LUNDS UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykoterapeutprogrammet

Kan ACT-baserad grupprehabilitering efter avslutad cancerbehandling öka deltagarnas förmåga att leva närmre sin värderade riktning inom området hälsa generellt och sexuell hälsa specifikt?

Test av ACT:s värderingskompass modifierad med tillägg av området sexuell hälsa

Andrea Magnusson
Psykoterapeutexamensuppsats, 2017

Handledare: Per Johnsson, Björn Gustavson
Examinator: Håkan Johansson

Sammanfattning

Denna pilotstudie hade som syfte att undersöka om ACT-baserad grupprehabilitering inklusive modifierad värderingskompass kunde öka deltagarnas förmåga att leva närmre sin värderade riktning inom områdena hälsa och sexuell hälsa. Mixad metod har använts med dels kvantitativ data från mätning med Distresstermometer, HADS, BIS och värderingskompass före, under och efter intervention och dels kvalitativ data med semistrukturerad intervju för att fånga upplevelsen av interventionen. Sju kvinnor som nyligen avslutat kurativt syftande cancerbehandling mot bröstcancer, gynekologisk cancer samt lymfom med konsekvenser av cancerbehandling som fatigue, oro och sexuella dysfunktioner med värde > 4 på Distresstermometern deltog. Den ACT-baserade kursen innehöll en modifierad värderingskompass med tillägg av området sexuell hälsa, praktiska övningar med medveten närvaro, psykoedukation och skrivande av rehabiliteringsplan. Resultatet visade att sex av sju menade att värderingskompassen var till hjälp i rehabiliteringen. Samtliga deltagare ansåg att ACT-baserad rehabiliteringsgrupp underlättade hjälp till självhjälp. Av mätresultaten och intervjun framkom att fem av de sju deltagarna levde närmre sin värderade riktning när det gällde hälsa generellt och sex av sju när det gällde sexuell hälsa specifikt. Resultaten kan inte generaliseras men är intressanta för fortsatt utvecklingsarbete.

Nyckelord: cancer, ACT, rehabilitering, hälsa, sexuell hälsa, värderad riktning

Abstract

The purpose of this pilot study was to examine if ACT-based grouprehabilitation with a modified Value Compass could enhance the participants capacity to live closer to their valued direction within the areas health and sexual health. The study used quantitative methods and qualitative methods to capture the experience of the intervention. The quantitative data was acquired with Distressthermometer, HADS, BIS and a Value Compass before, during and after the intervention. The qualitative data was acquired through semistructured interviews. Seven female participants had all completed curative cancer treatment against breast cancer, gynecological cancer or lymphoma and suffered from treatment-related consequences such as fatigue, anxiety and sexual dysfunction which were rated > 4 on the Distressthermometer scale. The ACT-based course contained a Value Compass with addition of the domain sexual health, practical exercises with mindfullness, psychoeducation and the writing of a rehabilitationplan. The result showed that six of the seven participants found the modified Value Compass helpful in rehabilitation. All participants meant that the ACT-based rehabilitationgroup assisted them in *"help to selfhelp".* The quantitative data and the interviews showed that five of seven participants lived closer to *valued direction* within the area health, and six of seven participants lived closer to *valued direction* within the area sexual health. The results can not be generalized but remain of interest for continued development work.

Keyword: cancer, ACT, rehabilitation, health, sexual health, valued direction

Innehållsförteckning

INTRODUKTION 4
Inledning 4

TEORI 4
Acceptance and Commitment Therapy 4
Hälsa 6
Sexuell hälsa 7

TIDIGARE FORSKNING 8
Rehabilitering och cancer 8
Sexuella problem vid cancer 9
Kroppsuppfattning 10
Sexuella problem vid cancer - KBT/ACT och allmän forskning 11
Känslomässiga problem vid cancer och KBT/ACT 13

SYFTE 13

METOD 14
Deltagare 14
Instrument 15
Design 16
Procedur 17
Etiska överväganden 19

RESULTAT 20
Hälsa och värderad riktning 20
Sexuell hälsa och värderad riktning 26
Intimitet 28
Kroppsuppfattning 29
Deltagarnas upplevelse av värderingskompass och ACT-baserad grupprehabilitering 32
Värderingskompassens funktion 32
Självomhändertagande 33
Deltagarnas tankar och tips om kursen 34

DISKUSSION 35
Resultatdiskussion 35
Metoddiskussion 40
Metodval 40
Deltagare och urval 41
Design och procedur 42
Studiens tillförlitlighet 43
Etiska övervägande 44

FÖRSLAG PÅ FRAMTIDA STUDIER 44

REFERENSER 45

BILAGA 1 Värderingskompass 52
BILAGA 2 Intervjuguide 53

Introduktion

Inledning

I Sverige lever närmare 400 000 människor med erfarenheten av att ha erhållit cancerbesked och tack vare framgångsrik forskning och behandling är majoriteten sjukdomsfria vid 10-års uppföljning (Cancerfonden, 2013). Frånvaro av information för att förbereda patienter på hur hälsa generellt och sexuell hälsa specifikt kan påverkas samt bristande uppföljning av det fysiska och psykiska måendet efter avslutad cancerbehandling får till följd att rehabilitering kan försvåras. Denna studie har för avsikt att undersöka om ACT-baserad intervention kan underlätta cancerpatienters rehabilitering.

Teori

Acceptance and Commitment Therapy (ACT). ACT bygger på inlärningspsykologi med hänsyn till den kontext individen befinner sig i samt på Relational Frame Therapy (RFT) där fokus är på hur det mänskliga språket påverkar en individs beteende både genom direkt tal och via tankarna. ACT räknas till tredje vågen i utvecklingen av KBT och skiljer sig från traditionell KBT genom att man fokuserar på psykologisk flexibilitet med acceptans, medveten närvaro och beteendeförändring snarare än på innehållet i patientens dysfunktionella tankar (Hann & McCracken, 2014). Därför är primärt fokus när ACT används som behandling vid smärttillstånd att förbättra den dagliga funktionen med ökad fysisk aktivitet och socialt umgänge snarare än att minska smärta och obehagliga känslor (a.a.). Den modell som ACT är baserad på kallas för den psykologiska flexibilitetsmodellen vilken innehåller sex kärnprocesser som påverkar varandra inbördes (Hayes et al., 2006). Dessa kärnprocesser som även kan ses som eftersträvansvärda psykologiska förmågor är beskrivna (Hayes et al., 2006, McCracken & Morley, 2014):

1. Acceptans – lärs ut som ett alternativ till upplevelsebaserat undvikande. Att kunna inse och utgå från de förutsättningar och eventuella begränsningar som är gällande och med hänsyn till dessa ändå fortsätta ha fokus på det som individen upplever som värdefullt och meningsfullt i livet. Syftet är att komma närmre sin ”värderade riktning”. Motsatsen är att ha fokus på hinder, att trycka ner pausknappen för livet i väntan på att symptom och begränsningar ger vika.
2. Kognitiv defusion – en förmåga att skilja ur upplevelsen av tankar från tingen de beskriver hellre än att försöka ändra tankarnas form och innehåll. Att kunna ha kontakt med upplevelsen direkt utan att bli styrd av dess betydelse och tankars påverkan. Olika

tekniker används för att försöka ändra den oönskade funktionen av tankarna till exempel genom språkövningar för att kunna se skillnaden på ”jag är värdelös” från ”jag tänker en tanke att jag är värdelös”. Defusion innebär att man kan separera sig från sina tankar och se dem för vad är, att de är just bara tankar bestående av bilder och ord som man kan låta komma och passera. Motsatsen är att man lever ”fused” det vill säga rycks med och fastnar i varje tanke som om det vore en pågående verklighet.

3. Medveten närvaro – icke-dömande medvetenhet med fokus på vad som pågår just nu i den omgivande miljön utifrån sina sinnen; vad kan jag se, höra och ta på? Detta kan uppnås genom total uppmärksamhet i mindfulness-övningar kombinerat med språkövningar för att för sig själv beskriva nuet istället för att fastna i dömande eller förutsägelser för framtiden.
4. Själv som observatör (self-as-observer) – förmågan att erfara ett perspektiv utan att vare sig låta sig definieras eller skadas av de egna tankarna och känslorna, ”jag själv” framträder i ett stort antal varianter på perspektivtagande relationer beroende på i vilket sammanhang ”jag” befinner sig. Det mänskliga språket beskriver flera sammanhang så som nu-då, jag-du, här-där. Kan sammanfattas med förmågan att iaktta och medvetet ta olika perspektiv.
5. Värderingar – är valda kvalitéer eller önskningar som kan reflekteras i och styra ett beteende. ACT använder bland flera övningar en värderingskompass med tio livsdomäner för att individen ska kunna ta ställning till vad som är viktigt och värdefullt i det egna livet samt aktivt göra val från de värderingar man finner meningsfulla.
6. Engagerat agerande (committed action) – förmågan att hålla fast vid sin värderade riktning för att nå sina mål. Att inte enbart ha en insikt utan att aktivt handla på ett sådant sätt att man fortsätter att leva så nära sina värderingar som möjligt med hänsyn till eventuella hinder.

Varje kärnprocess i den psykologiska flexibilitetsmodellen finns på ett kontinum mellan två ytterligheter:

1. Acceptans: ”jag accepterar villigt mina tankar och känslor även om jag inte tycker om dem” och ”Jag kämpar ständigt med mina tankar och känslor”
2. Defusion: ”Jag ser var och en av mina tankar som bara ett av flera sätt att tänka om saker – vad jag sedan gör är upp till mig” och ”Mina tankar säger mig hur saker och ting egentligen är och bestämmer vad jag ska göra härnäst”

3. Medveten närvaro: ”Jag är öppen för och uppmärksammar vad som händer i nuet” och ”Jag tillbringar det mesta av min tid förlorad i tankar om det förgångna eller framtiden”
4. Själv som observatör: ”Den person som jag kallar mig vet vad jag tänker och känner men skiljer sig från dessa processer” och ”Den person jag kallar mig är mina tankar och känslor”
5. Värderingar: ”Jag är klar över vilka värderingar jag valt i livet” och ”Jag vet inte vad jag vill få ut av livet”
6. Engagerat agerande: ”Jag identifierar och fullföljer de åtgärder jag behöver göra för att följa mina värderingar” och ”Jag klarar inte att agera för det jag bryr mig om”

(författarens översättning, från modell av David Chantry i McCracken & Morley, 2014).

Man kan sammanfatta psykologisk flexibilitet med att kunna känna det som känns, utan att undvika och agera så effektivt som möjligt för att komma närmre sin värderade riktning i livet. När man lever långt från den verklighet man skulle vilja ha till exempel vid livshotande sjukdom, förluster eller stark oro uppstår ett verklighetsglapp (Harris, 2013). Ju viktigare något är desto större blir glappet och känslorna blir smärtsamma till exempel chock, smärta, rädsla, förtvivlan, ilska och äckel (a.a.). Om verklighetsglappet innebär att man lever långt ifrån sin värderade riktning, att man har en upplevelse av att inte kunna påverka och fokus ligger mer på hinder och förluster än på det som ger livet mening, då uppstår ett lidande hos individen.

Hälsa. Världshälsoorganisationen (WHO) angav 1946 en definition på vad hälsa är, den innefattar gott välbefinnande och inte bara frånvaro av sjukdom och är beskriven som en av värdegrunderna i WHO:s konstitution:

> Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition (WHO, 1946)

Hälsa ses inte bara som en mänsklig rättighet utan beskrivs också som en tillgång i samhället, ekonomiskt och utvecklingsmässigt. Att vara vid ” dålig hälsa är ett slöseri med potential, orsakar förtvivlan och utarmar resurser i alla delar av samhället” (Folkhälsomyndigheten, 2015, s.1). Därför satsar Sverige som ett av de 53 europeiska medlemsländerna som står bakom WHO:s nya policyramverk ”Hälsa 2020”, på att underlätta för människor att ”... ha kontroll över sin hälsa och dess bestämningsfaktorer.” (a.a.). Hälsa har även beskrivits som en upplevelse av välbefinnande och förmåga till handling vilket innebär att hälsa är att kunna

uppnå värdefulla mål i livet (Diderichsen, 1998, referat Folkhälsomyndigheten, 2009). Sämre hälsa innebär ofta nedsatt handlingsförmåga (a.a.).

Sexuell hälsa. Sexuell hälsa finns beskrivet av WHO och Sverige har tillsammans med ett flertal länder ratificerat de sexuella rättigheterna som utgår från vad sexuell hälsa uppfattas vara:

> "…a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled." (WHO, 2006)

World Association for Sexology (WAS) är en icke-statlig organisation som samverkar med WHO och i deras deklaration om de sexuella rättigheterna lyfter man fram att eftersom hälsa är en grundläggande mänsklig rättighet så är även sexuell hälsa det (Ouis, 2012). Genom att beskriva vad sexualitet är blir det tydligt vad som ligger till grund för den sexuella hälsan och därmed även de sexuella rättigheterna:

> "Sexuality is an integral part of the personality of every human being. Its full development depends upon the satisfaction of basic human needs such as the desire for contact, intimacy, emotional expression, pleasure, tenderness and love. Sexuality is constructed through the interaction between the individual and social structures. Full development of sexuality is essential for individual, interpersonal, and societal well being. Sexual rights are universal human rights based on the inherent freedom, dignity, and equality of all human beings. Since health is a fundamental human right, so must sexual health be a basic human right. In order to assure that human beings and societies develop healthy sexuality, the following sexual rights must be recognized, promoted, respected, and defended by all societies through all means. Sexual health is the result of an environment that recognizes, respects and exercises these sexual rights." (WAS, 1999)

Sexuell hälsa beskrivs således som inte bara frånvaro av sjukdom och dysfunktioner, inte bara förmåga till sexuell aktivitet utan som något betydligt mer mångfacetterat som berör grundläggande behov av intimitet, ömhet, njutning och kärlek. Den sexuella hälsan påverkar välbefinnandet men uppfattas inte enbart vara individens enskilda ansvar utan ett resultat av det sammanhang individen befinner sig i och beroende av att samhället kämpar för att bidra till de

sexuella rättigheterna. Hälso- och sjukvården har därmed ett tydligt uppdrag att följa upp, informera och bidra till att den sexuella hälsan stärks i samband med cancerbesked, under och efter avslutad behandling.

Tidigare forskning

Rehabilitering och cancer. Cancerbehandling ger ofta övergående eller beständiga konsekvenser i form av fatigue, ändrad kroppsuppfattning, perifera neuropatier, smärta, värmevallningar, sexuella dysfunktioner, depression, ångest och existentiella grubblerier (Miller et al., 2016). Fatigue, en sjukdoms- och behandlingsrelaterad trötthet och kraftlöshet som man inte kan vila sig ifrån. Fatigue är mycket vanligt hos canceröverlevare och kvarstår ibland flera år efter avslutad behandling. Omfattningen är beroende av vilken cancerform man behandlats för (Husson et al., 2015). Faktorer som ökar risken för fatigue är att vara kvinna, vara yngre, ha låg utbildningsnivå, kortare tid sedan diagnos, behandling med cytostatika, leva med ett eller flera andra sjukdomstillstånd samt leva utan partner (a.a.). I en omfattande systematisk översikt och meta-analys avseende ångest och depression bland långtidsöverlevare och deras närstående fann man att prevalensen av depression var samma för patienter, närstående och kontrollgrupp (Mitchell, Ferguson, Gill, Paul, & Symonds, 2013). Däremot var prevalensen för ångest högre bland canceröverlevare än för kontrollgruppen, högst prevalens för ångest hade närstående till canceröverlevare speciellt tio år efter diagnos (a.a.). Rädsla för återfall är vanligt förekommande vilket kan vara socialt handikappande och påverka välbefinnandet (Mehnert, Koch, Sundermann, & Dinkel, 2013) med en ökad vaksamhet för kroppens signaler speciellt då kroppen ter sig annorlunda till följd av konsekvenser av cancerbehandling. En studie med 1281 deltagare visade att 17 % av patienterna ett år efter avslutad cancerrehabilitering hade hög nivå av rädsla för återfall och 67 % hade moderat nivå av rädsla för återfall (a.a.). I en systematisk översikt av kvantitativa studier om rädsla för återfall bland vuxna canceröverlevare fann man att det var ett av de största icke omhändertagna behov hos patienter och närstående (Simard, et al., 2013). Det fanns ett samband mellan högre nivå av rädsla för återfall och närvaro av fysiska symptom, svårighetsgraden av symptomen, ung ålder, psykologisk distress och låg livskvalitet (a.a.). Rehabilitering och återgång till en fungerande vardag kan försvåras när man är oförberedd på behandlingens konsekvenser och på normala känslomässiga reaktioner efter avslutad behandling, en tredjedel beräknas dessutom vara i behov av psykologisk eller psykiatrisk behandling. Riskfaktorer som anses kunna öka behovet av psykosocialt stöd och behandling är att vara ensamstående, ha många ansvarsområden i livet,

ha barn under 18 år, vara ensam vårdnadshavare för minderåriga barn, ha tidigare eller pågående psykiatriska problem eller missbruksproblem, vara eller uppleva sig vara socialt isolerad (Regionala cancercentrum i samverkan, 2014). Människorelaterat arbete så som inom vård, skola och omsorg kan enligt klinisk erfarenhet vara ytterligare en riskfaktor.

Alla cancerbehandlingar påverkar sexualiteten för kortare eller längre tid (Bergmark, 2007). Kroniskt sexuella besvär drabbar mellan 40 och 100 % vilket kan påverka livskvaliteten (National Cancer Institute, 2013). Studier visar att patienter inte erhållit information om hur den sexuella hälsan påverkas, i en enkätstudie vid en onkologisk mottagning var det mindre än hälften av de 106 respondenterna som hade fått någon information alls om sexuella konsekvenser vid cancer (Rasmusson, Plantin & Elmerstig, 2013). Av dessa var det betydligt fler män än kvinnor som erhöll information om effekterna på fertilitet och sexuell lust (a.a.). Bristande kunskap påverkar den känslomässiga upplevelsen av kroppen och bristande information om hur kroppen påverkas av sjukdom och behandling ökar oron (a.a.).

Sexuella problem vid cancer. Sexuella dysfunktioner är vanligt förekommande efter cancerbehandling men det innebär inte automatiskt att det är ett problem. Det är beroende av den kontext personen befinner sig i, vilka förväntningar som finns liksom rådande föreställningar och normer i samhället (Elmerstig, 2012). I en australiensisk studie med 1965 kvinnor som hade eller hade haft bröstcancer och som var i åldern 18 - 84 år, svarade 85 % att de hade sexuella förändringar (Ussher, Perz & Gilbert, 2012). Två tredjedelar av dessa önskade information främst om vaginal torrhet, behandlingens påverkan på den sexuella hälsan, förändringar i relationen, svårigheten att bli upphetsad, värmevallningar, smärta vid samlag samt information till partners (a.a.). Det är främst kroppsliga aspekter av sexuella problem som redovisas hos canceröverlevare efter gynekologisk cancerbehandling anger en systematisk granskning av vetenskapliga studier med fokus både på fysiska, psykiska och på sociala konsekvenser (Abbott-Anderson & Kwekkeboom, 2012). Vanligast bland de fysiska problemen var samlagssmärtor, förändringar i vagina och minskad sexuell aktivitet, bland de psykiska angavs minskad lust, förändringar i kroppsuppfattningen samt oro för sexuell prestation (a.a.). Bland de sociala problem som rapporterades fanns svårighet att bibehålla tidigare sexuella roller, känslomässigt avståndstagande från partnern och att man lagt märke till minskat sexuellt intresse hos partnern (a.a.). Inte bara vid cancer i reproduktionsorganen kan det uppstå problem, i en studie med 657 individer, med varierade cancerdiagnoser och stadium av sjukdom framkom att sexuell frekvens, sexuell tillfredsställelse, engagemang i olika sexuella aktiviteter, (penetrerande och icke-penetrerande) hade minskat för både män och kvinnor (Ussher, Perz &

Gilbert, 2015). Anledningen uppgavs vara dels konsekvenser av behandling, ändrad kroppsuppfattning och dels psykologiska faktorer och relationsfaktorer som även identifierades som en följd av förändring i sexualiteten (a.a.). De vanligast förekommande orsakerna var torra slemhinnor i underlivet och erektil dysfunktion, följt av trötthet, upplevelsen hos kvinnor av att inte vara attraktiv och hos män av att ha blivit äldre samt kirurgi (a.a.). Deltagarna beskrev bland annat sorg över förlorad intimitet och sexuell funktion, frustration, ilska, känsla av att inte duga, ändrad kvinnlighet respektive manlighet, svårighet att inleda ny relation men en del deltagare rapporterade istället ökat självförtroende, ökad intimitet och stärkt relation, mer positiv självbild, omförhandling av sexuell praktik med en utökad repertoar efter cancer (a.a.). Den positiva förändringen ansågs bland annat vara beroende av partnerns acceptans av sexuella förändringar med fortsatt visat sexuellt intresse och lust (a.a.). Efter behandling för leukemi och lymfom påverkas sexualiteten, i en studie med djupintervjuer framkom att fatigue med brist på energi, fysisk utmattning och humörpåverkan var den största anledningen till att sex inte var att tänka på (Olsson, Athlin, Sandin-Bojö & Larsson, 2013). I intervjuerna som gjordes två till åtta månader efter avslutad behandling framkom att bristen på styrka och en sjukdomskänsla påverkade självbilden eftersom det gav känsla av att vara sexuellt oattraktiv (a.a.).

Kroppsuppfattning. Kroppsuppfattning är en aspekt som berör sexualiteten och många cancerbehandlingar har konsekvenser som viktförändringar, ändrat utseende, ärrvävnad, förlust av; yttre eller inre organ, av funktioner, av hår vilket kan påverka livskvaliteten. Kroppsuppfattning eller kroppsbild definieras som en mental bild av den egna kroppen, inställningen till kroppen, utseendet, måendet, helheten, den normala funktionen och sexualiteten (Fobair et al., 2006). Genomgående vid cancer är att kroppsuppfattningen fungerar som en signifikant prediktor för om kvinnor återupptar sexuell aktivitet efter avslutad behandling och en förändrad kroppsuppfattning korrelerar med lägre sexuell funktion inkluderat sexuellt intresse, tillfredställelse och obehag (Benedict et al., 2016). I en studie med långtidsuppföljning av 70 kvinnor som genomgått behandling för anal- eller ändtarmscancer angav 49 % att de hade två eller fler problem rörande kroppsuppfattningen och 28 % angav att de kände sig ganska mycket eller mycket oroade för åtminstone ett av problemen (a.a.). Yngre ålder, sämre allmän hälsa samt framför allt svåra symptom från mag- och tarmkanalen var relaterade till påverkad kroppsuppfattning (a.a.). I en studie intervjuades 546 yngre kvinnor sju månader efter avslutad behandling för bröstcancer, de levde med fast partner och hade fått kurativt syftande behandling (Fobair et al., 2006). Påverkan på kroppsuppfattningen var betydande efter missprydande kirurgi och cytostatika som abrupt orsakat menopaus och hälften av kvinnorna angav att de hade två eller fler problem med kroppsuppfattningen (a.a.). 360 av

kvinnorna var sexuellt aktiva och drygt hälften av dessa rapporterade att de hade problem med den sexuella funktionen där de med störst problem hade torra slemhinnor i underlivet, sämre mental hälsa, fler problem med kroppsuppfattningen, var gifta samt hade en partner med svårighet att förstå känslomässigt (a.a.). Unga bröstcanceröverlevare i denna studie var mindre sexuellt aktiva, hade större problem med kroppsuppfattningen än andra kvinnor i samma ålder som var friska (a.a.) Andra ord som självbild berör kroppsuppfattningen. Efter avslutad behandling för lymfom och leukemi beskrev både män och kvinnor i en studie med djupintervjuer hur de behandlingsrelaterade förändringarna gjorde att man inte längre kände igen sin kropp (Olsson, Athlin, Sandin-Bojö & Larsson, 2013) . Avsky och att ha förlorat kontrollen över kroppen påverkade självbilden vilket ledde till minskad sexuell lust och undvikande av intimitet (a.a.). Det finns ett flertal studier som beskriver att kroppsuppfattningen ofta ändras i samband med cancerbehandling men vid en systematisk översikt av vetenskapliga fallstudier gällande kroppsbild hos canceröverlevare visade resultatet att det inte gick att dra några slutsatser (Lehmann, Hagedoorn & Tuinman, 2015). Tio av studierna rapporterade en mer negativ kroppsuppfattning hos canceröverlevare, nio studier fann inga skillnader och tre av studierna fann en mer positiv kroppsuppfattning (a.a.). I de 25 studierna som ingick i analysen användes totalt 19 olika skalor för att mäta kroppsuppfattning, hälften av studierna saknade definition på kroppsuppfattning och mer än hälften av studierna hade minst tre potentiella bias (a.a). Denna översiktsstudie visade på omöjligheten att i nuläget dra slutsatser hur kroppsuppfattningen hos canceröverlevare påverkas och om denna påverkan är kopplad till genomgången sjukdom och behandling.

Sexuella problem vid cancer - KBT/ACT och allmän forskning. Hur nöjd man är med relationen före behandlingen förutsäger förändringar i den sexuella tillfredställelsen och ihållande obehagskänslan men inte i sexuella funktioner efter KBT (Stephenson, Rellini & Meston, 2013). I en stor enkätstudie med mixade cancerdiagnoser fann man en signifikant positiv korrelation mellan självrapporterad framgång av att leva utifrån sina värderingar, förbättrat välbefinnande och distress-relaterade resultat (Ciarrochi, Fisher & Lane, 2011). Analysen utifrån könsskillnader tyder på att förmågan att leva nära sina värderingar avseende vänskap var korrelerade till lägre distress bland kvinnor men inte hos män och förmågan att leva nära sina värderingar avseende romantiska relationer var korrelerade till lägre distress bland män men inte bland kvinnor (a.a.). Enligt en översikt med åtta randomiserade och kontrollerade, två pilotstudier som var randomiserade samt två kvasiexperimentella studier är de flesta studier gjorda på personer av västerländsk etnicitet som behandlats för bröstcancer, är äldre än 50 år och välutbildade (Scott & Kayser, 2009). Interventioner som ger stark effekt är

ofta parbaserad och inkluderar moment som utbildning av båda parter om kvinnans diagnos och behandling, uppmuntran av parets ömsesidiga coping- och stödprocesser samt specifika sexualterapeutiska tekniker som avser svårigheter med sexualiteten och kroppsbilden (a.a.). Ju närmre interventionerna skedde i förhållande till tiden för diagnos och start av behandling desto större effekt, en period då de känslomässiga reaktionerna är starka och behovet av copingstrategier stort (a.a.). I en kort mindfulness-baserad kognitiv beteendeinriktad intervention (tre 90-minuters träffar)förbättrades den sexuella responsen signifikant, även den sexuella ”distressen” förbättrades hos kvinnor som genomgått gynekologisk cancerbehandling och som led av total frånvaro av eller låg sexuell lust samt bristande sexuell upphetsning (Brotto et al, 2012). Upplevelsen av genital upphetsning ökade signifikant under erotisk filmvisning även om det inte blev någon förändring i mätningen av den genitala fysiologiska upphetsningen (a.a.). Författarna påpekar att mindfulness-behandling annars oftast omfattar ett åttaveckors program. I en systematisk översikt med 15 randomiserade studier framkom att traditionella sexuella terapeutiska koncept var verksamma i behandlingen av kvinnlig sexuell dysfunktion, de flesta studier undersökte sexuell smärta (Gunzler & Berner, 2012) . Forskarna hade däremot inte definierat begrepp och terminologi tillräckligt väl så att samma intervention tillskrevs olika terapeutiska synsätt, ungefär hälften av studierna hade koncept från Masters & Johnson och hälften ett kognitivt beteendeinriktat behandlingsprogram (a.a.). Masters & Johnson skapade en förklaringsmodell för den sexuella responscykeln utifrån observationer i laboratoriemiljö och modellen byggde på det man kunde iaktta och utelämnade vad personerna kände (Lundberg, 2002). Modellen består av fyra faser; upphetsningsfas, platåfas, orgasmfas och återgångsfas (a.a.).

I Holland är uppfattningen att man når för få kvinnor och därför testas internetbaserad KBT vid sexuella dysfunktioner hos kvinnor som behandlats med bröstcancer i en randomiserad, kontrollerad studie (Hummel et al., 2015). Programmet består av introduktion, psykoedukation, hemuppgifter som att diskutera närhet med partnern och genomföra sensualitetsövning, rapportera till terapeuten och få återkoppling, kognitiv omstrukturering och återfallsprevention. Syftet är att sänka tröskeln för att söka hjälp för sexuella problem och på så sätt öka livskvaliteten (a.a.). Internetbaserad KBT finns även vid lokaliserad prostatacancer och utvärderas nu i en randomiserad, kontrollerad studie (Wotten et al, 2014). ACT framhålls som en transdiagnostisk metod som är mindre problembaserad och istället mer holistisk och kontextbaserad vilket ökar den psykologiska flexibiliteten lämplig vid cancer (Hulbert-Williams, Storey & Wilson, 2015). I en metaanalys som inkluderade 60 randomiserade, kontrollerade studier framkom att ACT som behandlingsmetod förmodligen är verksam vid

kronisk smärta och tinnitus, möjligen verksam vid depression, psykotiska symptom, OCD, blandad ångest, drogmissbruk, arbetsrelaterad stress och får anses som experimentell vid andra sjukdomar (Öst, 2014).

Känslomässiga problem vid cancer och KBT/ACT. En Cochrane-studie av psykologiska interventioner för kvinnor som behandlades för icke-metastaserad bröstcancer visar att KBT har gynnsam effekt på ångest, depression och humörsvängningar (Jassim, Whitford, Hickey & Carter, 2015). I en review av metanalyser fann man indikation för liten till medium effekt på livskvalitet, psykologisk distress och smärta vid KBT i studie gjord bland patienter med gynekologisk cancer och öron-näsa-hals-cancer där KBT jämfördes med patientundervisning (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer & Fang, 2012). I en randomiserad kontrollerad studie med 422 kvinnor som rapporterat behandlingsutlöst menopaus med klimakteriebesvär lottades man till en av fyra grupper; KBT, fysisk träning, KBT kombinerat med fysisk träning eller till kontrollgrupp (Duijts et al., 2012). Interventionsgrupperna hade signifikant lägre nivå av både endokrina och urinvägssymptom samt en förbättrad kroppslig funktion, i KBT-grupperna fick man dessutom signifikant mindre problem med värmevallningar och nattliga svettningar samt en ökad sexuell aktivitet (a.a.). Det finns inga systematiska översiktsstudier avseende effekten av ACT inom cancervården utan enbart några få studier som undersökt användandet av ACT. I en randomiserad studie med 45 patienter med olika cancerdiagnoser och prognoser varav en del var under pågående cancerbehandling, framkom att effektstorleken av ACT var jämförbar med annan psykoterapeutisk behandling som KBT när det gällde att förbättra livskvaliteten hos cancerpatienter (Feros, Lane, Ciarrochi & Blackledge, 2013). I en stor enkätstudie med mixade cancerdiagnoser fann man en signifikant positiv korrelation mellan självrapporterad framgång av att leva utifrån sina värderingar, förbättrat välbefinnande och distress-relaterade resultat (Ciarrochi, Fisher & Lane, 2011). Analysen utifrån könsskillnader tyder på att förmågan att leva nära sina värderingar avseende vänskap var korrelerade till lägre distress bland kvinnor men inte hos män och förmågan att leva nära sina värderingar avseende romantiska relationer var korrelerade till lägre distress bland män men inte bland kvinnor (a.a.).

Syfte

Syftet är att undersöka om ACT-baserad grupprehabilitering kan öka deltagarnas förmåga att leva närmre sina värderingar inom området hälsa generellt och sexuell hälsa specifikt. Syftet är även att testa en modifierad värderingskompass med tillägg av området sexuell hälsa.

Metod

Deltagare

Nio helt eller delvis sjukskrivna kvinnor påbörjade den ACT-baserade rehabiliteringskursen efter informerat samtycke. Sju deltagare i åldern 33-57 år fullföljde rehabiliteringskursen. De hade erhållit kurativt syftande behandling för gynekologisk cancer, lymfom och bröstcancer som var vanligast förekommande. Två av deltagarna hade tidigare erfarenhet av cancerbesked varav en hade avslutat behandling för en andra primärtumör och en hade erhållit kurativt syftande behandling för recidiv. En deltagare genomgick metastasutredning efter halva rehabiliteringskursen. Bortfall under pågående kurs var en deltagare som slutade efter första tillfället då kursen inte motsvarade hennes förväntningar samt en deltagare som slutade efter halva kursen på grund av annan familjemedlems insjuknande och behandling. Bortfall förekommer vid tredje mättillfället då resultat från två deltagare saknas då de var frånvarande på grund av resa samt behandling. Sex av de sju deltagarna hade minst en riskfaktor och som mest förekom fyra olika riskfaktorer samtidigt hos en enskild deltagare. Vanligast var människorelaterat arbete, barn under 18 år samt samsjuklighet med annan kronisk sjukdom.

Instrument

1. Värderingskompass enligt ACT

Värderingskompassen används för att fånga individbaserade definitioner av grundläggande värderingar, hur värdefulla dessa är i livet samt skattning hur nära man levt den värderade riktningen senaste veckan inom tio livsområden. Värderingskompassens skala är tiogradig där siffran tio motsvarar ”viktigare/mer värdefullt än så kan det inte vara” och siffran noll motsvarar ”har inget värde alls”. ° = värde som anger hur nära man kunnat leva sin värderade riktning under den gångna veckan. Ju högre värde desto närmre har man kunnat leva sin värderade riktning, vilket innebär att ju större differensen är mellan hur viktig man anser värderingen vara och siffran som beskriver den gångna veckan, desto större svårigheter och lidande. Områdena i värderingskompassen är hälsa (generellt), familj, intim relation, föräldraskap, socialt nätverk, fritid, arbete/studier, andligt/existentiellt, samhällsutveckling och utbildning/utveckling (Hayes & Smith, 2007, Dahl, Stewart, Martell & Kaplan, 2013). För att kunna särskilja den sexuella hälsan specifikt från hälsa generellt har värderingskompassen modifierats med tillägg av området ”sexuell hälsa”. Värderingskompassen fungerade både som deltagarens arbetsmaterial för att underlätta värderad riktning i rehabilitering, målarbete och som avstämningsinstrument hur nära man levde sina värderingar.

Förutom skattning med ACT:s värderingskompass skedde mätning vid fyra tillfällen inklusive baseline med tre nedan angivna validerade samt reliabilitetstestade instrument:

2. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

HADS är ett självskattningsformulär framtaget för somatisk sjukvård som ett screeninginstrument för depression och ångest (Zigmond & Snaith, 1983). HADS består av fjorton frågor likt fördelade mellan områdena depression och ångest där patienten har fyra olika svarsalternativ på varje fråga vilket kan generera noll till tre poäng. Maximalt kan 21 poäng erhållas på skalan, < 7 talar ej för ångest/depression, 8-10 talar för möjlig ångest/depression och >11 talar för att ångest/depression troligen föreligger.

3. Body Image Scale (BIS) – Swedish version, oberoende kön

BIS är en kroppsuppfattningsskala där respondenten tillfrågas hur utseendet uppfattas och om denna uppfattning förändrats till följd av sjukdom och behandling (Olsson, 2009). Instrumentet är kort med endast åtta frågor som besvaras utifrån hur senaste veckan varit på en fyra gradig skala med svarsalternativen; ”Inte alls, lite grand, en hel del och väldigt mycket”, maximalt kan 32 poäng erhållas. Ett lågt poängantal representerar bättre kroppsuppfattning. Exempel på

frågor är; ”Har du känt dig mindre sexuellt attraktiv på grund av din sjukdom eller behandling?”, ”Har du svårt att se dig själv naken?” och ”Har Du känt Dig mindre kvinnlig/manlig på grund av Din sjukdom eller behandling?”.

4. Distresstermometer (DT)

Distresstermometer (DT) är ett vanligt förekommande screening instrument för att upptäcka distress hos cancerpatienter. Distress är definierat som en obehaglig emotionell upplevelse av psykologisk, social och/eller andlig natur som kan påverka förmågan att effektivt hantera cancer inklusive dess kroppsliga symptom och behandling (National Comprehensive Cancer Network, 2013). Den emotionella upplevelsen befinner sig på ett kontinuum mellan normala känslomässiga reaktioner med sårbarhet, ledsenhet och rädsla för att problemen ska bli handikappande, som till exempel depression, ångest, panik, social isolering, existentiell och andlig kris (Holland & Bultz, 2007). Instrumentet består av en sida med ja - nej alternativ som ska kryssas i utifrån hur den senaste veckan varit gällande fem områden; fysiska, känslomässiga, familjerelaterade, praktiska och existentiella samt en termometer från 0-10 där noll innebär ingen distress och tio värsta tänkbara. DT finns på flera olika språk och kan hämtas hem från internet för användning efter avtal men får inte återges i tryck (National Comprehensive Cancer Network, 2013). Utifrån en metaanalys med 42 studier och 14 808 patienter fann man att DT är ett validerat instrument för att upptäcka potentiell distress hos cancerpatienter (Ma et al., 2014). Fyra på den tio-gradiga skalan är det optimala cut-off värdet (Ma et al., 2014) vilket även visat sig gälla i Sverige för patienter med blandade onkologiska diagnoser (Thalén-Lindström et al., 2013). Patienter med värde på fyra eller mer bör träffa personal med psykologiska och medicinska färdigheter som kan göra en bedömning, diagnosticera och tillhandahålla behandling.

Design

Undersökningen var en interventions- och pilotstudie där deltagarna utgjorde sin egen kontroll. Studien var deskriptiv till sin karaktär med mixad metod innehållande både kvantitativ data från mätning före, under och efter intervention samt kvalitativ data från semistrukturerad intervju vid fem månaders uppföljning. Kvalitativ data inhämtades även med hjälp av modifierad värderingskompass med deltagarnas subjektiva värderingar inom områdena hälsa, sexuell hälsa och intimitet. Inklusionskriterier var att man nyligen avslutat kurativt syftande cancerbehandling, var 18 år eller äldre och hade erhållit ≥ 4 i mätning med Distresstermometer. Relationsstatus var egalt då sexuell hälsa främst är beroende av individens subjektiva

uppfattning, aktuella mående, möjligheter och eventuella hinder. Exklusionskriterier var att man inte förstod svenska eller var under 18 år, det fanns ingen övre åldersgräns. ACT är en transdiagnostisk terapi vilket möjliggjorde att olika cancerdiagnoser och olika sexuella problem förekom i programmet. Gruppen var könsspecifik för att underlätta utbyte av erfarenheter och tankar. Under perioden för inklusion var det enbart kvinnor som angivit känslomässiga och/eller sexuella problem med fyra eller högre värde på Distresstermometern vid bedömning hos rehabiliteringskoordinator. Det finns inga exakta uppgifter på hur många patienter som uppfyllde inklusionskriterier och tillfrågades om deltagande men uppskattas av rehabiliteringskoordinatorn vara obetydligt fler.

Resultaten har redovisats under tre rubriker:
- hälsa och värderad riktning
- sexuell hälsa och värderad riktning (inklusive kroppsuppfattning och intimitet)
-deltagarnas upplevelse av modifierad värderingskompass samt ACT-baserad grupprehabilitering
Den generella hälsan har redovisats med 1.deltagarnas subjektiva beskrivning av viktiga värderingar inom området hälsa 2.mätning med HADS av ångest/depression 3. Mätning med Distresstermometer av antal områden i livet med ihållande bekymmer/oro samt svårighetsgraden av dessa områden. Deltagarnas gradering av hur nära de förmått att leva sin värderade riktning inom området hälsa har redovisats med data från både värderingskompassen och från intervjun. Sexuell hälsa har beskrivits med deltagarnas subjektiva värderingar utifrån den modifierade värderingskompassen med tillägg av livsområdet ”sexuell hälsa”. I beskrivningen av gruppens sexuella hälsa ingår även mätresultat på hur man uppfattade sin kropp. Deltagarna fick även ange hur nära de förmått att leva sin värderade riktning inom områdena sexuell hälsa och intimitet. Upplevelsen av att använda värderingskompass samt delta i ACT-baserad grupprehabilitering redovisas utifrån intervjusvar.

Procedur

Majoriteten av alla patienter som avslutat cancerbehandling vid ett centralsjukhus i Skåne erbjuds sedan några år rehabiliteringssamtal för sammanfattning av genomgången sjukdom och behandling samt bedömning av eventuella rehabiliteringsbehov. Behoven bedöms av rehabiliteringskoordinator med instrumentet ”Distresstermometer”, en tio-gradig skala som mäter påverkan inom en rad olika områden. Patienter med förhöjt värde, 4 eller mer

informerades om studien genom muntlig information och skriftligt informerat samtycke under tiden för inklusion, januari-februari 2016. Ett samtycke innebar deltagande i en gruppbaserad rehabiliteringskurs som omfattade sex träffar med KBT- och främst ACT-baserade interventioner samt undervisning med speciellt fokus på känslomässiga och sexuella problem. Gruppbehandlingen omfattade acceptans, mindfulness, defusion och strategier för att stärka den värderade riktningen utifrån individuellt genomförda värderingskompasser. Värderingskompassen modifierades med tillägg av temat ”sexuell hälsa”. Deltagarna fungerade som sin egen måttstock utifrån individuell definition av sexuell hälsa. Identifiering av strategier som kunde understödja den värderade riktningen skedde genom reflektion och diskussion. Gruppinterventionen föregicks och avslutades med ett individuellt samtal. Syftet med gruppintervention var att deltagaren kunde möta andra i liknande situation vilket var normaliserande och ökade möjligheten att få syn på andra sätt att nå sin värderade riktning. Patienter med obehag/lidande inom sexuell hälsa och med psykiskt illabefinnande som tackade nej till deltagande i gruppintervention, erbjöds sedvanlig behandling med individuell rådgivning hos sexolog, stödsamtal eller individuell KBT. Interventionen genomfördes i grupp med sex träffar innehållande moment som visat sig ha effekt i studier med ACT/KBT vid känslomässiga och sexuella problem. Kursen innehöll: undervisning om fatigue och om hur den sexuella hälsan påverkas vid cancerbehandling (Scott & Kayser, 2009), psykoedukation om känslomässiga reaktioner och oro, praktiska övningar för att hantera oro, mindfulnessövningar (Brotto et al, 2012), undervisning om acceptans och defusion enligt ACT, övning att med hjälp av värderingskompassen identifiera värderingar inom alla livsområdena (Ciarrochi, Fisher & Lane, 2011) med specifikt fokus på hälsa och sexuell hälsa, reflektion kring kroppsbild och självkänsla. Kursen innehöll även övning att utifrån engagerat agerande formulera en plan med mål utifrån egna värderingar inom områdena hälsa – sexuell hälsa - intimitet, övning att kommunicera önskemål och hinder utifrån värderad riktning för sig själv och/eller partner. I programmet ingick även hemuppgifter. Varje deltagare mötte studieansvarig individuellt före start och efter avslutad grupprehabilitering för genomförande av ACT:s värderingskompass. Värderingskompassen fungerade som deltagarens arbetsmaterial under kursen.

Utvärdering om den ACT-baserade grupprehabiliteringen hade ökat deltagarnas förmåga att leva närmre sina värderingar inom området hälsa generellt och sexuell hälsa specifikt utfördes dels genom mätning med fyra olika instrument och dels med en semistrukturerad intervju cirka fem månader efter avslutad kurs. Intervjun bandades och transkriberades efter att separat informerat samtycke erhållits från sex av de sju deltagarna. Den sjunde deltagaren accepterade att svaren skrevs ner under pågående intervju. Intervjuerna

varade mellan 30 och 60 minuter. Avsikten var även att fånga vad deltagarna hade uppfattat som hjälpsamt samt om de ansåg att förmågan att hantera oro, förändrad kroppsuppfattning och sexuell påverkan hade ändrats.

Etiska överväganden

De forskningsetiska principerna med de fyra huvudkraven informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekrav har beaktats. Respondenterna erhöll både muntlig och skriftlig information och fyllde i skriftligt informerat samtycke där det tydligt framgick att deltagaren när som helst kunde avbryta deltagandet. För att garantera deltagarna konfidentialitet har mätinstrumenten kodats, både svar och kodnyckel har förvarats inlåst men på åtskilda platser och endast tillgänglig för studieansvarig. Deltagarna har informerats om att allt datamaterial, skriftligt såväl som inspelade band inklusive kodnyckel destrueras efter studiens resultat redovisats i uppsatsform och erhållit godkännande. Insamlad data är inte tillgänglig mer än för studieansvarig och resultaten redovisas avidentifierat. Informationskravet har beaktats genom att deltagarna informerats muntligt och skriftligt av personal som utför rehabiliteringsbedömning samt därefter av studieansvarig. Samtyckeskravet har uppfyllts genom att deltagandet är frivilligt, samtyckesblankett är ifylld och deltagarna har när som helst kunnat avbryta deltagandet utan att det påverkat fortsatt uppföljning och behandling. Informerat samtycke har inhämtats dels inför deltagande i den ACT-baserade rehabiliteringsgruppen och dels inför den inspelade intervjun. Studieansvarig hade ingen annan kontakt med deltagarna under pågående studietid vilket minskade risken för deltagarna att upplevde sig vara i beroendeställning. Kravet på konfidentialitet uppnåddes genom att insamlad data var kodad och förvarades inlåst. Kodnyckel förvarades inlåst separerad från övriga insamlade data. Nyttjandekravet tillgodoses genom att data presenteras avidentifierat muntligt för sjukvårdspersonal via föreläsning samt skriftligt via uppsats på psykoterapeutprogrammet för att sprida kunskap om rehabilitering vid sexuell och psykisk ohälsa efter avslutad cancerbehandling.

Förväntad behandlingseffekt efter deltagande i ACT-baserad rehabiliteringsgrupp var att deltagarnas ihållande oro och svårigheter minskade och att deras förmåga att leva efter sin värderade riktning stärktes. På sikt skulle det eventuellt kunna förbättra den sexuella hälsan och kroppsuppfattningen. Rehabiliteringen genomfördes i gruppformat vilket har beskrivits kunna öka empowerment och handlingsberedskap på grund av ökad medvetenhet och stimulans från övriga gruppdeltagare (Robson, 2002).

Att som individ ges möjlighet att tala om sexuell hälsa i grupp kan uppfattas som etiskt känsligt men studier vid Kinseyinstitutet som är ledande inom sexologisk forskning menar att det finns många fördelar med till exempel fokusgrupper då deltagande upplevts som positivt och lärorikt i studier om faktorer som stimulerar respektive hämmar sexuell lust och upphetsning (Janssen et al., 2008, Graham et al., 2004). Urvalet till rehabiliteringsgruppen var självreglerande då den bestod av individer som var bekväma med att delta i en grupp med fokus på psykisk och sexuell hälsa.

Resultat

Resultatet av studien med mixad metod redovisas under tre rubriker; 1. Hälsa och värderad riktning, 2. Sexuell hälsa och värderad riktning, 3. Deltagarnas upplevelse av modifierad värderingskompass och av ACT-baserad rehabiliteringsgrupp. Studiens data kommer från fyra mättillfällen samt en intervju genomförd vid det sista mättillfället. Intervjusvaren har inte genomgått kvalitativ analys utan redovisas som illustration till de kvantitativa resultaten.

1. Hälsa och värderad riktning

Resultatet av deltagarnas generella hälsa och värderade riktning har redovisats med data från Distresstermometer, data från HADS, data från värderingskompassen och med data från intervjun vid uppföljningen efter fem månader.

Hälsa. Distresstermometer är ett mått på hälsan utifrån antal områden med bekymmer och svårigheter samt skattning av hur svåra dessa problem är. Mätning gjordes vid baseline, under och efter avslutad kurs samt cirka 5 månader senare. Skalan på termometern är tio-gradig där noll anger inga svårigheter alls och siffran tio motsvarar värsta tänkbara svårigheter den gångna veckan. Ju högre värde desto större svårigheter. Vid baseline var medianvärdet =6 och två av deltagarna hade värde på åtta eller mer (se tabell 1).

Tabell 1.

Distresstermometer – intensitet av deltagarnas skattade bekymmer och svårigheter utifrån instrumentets tiogradiga skala. Lågt värde anger mindre ihållande bekymmer/svårigheter. Md=6 vid baseline, Md=5 vid uppföljning

Deltagare	Baseline	Under kurs	Efter kurs	5-mån uppföljning
A	6	8	saknas	4
B	5	5	5	5,5
C	5	5	4	5
D	8	9	saknas	7
E	6	2	2	2
F	6,5	6	3	2
G	8,5	8,5	3	6

Jämfört med baseline hade fem deltagare minskade svårigheter vid uppföljningen fem månader efter avslutad intervention. Två deltagare hade angivit i stort sett oförändrade värden. Fem deltagare hade värden som låg över fyra på Distresstermometern vilket manar till ny bedömning och uppföljning.

Antal områden i Distresstermometern är maximalt 39 fördelade mellan praktiska problem, familjerelaterade problem, känslomässiga problem, existentiella/religiösa funderingar och fysiska problem. Under pågående kurs hade deltagarna som mest angivit svårigheter inom 28 områden och som lägst inom sju områden (se tabell 2).

Tabell 2.

Distresstermometer - antal områden med problem, maximalt 39 områden. Få områden anger bättre resultat. Vid första mätningen Md=13, vid uppföljning Md=7

Deltagare	Under kurs	Efter kurs	5-mån uppföljning
A	28	saknas	10
B	7	13	7
C	19	22	18
D	12	saknas	6
E	13	11	6
F	8	3	3
G	15	16	11

Vanligast förekommande angivna problem var inom den känslomässiga och fysiska sfären; oro, rädsla, nervositet, nedstämdhet, depression, trötthet, nedsatt minne/koncentration, sexuella problem, sömnproblem, smärta, stickningar händer/fötter samt rörlighet. Vid uppföljning fem månader senare hade sex av sju deltagare angivit färre antal områden för svårigheter. Tre av dessa hade dock fortfarande problem inom tio eller fler områden. Vanliga kvarvarande områden med svårigheter angivna av minst hälften av deltagarna var nedsatt minne/koncentration, trötthet, oro, rädsla och inom arbete/studier. Flera deltagare hade kvarvarande områden som var rejält påverkade av sjukdom och behandling men tre av dessa deltagare hade angivit låga värden som motsvarar att man anses kunna ta hand om dessa med egna resurser. Ändrat fokus från konsekvenser av behandling till återgång i arbete och andra vardagliga aktiviteter gjorde att besvärande kroppsliga symptom hamnade i bakgrunden. Deltagarna vill inte benämna det acceptans men i takt med att andra viktiga livsområden fungerar eller att oron blir hanterbar så förlorar kroppsliga och känslomässiga bekymmer sin betydelse och välbefinnandet ökar.

> *”Man vet att man kan hantera det och att det blir bättre senare… Det är inte så att jag accepterar det här, jag vill att de ska försvinna om det går men jag är inte så påverkad av det. Det är kanske mer så att livet känns som ”vanligt” så att det är andra bitar som blivit bättre som välbefinnande, det är inte så hopplöst längre.”*
>
> *”Jag är lugnare i mig själv och lyssnar lite mer på familjen nu när det är något. Jag känner mig lugnare i kroppen. Jag kan lättare hantera det för innan stressade jag upp mig för allt annat också fastän det inte behövdes. När jag var stressad i mig själv, stressade jag upp andra också i familjen.*

Tabell 3.

HADS- ångestskattning vid fyra tillfällen, maxvärde=21, lägre värde anger mindre oro/ångest. Md=9 både vid baseline och vid uppföljning

Deltagare	Baseline	Under kurs	Efter kurs	5-mån uppföljning
A	16	17	saknas	9
B	7	9	12	12
C	10	11	15	14
D	9	16	saknas	12
E	8	5	4	3
F	3	3	0	0
G	13	12	5	7

Strax före kursstart hade fem av sju deltagare förhöjda värden på HADS som motsvarar att det förelåg en möjlig eller trolig ångest (se tabell 3). Under pågående kurs steg värdena ytterligare för fyra deltagare. Samtalen tog bland annat upp deltagarnas stora rädsla för återfall vilket blev en exponering för oro. En deltagare fick under pågående kurs symptom som föranledde metastasutredning med besked om återfall. Vid fem månaders uppföljning hade värdena gått ner betydligt hos fyra av deltagarna även om en kvinna fortsatt hade förhöjt värde. Tre deltagare hade högre värden för oro/ångest vid fem månaders uppföljning jämfört med vid baseline. Endast en av dessa hade högt värde vid baseline. Två av de tre med högre värde vid sista mättillfället befann sig i upptrappning av arbetstid trots kvarvarande fysiska hinder. Detta innebar oro för utfallet, om man skulle klara återgången eller eventuellt åter behöva sjukskrivas. Det fanns oro för att den nedsatta arbetsförmågan inte skulle beaktas, att det skulle medföra svårighet att få förlängd sjukskrivning. En deltagare uttryckte oro för minderåriga barns framtida omsorg då deltagaren under pågående kurs fått besked om recidiv med dålig prognos.

I intervjun angav alla deltagare att de hanterade oro bättre eller mycket bättre. Oron var fortfarande vanligt förekommande, främst oro för återfall i cancer men istället för att låta de automatiska tankarna utvecklas till detaljerade katastrofscenarier kunde man oftare hejda sig och känna igen innehållet i tankarna.

”Försöker ta en dag i veckan och låta orostankarna komma”

”Oron planar ut… jag konstaterar mer, gräver inte så djupt. Loket stoppar efter några vagnar nu. Jag är mer närvarande i stunden”

”Mycket bättre om man jämför med hur det har varit. Hela jag mår bättre, känner mig lugn. Jag kan hantera det, det kommer i huvudet men jag kan vifta bort det, tanken kommer men jag kan släppa tanken vilket jag inte kunde innan”

Deltagare beskrev hur de tidigare försökt stänga av oron så fort den gjorde sig påmind men att de nu kunde tillåta sig känna och betrakta oron för att därefter rikta fokus på omgivningen. Mindfulnessövningar som hade fokus på nuet, medveten närvaro i den aktuella situationen användes i programmet.

”… de här meditationsövningarna var bra. Jag åker in i sådana här tunnlar när jag slarvar men de här har jag haft nytta av”

Men det fanns också exempel på hur oron kunde bli överväldigande då kontakt med viktiga personer i livet var det enda som hjälpte.

”Oron är bättre men inte borta för det, ibland är det ren och skär skräck… tänker på olika övningar för att skingra det… när oron och nedstämdheten inte låter sig skingras, när det blir för jobbigt då sticker jag över till x”

Även om majoriteten av deltagarna uttryckte oro för återfall, en återkommande oro som stundtals var besvärande så fanns det undantag. En deltagare beskrev osäkerhet inför andra deltagares berättelser om rädsla för återfall och undrade om hon hade missat något väsentligt eftersom hon inte kände någon oro utan kände stor tillit till sjukvården och till sin egen förmåga att kunna hålla återfall borta. Samma deltagare menade att erfarenhetsutbytet var viktigt men ännu mer väsentligt var att man talade om strategier, hur man kan hantera oro.

Andra aspekter av hälsa som kan påverkas negativt vid cancerbehandling är ökad risk för nedstämdhet och depression. Vid baseline hade fyra av sju deltagare värden på HADS som motsvarade att det förelåg en möjlig eller trolig depression (se tabell 4). Redan under pågående kurs sjönk värdena och vid fem månaders uppföljning hade alla deltagare minskade värden. Två deltagare hade dock fortfarande värden som motsvarade att depression möjligen förelåg.

Tabell 4.

HADS- depressionsskattning vid fyra tillfällen, maxvärde=21, lägre värde anger mindre nedstämdhet/depression. Md=9 vid baseline, Md=3 vid uppföljning

Deltagare	Baseline	Under kurs	Efter kurs	5-mån uppföljning
A	9	12	saknas	4
B	7	3	4	3
C	13	10	9	12
D	6	6	saknas	2
E	9	5	4	0
F	5	4	0	0
G	15	8	8	10

Nedstämdhet och depression visade sig vara ett mindre hot mot välbefinnandet vid uppföljningen efter fem månader än vad oro och ångest var.

Värderad riktning. Deltagarna angav liknande subjektivt beskrivna värderingar inom området hälsa på värderingskompassen. Vanligast förekommande värderingar var att kunna vara aktiv, vilket skiljde sig från att träna, att kunna hantera oro, ha balans mellan krav och förmåga samt att äta rätt. Värderingar som lust, trivas med och acceptera sig själv, harmoni, god sömn, inte ha ont, känna sig frisk och att använda sina resurser förekom också. Värderingskompassen användes som måttstock på hur nära man kunde leva sin värderade riktning. Intervjusvar från uppföljning efter fem månader förtydligade bilden av deltagarnas

förmåga att leva nära sin värderade riktning. Livsområdet hälsa är en domän som av deltagarna rankas ha högt värde i livet, medelvärdet för gruppen är 9,3 och medianvärdet är 10 (se tabell 5).

Tabell 5.

Värderingskompass – hälsa. Värden från fyra mättillfällen på hur nära deltagarna levt sin värderade riktning inom området hälsa

Deltagare	Vikten av värdering i livet*	Baseline°	Under kurs°	Efter kurs°	5-mån uppföljning°
A	8	2	4	saknas	8
B	10	4	9	8	9
C	7	5	5	5	5
D	10	5	6	saknas	6
E	10	3	6	5	7
F	10	9	5	6	9
G	10	4	7	2	6

Not. * värde som anger hur värdefull/viktig individen anser värderingen vara i livet
° värde som anger hur nära man levt sin värderade riktning under den gångna veckan, högre värde anger bättre resultat

Vid fem månaders uppföljning har fem av sju deltagare förbättrat sin förmåga att leva nära sin värderade riktning inom området hälsa. Två har oförändrade värden varav den ena deltagaren levde nära sin värderade riktning redan från början och hade kunnat behålla denna förmåga. Vid sista uppföljande mätning är medianvärdet = sju vilket innebär att gruppen förbättrat sin förmåga att leva nära sin värderade riktning jämfört med baseline då medianvärdet var = fyra.

I intervjun framkom att fem av deltagarna upplevde att de levde betydligt närmre sin värderade riktning när det gällde temat hälsa jämfört med baseline. En av de två som svarade nekande på frågan visade sig ändå leva närmre det hon angett som meningsfullt även om hon på grund av begränsningar och förluster hade frångått en av hälsovärderingarna. Den andra deltagaren som hade svarat nekande hade oförändrat värde pga. samsjuklighet, ihållande konsekvenser av sjukdom och behandling samt osäkerhet avseende arbetsmarknaden. Någon deltagare använde värderingskompassen som en påminnelse för att kunna hålla sig till den värderade riktningen inom området hälsa.

”Jag vet vad jag vill och vart jag vill komma till slut, visst kan jag glömma lite vad jag skrev, därför läser man det igen och tänker efter”

Att kunna hantera oro, leva i balans var en viktig del i hälsobegreppet för flera deltagare. Deltagare beskrev hur de när oron för återfall i cancer kommer över dem, kunde vifta bort oron genom att påminna sig om det liv de lever nu till skillnad från när de var som sjukast. Detta gjorde man genom att se sig omkring och ta in detaljerna i nuvarande situation, en slags medveten närvaro. Andra beskrev hur man istället för att oroa sig och försöka ha kontroll genom att efterleva rutiner och plikter nu prioriterade att följa sina värderingar genom ett aktivt ställningstagande och ändring av beteende.

”Vissa saker har ingen betydelse längre… vi sticker iväg och gör något istället, behöver inte först ha gjort det jag ska. Tänker mycket mer nu – a, jag gör det som är roligt och som jag mår bra av. När man mått så dåligt under cytostatikabehandlingen då är det gott att kunna må så här idag… jag tar livet lättare, tidigare skulle jag ha mera koll, nu vill jag hitta på saker.”

2. Sexuell hälsa och värderad riktning

Resultatet av deltagarnas sexuella hälsa och värderade riktning har redovisats med data från BIS -kroppsuppfattningsskala, data från livsområdena ”intimitet” och ”sexuell hälsa” i den modifierade värderingskompassen och med data från intervjun vid uppföljningen efter fem månader.

Värderingar inom sexuell hälsa beskrevs av deltagarna som lust/kåthet (5st.), njutning/ tillfredställelse (4st.), glädje/glädja (3st.), närhet/samvaro (3st.), tycka om/trivas i sin kropp (2st.). Andra värderingar som angavs var kärlek, känna sig attraktiv, vara fri att ge sig hän, balans, vara rädd om sig och sin partner, fri från obehag i underlivet, frånvaro av smärta (kroppslig), aktivitet. Livsområdet sexuell hälsa har i gruppen ansetts vara en nästan lika viktig domän som hälsa, medianvärde = nio. Differensen mellan hur högt man skattade området och värdet vid baseline var betydande. Medianvärde = tre för hur deltagarna skattat den gångna veckan vid baseline. Efter avslutad rehabiliteringskurs angav fem av deltagarna i intervjun att de levde närmre det som uppfattades som viktigt och meningsfullt när det gällde sexuell hälsa. Alla deltagare hade ökat sin förmåga att leva närmre sin värderade riktning inom området sexuell hälsa vid fem månads uppföljning, medianvärde = sju. Siffrorna i värderingskompassen var minst fördubblade jämfört med baseline undantaget en deltagare (se tabell 6).

Tabell 6.

Värderingskompass – sexuell hälsa. Värden från fyra mättillfällen på hur nära deltagarna levt sin värderade riktning inom området sexuell hälsa

Deltagare	Vikten av värdering i livet*	Baseline°	Under kurs°	Efter kurs°	5-mån uppföljning°
A	8	1	3	saknas	6
B	10	2	5	9	8
C	8	3	4	4	6
D	9	4	5	saknas	8
E	9	3	5	5	7
F	10	6	5	5	8
G	6	0	0	0	4

Not. * värde som anger hur värdefull/viktig individen anser värderingen vara i livet
° värde som anger hur nära man levt sin värderade riktning under den gångna veckan, högre värde anger bättre resultat

I intervjun fem månader efter avslutad grupprehabilitering ansåg sex av sju att de var bättre eller mycket bättre på att hantera påverkan på den sexuella hälsan. Några deltagare beskrev hur de var tryggare och hade fått en annan medvetenhet efter att ha fått information och haft utbyte med andra på kursen. Fakta och bekräftelse kan ha bidragit till acceptans och ökad flexibilitet att trots begränsningar agera mot värderad riktning.

”Man har fått förklaringar, tips och information hur man ska hantera det. Men också bekräftelse, ja, det blir så men prova så här eller så här istället för att tänka att det är skit. Okej, det fungerar inte som jag vill men då kan man försöka något annat eller en variant på det”

En deltagare upprepade informationen till sin partner som gränssättning i sin sexuella relation för att undvika intensiv smärta. Trots att deltagaren upplevde det nedslående med total avsaknad av sexliv ledde det inte till andra strategier för att hantera smärtan och leva närmre sin värderade riktning med ett fortsatt sexliv om än på annat sätt.

Kommunikationen inom parrelationen förbättrades för några deltagare, de kunde uttrycka vad de längtade efter i det sexuella umgänget med hänsyn till kvarvarande hinder orsakat av genomgången behandling.

”Det går i vågor, jag hoppas att jag får mer lust tillbaka, att jag vill, att det är jag som tar första steget. Jag har berättat för min man att jag vill ha lite lust tillbaka”

Någon menade att förbättringen avseende den sexuella hälsan stod i relation till hur biverkningarna klingade av efterhand som tiden gick. Trötttheten beskrevs som en stor

lustdödare men i takt med att trötttheten gav vika ökade den sexuella lusten. De som inte levde närmre sina värderingar avseende sexuell hälsa menade att det var som före kursen eller att det berodde på uttalad trötthet. Lusten kunde finnas men inte förmågan i den utsträckning man önskade. Däremot var njutningen förstärkt när tillfälle väl gavs till sexuell aktivitet.

”… jag är tröttare nu, när jag väl är i det njuter jag enormt, det är som en dimension till. Jag ger mig hän i sexet, höstfärgerna är ännu starkare, maten ännu godare, det är en dimension till”

Intimitet. För många är intimitet en del av den sexuella hälsan men ett eget tema i ACT:s värderingskompass. En del värderingar inom intimitet beskrevs av fler än en deltagare: sex (4st.), tillit (4st.), humor/glädje/skratt (3st.), öppenhet/ärlighet (3st.), kärlek (2st.), närhet (2st.), lyhördhet (2st.). Andra värderingar var känslomässig närhet, mod att vara ”naken”, förståelse, samhörighet, bry sig, respekt, trofasthet, lika värderingar, attraktion, trygghet, gränser och att kunna prata. Även livsområdet intimitet ansågs vara av stort värde och meningsfullt i livet med ett högt medianvärde = 9. Medianvärdet vid baseline var för gruppen relativt högt =7. Vid uppföljning hade tre av deltagarna ökat sin förmåga att leva närmre sin värderade riktnig medan deltagare som hade högt värde redan vid baseline hade oförändrat värde vid uppföljningen. Detta innebar en viss ökning av medianvärdet = 8 vid sista mättillfället (se tabell 7).

Tabell 7.

Värderingskompass – intimitet. Värden från fyra mättillfällen på hur nära deltagarna levt sin värderade riktning inom området intimitet

Deltagare	Vikten av värdering i livet*	Baseline°	Under kurs°	Efter kurs°	5-mån uppföljning°
A	9	4	5	saknas	7
B	10	5	8	9	8
C	10	4	6	5	7
D	10	10	6	saknas	9
E	9	7	7	7	7
F	10	10	8	8	10
G	9	9	9	4	9

Not. * värde som anger hur värdefull/viktig individen anser värderingen vara i livet

° värde som anger hur nära man levt sin värderade riktning under den gångna veckan, högre värde anger bättre resultat

Deltagare hittade andra sätt att leva efter sina värderingar, de tog ett egenansvar och blev själva aktiva trots kvarvarande hinder som; torra slemhinnor i underlivet, sveda, nedsatt lust, att man inte kände sig attraktiv, trötthet där återgång i arbete gav mindre energi till intimitet. Någon agerade mer kärleksfullt, intimitetsskapande på ett medvetet sätt oberoende av sexuell lust.

”Nu ser jag det här mer med glädje. Vill jag få ut njutning av det så får jag hjälpa till lite själv, man kan inte bara låta en annan fixa det”

”Jag är mycket mer medveten. Jag ger kram och smek mer medvetet, inte bara när lusten är där utan medvetet”

Vid fem månaders uppföljning levde alla deltagare nära sin värderade riktning inom området intimitet. Diskrepansen mellan önskad värderad riktning och hur den senaste veckan fungerat, hade minskat betydligt hos de deltagare som levde långt från sina värderingar vid baseline. Kvarvarande hinder som begränsade några deltagare var bristande lyhördhet och förståelse, trötthet, frånvaro av närhet, nedsatt lust, frånvaro av sex och att man var obekväm med kroppen. I intervjun framkom att tre av de sju deltagarna upplevde att de levde betydligt närmre sin värderade riktning avseende intimitet efter avslutad rehabiliteringskurs. Övriga deltagare menade att de redan vid cancerbeskedet blivit medvetna om vad man uppfattade som meningsfullt och viktigt. Andra framhöll att kursen ändrat deras beteende, att man istället för att dra sig undan hade en mer öppen och aktiv dialog med partnern där önskemål och gränssättning blev tydligare. På så sätt ökade möjligheten till lyhördhet och närhet.

> *”Jag är mer lyhörd, som det här med närhet om jag inte vill att det ska gå längre då försöker jag säga det på ett snällt sätt”*
>
> *”Jag visar det mer än innan att min partner är viktig, jag agerar mer intimt”*
>
> *”… vi har blivit stärkta i gemensam erfarenhet, vi är mer rädda om varandra, från båda hållen. Det är bara den sexuella lusten som inte är bra”*

Trots att intimiteten hanterades bättre fanns det oro och skuldkänsla hos en deltagare som uppfattade att sjukdom och behandling tagit stor plats och skapat obalans i förhållandet.

”… det dåliga samvetet gnager. Det är mycket fokus på mig och mitt mående, det är ingen balans och det är orättvist. Det orkar man inte riktigt prata om – är du sexuellt tillfredställd?”

Kroppsuppfattning. Under rehabiliteringskursen angav alla deltagare via enkät (BIS) att de kände sig missnöjda med sin kropp och att de kände sig mindre fysiskt attraktiva på grund av sjukdom och behandling. Flera deltagare angav en påverkan på kroppsuppfattningen med 27 som högsta värde (maxvärde =32) och åtta som lägst värde, median= 17 (se tabell 8).

Tabell 8.

Body Image Scale (BIS) – kroppsuppfattningsskala. Fyra mättillfällen, maxpoäng = 32, högre poäng anger större påverkan på kroppsuppfattningen.

Deltagare	Baseline	Under kurs	Efter kurs	5-mån uppföljning
A	19	21	saknas	17
B	17	15	19	15
C	27	22	27	27
D	22	20	saknas	23
E	15	16	20	14
F	16	19	13	13
G	8	9	9	8

Majoriteten av deltagarna angav att de kände sig mindre kvinnliga och mindre sexuellt attraktiva på grund av sjukdom och behandling samt hade svårt att se sig själv nakna. En övning under kursen var samtal om hur man upplevde sin kropp och sitt utseende efter avslutad behandling jämfört med före cancerbeskedet. Upplevelserna beskrevs kort med ett eller två ord. Tiden före cancerbesked beskrev deltagarna med orden: ”såg yngre ut, hade bröst, var lugn och glad, var kvinnlig, lagom vikt, var stark, frisk, fin i utseendet”. Tiden efter behandling beskrevs med orden: ” trött, orolig, stressad, stympad, kort frisyr, svag, sjuk, finare utseende, ser ut som en gubbe, stympad, ser äldre ut, ett bröst”. Därefter fick deltagarna beskriva vad de var nöjda med: ”rumpan, jag kan röra mig, kroppen bär mig, smalare, mer kroppsbalans och kroppskännedom, spenslig, nöjd med utseendet, frisyren, längre ögonfransar”.

Det skedde en försiktig förbättring av kroppsuppfattningen för fyra deltagare vid uppföljning efter fem månader. Övriga tre deltagare hade oförändrade eller något högre värden, vilket sammantaget gav medianvärde = 15. Intervjun bekräftade dessa resultat att förmågan att hantera den förändrade kroppsuppfattningen var bättre hos fyra deltagare, oförändrad hos två deltagare och sämre hos en deltagare. De som inte upplevde någon förbättring hänvisar antingen till årstiden med kläder som visar fram mer av kroppen vilket gav ett obehag eller hur ett konstant undvikande av att se på sig själv effektivt förhindrat acceptans.

”Sämre för att det varit sommar, när man skulle börja med bikini och klänningar, innan tänkte man inte på det så mycket men nu har det stört mig extremt mycket”

”Jag går inte till badhus, hoppar över det. När jag tränar så duschar jag hemma. Det har blivit värre”

”Jag försöker att inte titta på mig, ser men ser inte. Om jag står framför spegeln kan jag se ansiktet, det andra – vet att det är där men jag ser det inte, tittar inte ner på det”

Återgång i arbete sammanföll inte sällan med tiden för känslomässiga reaktioner efter avslutad behandling. Sorg uttrycktes över en förändrad kropp efter ofrivillig viktuppgång och förlust av inre eller yttre organ.

”… under behandlingarna hade jag fullt upp med att klara det, då hade jag inte tid med att ta itu med hur jag såg ut. Jag hade haft fullt upp med att försöka överleva. Senare när jag var på väg tillbaka då var jag mer medveten om vad jag hade förlorat, för det är en förlust. Jag brukade alltid säga att min kvinnlighet inte låg i brösten men stympningen är ganska påtaglig. Plötsligt var mina bröst ganska fina trots att de var hängande…”

Deltagare berättade att de önskade påverka sin förändrade kropp genom ett aktivt val med ändrat beteende. Där ingick regelbunden träning, äta nyttigt och utesluta intag av socker med syfte att gå ner i vikt. Andra hade sökt hjälp i sjukvården och anmält sig till plastikoperation även om det väckte ambivalens.

”Jag ser fram emot operationen samtidigt som jag kan tänka varför har jag dragit igång detta? Men samtidigt vill man inte se ut så här, man vill kunna känna sig kvinnlig, inte se stympad ut eller känna sig så”

De deltagare som menade att förmågan att hantera den förändrade kroppen förbättrats angav dels hur tidens gång inneburit en tillvänjning och acceptans och dels att samtalen med övriga deltagare var bekräftande.

”Jag kan inte göra något åt det – det jag inte kan påverka låter jag vara. Kursen har hjälpt mig att fokusera på det som är bra. Min man visar kärlek oavsett, det stärker att få bli bekräftad – jag känner mig nykär”

”… man har varit så upptagen av sin egen situation… det är nyttigt att se hur andra har haft det, hur de resonerar, man har fått perspektiv på sin egen situation. Man har mött förståelse och man har tipsat varandra”

En deltagare upplevde oförändrad god kroppsuppfattning och beskrev att hon var nöjd. Däremot var det svårare att acceptera rollen som sjuk och begränsad funktionsmässigt vilket framkom i värderingskompassen.

3. Deltagarnas upplevelse av värderingskompass och ACT-baserad grupprehabilitering

Resultatet redovisas under tre rubriker ”värderingskompassens funktion”, ”självomhändertagande” och ”deltagarnas tankar och tips om kursen” med data från intervjun vid uppföljningen fem månader efter avslutad grupprehabilitering.

Värderingskompassens funktion. I intervjun sa sex av de sju deltagarna att värderingskompassen varit till hjälp i rehabiliteringen. Framför allt uppfattades värderingskompassen ge tillfälle till att tänka efter vad som var viktigt i livet. Även om man sedan tidigare visste vad som var väsentligt i livet så var det nytt inom flera livsområden. Vanligast var att man hade värderingarna klart för sig inom livsområdena hälsa, intimitet och föräldraskap.

”Det har varit ett större grepp om helheten, om bitar som man inte var medveten om tidigare”

”Bra teman – viktigt att få sätta ord på det som är viktigt för en – det har funnits med längre fram”

Värderingskompassen har även underlättat förståelsen för egna reaktioner när hinder som trötthet, oro och existentiella funderingar inneburit att man levt långt ifrån sina värderingar och ett lidande uppstått.

”Den har gett en självkännedom så att man är beredd på olika känslor och känslostämningar. Det har gjort det lättare att förstå varför det känns som det gör”

Om man hade flera hinder inom ett väsentligt område som stod utanför ens makt att påverka kompenserade man inte sällan medvetet eller omedvetet genom att fokusera på andra viktiga områden i livet för att hämta kraft och minska lidandet. Flera framhöll hur instrumentets struktur underlättade tänkandet, att hitta det som ger livet mening.

”Struktur ger mig möjlighet att tänka och fundera”

”Det är ett hjälpmedel att fokusera på det som är viktigt när man ska komma igen”

Värderingskompassen har lett till ett aktivt handlande utifrån viktiga värden i livet.

”… att kunna förbättra det tycker jag är viktigt, annars hade jag kanske inte gått till sjukgymnast, annars hade jag kanske inte brytt mig om att ta tag i den biten”

Värderingskompassen var modifierad och innehöll ett tillägg av området ”sexuell hälsa”. Alla deltagare i studien menade att det var meningsfullt eller mycket meningsfullt att ta reda på vad sexuell hälsa innebar för dem. De flesta hade inte reflekterat tidigare utan utgick från att det enbart hade med sexuell aktivitet att göra. Man uppfattade kursens specifika fokus på sexuell hälsa som informativt, bekräftande och för de flesta att det ökade motivationen till förändring.

”Man får tänka efter, samtidigt kommer man på att man har besvär och försöker göra något åt det. Jag hade inte tänkt på glidmedel eller Replens® som du talade om, att man kunde få hjälp av det. Jag gick till apoteket och handlade, ville slippa besvären”

Vissa förutsättningar behövde vara uppfyllda för att det skulle vara givande med fokus på sexuell hälsa även för framtida patienter.

”… en välutbildad sexualrådgivare, någon som tar det på allvar, som man får förtroende för så att det inte blir fnittrigt”.

Värderingskompassen har även använts för att följa den egna processen i rehabiliteringen, inte bara för att hålla sig till sin värderade riktning utan även för att jämföra sin nuvarande upplevelse och mätvärden med tidigare. Detta blir ett sätt att trots kvarvarande hinder kunna jämföra sig med sig själv och se förändringar.

Självomhändertagande. I intervjun tillfrågades deltagarna om kursen inneburit att de upplevt hjälp till självhjälp, om deras självomhändertagande hade ökat vilket sex av de sju deltagarna ansåg. Att ha fokus på sina värderingar, det som ger livet mening gjorde att deltagarna fokuserade på sina resurser istället för att fastna i hinder och konsekvenser av behandling. Man var mer än sina symptom och biverkningar.

”Det viktiga var KBT-tänket. Jag har lärt mig att påverka det som är friskt – att fokusera på det. Jag har inte cancer i hela kroppen, jag är inte mindre begåvad eller mindre kärleksfull”

En ökad förståelse för de egna känslomässiga reaktionerna, för trötttheten och en nedsatt sexlust erhölls genom föreläsningar och erfarenhetsutbyte med övriga deltagare. Tidigare oro och dömande av egna tillkortakommande byttes till en ökad insikt och tolerans.

”Man fick en annan förståelse för olika problem… man förstod på ett annat sätt varför man kände så. Det här med det sexuella, jag förstod varför jag egentligen hade tappat sexlusten, man fick svar på frågor. Vi tar i varandra nu”

Flera deltagare beskrev under kursen hur de börjat prioritera annorlunda utifrån det som var värdefullt och kunde ge exempel på hur tidigare väsentligheter före cancerbeskedet, förvandlats till bagateller. En deltagare fick syn på att hon var värd att lyssnas på, att hennes vilja och värderingar var viktiga och gav mening i livet. Tidigare hade omgivningens krav och behov gått i första hand.

”Jag har börjat lyssna på mig själv. Tänker – måste jag detta, vill jag detta, trivs jag? Försöker sortera bland krav, har börjat prioritera, inte för att jag är bra men jag har börjat ta mig själv på lite större allvar”

Deltagare beskrev hur de blivit bättre på att registrera sina tankar och oroskänslor istället för att som tidigare undvika oron. Kursens praktiska övningar bidrog till att det var lättare att identifiera automatiska tankar och starka känslomässiga reaktioner utan att ryckas med och låta dem bli ett hinder i vardagen.

”Jag känner efter och märker att det är en orostanke och att den inte är så farlig”

I gruppsamtalen framkom deltagarnas frustration över bristande tillit till kroppen, rädslan för återfall, sorg över en förändrad kropp och påverkad sexuell hälsa samt oro för återgång i arbete. Att samtala om detta, där några deltagare dessutom hade erfarenhet av mer än ett cancerbesked innebar en exponering för oro, att kunna härbärgera den tills orosnivån sjönk.

Deltagarnas tankar och tips om kursen. Sex av sju deltagare uppfattade möte med andra i liknande situation med utbyte av känslor och reflektioner som mycket bra eller bra. Gruppsamtalen beskrevs som djupare än de man hade med vänner och bekräftelsen större då deltagarna hade en egen levd erfarenhet till skillnad från vännerna. Att höra om hur andra hade det eller hade haft det och hur de hanterade bekymmer hade en normaliserande effekt då igenkänningen var hög. Några deltagare beskrev hur de fick en ökad uppmärksamhet på andra, att de blev mer medvetna och lyckades på så sätt komma ur ältande och få perspektiv på sin egen situation.

> *”Man fick höra om andras problem. Man var inte bara fast i sina egna. Det var fler som kände likadant och som hade samma problem, man tänkte på dem, inte bara på sig själv, man fick lite tips”*
>
> *”Det blir ju ganska intimt… när man öppnar och berättar saker och ting. Det blev lättare för mig, plötsligt så var inte mitt så hemskt. Innan var det alltid jag och min svärta. Plötsligt kunde jag släppa mitt, du har också svärta och din sjukdom, då kunde man ha förståelse, jaha du känner så – det känner jag igen. Det är ganska bra”*

Deltagare angav att man blivit inspirerad av ”kämpaglöden” hos andra gruppdeltagare, ”det var som en frisk fläkt” som stimulerade till handling. Den deltagare som inte uppskattade intervention i grupp var oförberedd på att några hade behandlats för cancer tidigare och att flera deltagare uttryckte oro för återfall. Det väckte en oro som man precis trodde sig ha kunnat ”stänga dörren för”. Dessutom fanns förhoppning om utbildning och ny kunskap snarare än behandling. Det fanns önskemål om mer homogena grupper medan andra deltagare uppskattade den heterogena gruppsammansättningen med blandade diagnoser och att man kommit olika

långt i sin rehabilitering. Gruppstorleken bedömdes som lagom inte minst för att man talade om sexuell hälsa. De moment som man uppfattade som bäst var förutom gruppdiskussionerna, de praktiska övningarna med medveten närvaro och andningsövningar samt föreläsningarna om fatigue och sexuell hälsa. Momentet att förevisa olika hjälpmedel och glidmedel vid torra slemhinnor i underlivet uppskattades av deltagare.

”Du vet i min generation är man inte var van vid att gå och leta efter olika hjälpmedel... det var så avslappnat, det tyckte jag om… det var så avdramatiserat, som att leta efter en handkräm.”

Arbete med målblad utifrån identifierade värderingar innebar för någon att det var för många papper och otydliga instruktioner medan andra uppskattade att få struktur på målen och att det uppmanade till handling.

”Att jobba med mål, då blev det inte bara att vi skulle tänka, då skulle vi få det på pränt och göra det, då blev det av, lättare att få det gjort… är på banan igen, har kommit igen, mycket nöjd”

Diskussion

Syftet med studien var att undersöka om patienter som nyligen avslutat sin cancerbehandling har lättare att leva närmre sina värderingar inom områdena hälsa och sexuell hälsa efter deltagande i ACT-baserad grupprehabilitering. Syftet var även att testa en modifierad värderingskompass med tillägg av området ”sexuell hälsa”. Det empiriska och det kvantitativa materialet diskuteras utifrån begreppen kring hälsa, sexuell hälsa och ACT som finns presenterade i teoriavsnittet.

Resultatdiskussion

Som väntat hade flera av deltagarna betydande konsekvenser vid baseline efter avslutad cancerbehandling vilket stämmer väl med kunskapsfältet kring biverkningar på kort respektive lång sikt efter avslutad behandling (Miller et al, 2016). Enligt Distresstermometern var antalet angivna områden som var påverkade mellan sju och 28 områden för vilka man hade haft ihållande bekymmer och oro den senaste veckan. De problem som främst angivits var inom den känslomässiga och fysiska sfären; oro, rädsla, nervositet, nedstämdhet, depression, trötthet, nedsatt minne/koncentration, sexuella problem, sömnproblem, smärta, stickningar i händer/fötter samt nedsatt rörlighet. Vid uppföljning fem månader senare har antalet angivna problemområden minskat betydligt till mellan tre och arton angivna områden. Deltagare med

påverkan inom flest antal områden har inte automatiskt ett högt värde på distresstermometern vilket kan tyda på acceptans. Det vill säga att deltagaren lärt sig att leva med begränsningar och ändrade förutsättningar. Antalet konsekvenser och biverkningar blir färre ju längre tid som förflutit sedan behandlingsavslut. Områden som dock kvarstår för de aktuella deltagarna som ihållande bekymmer var främst nedsatt minne/koncentration (6st.), trötthet (5st.), oro (5st.) och rädsla (4st.). Deltagare anger även arbete/studier som ett område för ihållande bekymmer och oro (4st.). Återgången i arbete med kvarvarande konsekvenser som fatigue med både den fysiska komponenten – trötthet och kraftlöshet samt den mentala komponenten med nedsatt minne och koncentrationsförmåga skapar oro för framtiden. Det föreligger för den aktuella gruppen ett samband mellan lägre värden på distresstermometern och upplevelsen av att leva närmre sina värderingar avseende hälsa och ökat välbefinnande vilket överensstämmer med tidigare forskning (Ciarrochi, Fisher & Lane, 2011).

Förhöjda värden som motsvarar att det föreligger en möjlig eller trolig ångest fanns både vid baseline och vid uppföljningen hos flera av deltagarna. På gruppnivå är nivåerna av oro/ångest inte lägre vid uppföljningen även om nivåerna sjunkit rejält för några enskilda individer. Orsakerna till dessa förhöjda värden kan vara flera. Återbesök hos läkare för att utesluta recidiv samt metastasutredning hos en deltagare eller ökad oro till följd av gruppsamtal. Skäl som angavs i arbetet med värderingskompassen och vid intervjun var rädsla för återfall, rädsla för hur man skulle orka med upptrappning av arbete trots kvarvarande symptom och rädsla för barns framtid efter att man som förälder avlidit i cancer. Resultatet stämmer väl med tidigare forskning att rädsla för återfall är vanligt förekommande och kan innebära ihållande förhöjd orosnivå lång tid efter behandling (Mitchell, Ferguson, Gill, Paul, & Symonds, 2013). Det primära fokuset i denna studie var inte att deltagarna skulle bli av med återfallsoro, fatigue eller sexuella dysfunktioner som följd av cancerbehandling utan att öka aktiviteten utifrån värderingar för att minska ohälsa och lidande som uppstår vid verklighetsglapp (Harris, 2013).

Att underlätta för canceröverlevare att återfå så god hälsa som möjligt innebär att man ökar människors välbefinnande och minskar deras lidande, dessutom blir det en samhällsekonomisk investering. I Sverige uppmanas vi att underlätta för människor att ”... ha kontroll över sin hälsa och dess bestämningsfaktorer.” (Folkhälsomyndigheten, 2015, s.1). Formuleringen kan ge tankar om att sjukdom och funktionsnedsättningar går att kontrollera och påverka. En mekanistisk, förenklad syn som skulle kunna skapa frustration och känsla av misslyckande. Med ACT-baserad rehabilitering kan individen identifiera värderingar som hen anser väsentliga inom området hälsa. Det kan även bli tydligare vilka förutsättningar som går

att påverka och vilka som inte låter sig påverkas. ACT:s kärnprocesser stämmer väl överens med hur hälsa beskrivits, att det är en förmåga till handling för att uppnå värdefulla mål i livet vilket ger ett välbefinnande (Folkhälsomyndigheten, 2009).

Förmågan att leva närmre sina värderingar inom området hälsa ökade med ACT-baserad grupprehabilitering. Fem deltagare av sju angav via Distresstermometern att områdena gav mindre ihållande bekymmer. Tre av dessa deltagare hade enligt klinisk bedömning betydande besvär men angav en låg siffra på Distresstermometern vilket kan bero på tillvänjning eller acceptans av det man inte kan påverka. Det är svårare att värdera om deltagarna erhöll en ökad förmåga till acceptans och psykologisk flexibilitet genom deltagande i kursen eller om det berodde på andra faktorer. När fokus flyttas från hinder i tillvaron till viktiga värderingar inom en rad livsområden med hjälp av värdekompassen och deltagarna uppmanas att agera på ett sätt så att man kommer närmre sina värderingar så är syftet ökad psykologisk flexibilitet med större handlingsförmåga. I takt med att handlingsutrymmet ökar och man upplever positiva förändringar inom andra livsområden så kan det betraktas som att välbefinnandet förbättras vilket är en aspekt av god hälsa (Folkhälsomyndigheten, 2009; WHO, 2006). Hälsa som livsområde definierades framförallt med orden ”kunna vara aktiv, kunna hantera oro, balans mellan krav och förmåga, trivas med och acceptera sig själv”. På intervjufrågan ” Efter avslutad kurs lever du närmre dina värderingar, det som du tycker är viktigt och meningsfullt när det gäller hälsa?” svarade fem av deltagarna att de levde betydligt närmre sin värderade riktning. Förmågan att hantera oro kan vara ett annat mått på hälsa inte minst utifrån att det var en värdering som flera av deltagarna angav i värderingskompassen under livsdomänen hälsa.

Värderingskompassen underlättade rehabiliteringen ansåg sex av sju deltagare. Flera deltagare rapporterade att de hade gjort andra prioriteringar i livet. Det är naturligt vid en livsavgörande händelse i livet att stanna upp och reflektera kring vad som är viktigt vilket kan leda till omvärderingar. Det sker oavsett om man deltar i en ACT-baserad rehabiliteringskurs eller ej, däremot kan värdekompassen och innehållet i kursen ha bidragit till att underlätta att man agerar på ett sätt som bättre stämmer överens med det som ger livet mening. Att använda sig av värderingskompass innebar att patientens subjektiva beskrivning av viktiga värderingar inom områdena sexuell hälsa och intimitet blev tydliga. Rehabilitering förmodas bli mer effektiv om man har konkreta mål som utgår från individens värderingar. Det speciella med mål som utgår från individens värderingar är att de följs av större motivation och ökar handlingsutrymmet jämfört med mål som utgår från förväntningar från omgivning och

sammanhang. Till skillnad från konkreta mål är värderingar inget man kan säga sig ha uppnått, de pekar ut riktningen för en process som är ständigt pågående.

Förmågan att leva enligt sin värderade riktning inom området sexuell hälsa hade förbättrats hos alla deltagare vid uppföljningen fem månader efter avslutad kurs. Medianvärdet för värderingskompassen var då sju jämfört med tre vid baseline. I intervjun framkom att sex av sju deltagare ansåg att de blivit bättre eller mycket bättre på att hantera sin sexuella hälsa. Alla deltagare uppfattade att området var viktigt med nästan lika högt värde som den generella hälsan, nio av tio på den tiogradiga skalan. Deltagarnas individuella värderingar var delvis skiftande och delvis gemensamma och stämmer väl överens med WHO:s beskrivning av sexuell hälsa att den är mångfacetterad (WHO, 2006). Deltagarna lyfter fram kroppsligt, mentalt och socialt välbefinnande samt njutning men även frånvaro av smärta. Där fanns en skillnad mellan värderingarna för området intimitet och området sexuell hälsa. Intimitet förknippades med förutom sexuell aktivitet mer relationsinriktade värderingar som tillit, öppenhet, lyhördhet, trofasthet, trygghet, gränssättning, att bry sig och prata. Viktiga värderingar inom sexuell hälsa var lust och njutning förutom kroppsrelaterade värderingar utifrån den egna kroppen som att vara fri från smärta och trivas i sin kropp. Värderingar som återfanns i båda områdena var närhet och att känna eller ge glädje. De deltagare som hade värderingar formulerade utifrån att agera istället för frånvaro av tillstånd t.ex. fri från smärta visade större förbättring i sin sexuella hälsa. Deltagare som agerade mer kärleksfullt, intimitetsskapande och lustbejakande på ett medvetet sätt efter sin värderade riktning fick större framsteg i sin rehabilitering än deltagare som ”tryckt ner pausknappen” i livet och väntade på smärtfrihet. Att agera på ett kärleksfullt sätt och utöva stimulerande handlingar ökar chansen för att stärka kärlek och sexuell lust till skillnad från att passivt invänta ett tillstånd av att känna sig kär eller känna lust (Dahl, Stewart, Martell, & Kaplan, 2013).

Vid sista intervjun framkom en ny aspekt, informantens oro och vånda för att partnern inte var tillfredställd utan levde med lågt sexuellt välbefinnande. Den jämlika sexuella relationen hade kantrat till följd av behandling och ökat fokus på informantens mående vilket gav dåligt samvete. Trots att relationen i övrigt betraktades som starkare efter cancerbesked och att man hade en öppen kommunikation så var detta svårt att tala om. Aspekten med partners sexuella välbefinnande och parens inbördes kommunikation kring den sexuella relationen hade varit intressant att fördjupa men övriga intervjuer var redan slutförda.

Kroppsuppfattningen var förändrad för alla deltagare med missnöjdhet över kroppen och att inte känna sig fysiskt attraktiva längre. De flesta angav även att de kände sig mindre

kvinnliga och mindre sexuellt attraktiva, förändringar som var relaterade till sjukdom och behandling. Undvikande genom att vilja hålla kroppen dold under kläder eller genom att inte se på sin kropp eller spegelbild kännetecknade de tre deltagare som inte upplevde någon förbättring efter avslutad kurs. Kroppens förändrade utseende påminde om genomgången sjukdom och väckte oro och rädsla för återfall. Ärren, frånvaro av kroppsdel, det korta håret blev en påminnelse om det man fruktade mest; att behöva genomgå nya påfrestande behandlingar och ytterst rädslan för döden. Oron hanterades med att undvika situationer som väckte nyfikna eller deltagande frågor och blickar från omgivningen samt situationer som triggade egna minnen och starka känslor. Det förelåg ingen acceptans av ändrat utseende eller av ökad oro. Den psykologiska flexibiliteten kan sägas vara låg då förmågan att acceptera ändrat utseende och stark oro och ändå fortsätta leva efter sina värderingar var nedsatt.

Den kvarvarande effekten efter avslutad kurs är att sex av sju deltagare uppfattade att värderingskompassen underlättade rehabiliteringen samt att ACT-baserad grupprehabilitering underlättade hjälp till självhjälp. Deltagarnas citat från intervjun visar på flera exempel av förmåga till psykologisk flexibilitet med acceptans, medveten närvaro och beteendeförändring. Studien har trots sin begränsade omfattning inneburit viktig metodutveckling för hur man skulle kunna underlätta rehabilitering och inbjuder till fortsatt utveckling. ACT-baserade program används på fler håll inom svensk cancerrehabilitering bland annat på Skånes universitetssjukhus med syfte att bidra med ökade kunskaper om hur deltagaren kan hitta sätt att förhålla sig till en ny livssituation (Skånes universitetssjukhus, 2016). Genom att ha fokus på olika sätt att hantera utmaningar som sjukdomen kan ha medfört är avsikten att öka känslan av meningsfullhet och livskvalitet (a.a.). Värderingskompassens fördel är att den dels fungerar som ett kartläggningsinstrument som fångar den specifika individens subjektiva beskrivning av värderingar och dels som ett strukturerat arbetsinstrument som visar hur väl man klarat att leva nära sina värderingar och vilka hinder som eventuellt förelåg. En modifierad värderingskompass med tillägg av livsområdet sexuell hälsa verkar kunna fånga sexuellt välbefinnande utifrån andra aspekter än som fångas med livsområdet intimitet. Studiens gruppdeltagare framhöll kroppsliga sexuella funktioner, sexuell aktivitet och njutning. Istället för att utan framgång sträva efter att bli av med ökad oro för återfall och kroppsliga konsekvenser som fatigue, perifera neuropatier och torra slemhinnor kan acceptans av nya begränsningar och förutsättningar medföra minskat lidande och ökade möjligheter. Acceptans enligt ACT:s kärnprocesser innebär ett aktivt ställningstagande med engagerat agerande utifrån egna värderingar. Användande av värderingskompass och ACT-baserad grupprehabilitering kan vara metoder som ökar människors handlingsutrymme och välbefinnande.

Metoddiskussion

Metodval. Studien kan beskrivas som en pilot-interventionsstudie med en mix av kvantitativ och kvalitativ metod med mätning före och efter intervention. Studien är även deskriptiv till sin karaktär med beskrivning av hur deltagarna upplevde den modifierade värderingskompassen med tillägg av området sexuell hälsa samt hur förmågan att leva nära sina värderingar uppfattades. Mätning av oros- och nedstämdhetsnivå gjordes med HADS, antal områden för ihållande bekymmer samt svårighetsgrad av dessa gjordes med Distresstermometer, mätning av kroppsuppfattningen gjordes med BIS. Då deltagarna varit få har inga statistiska analyser genomförts. Värderingskompassen användes för att fånga individernas subjektiva beskrivning av hälsa generellt och sexuell hälsa specifikt samt förmåga att leva nära sin värderade riktning inom dessa områden genom mätning på en tiogradig skala. Upplevelsen av den modifierade värderingskompassen samt av förmågan att leva närmre sina värderingar inom området hälsa generellt och sexuell hälsa specifikt gjordes med intervju. Deltagarens subjektiva uppfattning av att leva nära sina värderingar inom området hälsa, sexuell hälsa och intimitet fångades även kvantitativt med värderingskompassens siffror. Individuella intervjusamtal är en erkänd metod för att fånga upplevelsebaserad data och få insyn i den intervjuades livsvärld (Kvale, 1997). Intervjuer underlättar förståelsen och beskrivningen av individuella upplevelser och skeenden, kunskapen blir idiografisk. Fördelen med intervjuer är att man kan få ett djup inom ett område eftersom det finns möjlighet att ställa följdfrågor och be om förtydligande (a.a.). Genom att intervjua flera personer är det möjligt att få fram en varierad och ibland motsägelsefull bild, inte minst inom komplexa områden med många nyanser. En avslappnad intervjumiljö kan upplevas som intim och inbjudande. Det är därför viktigt att intervjuansvarige är medveten om att situationen kan innebära att informanten berättar saker som de är obekväma med senare (a.a), vilket kan vara speciellt känsligt inom området sexuell hälsa som uppfattas som privat. En semistrukturerad intervju genomfördes vilket innebär att man utgår från en intervjuguide men frågorna kan ställas i vilken ordning som helst och följdfrågor utifrån deltagrens svar kan ställas (Lundh, 2012). Intervjun spelades in på band och efter inspelningen transkriberades materialet.

Värderingskompassen med dess specifika livsdomäner har flera fördelar i strävan att öka en individs välbefinnande och livskvalitet. En är respekten för patienten som sin egna normgivare. Det är inte en så kallat expert som försökt beskriva något så privat och svårfångat som till exempel upplevelsen av hälsa eller mer specifikt sexuell hälsa. Med hjälp av frågor om vad som uppfattas som väsentligt och värdefullt inom respektive område, kan individen få syn på vad som ger livet mening och den värderade riktningen i livet blir då tydlig. En annan fördel

med värderingskompassen är att motivationen till beteendeförändring antas öka då inte bara meningsfulla värderingar utan även hinder för att leva utifrån värderingarna blir tydliga vilket ökar handlingsutrymmet (Hayes & Smith, 2007). Studiens fokus enbart på livsdomänerna hälsa och sexuell hälsa kan eventuellt ha påverkat uppföljningen. Oförmåga att leva nära sina värderingar inom området hälsa på grund av ihållande hinder som inte går att påverka kan medföra att individen kompenserar inom en annan livsdomän, vilket är exempel på psykologisk flexibilitet. Ökat fokus och agerande inom andra viktiga domäner där hindrena är färre och möjligheten till positiv respons större är bekräftande och energigivande. Att utesluta övriga livsdomäner i uppföljningen kan innebära att studien missat värdefull information om psykologisk flexibilitet alternativt psykologisk rigiditet.

Tillägg med livsdomänen sexuell hälsa kan diskuteras då både domänen hälsa samt domänen intimitet finns i värderingskompassen. Utifrån ett stort antal genomförda värderingskompasser med patienter är den kliniska erfarenheten att de ofta anger någon form av sexuell aktivitet inom livsdomänen intimitet. Ofta saknas värderingar som berör kroppsliga aspekter av sexuell hälsa. Inom domänen hälsa anges i stort sett aldrig något som berör sexuell hälsa. Eftersom sexuell hälsa är betydligt mer omfattande än sexuell aktivitet på egen hand eller med partner (WHO, 2006; Ouis, 2012) och eftersom den sexuella hälsan alltid påverkas för kortare eller längre tid efter cancerbehandling (Bergmark, 2007) men sällan informeras om eller följs upp inom sjukvården (Rasmusson, Plantin & Elmerstig, 2013), var det väsentligt att testa en modifierad värderingskompass. Deltagarnas beskrivningar inom domänerna sexuell hälsa och intimitet inbjuder till mer konkreta värderingar och visar tydliga skillnader mellan domänerna även om de delvis överlappar varandra. Det blir lättare att specifikt identifiera värderingar och eventuella hinder rörande den sexuella hälsan med en modifierad värderingskompass.

Deltagare och urval. Urvalet bestod av patienter som avslutat cancerbehandling i samband med bedömning av eventuella rehabiliteringsbehov hos rehabiliteringskoordinator. Önskvärt var att ha fler deltagare vid start av rehabiliteringsgrupp med sex-åtta deltagare per grupp för optimal gruppstorlek utifrån att programmet eftersträvade dialog mellan deltagarna. Nio patienter uppfyllde inklusionskriterierna och gav informerat samtycke. Ur ett jämlikhets- och tillgänglighetsperspektiv var det önskat att inkludera kvinnor oavsett ålder, diagnos och relationsstatus eftersom flertalet studier rörande hur den sexuella hälsan påverkar välbefinnandet främst riktar sig till yngre eller medelålders bröstcancerbehandlade kvinnor som lever i en heterosexuell relation. Intentionen var att inkludera ensamstående och äldre men

studien hade få deltagare på grund av kort period för inklusion och de aktuella undersökningspersonerna för interventionen visade sig vara just yngre eller medelålders kvinnor som levde i en relation. Dock fanns flera diagnoser representerade i gruppen.

Design och procedur. Att vänta med intervention tills efter avslutad behandling talar emot tidigare forskningsöversikt där effekten blev bättre ju närmare i tiden interventionen genomfördes i förhållande till diagnosbesked och start av behandling (Scott & Kayser, 2009). Klinisk erfarenhet säger att många cancerpatienter har fullt upp med att orka med ett digert program av tider för undersökningar, behandlingar, stort antal biverkningar, ibland med akut inläggning på sjukhus eller isolering från möten med andra människor då en enkel förkylning pga. benmärgspåverkan kan bli dödlig. Detta försvårar genomförande av preventiva insatser och rehabilitering. Starka känslomässiga reaktioner och existentiella funderingar förekommer inte bara vid diagnosbesked utan överrumplar ofta patienten efter avslutad behandling. Både patient och närstående förväntar sig att allt ska var ”över” och återgå till det normala. Omgivningens vanligt förekommande antagande: ”nu är du väl glad att det är över” skapar inte sällan skuldkänslor och oro hos patienten som känner sig allt annat än glad. Upplevelsen av en illa medfaren kropp, oförbereddheten på ihållande konsekvenser av cancerbehandling som till exempel överväldigande trötthet och sexuell ohälsa, ökad orosnivå med rädsla för återfall, osäkerhet på hur återgång till arbete och fungerande vardag ska ske är bidragande orsaker. Denna kliniska observation har legat till grund för att interventionen genomfördes först efter avslutad cancerbehandling.

Värderingskompassen fungerade som ett arbetsinstrument för deltagarna och föregicks av individuell introduktion och kartläggning före start i ACT-baserad grupprehabilitering. Kursens komponenter var föreläsningar om fatigue, om oro och andra känslomässiga reaktioner, strategier för att hantera oro samt föreläsning om ACT med specifikt fokus på värderingar, medveten närvaro och acceptans. Kursen innehöll även praktiska övningar kopplade till ACT:s kärnprocesser utifrån medveten närvaro, defusion och acceptans. Andra moment var hemuppgifter; att träna övningarna, att agera utifrån rehabiliteringsplan med individens specifika mål utifrån dennes värderingar. Kursen avslutades med individuell sammanfattning och uppföljning. Det är möjligt att interventionen blivit mer effektiv om deltagarna gjorts lika uppmärksam på samtliga kärnprocesser eftersom de inbördes kan påverka och förstärka varandra när man eftersträvar psykologisk flexibilitet. Behandlingskomponenter som inte är specifika för ACT var deltagarnas möte med andra i liknande situation vilket kan

fungera normaliserande, bekräftande men även som en uppmuntran och inge tröst då en del deltagare har kommit längre i sin rehabiliteringsprocess.

Studiens tillförlitlighet. De instrument som ingår i studien HADS, BIS och Distresstermometer är validerade och reliabilitetstestade det vill säga de mäter verkligen det de är avsedda för och resultatet blir detsamma oavsett vem som utför mätningen. Mätinstrument ger förvisso kvantitativa data men de är inte objektiva data som kan observeras utan ett subjektivt resultat utifrån respondenternas egen bedömning (Lundh, 2012). Värderingskompassen är inte ett validerat eller reliabilitetstestat instrument utan ett arbetsinstrument med syfte att ge insikt om värderingar och hinder för att ge ökat handlingsutrymme. Det går inte att utesluta bias i studien då studieansvarig även varit genomförare av interventionen vilket kan ha ökat svarsfrekvensen och gett falskt positiva svar i intervjun. Det optimala hade varit att ha en oberoende person som genomförde uppföljning med intervju. Annan källa till möjlig bias är att mätinstrumenten fyllts i studieansvariges närvaro vilket kan påverka utfallet på ett falskt positivt sätt genom att deltagare angivit att de mått bättre än de gör för att vara den studieansvarige till lags (Lundh, 2012, Wiederman, 2001). Deltagare kan ha fyllt i falskt positiva svar av andra skäl med förvrängda svar utifrån en idealbild som man eftersträvar eller vill framhäva sig utifrån (Wiederman, 2001). Falskt negativa svar kan inte uteslutas för att framhålla sig sämre än man är med förhoppning om fortsatt hjälp, det är dock inte studieansvariges uppfattning i den aktuella studien.

Intern validitet innebär att en intervention kan anses förklara uppnått resultat snarare än andra faktorer (Robson, 2002). Förklaringar till att interventionen haft effekt kan vara deltagarnas positiva förväntan, gemensamma faktorer med andra gruppinterventioner som till exempel uppskattningen av att få möta andra i liknande situation vilket är normaliserande och bekräftande eller ökad kunskap efter föreläsning vilket kan fungera lugnande. Ökad förmåga till njutning och att ge sig hän i nuet skulle kunna hänföras till effekt av mindfulnessövningar men det skulle även kunna kopplas till en existentiell insikt. När man upplevt sig hotad och blivit påmind om livets ändlighet och när oron för återfall är närvarande så kan det vara lättare att njuta medan tid finns. Ovan resonemang innebär att studiens interna validitet är begränsad.

Det föreligger ingen generaliserbarhet eller god extern validitet i studien. På grund av lågt antal deltagare och frånvaro av randomisering med kontrollgrupp kan inga generella slutsatser dras. Resultaten från denna studie säger enbart något om de medverkande deltagarnas rapporterade hälsa och förmåga att leva närmre sin värderade riktning när det gäller hälsa generellt och sexuell hälsa specifikt.

Etiska överväganden. Studien uppfyller kraven för de etiska principerna; information, informerat samtycke, konfidentialitet och nyttjandekrav. Studien är ett utvecklings- och kvalitetssäkringsarbete för vilket skriftligt tillstånd har erhållits från verksamhetschefen.

Förslag på framtida studier. Fortsatt metodutveckling är väsentlig för att finna metoder som kan gynna patienters förmåga att återfå välbefinnande och god livskvalitet trots kvarvarande konsekvenser av cancerbesked och avslutad behandling. För att undersöka om värderingskompassen kan öka möjligheten för patienter i rehabiliteringsfas att leva närmre sin värderade riktning bör kommande studier inkludera fler deltagare, av båda könen samt ha tydligare utfallsmått till exempel med instrument för psykologisk flexibilitet. Uppföljning över längre tid skulle kunna ge svar på om värderingskompassen kan fungera som ett utvärderingsinstrument av strategier och beteendeförändringar. En fråga för fortsatta studier är om efterfrågan av individens unika värderingar och stimulans av beteendeaktivering kan minska lidande och upplevt verklighetsglapp och därmed öka individens välbefinnande och handlingsutrymme.

Den modifierade värderingskompassen är i denna studie testad på individer som haft besvär med både hälsa generellt och sexuell hälsa specifikt. Vilken funktion den modifierade värderingskompassen fyller bland patienter som inte angivit problem med den sexuella hälsan behöver undersökas i ny studie. Upplevs värderingskompassen fortsatt relevant, bidrar den till nya insikter inom livsområdet sexuell hälsa? Ytterligare ett utvecklingsområde är att undersöka om ACT-baserad rehabilitering genomförd för patient och partner är mer effektiv vid sexuell ohälsa än behandling individuellt eller i grupp.

Fokus för den ökade orosnivån hos deltagarna var inte bara oro för återfall utan även för återgång i arbete. Därför är det motiverat med en studie med individuellt formulerade rehabiliteringsplaner som deltagarna upprättar utifrån modifierad värderingskompass med stöd i ACT:s samtliga kärnprocesser för att undersöka om interventionen eventuellt kan underlätta och påskynda återgång i arbete samt till en fungerande vardag.

Referenser

Abbott-Anderson, K., & Kwekkeboom, K. L. (2012). A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecologic oncology*, *124*(3), 477-489.

Benedict, C., Philip, E. J., Baser, R. E., Carter, J., Schuler, T. A., Jandorf, L., DuHamel, K., & Nelson, C. (2016) Body image and sexual function in women after treatment for anal and rectal cancer. *Psycho-Oncology, 25: 316–323. doi: 10.1002/pon.3847*.

Bergmark, K. (2007). Cancer och sexualitet. Patienten vill att frågan väcks. *Onkologi i Sverige*, nr.2, s.72-80.

Brotto, L. A., Erskine, Y., Carey, M., Ehlen, T., Finlayson, S., Heywood, M., … Miller, D. (2012). A brief mindfulness-based cognitive behavioral intervention improves sexual functioning versus wait-list control in women treated for gynecologic cancer. *Gynecologic Oncology*, 125(2), 320–325.

Cancerfonden, (2013). *Cancer i siffror 2013*. Cancerfonden och Socialstyrelsen i samarbete. https://www.cancerfonden.se/om-cancer/cancer-i-siffror-2013 , hämtad 150930.

Ciarrochi, J., Fisher, D., & Lane, L. (2011). The link between value motives, value success,and well-being among people diagnosed with cancer. *Psycho-Oncology* 20:1184-1192.

Dahl, J., Stewart, I., Martell, C., & Kaplan, J., S. (2013). *ACT & RFT in Relationships. Helping Clients Deepen Intimacy and Maintaining Healthy Commitments Using Acceptance and Commitment Therapy and Relational Frame Theory*. Context Press An Imprint of New Harbinger Publications, Inc.

Duijts, S.F., van Beurden, Oldenburg, H. S., Hunter, M.S., Kieffer, J. M., Stuiver, M. M., … Aaronson, N. K. (2012). Efficacy of cognitive behavioral therapy and physical exercise in alleviating treatment-induced menopausal symptoms in patients with breast cancer: results

of a randomized, controlled, multicenter trial. *Journal of Clinical Oncology*, Nov 20; 30 (33): 4124-33.

Elmerstig, E. (2012) Sexuella problem och sexuella dysfunktioner. I L. Plantin & S-A Månsson (red), *Sexualitetsstudier* (1:a uppl., s. 235-253). Liber: Malmö.

Feros, D. L., Lane, L., Ciarrochi, J., & Blackledge, J. T. (2013). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psycho-Oncology*, *22*(2), 459-464.

Fobair, P., Stewart, S. L., Chang, S., D'Onofrio, C., Banks, P. J., & Bloom, J. R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *15*(7), 579-594.

Folkhälsomyndigheten (2009). *Öppna jämförelser 2009 Folkhälsa*. Hämtad 7 december 2016 från Folkhälsomyndigheten: https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12371/Oppna-jamforelser-2009-folkhalsa.pdf

Folkhälsomyndigheten (2015). *Hälsa 2020: Ett policyramverk för sektorsövergripande insatser för hälsa och välbefinnande i WHO:s Europaregion.* Hämtad 7 december 2016 från Folkhälsomyndigheten: https://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/19768/Halsa-2020-Sektorsovergripande-policyramverk-insatser-halsa-valbefinnande-15008.pdf

Graham, C. A., Sanders, S. A., Milhausen, R. R., & McBride, K. R. (2004). Turning on and turning off: A focus group study of the factors that affect women's sexual arousal. *Archives of sexual behavior*, *33*(6), 527-538.

Gunzler, C., & Berner, M. M. (2012). Efficacy of Psychosocial Interventions in Men and Women With Sexual Dysfunctions – A Systematic Review of Controlled Clinical Trials. *J Sex Med*, 2012;9:3108-3125.

Hann, K. E., & McCracken, L. M. (2014). A systematic review of randomized controlled trials of Acceptance and Commitment Therapy for adults with chronic pain: Outcome domains, design quality, and efficacy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *3*(4), 217-227.

Harris, R. (2013). *När livet slår till ACT i svåra stunder.* Bokförlaget Natur och Kultur, Stockholm.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1.

Hayes, S. C., & Smith, S. (2007). *Sluta grubbla börja leva.* Bokförlaget Natur och Kultur, Stockholm.

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, *36*(5), 427-440.

Holland, J. C., & Bultz, B. D. (2007). The NCCN guideline for distress management: a case for making distress the sixth vital sign. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, *5*(1), 3-7.

Hulbert-Williams, N. J., Storey, L., & Wilson, K. G. (2015). Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *European Journal of Cancer Care*, 2015, 24 15-27.

Hummel, S. B., van Lankveld, J. J. D. M., Oldenburg, H. S. A., Hahn, D. E. E., Broomans, E., & Aaronson, N. K. (2015). Internet-based cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women treated for breast cancer: design of a multicenter, randomized controlled trial. *BMC Cancer* (2015) 15:321.

Husson, O., Mols, F., van de Poll-Franse, L., de Vries, J., Schep, G., & Young, M. S. (2015). Variation in fatigue among 6011 (long-term) cancer survivors and a normative population:

a study from the population-based PROFILES registry. *Supportive Care in Cancer*. 23: 2165-2174

Janssen, E., McBride, K. R., Yarber, W., Hill, B. J., & Butler, S. M. (2008). Factors that Influence Sexual Arousal in Men: A Focus Group Study. *Arch Sexual Behavior* 37:252-265.

Jassim G. A., Whitford D. L., Hickey A., & Carter B. (2015). Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 5. Art. No.: CD008729. DOI: 10.1002/14651858.CD008729.pub2

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lehmann, V., Hagedoorn, M., & Tuinman, M. A. (2015). Body image in cancer survivors: a systematic review of case-control studies. *Journal of Cancer Survivorship*, *9*(2), 339-348.

Lundberg, P. O. (2002). Sexualorganens anatomi och fysiologi. I P., O. Lundberg (Red.), *Sexologi* (pp 59-77). Falköping: Liber AB.

Lundh, L-G. (2012). Vetenskapsteori för psykoterapeuter Del 1. Lunds universitet, Institutionen för psykologi, 2009, reviderad 2012.

Ma, X., Zhang, J., Zhong, W., Shu, C., Wang, F., Wen, J., … Liu, L. (2014). The diagnostic role of a short screening tool – the distress thermometer: a meta-analysis. *Supportive Care in Cancer* 22: 1741-1755.

McCracken, L. M., & Morley, S. (2014). The psychological flexibility model: A basis for integration and progress in psychological approaches to chronic pain management. *The Journal of Pain*, *15*(3), 221-234.

Mehnert, A., Koch, U., Sundermann, C., & Dinkel, A. (2013). Predictors of fear of recurrence in patients one year after cancer rehabilitation: a prospective study. *Acta Oncologica*, *52*(6), 1102-1109.

Miller, K. D., Siegel, R. L., Lin, C. C., Mariotto, A. B., Kramer, J. L., Rowland, J. H., … & Jemal, A. (2016), Cancer treatment and survivorship statistics, 2016. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 66: 271–289. doi:10.3322/caac.21349

Mitchell, A. J., Ferguson, D. W., Gill, J., Paul, J., & Symonds, P. (2013). Depression and anxiety in long-term cancer survivors compared with spouses and healthy controls: a systematic review and meta-analysis. *The lancet oncology*, *14*(8), 721-732.

National Cancer Institute, (2013). PDQ® Sexuality and Reproductive Issues. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Hämtad 30 december 2016 från National Cancer Institute: http://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/sexuality-fertility-women/sexuality-hp-pdq

National Comprehensive Cancer Network (2013). *NCCN Clinical Practice Guideline in Oncology. Swedish Edition Distress Management Version 2.2013*. Hämtad 3 november 2016 från National Comprehensive Cancer Network: https://www.nccn.org/

Olsson, C., Athlin, E., Sandin-Bojö, A.-K., & Larsson, M. (2013), Sexuality is not a priority when disease and treatment side effects are severe: conceptions of patients with malignant blood diseases. *J Clin Nurs,* 22: 3503–3512. doi:10.1111/jocn.12333

Ouis, P. (2012). Tradition, religion och sexualitet. Sexuell hälsa och rättigheter i ett globalt perspektiv. I Plantin, L., & Månsson, S-A. (Red.), *Sexualitetsstudier* (pp. 111). Malmö: Liber AB.

Rasmusson E -M., Plantin L., & Elmerstig E. (2013). 'Did they think I would understand all that on my own?' A questionnaire study about sexuality with Swedish cancer patients. *European Journal of Cancer Care* 22, 361–369.

Regionala Cancercentrum i samverkan (2014). *Nationellt vårdprogram cancerrehabilitering.* Hämtat 11 juli 2016 från Regionala cancercentrum i samverkan: https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativ-vard/rehabilitering/natvp_cancerrehabilitering_maj2014_kunskapsunderlag.pdf

Robson, C. (2002). *Real World Research.* Oxford: Blackwell Publishing.

Scott, J. L., & Kayser, K. (2009). A review of Couple-Based Interventions for Enhancing Women´s Sexual Adjustment and Body Image After Cancer. *The Cancer Journal*, Volume 15, Number 1, January/February.

Simard, S., Thewes, B., Humphris, G., Dixon, M., Hayden, C., Mireskandari, S., & Ozakinci, G. (2013). Fear of cancer recurrence in adult cancer survivors: a systematic review of quantitative studies. *Journal of Cancer Survivorship*, *7*(3), 300-322.

Skånes Universitetssjukhus (2016). *Onkologens grupprehabiliteringsprogram, till dig som deltagare.* (Onkologimottagning cancerrehabilitering, 221 85 Lund).

Stephenson, K., Rellini, A., & Meston, C. (2013). Relationship Satisfaction as a Predictor of Treatment Response During Cognitive Behavioral Sex Therapy. *Archives of Sexual Behavior.* Jan;42(1):143-52. doi: 10.1007/s10508-012-9961-3.

Thalén-Lindström, A., Larsson, G., Hellbom, M., Glimelius, B., & Johansson, B. (2013). Validation of the Distress Thermometer in a Swedish population of oncology patients; accuracy of changes during six months. *European Journal of Oncology Nursing* 17, 625-631.

Ussher, J. M., Perz, J., & Gilbert, E. (2012). Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer. *Journal of Advanced Nursing* 69 (2), 327-337.

Ussher, J. M., Perz, J., & Gilbert, E. (2015). Perceived causes and consequences of sexual changes after cancer for women and men: a mixed method study. *BMC cancer*, *15*(1), 1.

WAS (1999). *Declaration of Sexual Rights.* Hämtat den 7 december 2016 från World Association for Sexual Health. http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaration-of-sexual-rights.pdf

WHO (1946) *Constitution of the World Health Organization: Principles*. Hämtat den 7 december från World Health Organization. http://www.who.int/about/mission/en/

WHO (2006). *Sexual Health.* Hämtat 7 december 2016 från World Health Organization. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

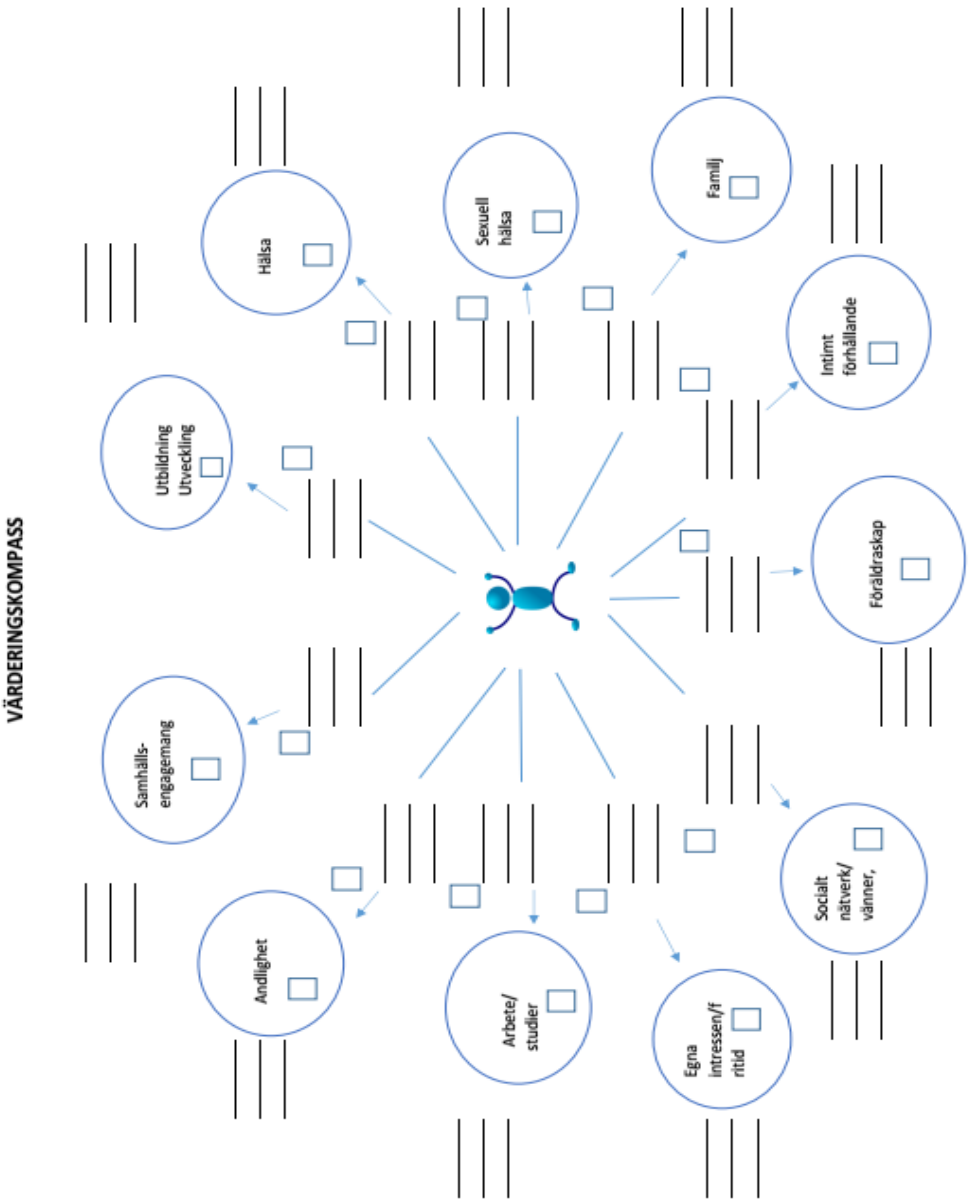
Wiederman, M., W. (2001). *Understanding Sexuality Research*. Wadsworth, Canada.

Wotten, A. C., Abbott, J-A., Chisholm, K. F., Austin, D. W., Klein, B., McCabe, M. P., … Murphy, D. G. (2014). My Road Ahead study protocol: a randomised controlled trial of an psychological intervention for men following treatment for localised prostate cancer. *BMC Cancer* 2014, 14:83, doi:10.1186/1471-2407-14-83.

Zigmond A. S., & Snaith R. P. The Hospital,anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1983;67(6):361-70.

Öst, L-G. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy* 61 (2014) 105-121

Bilaga 1


VÄRDERINGSKOMPASS
Hälsa
Sexuell hälsa
Familj
Intimt förhållande
Utbildning Utveckling
Föräldraskap
Samhälls-engagemang
Socialt nätverk/ vänner,
Andlighet
Arbete/ studier
Egna intressen/fritid

Bilaga 2

Intervjuguide

1. Var värderingskompassen till någon hjälp i rehabiliteringen? Ja nej
2. Om ja, på vilket sätt
3. Efter avslutad kurs lever du närmre dina värderingar = det som du tycker är viktigt och meningsfullt när det gäller hälsa? Ja nej
   Kommentar:
4. Efter avslutad kurs lever du närmre dina värderingar = det som du tycker är viktigt och meningsfullt när det gäller intimt förhållande? Ja nej
   Kommentar:
5. Efter avslutad kurs lever du närmre dina värderingar = det som du tycker är viktigt och meningsfullt när det gäller sexuell hälsa? Ja nej
   Kommentar:
6. Att ta reda på vad sexuell hälsa innebär för mig och har för betydelse var: meningslöst, mindre meningsfullt, meningsfullt, mycket värdefullt Kommentar:
7. Är din förmåga att hantera förändrad kroppsuppfattning mycket bättre, bättre, oförändrad eller sämre?
   Kommentar:
8. Hur kommer det sig tror du att BIS – kroppsuppfattningsskalan visade sämre/bättre efter kursen?
9. Är din förmåga att hantera sexuell påverkan mycket bättre, bättre, oförändrad eller sämre? Kommentar:
10. Är din förmåga att hantera intimt förhållande mycket bättre, bättre, oförändrad eller sämre? Kommentar:
11. Är din förmåga att hantera oro mycket bättre, bättre, oförändrad eller sämre? Kommentar:
12. (Du har låg siffra på Distresstermometern trots många angivna områden med konsekvenser, vad tror du det beror på?)
13. Har kursen inneburit att du upplevt hjälp till ”självhjälp”, att ditt självomhändertagande ökat?
14. Att möta andra i liknande situation var: mycket bra, bra, mindre bra, inte alls bra Kommentar:
15. Något speciellt moment du uppfattade som hjälpsamt?
16. Något speciellt moment som du uppfattade vara mindre hjälpsamt?
17. Några tips och tankar?