

Renate Overaa Alstadsæter, 10087
Terese Haugland Barmen, 10058

Hvordan kan opplevelsen av mestring ha innvirkning på livskvalitet hos pasienter med lungekreft?

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Berit Synnøve Molnes Bringsli
Medveileder: May Helen Midtbust
Juni 2023

Renate Overaa Alstadsæter, 10087

Terese Haugland Barmen, 10058

Hvordan kan opplevelsen av mestring ha innvirkning på livskvalitet hos pasienter med lungekreft?

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie

Veileder: Berit Synnøve Mølnes Bringsli

Medveileder: May Helen Midtbust

Juni 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for helsevitenskap i Ålesund



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn/Hensikt: Å utforske hvordan opplevelsen av mestring kan ha innvirkning på livskvalitet hos pasienter med lungekreft.

Metode: Det ble gjennomført et systematisk litteratursøk i databasene Cinahl Complete og Medline. Totalt er det inkludert fem kvantitative og to kvalitative forskningsartikler. Analysen av artiklene ble gjort i henhold til Evans fire-trinns innholdsanalyse.

Resultat: Analysen førte frem til tre temaer: Bruken av mestringsstrategier som betydning for livskvalitet, mestring av dagliglivet for opprettholdelse av livskvalitet og behandlingsform som avgjørende for pasientens mestring og livskvalitet. Det var en klar sammenheng mellom mestringsstrategier og livskvalitet blant pasienter med lungekreft, der noen av pasientene var påvirket av om diagnosen var kurativ eller ikke. Prognostisk forståelse hadde også innvirkning på livskvalitet.

Konklusjon: Mestring har innvirkning på livskvaliteten, der selvbebreidelse og benektelse er mestringsstrategier knyttet til lavere livskvalitet. Emosjonell støtte, aksept og aktiv mestring er knyttet til høyere livskvalitet. Økt forståelse for mestringsstrategier kan bidra til å bevisstgjøre sykepleier på hvordan pasienter med lungekreft kan oppleve mestring og bedre livskvalitet.

Abstract

Background/Purpose: To explore how the experience of coping can have an impact on the quality of life in patients with lung cancer.

Methods: A systematic literature search where carried out in the databases Cinahl Complete and Medline. In total, five quantitative and two qualitative research articles are included. The analysis of the articles where done according to Evans' four-step content analysis.

Results: The analysis led to three themes: The use of coping strategies as importance for quality of life, coping with daily life to maintain quality of life and treatment as a crucial point for patient's coping and quality of life. There was a clear correlation between coping strategies and quality of life among patients with lung cancer, where some patients were affected by whether the diagnosis was curative or not. Prognostic understanding had an impact on quality of life.

Conclusion: Coping has an impact on quality of life, where self-blame and denial are coping strategies linked to lower life quality. Emotional support, acceptance and active coping mechanism are linked to a higher quality of life. Increased understanding of coping strategies can help make nurses aware of how patients with lung cancer can experience coping and better quality of life.

Innhold

Sammendrag	v
Abstract	vi
Innhold	vii
Tabeller	viii
1 Innledning.....	9
1.1 Bakgrunn for valg av tema	9
1.2 Hensikt og problemstilling	9
1.3 Definisjon av sentrale begreper.....	9
1.4 Avgrensning av oppgaven	10
2 Teori	11
2.1 Kreft.....	11
2.2 Lungekreft	11
2.2.1 Palliativ behandling	11
2.3 Mestring.....	12
2.3.1 Mestringsstrategier	12
2.3.2 Aaron Antonovskys mestringsmodell	13
2.4 Livskvalitet.....	14
3 Metode	15
3.1 Valg av metode.....	15
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	15
3.3 Søkestrategi	15
3.4 Etisk vurdering.....	16
3.5 Valg av litteratur og kildekritikk	16
3.6 Analyse.....	16
4 Resultat	18
4.1 Atrikkelmatriser	18
4.2 Bruken av mestringsstrategier som betydning for livskvalitet.....	25
4.3 Mestring av dagliglivet for opprettholdelse av livskvalitet	25
4.4 Behandlingsform som avgjørende for pasientens mestring og livskvalitet	26
5 Diskusjon.....	28
5.1 Bruken av mestringsstrategier som betydning for livskvalitet.....	28
5.2 Mestring av dagliglivet for opprettholdelse av livskvalitet	29
5.3 Behandlingsform som avgjørende for pasientens mestring og livskvalitet	30
5.4 Styrker og svakheter ved litteraturstudiet	32
6 Konklusjon	33

7 Referanser	34
Vedlegg	38

Tabeller

Tabell 1: Temaer	17
Tabell 2: Artikkel 1	18
Tabell 3: Artikkel 2	19
Tabell 4: Artikkel 3	20
Tabell 5: Artikkel 4	21
Tabell 6: Artikkel 5	22
Tabell 7: Artikkel 6	23
Tabell 8: Artikkel 7	24
Tabell 9: Søkehistorikk i Cinahl Complete	38
Tabell 10: Søkehistorikk i Medline.....	39

Antall ord: 7617

1 Innledning

Følgende presenteres bakgrunn for valg av tema, hensikt og problemstilling. Videre definerer vi sentrale begreper og avgrensning av oppgaven.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I løpet av tre år som sykepleierstudenter, har vi gjennom praksisperioder og relatert arbeid møtt pasienter med ulike utfordringer og diagnoser. En spesifikk pasientgruppe som har gjort sterkt inntrykk på oss, er pasienter med lungekreft. Det har vært utfordrende å forstå hvordan disse pasientene klarer å oppleve mestring og glede til tross for diagnosen. Derfor ønsket vi større forståelse for hvordan opplevelsen av mestring kunne ha innvirkning på livskvalitet hos disse pasientene.

I Norge er kreft den sykdommen som tar flest liv, og i 2022 ble det registrert 38.265 nye tilfeller. Statistikk viser en økning i antall kreftdiagnoser hvert år, der tall fra 2021 viser at over 300.000 nordmenn har en kreftdiagnose. Denne økningen kan til dels skyldes at befolkningen lever lengre enn tidligere, men også at en økende andel er eldre (Kreftregisteret, 2023). Lungekreft forekommer hyppigst hos eldre over 50 år. Statistikk fra 2022 viser at det var 3534 nye tilfeller av lungekreft, der 8 av 10 tilfeller skyldes bruk av tobakk. Samtidig er dette den kreftformen som enklest kan forebygges ved røykeslutt (Kreftregisteret, 2023).

Livskvaliteten hos pasienter med lungekreft er generelt lavere enn hos pasienter med andre kreftdiagnoser (Helsedirektoratet, 2021). Å rette oppmerksomhet til pasientens egne interesser, ressurser og verdier er derfor en viktig sykepleieoppgave for å fremme mestring og livskvalitet hos disse pasientene (Finset, 2018, s. 70).

Økt kunnskap og forståelse om opplevelsen av mestring og livskvalitet hos pasienter med lungekreft, anser vi som en viktig oppgave for fremtidige sykepleiere. Både fordi det kan gi en bedre forståelse av hvordan mestring påvirker pasientens hverdag, men også hvordan dette kan ha innvirkning på pasientens livskvalitet. Sykepleiere kan dermed gi en mer tilpasset støtte og omsorg gjennom hele sykdomsforløpet.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med litteraturstudiet er å utforske hvordan opplevelsen av mestring har innvirkning på livskvalitet. Vi kom frem til følgende problemstilling:

Howdan kan opplevelsen av mestring ha innvirkning på livskvalitet hos pasienter med lungekreft?

1.3 Definisjon av sentrale begreper

Lungekreft er "en malign tumor som utvikler seg i lungene" (Grundt, 2022, s. 226).

Mestring er "individets evne til å håndtere livshendelser og påkjenninger som overstiger de hverdagslige utfordringene" (Renolen, 2015, s. 166).

Livskvalitet "En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er positive, og lav i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er negative" (Næss, 2011, s. 18).

1.4 Avgrensing av oppgaven

Vi har valgt å avgrense litteraturstudiet til pasienter med uhelbredelig lungekreft, fra et pasientperspektiv. Sykepleier møter denne pasientgruppen på ulike arenaer, der de fleste mottar palliativ behandling. Pasienten får behandlingen gjennom oppfølging i onkologisk poliklinikk eller i kortere sykehusopphold, i de periodene medisinsk oppfølging og symptomlindring er nødvendig. Med tanke på litteraturstudiets omfang, fokuseres det ikke på røyking som en utløsende faktor for diagnosen. Pårørende og deres erfaringer er ekskludert, likevel presiseres viktigheten av relasjoner til venner og familie.

2 Teori

I denne delen presenteres følgende: kreft, lungekreft og palliativ behandling. Deretter fremlegges mestring, mestringsstrategier, Aron Antonovskys mestringsmodell og til slutt begrepet livskvalitet.

2.1 Kreft

Svulst og tumor brukes synonymt til neoplasme, som betyr celler som deler seg ukontrollert. Dette oppstår vanligvis ved at cellen påføres fysisk eller kjemisk skade, der cellen frikobles fra organismens cellevekstkontroll. Dette fører til at cellen kan dele seg ukontrollert og utvikle seg til en malign tumor som synonymt kalles kreft. Maligne tumorer har evne til spredning (Bertelsen et al., 2022, s. 116). Maligne kreftceller har også evne til fjernmetastase ved å spre seg via blod- eller lymfesystem, for deretter å utvikle seg videre til annet vev og organer (Bertelsen et al., 2022, s. 119).

2.2 Lungekreft

Lungekreft kan deles inn i åtte hovedgrupper ifølge WHO's histologiske klassifikasjon, men i all hovedsak deles tumoren inn i småcellet og ikke-småcellet karsinom. Ikke-småcellet karsinom utgjør 80% av tilfellene av lungekreft, mens småcellet karsinom utgjør ca. 20% av tilfellene. Sistnevnte type lungekreft er en aggressiv form, og assosieres ofte med tobakksrøyking. Småcellet karsinom vokser raskt, og sprer seg tidlig i forløpet (Grundt, 2022, s. 226).

Personer som får diagnosen lungekreft har ofte gått lenge med vage symptomer (Brustugun, 2017, s. 489). Siden diagnosen ofte oppdages sent i forløpet, tilbys de aller fleste pasienter kun palliativ behandling. De som i et tidlig stadium får påvist lungekreft, og som kan opereres, får i tillegg behandling med kurativ hensikt. Svulstens beliggenhet og størrelse er avgjørende for hvilke symptomer som oppstår, i tillegg til om svulsten har vokst inn i andre organer (Mathiesen, 2017, s. 500).

Et av de vanligste symptomene ved lungekreft er dyspné, og er ofte et alvorlig problem. Andre symptomer er hoste, smerter, fatigue, vekttap og gjentatte pneumonier. Ofte har personene høy gjennomsnittsalder ved diagnosetidspunktet (Mathiesen, 2017, s. 500). Noen kan oppleve slapphet, svimmelhet og generell redusert almenntilstand. Andre kan oppleve hodepine eller manglende matlyst med medfølgende vekttap (Myskja, 2005, s. 16). En lungekreftdiagnose utløser også en stor psykisk belastning, der pasienten kan oppleve følelser av tap, sorg, utrygghet, motløshet, uro, stress og nedstemthet. Utvikling av angst og depresjon er også vanlig (Dahl, 2016, s. 79).

2.2.1 Palliativ behandling

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer palliasjon slik:

Palliativ behandling, pleie og omsorg er en tilnæringsmåte som har til hensikt å forbedre livskvaliteten til pasienter og deres familier i møte med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse, ved tidlig identifisering, grundig kartlegging, vurdering og behandling av smerte, og andre problemer av fysisk, psykososial og åndelig art. (Helsedirektoratet, 2019)

En andel av de som får diagnosen lungekreft, tilbys palliativ behandling som eneste behandlingsform (Mathiesen, 2017, s. 500). De fleste får en kombinasjonsbehandling

som inkluderer strålebehandling og medisinsk cytostatika behandling (Brustugun, 2017, s. 495). Behandlingsformen bestemmes ut ifra hvilket stadium lungekreften er i ved diagnosetidspunktet, pasientens kroppslige tilstand og ønsker (Mathiesen, 2017, s. 505). Behandlingsmålet vil dermed være å bremse sykdomsutviklingen, minimere bivirkningene og lindre symptomene (Mathiesen, 2017, s. 503). Tidlig oppstart av palliativ behandling og tumorrettet behandling, har vist seg å kunne øke både overlevelse og livskvalitet hos disse pasientene (Helsedirektoratet, 2021).

Det har vært en stor utvikling innen forskning når det kommer til fordelene med palliativ behandling. Bedre diagnostikk og behandlingsstrategier utvikles, der flere nå kan leve lengre med sin lungekreftdiagnose enn tidligere (Brustugun, 2017, s. 498). Palliativ behandling har økt fokus på ivaretagelse av pasientens aktive rolle i egen behandlingsprosess. Derfor utarbeides det en individuell palliativ plan hvor pasientene får være delaktige rundt behandlingsmuligheter. I denne prosessen er det rom for informasjon, samtale med behandler og sykepleier, og fokus på mestring for en best mulig livskvalitet (Brustugun, 2017, s. 488).

2.3 Mestring

Mestring kan forstås som de personlige ressursene en person uttrykker gjennom en krevende belastning (Dahl, 2016, s. 64). De mestringsressursene som tilegnes gjennom livserfaringer, legger videre grunnlag for hvordan hvert individ utvikler strategier for å håndtere de ytre og indre utfordringene (Reitan, 2017, s. 89). I dette tilfellet vil det være å leve med de utfordringene som medfølger en lungekreftdiagnose.

2.3.1 Mestringsstrategier

Mestringsstrategier er de atferdsmønstrene en person bruker for å håndtere stress, der alle har et stort utvalg av strategier for å kunne mestre påkjenninger. Derfor finnes det ulike begreper for å karakterisere mestringsatferd. Ofte deles mestringsstrategier i to hovedtyper, tilnærmende mestringsstil og unngående mestringsstil (Finset, 2018, s. 69).

Tilnærmende mestringsstil handler om å ta tak i den vanskelige situasjonen man møter, og aktivt forsøke å forholde seg til det som er vanskelig. Dette blir ofte omtalt som "fighting spirit". Det motsatte for tilnærmende mestringsstil, er unngående mestringsstil. Da unngår man alt som har å gjøre med situasjonen (Finset, 2018, s. 69). Ofte er det slik at personer vil variere mellom å bruke unngående- og tilnærmende mestringsstil, selv om mange ofte bruker den ene mer enn den andre (Eide & Eide, 2017, s. 52).

Å rammes av en alvorlig sykdom kan være vanskelig, å la være å forholde seg til situasjonen kan dermed sees på som en unngående mestringsstil. Man forsøker å distansere seg fra situasjonen eller la være å ta imot støtte eller hjelp fra helsepersonell. Å motta hjelp kan føles som en trussel, fordi dette innebærer å nærme seg problemene (Eide & Eide, 2017, s. 53). Å ta imot emosjonell støtte, kan sees på som en tilnærmende mestringsstil. Forsøke å akseptere det man ikke kan endre noe på, glede seg over disse og å se de mulighetene som allerede finnes, er viktige faktorer ved denne mestringsstilen (Eide & Eide, 2017, s. 52).

Problemfokusert mestring handler om at personen klarer å se situasjonen som realistisk. Hvordan personen vurderer situasjonen, kommer an på hvor alvorlig og ukjent den er. Når vi ønsker å forstå hvorfor en person reagerer på en bestemt måte, må vi prøve å se situasjonen fra personens perspektiv (Gonzalez, 2020, s. 48).

Emosjonsfokusert mestring handler om at personen prøver å redusere det oppståtte følelsesmessige ubehaget som kan komme av en endret livssituasjon, eller prøve å endre mening ved situasjonen. Denne strategien er grunnleggende for å kunne takle og mestre en endret livssituasjon. Personen flykter fra den vanskelige situasjonen eller trekker seg unna, som en psykologisk forsvarsmekanisme. Benekting, isolering eller fortrenkning er eksempler på slike mestringsstrategier, som kan være både bevisste og ubevisste følelsesorienterte mestringsstrategier (Gonzalez, 2020, s. 48).

2.3.2 Aaron Antonovskys mestringsmodell

For å forklare mestring videre har vi tatt utgangspunkt i Anonovskys mestringsmodell. Aron Antonovsky ble født i 1923, og var professor i medisinsk sosiologi (Antonovsky, 2012, s. 23). Antonovsky skapte begrepet salutogenese, som er det motsatte av patogenese. Salutogenese handler om hva som gjør eller holder oss friske. Patogenese handler om å prøve og forstå årsaker til hvordan sykdommer oppstår og utvikler seg i kroppen. I salutogenetisk tenkning fokuseres det på å forstå faktorer som fremmer helse og velvære, i stedet for at man bare fokuserer på at man enten er frisk eller syk (Renolen, 2015, s. 172). Et viktig begrep i Antonovskys teori, er opplevelse av sammenheng, forkortet som (OAS) (Antonovsky, 2012, s. 41).

Antonovsky definerer OAS slik:

Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verd å engasjere seg i. (Antonovsky, 2012, s. 41)

OAS består av tre komponenter: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet.

Begripelighet handler om i hvilken grad man oppfatter det man utsettes for som sammenhengende, tydelig og strukturert. Skårer man høyt på denne komponenten klarer man å forklare disse, og sette hendelsene i en sammenheng (Antonovsky, 2012, s. 39). Håndterbarhet handler om hvilke ressurser man har for å mestre den situasjonen man står i, men også hvordan man bruker de. Dette gjelder både egne ressurser, men også hvordan man får støtte og tilrettelegging fra andre. Når man opplever at livet er vanskelig og det går i motbakke, bearbeider man sorgen og klarer å komme seg videre (Antonovsky, 2012, s. 40). Meningsfullhet handler om de oppgavene man verdsetter å skulle engasjere seg i, og forsøker å gjøre sitt beste ut ifra de utfordringene som kommer. De personene som skårer høyt på denne komponenten er villig til å ta utfordringer ved å finne mening med den, og klarer å gjøre sitt beste for å komme gjennom den (Antonovsky, 2012, s. 40).

Personer med sterk OAS skårer høyt på de tre kjernekomponentene som nevnt over, og personer med svak OAS vil skåre lavt på disse komponentene. De personene med sterk OAS vil med andre ord stadig ha et fortrinn, mens de personene med svak OAS vil være forvirret og ikke ha et godt nok ønske om å mestre situasjonen. Det er derfor viktig å påpeke at OAS ikke er en type mestringsstil, men de personene som har en sterk OAS vil komme til å velge den beste mestringsstrategien for å kunne håndtere situasjonen (Antonovsky, 2012, s. 148).

2.4 Livskvalitet

Mennesker kan være lykkelig i en periode av livet, og ulykkelig i den neste. Det kan være slik at en person opplever nærvær av positive opplevelser, og fravær av negative opplevelser. Om man opplever positive følelser, kan det hende at man som person sjeldnere enn andre opplever negative følelser (Næss, 2011, s. 21). Ifølge Næss (2011) defineres begrepet slik: «En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er positive, og lav i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er negative» (s. 18).

Begrepet slik det defineres, omhandler både de kognitive og affektive opplevelsene. Kognitive opplevelser handler om de tanker, vurderinger og oppfatninger vi opplever, mens affektive opplevelser handler om de mer følelsesmessige tilstander. Om man har nådd målene sine i livet, eller er fornøyd med familielivet, kan være eksempler på kognitive opplevelser. Er noen glad i oss? eller er vi glade i dem? er eksempler på affektive opplevelser (Næss, 2011, s. 21).

Slik begrepet livskvalitet omtales av Næss (2011), handler mye om opplevelsen eller følelsen av å ha det godt, og enkeltpersoners psykiske velvære. Mennesker kan oppleve positive følelser som glede og kjærlighet, og negative følelser som angst og ensomhet. Positive vurderinger kan være opplevelse av selvrealisering og tilfredshet, mens negative vurderinger kan være opplevelse av meningsløshet og skyldfølelse (s. 18-19).

3 Metode

En metode er en systematisk fremgangsmåte som benyttes for å innhente kunnskap og informasjon for å kunne besvare en problemstilling. Det skiller ofte mellom kvalitativ- og kvantitativ metode. Kvantitativ metode gir oss data i form av enheter som er målbare, mens kvalitativ metode gir oss data ved å innhente opplevelser og meninger til deltakere (Dalland, 2020, s. 54).

3.1 Valg av metode

I bacheloroppgaven benyttes det en systematisk litteraturstudie. En litteraturstudie skal inneholde en klar og tydelig problemstilling, og en beskrivelse av valgt søkestrategi for identifisering av relevante studier. Det skal også være tydelige inklusjons- og eksklusjonskriterier for å kunne velge ut de aktuelle artiklene. Videre skal de relevante forskningsartiklene analyseres og presenteres i form av resultater. Til slutt diskuteres resultatet før man kan sammenligne og konkludere (Christoffersen et al., 2020, s. 62-63).

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å identifisere det man skal søke etter i en oppgave, benyttes inklusjons- og eksklusjonskriterier som et hjelpemiddel (Aveyard, 2019, s. 75). Søket i vår litteraturstudie ble avgrenset til artikler fra perioden 2012 – 2023. Vi valgte å søke etter artikler på engelsk, norsk, svensk og dansk for å innhente mest mulig informasjon. Vi avgrenset søket til personer over 19 år og sørget for at de var relevante i forhold til et pasientperspektiv. Vi forsikret oss også om at artiklene var relevant i forhold til vår problemstilling. For å kvalitetssikre artiklene ble de grundig kontrollert at de var fagfelleverdert, og at de fulgte en IMRaD-struktur.

3.3 Søkestrategi

I litteratursøket brukte vi databasene Cinahl Complete og Medline. Vi gjorde søk i andre databaser som PubMed og Idunn, men artiklene vi fant der ble ekskludert grunnet at de var lite relevant. Derfor er våre artikler hentet kun fra databasene Cinahl Complete og Medline. Flere av artiklene er duplikat, ved at de finnes både i Cinahl Complete og Medline. Innenfor sykepleieforskning er dette to viktige databaser (Christoffersen et al., 2020, s. 64). På seminar 3 fikk vi veiledning om å endre problemstillingen vår til "Hvordan kan opplevelsen av mestring ha innvirkning på livskvalitet hos pasienter med lungekreft?". Litteratursøket vårt ble ikke endret, og derfor inngår ikke "opplevelse" i søket. Søkeordene er valgt ut ifra vår første problemstilling: "Hvordan kan mestring bidra til god livskvalitet hos pasienter med lungekreft?". Søkeordene "lung neoplasms", "quality of life", "coping" og "psychological adaptation" ble benyttet i begge databasene. Medline foreslo å bruke emneordet "adaptation, psychological" i stedet for "coping". Se kombinasjon av konsepter i vedlagt søketabell.

I oppgaven beskrives søkene nærmere i vedlagt søkehistorikktabell, og inneholder kun de søkene som førte frem til inkluderte artikler. Avgrensninger i språk, aldersgruppe og alder på artiklene ble lagt inn. Vi brukte de booleske operatørene AND og OR for å kontrollere søket vårt. Disse operatørene gir oss muligheter til å kunne styre søket i den ønskede retningen, og dermed blir resultatene mer presise. Ved å kombinere søkeordet med "AND", får man begrenset søket slik at det blir resultater som kombinerer de søkeordene man har valgt. Om man bruker "OR" får man resultater som inneholder et

eller begge søkeordene separat (Aveyard, 2019, s. 85). Vi valgte ut artikler i de to databasene ved å først lese overskriftene. Deretter leste vi abstract, for så å lese hele artikkelen. På denne måten kunne vi ekskludere de artiklene som ikke var relevant for vår problemstilling. Selv om studiene til Harrop et al. (2017) og Stanze et al. (2019) hadde et begrenset antall deltakere, vurderte vi de som relevante på grunnlag av den verdifulle innsikten de ga om deltakernes subjektive opplevelser.

3.4 Etisk vurdering

I vitenskapelig forskning er etikk en sentral del. I forskningsetikk er det viktig og ivareta personvernet til de som deltar, og dette gjøres for å unngå at det påføres belastninger eller skader hos deltakerne. Dette er regulert gjennom Helsinkideklarasjonen, som inneholder retningslinjer for hvordan helsepersonell skal ivareta deltakerne og beskytte de mot den fare som følger av forskningen (Christoffersen et al., 2020, s. 43). Alle de syv vitenskapelige forskningsartiklene vi har valgt å bruke i denne litteraturstudien redegjorde for sine etiske vurderinger, ved at de var godkjent av etiske komiteer. Samtlige av studiene innhentet også informert samtykke fra deltakerne, i tillegg til at innsamlet data ble anonymisert (Christoffersen et al., 2020, s. 45).

3.5 Valg av litteratur og kildekritikk

Kildekritikk betyr at man skal vurdere og beskrive litteraturen man har brukt. Man skal kunne svare på om det var lett å finne litteraturen, og hvor mye eller lite som fantes. For å bedømme om kildene er relevant for problemstillingen, bør man tenke gjennom hva de forteller, hvilken kvalitet de har, og hvordan man tenker å bruke de videre. Deretter kan man vurdere om kilden er relevant for problemstillingen (Dalland, 2020, s. 152-153). For innhenting av relevant teori til litteraturstudiet vårt, har vi brukt faglitteratur knyttet til bachelorstudiet, i tillegg til annen litteratur. Den anvendte litteraturen er vurdert i forhold til gyldighet, relevans og holdbarhet i forhold til problemstilling og tema. For å vurdere kvaliteten på forskningsartiklene og sikre at de besvarer oppgavens problemstilling, har vi også brukt sjekklister, anbefalt av Helsebiblioteket (2021), og fra Critical Appraisal Skills Programme (2018).

3.6 Analyse

I analysearbeidet av denne oppgaven har vi brukt Evans (2002) sin firetrinns innholdsanalyse som presenteres i ulike trinn nedenfor. Formålet ved å bruke denne innholdsanalysen, var å finne funnene i forskningsartiklene for å produsere frem en ny forståelse av fenomenet vi utforsker.

Trinn 1: I dette trinnet ble Evans (2002) sin innholdsanalyse utført ved en innsamling av datamateriale på en systematisk måte. For å utføre denne innsamlingen ble det utført et nøye planlagt systematisk litteratursøk i forskjellige databaser. Dette søket er nærmere beskrevet i punkt 3.3 søkestrategi.

Trinn 2: I trinn to av Evans (2002) analysearbeid ble betydningsfulle nøkkelfunn oppdaget. Vi foretok oss en grundig gjennomgang og nøye lesning av de artiklene vi valgte, for å oppnå en dypere forståelse av innholdet og for å bli godt kjent med artiklene. For å kunne gjenkjenne de ulike nøkkelfunnene som var relevant for vårt studie, benyttet vi oss av fargekoding på de ulike artiklene. Vi gjentok prosessen ved å gjøre notater fra hver enkelt artikkel underveis i arbeidet. Når denne prosessen var

ferdig, laget vi et fellesdokument hvor vi samlet alle nøkkelfunnene vi hadde funnet fra hver studie.

Trinn 3: I trinn tre av Evans (2002), ble nøkkelfunnene fra hver studie gjennomgått. Ved å sammenligne likheter og forskjeller mellom hverandre, ble det skapt nye synteser. Tre temaer ble utarbeidet ved å kategorisere funnene basert på fellestrekk. Denne prosessen ble gjentatt både for å sikre kvaliteten på nøkkelfunnene, men også for å sikre at de ble riktig kategorisert under de etablerte temaene. Kategoriseringen av de tre syntesene er vist i tabellen nedenfor.

Tabell 1: Temaer

Tema:	Funnet i artikkel:
Bruken av mestringsstrategier som betydning for livskvalitet	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Mestring av dagliglivet for opprettholdelse av livskvalitet	1, 2
Behandlingsform som avgjørende for pasientens mestring og livskvalitet	1, 5, 6, 7

Trinn 4: I det siste trinnet av Evans (2002) sin innholdsanalyse ble funnene benyttet for å gjøre rede for de utarbeidede temaene som ble skapt gjennom analysen. Nøkkelfunnene presenteres i resultatdelen.

4 Resultat

Følgende presenteres artikkelmatriser, før vi deretter presenterer resultater av analysen som er delt inn i tre hovedtemaer.

4.1 Atrikkelmatriser

Tabell 2: Artikkel 1

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
Stanze, H., Schneider, N., Nauck, F. & Marx, G. (2019). «I can't get it into my head that I have cancer...» -A qualitative interview study on needs of patients with lung cancer. <i>PLoS ONE</i> 14(5), 1-17. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216778	Hensikten med studien var å utforske opplevelsene til pasienter med uhelbredelig lungekreft å prøve og forstå hvordan sykdommen påvirket deres selvforståelse og dagligliv.	Ikke oppgitt	Kvalitativ studie Utvalg: 17 pasienter med uhelbredelig lungekreft. Datainnsamling: Intervju Gjennomført i tidsperioden 2013-2014 Analyse: Lydopptak ble tatt av intervjuene, deretter ble de transkribert ordrett og fullstendig anonymisert	Studien belyste følelsen av maktesløshet og ulike strategier som pasientene benyttet for å takle og håndtere utfordringene med diagnosen.	Studien er relevant fordi den viser hvordan pasienter med avansert lungekreft kan styrke sine mestringsstrategier og forbedre sin livskvalitet.

Tabell 3: Artikkel 2

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Harrop, E., Noble, S., Edwards, M., Sivell, S., Moore, B. & Nelson, A. (2017). Managing, making sense of and finding meaning in advanced illness: a qualitative exploration of the coping and wellbeing experiences of patients with lung cancer. <i>Sociology of Health & Illness</i>, 39(8), 1448-1464. https://doi.org/10.1111/1467-9566.12601</p>	<p>Hensikten med studien var å utforske og forstå hvordan pasienter med lungekreft fant mening i, og håndterte sin sykdom.</p>	<p>Coping, cancer, qualitative, wellbeing, sense of coherence, palliative care</p>	<p>Kvalitativ studie</p> <p>Utvalg: 8 pasienter med uhelbredelig lungekreft</p> <p>Datainnsamling: Intervju</p> <p>Gjennomført i tidsperioden september 2011 - desember 2011</p> <p>Analyse: Lyddoptak ble tatt av intervjuene, deretter ble de transkribert ordrett og fullstendig anonymisert.</p>	<p>Tre hovedtemaer ble identifisert for å beskrive pasientenes opplevde bekymringer og utfordringer. Disse var: "å forstå og håndtere sin sykdom", "opprettholde hverdagsliv og relasjoner" og "konfrontering av fremtiden". Under hvert av disse temaene ble det brukt ulike mestringsstrategier som var med å øke pasientenes livskvalitet og velvære.</p>	<p>Studien er relevant fordi den har et pasientperspektiv og belyser ulike mestringsstrategier som økte pasientenes livskvalitet og velvære.</p>

Tabell 4: Artikkel 3

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Jabbarian, L. J., Korfage I. J., Cerv, B., van Delden, J. J.M., Deliens, L., Miccinesi, G., Payne, S., Johnsen, A. T., Verkissen, M. N., Wilcock, A., van der Heide, A. & Rietjens, J. A.C. (2019). Coping strategies of patients with advanced lung or colorectal cancer in six European countries: Insights from the ACTION Study. <i>Psycho-Oncology</i>, 29(2) 347-355. https://doi.org/10.1002/pon.5259</p>	<p>Studien hadde som mål å undersøke hvilke mestringsstrategier pasientene brukte. Hvordan de taklet og håndterte utfordringene, og hvordan disse mestringsstrategiene varierte mellom de seks Europeiske landene: Belgia, Danmark, Italia, Nederland, Slovenia og Storbritannia.</p>	<p>Advanced cancer, cancer, coping, oncology, end of life, psychology, support, tailoring</p>	<p>Kvantitativ studie</p> <p>Utvalg: 675 pasienter med lunge- eller tykktarmskreft.</p> <p>Datainnsamling Data ble innhentet ved bruk av spørreskjemaer.</p> <p>Gjennomført i tidsperioden juni 2015 – mai 2017.</p> <p>Analyse: Det ble gjennomført en faktoranalyse</p>	<p>Studien viste at pasienter med avansert lunge- eller tykktarmskreft brukte problemfokuset mestring og aksept som mestringsstrategi. Benektelse ble minst brukt.</p>	<p>Studien er relevant fordi den gir en forståelse av pasientenes mestringsstrategier og deres behov for informasjon og støtte.</p>

Tabell 5: Artikkel 4

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Nipp, R. D., El-Jawahri, A., Fishbein, J. N., Eusebio, J., Stagl, J. M., Gallagher, E. R., Park, E. R., Jackson, V. A., Pirl, W. F., Greer, J. A., Temel, J. S. (2016). The Relationship Between Coping Strategies, Quality of life, and Mood in Patients with Incurable Cancer. <i>Cancer</i>, 122(13), 2110-2116. https://doi.org/10.1002/cncr.30025</p>	<p>Studiens hensikt var å undersøke sammenhengen mellom mestringsstrategier, livskvalitet og humør blant pasienter med uhelbredelig lunge- eller gastrointestinal kreft. Hvordan de taklet og håndterte situasjonen og om dette påvirket deres opplevde livskvalitet.</p>	<p>Anxiety, copingbehavior, depression, incurable cancer, palliative care, quality of life.</p>	<p>Kvantitativ studie</p> <p>Utvalg: 350 pasienter som var diagnostisert med uhelbredelig lunge- eller ikke-kolorektal gastrointestinal kreft innen 8 uker etter stilt diagnose</p> <p>Datainnsamling: Data ble innhentet ved bruk av spørreskjemaer. Gjennomført i tidsperioden mai 2011 – juli 2015.</p> <p>Analyse: Lineær regresjonsanalyse for å undersøke sammenhengene.</p>	<p>Studien viste at enkelte mestringsstrategier var assosiert med livskvalitet og stemningsleie hos pasientene. Bedre livskvalitet var forbundet med å akseptere situasjonen og motta støtte fra andre. Dårligere livskvalitet var forbundet med mestringsstrategiene benektelse og selvbebreidelse.</p>	<p>Artikkelen er relevant for vår problemstilling både fordi den har et pasientperspektiv og fordi den øker pasientens kunnskap rundt hvilke mestringsstrategier som er effektive for å forbedre livskvaliteten.</p>

Tabell 6: Artikkel 5

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel- begrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Janssens, A., Derijcke, S., Galdermans, D., Daenen, M., Surmont, V., De Droogh, E., Lefebure, A., Saenen, E., Vandenbroucke, E., Morel, A.-M. Sadowska, A. & van Merbeeck, J. P. (2018). Prognostic Understanding and Quality of Life in Patients With Advanced Lung Cancer: A Multicenter Study. <i>Clinical Lung Cancer</i>, 20(3), 369-375. https://doi.org/10.1016/j.clc.2018.11.011</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke sammenhengen mellom pasientens forståelse av prognosen og den opplevde livskvaliteten. Studien ønsket å bidra til en bedre forståelse av hvordan dette kunne påvirke lungekreftpasienters opplevelse av livskvalitet.</p>	<p>Communication , lung cancer, palliative care, prognostic understanding, quality of life</p>	<p>Kvantitativ studie</p> <p>Utvalg: 125 pasienter fra 10 ulike sykehus</p> <p>Datainnsamling: Data ble innhentet ved bruk av spørreskjemaer enten under besøk på poliklinikken eller under sykehusinnleggelse. Gjennomført i tidsperioden mai-juni 2017</p> <p>Analyse: Korrelasjonsanalyse og regresjonsanalyse (statistiske analyser) for å undersøke sammenhengene.</p>	<p>Studien viste at bruk av mestringsstrategier og prognostisk forståelse kunne påvirke deres opplevde livskvalitet. At pasienten hadde forståelse for sin prognose og de positive mestringsstrategiene bidro til at livskvaliteten hos disse pasientene ble bedre.</p>	<p>Denne studien har et pasientperspektiv og er relevant for vår problemstilling både fordi den kan bidra til at pasientene kan ta mer styrkede beslutninger om egen helse, men også opprettholde en bedre livskvalitet.</p>

Tabell 7: Artikkel 6

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Nipp, R. D., Greer, J. A., El-Jawahri, A., Moran, S. M., Traeger, L., Jacobs, J. M., Jacobsen, J. C., Gallagher, E. R., Park, E. R., Ryan, D. P., Jackson, V. A., Pirl, W. F. & Temel, J. S. (2017). Coping and Prognostic Awareness in Patients With Advanced Cancer. <i>Journal of Clinical Oncology</i>, 35(22), 2551-2557. https://doi.org/10.1200/jco.2016.71.3404</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke hvordan pasientene taklet sykdommen sin, og om det var en sammenheng mellom mestringsstrategier og forståelse av prognose.</p>	<p>Ikke oppgitt</p>	<p>Kvantitativ studie</p> <p>Utvalg: 350 deltagere. 54,6% hadde lungekreft, 45,4% hadde gastrointestinal kreft</p> <p>Datainnsamling:Data ble innhentet ved bruk av spørreskjemaer. Elektroniske helsejournaler ble gjennomgått for å hente informasjon om diagnosestadium, alder og kjønn. Gjennomført i tidsperioden mai 2011 – juli 2015.</p> <p>Analyse: Lineær regresjonsanalyse.</p>	<p>Studien viste at et stort antall pasienter hadde en unøyaktig forståelse av prognosen sin. De som hadde en nøyaktig prognostisk forståelse, rapporterte dårligere livskvalitet og humør.</p>	<p>Studien er relevant for vår problemstilling både fordi den legger vekt på betydningen av å bruke mestringsstrategier, men også fordi den gir en innsikt i forholdet mellom pasientens bevissthet rundt egen prognose, livskvalitet og humør.</p>

Tabell 8: Artikkel 7

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Greer, J. A., Jacobs, J. M., El-Jawahri, A., Nipp, R. D., Gallagher, E. R., Pirl, W. F., Park, E. R., Muzikansky, A., Jacobsen, J. C., Jackson, V. A. & Temel, J. S. (2017). Role of Patient Coping Strategies in Understanding the Effects of Early Palliative Care on Quality of life and Mood. <i>Journal of Clinical Oncology</i>, 36(1), 53-60. https://doi.org/10.1200/jco.2017.73.7221</p>	<p>Hensikten med studien var å bidra til en bedre forståelse av hvordan mestringsstrategier kan spille en rolle i tidlig palliativ omsorg.</p>	<p>Ikke oppgitt</p>	<p>Kvantitativ studie</p> <p>Utvalg: Pasienter nylig diagnostisert med uhelbredelig lungekreft og gastrointestinal kreft</p> <p>Datainnsamling: Pasientene fullførte selvrapporteringsvurdering er ved oppstart, ved uke 12 og ved uke 24 enten på papir eller nettbasert spørreskjema. Pasientene ble tilfeldig tildelt forskjellige behandlingsgrupper. Tidlig palliativ omsorg med standard kreftbehandling eller vanlig kreftbehandling alene. Gjennomført i tidsperioden mai 2011 – juli 2015.</p> <p>Analyse: Lineær regresjonsanalyse.</p>	<p>Studien viste at livskvaliteten økte hos de pasientene som fikk tidlig integrering av palliativ omsorg. Dette hadde en positiv effekt på bruk av tilnæringsorientert mestring.</p>	<p>Studien er relevant for vår problemstilling både fordi den har et pasientperspektiv, men også fordi den bidrar til å få en bedre forståelse av hvordan mestringsstrategier kan påvirke pasientenes opplevelse av livskvalitet.</p>

4.2 Bruken av mestringsstrategier som betydning for livskvalitet

Funn i vår litteraturstudie viser at alle de syv artiklene omhandler positive og negative effekter ved bruk av ulike mestringsstrategier (Greer et al., 2017; Harrop et al., 2017; Jabbarian et al., 2019; Janssens et al., 2018; Nipp et al., 2016, 2017; Stanze et al., 2019). Funn i studiene til Harrop et al. (2017) og Stanze et al. (2019) viser at pasientene benyttet en rekke mestringsstrategier med varierende grad av effekt på livskvalitet, der noen deltakere aksepterte sykdommen og alvorlighetsgraden, mens andre benektet den. I studien til Stanze et al. (2019) kom det også frem at noen av pasientene forsøkte å skjule sine fysiske- og psykiske symptomer ved benektelse. En av deltakerne i Stanze et al. (2019) sier i intervjuet: «[...] I notice now for example [...] we are chatting [pause] that the tears are flowing, [nobody] has ever seen that with me ever [...] it's sometimes possibly [pause] false male pride [...] [pause] [tearful] men don't cry» (Mr U, sitert i Stanze et al., 2019, s. 11).

Studien til Harrop et al. (2017) viser at eldre pasienter har en tendens til å akseptere sykdommen ved å normalisere symptomer og tilskrive dem alderdommen. Dette sammenfaller i funnene i studien til Jabbarian et al. (2019), hvor eldre pasienter brukte benektelse som en mestringsstrategi i større grad enn yngre pasienter. Imidlertid kom det også frem at alle pasientene i hovedsak benyttet aksept og problemfokustert mestringsstrategier snarere enn benektelse.

Funn i Nipp et al. (2016) viste at mestringsstrategiene selvbebreidelse og benektelse ble minst brukt. Disse mestringsstrategiene ble forbundet med lavere livskvalitet. Motsatt ble økt livskvalitet forbundet med emosjonell støtte og aksept, og det var disse mestringsstrategiene som ble mest brukt. Pasientene i studien til Janssens et al. (2018) og Nipp et al. (2017) opplevde bedre livskvalitet ved å bruke positive reframing som en mestringsstrategi, denne strategien brukes for å snu tankegangen fra negativ til positiv tenkning. Pasientene i studien til Nipp et al. (2017) benyttet også andre strategier som aksept, aktiv mestringsstrategier og emosjonell støtte. Disse mestringsstrategiene bidro til økt livskvalitet og humør, slik funnet fremkommer.

4.3 Mestring av dagliglivet for opprettholdelse av livskvalitet

Funn i studien til Harrop et al. (2017) og Stanze et al. (2019) viste ulike mestringsstrategier som pasientene benyttet for å håndtere kreftsykdommen og opprettholde livskvalitet. I studien til Stanze et al. (2019) så man at noen pasienter tok en mental og følelsesmessig pause fra sykdommen ved å reise på ferie og flytte fokuset bort fra kreft. Dette bidro til at de midlertidig glemte sykdommen og opplevde seg som friske. En av deltakerne i Stanze et al. (2019) sier i intervjuet:

[...] suddenly [...] it started this infection [...] then I was afraid that we would not be able to fly [...] and beforehand I felt super I can no longer rely on that [...] tomorrow I can suddenly feel unwell [...] but we travelled there [...] we were both scared [...] that I would catch something there [...] but it didn't happen on the day we arrived the sun shone [...] I felt like I was healthy [...] and I truly forgot that I am ill. (Ms G, sitert i Stanze et al., 2019, s. 8)

Samtidig forsøkte andre pasienter å ta kontroll over sin situasjon ved å opprettholde sine vanlige rutiner og gjenoppta hverdagen til tross for behandlingsrelatert stress og maktesløshet (Stanze et al., 2019). Funn i studien til Harrop et al. (2017) fremhever betydningen av å finne mening i omsorg for andre og opprettholde sosial kontakt og familieliv. Dette ga pasientene en følelse av formål og motiverte dem til å fortsette å leve livet. I tillegg var opprettholdelse av daglige aktiviteter og hobbyer en viktig rolle i håndteringen av påkjenningene fra kreftbehandlingen og tilhørende symptomer. En av deltakerne i Harrop et al. (2017) sier i intervjuet:

Yes, I walk to town but I, I do some shopping or go to the library and I catch bus back with the shopping see. I walk my sisters up at (names local site on edge of national park). That`s a two mile walk as well. (Paul, sitert i Harrop et al., 2017, s. 1452)

Disse mestringsstrategiene bidro til pasientenes evne til å takle den nye hverdagen med kreftdiagnosen og hadde en positiv innvirkning på deres livskvalitet (Harrop et al., 2017).

4.4 Behandlingsform som avgjørende for pasientens mestring og livskvalitet

Funn i vår litteraturstudie viser at fire av syv artikler viste ulike aspekter ved håndtering og mestring av kreftsykdom (Greer et al., 2017; Janssens et al., 2018; Nipp et al., 2017; Stanze et al., 2019).

Funn i studiet til Stanze et al. (2019) viste at pasientenes mestring av sykdommen var påvirket av om behandlingen var kurativ eller ikke. Noen pasienter uttrykte misnøye og utrygghet på grunn av manglende avklaringer i behandlingstilbudet, mens tidkrevende palliativ behandling skapte tillit og mulighet for pasientene til å ta egne beslutninger. Åpen dialog med behandleren og lik behandling mellom pasientene var også viktig for pasientenes opplevelse av omsorg og aksept for behandlingen. Noen pasienter opplevde maktesløshet og søkte informasjon på egen hånd for å håndtere situasjonen rundt behandlingen. En av deltakerne i Stanze et al. (2019) sier i intervjuet:

Well and then I give everything to my son he knows how to handle the internet and he prints everything out and so I read about it [pause] and when I`m with the oncologist next time, then I say ((taps on paper)) here it is written down and why don`t you treat me with that. (Mr H, sitert i Stanze et al., 2019, s. 9)

Studiet til Janssens et al. (2018) og Nipp et al. (2017) viste at en betydelig andel av pasientene ble klar over at de hadde uhelbredelig kreft etter å ha fått diagnosen. I studien til Janssens et al. (2018) hadde 47% av pasientene prognostisk forståelse og var klar over at lungekreften var uhelbredelig. Jo lengre tid det gikk fra diagnosen ble stilt, desto bedre prognostisk forståelse fikk pasientene. Prognostisk forståelse ble knyttet til dårligere livskvalitet og humør.

Funn i studiet til Nipp et al. (2017) viser at pasientene som benyttet seg av positive reframing som en mestringsstrategi, rapporterte bedre livskvalitet. De pasientene som trodde onkologens mål var å kurere kreften, hadde bedre livskvalitet. De pasientene som erkjente at onkologens mål ikke var å kurere kreften, rapporterte dårligere livskvalitet. Imidlertid viste det seg at aktiv mestring og aksept kunne føre til bedre livskvalitet selv

for disse pasientene, til tross for deres forståelse av prognosen.

Funn i studiet til Greer et al. (2017) viser at det ikke ble påvist signifikant endring når det gjaldt tidlig integrering av palliativ behandling fra uke 0 til uke 12, sammenlignet med pasienter som mottok standard kreftbehandling. Imidlertid opplevde pasientene som mottok tidlig integrering av palliativ behandling en betydelig større mestringsopplevelse fra uke 12 til uke 24. Her var det en markant økning i deres evne til å håndtere hverdagen med diagnosen. Disse pasientene rapporterte bedre livskvalitet sammenlignet med de som ikke fikk tidlig integrering av palliativ behandling i uke 24.

5 Diskusjon

Med utgangspunkt i funn fra litteraturstudiet, relevant teori og betydning for sykepleie, forsøker vi å besvare problemstillingen "Hvordan kan opplevelsen av mestring ha innvirkning på livskvalitet hos pasienter med lungekreft?"

5.1 Bruken av mestringsstrategier som betydning for livskvalitet

Hovedfunnene i vår litteraturstudie omhandler sammenhengen mellom mestringsstrategier og pasientenes livskvalitet (Greer et al., 2017; Harrop et al., 2017; Jabbarian et al., 2019; Janssens et al., 2018; Nipp et al., 2016, 2017; Stanze et al., 2019). Hvilke strategier bruker pasienter med lungekreft for å mestre sin sykdom? Funn i studiet til Stanze et al. (2019) viser at enkelte kreftpasienter aksepterte sykdommen, mens andre benektet den. Flere av pasientene bekreftet også behovet for å akseptere alvorlighetsgraden av diagnosen, mens noen forsøkte å skjule sine fysiske- og psykiske symptomer ved benektelse. I følge Myskja (2005) finnes det to motsatte mestringsstrategier som kan brukes for å håndtere krisen. Den ene holdningen er total aksept av diagnosen, som da innebærer å ha åpenhet, innhente informasjon og ta i bruk alle hjelpemidler (s. 25). En annen mestringsstrategi er "fighting spirit". Denne strategien innebærer at man har en optimistisk innstilling til diagnosen, og har akseptert den (Reitan, 2017, s. 88). Dette er en mer tilnærmende mestringsstil hvor man tar tak i den vanskelige situasjonen man møter, og aktivt forsøker å forholde seg til det som er vanskelig (Finset, 2018, s. 69).

Sett i sammenheng med Antonovsky (2012) sin teori om opplevelse av sammenheng, ser man at de personene som reagerer ved å akseptere en diagnose, også vil ha en forståelse for situasjonen. De vil finne mening med diagnosen, og dermed klare å håndtere den (s. 39-40). Pasientene vil skåre høyt på de tre kjernekomponentene: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, og dermed ha sterk OAS.

Ifølge Myskja (2005) er den andre holdningen for å håndtere krise, konstruktiv benektelse. Personen forsøker da å leve livet videre som at sykdommen ikke har eksistert (s. 25). Å rammes av en alvorlig sykdom kan være vanskelig, å la være å forholde seg til situasjonen kan dermed sees på som en unngående mestringsstil (Eide & Eide, 2017, s. 53). De personene som reagerer med benektelse, vil ifølge Antonovsky (2012) skåre lavt på kjernekomponentene: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (s. 39-40). Disse pasientene har dermed svak OAS.

I følge Myskja (2005) fungerer de motsatte strategiene godt når det kommer til overlevelse, prognose, livskvalitet og mestring av sykdommen (s. 26). De personene som aksepterer diagnosen, vil i følge Antonovsky (2012) mestre diagnosen bedre, og ha sterk OAS, mens de personene som benekter sin diagnose vil ha svak OAS (s. 39-40). Dette kommer også frem i studien til Jabbarian et al. (2019), hvor alle pasientene i all hovedsak brukte aksept og problemfokustert mestring i større grad enn benektelse. Problemfokustert mestring handler om å prøve å finne ulike strategier for å kunne håndtere eller endre på det man opplever som kan være stressende i omgivelsene (Hestvold, 2018, s. 137).

Det er viktig at sykepleiere gir pasienten mulighet til positiv utvikling av OAS. Å bli innlagt på sykehus, kan oppleves truende og stressfylt. En viktig oppgave for sykepleier

er å gjøre situasjonen både meningsfull, håndterbar og begripelig. For å tilføre de ressursene som kreves, tar man utgangspunkt i pasientens mestningsressurser, både praktiske og kognitive ressurser. Man skal sørge for at mestringserfaringene blir gode, oppmuntre til engasjement og tilpasse erfaringene ut ifra pasientens forutsetninger (Gammersvik, 2018, s. 117).

Funn i studiet til Harrop et al. (2017) og Jabbarian et al. (2019) viste at eldre pasienter hadde en tendens til å akseptere sykdommen ved å normalisere symptomer og tilskrive dem alderdommen. Eldre pasienter brukte benektelse som mestningsstrategi i større grad enn yngre pasienter. Eldre mennesker har ofte en bedre evne til å gi mening til situasjoner som yngre mennesker kan vurdere annerledes. De eldre har ofte en evne til å utvise større motstandskraft mot livshendelser som er negative, ved å tilføre de positive følelser og ha en optimistisk holdning (Thorsen, 2021, s. 47).

Er det slik at eldre mestrer sykdom annerledes enn yngre? En mulig årsak kan være at sykdom henger sammen med alderdom og funksjonssvikt (Travelbee, 2007, s. 86). Det kan derfor være nærliggende å tro at en del eldre har en slik holdning, og at de derfor tenker at de blir sykere jo eldre de blir. Samtidig er det viktig at sykepleier ikke trekker en konklusjon om at alle eldre mestrer sykdom bedre enn yngre, for da kan man overse de som virkelig har behov for støtte. I følge Myskja (2005) er det heller ikke noe entydig svar på hvordan mennesker mestrer å få en kreftdiagnose, da mennesker har ulike måter å reagere på. En kreftdiagnose vil uansett føre med seg en krise (s. 20).

Finnes det da mestningsstrategier som bidrar til bedre eller dårligere livskvalitet? Funn i studien til Nipp et al. (2016) viste at både mestningsstrategiene selvbekreftelse og benektelse ble forbundet med lavere livskvalitet, men disse var minst brukt blant deltakerne. Emosjonell støtte og aksept var forbundet med økt livskvalitet, og var de mest brukte mestningsstrategiene. Andre mestningsstrategier som bidro til bedre livskvalitet var bruken av positive reframing, aksept, aktiv mestring og emosjonell støtte. Disse funnene fremkommer også i studien til Janssens et al. (2018) og Nipp et al. (2017).

5.2 Mestring av dagliglivet for opprettholdelse av livskvalitet

Når man får en kreftsykdom blir de daglige rutinene som tidligere har vært forbundet med trygghet, forutsigbarhet og kontroll endret. Kreftsykdommen kan oppleves som et angrep på etablerte rutiner og trygge og kjente omgivelser. Alle de symptomene som medfølger sykdommen kan føre til at hobbyer og rutiner må erstattes av mer tilrettelagte aktiviteter (Dahl, 2016, s. 24).

Er det slik at mestring av hverdagen har betydning for kreftpasienters livskvalitet? Funn i studiet til (Harrop et al. (2017) og Stanze et al. (2019) viste at for å håndtere behandlingsrelatert stress og maktesløshet, forsøkte noen pasienter å ta kontrollen tilbake ved å opprettholde sine gamle rutiner. Dette bidro til pasientenes evne til å takle den nye hverdagen med kreftdiagnosen, og hadde en positiv innvirkning på deres livskvalitet og humør. Videre ble opprettholdelse av daglige aktiviteter og hobbyer viktig for å håndtere påkjenningene fra kreftbehandlingen og de medfølgende symptomene. Flere av pasientene i studien til Harrop et al. (2017), fant det vanskelig å gå ut med venner og familie for å spise et måltid. Likevel klarte noen av pasientene å opprettholde mening ved å utføre andre aktiviteter som var mer oppnåelige. Disse pasientene kan settes i sammenheng med Næss (2011) sin definisjon av livskvalitetsbegrepet, der personens livskvalitet er god når personen føler seg positiv og lykkelig, både kognitivt og

affektivt (s. 18). Ut ifra dette har de pasientene som klarte å opprettholde mening ved å utføre andre aktiviteter som var mer oppnåelige, bedre livskvalitet. Den belastningen pasienten opplever reduseres ved sosialt samvær med støttende familiemedlemmer og venner. Positive følelser og humor kan også dempe belastningen som medfølger ved å ha en kreftdiagnose, da humor regnes for å være en av de mest effektive psykologiske forsvarsmekanismene (Dahl, 2016, s. 77).

Pasientene i studien til Harrop et al. (2017) fremhever også betydningen av å finne mening i omsorg for andre og opprettholde sosial kontakt og familieliv. Dette ga pasientene en følelse av formål og motiverte dem til å fortsette å leve livet. Det kan derfor tenkes at disse pasientene opplevde nærvær av positive opplevelser som ifølge Næss (2011) er knyttet til god livskvalitet (s. 18). Det å ha et nettverk av familie og venner kan være med på å bidra til at pasienter er i stand til å mestre kreftsykdommen på en bedre måte. Motsatt vil det å ha et lite sosialt nettverk, føre til at pasientens belastninger og byrder øker (Dahl, 2016, s. 25). Dette understrekes også av Rustøen (2004) som belyser at tilstedeværelse av venner og familie kan minne den kreftsyke pasienten på at man har noen å leve for, og at man ikke må gi opp (s. 51).

Hvordan kan sykepleier styrke pasientens opplevelse av mestring? Dette kan gjøres ved å styrke pasientens emosjonsfokuserede mestring, og ved å oppmuntre pasienten til å oppsøke sitt nettverk. Da kan det være viktig for sykepleier å finne ut hvilke personer pasienten ønsker å ha rundt seg, og hvilke personer de har tillit til. Å ha tilhørighet og nærhet er grunnleggende i all mestring. Ved at pasienten har noen å snakke med kan være med på å bidra til at de vonde tankene og følelsene blir satt litt på avstand, og pasienten slipper å sitte alene med vonde tanker og følelser (Reitan, 2017, s. 94).

5.3 Behandlingsform som avgjørende for pasientens mestring og livskvalitet

Hovedfunnene i vår litteraturstudie omhandler behandlingsform som avgjørende for pasientens mestring og livskvalitet (Greer et al., 2017; Janssens et al., 2018; Nipp et al., 2017; Stanze et al., 2019). Funn i studiet til Stanze et al. (2019) viste at pasientenes mestring av sykdommen var påvirket av om behandlingen var kurativ eller ikke. Noen pasienter utrykte misnøye og utrygghet på grunn av manglende avklaringer i behandlingstilbudet. Andre opplevde maktesløshet og søkte informasjon på egen hånd for å håndtere situasjonen rundt behandlingen. Å søke etter informasjon på egenhånd kan sees på som en mestringsstrategi, for å prøve å gjenvinne kontrollen over eget liv (Reitan, 2017, s. 110-111).

Det er individuelle forskjeller i hvor mye kunnskap kreftpasienter har om sykdom og behandlingstilbud. Alle pasienter har rettigheter som er forankret i lov om pasient- og brukerrettighetsloven. I følge §3-2 har pasienten rett til nødvendig informasjon for å få innsikt i egen helsetilstand samt innholdet i helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Pasienten har også rett til å informeres om bivirkninger og mulige risikoer ved behandlingen (Reitan, 2017, s. 108).

En del av den informasjonen som kreftpasientene mottar, vil ofte føre til opplevelsen av tapt kontroll, endret livsforutsetning og usikre framtidsutsikter. Pasientene kan da oppleve maktesløshet. Det å få en kreftdiagnose rammer alle aspekter i pasientens liv, fra enkle hverdagslige gjøremål til de store eksistensielle spørsmålene. Man prøver å finne en mening i det som skjer (Reitan, 2017, s. 110-111).

Funn i studiet til Stanze et al. (2019) viste også at tidkrevende palliativ behandling skapte tillit og mulighet for pasientene til å ta egne beslutninger. Åpen dialog med behandleren og lik behandling mellom pasienter var også viktig for pasientenes opplevelse av omsorg og aksept for behandlingen. Et viktig mål for sykepleier i møte med mennesker i en vanskelig situasjon, er å prøve å skape trygghet og oppnå tillit. For å oppnå dette må sykepleier ha forståelse og respekt for de bekymringer pasienten uttrykker. Denne tryggheten er viktig, fordi bekymringene som pasienten deler, tåles bedre om de blir delt med andre. Sykepleier må møte pasienten på en måte der pasienten føler seg likeverd, både når det gjelder oppfølging, men også i planleggingen av behandlingen (Grov & Wiig, 2018, s. 203).

Er det slik at prognostisk forståelse har innvirkning på livskvalitet hos lungekreftpasienter? Funn i studiet til Janssens et al. (2018) og Nipp et al. (2017) viste at jo lengre tid det gikk fra diagnosen ble stilt, desto bedre prognostisk forståelse fikk pasientene. De pasientene som hadde prognostisk forståelse, og de som erkjente at onkologens mål ikke var å kurere kreften, hadde dårligere livskvalitet og humør. Pasientene som rapporterte at onkologens mål var å kurere kreften, hadde høyere livskvalitet (Nipp et al., 2017). Disse funnene kan settes i sammenheng med Antonovsky (2012) sin mestringsmodell om OAS (s.39-40). Jo lengre tid det gikk fra diagnosen ble stilt, til bedre prognostisk forståelse fikk pasientene, og dette kan knyttes opp mot komponenten begripelighet. Dette handler om hvordan man oppfatter det man utsettes for (Antonovsky, 2012, s. 39). Det kan derfor tenkes at de pasientene som hadde bedre prognostisk forståelse opplevde økt OAS, ved at de forsto og aksepterte diagnosen sin, og samtidig forstod hvilke utfordringer de hadde i vente. Det er derfor trolig at dette også kan føre til en opplevelse av kontroll og håndterbarhet over situasjonen man befinner seg i.

De pasientene som i studien til Nipp et al. (2017) rapporterte at onkologens mål var å kurere kreften, hadde høyere livskvalitet. Dette kan også knyttes opp mot Antonovsky (2012) sin komponent om meningsfullhet, som handler om å ta utfordringer ved å finne meningen med den, og klare å gjøre det beste for å skulle håndtere situasjonen (s. 40). På bakgrunn av dette kan det derfor tenkes at disse pasientene opplevde en større følelse av håp, som igjen kunne påvirke deres OAS, og dermed deres livskvalitet.

Er det slik at behandlingsform er avgjørende for pasientens mestring og livskvalitet? Funn i studiet til Greer et al. (2017) viste at det ikke ble påvist signifikant endring når det gjaldt tidlig integrering av palliativ behandling fra uke 0 til uke 12, sammenlignet med pasienter som mottok standard kreftbehandling. Fra uke 12 til uke 24 opplevde pasientene som fikk tidlig integrering av palliativ behandling en betydelig større mestringsopplevelse som førte til bedre livskvalitet, sammenlignet med de som ikke fikk dette. Funn i studiet til Greer et al. (2017) viste at pasientene opplevde en større mestringsopplevelse fra uke 12 til uke 24, og dette kan relateres til Antonovsky (2012) sin komponent om håndterbarhet, som handler om hvordan man bruker de ressursene man har for å mestre den situasjonen man står i (s. 40). Pasientene som fikk tidlig integrering av palliativ behandling, kan ha opplevd en økt følelse av kontroll, dermed håndterbarhet over egen situasjon. Dette kan igjen ha bidratt til bedre mestring og økt OAS.

De pasientene som fikk tidlig integrering av palliativ behandling, opplevde bedre livskvalitet, sammenlignet med de som ikke fikk dette. Dette kan igjen knyttes til Antonovsky (2012) sin komponent om meningsfullhet. Denne komponenten handler om

hvordan personer finner mening med utfordringen (s. 40). Pasientene som gikk gjennom palliativ behandling, kan ha fått hjelp til å opprettholde en opplevelse av mening i livet, selv om de hadde en kreftdiagnose. Det kan derfor tenkes at dette kan ha bidratt til en bedre OAS, og at livskvaliteten dermed ble bedre.

I palliativ fase legges det stor vekt på livskvalitet og symptomlindring. Dette vil være en viktig målsetting for sykepleier i sin tilnærming til pasienten, uansett hvor pasienten befinner seg, eller hvilke symptomer pasienten har. En kreftdiagnose fører med seg ulike konsekvenser, og det vil derfor være viktig at sykepleier innehar kunnskap om de ulike konsekvensene som medfølger en lungekreftdiagnose (Grov, 2021, s. 545). For å gi pasienten gode forutsetninger for mestring, må sykepleier skape trygghet, tillit og ro rundt pasienten. Dette gir muligheter for pasienten til å kunne uttrykke følelser, tanker og reaksjoner (Mathiesen, 2017, s. 501). Hvordan pasienten mestrer livet ved å få en alvorlig diagnose er individuelt. Livet til den kreftrammede pasienten endres fra den dagen diagnosen blir et faktum, og dette er det viktig at sykepleier er bevisst på (Mathiesen, 2017, s. 503).

5.4 Styrker og svakheter ved litteraturstudiet

Vår litteraturstudie har flere styrker og svakheter. Vi inkluderte både kvalitative og kvantitative studier, der det var flest kvantitative studier tilgjengelig for å besvare vår første problemstilling: "Hvordan kan mestring bidra til god livskvalitet hos pasienter med lungekreft". Etter veiledning på seminar tre ble problemstillingen vår endret til: "Hvordan kan opplevelsen av mestring ha innvirkning på livskvalitet hos pasienter med lungekreft". Grunnet lite tid ble litteratursøket uforandret, og ordet "opplevelse" inngår dermed ikke i litteratursøket.

Til tross for at mye tid og arbeid ble lagt ned i søkeprosessen og i utvelgelsen av artiklene, ble det lite tid til andre deler av oppgaven. Vi ser i ettertid at vi muligens hadde funnet flere kvalitative artikler om vi hadde inkludert ordet "opplevelse" i litteratursøket. Videre har vårt tette samarbeid gjennom tre år på sykepleiestudiet vært en styrke i arbeidet med bacheloroppgaven. Vi kjenner hverandres styrker og svakheter, og dette har hjulpet oss i skriveprosessen. Vi har fokusert spesielt på begrepene livskvalitet og mestring. Disse store begrepene opplevde vi å være krevende og utfordrende, men samtidig er de sterkt sammenkoblet. Vi ser på det som en styrke at vi brukte Antonovskys (2012) teori om opplevelse av sammenheng, som fungerte godt i diskusjonen av resultatet.

6 Konklusjon

Hensikten med vår litteraturstudie var å utforske hvordan opplevelsen av mestring kunne ha innvirkning på livskvalitet hos pasienter med lungekreft. Økt kunnskap kan bidra til å gi sykepleier større forståelse for disse pasientene. Vår litteraturstudie viste en klar sammenheng mellom mestringsstrategier og livskvalitet blant pasienter med lungekreft, der mestringsstrategiene hadde innvirkning på livskvalitet. Mestringsstrategiene aksept og benektelse ble brukt for å håndtere diagnosen, og knyttet til Antonovskys teori om opplevelse av sammenheng (OAS), viste våre funn at de pasientene som aksepterte diagnosen hadde sterk OAS, mens de pasientene som benektet diagnosen hadde svak OAS.

Det er viktig for sykepleier å gi pasienten mulighet til å utvikle en positiv OAS ved å skape mening, håndterbarhet og begripelighet i deres situasjon. Selv om eldre pasienter ofte aksepterte sykdommen ved å tilskrive dem alderdommen, er det viktig å ikke generalisere og anta at alle eldre mestrer sykdom bedre enn yngre. Hvordan pasienter takler en kreftdiagnose er individuelt.

Vi fant at selvbekredretelse og benektelse var mestringsstrategier knyttet til lavere livskvalitet, mens strategier som emosjonell støtte, aksept, positive reframing og aktiv mestring var knyttet til økt livskvalitet. Opprettholdelse av daglige rutiner, sosialt samvær og omsorg for andre hadde også positiv innvirkning på livskvalitet, i tråd med definisjonen av livskvalitetsbegrepet. Tilgang til et støttende nettverk var avgjørende for økt mestring, og sykepleier burde oppmuntre pasienter til å oppsøke og dra nytte av sitt nettverk, da tilhørighet og nærhet er grunnleggende faktorer for mestring.

Mestringsstrategiene for behandling var påvirket av om diagnosen var kurativ eller ikke. Noen pasienter søkte informasjon på egenhånd for å håndtere behandlingssituasjonen, noe som ble betraktet som en mestringsstrategi. Åpen dialog med behandlere og lik behandling for alle pasienter var avgjørende for å akseptere behandlingen, og sykepleier spiller en viktig rolle i å skape trygghet, tillit, forståelse og respekt for å sikre likeverdighet gjennom hele behandlingsforløpet. Pasientenes prognostiske forståelse hadde også innvirkning på livskvaliteten. De som forstod at onkologens mål ikke var å kurere kreften, opplevde lavere livskvalitet sammenlignet med de som visste at målet var kurativt. Dette funnet kunne relateres til Antonovskys mestringsmodell, der pasienter med prognostisk forståelse opplevde økt OAS.

Det har vært mye interessant og relevant forskning innenfor temaet, men vi ser likevel behovet for mer forskning på enkelte områder. Vi ser for oss at det hadde vært interessant å undersøke om mestringsstrategier kan læres bort, og hvordan dette hadde hatt effekt på livskvalitet. I tillegg ser vi også for oss at det hadde vært nyttig med mer kvalitativ- enn kvantitativ forskning på området, fordi dette kan gi et større innblikk i personlige oppfatninger av livskvalitet.

7 Referanser

- Antonovsky, A. (2012) Begrepet oppfattelse av sammenheng. I A. Antonovsky, *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*. Gyldendal Akademisk.
- Aveyard, H. (2019) How do I search for literature? I H. Aveyard, *Doing a literature review in health and social care: A practical Guide* (4th. Edition). Open University Press.
- Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2022). Svulster. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Brustugun, O. T. (2017) Lungekreft. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling* (4. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2020) Analyse av dokumenter og litteraturstudier, I L. Christoffersen, A. Johannessen, P. A. Tufte & I. Utne, *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt Forlag.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2020) Forskerens etiske og juridiske ansvar, I L. Christoffersen, A. Johannessen, P. A. Tufte & I. Utne, *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt Forlag.
- Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a Qualitative research*. https://casp-uk.net/images/checklist/documents/CASP-Qualitative-Studies-Checklist/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.pdf
- Dahl, A. A. (2016) Kreftpasientens utfordringer. I A. A. Dahl, *Kreftsykdom: Psykologiske og sosiale perspektiver*. Cappelen Damm Akademisk.
- Dahl, A. A. (2016) Sårbarheten for psykiske reaksjoner. I A. A. Dahl, *Kreftsykdom: Psykologiske og sosiale perspektiver*. Cappelen Damm Akademisk.
- Dalland, O. (2020) Hva er metode? I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2020) Kunnskapskilder og kildekritikk, I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). Mestring og motivasjon. I H. Eide & T. Eide, *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26.
- Finset, A. (2018) Atferdsmessige og psykologiske forhold. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

- Gammersvik, Å. (2018). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – I teori og praksis*. (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Gonzalez, M. T. (2020). Sykepleiefaglige perspektiver ved psykiske lidelser. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. Gyldendal Akademisk.
- Greer, J. A., Jacobs, J. M., El-Jawahri, A., Nipp, R. D., Gallagher, E. R., Pirl, W. F., Park, E. R., Muzikansky, A., Jacobsen, J. C., Jackson, V. A. & Temel, J. S. (2017). Role of Patient Coping Strategies in Understanding the Effects of Early Palliative Care on Quality of life and Mood. *Journal of Clinical Oncology*, 36(1), 53-60. <https://doi.org/10.1200/jco.2017.73.7221>
- Grov, E. K. & Wiig, H. S. (2018). Kommunikasjon med pasienter i palliativ livsfase. I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*. Gyldendal Akademisk.
- Grov, E. K. (2021). Pleie og omsorg ved livets slutt. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Grundt, H. (2022). Sykdommer i respirasjonsorganene. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Harrop, E., Noble, S., Edwards, M., Sivell, S., Moore, B. & Nelson, A. (2017). Managing, making sense of and finding meaning in advanced illness: a qualitative exploration of the coping and wellbeing experiences of patients with lung cancer. *Sociology of Health & Illness*, 39(8), 1448-1464. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12601>
- Helsebiblioteket (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis: Sjekklistene*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklistene>
- Helsedirektoratet. (2019, 14. oktober). *Palliasjon i kreftomsorgen – handlingsprogram: Definisjon*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/innledning/definisjon>
- Helsedirektoratet. (2021, 23. desember). *Lungekreft, mesoteliom og thymom handlingsprogram: Nasjonal faglig retningslinje*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/lungekreft-mesoteliom-og-thymom-handlingsprogram/palliasjon/definisjon>
- Hestvold, I. V. (2018). Motiverende intervju som tilnærming i kommunikasjonen med pasienter med kroniske sykdommer. I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*. Gyldendal Akademisk.
- Jabbarian, L. J., Korfage I. J., Cerv, B., van Delden, J. J.M., Deliens, L., Miccinesi, G., Payne, S., Johnsen, A. T., Verkissen, M. N., Wilcock, A., van der Heide, A. & Rietjens, J. A.C. (2019). Coping strategies of patients with advanced lung or colorectal cancer in six European countries: Insights from the ACTION Study. *Psycho-Oncology*, 29(2) 347-355. <https://doi.org/10.1002/pon.5259>

- Janssens, A., Derijcke, S., Galdermans, D., Daenen, M., Surmont, V., De Droogh, E., Lefebure, A., Saenen, E., Vandenbroucke, E., Morel, A.-M. Sadowska, A. & van Merbeeck, J. P. (2018). Prognostic Understanding and Quality of Life in Patients With Advanced Lung Cancer: A Multicenter Study. *Clinical Lung Cancer*, 20(3), 369-375. <https://doi.org/10.1016/j.clc.2018.11.011>
- Kreftregisteret. (2023, 10. mai). *Kreft i Norge*. Kreftregisteret. <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>
- Mathiesen, A. S. (2017) Sykepleieutfordringer ved lungekreft. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling* (4. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Myskja, A. (2005) Kreft – Hva nå? I A. Myskja, *Leve med kreft: Hvordan styrke håp og livsmot*. Cappelen.
- Nipp, R. D., El-Jawahri, A., Fishbein, J. N., Eusebio, J., Stagl, J. M., Gallagher, E. R., Park, E. R., Jackson, V. A., Pirl, W. F., Greer, J. A., Temel, J. S. (2016). The Relationship Between Coping Strategies, Quality of life, and Mood in Patients with Incurable Cancer. *Cancer*, 122(13), 2110-2116. <https://doi.org/10.1002/cncr.30025>
- Nipp, R. D., Greer, J. A., El-Jawahri, A., Moran, S. M., Traeger, L., Jacobs, J. M., Jacobsen, J. C., Gallagher, E. R., Park, E. R., Ryan, D. P., Jackson, V. A., Pirl, W. F. & Temel, J. S. (2017). Coping and Prognostic Awareness in Patients With Advanced Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 35(22), 2551-2557. <https://doi.org/10.1200/jco.2016.71.3404>
- Næss, S. (2011) Språkbruk, definisjoner. I S. Næss, T. Moum & J. Eriksen (Red.), *Livskvalitet: Forskning og det gode liv*. Fagbokforlaget.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Reitan, A. M. (2017) Klinisk kommunikasjon. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling* (4. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Reitan, A. M. (2017) Psykologisk krise og mestringsmuligheter. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling* (4. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Renolen, Å. (2015) Helse, stress og mestring. I Å. Renolen, *Forståelse av mennesker – Innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Rustøen, T. (2004) Begrepet håp. I T. Rustøen, *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?* Gyldendal Akademisk.
- Stanze, H., Schneider, N., Nauck, F. & Marx, G. (2019). «I can't get it into my head that I have cancer...» -A qualitative interview study on needs of patients with lung cancer. *PLoS ONE* 14(5), 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216778>
- Thorsen, K. (2021). Aldringsteorier. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (3. utg.). Gyldendal Akademisk.

Travelbee, J. (2007) Begrepet sykdom. I J. Travelbee, *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Akademisk.

Vedlegg

Tabell 9: Søkehistorikk i Cinahl Complete

Emneord (MH) Nøkkelord ("")	Dato	Database	Avgrensning	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
S1: MH Lung Neoplasms OR "Lung neoplasms"	11.04	Cinahl Complete		52.144			
S2: MH Quality of life OR "Quality of life"	11.04	Cinahl Complete		244.606			
S3: S1 AND S2	11.04	Cinahl Complete		2.724			
S4: MH Coping OR "Coping"	11.04	Cinahl Complete		72.600			
S5: MH Adaptation, Psychological OR "Psychological adaptation"	11.04	Cinahl Complete		42.496			
S6: S4 OR S5	11.04	Cinahl Complete		104.514			
S7: S3 AND S6	11.04	Cinahl Complete		132			
S8: S3 AND S6	11.04	Cinahl Complete	2012-2023, Peer Reviewed, Research Article, Language: Danish, English, Norwegian and Swedish. All Adult.	41	39	9	Greer et al, (2017). Janssens et al, (2018) Nipp et al. (2016). Nipp et al. (2017).

Tabell 10: Søkehistorikk i Medline

Emneord (MH) Nøkkelord ("")	Dato	Database	Avgrensing	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
S1: MH Lung Neoplasms OR "Lung neoplasms"	11.04	Medline		271.761			
S2: MH Quality of life OR "Quality of life"	11.04	Medline		443.329			
S3: S1 AND S2	11.04	Medline		5.970			
S4: "Coping"	11.04	Medline		71.026			
S5: MH Adaptation, Psychological OR "Psychological adaptation"	11.04	Medline		145.998			
S6: S4 OR S5	11.04	Medline		183.722			
S7: S3 AND S6	11.04	Medline		167			
S8: S3 AND S6	11.04	Medline	2012-2023, Peer Reviewed, Research Article, Language: Danish, English, Norwegian and Swedish. All Adult.	79	76	8	Harrop et al. (2017). Jabbarian et al. (2019). Stanze et al. (2019).

