, lungcancer, lymfom, magsäckscancer, mag-tarmcancer, myelom, prostatacancer, sköldkörtelcancer, urinblåsecancer och äggstockscancer. Två artiklar specificerade inte vilken diagnos deltagarna hade, se bilaga 4. Både män och kvinnor deltog i studierna. En översikt av artiklarna presenteras

i bilaga 4 och 5. Denna litteraturstudies huvudkategorier och subkategorier presenteras i figur 3.



Figur 3. Studiens huvudkategorier och subkategorier.

3.1 Inre hantering

Denna huvudkategori kommer att beröra patienters inre hantering av att leva med obotlig cancer.

3.1.1 Acceptans och en realistisk syn på framtiden

Acceptans av obotlig cancer användes av flertal patienter för att hantera den nuvarande livssituationen. Acceptans handlade om att acceptera sjukdomen och det nya sättet att leva på (Kyota & Kanda 2019; Maiko et al. 2019; Viitala, Åstedt-Kurki, Lehto & Palonen 2023), medan vissa patienter accepterade den försämrade hälsan som en del av det naturliga åldrandet (Haug, Danbolt, Kvigne & Demarinis 2015). I två kvantitativa studier identifierades coping strategin acceptans som en av de mest använda av patienter (Islam et al. 2023: Nipp et al. 2016).

Under den initiala perioden efter diagnosen präglades upplevelsen av negativa känslor (Maiko et al. 2019; Viitala et al. 2023; Walshe et al. 2017), vilket påverkade patienternas förmåga att utveckla effektiva copingstrategier. Med tiden övergick dessa negativa känslor till en känsla av acceptans (Maiko et al. 2019; Walshe et al. 2017). Patienter beskrev att hanteringen av obotlig cancer blev mer hanterbar med tiden (Maiko et al. 2019; Viitala et al. 2023; Walshe et al. 2017).

Genom att vara realistisk angående sin livssituation kunde patienter hantera sin sjukdom. Att vara realistiskt innefattade att acceptera sjukdomen men även symtomen och prognosen. Detta möjliggjorde att patienterna fick ett förbättrat välmående (Rohde, Kersten, Vistad & Mesel 2017; Walshe et al. 2017) och frustrationer kring ouppnåeliga mål minskade. För att hantera rädslorna kring framtiden undveks långsiktiga mål (Walshe et al. 2017) och patienter ansåg att ta en dag i taget var ett sätt att hantera situationen (Haug et al. 2015).

Symtomhantering kunde utföras genom acceptans av begränsningar (Walshe et al. 2017). Patienter uttrycker att de fann glädje i att fortsätta utföra de aktiviteter de fortfarande har förmåga att göra även om tiden för utförandet har ökat (Warmenhoven et al. 2016). En del patienter uttrycker även acceptans av att sluta med aktiviteter de längre inte kan hantera (van Gurp, Ebenau, van der Burg & Hasselar 2020). Att leva med begränsningar resulterade i vissa fall av att behöva acceptera behovet av hjälp från andra (Kyota & Kanda 2019; Viitala et al. 2023; Walshe et al. 2017). En patient, vars cancer medförde en förlamning från midjan ner, beskrev att hon fick med tiden acceptera den hjälp hon behövde från hennes man och hur de båda accepterade ett nytt liv med flertal begränsningar (Kyota & Kanda 2019).

3.1.2 Hopp och ett optimistiskt synsätt

Ett sätt för patienter med obotlig cancersjukdom att hanterade sin situation var genom att leva i enlighet med sina egna förmågor och prioritera att uppskatta varje ögonblick. Genom att fokusera på nuet utvecklade de en strategi för att hantera sjukdomen och fann glädje och lycka i vardagen, trots de svårigheterna de stod inför (Viitala et al. 2023). Att upprätthålla en positiv inställning, fortsätta med sina dagliga aktiviteter och leva livet i sin helhet var för patienterna ett sätt att hantera sina känslor. Patienter med obotlig cancer betonade vikten av att ha en positiv inställning som en central strategi för

att hantera de emotionella påfrestningar som uppstod i samband med diagnosen. Trots de svåra omständigheterna framhöll de betydelsen av att inte låta sjukdomen dominera det mentala välbefinnandet, utan i stället upprätthålla en optimistisk attityd. Genom att bibehålla de dagliga rutinerna och fortsätta leva ett normalt liv, upplevdes tillvaron som mer hanterbar (Yeung, Gilbertson-White & Wickersham 2022).

Patienter uttryckte att de medvetet undvek att låta sig påverkas av negativa tankar, då dessa inte bidrog till något konstruktiv. Vidare beskrev patienterna att de upplevde glädje och tacksamhet över sin förmåga att vara aktiv, vilket i sin tur skapade en känsla av välbefinnande och tillfredställelse trots sjukdomens begränsningar (Warmenhoven et al. 2016). För att minska den känslomässiga belastningen av sjukdomen var förmågan att hitta livsglädje och användning av humor en viktig faktor för att bemöta svårigheterna (Viitala et al. 2023).

Patienterna betonade vikten av att tillåta sig själva att känna sorg utan att fastna i den. De uttryckte en känsla av livstillfredsställelse och hopp för framtiden, där en positiv inställning var avgörande för att hantera den obotliga cancerdiagnosen (Haug et al. 2015).

3.1.3 Att bevara normalitet och självständighet

Att leva på ett sådant normalt sätt som möjligt var en strategi adapterad av flertal patienter och var en väsentlig resurs för att bibehålla ett bra välmående (Haug et al. 2015; Maiko et al. 2019; Walshe et al. 2017), denna strategi var dock svår att bibehålla vid en svår symtombörda, exempelvis vid svår illamående eller fatigue (Walshe et al. 2017). Att leva normalt innefattade att fungera normalt i hemmet, detta ansågs vara en av de viktigaste aspekterna i patienternas liv, även att få kunna spendera tid med närstående och att få utföra meningsfulla aktiviteter (Haug et al. 2015). Stödet från familj och vänner bidrog även till att patienterna kunde fortsätta sträva efter att upprätthålla en normal vardag (Aoun, Deas & Skett 2016).

Patienter uttryckte att en del av att leva normalt involverade att få bibehålla självständighet (Aoun, Deas & Skett 2016; Haug et al. 2015; van Gurp et al. 2020), men även att behöva acceptera hjälp av andra vid behov (Aoun, Deas & Skett 2016; Walshe et al. 2017). Viljan att få hjälp från andra kunde vara komplicerat när patienter vill stå fast vid den egna självständighet (Aoun, Deas & Skett 2016; Walshe et al. 2017). En

annan anledning till patienters svårigheter i godkännande av hjälp var rädslan för att vara en börda för andra (Aoun, Deas & Skett 2016).

3.2 Yttre hantering

Denna huvudkategori kommer att beskriva patienters yttre hantering av att leva med obotlig cancer.

3.2.1 Socialt stöd

Stöd från närstående var en central faktor för att hantera obotlig cancer. Familj, vänner och partners bidrog med både emotionellt och praktiskt stöd, vilket gav patienterna styrka och hopp. Många patienter betonade relationernas betydelse, eftersom närståendes närvaro skapade glädje och en känsla av trygghet i en svår livssituation (Haug et al. 2015; Viitala et al. 2023; van Gurp et al. 2020; Warmenhoven et al. 2016). Utöver stödet från familj och vänner uttryckte vissa patienter en stark önskan att vara nära sina husdjur. Att tillbringa tid med både närstående och husdjur kunde erbjuda både stöd och glädje (Aoun, Deas & Skett 2016). Samtidigt påpekade vissa patienter vikten av att stödet gavs på ett sätt som inte kändes överväldigande eller ständigt påminde dem om sjukdomen (Maiko et al. 2019).

Känslan av samhörighet var en viktig faktor för att hantera den obotliga cancerdiagnosen. Flera patienter beskrev vikten av att ha ett starkt nätverk av stödpersoner, eftersom detta var avgörande i kampen mot sjukdomen och bidrog till en känsla av trygghet och sammanhang (Warmenhoven et al. 2016; Walshe et al. 2017). Patienter upplevde det som meningsfullt att träffa andra i liknande situationer. Möjligheten att samtala och ta del av andras erfarenheter kring hur de hanterade sin vardag gav värdefulla insikter och strategier för att själva hantera sin situation (Warmenhoven et al. 2016).

Flera kvantitativa studier har identifierat emotionellt stöd som en av de mest använda copingstrategierna (Bovero et al. 2018; Islam et al. 2023; Nipp et al. 2016). En av studierna fann en signifikant positiv korrelation mellan emotionellt och praktiskt stöd (Islam et al. 2023). Vidare har praktiskt stöd från andra också visat sig vara en av de mest använda copingstrategierna bland patienter med en obotlig cancersjukdom (Bovero et al. 2018; Islam et al. 2023).

3.2.2 Vårdens betydelse för patienter med obotlig cancer

Tydlig och tillräcklig information från vårdpersonalen var av stor betydelse för patienternas upplevelse av vården (Haug et al. 2015; Walshe et al. 2017). En patient uttryckte att tillgången till information ökade förmågan att hantera situationen (Walshe et al. 2017). Vården spelade en central roll i patienters hantering av deras livssituation där delaktighet i vårdprocessen var avgörande för att hantera och acceptera diagnosen eftersom det gav en känsla av säkerhet. Denna delaktighet innefattade exempelvis möjligheten att vara med och fatta beslut om avslutad behandling (Viitala et al. 2023).

Förmågan att etablera en relation med vårdpersonalen ansågs ge patienter både styrka och hopp. En patient beskrev hur den goda relationen till läkaren skapade en känsla av trygghet, vilket gjorde det möjligt att också diskutera mindre viktiga saker relaterade till den egna hälsan (Haug et al. 2015). Relationen mellan patient och personal byggde på tillit (Haug et al. 2015; Walshe et al. 2017), en tillit som kunde upprätthållas om vårdpersonalen visade ett genuint intresse för patientens välmående samt personalens förmåga att vara tillgänglig (Walshe et al. 2017). Kontinuitet i vården, exempelvis genom att träffa samma läkare vid varje besök, var också viktig för att stärka denna tillit. Ytterligare nämnde patienterna att hälso-och sjukvårdspersonalens vänliga och positiva attityd (Haug et al. 2015) samt uppmuntran förstärkte patienternas välmående (Walshe et al. 2017).

En patient framhöll vikten av att hälso- och sjukvårdspersonal borde i högre utsträckning uppmärksamma patienters psykiska välmående genom regelbundna frågor. Ett sådant tillvägagångssätt kunde bidra till ett ökat socialt stöd, vilket var särskilt betydelsefullt för patienter som saknade detta från anhöriga (Warmenhoven et al. 2016). Patienter beskrev att hälso-och sjukvårdspersonal kunde även främja relationen mellan patient och anhöriga genom att arrangera möten som kunde ge möjlighet till ett öppet samtal mellan parterna. Detta främjade patientens sociala stöd i hantering av sjukdomen (Rohde et al. 2017).

3.2.3 Hantering via distraktion och egna belöningar

Patienter beskrev att ett sätt att undvika fokus på sin sjukdomssituation var att ägna sig åt aktiviteter de uppskattar, såsom att lyssna på ljudböcker, se på tv eller besöka bastun. Vissa patienter nämnde även att de sov mer än vanligt, eftersom sömnen gav dem en

tillfällig känsla av frihet från sjukdomen (Viitala et al. 2023; Yeung, Gilbertson-White & Wickersham 2022; Walshe et al. 2017). Patienter beskrev att de uppskattade vardagliga aktiviteter som hjälpte de att skifta fokus från sin sjukdom och dess prognos. Genom att engagera sig i olika aktiviteter kunde de tillfälligt distansera sig från påfrestande tankar kring sin hälsosituation och de upplevde i stället en känsla av normalitet och glädje i vardagen (Walshe et al. 2017).

Vissa patienter beskrev att ett sätt att hantera de utmaningar som sjukdomen medförde var att belöna sig själva genom att utföra aktiviteter som uppfattades som njutbara, såsom att gå ut och äta en lunch. Patienter beskrev att de dagar där aktiviteter med mer fysisk påverkan möjliggjordes, särskilt de aktiviteter utanför hemmet, upplevdes som en belöning. Aktiviteter som de tidigare njöt av före diagnosen, såsom att handla, att besöka vänner eller leka med barnbarn, gav en känsla av välbefinnande i vardagen (Walshe at el. 2017).

3.3 Spiritualitet, Tro och Dödens Närhet

Denna huvudkategori kommer att beskriva spiritualiteten och trons roll i hantering av en obotlig cancersjukdom, samt patienters hantering och tankar kring döden.

3.3.1 Spiritualitet och Trons betydelse

Religion gav vissa patienter ett emotionellt stöd i hantering av deras livssituation (Aoun, Deas & Skett 2016; Rohde et al. 2017; Viitala et al. 2023; Yeung, Gilbertson-White & Wickersham 2022), vissa patienter uttryckte att relationen till religionen var personlig och användes på deras egna sätt. Patienter som redan var religiösa fick även en starkare koppling till denna tro, eftersom behovet blev större (Rohde et al. 2017). I en kvantitativ studie visade det sig att religion var en av de mest använda coping strategierna bland patienter för att hantera sin livssituation (Islam et al. 2023).

Patienter beskrev att Gud fick en central roll för att kunna använda sig av coping (Alneem, Shehadeh & Nashwan 2024; Maiko et al. 2019; Rohde et al. 2017) och flertal patienter nämnde att Gud ansågs vara i kontroll av situationen (Alnaeem, Shehadeh & Nashwan 2024; Maiko et al. 2019). En patient beskrev att de ansåg att situationen var i Guds händer och att patienten kommer göra det Gud vill och att detta minskade den emotionella stressen från sjukdomen (Maiko et al. 2019). En annan patient nämnde att

den obotliga cancersjukdomen var det bästa som kunde ha hänt och att detta var det Allah hade valt för dem (Alneem, Shehadeh & Nashwan 2024). En del patienter ansåg inte att Gud var i kontroll utan såg Gud som ett stöd och en samarbetspartner (Maiko et al. 2019; Rohde et al. 2017) och att Gud var ett tillägg till den medicinska vården (Rohde et al. 2017).

Patienterna beskrev att religion kunde bidra till ett socialt stöd, framför allt genom religiösa gemenskaper (Maiko et al. 2019; van Gurp. Et al. 2020; Yeung, Gillbertson-White & Wickersham 2022). En av patienterna uttryckte att engagemang i kyrkan innebar en känsla av stöd, eftersom församlingsmedlemmar aktivt deltog genom böner för patientens välbefinnande (Maiko et al. 2019).

Patienter beskrev att spiritualitet kunde upplevas i religiösa ritualer, men även i möten med andra människor och upplevelser i naturen. Genom att engagera sig i sin spiritualitet, beskrev de en känsla av att vara en del av något större, vilket i sin tur stärkte patienternas förmåga att hantera existentiella frågor och reflektioner (Warmenhoven et al. 2016).

3.3.2 Att möta döden

Patienter hanterade tankar kring döden och bemötte den oro och ångest som uppstod i samband med deras sjukdom på olika sätt. Vissa engagerade sig i praktiska aktiviteter för att hantera sina känslor, medan andra sökte lugn och ro i naturen (Rohde et al. 2017; Warmenhoven et al. 2016). Att bemöta döden och hantera de känslor som uppstod i mötet med döden skedde på olika sätt. Genom att söka stöd i nära relationer, delta i meningsfulla aktiviteter som gav glädje och avkoppling kunde patienter upprätthålla sitt välbefinnande (Aoun, Deas & Skett 2016; Kyota & Kanda 2019; Van Gurp et al. 2020; Viitala et al. 2023).

En del patienter uttryckte en tro på liv efter döden och fann en tröst i sina religiösa ritualer de utförde. Detta hjälpte dem att hantera sin oro och rädsla kring både sjukdomen och döden (Alnaeem, Shehadeh & Nashwan 2024; Viitala et al. 2023). Trots en dålig prognos fanns det patienter som trodde att de skulle leva i flera år och såg inte döden som nära. Patienterna beskrev att de valde att fokusera på att leva sitt liv i stället

för att oroa sig för den. En sådan inställning gav dem stryka och motivation att fortsätta framåt (Rohde et al. 2017).

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Syftet med studien var att beskriva hur patienter med obotlig cancer hanterar sin livssituation. Studiens resultat visar att patienter använder sig av både inre och yttre resurser för att hantera deras livssituation, samt spiritualitet och religion. Inre hantering i form av acceptans, en realistisk syn, hopp, ett optimistiskt synsätt, bevarande av normalitet och självständighet var vanligt förekommande strategier som främjade hantering av patienters livssituation. Yttre hantering i form av vården, socialt stöd, distraktion och egen belöning var vanligt förekommande strategier för hantering. Stor del av patienter använde sig av tro och spiritualitet och bemötte döden på flertal olika sätt.

4.2 Resultatdiskussion

Patienter med obotlig cancersjukdom upplevde att vården spelade en avgörande roll i deras hantering av sjukdom och livssituation. Flera studier visar att patienter ansåg att tydligt och tillräcklig information från vården hade en stor betydelse för deras upplevelse av vården (Haug et al. 2015; Walshe et al. 2017). En patient uttryckte att möjligheten att få den information de behövde ökade deras förmåga att hantera situationen (Walshe et al. 2017). Författarna till denna litteraturstudie anser att denna upplevelse speglar vikten av vårdpersonalen, för att sjuksköterskan har en central roll eftersom de ofta är patientens första kontakt med vården och är avgörande för att ge information, erbjuda stöd och upprätthålla kontinuitet. Genom att vara lyhörda för patientens behov och ge möjlighet till att ställa frågor, kan sjuksköterskan hjälpa till att skapa en känsla av trygghet och delaktighet.

Studien av Skorpen et al. (2020) stärker sjuksköterskans centrala roll i att förmedla information och ge stöd till patienter inom vården. Studien betonar vikten av att sjuksköterskor tidigt etablerar kontakt med patienter för att informera dem om tillgängliga vårdalternativ, vilket även främjar ett mer effektivt samarbete i sjukdomens senare skeden. Sjuksköterskorna i studien ansåg att en noggrant planerad palliativ vård,

genomförd i samråd med patienten, bidrar till ökad förståelse och förberedelse inför den fortsatta vårdprocessen (Skorpen et al. 2020).

Delaktighet betonades som en avgörande faktor för att hantera och acceptera en obotlig cancerdiagnos (Viitala et al. 2017). Studien skriven av Pongthavornkamol et al. (2018) stärker detta. I studien beskriver onkologisjuksköterskor strategier som främjar patientens delaktighet, framför allt genom att tillhandahålla relevant och adekvat information. Denna information stärker patientens förmåga att ha delaktighet i sin vård. Vidare beskriver sjuksköterskorna att delaktighet kan underlättas genom att ge patienten möjlighet att fatta egna beslut rörande olika aspekter av behandlingen, såsom val av administreringssätt för läkemedel. Exempelvis kan patienten i vissa fall ges alternativet att välja mellan oral medicinering och medicinering via injektion. Dessa typer av valmöjligheter bidrar till patientens känsla av autonomi och delaktighet i vårdprocessen (Pongthavornkamol et al. 2018).

Resultatet från denna litteraturstudie visar att socialt stöd var en väsentlig resurs för patienter i hantering av deras livssituation. Patienterna beskrev att familj och vänner kunde ge ett emotionellt och ett praktiskt stöd (Haug et al. 2015; Viitala et al. 2023; van Gurp et al. 2020; Warmenhoven et al. 2016). Författarna till denna litteraturstudie anser att detta kan kopplas till det bärande begreppet *miljö.* Författarna Edvardsson & Wijk (2019) skriver att begreppet miljö kan innefatta både den fysiska och den psykosociala miljön. Lazarus och Folkman (1984) nämner att socialt stöd kan ses som en del av den sociala miljön och att det kan användas som en form av yttre hantering. Den miljö en person befinner sig i har en betydelse för hur personen kan hantera en stressfull situation (Lazarus & Folkman 1984).

En reflektion som kan dras är att socialt stöd är viktigt att ta hänsyn till som sjuksköterska i stödet av en patients hantering av en obotlig cancersjukdom. Vid brist på socialt stöd kan sjuksköterskan behöva främja detta. I resultatet av denna litteraturstudie nämnde en patient från studien av Rhode et al. (2017) att hälso-och sjukvårdspersonal kan främja patienters sociala stöd genom att arrangera möten med patient och närstående, där sjuksköterskan kan skapa förutsättningar för samtal mellan parterna (Rhode et al. 2017).

Patienter uttryckte att religion och spiritualitet gav stöd i hantering av den obotliga cancersjukdomen (Aoun, Deas & Skett 2016; Rohde et al. 2017; Viitala et al. 2023; Warmenhoven et al. 2016; Yeung, Gilbertson-White & Wickersham 2022). Tidigare forskning stärker detta, en studie av Balboni et al. (2010) påpekar att spirituell vård i livets slutskede stärker patienters livskvalitet och välmående. När patienterna i studien fick tillgång till en religiösledare eller spirituellt stöd från hälso-och sjukvårdspersonal skedde en förbättring av det emotionella välbefinnandet (Balboni et al. 2010). Nyare forskning av Chung, Khoo och Low (2025) påpekar även att deltagare med avancerad cancersjukdom använder sig av spiritualitet och religion som ett sätt att öka hanteringen av sjukdomen samt att det gav en ökad möjlighet till acceptans (Chung, Khoo & Low 2025).

Spiritualitet och religion som en form av coping strategi kan kopplas till Lazarus och Folkmans (1984) teori om stress och coping. Författarna nämner att en existentiell tro på en högre makt utgör en möjlighet för människor att skapa mening av livet i svåra situationer. Tro anses bli emotionellt riktat när det psykiska välmående är hotat. Detta kan innefatta att kunna se acceptans av en situation genom att tro på att Gud har allt under kontroll. Författarna påpekar även att en tro på Gud kan bidra till känslor av hopp (Lazarus & Folkman 1984). I studien av Zumstein-Shah, Ferrell och Economou (2020) skriver författarna att sjuksköterskor kan ha svårt att diskutera andliga och religiösa frågor med patienter. Detta kan bero på bristande självförtroende eller på att sådana ämnen betraktas som privat. Dessutom kan patienters ovilja att tala om andliga eller religiösa aspekter bli en ytterligare utmaning för sjuksköterskor. Författarna betonar att sjuksköterskan har en central roll i att identifiera och stödja patientens andliga behov. Detta kan göras genom att ställa öppna frågor, visa respekt för olika trosuppfattningar samt aktivt lyssnande och vara närvarande i mötet med patienten. Genom att utforska patientens känslor och vad som skapar tröst kan sjuksköterskan få en djupare förståelse för dennes andliga behov. Det kan innebära att skapa utrymme för tyst reflektion eller kontakt med en andlig vårdgivare (Zumstein-Shah, Ferrell & Economou, 2020). Författarna till denna litteraturstudie anser att införande av andliga och religiösa aspekter i vården kan stärka relationen mellan sjuksköterskan och patienten. Genom att ta hänsyn till dessa aspekter kan sjuksköterskor bättre tillgodose patientens behov och därav främja en mer personcentrerad vård. Detta skulle kunna bidra till en ökad trygghet, välbefinnande och en djupare känsla av stöd och förståelse hos patienten.

4.3 Metoddiskussion

4.3.1 Design

Denna studie är en beskrivande litteraturstudie. Enligt Polit och Beck (2021) är en litteraturstudie en syntes och värdering av annan forskning (Polit & Beck 2021). Styrkan med denna design är att syntesen av annan forskning ger en god överblick över det aktuella forskningsläget i ett ämne. Denna design har även svagheter. Polit och Beck (2021) nämner att en litteraturstudie benämns även som en sekundärkälla, en sådan källa kan inte ge lika detaljrik information som en primärstudie. Författarna nämner även att det finns en större risk att författarna till en litteraturstudie är mindre objektiva (Polit & Beck 2021).

4.3.2 Sökstrategi

De år som valdes i sökning av artiklar var 2015–2025. Detta tidsspann gav författarna en mer relevant och ny forskning. Polit och Beck (2021) skriver att det kan vara aktuellt att begränsa sökningen för att undvika icke relevant data. Författarna till denna litteraturstudie anser att tidsbegränsningen gav mer relevant och nyare forskning inom ämnet. Databasen PubMed användes för att hitta artiklarna. Polit och Beck (2021) rekommenderar att använda flera databaser i sökning kring ett ämne för att utveckla sökresultatet, och därmed få tillgång till fler artiklar (Polit & Beck 2021). Valet av att bara använda PubMed kan ses som en svaghet i denna studie, eftersom fler artiklar kunde blivit tillgängliga vid sökning i andra databaser. Författarna valde att enbart använda sig av PubMed eftersom denna sökning gav tillräckligt många sökresultat.

De söktermer som användes var *Cancer, Incurable cancer, End of life care* och *coping*, vilket var i fritext. Medan resterande söktermer *Neoplasm och Palliative care* är MeSH-termer. Författarna byggde upp sökningen genom att använda synonymer till ord. Polit och Beck (2021) skriver att användningen av synonymer och MeSH-termer kan bredda sökningar för att få fram mer relevanta artiklar. Polit och Beck (2021) skriver även att MeSH-termer är bra för att identifiera nyckelord i artiklar. Sökningen strukturerades genom användning av de booleska termerna AND och OR. Polit och Beck (2021) nämner att booleska termer kan även bredda eller smalna av en sökning. Polit och Beck (2021) skriver att booleska termen NOT kan vara användbar för att begränsa sökningar, men att den bör användas med försiktighet eftersom den kan leda till att viktiga resultat

filtreras bort. Författarna till denna litteraturstudie valde att inte använda termen NOT, då det fanns en risk att relevanta artiklar skulle exkluderas.

Begränsningen för deltagare var 19 år och över. Detta användes för att specificera sökningen, då enbart vuxna patienter skulle inkludera. Vid sökningen valdes även språkbegränsningar på engelska och svenska, eftersom författarnas språkkunskaper var enbart begränsade till dessa språk. Detta kan ses som en svaghet då artiklar i annat språk kunde ha blivit exkluderade, även om de kunde ha varit relevanta till studiens syfte.

4.3.3 Urvalskriterier

Enbart primärstudier med en kvalitativ eller en kvantitativ ansats inkluderades i studien. Polit och Beck (2021) skriver att Primärstudier är den viktigaste formen av källa för en litteraturstudie, eftersom Primärstudier är studier skrivna av författare som själva utfört studien (Polit & Beck 2021). Både kvalitativa och kvantitativa studier inkluderades, detta gjordes för att båda typer av studier kan svara på litteraturstudiens syfte. Detta kan även ses som en av studiens styrkor, då fler artiklar inkluderades i resultatet.

Ett av inklusionskriterierna var att alla artiklar ska ha en IMRaD struktur. Polit och Beck (2021) skriver att en IMRaD struktur är en vanligt förekommande struktur i vetenskapliga artiklar för att strukturera upp texten. Författarna till denna litteraturstudie anser att detta stärkte artiklarnas trovärdighet eftersom detta tydliggjorde vilka artiklar som var vetenskaplig.

Studien inkluderade vuxna personer med obotlig cancer, eftersom deras bredare perspektiv och erfarenheter kan bidra till en mer fördjupad förståelse av hur livssituationen hanteras. Samtliga cancerformer inkluderades för att möjliggöra en bredare förståelse och ett helhetsperspektiv på hur personer med obotlig cancer hanterar sin livssituation, oavsett diagnosens typ.

4.3.4 Urvalsprocess och utfall av artiklar

Databassökningen gav ett resultat på 244 artiklar. Dessa artiklar lästes och sorterades bort utifrån titel och läsning av artiklarnas abstrakt. Polit och Beck (2021) skriver att vid en litteratursökning är det relevant att sortera bort artiklar efter rubrik och abstrakt för att enklast få fram relevanta artiklar (Polit & Beck 2021). Detta kan ge en ökad risk för

felsortering av artiklar med missvisande rubriker, som kunde ha bidragit till denna litteraturstudie, dock var tidsbrist en stor faktor till att alla 244 artiklar inte lästes i full text.

De valda artiklarna till studien relevans-och kvalitetsgranskades utifrån riktlinjer från Högskolan i Gävle, se bilaga 1, 2 och 3. Detta minskar risken för feltolkning och granskningen blir väl strukturerad. Polit och Beck (2021) nämner att det är väsentligt att granska artiklars kvalitet inför en litteraturstudie för att säkerställa god kvalitet av litteraturstudiens resultat (Polit & Beck 2021). Efter den initiala relevans-och kvalitetsgranskningen sorterades två artiklar bort. Detta grundade sig i att en av artiklarna hade deltagare som inte var relevanta utifrån denna studies inklusionskriterier, eftersom alla deltagare inte hade obotlig cancer. Den andra artikeln som exkluderades var inte relevant till denna litteraturstudies syfte. Även om alla artiklar granskades är det en subjektiv bedömning av kvalitet gjord av författarna, detta kan ge en ökad risk för bias.

4.3.5 Dataanalys

Litteraturstudiens analys baserades på Popenoe et al. (2021) guide för dataanalys. Guiden är gjord för att författare ska kunna systematiskt genomföra en grundläggande litteraturstudie på kandidat-och magisternivå. Författarna började analysen med att läsa artiklarna individuellt och förde anteckningar under läsning. Därefter diskuterades artiklarna mellan författarna om relevans och kvalitet. Detta kan ses som en av studien styrkor. Då en aktiv dialog mellan författarna ökar objektiviteten i bedömningen. Polit och Beck (2021) nämner även att risken för bias minskar när en litteraturstudie görs av fler än en författare, samt om riktlinjer för ett systematiskt arbetssätt följs.

Författarna sammanställde artiklarna i en tabell för att få en överblick över syfte, metod och resultat. Popenoe et al. (2021) skriver att en sådan tabell är första steget i en dataanalys. Polit och Beck (2021) rekommenderar även att någon form av överblickstabell av de valda artiklarna är gynnsamt för författare (Polit & Beck 2021). Färgkodning av artiklarnas resultat gjordes där meningar kategoriserades efter innehåll. Innehållet från resultatet tilldelades en specifik färg för att på ett mer systematiskt och enklare sätt sortera igenom resultatet (Popenoe et al. 2021). Detta kan ses som en styrka, eftersom analysen blev strukturerad. Det kan även ses som en svaghet, eftersom

författarnas bedömning av vilka meningar som ansågs vara relevanta är ofrivilligt subjektivt och meningar kan ha felbedömts. Författarna tog hänsyn till denna risk och gjorde färgkodning och analys tillsammans.

4.3.6 Forsknings- och forskaretiska övervägande

Författarna strävade efter objektivitet i arbetet. Vid tolkning och sammanställning av annan forskning kan objektivitet vara svårt att upprätthålla, och författarna kan ofrivilligt påverkas av subjektiva bedömningar av artiklarnas resultat. Författarna har varit medveten om denna risk innan och under analysprocessen vilket i sin tur ökar objektiviteten (Popenoe et al. 2021). Fabrikation, falsifiering och plagiat har försökt undvikas genom studiens gång. Detta gjordes genom att ha en aktiv diskussion mellan författarna genom hela studien samt korrekt referenshantering enligt Harvards referenssystem (Högskolan Borås bibliotek 2024).

4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad

Denna litterastudie har beskrivit hur patienter med obotlig cancersjukdom hanterar sin livssituation. Resultaten av litteraturstudien har visat att patienter med obotlig cancersjukdom hanterar sin livssituation med hjälp av inre hanteringsstrategier, yttre hanteringsstrategi samt spiritualitet och tro. Patienterna bemötte döden på olika sätt. Studien visade även vikten av vårdens betydelse för patienter med obotlig cancersjukdom.

Omvårdnaden av patienter med obotlig cancersjukdom bör vara personcentrerad och anpassad efter individens copingstrategier och behov. Sjuksköterskan kan stödja acceptans genom tydlig information samt stärka hopp genom att öka patientdelaktighet och därmed främja självständighet. Det är viktigt att sjuksköterskan tidigt identifierar patienter som saknar socialstöd och hjälpa de att få tillgången till samtalsgrupper eller psykosociala resurser. Att erbjuda emotionellstöd, socialt stöd, samt underlätta samtal om existentiella frågor skapar ökad trygghet och välbefinnande i livets slut skede,

4.5 Förslag till fortsatt forskning

Fortsatt forskning inom omvårdnad vid obotlig cancersjukdom kan ha fokus på att hur sjuksköterskan kan stärka stödet hos patienter med en obotlig cancersjukdom. Det behövs forskning om sjuksköterskans roll i att ge existentiellt stöd och hur

sjuksköterskan kan hjälpa patienter att hantera de svåra frågor som uppstår vid obotlig cancersjukdom. Vidare behövs även forskning kring hur sjuksköterskan kan stödja att bevara självständigheten och fortsatt normalitet trots en obotlig cancersjukdom.

4.6 Slutsats

I Studien framkom det att patienter med obotlig cancersjukdom hanterar sin livssituation på flera olika sätt. Patienter med obotlig cancersjukdom använder sig av inre hanteringsstrategier såsom acceptans, realistisk syn, hopp och sträva efter att bevara normalitet och självständighet. Yttrehantering användes och dessa bestod av att få socialstöd, hantering via distraktion och egna belöningar samt vårdens betydelse. Flera patienter använde sig av tro och bemötte döden på olika sätt.

Omvårdnaden av patienter med obotlig cancersjukdom bör vara anpassad efter individens copingstrategier och behov. Sjuksköterskan ska sträva efter att främja patientensdelaktighet i sin omvårdnad och därmed öka välbefinnande hos patienter med obotlig cancersjukdom.

5. **Referenser**

*Artiklar som inkluderats i litteraturstudiens resultat

*Alnaeem, M. M., Shehadeh, A., & Nashwan, A. J. (2024). The experience of patients with hematological malignancy in their terminal stage: a phenomenological study from Jordan's perspective. BMC palliative care, 23(1), 36. doi:10.1186/s12904-024-01373-y

Alvariza, A., Lindqvist, O., Öhlén, J. & Rasmussen, B.-H. (2019). *Omvårdnad i livets slut.* I Edberg, A. & Wijk, H (red.) Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa. Studentlitteratur, s. 709–740.

*Aoun, S., Deas, K., & Skett, K. (2016). Older people living alone at home with terminal cancer. *European journal of cancer care*, *25*(3), 356–364. doi:10.1111/ecc.12314

Balboni, T. A., Paulk, M. E., Balboni, M. J., Phelps, A. C., Loggers, E. T., Wright, A. A., Block, S. D., Lewis, E. F., Peteet, J. R., & Prigerson, H. G. (2010). Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, *28*(3), 445–452. doi: 10.1200/JCO.2009.24.8005

*Bovero, A., Sedghi, N. A., Opezzo, M., Botto, R., Pinto, M., Ieraci, V., & Torta, R. (2018). Dignity-related existential distress in end-of-life cancer patients: Prevalence, underlying factors, and associated coping strategies. *Psycho-oncology*, *27*(11), 2631–2637. doi: 10.1002/pon.4884

Regionala Cancercentrum (2023). *Den palliativa vårdens grunder och etiska platform.* https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/palliativ-vard/vardprogram/den-palliativa-vardens-grunder-och-etiska-plattform/ [2025-03-20]

Cancerfonden (2024). *Cancerfondsrapporten 2024 Palliativ vård – mer än vård i livets slutskede.* https://static-files.cancerfonden.se/Cancerfondsrapporten%202024%20-%20palliativ%20va%CC%8Ard.pdf [2025-03-20]

Cancerfonden (2021). *Cancer och ärftlighet.* https://www.cancerfonden.se/om-cancer/symtom-och-orsaker/cancer-och-arftlighet [2025-02-27]

Cancerfonden (2024). *Statistik om cancer.* https://www.cancerfonden.se/om-cancer/statistik [2024-12-11]

Cancerfonden (2023). *Statistiska riskfaktorer*. *https://www.cancerfonden.se/om-cancer/statistik/riskfaktorer [2025-02-24]*
Cancerfonden (2019). *Vad orsakar cancer?* https://www.cancerfonden.se/om-cancer/symtom-och-orsaker/vad-orsakar-cancer [2025-03-20]

Chung, I., Khoo, S. Y., & Low, L. L. (2025). An Insight Into the Experiences of Malaysian Patients With Advanced Cancer and Their Preferences in End-of-Life Care: A Qualitative Study. *The American journal of hospice & palliative care*, *42*(1), 5–13. doi: 10.1177/10499091241233599

Edvardsson, D. & Wijk, H. (2019). *Omgivningens betydelse.* I Edberg, A. & Wijk, H (red.) Omvårdnadsgrunder: Hälsa och ohälsa. Studentlitteratur, s. 119–144.

*Haug, S. H., Danbolt, L. J., Kvigne, K., & Demarinis, V. (2015). How older people with incurable cancer experience daily living: A qualitative study from Norway. *Palliative & supportive care*, *13*(4), 1037–1048. doi: 10.1017/S1478951514001011

Högskolan Borås Bibliotek. (2024). *Guide till Harvardsystemet.* https://www.hb.se/biblioteket/skriva-och-referera/referera-till-kallor/guide-till-harvardsystemet/ [2024-12-18]

*Islam, N., Bhuiyan, A. K. M. M. R., Alam, A., Chowdhury, M. K., Biswas, J., Banik, P. C., Molla, M. M. A., Kowshik, M. M., Sarker, M., & Ahmed, N. (2023). Coping strategy among the women with metastatic breast cancer attending a palliative care unit of a tertiary care hospital of Bangladesh. *PloS one*, *18*(1), e0278620. doi: 10.1371/journal.pone.0278620

Kalfoss, M.-H. (2021). *Mötet med lidande och döende patienter – sjuksköterskans möte med sig själv.* I Stubberud, D.-G., Gronseth, R. & Almås, H (red.) Klinisk omvårdnad 2. Liber, s. 509–537.

* Kyota, A., & Kanda, K. (2019). How to come to terms with facing death: a qualitative study examining the experiences of patients with terminal Cancer. *BMC palliative care*, *18*(1), 33. doi: 10.1186/s12904-019-0417-6

Langius-Eklöf, A. & Sundberg, K. *Känsla av sammanhang.* I Edberg, A. & Wijk, H (red.) Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa. Studentlitteratur, s. 49–63.

Larsson, M. & Olsson C. (2021). *Omvårdnad vis cancersjukdom.* I Stubberud, D.-G., Gronseth, R. & Almås, H (red.) Klinisk omvårdnad 2. Liber, s. 403–500.

Lazarus, R.-S. & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal and Coping. Springer Publishing Company.

Madsen, R., Uhrenfeldt, L., & Birkelund, R. (2019). Transition experiences during courses of incurable cancer from the perspective of patients. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, *38*, 13–20. doi: 10.1016/j.ejon.2018.11.008

*Maiko, S., Johns, S. A., Helft, P. R., Slaven, J. E., Cottingham, A. H., & Torke, A. M. (2019). Spiritual Experiences of Adults With Advanced Cancer in Outpatient Clinical Settings. *Journal of pain and symptom management*, *57*(3), 576–586.e1. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.11.026

Mossman, B., Perry, L. M., Walsh, L. E., Gerhart, J., Malhotra, S., Horswell, R., Chu, S., Raines, A. M., Lefante, J., Blais, C. M., Miele, L., Melancon, B., Alonzi, S., Voss, H., Freestone, L., Dunn, A., & Hoerger, M. (2021). Anxiety, depression, and end-of-life care utilization in adults with metastatic cancer. *Psycho-oncology*, *30*(11), doi: 10.1002/pon.5754

*Nipp, R. D., El-Jawahri, A., Fishbein, J. N., Eusebio, J., Stagl, J. M., Gallagher, E. R., Park, E. R., Jackson, V. A., Pirl, W. F., Greer, J. A., & Temel, J. S. (2016). The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer. *Cancer*, *122*(13), 2110–2116. doi: 10.1002/cncr.30025

Pellmer Wramner, K., Wramner, B. & Wramner, H. (2017). *Grundläggande folkhälsovetenskap.* 4 uppl., Liber AB.

Polit, D.-F. & Beck, C.-T. (2021). *Nursing Research Generating an Assessing Evidence for Nursing Practice.* 11 uppl., Wolters Kluwer.

Pongthavornkamol, K., Khamkon, A., Phligbua, W., Cohen, E., & Botti, M. (2018). Thai Oncology Nurses' Perceptions of Patient Participation in Acute Cancer Care. *Asian nursing research*, *12*(3), 209–215. doi: 10.1016/j.anr.2018.08.004

Popenoe, R., Langius-Eklöf, A., Stenwall, E. & Jervaeus, A. (2021). A practical guide to data analysis in general literature reviews. *Nordic Journal of Nursing Research*, 41(4), s. 175-186. doi:10.1177/2057158521991949

*Rohde, G., Kersten, C., Vistad, I., & Mesel, T. (2017). Spiritual Well-being in Patients with Metastatic Colorectal Cancer Receiving Noncurative Chemotherapy: A Qualitative Study. *Cancer nursing*, *40*(3), 209–216. doi:10.1097/NCC.0000000000000385

Shivakumar, N., King, A. A., Lyons, K. D., & L'Hotta, A. J. (2024). "If I have a limited amount of time left, this is not how I want to spend it": A qualitative descriptive study of factors influencing daily life participation following a cancer diagnosis. *Psycho-oncology*, *33*(6), e6366. doi: 10.1002/pon.6366

Skorpen Tarberg, A., Landstad, B. J., Hole, T., Thronaes, M., & Kvangarsnes, M. (2020). Nurses' experiences of compassionate care in the palliative pathway. *Journal of clinical nursing*, *29*(23–24), s. 4818–4826. doi: 10.1111/jocn.15528

Socialstyrelsen (2023). *Cancer i siffror Populärvetenskapliga fakta om cancer 2023.* https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/statistik/cancer-i-siffror-2023.pdf [2024-12-11]

Svenska akademins ordböcker (SAOB). *Obotlig* (trycksår 2021). https://svenska.se/tre/?sok=obotlig&pz=1 [2024-12-12]

Svenska akademins ordböcker (SAOB). *Palliativ* (tryckår 2021). https://svenska.se/tre/?sok=palliativ&pz=1 [2024-12-12]

Svenska akademins ordböcker (SAOB). *Välmående* (tryckår 2021). https://svenska.se/tre/?sok=v%C3%A4lm%C3%A5ende&pz=1#! [2025-03-20]

*van Gurp, J. L. P., Ebenau, A., van der Burg, S., & Hasselaar, J. (2020). Living and dying with incurable cancer: a qualitative study on older patients' life values and healthcare professionals' responsivity. *BMC palliative care*, *19*(1), 109. doi: 10.1186/s12904-020-00618-w

*Viitala, A., Åstedt-Kurki, P., Lehto, J. T., & Palonen, M. (2023). 'I am still valuable' - A qualitative study of incurable cancer patients coping in hospice care. *Scandinavian journal of caring sciences*, *37*(3), 720–731. doi: 10.1111/scs.13160

Vårdhandoken (2023) *Personcentrerad vård*. https://www.vardhandboken.se/arbetssatt-och-ansvar/bemotande-i-vard-och-omsorg/bemotande-i-vard-och-omsorg-vardegrund/personcentrerad-vard/ [2025-01-24].

*Walshe, C., Roberts, D., Appleton, L., Calman, L., Large, P., Lloyd-Williams, M., & Grande, G. (2017). Coping Well with Advanced Cancer: A Serial Qualitative Interview Study with Patients and Family Carers. *PloS one*, *12*(1), e0169071. doi: 10.1371/journal.pone.0169071

Wang, Y., & Feng, W. (2022). Cancer-related psychosocial challenges. *General psychiatry*, *35*(5), e100871. doi: 10.1136/gpsych-2022-100871

*Warmenhoven, F., Lucassen, P., Vermandere, M., Aertgeerts, B., van Weel, C., Vissers, K., & Prins, J. (2016). 'Life is still worth living': a pilot exploration of self-reported resources of palliative care patients. *BMC family practice*, *17*, 52. doi: 10.1186/s12875-016-0450-y

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R. & Sandström, B. (2016). Evidensbaserad omvårdnad – En bro mellan forskning och klinisk verksamhet. Studentlitteratur.

World Health Organization (2024). *Global cancer burden growing, amidst mounting need for services. https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services* [2025-01-02]

World Health Organization (2020). *Palliative care.* https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care [2024-12-12]

*Yeung, C. W., Gilbertson-White, S., & Wickersham, K. E. (2022). "Live your life cuz everybody's terminal": Describing emotions and coping behaviors of rural advanced cancer patients. *The Journal of rural health: official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*, *38*(1), doi:10.1111/jrh.12576

Zumstein-Shaha, M., Ferrell, B., & Economou, D. (2020). Nurses' response to spiritual needs of cancer patients. *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, *48*, 101792. doi: 10.1016/j.ejon.2020.101792

6. Bilagor

Bilaga 1. Relevansbedömnings mall

Artikelförfattare och publiceringsår				
		Ja	Delvis	Nej
1.	Är det som studeras i granskad originalstudie[1] relevant i förhållande till syftet i litteraturstudien[2]?			
2	Är de deltagare som ingår i granskad originalstudie[1] relevanta i förhållande till syftet i litteraturstudien[2]?			
3.	Är det sammanhang (kontext) som studeras i granskad originalstudie[1] relevant i förhållande till syftet i litteraturstudien[2]?			
4.	Är granskad originalstudies[1] ansats och design relevant i förhållande till syftet i litteraturstudien[2]?			
5.	Sammanvägd bedömning: bör granskad originalstudie inkluderas för kvalitetsgranskning i litteraturstudien[2]?			

Bilaga 2. Kvalitetsgransknings mall kvalitativ ansats

		Ja, med motiveringen att…	**Delvis,** med motiveringen att…	**Nej,** med motiveringen att…	**Går ej att bedöma,** med motiveringen att…
Syfte					
1.	Är den granskade studiens syfte och eventuella frågeställningar tydligt formulerade?				
Metod					
2.	Är designen lämplig utifrån studiens syfte?				
3.	Är deltagarna relevanta i förhållande till studiens syfte?				
4.	Är urvalsmetoden samt inklusionskriterier och eventuella exklusionskriterier beskrivna?				
5.	Är det sammanhang (kontext) i vilket forskningen genomförs beskrivet?				

6.	Är datainsamlingsmetoden relevant i förhållande till studiens syfte?				
7.	Är analysmetoden redovisad och tydligt beskriven?				
8.	Är trovärdighetsaspekter för studien beskrivna? (Observera att detta kan finnas beskrivet i en artikels metoddel och/eller i dess diskussionsdel.)				
9.	Är forskningsetiska frågor för studien beskrivna?				
Resultat					
10.	Är det resultat som redovisas relevant i förhållande till studiens syfte samt är det tydligt beskrivet?				
Diskussion					
11.	Diskuteras studiens resultat i förhållande till tidigare forskning samt eventuellt också teori?				
12.	Diskuteras den kliniska betydelse som studiens resultat kan ha?				

13.	Diskuteras studiens styrkor och svagheter vad gäller metod samt också eventuellt forskningsetik? (Observera att delar av detta kan finnas beskrivet i en artikels metoddel.)				

Bilaga 3. Kvalitetsgranskningsmall kvantitativ ansats.

		Ja, med motiveringen att…	**Delvis,** med motiveringen att…	**Nej**, med motiveringen att…	**Går ej att bedöma,** med motiveringen att…
Syfte					
1.	Är den granskade studiens syfte och eventuella frågeställningar tydligt formulerade?				
Metod					
2.	Är designen lämplig utifrån studiens syfte?				

3.	Är undersökningsgruppen representativ?				
4.	Är urvalsmetoden samt inklusionskriterier och eventuella exklusionskriterier beskrivna?				
5.	Är datainsamlingsmetoden relevant i förhållande till studiens syfte?				
6.	Är mätmetodens validitet beskriven?				
7.	Är mätmetodens reliabilitet beskriven?				
8.	Är bortfallet beskrivet? (Observera att delar av detta kan finnas beskrivet i en artikels resultatdel.)				
9.	Är det beskrivet hur den statistiska analysen är utförd?				

10.	Är det beskrivet om och hur forskarna tillgodosett forskningsetiska frågor? (Observera att delar av detta kan finnas beskrivet på annan plats i artikeln, t.ex. i förstasidans sidotext eller strax före referenslistan.)				
Resultat					
11.	Är det resultat som redovisas tydligt och relevant i förhållande till studiens syfte?				
Diskussion					
12.	Diskuteras studiens resultat mot annan forskning och eventuellt också teori?				
13.	Diskuteras den kliniska betydelse som studiens resultat kan ha?				
14.	Diskuteras studiens styrkor och svagheter och eventuellt forskningsetik? (Observera att delar av detta kan finnas beskrivet i en artikels metoddel.)				

Bilaga 4 Sammanställning av artiklarnas metod

Författare Publikationsår Studieland	**Titel**	**Ansats och design**	**Undersökningsgrupp**	**Datainsamlingsmetod**	**Dataanalysmetod**
Alnaeem, M. M., Shehadeh, A., & Nashwan, A. J. (2024). Jordanien.	The experience of patients with hematological malignancy in their terminal stage: a phenomenological study from Jordan's perspective.	Kvalitativ ansats med en tolkningsdesign.	10 deltagare med obotlig hematologisk cancer. 2 deltagare hade leukemi och 8 deltagare hade lymfom. 6 kvinnor och 4 män ingick i studien. Ålder på deltagarna varierade från 49 år till 65 år.	Semistrukturerade intervjuer.	Intervjuerna spelades in och transkriberades. Intervjuerna lästes av författarna flertals gånger och koder och teman utvecklades utifrån likheter och olikheter. Analysen gjordes initialt på arabiska, författarna översatte allting därefter till engelska.
Aoun, S., Deas, K., & Skett, K. (2016). Australien.	Older people living alone at home with terminal cancer.	Kvalitativ ansats.	43 deltagare med olika obotliga cancerdiagnoser i form av lungcancer, kolorektal cancer, bröstcancer, prostatacancer, urinblåsecancer, äggstockscancer, lymfom och magsäckscancer. 22 män och 21 kvinnor	Semistrukturerade intervjuer och djupgående intervjuer med vissa deltagare.	Tematisk innehållsanalys.

			deltog. Ålder på deltagarna varierade mellan 51–91 år.		
Bovero, A., Sedghi, N. A., Opezzo, M., Botto, R., Pinto, M., Ieraci, V., & Torta, R. (2018) Italien	Dignity-related existential distress in end-of-life cancer patients: Prevalence underlying factors, and associated coping strategies.	Kvantitativ ansats. Tvärsnittsstudie.	207 deltagare. 101 män & 106 kvinnor deltog. 52 deltagare hade lungcancer, 27 deltagare hade lever-/bukspottkörtelcancer, 26 deltagare hade bröstcancer, 25 deltagare hade kolorektalcancer, 19 deltagare hade magsäckscancer, 12 deltagare hade prostatacancer, 11 deltagare hade äggstocks-/livmodercancer och 35 deltagare hade andra ospecificerade cancerdiagnoser. Alla diagnoser var obotliga. Medelvärde på ålder var 67,95 år.	Tre enkäter användes: - Patient Dignity Inventory-Italian Version (PDI-IT). Mäter värdighets-relaterad oro. - Demoralization Scale - Italian Version (DS-IT) (0-25 poäng). Mäter demoralisation. - Brief COPE. Mäter 14 olika copingstrategier.	Principal component analysis. Associationer mellan variabler analyserades med X2 test. ANOVA test
Haug, S. H., Danbolt, L. J., Kvigne, K., & Demarinis, V. (2015).	How older people with incurable cancer experience daily living: A qualitative study from Norway.	Kvalitativ ansats med ett fenomenologiskt förhållningssätt.	21 deltagare med olika obotliga cancerdiagnoser. 5 deltagare hade koloncancer, 4 deltagare hade	Semistrukturerade intervjuer.	Fenomenologisk analys och en systematisk textkondensering.

Norge			prostatacancer, 3 deltagare hade bröstcancer, 3 deltagare hade lungcancer, 3 deltagare hade hematologisk cancer (leukemi/lymfom), 2 deltagare hade cancer i urinvägarna och 1 deltagare hade hudcancer. 12 män och 9 kvinnor deltog. Åldern på deltagarna varierade mellan 70–88 år.		
Islam, N., Bhuiyan, A. K. M. M. R., Alam, A., Chowdhury, M. K., Biswas, J., Banik, P. C., Molla, M. M. A., Kowshik, M. M., Sarker, M., & Ahmed, N. (2023). Bangladesh	Coping strategy among the women with metastatic breast cancer attending a palliative care unit of a tertiary care hospital of Bangladesh.	Kvantitativ ansats. Tvärsnittsstudie.	95 deltagare med obotlig bröstcancer. Alla deltagare var kvinnor med obotlig bröstcancer. Medelåldern på deltagarna var 48,9 år.	4 enkäter användes. - Sociodemografisk information. - Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) performance scale. Mäter patienternas fysiska status. - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Bangladesh version. - Brief COPE. Mäter 14 copingstrategier. Bangladesh version. Enkäterna fylldes i via en intervju där forskaren skrev ner svaret från patienten.	Den statistiska analysen gjordes via SPSS version 26. Deskriptiv analys gjordes för sociodemografiska faktorer samt för enkäten ECOG. Korrelationer mellan variabler analyserades via Pearson correlation test. En korrelations matris gjordes för att se korrelationen mellan de olika copingstrategierna. Korrelationen mellan

					copingstrategier och ECOG gjordes via Kruskal-Wallis H test.
Kyota, A., & Kanda, K. (2019). Japan	How to come to terms with facing death: a qualitative study examining the experiences of patients with terminal Cancer	Kvalitativ ansats	11 deltagare med obotlig cancerdiagnos. 4 deltagare hade bröstcancer, 1 deltagare hade sköldkörtelcancer, 1 deltagare hade lungcancer, 1 deltagare hade äggstockscancer, 1 deltagare hade prostatacancer, 1 deltagare hade blindtarmscancer, 1 deltagare hade lungcancer och 1 deltagare hade bukspottkörtelcancer. 3 män och 8 kvinnor deltog. Medelvärde på deltagarnas ålder var 72,6 år.	Djupgående intervjuer.	Intervjuerna spelades in och transkriberades. Författarna läste transkriptionerna flera gången sedan delades de upp i tematiska innehåll. Sedan utförde en författare analysen för en objektiv förståelse.
Maiko, S., Johns, S. A., Helft, P. R., Slaven, J. E., Cottingham, A. H., & Torke, A. M. (2019). USA	Spiritual Experiences of Adults With Advanced Cancer in Outpatient Clinical Settings.	Kvalitativ ansats.	21 deltagare med obotlig cancerdiagnos. Författarna tar inte upp vilken typ av obotlig cancerdiagnos deltagarna har. 14 kvinnor och 7 män deltog. Medelvärde på	Djupgående intervjuer.	Tematisk analys. Teman och subteman utvecklades efter kodning av intervjuerna.

			deltagarnas ålder var 60,95 år.		
Nipp, R. D., El-Jawahri, A., Fishbein, J. N., Eusebio, J., Stagl, J. M., Gallagher, E. R., Park, E. R., Jackson, V. A., Pirl, W. F., Greer, J. A., & Temel, J. S. (2016) USA	The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer	Kvantitativ ansats. Tvärsnittsstudie.	350 deltagare. 189 män & 161 kvinnor deltog. Medelvärde på ålder: 64,84 år. 159 med obotlig mag-tarmcancer (inte kolorektal). 191 med obotlig lungcancer.	Fyra enkäter användes: -Sociodemografisk information. - Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) (0-112 poäng). Mäter livskvalitet. - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (0-21 poäng) - Brief COPE. Mäter 14 copingstrategier.	Fisher's exact test. Linear regression model för att se associationer mellan variblerna.
Rohde, G., Kersten, C., Vistad, I., & Mesel, T. (2017). Norge	Spiritual Well-being in Patients With Metastatic Colorectal Cancer Receiving Noncurative Chemotherapy: A Qualitative Study.	Kvalitativ ansats. Hermeneutiskt förhållningssätt.	20 deltagare med kolorektal cancer. 12 män och 8 kvinnor deltog. Åldern på deltagarna var mellan 34–75 år.	Semistrukturerade intervjuer.	Intervjuerna lästes och meningar som representerade deltagarnas upplevelse identifierades och kodades. Meningarna kondenserades och betydelsen av meningen extraherades. Innehållet i kategorierna sammanfattades. Vid organisering av data användes Crabtree och Millers organiseringsstruktur. Tolkningen och

					analysen baserades på ett hermeneutiskt förhållningsätt.
van Gurp, J. L. P., Ebenau, A., van der Burg, S., & Hasselaar, J. (2020). Nederländerna.	Living and dying with incurable cancer: a qualitative study on older patients' life values and healthcare professionals' responsivity.	Kvalitativ ansats.	Patient deltagarna: 12 deltagare med obotlig cancerdiagnos. 2 deltagare hade magsäckscancer, 2 deltagare hade bröstcancer, 2 deltagare hade prostatacancer, 2 deltagare hade olika former av bukspottkörtelcancer, 1 deltagare hade livmodercancer, 1 deltagare hade lungcancer, 1 deltagare hade myelom och1 deltagare hade njurcancer. 9 män och 3 kvinnor deltog. Åldern på deltagarna var mellan 73–91 år.	Semistrukturerade intervjuer med patienterna och två gruppintervjuer med hälso- och sjukvårdspersonal.	Analys gjordes via öppen och axial kodning. Alla koder diskuterades mellan författarna. Teman och subteman skapades. Gruppintervjuerna analyserades separat.
Viitala, A., Åstedt-Kurki, P., Lehto, J. T., & Palonen, M. (2023) Finland	'I am still valuable' – A qualitative study of incurable cancer patients coping in hospice care	Kvalitativ ansats.	20 patienter med obotlig cancerdiagnos. 8 deltagare med bröstcancer. 2 deltagare med mag-tarmkanalen cancer. 8 deltagare hade andra typer av obotliga	Semi-strukturerade intervjuer.	Författarna genomförde induktiv innehållsanalys. Utfördes med hjälp av kvalitativ analysprogramvara (QDAS) där data

			cancerdiagnoser som inte tas upp av författarna. 5 män och 15 kvinnor deltog. Åldern på deltagarna var mellan 58–89 år.		kodades och kategoriserades.
Walshe, C., Roberts, D., Appleton, L., Calman, L., Large, P., Lloyd-Williams, M., & Grande, G. (2017). Storbritannien	Coping Well with Advanced Cancer: A Serial Qualitative Interview Study with Patients and Family Carers.	Longitudinell studie med en kvalitativ ansats.	50 deltagare (patienter n= 26) (familj vårdgivare n= 24). Patient deltagare: 17 män och 9 kvinnor deltog. 4 deltagare hade bröstcancer. 3 deltagare hade prostatacancer. 8 deltagare hade lungcancer. 9 deltagare hade kolorektal. 2 deltagare hade andra typer av obotlig cancer. Åldern på deltagarna var mellan 32–82 år.	Fokusgrupp intervjuer.	Jämförelsetekniker användes under den initiala analysen av intervjuerna. Intervjuerna kodades därefter med hjälp av QSR NVivo 10. Färgkodning av data gjordes för att synliggöra punkter som dök upp under intervjuprocessen. Matrix kodning via NVivo 10 användes för att jämföra och dra kontraster för inter- och intrakodning.
Warmenhoven, F., Lucassen, P., Vermandere, M., Aertgeerts, B., van Weel, C., Vissers, K., & Prins, J. (2016). Nederländerna	'Life is still worth living': a pilot exploration of self-reported resources of palliative care patients.	Kvalitativ ansats.	15 deltagare med obotlig cancerdiagnos. Författarna tar inte upp vilket typ av obotlig cancerdiagnos deltagarna hade. 8 kvinnor och 7 män deltog. Åldern på deltagarna var mellan 51-89 år.	Semistrukturerade intervjuer.	Intervjuerna transkriberades och en kvalitativ analys genomfördes enligt principen av constant comparative analysis. En tematisk analys gjordes för skapande av teman och subteman.

Yeung, C. W., Gilbertson-White, S., & Wickersham, K. E. (2022) USA	"Live your life cuz everybody´s terminal": Describing emotions and coping behaviours of rural advanced cancer patients.	Kvalitativ ansats med beskrivande design.	16 deltagare. 10 män & 6 kvinnor med avancerad cancer från kliniker i mindre städer/på landet. Flera olika cancerformer förekommer. 5 deltagare hade lungcancer, 3 deltagare hade bröstcancer, 2 deltagare hade kolorektalcancer, 2 deltagare hade prostatacancer, 2 deltagare hade ospecificerad cancer på flertals ställen, 1 deltagare hade magsäckscancer och 1 deltagare hade ospecificerad cancer. Medelvärde på ålder 68,75 år.	Djupgående intervjuer med öppna frågor.	Intervjuerna transkriberades. NVivo användes för att sortera datan. Forskarna använde sig av kvalitativ innehållsanalys. En kodning gjorde för att sortera i olika kategorier där forskarna identifierade tema och mönster.

Bilaga 5 Resultattabell

Författare	**Syfte (Artiklarnas syfte)**	**Resultat**
Alnaeem, M. M., Shehadeh, A., & Nashwan, A. J. (2024).	Få en bättre förståelse för behoven och upplevelserna hos vuxna patienter med	Många deltagare uttryckte en känsla av acceptans gentemot döden och såg det som en naturlig del av livet. De ansåg att sjukdomen

	avancerad hematologisk malignitet genom att utforska deras perspektiv.	var något som var Guds vilja, och det var bättre för dem att dö i fred för att slippa den intensiva smärtan och lidandet. De flesta deltagare ansåg att Guds vilja skulle avgöra deras öde och var tvungen att acceptera detta. Denna tro gav dem en känsla av inre ro och förmåga att hantera lidandet. Stöd från familjen, vänner och grannar gav dem möjlighet att bearbeta sina känslor och känna sig mindre ensamma i sin sjukdom.
Aoun, S., Deas, K., & Skett, K. (2016).	Beskriva upplevelser från äldre människors coping med obotlig cancer och att leva själv, fokus på hur de möter utmaningar i livsförändringar från deras sjukdomsprogression.	Artikeln tar upp: Tema "adjusting to change": - Deltagarnas upplevelse av förändring av livet och förlorad funktion. Tema "preserving normality" - Optimistisk synsätt var ett sätt för deltagarna att hantera sjukdomen och bibehålla normalt liv. En deltagare beskriver att hen ändrar fokus från att tycka synd om sig själv till att börja må bättre. - Deltagarna betonade vikten av socialt stöd. Vissa uttryckte dock en osäkerhet kring att ta emot hjälp från familj och vänner. En rädsla för att vara en börda var även förekommande hos deltagarna. Tema "redefining normality" - Bibehålla sin självständighet trots försämrad hälsa involverade ofta att behöva omdefiniera normalitet och acceptera hjälp. - Bibehålla ett socialt nätverk. Trots sviktande hälsa använde sig deltagarna av mindre

		krävande aktiviteter, exempelvis kontakt via internet. - Spiritualitet kunde innebära kontakt med natur och djur. Tema “Facing the end” - Normalisera döden & acceptera den. - Religion var en viktig roll för vissa deltagare.
Bovero, A., Leombruni, P., Miniotti, M., Rocca, G., & Torta, R. (2016).	Utforska olika komponenter av spiritualitet (tro & mening/fred) och livskvalitet hos patienter med cancer på hospice samt utvärdera smärta, psykiskt lidande & psykologiska anpassning stilar.	Deltagarna delas in i två grupper: low quality of life (LQOL) och high quality of life (HQOL). LQOL hade ett medelvärde på 33,5 på FACT-G skalan (0–108). HQOL hade ett medelvärde på 48,4. LQOL hade ett medelvärde på 16,7 på FACIT-sp skalan (0–48). HQOL hade ett medelvärde på 26,7. De med högre QOL använde sig av spiritualitet/tro mer än LQOL. LQOL hade medelvärde 13,0 på ångestskalan i HADS & 15,4 på depression. HQOL hade medelvärde på 10,4 på ångestskalan och 11,6 på depression skalan. De med bättre livskvalitet hade mindre ångest och depression. LQOL hade medelvärde på 3,9 på VAS (0–10). HQOL hade 2,9 i medelvärde. Mest använda copingstrategierna var instrumentell och socialt stöd. Minst använda var humor och substansanvändning.

Haug, S. H., Danbolt, L. J., Kvigne, K., & Demarinis, V. (2015).	Beskriva hur äldre personer som lever med obotlig cancer upplever sin vardag medan de får palliativ vård i specialiserade vårdmiljöer.	Majoriteten av deltagarna (19 av 20) uttryckte en stark vilja att leva nuet trots sjukdomens framfart. Deltagarna försökte leva så normalt som möjligt genom att fortsätta med aktiviteter som de ansåg vara meningsfulla trots deras sjukdomstillstånd. Relationen till familjen var central för deltagarna, det gav stöd, stryka och mening i livet. Existentiell reflektion var viktigt för många. Tro och livserfarenheter spelade en stor roll i hanteringen av sjukdomen.
Islam, N., Bhuiyan, A. K. M. M. R., Alam, A., Chowdhury, M. K., Biswas, J., Banik, P. C., Molla, M. M. A., Kowshik, M. M., Sarker, M., & Ahmed, N. (2023).	Undersöka de olika copingstrategier som kvinnor med metastatisk (stadium IV) bröstcancer som besöker palliativa vårdenheter använder och deras relation till vanliga psykiska hälsoproblem som ångest och depression.	De vanligaste copingstrategierna som användes av patienterna var acceptans (median 10; IQR 10), religion (median 9; IQR 8-10), och instrumentellt stöd (median 9; IQR 6-10) En signifikat positiv korrelation hittades mellan emotionellt och instrumentellt stöd (R= 0,7; p=0,01) , planering , acceptans och aktiv coping (R= 0,7; p=0,01), beteendemässig bortkoppling , distraktion och förnekelse (R=0,5;=0,01). En signifikant måttlig negativ korrelation observerades mellan aktiv coping och depression (R= -0,4; p <0,001). Patienter med bättre funktionella förmåga och aktivitetsnivå enligt ECOG-skalan (Grad 0–2) lutade mer åt positiva copingstrategier som instrumentellt stöd, emotionellt stöd, positiv

		omformulering samt att öppet uttrycka och bearbeta känslor.
Kyota, A., & Kanda, K. (2019).	Utforska hur patienter med obotlig cancer som inte tydligt uttryckt depression eller stark sorg och hur dem hanterar sina känslor associerat med ångest och depression.	Deltagarna pratar om acceptans av sjukdomen för att lindra negativa känslor kring minskad självständighet och hälsa. Acceptans av döden togs upp för att lindra rädslan kring ämnet. Acceptera att behöva hjälp: En deltagare som blivit paralyserad efter sin cancerdiagnos blivit tvungen att acceptera hjälp och acceptera att hon inte längre kan röra sig som förut. Acceptans innefattade även att behöva acceptera sjukhusvistelser & att familjemedlemmar inte alltid har tid att besöka. Deltagarna var medvetna om att de inte kunde göra någonting själva för att bekämpa sin sjukdom eller den oundvikliga döden och behövde stöd, och omgivningen betedde sig inte som de skulle ha velat.
Maiko, S., Johns, S. A., Helft, P. R., Slaven, J. E., Cottingham, A. H., & Torke, A. M. (2019).	På ett kvalitativt sätt beskriva spirituella upplevelser av sjukdom hos patienter med avancerad cancer.	4 patienter var endast religiösa. 5 patienter var endast spirituella. 8 patienter var båda. 4 patienter var varken religiösa eller spirituella. - Familj & vänner: Alla deltagare tyckte att relationer var central i upplevelsen av cancer. Vissa upplevde positivt socialt stöd. En deltagare beskrev känslor av bristande stöd. - Gud: Deltagare som identifierade sig som spirituella & religiösa ansåg att gud var en viktig del av coping. Gud kunde användas för att få kontroll över situationen. Vissa upplevde

		att de var övergiven av Gud. Deltagare beskrev även stöd från den religiösa gemenskapen. - Acceptans: Deltagare beskrev att acceptera sjukdomen och finna lugn hjälpte. Deltagare nämnde även att de accepterade att detta är i Guds händer. Att vara positiv bidrog även till hantering av livssituationen. - Deltagare nämnde även att det var viktigt att upprätthålla sin identitet. Medan andra förlorade sin identitet i samband med sjukdomen.
Nipp, R. D., El-Jawahri, A., Fishbein, J. N., Eusebio, J., Stagl, J. M., Gallagher, E. R., Park, E. R., Jackson, V. A., Pirl, W. F., Greer, J. A., & Temel, J. S. (2016).	Beskriva hur patienter hanterar sin obotliga sjukdom och associationer mellan copingstrategier, livskvalitet och humör.	Copingstrategierna; emotionellt stöd (77,0%), aktiv coping (48,5%) och acceptans (44,8%) hade högst medelvärde. Moraliskt disengagemang (17,0%), själv skuld (37,9%) och förnekelse (28,2%) hade lägst medelvärde. Copingstrategierna emotionellt stöd och acceptans var kopplat till en förbättrad livskvalitet och humör. Förnekelse och själv skuld var korrelerat med en sämre livskvalitet och humör.
Rohde, G., Kersten, C., Vistad, I., & Mesel, T. (2017).	Undersöka spirituellt välbefinnande (SWB) hos patienter med kolorektal cancer som får kemoterapi i den palliativa fasen.	Deltagarna betonade vikten av att hitta inre harmoni genom att hantera sina känslor av sorg och smärta. En del deltagare hade svårt att dela sina tankar och känslor med närstående. Deltagarna uppmärksammade att små, positiva vardagliga upplevelser och händelser var värdefulla för dem. Deltagarna reflekterade över döden och den långsamma processen är smärt och svår att hantera. Deltagare med tro på Gud eller en högre makt

		fann att deras tro gav dem styrka och stöd i svåra stunder.
van Gurp, J. L. P., Ebenau, A., van der Burg, S., & Hasselaar, J. (2020).	Beskriva olika syn på livet och värderingar som är centrala till detta hos vuxna holländska personer med obotlig cancer och hur olika palliativa proffs anpassar vården utifrån detta.	Deltagarna beskriver: Tema "Hantera obotlig cancer": - Ett förutseende på ett reducerat liv. Ett reducerat liv på grund av sjukdomen ansågs vara meningslöst och deltagarna försökte aktivt motverka detta. - Patienter beskrev hopp för ett förlängt liv, hopp för ett botemedel, hopp för att få fortsätta leva ett normalt liv, hopp att få fortsätta ha en positiv attityd. - Coping: Balans mellan att acceptera sjukdomen samt aktivt söka nya behandlingsmöjligheter. Vissa patienter förnekade sjukdomen och döden för att upprätthålla ett normalt liv. Medan en del patienter accepterade sjukdomen och hade en positiv attityd. Tema "Stöd från andra" - Socialt stöd från vänner/familj var väsentligt för deltagarna. Vissa deltagare uttryckte dock en önskan om att sjukdomen inte skulle få vara för centralt i relationen med andra. - Deltagare beskrev önskan om att få lämna ett arv efter deras död. Detta kunde innebära personliga föremål, visdom eller pengar. - Deltagarna beskrev även deras synpunkter på personal i sjukvården. Personal som ger en tid och aktivt lyssnar ansågs vara viktigt. Men även

		att personal ska vara lätt tillgängliga var även väsentligt för en bra upplevelse av vården. Tema “Beslut i livetsslutskede” - Deltagare beskrev en viss rädsla kring döden, men framförallt på grund av tanken på smärta och rädsla i livets slutskede. Många deltagare uttryckte en önskan om att få dö hemma.
Viitala, A., Åstedt-Kurki, P., Lehto, J. T., & Palonen, M. (2023).	Att beskriva hur patienter med obotlig cancer i hospicevård hanterar sin situation för att bättre utveckla en personcentrerad vård.	Patienternas förmåga att hantera sin situation förbättrades när de fick vara delaktiga i beslut kring sin behandling. Att uppskatta vardagen och hantera känslomässiga påfrestningar hjälpte dem att acceptera sin livssituation. Genom att erkänna för sig själva blev det lättare för dem att acceptera sin ökade skörhet. De kände en trygghet i att veta att stöd finns tillgängligt när de behövde det. Även om den vardagliga närvaron av döden inom hospicevården ibland blev överväldigande, såg de den som en naturlig del av livets kretslopp. Samtidigt ifrågasatte de hur lyhörd vården var, då de inte alltid kände sig hörda.
Walshe, C., Roberts, D., Appleton, L., Calman, L., Large, P., Lloyd-Williams, M., & Grande, G. (2017).	Förstå vilka strategier som hjälper personer att hantera avancerad cancer, hur vårdpersonal kan stödja dessa strategier samt hur man kan stötta utveckling av copingstrategier för patienter och anhöriga.	Deltagarna beskrev ett antal copingstrategier som de använde sig av för att hantera deras avancerade cancersjukdom. Dessa var realism, där deltagare insåg vikten av att ha en realistisk syn på sin situation vilket underlättade hanteringen av känslor. Vissa nämnde vikten av att ge sig själv tillåtelse att njuta av livet trots sin diagnos. Att söka stöd

		och råd från andra blev centralt för att främja känslomässigt välbefinnande. Genom att dela sina tankar och känslor med andra resulterade i känslor av normalitet och acceptans av situationen. Många deltagare nämnde att de lärde sig av andra i liknande situationer, vilket gav nya insikter och coping-strategier. Patienter nämnde även att brist med information om deras hälsostatus komplicerade deras förmåga att hantera situation.
Warmenhoven, F., Lucassen, P., Vermandere, M., Aertgeerts, B., van Weel, C., Vissers, K., & Prins, J. (2016).	Undersöka patienter inom palliativ vård syn på resurser och copingstrategier som hjälper de att förebygga eller hantera känslor och symtom.	Deltagarna identifierade tre huvudkategorier av resurser som var viktiga för att hantera sina känslor symtom. Resurser relaterade till patienten själv: Patienterna rapporterade personliga attityder som optimistisk natur, beslutsamhet och en förmåga att acceptera sin sjukdom. De använde sig av problemlösning, fysisk aktivitet och att leva livet så normalt som möjligt. Andra beskrev att minnen från tidigare hjälpte att hantera den nuvarande situationen. Andra patienters coping inkluderade andlighet, där vissa fann tröst i religiösa ritualer eller genom att känna sig förbundna med något större. Resurser relaterade till socialt nätverk: Stöd från familjer, särskilt från en partner, var avgörande för många patienter. Kontakt med andra i den sociala omgivningen, inklusive vänner, familjemedlemmar och andra i deras gemenskap var också viktigt. Vissa patienter betonde vikten av att känna sig användbara eller ha meningsfulla samtal med andra.

		Resurser relaterade till professionellt stöd: Professionell vård och psykologiskt stöd från vårdpersonal var viktigt för många. Patienter uppskattade när vårdgivare visade genuint intresse för deras välmående och rapporterade att psykologisk hjälp var hjälpsam. Vissa föreslog att det skulle vara betydelsefullt om medicinsk personal mer regelbunden frågade om deras emotionella välbefinnande.
Yeung, C. W., Gilbertson-White, S., & Wickersham, K. E. (2022).	Beskriva känslor som människor på landsbygden med cancer upplever samt beskriva hur de hanterar dessa känslor.	Majoriteten av deltagarna känner ökad depression, ångest, skam, irritation etcetera. Coping för känslorna var framför allt: - Religion/spiritualitet: Mer än hälften använde sig av religion dagligen. Detta var den främsta strategin för hantering av känslor. - Socialt stöd: Kyrkan, andra med cancer & familj/vänner. Vissa deltagare vela inte dela med sig av känslor till andra. - Positiv attityd: Inte låta negativa känslor stanna kvar för länge & pusha igenom det. - Kognitiva strategier: Distraktion. Omformulera upplevelsen. Acceptans av sjukdom. - Egenvård: Unna sig själv. - Läkemedel: 2 deltagare använde sig av detta för att hantera känslor.