

Bacheloroppgave 2018

Universitetet i Sørøst-Norge

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

Tittel:

Håp hos pasienter med kort forventet levetid: hvordan kan sykepleier medvirke til at pasienten med kort forventet levetid opplever håp?

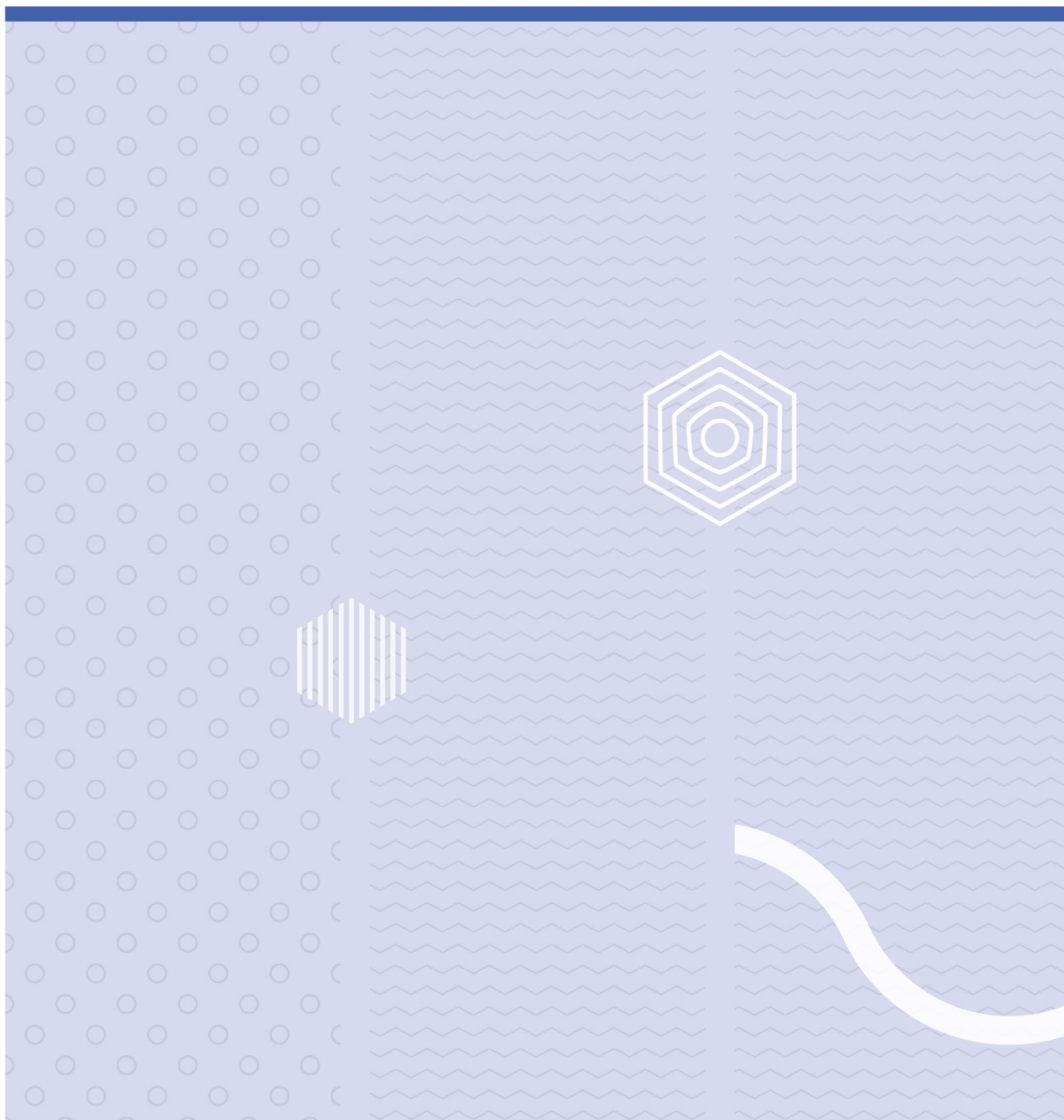
Forfattere:

Linn-Therese Kroken

Kandidatnummer 6079

Håp hos pasienter med kort forventet levetid

Hvordan kan sykepleier medvirke til at pasienten med kort forventet levetid opplever håp?



Sammendrag

Bakgrunn: Kreftbehandlingen i dag fører til at flere pasienter lever lenger med kreftsykdommen, noe som igjen gjør at antall pasienter med behov for palliativ behandling øker. Sentralt i palliativ behandling står tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Håp er ikke bare viktig for nydiagnostiserte pasienter med kreft, men også hos pasienter med langt fremskreden sykdom.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sykepleier kan medvirke til at pasienten med kort forventet levetid opplever håp.

Metode: Denne oppgaven er basert på en litteraturstudie. Det er benyttet pensum og selvvalgt litteratur som Stortingsmeldinger, fag- og forskningsartikler og andre relevante bøker.

Resultat: Forskning viser til ulike faktorer som er avgjørende for følelsen av håp: Viktigheten av å tro på noe og håp som mestringsstrategi. Betydningen av familien, sykepleierens rolle, forholdet mellom håp og håpløshet, samt hvordan smerter kan spille inn på følelsen av håp.

Konklusjon: Sykepleier kan påvirke pasientens håpsfølelse gjennom verbal og non-verbal kommunikasjon, holdninger og atferd. Å skape tillit, dialog og et menneske- til-menneske- forhold står sentralt. Sykepleier må anerkjenne åndelige behov som et arbeidsområde og prioritere dette på lik linje med praktiske oppgaver.

Nøkkelord: Kort forventet levetid, kreft, palliasjon, sykepleier, håp, håpløshet.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	3
1.1	Bakgrunn for valg av tema	3
1.2	Problemstilling	4
1.3	Avgrensning	4
2	Metode	5
2.1	Kvantitative og kvalitative metoder	5
2.2	Søkestrategi	5
2.3	Kildekritikk	6
3	Resultat	8
3.1	Fysiske symptomer reduserte håp	8
3.2	Mestring og tro	8
3.3	Relasjonen til familien	9
3.4	Sykepleierens betydning	9
3.5	Aksept og håp om et mirakel. Veien til håp eller håpløshet?	10
4	Diskusjon	11
4.1	Fysiske smerter og håp	11
4.2	Mestring og tro	11
4.3	Familiens betydning	13
4.4	Sykepleierens viktige rolle	14
4.5	Håp eller håpløshet?	16
5	Konklusjon	19
6	Litteraturliste	20

Vedlegg: PICO (1), søkelogg (2), litteraturmatrikse (3), sjekkliste (4), selvvalgt litteratur (5)

1 Innledning

I 2016 ble det registrert 32827 nye tilfeller av kreft i Norge (Kreftregisteret, 2017). I følge Folkehelseinstituttet (2017), døde 10804 av maligne tumorer i 2016. Kreftbehandlingen i dag fører til at flere pasienter lever lenger med kreftsykdommen, noe som igjen gjør at antall pasienter med behov for palliativ behandling øker (Helsedirektoratet, 2015, s.12). Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Sentralt står lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer, samt tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer (World Health Organization, u.å.). Den palliative fasen starter når sykdommen fastslås å være uhelbredelig og avsluttes når pasienten dør. Palliasjon praktiseres på alle områder og nivåer av helsevesenet. Pasienter med kreft er den dominerende gruppen (Helsedirektoratet, 2015, s.9 - 11).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for mitt valg av tema, er at jeg har og kommer til å jobbe tett på palliative pasienter med kreft. Jeg har møtt flere pasienter med inkurabel kreft, og mange av de har gjort stort inntrykk på meg. Ikke nødvendigvis fordi de lever med en sykdom som ikke kan kureres, men fordi de holder humør, pågangsmot og håp oppe. De er foreldre, besteforeldre, ektefeller og venner. De har mye verdifullt i livet som de må forlate. Dette har vekket en nysgjerrighet i meg, som har ført til at jeg ønsker å vite mer om hva håp har å si når du vet du skal dø, samt hvordan sykepleier kan medvirke til at pasienten opplever håp.

Dersom sykepleier skal utøve personorientert sykepleie og gi helhetlig omsorg til pasienter i en palliativ fase, er det nødvendig med kunnskap om palliasjon og hva håp betyr for den enkelte pasient. Håp er ikke bare viktig for nydiagnostiserte pasienter med kreft, men også hos pasienter med langt fremskreden sykdom. Håp er en viktig faktor for pasientens livskvalitet (Utne, 2016, s.306). I møte med sykdom, lidelse, tap og død blir mennesket konfrontert med spørsmål om mening, håp, tro og skyld. Dette er spørsmål uavhengig av om de har et religiøst eller ikke-religiøst livssyn (Strøm, 2015, s.908). For at

sykepleier skal hjelpe pasienten med å mestre sykdom, lidelse og en kommende død, er det nødvendig med kunnskap om hva åndelige behov er og hvordan pasienten gir uttrykk for sine åndelige behov (Strøm, 2015, s.922). Dette forankres i Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, hvor det står at sykepleier skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Åndelige behov defineres som menneskets dypeste behov, og dersom det blir møtt, gjør det mulig for personen å opprettholde en meningsfylt identitet og mening, slik at en i alle livets stadier kan møte virkeligheten med håp (Peterson, 1985, s.23). Det finnes ingen universell forståelse av håp, men Travelbee utarbeidet åtte karakteristika ved håp (Strøm, 2015, s.913). Hun hevder blant annet at det er sykepleiers oppgave å hjelpe pasienten til å bevare håpet (Travelbee, 2007, s.118).

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier medvirke til at pasienten med kort forventet levetid opplever håp?

1.3 Avgrensning

Jeg har valgt å ta for meg pasienter med kreft og kort forventet levetid på sykehus. Jeg har ikke avgrenset til noen spesiell form for kreft, da håp kan være like tilstedeværende eller fraværende uavhengig av hvilken form for kreft pasienten har. For å få en mer konkret og spesifikk besvarelse, har jeg valgt å fokusere på voksne kvinner og menn med en forventet levetid på 9- 12 måneder.

2 Metode

Denne oppgaven er basert på en litteraturstudie. I en litteraturstudie samler en inn litteratur, går kritisk igjennom den, for så å sammenfatte det hele (Magnus & Bakketeig, 2000, s.37). Hensikten er å besvare og diskutere problemstillingen med relevant kunnskap, samt vise hvordan en har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2015, s.80).

2.1 Kvantitative og kvalitative metoder

Den naturvitenskapelige, forklarende kunnskapstradisjonen benytter seg av en kvantitativ metodetilnærming (Thidemann, 2015, s.77). Kvantitative metoder gir data i form av målbare enheter (Dalland, 2014, s.112). Den humanvitenskapelige, forstående kunnskapstradisjonen benytter seg derimot av en kvalitativ metodetilnærming. Mitt fokus er på opplevelsen av håp og det vil være relevant å knytte det til kvalitativ forskning, da hensikten her er å få kunnskap om menneskelige egenskaper som meninger, opplevelser, holdninger, tanker og erfaringer (Thidemann, 2015, s.78). Kvalitative forskningsartikler er riktig når en vil finne meningssammenhenger som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2014, s.112).

2.2 Søkestrategi

Jeg søkte først etter artikler i Cinahl, Medline, PubMed og SweMed, samt McMaster. SweMed ble benyttet for å finne aktuelle engelske MeSH-termer. Ut ifra min problemstilling, endte jeg med å bruke Cinahl og Medline, da disse databasene gav meg flest treff. Det er også de databasene jeg har best erfaring med fra tidligere. Jeg benyttet ulike søketermer avhengig av hvilken database jeg søkte i, som "terminally ill" (MeSH)/ "terminally ill patients" (Cinahl) og "*Cancer"/"Neoplasms"(MeSH), "Nurse's role" (MeSH)/"Nursing role" (Cinahl). Det ble gjort enkeltsøk, for så å bruke de boolske operatørene AND og OR. Noen termer ble søkt på som emneord, men også kombinert som tekstord. Søkene ble avgrenset til engelsk språk og humans, der det var aktuelt. I

startfasen søkte jeg fra 2000 – 2018. Dette for ikke å miste eventuelt gode artikler. Jeg avgrenset så til 2008 – 2018. Det var ikke nødvendig å avgrense til kun 5 år tilbake i tid, da opplevelsen og betydningen av håp ikke har endret seg de siste årene. En oversikt over søketermer, avgrensning og treff kan sees i vedlagt søkelogg, vedlegg 2, og i PICO-skjema, vedlegg 1.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk skal vise at en er i stand til å forholde seg kritisk til kildematerialet som blir benyttet i oppgaven. Det betyr både å vurdere og å karakterisere litteraturen. Hensikten er at leseren skal få ta del i de refleksjonene en har gjort seg i forhold til relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen (Dalland, 2014, s.72).

Jeg har benyttet pensum og selvvalgt litteratur som Stortingsmeldinger, fag- og forskningsartikler og andre relevante bøker. Det er tatt stilling til gyldighet, holdbarhet og relevans. Jeg har forsøkt å benytte primærkilder for å sikre meg mot feiltolkninger eller unøyaktigheter fra andre (Dalland, 2014, s.87). Tidsskriftene mine valgte forskningsartikler er publisert i, ble søkt opp for å se om de er troverdige og godkjente. Dette ble gjort i *Register over vitenskapelige publiseringskanaler* (Norsk senter for forskningsdata, 2018). Det var viktig at artiklene var publisert i et tidsskrift som er fagfellelvurdert, da det styrker artikkelens troverdighet (Dalland, 2014, s.78).

Under databasesøkene leste jeg alle titlene som fremkom av treff, samt sammendraget på de artiklene jeg fant interessante. Det fantes flere oversiktsartikler som kunne belyse min problemstilling, men det var noe utfordrende å finne relevante kvalitative forskningsartikler. De valgte forskningsartiklene ble kritisk vurdert gjennom sjekklister for vurdering av forskningsartikler, se vedlegg 4 (Folkehelseinstituttet, 2014). Videre ble de gjennomgått og ført inn i litteraturmatrise, se vedlegg 3. Innenfor fagområder som stadig er i utvikling, kan kunnskap fort bli utdatert. Tidspunktet for når teksten er skrevet, kan derfor være avgjørende for om den fortsatt er relevant som kilde (Dalland, 2014, s.76). Jeg har bevisst valgt fire forskningsartikler som løper fra 2004 og frem til nyere dato.

Innenfor en del fagområder vil eldre kilder fortsatt være av stor betydning. En oppgave kan da ha med nyere og eldre kilder (Dalland, 2014, s.77).

I *Fostering hope in terminally ill patients*, er Herth en av forskerne. Kaye Herth er høyt respektert og anerkjent blant annet for sitt forskningsarbeid innen håp. Hun har over 68 publikasjoner i faglige tidsskrifter (Northern Illinois University, u.å.). Hensikten med forskningsartikkelen er å finne meningen med håp hos terminale pasienter og inneholder implikasjoner for praksis. *Hope in adults, ages 20-59, with advanced stage cancer* tar for seg betydningen av håp for de med kort forventet levetid, samtidig som de er i relevant aldersgruppe. Det samme gjelder *Ultimate journey of the terminally ill. Ways and pathways of hope*. Den siste forskningsartikkelen, *On Sinking and Swimming: The Dialectic of Hope, Hopelessness, and Acceptance in Terminal Cancer*, mener jeg belyser sammenhengen mellom håp og håpløshet på en god måte, og har et interessant funn i forhold til håp, nemlig aksept.

For de nevnte studier kan det være kritikkverdig at deltakerne ikke nødvendigvis gjenspeiler andre palliative pasienters opplevelse av håp. Deltakerne kan være av de pasientene som deltok fordi de følte seg håpefulle eller fortsatt kunne uttale seg. Implikasjoner for praksis kan muligens være annerledes for pasienter som innehar mindre grad av håp og/eller har en depresjon.

3 Resultat

Resultatavsnittet har som hensikt å vise hva forskerne fant i sine studier. Resultatene vil beskrives uten tolkninger (Thidemann, 2015, s.70). Forskning viser at det er mange faktorer knyttet til håp. Jeg har dog valgt å fokusere på viktigheten av å tro og at håp benyttes som mestringsstrategi. Betydningen av familien, sykepleierens rolle, forholdet mellom håp og håpløshet, samt fysiske smerter og håp, er med. Jeg kunne tatt med flere resultater, som spesifikt fokus på god livskvalitet og personlige mål, men grunnet oppgavens avgrensning, var ikke dette mulig. Livskvalitet som mål for sykepleie, innbefatter pasientens ressurser og muligheter, samt pasientens opplevelse av situasjonen (Rustøen, 2016, s.80). Videre gjennom oppgaven ser en at livskvalitet dekkes på sin måte likevel.

3.1 Fysiske symptomer reduserte håp

Tilstedeværelse av fysiske symptomer som smerter, fatigue og kvalme, reduserte håpet (Buckley & Herth 2004; Reynolds 2008; Sachs, Kolva, Pessin, Rosenfeld & Breitbart 2013). Dette kunne gi en opplevelse av håpløshet (Buckley & Herth 2004; Sachs et al. 2013). Likevel var følelsen av håpløshet forbigående og håpet kom tilbake samtidig som plagene gradvis ble redusert. «I was in so much pain at the time that it really would have been a relief to slip away. Then the next day you feel better and wondering "why in earth did I feel like that? » (Buckley & Herth, 2004, s.38).

3.2 Mestring og tro

Håp ble av flere karakterisert som en motiverende funksjon som hjalp de med å identifisere mål, som god livskvalitet (Daneault et al. 2016; Reynolds 2008; Sachs et al. 2013). Håp fungerte også som en mestringsstrategi for å håndtere det å leve med en livstruende sykdom, samt holde negative tanker og følelsestilstander unna (Daneault et al. 2016; Buckley & Herth 2004; Sachs et al. 2013). Håp var en indre styrke og kraft, assosiert med optimisme og positivitet, til tross for prognose (Buckley & Herth, 2004).

Flere av deltakerne mente at å tro på noe utenfor en selv, gav håp. Noen oppgav en sterk kristen tro som viktig. Andre trodde på Gud eller hadde en spirituell tro som ikke omhandlet Gud, men som å tro på et liv etter døden. Flere sa også at å de hadde tro på andre mennesker, som familiemedlemmer (Buckley & Herth 2004; Reynolds 2008).

3.3 Relasjonen til familien

Betydningen av og kjærligheten til familien som en viktig faktor for å opprettholde håpet, ble fremhevet (Buckley & Herth 2004; Reynolds 2008; Sahcs et al. 2013). Familien fungerte som en beskyttende faktor mot håpløshet. Mange forble håpefulle på vegne av andre, spesielt barna (Sahcs et al., 2013). Å føle seg elsket og å gi kjærlighet var viktig. For noen var det bare det å være nær venner og familie (Buckley & Herth, 2004). «I couldn't cope with dying without R. He keeps me hopeful» (Buckley & Herth, s. 37, 2004). Familien kunne også påvirke håpet negativt. Flere kvinner poengterte ufølsomhet, lite kommunikasjon og mangel på forståelse fra ektemannen (Buckley & Herth 2004; Reynolds 2008). Ønsket om å ta vare på familien kunne undergrave pasientens behov for aksept av situasjonen og mulighet til å finne realistiske mål for håpet (Sachs et al., 2013).

3.4 Sykepleierens betydning

Sykepleiere som kunne lytte, hadde humor og som behandlet pasientene som et menneske, medvirket til håp (Buckley & Herth 2004; Reynolds 2008). Det var de små tingene som betydde mest; at sykepleieren tok seg tid til å spørre hvilket navn de foretrakk å bli tiltalt med, at de var høflige og villige til å svare på spørsmål. Pasientene fant hjelp og håp i å prate med sykepleieren (Buckley & Herth, 2004). «I have such angels working around me» (Sachs et al., 2013, s.9). Dersom sykepleier imidlertid gav informasjon på en måte som ble oppfattet som ufølsom og uinteressert, kunne dette gi en følelse av håpløshet. Pasientene følte seg upersonliggjort i en svært viktig fase i livet (Buckley & Herth, 2004).

3.5 Aksept og håp om et mirakel. Veien til håp eller håpløshet?

Flere av deltakerne håpet på et mirakel. De visste det ikke fantes en kur, at det var umulig, men de hadde allikevel et lite, irrasjonelt håp om et mirakel (Buckley & Herth 2004; Daneault et al. 2016). Det ble også advart mot falskt håp eller at en klamret seg til bestemte håp, på bekostning av aksept (Sachs et al., 2013). Aksept ble ofte benyttet som et synonym til håp. Ved å akseptere situasjonen, kunne håpet fokuseres over på realiteten og god livskvalitet, samt å nyte andre aspekter ved livet (Buckley & Herth 2004; Daneault et al. 2016; Sachs et al. 2013). «I no longer assume that I will have a long life and that has taken a long time to get used to, but my expectations of the future have changed [...]» (Sachs et al., 2013, s. 7). Da alt håp om en kur var borte, var det ikke alle som klarte å akseptere det uunngåelige. Noen falt inn i håpløshet og fortvilelse. Andre igjen, fokuserte sitt håp på å forberede seg på slutten av livet og nyte nuet. Sykdommen førte til en endring, hvor de så livet på ny måte (Daneault et al., 2016). Deltakerne følte de balanserte mellom håp og håpløshet. Håpløshet ble beskrevet som en gjennomgripende negativ tilstand (Sachs et al., 2013).

4 Diskusjon

Hensikten med drøftingskapitlet er å diskutere hvordan resultatene svarer på problemstillingen, og hvordan resultatene forholder seg til aktuell teori og forskning som er inkludert i oppgaven (Thidemann, 2015, s.108).

4.1 Fysiske smerter og håp

Relasjonen mellom håp og fysiske smerter er dokumentert i flere studier. Studier viser at fatigue, kvalme og fysiske smerter var til hinder for håp og kunne gi rom for håpløshet (Buckley & Herth 2004; Reynolds 2008; Sachs et al. 2013). Det er avgjørende at sykepleier har kunnskap om intensitet og hvor smertene sitter, hva som kan være tegn på smerte og dermed hva en skal se etter (Winger & Leegaard, 2016, s.177). I tillegg kan smertekartlegging gjøres ved hjelp av ulike kartleggingsverktøy (Winger & Leegaard, 2016, s.177). Smertelindring er noe av det viktigste sykepleier hjelper pasienter i en palliativ fase med, spesielt med tanke på videre intervensjoner (Kaasa & Loge, 2016, s.49; Thoresen & Dahl, 2015, s.948). Forskning viser dog at håpløshet i sammenheng med smerte var forbigående. Dersom pasienten ble smertelindret, økte følelsen av håp (Sachs et al., 2013). Over tid endret ikke håpet seg nevneverdig, til tross for symptomer eller progresjon av sykdommen (Reynolds, 2008). Grunnet oppgavens avgrensing, har jeg valgt å ikke gå videre inn på temaet smerte i relasjon til håp i denne oppgaven.

4.2 Mestring og tro

Stress defineres som en prosess der en person utsettes for påkjenninger og belastninger som utfordrer vedkommendes ressurser. Alvorlig sykdom er en slik påkjenning, og for å håndtere stresset sykdommen medfører, tar mennesket i bruk mestringsstrategier (Finset, 2016, s.69). Travelbee hevder at håp kan gi styrke til å mestre tragedier, sykdom og lidelse. Håp kan være en avgjørende faktor for ikke å gi opp (Travelbee, 2007, s.121). Ut ifra Travelbee, kan håp fungere som en mestringsstrategi. Forskning underbygger dette, hvor deltakere har sagt at uten håp, har de ingen ting. Håpet gjorde det mulig å

mestre hverdagen med en dødelig sykdom. Håpet var også en mestringsstrategi for å holde negative tanker og håpløshet borte (Daneault et al. 2016; Buckley & Herth 2004; Sachs et al. 2013). En norsk studie viste at pasienter med kreft har høyere håp enn normalbefolkningen (Utne et al., 2008). En av årsakene til dette kan være at mennesker som får kreft, bruker håp som mestringsstrategi, noe som ikke er nødvendig når en er frisk (Utne, 2016, s.309). Utfordringen vil være hos de som opplever håpløshet. De vil, i følge Travelbee, ikke forsøke å mestre vanskeligheter i livet og de er overmannet av en følelse av at selv det å prøve å mestre utfordringene er nytteløst (Travelbee, 2007, s.122). Håp vil antagelig være knyttet til tro hos alle mennesker, selv om det en tror på, vil variere (Rustøen, 2001, s. 52). Dette gjenspeiles også i studier, hvor det fremkommer at de aller fleste tror på noe. Å tro på Gud, ha spirituell tro eller bare tro på et liv etter døden står sentralt i håpet (Buckley & Herth 2004; Reynolds 2008). Den transcendent prosessen innebærer en følelse av tro eller sikkerhet om noe som ennå ikke er bevist og som gjør nåtidens virkelighet til en del av noe større (Herth, 1995). Ikke alle mennesker har hatt en grunnleggende tro, men de utfordringer en kreftdiagnose fører med seg, sammen med de forandringer som skjer i et menneskes liv ved alvorlig sykdom, kan gjøre at en ser annerledes på det som er viktig i livet (Utne et al., 2008). Dette kan falle innunder behovet for å finne mening med livet, sykdom og død, og som gjør at en har behov for å tro på noe (Strøm, 2015, s.915).

Åndelig omsorg handler om religiøsitet for noen, for andre om hva som gir håp og styrke. Når livet blir ekstra sårbart, kan pasientens behov for å bli møtt med sine åndelige behov bli ekstra viktig (Kuvén & Bjorvatn, 2015). FN har utarbeidet en erklæring om døendes rettigheter. Rettighetene omhandler mange av de sentrale verdiene i livets slutfase, som å ha rett til å beholde et håp selv om målet med det endrer seg, samt rett til å drøfte og gi uttrykk for religiøse og/eller åndelige (eksistensielle) opplevelser (FN, sitert i NOU 1999:2, s.35 - 36). Dersom tro er viktig for at pasienten opprettholder håp, skal sykepleier legge til rette for et miljø, med de ressursene som er nødvendige, for at pasienten skal få uttrykke og praktisere sin tro (Herth, 1995). Som sykepleier har en forpliktelse til å ivareta pasientens behov, uavhengig av ens eget eller pasientens livssyn (Strøm, 2015, s.917). For at sykepleier skal kunne gi pasienten helhetlig omsorg, er det nødvendig å vite hva åndelig omsorg er og hvordan det kommer til uttrykk, samt at sykepleier definerer det

som et ansvarsområde for seg selv. En manglende forståelse fra sykepleier kan få følger for pasientens mulighet til å mestre det å leve med en uhelbredelig sykdom (Strøm, 1997). Ved å spørre pasienten hva de håper på, kan en identifisere mål, for så å lage intervensjoner rettet mot målene (Reynolds 2008; Sachs et al. 2013). For å hjelpe pasienten til å mestre sin situasjon, kan sykepleier hjelpe pasienten med å finne mening med sykdom, lidelse og død. Sykepleier kan hjelpe pasienten til å finne håp, be med pasienten, la pasienten uttrykke følelser, snakke om dødsprosessen og døden og formidle kontakt med prest eller annen religiøs leder (Strøm, 2015, s.922).

4.3 Familiens betydning

Forholdet pasienten har til familien og venner, endres ofte ved alvorlig sykdom. Pasienten kan ikke lenger delta i aktiviteter som tidligere (Hirsch & Røen, 2016, s.319). Allikevel ønsker både pasienten og pårørende å ivareta sin rolle og funksjon, og å opprettholde en mest mulig normal hverdag, selv om de opplever sårhet ved å skulle avslutte livet (Grov, 2016, s.336). Dette understøttes blant annet i studien av Reynolds (2008), hvor en av deltakerne lagde matpakke til datteren hver dag. Det var den eneste aktiviteten hun hadde, men det var svært viktig for henne å opprettholde den ene aktiviteten for å vedlikeholde håpet. En annen side som fremheves, er viktigheten av at de nærmeste til pasienten har det bra, og at de greier seg når han eller hun dør. Det er vanlig å ønske at en kunne fulgt familiemedlemmenes utvikling videre (Hirsch & Røen, 2016, s.319). Mitt møte med en kvinne i palliativ fase viste også dette. Vi satt og snakket inne på rommet hennes på sykehuset, da hun sa hun var redd. Hun var redd for ikke å leve lenge nok til å se barnebarna begynne på skolen. Hennes største ønske var å følge barnebarna videre i livet. Hun var så stolt av de og jeg satt lenge og lyttet til hennes fortellinger. For mange er det viktig å få snakke om sine bekymringer (Hirsch & Røen, 2016, s.319). Ivaretagelse av de pårørende vil indirekte være til hjelp for pasienten (Helsedirektoratet, 2015, s.31). Også barn bør støttes i å besøke pasienten og få oppriktig og ærlig informasjon. Å støtte og ønske barn velkommen på sykehuset, hjelper pasienten til å føle seg mer håpefull (Buckley & Herth, 2004). Pasienter på sykehus kan ha behov for bistand til å opprettholde kontakt med andre. Sykepleier kan her fungere som en katalysator for å skape interne og

eksterne forhold som fremmer et omsorgsfullt forhold mellom pasienten og deres familie (Herth, 1995).

Flere studier belyser viktigheten av og kjærligheten for familien som en viktig faktor for håp (Buckley & Herth 2004; Reynolds 2008; Sachs et al. 2013). Mange som blir alvorlig syke, kan på en annen side føle at de ikke lenger strekker til, eller at rollene forandrer seg, og at de derfor ikke blir elsket av sine nærmeste (Strøm, 2015, s.909). Studier viser pasienter som opplevde mangel på forståelse og følsomhet fra ektemannen (Buckley & Herth 2004; Reynolds 2008). Ektemenn som feiret slutten på cellegiftbehandlingen med øl og pizza, enda den syke ikke holdt ut øl og lukten av pizza på dette tidspunktet (Reynolds, 2008). En annen utfordring understrekes i en studie fra Iran, hvor familiemedlemmene prøvde å holde pasientens håp oppe og spurte sykepleierne om å gjøre det samme, ved ikke å informere pasienten om den kommende døden (Boroujeni, Mohammadi, Oskouie & Sandberg, 2009). Dette kan dog være kulturelle forskjeller, men er aktuelt, da vi lever i et flerkulturelt samfunn (Utne, 2016, s.311). Hengivenhet og omsorgsansvar kan kreve sin pris i det lange løp. Pårørendes relasjon kan endre seg fra å være partner til å bli omsorgsgiver, noe som påvirker samlivet. De friske følte at de mistet ektefellen, men prøvde å skjule sorgen (Kitzmuller & Asplund, 2008). Pasienter har også oppgitt at håp kunne føles som en forpliktelse. Grunnet familien gav de uttrykk av å ha håp, men innerst inne var de ikke så håpefulle. Dette kunne videre hindre pasienten i å akseptere sin situasjon og sette realistiske mål (Sachs et al., 2013). Familien bør inkluderes i intervensjoner der det er hensiktsmessig, da de har en viktig rolle for medvirkning til håp (Sachs et al., 2013). Ved å la familie og venner være rundt pasienten, kan pasienten bli minnet på betydningen han har for andre (Rustøen, 2001, s.101). For pasienter under palliativ behandling, omhandler de grunnleggende behovene blant annet å delta i familiens og de nærmeste sine liv (Hirsch & Røen, 2016, s.317).

4.4 Sykepleierens viktige rolle

Travelbee hevder at håp er relatert til avhengighet av andre. Håp er knyttet til forventningen om at andre vil komme en til hjelp, spesielt når ens indre ressurser ikke

strekker til (Travelbee, 2007, s.119). Videre sier hun at håp har nær sammenheng med tillit. Tillit er den trygge troen på at andre mennesker er i stand til å hjelpe når pasienten har behov for det, og at det er sannsynlig at de vil gjøre det (Travelbee, 2007, s.120). Tillit er noe sykepleier må gjøre seg fortjent til (Travelbee, 2007, s.124). Studier støtter opp under dette, hvor deltakerne fortalte at det var viktig å ha tro og tillit til helsepersonellet (Buckley & Herth, 2004). En forutsetning for pasienters og pårørendes tillit, er en tydelig etisk bevissthet hos sykepleieren (NOU 2017: 16, s.27). Det er i alle sammenhenger avgjørende at pasient og pårørende blir hørt, at en lytter til og tar stilling til deres ønsker (NOU 2017: 16, s.28). Pasienten skal være delaktig i egen behandling og pleie, samt ha medbestemmelsesrett (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-1). Kommunikasjon handler ikke bare om å lytte, men måten det kommuniseres på, er også viktig for å bidra til å styrke tillit og håp (Lorentsen, 2009). Det er i tillegg viktig å gi eventuell negativ informasjon på en slik måte at det verner om pasientens håp (Utne, 2017, s.78). Kommunikasjon kan være utfordrende for sykepleier, for hver pasientsituasjon er unik, og er derfor en ferdighet som må trenes på (Heyn, 2015, s.363). Dette kan gjøres gjennom rollespill. Sykepleier må også utfordres på egne holdninger (Heyn, 2015, s.367). Sykepleier utgjør en viktig del av pasientens miljø på sykehuset, og sykepleierens væremåte kan få stor betydning for pasientens opplevelse av håp. Gjennom atferd kan sykepleier vise at hun kan og vil hjelpe den syke når behovet oppstår (Rustøen, 2001, s.101). Bevisst bruk av nonverbale ferdigheter kan vise at en ser, hører og forstår, og benyttes for å bekrefte, motivere og styrke den andre (Eide & Eide, 2016, s.197). Dette skaper trygghet og tillit, og er et viktig virkemiddel til å bygge opp en relasjon og stimulere pasienten til å bruke sine ressurser så godt som mulig (Eide & Eide, 2016, s.199). Forskning viser også til andre egenskaper ved sykepleieren som pasienter satte pris på og som medvirket til å fremme håp. Latter, humor og det at sykepleier behandlet pasienten som et menneske, ikke som en syk person, var viktig (Buckley & Herth 2004; Reynolds 2008). Travelbee påpeker at dersom sykepleier ikke oppfatter den syke som et unikt individ, hindrer det meningsfull kommunikasjon og etablering av et forhold til den syke (Travelbee, 2007, s.159). Studier viser at sykepleiere på sykehus kan finne det vanskelig å invitere til humor, mulig grunnet seriøsiteten som ligger bak situasjonen (Herth, 1995). Allikevel støtter andre studier at å være lystig til sinns gjennom riktig bruk av humor, kan fremme håp (Buckley & Herth 2004; Reynolds 2008).

Da sykepleier står i en unik posisjon til å bidra til å styrke pasientens håp, er en åpenbart også i en posisjon til å frata pasienten håpet. Når en ser viktigheten av kommunikasjon, blir spørsmålet hvordan sykepleier i et hektisk sykehusmiljø kan kommunisere hensiktsmessig og medvirke til håp. Forskning viser til sykepleiere som stilte lukkede spørsmål, som normaliserte eller minimaliserte pasientens situasjon eller som gav upassende råd (Barnett, 2002). Upassende og tankeløs kommunikasjon var også rapportert (Buckely & Herth, 2004). Dersom kommunikasjonen svikter, kan det bety at budskapet ikke blir mottatt eller at det misforstås, som igjen kan føre til mistillit og redusert håp (Travelbee, 2007, s.158). En studie utført ved en kirurgisk sengepost, viste at 35,5% av sykepleierens tid ble brukt til direkte pasientkontakt. Tallet samsvarer med andre lignende studier. Tiden som ble brukt hos pasienten, var ofte i forbindelse med praktiske oppgaver (Foss et al., 2006). En kan da undres hvordan sykepleier skal kunne ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg, herunder psykososiale behov (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Travelbee hevder at sykepleier bør etablere et menneske- til- menneske- forhold. Dette er et virkemiddel som gjør det mulig å oppfylle mål og hensikt med sykepleien, nemlig å hjelpe individet med å mestre sykdom og lidelse, og med å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 2007, s.171). All kontakt sykepleier har med pasienten, kan være et skritt på veien mot menneske- til- menneske- forholdet. For å gjøre dette, må sykepleier ved hvert møte gå bevisst inn for å lære den syke å kjenne, og å finne frem til og ivareta behovene hans (Travelbee, 2007, s.171). Sykepleier bør søke å finne en balanse mellom det å hjelpe pasienten og underbygge pasientens selvstendighet (Buckley & Herth, 2004). Nærværet til sykepleier kan gi en opplevelse av at pasienten ikke er alene, verken fysisk eller psykisk (Lohne, 2016, s.120).

4.5 Håp eller håpløshet?

Travelbee hevder at håp er relatert til ønsker. Å ønske ligger nært opptil magisk håp. Den som har et magisk håp, innser at muligheten for å oppnå det en ønsker er svært liten, men tanken er hjelpsom (Travelbee, 2007, s.119). Studier viser at flertallet med kort forventet levetid håpet på en kur, som et mirakel, selv om de visste at det ikke var mulig

(Buckley & Herth 2004; Daneault et al. 2016). Håpet om et mirakel bidrar til at pasienten forblir håpefull og kan være en viktig komponent for håpsfølelsen. I litteraturen beskrives også urealistisk håp, som kan sees som det samme som å håpe på et mirakel. Sykepleier kan ha vanskeligheter med å dele dette håpet eller støtte det, da det ikke er basert på realiteten. Utfordringen blir å opprettholde en balanse mellom å fortelle sannheten og støtte pasienten i hans håp om et mirakel (Daneault et al., 2016). Pasienten kan oppleve sin sykdom annerledes enn hvordan sykepleier opplever den, da pasienten opplever den fra innsiden (Lohne, 2016, s.121). Forskjellige virkelighetsoppfatninger kan skape misforståelser i kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient. På denne måten kan sykepleier true pasientens håp eller frata han håpet, uten nødvendigvis å være klar over det (Lohne, 2016, s.121). Et urealistisk håp kan likevel være nødvendig for å mestre den vanskelige situasjonen som det å leve med en dødelig sykdom er. Å lytte og drømme sammen med pasienten kan være viktig i denne fasen, da drømmene bringer noe positivt inn i livet (Lorentsen, 2003). Samtidig føler pasienten at han blir tatt på alvor og vist respekt (Herth, 1990). På en annen side kan håpet bli for urealistisk, beskrevet som et falskt håp eller benekting (Levine 2007; Lohne, 2016, s. 122; Sachs et al. 2013). Håpet blir fokusert på fremtiden og dette kan få uheldige konsekvenser for pasienten, som å hindre aksept (Buckley & Herth 2004; Lohne, 2016, s.122). For en tid tilbake hadde jeg en pasient med cancer mammae med metastaser. Dette var en kvinne i sin beste alder som hadde vært svært aktiv, men som nå var under palliativ behandling. Hun benektet sykdommen, selv om hun var sengeliggende og avhengig av smertelindring og hjelp. I hennes øyne var det benet som var hovedproblemet. Bare benet ble bra, skulle hun ut å løpe igjen.

I stedet for å ha urealistisk håp, er det noen som bare aksepterer situasjonen som den er. Travelbee skriver om mot. Hun hevder mot er evnen til å innse sin egen frykt og likevel stå på for sine mål. Det er en egenskap som må hentes frem ved å se utfordringen i øynene, og gjøre sitt beste for å mestre situasjonen (Travelbee, 2007, s.120). Aksept og en realistisk forståelse av prognose, kan føre til at pasienten fokuserer håpet over på å leve i nuet, ha god livskvalitet, nyte andre aspekter ved livet og forberede seg på døden (Daneault et al. 2016; Reynolds 2008; Sachs et al. 2013). Dersom pasienten ikke klarer å akseptere situasjonen og opprettholde håpet, kan en falle inn i håpløshet (Sachs et al., 2016). Fromm sier at dersom håpet er borte, er livet forbi. Håpet er et indre element i

livets struktur, i menneskeåndens dynamikk (Fromm, 1971, s.23). Han hevder at vi alle er født med håp, tro og standhaftighet. Når livet etter fødselen starter, kan miljøets omskiftelser og tilfeldige hendelser, hemme eller fremme håpet (Fromm, 1971, s.29). Påstanden til Fromm, finner en også hos Travelbee. Det motsatte av håp er håpløshet, og ingen er født med en følelse av håpløshet. Håpløshet kan oppstå når den som er syk lider mentalt, fysisk og åndelig gjennom lang tid, uten hjelp og uten opphør i lidelsen (Travelbee, 2007, s.122). Håpløshet beskrives som en gjennomgripende negativ tilstand som strekker seg lenger enn følelsen av tap eller skuffelse, og over til depresjon, fortvilelse, nummenhet og overgivelse. Håpløshet kan stenge av alt (Sachs et al., 2013). En av sykepleierens roller, er å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet. Omvendt skal sykepleier hjelpe den som føler seg håpløs, til å gjenvinne håpet (Travelbee, 2007, s.123). Å utforske håpløshet kan være nyttig for å identifisere skjulte følelser, selv om det kan være utfordrende, da håp og håpløshet har glidende overganger (Lohne, 2016, s.118; Sachs et al. 2013). Dersom sykepleier kan identifisere overgangene, kan hun komme tidligere inn i prosessen, før pasientens opplevelse av håpløshet og hjelpeløshet tar helt overhånd (Lohne, 2016, s.118). En god og støttende dialog med oppmerksomhet mot mulighetene som finnes, kan motvirke opplevelsen av håpløshet (NOU 2017: 16, s.30). Ved å benytte kartleggingsverktøy rettet mot pasientens opplevelse av håp, for eksempel Herths håpsindeks, kan noen av spørsmålene bli et utgangspunkt for videre samtale mellom sykepleier og pasient (Utne, 2016, s.307).

5 Konklusjon

Håpet er individuelt og rommer ulike aspekter som familie, smerter, håpløshet, motivasjon, mestring, aksept og tro. Sykepleier må ha kunnskap om hva håp og åndelige behov er, og hvordan det kommer til uttrykk hos pasienten. Åndelige behov må anerkjennes som et arbeidsområde og prioriteres på lik linje med praktiske oppgaver. Gjennom kommunikasjon, verbal og non-verbal, kan sykepleier påvirke pasientens håpsfølelse. Sykepleier må skape dialog, spørre, lytte og ta stilling til pasientens ønsker. Å skape et menneske-til-menneske-forhold og tillit står sentralt i all samhandling med pasienten. Håpet er svært tilstedeværende hos en gruppe mennesker som potensielt kunne vært uten håp.

6 Litteraturliste

- *Barnett, M. M. (2002). Effect of breaking bad news on patients' perceptions of doctors. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95(7), 343 - 347.
- *Boroujeni, A. Z., Mohammadi, R., Oskouie, S. F. H., & Sandberg, J. (2009). Iranian nurses' preparation for loss: finding a balance in end-of-life care. *Journal of clinical nursing*, 18(16), 2329 - 2336.
- *Buckley, J., & Herth, K. (2004). Fostering hope in terminally ill patients. *Nursing Standard* (through 2013), 19(10), 33.
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Daneault, S., Lussier, V., Mongeau, S., Yelle, L., Côté, A., Sicotte, C., ... Coulombe, M. (2016). Ultimate journey of the terminally ill: Ways and pathways of hope. *Canadian Family Physician*, 62(8), 648 - 656.
- Eide, H. & Eide, T. (2016). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Finset, A. (2016). Atferdsmessige og psykologiske forhold. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (s. 62 – 72). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Folkehelseinstituttet. (2017). *Dødsårsaksregisterets statistikkbank*. Hentet fra <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>.
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Hentet fra <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler/>.
- *Foss, H., Skaar, V., Fosshaug, B., Ekeren, A., Haga, T. & Westby, M. T. (2006). Hvor mye tid får pasientene. *Sykepleien*, 94(1), 64 - 5.
- *Fromm, E. (1971). *Det revolusjonære håp*. Oslo: Dreyer.
- *Grov, E. K. (2016). Om å være pårørende. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (s. 327 – 345). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- *Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen* (IS – 2285). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen>.

- *Herth, K. (1995). Engendering hope in the chronically and terminally ill: nursing interventions. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 12(5), 31 - 39.
- *Herth, K. (1990). Fostering hope in terminally-ill people. *Journal of advanced nursing*, 15(11), 1250 - 1259.
- *Heyn, L. (2015). Kommunikasjon- menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s. 363 – 398). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- *Hirsch, A. & Røen, I. (2016). Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (s. 315 – 325). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Kaasa, S. & Loge, J. H. (2016). Palliativ medisin- en innledning. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (s. 34 – 50). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Kitzmüller, G. & Asplund, K. (2018). Når livet blir snudd opp ned–familielivet etter hjerneslag sett i langsiktig perspektiv. *Nordisk sygeplejeforskning*, 8(01), 6 - 21.
- *Kreftregisteret. (2017). *Kreftstatistikk*. Hentet fra <https://www.kreftregisteret.no/Registrene/Kreftstatistikk/>.
- *Kuven, M. B. & Bjorvatn, L. (2015). Åndelig omsorg er en del av sykepleien. *Sykepleien*, 56 – 58. doi: 10.4220/Sykepleiens.2015.55165.
- *Levine, R. (2007). Treating idealized hope and hopelessness. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57(3), 297 - 317.
- Lode, K. (2016). Mestring. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (s. 40 – 55). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- *Lohne, V. (2016). Håp og håpløshet. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (s. 110 – 126). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- *Lorentsen, V. B. (2003). Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp. *Sykepleien*, 91(21), 38 - 41. doi: 10.4220/sykepleiens.2003.0067
- *Magnus, P. & Bakketeig, L. S. (2000). *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- *Norsk senter for forskningsdata. (2018). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>.
- Norsk Sykepleierforbund. 2016. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>.
- *Northern Illinois University. (u.å.). *Dr. Kaye Herth, PhD, RN, FAAN*. Hentet fra <https://niu.academicworks.com/donors/dr-kaye-herth-phd-rn-faan>.
- Nortvedt, W. M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2016). *Jobb kunnskapsbasert!*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- *NOU 1999:2. (1999). *Livshjelp- Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/30dbabb28fce4cbaa027317b4acb4918/no/pdfa/nou199919990002000dddpdfa.pdf>.
- *NOU 2017:16. (2017). *På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/ed91baf5d25945b1a0b096c0ce376930/no/pdfs/nou201720170016000dddpdfs.pdf>.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 02. juli 1999 nr. 63. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.
- *Peterson, E. A. (1985). The Physical... the Spiritual... Can You Meet All of Your Patient's Needs?. *Journal of gerontological nursing*, 11(10), 23 - 27.
- *Reynolds, M. A. H. (2008). Hope in adults, ages 20–59, with advanced stage cancer. *Palliative & supportive care*, 6(3), 259 - 264.
- *Rustøen, T. (2007). Herths håpsindeks. *Tidsskrift for Norsk psykologiforening*, 44(3), 273 – 274.
- *Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet- en utfordring for sykepleieren?*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rustøen, T. (2016). Livskvalitet og velvære. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (s. 80 – 109). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

- *Sachs, E., Kolva, E., Pessin, H., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2013). On sinking and swimming: the dialectic of hope, hopelessness, and acceptance in terminal cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 30(2), 121 - 127.
- Strøm, S. B. (2015). Livssyn, verdier og åndelig omsorg. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s. 908 – 925). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- *Strøm, B. (1997). *Åndelig omsorg ved livets slutt*. (Mastergradsavhandling, Universitetet i Oslo). Hentet fra <https://www.duo.uio.no/handle/10852/28275>.
- *Thidemann, I.- J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- *Thoresen, L. & Dahl, M. (2015). Sykepleie til den døende pasienten. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s. 926 – 960). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- *Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Utne, I. (2017). Håp i et kreftforløp. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient- Utfordring- Handling* (s. 67 – 81). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- *Utne, I., Miaskowski, C., Bjordal, K., Paul, S. M., Jakobsen, G., & Rustøen, T. (2008). The relationship between hope and pain in a sample of hospitalized oncology patients. *Palliative & supportive care*, 6(4), 327 - 334.
- *Utne, I. (2016). Opplevelser og reaksjoner hos mennesker med kreft. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (s. 305 – 326). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Winger, A. & Leegaard, M. (2016). Smerter. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (s. 172 – 197). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- *World Health Organization. (u.å.). *WHO Definition of Palliative Care*. Hentet fra <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

PICO: Hvordan kan sykepleier medvirke til at pasienten med kort forventet levetid opplever håp? ↔ søkebegreper

OR

Patient/problem:	Intervention / Exposure	Comparison	Outcome
Kort forventet levetid Kreft Palliativ fase Terminally ill (MeSH) / Terminally ill patients (Cinahl) Neoplasms (MeSH) Cancer* Palliative Care (MeSH) Terminal Care (MeSH)	Sykepleier Nursing Care (MeSH) Nurse´s role (MeSH) / Nursing Role (Cinahl) Hospice and Palliative nursing (MeSH) Palliative Nursing		Håp Håløshet Kunnskap Hope (MeSH) Hopelessness* Knowledge* fostering hope*

AND



Databasevalg (utgangspunkt for søket)	Søkeord med kombinasjonsord	Eventuelle avgrensninger (språk, publiseringsår, aldersgrupper, artikkeltype: research article, review etc.)	Antall treff (etter ordene er kombinert)	Referanse til valgte artikler (Førsteforfatter og år)
Medline	Neoplasms AND Hope AND *hopelessness	*2008 – 2018 * engelsk	14	Sachs et al., 2013.
Medline	*fostering hope AND *terminally ill	*engelsk	5	Buckley & Herth, 2004.
Medline	Hope AND Palliative Care	-	45	Daneault et al., 2016.
Cinahl	*hope AND *cancer AND Palliative Care	*2008 – 2018 * engelsk	156	Reynolds, 2008.
Eventuelle kommentarer til søket:				

MAL LITTERATURMATRISE FOR VITENSKAPELIGE ARTIKLER

Forfatter(e), år, tidsskrift, land	Hensikt	Metode	Resultater	Konklusjon
Mary Anne Hales Reynolds, 2008, Palliative and Supportive Care, USA.	Hensikten med studien var å beskrive håp ut fra definisjonen og opplevelsen til unge voksne og voksne pasienter med langtkommen kreft.	<p>En longitudinell, kvalitativ studie, med semistrukturerte intervju.</p> <p>12 personer deltok. Alle hadde en forventet levetid på mindre enn 12 måneder.</p> <p>Det ble stilt åpne spørsmål som skulle besvare beskrivelsen av håp, hva som påvirket håp, målet med håp og utfallet av håp. Intervjuene ble tatt opp og semistrukturert med diskre, deltakende observasjon.</p> <p>Etter intervjuene, ble deltakerne bedt om å benytte VAS (visual analogue</p>	<p>Hvordan deltakerne beskrev håp:</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Fremtidsrettet håp</i> <p>Håp ble sett på som en motivator som hjalp de med å identifisere og nå bestemte mål.</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Religiøst/spirituelt håp</i> <p>Å tro på Gud eller noe som er større enn en selv.</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Iboende håp</i> <p>Ens personlige håp som de ikke klarte å konkretisere. "Det er bare der" eller "det er veldig berusende".</p>	<p>Studien støtter oppunder tilstedeværelsen av håp hos en gruppe som potensielt kunne vært uten håp. Beskrivelsen av håp og håpsrelaterte mål, var individuelt og unikt, påvirket av sykdomsfasen og hvilket stadiet de var på i sykdomsforløpet. Hva de håpet for, varierte</p>

		<p>scale) for å sette et tall fra 0- 10 på håp, hvor 0 er ikke noe håp og 10 er stor opplevelse av håp. Det samme gjaldt om smerte, hvor 0 er ingen smerte og 10 er verst tenkelig smerte. VAS ble benyttet for å se om det var noe endring i smerte og opplevelse av håp for den enkelte mellom intervjuene.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Håp assosiert med følelser</i> <p>Identifiserer positive og negative følelser.</p> <p>Hva påvirket eller vedlikeholdet håpet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Fysiske symptomer</i> <p>Fysiske symptomer knyttet til sykdomsprogresjon eller intervensjoner reduserte håpet. Håpet økte, dersom symptomene ble redusert eller testresultater var positive.</p> <p>Til tross for dette, var scoren på VAS-håp konstant over tid og endret seg ikke i takt med eventuelle endringer av sykdommen eller symptomene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Andre personer</i> <p>Andre personer, inkludert familie, venner, sosiale aktiviteter og gruppedeltakelse påvirket håpet positivt. Spesielt barn og ektefeller. Å opprettholde hverdagen så normal som mulig, med familierutiner og personlige hobbyer var</p>	<p>også ut i fra grad av forventning og hvor konkrete de var, og måtte revurderes etter hvert som forholdene endret seg. Ved å identifisere individuelle håp, kan sykepleier fremme tiltak rettet mot målene.</p>
--	--	---	--	---

			<p>svært viktig for mange. Flere av deltakerne unngikk personer som kun ville snakke om sykdommen eller som generelt var negative, fordi de ikke hadde energi og tid å kaste bort på negative tanker.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Åndelighet/ troen på Gud</i> <p>Var en kilde til håp.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Personlige kvaliteter</i> <p>En generell positiv eller optimistisk holdning til livet, uavhengig av prognose og fase av sykdommen, hadde innflytelse på håpet. Det samme med en aktiv brukermedvirkning angående behandlinger og pleie. "Sykdommen er min. Det er jeg som eier den".</p> <p>Hva håper unge voksne og voksne på?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Livsforventninger</i> 	
--	--	--	---	--

			<p>Ønske om et meningsfullt liv, indre fred og opprettholdelse av livskvalitet. Deltakerne som mottok aktiv behandling, ønsket å leve et godt liv, mens de som mottok palliativ behandling ønsket indre fred.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Mellommenneskelig aktiviteter</i> <p>Ønske om å være med andre, som familie, venner og gruppeaktiviter</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Rutiner, begivenheter/hendelser</i> <p>Ønske om å opprettholde en følelse av normalitet og struktur. Hverdagslige aktiviteter.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Helsemål</i> <p>Ønske om å føle seg bedre, ikke nødvendigvis å bli bedre. Målene til deltakerne som mottok aktiv behandling, var mer spesifikke og konkrete. Som å ha en aktiv rolle i familien. Deltakere som mottok</p>	
--	--	--	--	--

			palliativ behandling, beskrev mål med abstrakte ord, i bredere forstand og så på seg selv som observatør av andre, ofte familiemedlemmer, som var hovedfokuset for målet.	
--	--	--	---	--

Forfatter(e), år, tidsskrift, land	Hensikt	Metode	Resultater	Konklusjon
Buckley J. & Herth K. (2004), Nursing Standard, England.	Hensikten med studien var å undersøke betydningen av håp, identifisere strategier som ble benyttet for å oppretholde og fremme håp i siste fase av	Kvalitativ studie. Tverrsnittsdata ble samlet på alle deltakerne. Longitudinell data ble samlet på 4 av de 16. Det ble benyttet metodisk triangulering. 16 voksne palliative pasienter deltok i studien. De var mellom 56 -92 år. 14 hadde kreft og 2 hadde nevrologisk sykdom (motor neuron disease). Alle med en forventet levetid på noen måneder. Forskningsmetoden bestod av 3 elementer: <ul style="list-style-type: none"> • Et bakgrunnsdatadokument (BDF) • Herth Hope Index (HHI) 	På spørsmål om hva håp betydde: <ul style="list-style-type: none"> • å være positiv og optimistisk. • kjærligheten for familien • håp om en kur, selv om de var klar over prognosen. • å leve i nuet, å gjøre det meste ut av hver dag. • håp i relasjon med det å mestre sluttfasen av sykdommen. • håp var fravær av depresjon. Håp var dynamisk og komplekst.	Håp var kjærligheten de følte for familie og venner, indre ressurser og åndelighet. Det var også viktig å være målrettet og oppretholde uavhengighet. Etter hvert som sykdommen

<p>livet, undersøke om håpet endret seg og om resultatene i studien til Herth fra 1990 kunne overføres til fra Nord Amerika til England.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Semistrukturert intervju med fem spørsmål. <p>BDF: Informasjonen inkluderte alder, kjønn, diagnose, fatigue og aktivitetsnivå.</p> <p>HHI: Denne indeksen er basert på den globale dimensjonen og de spesifikke dimensjonene av håp og består av 12 spørsmål som skal besvares med 1 (helt uenig) – 4 (helt enig). Mulig score er fra 12-48 og høyere skår avspeiler høyere håp (Rustøen, 2007).</p> <p>Intervju: Bestod av 5 spørsmål, lik de i studien til Herth`s (1990a).</p> <ol style="list-style-type: none"> Hva betyr håp for deg? Fortell meg om håpet ditt. Hva håper du på? Hvis du kan identifisere en kilde til håp, hva ville det vært? 	<p>7 kategorier som fremmet håp ble identifisert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Kjærlighet for familie og venner</i> Meningsfulle relasjoner, føle seg elsket og å gi kjærlighet. Bare å være nær familie og venner, spesielt barn og barnebarn fremmet håp. Flere håpet på en god fremtid for sine kjære. <i>Åndelighet/troen på noe høyere enn seg selv</i> Religion, å tro på Gud og familie og den spirituelle verden, som et liv etter døden. Håp ble også sammenstilt med å ha et håp i familie og venner. <i>Å sette mål og opprettholde selvstendighet</i> Oppnåelige og uoppnåelige mål. Håp var relatert til å jobbe mot egne mål og å nå disse var en kilde til glede. For noen pasienter var ikke målene oppnåelige, som å reise til Fiji og Australia i 	<p>progredierte, ble målene nedskalert. Denne tilpasningen var overraskende enkel for de fleste deltakerne. For 3 av de terminale syke, når dagligdagse aktiviteter ble mer begrenset, ble sengepleie mer viktig. At sykepleier var høflig, vennlig, kunne le med pasientene og opprettholde kvalitet på grunnleggende</p>
--	---	--	--

		<p>4. Hva gjør at du mister håp?</p> <p>5. Hva hjelper deg til å opprettholde håp eller gjør at du føler deg håpefull?</p> <p>Intervjuene ble tatt opp med godkjennelse fra pasientene. De første intervjuene fant sted i pasientens hjem. De fire andre i hospitset pasienten var i.</p>	<p>fremtiden. Det ble sagt at en må ha mål, selv mål om små gjøremål, som å kle på seg selv.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Et godt forhold til helsepersonell.</i> <p>Å bli behandlet med verdighet og respekt, og ha et godt forhold til helsepersonell. Det var de små tingene som betydde noe. F.eks. at sykepleieren spurte hvilket navn de ønsket å bli tiltalt med, være høflig, vise respekt og villig til å svare på spørsmål.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Humor</i> <p>Fellesskap med andre pasienter, å le sammen med noen og latter som en indre ressurs. Kameratskapet pasientene i mellom.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Personlige egenskaper</i> <p>Besluttsomhet og være en "fighter". Å være bestemt på å opprettholde optimisme og positivitet.</p>	<p>omsorg var avgjørende for at pasientens kunne opprettholde en følelse av håp. For flere ble det viktig å håpe for andre i familien, i stedet for personlig håp. Denne studien, som Herth's i 1990, bekrefter at håp er viktig for den terminalt syke pasienten. Å miste håpet øker psykologisk smerte og bekymring. Tap av håp var</p>
--	--	---	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> • <i>Oppløftende minner</i> <p>Å huske dyrebare øyeblikk fremmet håp.</p> <p>Det var ikke direkte minnene som fremmet håp, men de fremkalte gode minner mens de snakket.</p> <p>Det ble identifisert 3 kategorier som hindrer håp:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Å gi opp og isolasjon</i> <p>Ektefeller som ikke vil eller kan støtte pasienter.</p> <p>Dårlig kommunikasjon med profesjonelle.</p> <p>Noen følte at de ikke kunne dele frykt og angst med familie, venner og helsepersonell. Noen fortalte at ektemannen ikke tillot å snakke om sykdommen.</p> <p>Når kona ønsket å snakke, var mannen fraværende.</p> <p>Følelsesmessig tilbaketrekning, mens en var fysisk tilstede, var verre enn ikke å være tilstede i det hele tatt. For andre igjen, som aldri hadde snakket om døden sammen, var det helt ok. De trengte ikke ordene, for begge forstod at døden kom.</p>	<p>forbigående ved alle punkter.</p> <p>Opprettholdelse av håp er nært forbundet med et omsorgsfullt forhold med pasientene og legge til rette for forhold mellom den terminalt syke og deres familie og venner.</p>
--	--	--	--	--

			<p>Utilstrekkelig og tankeløs kommunikasjon fra profesjonelle hindret håp.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Ubehag og ukontrollerbare smerter</i> <p>Tap av selvstendighet og kontroll Å miste sin selvstendighet, bidro til å redusere håpet. Dersom symptomene ble kontrollert, var tapet av håp forbigående. Deltakere kunne huske situasjoner hvor kvalme og smerter var så sterke at de ønsket å dø.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Devaluering av personlighet /upersonliggjort</i> <p>Fleipete kommentarer og tilsynelatende mangel på interesse fra helsepersonell, påvirket håpet negativt. Små ting, som å være høflig og engasjere seg i samtalen, kunne fremme håp. I noen eksempler ble nyheten om diagnosen levert på en ikke-omsorgsfull måte. Dette gav følelsen av håpløshet.</p>	
--	--	--	---	--

			Personene følte seg som ikke-personer i en av mest betydningsfulle hendelsene i livet.	
			Herth Hope Index viste at det var et høyt nivå av håp hos denne pasientgruppen. Disse funnene stemte overens med funnene i intervjuene.	

Forfatter(e), år, tidsskrift, land	Hensikt	Metode	Resultater	Konklusjon
Serge Daneault, Véronique Lussier, Suzanne Mongeau, Lousie Yelle, Andréanne Côté, Claude Sicotte, Pierre Paillé, Dominique Dion & Manon Coulombe, 2016, Canadian Family Physician, Canada.	Hensikten var å forstå hvilken rolle håp hadde for terminale pasienter med kreft.	Kvalitativ studie. Semistrukturerte intervju med åpne spørsmål som fokuserte på sykdomsopplevelsen, begrepet håp og hvordan håp endret seg over tid. 36 deltakere deltok; 12 pasienter, en i nær relasjon pr. deltaker, samt den som var behandler for den enkelte. Pasientene deltok i 3 intervjuer. Personen i nær	7 egenskaper ved håp fremkom: <ul style="list-style-type: none"> <i>Håp som et irrasjonelt fenomen:</i> Håp som en menneskelig refleks, en mestringsstrategi. Håpet var dypt forankret og skapt gjennom en kombinasjon av at mennesker nektet for deler av hva de har blitt fortalt og opprettholdelse av selvskapte illusjoner. Samt en kommunikasjonsmetode som en lege beskrev som "hvite løgner". <i>Håp om et mirakel:</i> Håp fungerte som et fenomen, hvor personen så seg selv/projiserer seg selv i fremtiden. Alle 	Egenskapene ved håpet, fokuserte først og fremst på en kur, deretter mot en livsforlengelse og så mot god livskvalitet. Etter hvert som sykdommen utviklet seg, kunne håpet utvikle seg mot aksept eller motsatt, fortvilelse. Forholdene mellom fortvilelse og aksept kunne veksle og og endre seg over tid. Studien viste også at å forenkle håpets betydning, både klinisk og i

		<p>relasjon, deltok i ett intervju.</p> <p>Inkluderingskriterier: >18 år, ikke kognitivt svekket, i en palliativ fase med en forventet levetid på 12 måneder eller mindre.</p>	<p>pasientene i studien var klar over sin prognose, men de så for seg en fremtid der de ble kurert, selv om dette krevde et mirakel. De tenkte at en kur var umulig og gav opp å håpe på en, mens de på den andre siden opprettholdt en liten, irrasjonell mulighet for et mirakel. Personen i nær relasjon delte dette håpet om en mirakelkur, mens legen fant det vanskelig dersom pasienten hvis beslutninger om behandling ikke var basert på plausible scenarier.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Håp som et fenomen som endret seg over tid:</i> <p>Ved at f.eks. testresultater viste progresjon av sykdommen, endret også håpet om en kur seg. Målet for pasientene og den i nær relasjon, endret seg over tid, og ble mer fokusert på realiteten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Håp om livsforlengelse:</i> 	<p>forskning, burde unngås, da det gir verdifull innsikt.</p> <p>Behandlere må opprettholde en viss grad av håp hos pasientene, samtidig som de må være realistiske. Leger og sykepleiere må huske at håp er en dynamisk prosess som de må tilpasse seg fra en dag til en annen.</p>
--	--	---	--	--

			<p>Utvikling av symptomer/flere symptomer, gjorde at pasientene fikk en mer rasjonell forståelse av sykdommen og prognosen. De endret håpet mot nye mål. De forstod at det var urealistisk med en kur, så de håpet i stedet på livsforlengelse. I noen tilfeller var også håpet om livsforlengelse urealistisk, da de håpet på 20 år. For flere pasienter var det "å kjøpe seg tid" ved å gjennomgå behandlinger.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Håp om god livskvalitet:</i> <p>Da pasientene innså at det var begrenset med tid igjen, fokuserte de heller på å håpe på god livskvalitet. Dersom livskvaliteten ble svekket, ønsket de heller ikke livsforlengelse. Livskvalitet ble definert ulikt fra de ulike pasientene/de i nær relasjon. For noen var det å ha komfortable liv, mens for andre kunne det være å ha mulighet til opplevelser som ikke alltid var mulige, grunnet de</p>	
--	--	--	--	--

			<p>begrensninger sykdommen medførte. For de fleste betydde livskvalitet å ha leve det livet de levde før sykdommen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Mangel på håp:</i> Mangel på håp om en medisinsk behandling, gav rom for håpløshet, ledsaget av tristhet og ikke å akseptere sykdommen. I noen tilfeller var det fortvilelse relatert til å gi slipp, hvor de trakk seg tilbake i møte med sykdommen og selve livet. Uten håp om en kur, gikk disse pasienten inn et mørke som var forårsaket av en direkte konfrontasjon med døden. Legene som deltok, så på denne realitetsorienteringen som en nødvendighet, da håp ikke er grenseløst. • <i>Å glede seg over dagen/nyte nuet, og forberede seg på slutten:</i> 	
--	--	--	--	--

			Ikke alle aksepterte det uunngåelige. De gikk inn i håpløshet og fortvilelse. Andre brukte sitt gjenværende håp på å forberede seg på slutten av livet og nyte nuet. For noen førte sykdommen til en positiv selvforandring, gjennom aksept. Den gjenværende tiden ble en mulighet til å leve livet. De fikk en indre fred.	
--	--	--	---	--

Forfatter(e), år, tidsskrift, land	Hensikt	Metode	Resultater	Konklusjon
Emily Sachs, Elissa Kolva, Hayley Pessin, Barry Rosenfeld & William Breitbart, 2013, American Journal of Hospice and Palliative	Hensikten med studien var å undersøke relasjonen mellom håp og håpløshet hos terminalt syke pasienter, og identifisere faktorer som opprettholdt håp og økte sårbarheten for håpløshet.	Kvalitativ studie. Semistrukturerte intervju med åpne spørsmål. Deltakerne ble så bedt om å vurdere sitt nivå av håp og håpløshet, gjennom en kvantitativ tilnærming. Disse beregningene ble kun benyttet for å få frem beskrivelser av den kognitive og affektive opplevelsen av håp og håpløshet. Intervjuene ble tatt	Funn: <ul style="list-style-type: none"> <i>Håpløshet som en truende psykologisk tilstand</i> Håpløshet ble beskrevet som en gjennomgripende tilstand som strakk seg utover følelsen av tap eller skuffelse og mot depresjon, fortvilelse, nummenhet og selvovergivelse. Håpløshet stengte av alt. Selv forbigående håpløshet ble sett på som en potensiell "fare", som en trigger for en kaskade av funksjonell tilbakegang og blokkering av følelser. <ul style="list-style-type: none"> <i>Forholdet mellom håp og håpløshet</i> 	Håp fungerte primært som en mestringsstrategi. Hva deltakerne fokuserte håpet på, var varierende, og inkluderte kortsiktige og langsiktige mål. Håpløshet ble definert som et mørke og kunne true deltakernes evne til å takle eller fungere på ulike områder. Håp og

Medicine, USA.		<p>opp og transkribert av forskergruppen.</p> <p>30 voksne pasienter med en forventet levetid på mindre enn ett år deltok.</p> <p>Gjennomsnittsalder var 58,5 år.</p> <p>Komplette data ble levert av 22 deltakere. 2 deltakere ble ekskludert fordi de ikke oppfylte kvalifikasjonskriteriene, 6 hadde kognitive begrensninger som hindret de i å gi meningsfull data til studien.</p>	<p>Håp og håpløshet hang nært sammen. Deltakerne diskuterte ofte håp da de ble spurt om håpløshet, og omvendt. Håp var et verktøy benyttet for eliminere trusselen om håpløshet og andre truende følelsesmessige tilstander, mot mer positive følelser, handlinger og mål.</p> <p>Noen beskrev det som et valg mellom å svømme eller synke.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Aksept</i> <p>Det var ingen spørsmål om aksept i studien, men aksept ble allikevel benyttet som svar på deres nåværende nivå av håp og bestemte ting de håpet på. Noen aksepterte situasjonen de var i og det gav en realistisk forståelse.</p> <p>Dette førte til et ønske om å nyte hver dag og de klarte å se andre aspekter ved livet. Ved å akseptere, kunne håpet fokuseres over på realistiske mål for fremtiden, som igjen beskyttet mot håpløshet. Det ble også advart mot falskt håp eller at en klamret seg til bestemte håp, på bekostning av aksept. Håp ble diskutert som mellommål:</p>	<p>håpløshet var nært knyttet, hvor håpløshet kunne slå rot i stunder hvor håpet var tapt. En motsetning til håpløshet, var aksept (i stedet for håp). Gjennom å akseptere situasjonen, kunne de utnytte håpet bedre.</p> <p>Dårlig kontrollerte smerter eller nedsatt funksjon, kunne føre til håpløshet for en periode.</p> <p>Palliativ omsorg reduserte følelsen av håpløshet og kunne gi ny aksept og håp.</p> <p>Mellommenneskelige</p>
-------------------	--	---	---	---

		<p>for livskvalitet, å kunne delta i viktige, personlige hendelser, for et positivt ettermæle og for en fremtidig lykke for familien. Aksept ble knyttet til selververdighet og gjennomføring av livsmål. Ved å fullføre viktige mål, kunne en lettere akseptere prognosen, for dermed å få mer realistiske former for håp. Dette igjen beskyttet mot håpløshet.</p> <p>Identifiserte faktorer som økte aksept og håp, og faktorer som kunne øke sårbarheten for håpløshet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Familiens beskyttende rolle</i> <p>Familien spilte en viktig rolle for opprettholdelse av håp, utvikle aksept og forhindre håpløshet. Noen håpet på en kur, særlig de som hadde barn. Andre nevnte viktigheten av at familien la til rette for aksept og dermed tillot håp for viktige hendelser. Noen følte seg forpliktet til å forbli håpefull på vegne av andre. Ønsket om å ta vare på familien, kunne undergrave pasientens behov for aksept</p>	<p>forhold medvirket til håp. Familien kunne også være til hinder for aksept. Sykepleier kan, ved å utforske håpløshet, identifisere skjulte følelser og urealistiske forhåpninger, for så å fremme realistiske håp hos pasienten. Familien bør inkluderes i intervensjonene der det er hensiktsmessig. Studien fremhever viktigheten av optimal palliativ omsorg, som smertelindring, maksimere funksjonen og psykologisk støtte,</p>
--	--	--	--

			<p>av situasjonen og deres evne til å finne realistiske mål for håp.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Fysiske smerte og depresjon</i> <p>Dårlig kontrollerte smerter var en årsak til håpløshet. Smertelindring gjorde at håpet og aksept økte, og helsepersonell ble omtalt som engler som hjalp de. Depresjon gav stor psykologisk smerte og gav utslag i håpløshet.</p>	<p>kan være viktig for å opprettholde håpet og hindre håpløshet.</p>
--	--	--	--	--

Tabell til svaralternativ ved kritisk vurdering av kvalitativ forskning												
	Forfatter(e)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Vurdering
1	Daneault et al., 2016.	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	
Tabell til svaralternativ ved kritisk vurdering av kvalitativ forskning												
	Forfatter(e)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Vurdering
1	Buckley & Herth, 2004.	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	
Tabell til svaralternativ ved kritisk vurdering av kvalitativ forskning												
	Forfatter(e)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Vurdering
1	Reynolds, 2008.	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	2 av de 12 deltakerne døde før de fikk fullført alle intervjuene. Dette kan bidra til å svekke resultatene, da sluttresultatet i utgangspunktet er basert på 10 deltakere.
Tabell til svaralternativ ved kritisk vurdering av kvalitativ forskning												
	Forfatter(e)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Vurdering
1	Sachs et al., 2013.	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	Studien er en sekundæranalyse, noe som kan føre til svekket resultatdel, grunnet tolkning av data. Allikevel kan resultatene ansees som troverdige, da det var flere av de samme forfatterne med i begge studiene.

SVARALTERNATIVER: Ja(J), Nei (N), Uklart(U)

Selvalgt litteratur

- Barnett, M. M. (2002). Effect of breaking bad news on patients' perceptions of doctors. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95(7), 343 - 347. (5 sider)
- Boroujeni, A. Z., Mohammadi, R., Oskouie, S. F. H., & Sandberg, J. (2009). Iranian nurses' preparation for loss: finding a balance in end-of-life care. *Journal of clinical nursing*, 18(16), 2329 - 2336. (8 sider)
- Buckley, J., & Herth, K. (2004). Fostering hope in terminally ill patients. *Nursing Standard*, 19(10), 33 - 41. (9 sider)
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (11 sider)
- Daneault, S., Lussier, V., Mongeau, S., Yelle, L., Côté, A., Sicotte, C., ... Coulombe, M. (2016). Ultimate journey of the terminally ill: Ways and pathways of hope. *Canadian Family Physician*, 62(8), 648 - 656. (9 sider)
- Finset, A. (2016). Atferdsmessige og psykologiske forhold. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (s. 62 – 72). Oslo: Gyldendal Akademisk. (11 sider)
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Dødsårsaksregisterets statistikkbank*. Hentet fra <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>. (4 sider)
- Foss, H., Skaar, V., Fosshaug, B., Ekeren, A., Haga, T. & Westby, M. T. (2006). Hvor mye tid får pasientene. *Sykepleien*, 94(1), 64 - 5. (4 sider)
- Fromm, E. (1971). *Det revolusjonære håp*. Oslo: Dreyer. (56 sider)
- Grov, E. K. (2016). Om å være pårørende. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (s. 327 – 345). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. (19 sider)
- Helsedirektoratet. (2015). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen* (IS – 2285). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen>. (40 sider)
- Herth, K. (1995). Engendering hope in the chronically and terminally ill: nursing interventions. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 12(5), 31 - 39. (9 sider)
- Herth, K. (1990). Fostering hope in terminally-ill people. *Journal of advanced nursing*, 15(11), 1250 - 1259. (10 sider)

- Heyn, L. (2015). Kommunikasjon- menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s. 363 – 398). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. (36 sider)
- Hirsch, A. & Røen, I. (2016). Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (s. 315 – 325). Oslo: Gyldendal Akademisk. (11 sider)
- Kaasa, S. & Loge, J. H. (2016). Palliativ medisin- en innledning. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (s. 34 – 50). Oslo: Gyldendal Akademisk. (17 sider)
- Kitzmüller, G. & Asplund, K. (2018). Når livet blir snudd opp ned–familielivet etter hjerneslag sett i langsiktig perspektiv. *Nordisk sygeplejeforskning*, 8(01), 6 - 21. (5 sider)
- Kreftregisteret. (2017). *Kreftstatistikk*. Hentet fra <https://www.kreftregisteret.no/Registrene/Kreftstatistikk/>. (1 side)
- Kuven, M. B. & Bjorvatn, L. (2015). Åndelig omsorg er en del av sykepleien. *Sykepleien*, 56 – 58. doi: 10.4220/Sykepleiens.2015.55165. (3 sider)
- Levine, R. (2007). Treating idealized hope and hopelessness. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57(3), 297 - 317. (21 sider)
- Lohne, V. (2016). Håp og håpløshet. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (s. 110 – 126). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. (17 sider)
- Lorentsen, V. B. (2003). Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp. *Sykepleien*, 91(21), 38 - 41. doi: 10.4220/sykepleiens.2003.0067 (4 sider)
- Magnus, P. & Bakketeig, L. S. (2000). *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (3 sider)
- Myskja, A. (2015). *Jeg skulle ha sagt jeg elsker deg*. Oslo: Cappelen Damm. (100 sider).
- Nierop-van Baalen, C., Grypdonck, M., Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2016). Hope dies last... A qualitative study into the meaning of hope for people with cancer in the palliative phase. *European journal of cancer care*, 25(4), 570 - 579. (10 sider)
- Norsk senter for forskningsdata. (2018). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>. (3 sider)
- Northern Illinois University. (u.å.). *Dr. Kaye Herth, PhD, RN, FAAN*. Hentet fra <https://niu.academicworks.com/donors/dr-kaye-herth-phd-rn-faan>. (1 side)

- NOU 1999:2. (1999). *Livshjelp- Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/30dbabb28fce4cbaa027317b4acb4918/no/pdfa/nou199919990002000dddpdfa.pdf>. (2 sider)
- NOU 2017:16. (2017). *På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/ed91baf5d25945b1a0b096c0ce376930/no/pdfs/nou201720170016000dddpdfs.pdf>. (30 sider)
- Peterson, E. A. (1985). The Physical... the Spiritual... Can You Meet All of Your Patient's Needs?. *Journal of gerontological nursing*, 11(10), 23 - 27. (5 sider)
- Reynolds, M. A. H. (2008). Hope in adults, ages 20–59, with advanced stage cancer. *Palliative & supportive care*, 6(3), 259 - 264. (6 sider)
- Rustøen, T. (2007). Herths håpsindeks. *Tidsskrift for Norsk psykologiforening*, 44(3), 273 – 274. (2 sider)
- Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet- en utfordring for sykepleieren?*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (40 sider)
- Sachs, E., Kolva, E., Pessin, H., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2013). On sinking and swimming: the dialectic of hope, hopelessness, and acceptance in terminal cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 30(2), 121 - 127. (8 sider)
- Strøm, B. (1997). *Åndelig omsorg ved livets slutt*. (Mastergradsavhandling, Universitetet i Oslo). Hentet fra <https://www.duo.uio.no/handle/10852/28275>. (10 sider)
- Thidemann, I.- J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget. (20 sider)
- Thoresen, L. & Dahl, M. (2015). Sykepleie til den døende pasienten. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s. 926 – 960). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. (35 sider)
- Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (60 sider)
- Utne, I. (2017). Håp i et kreftforløp. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient- Utfordring- Handling* (s. 67 – 81). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. (14 sider)
- Utne, I., Miaskowski, C., Bjordal, K., Paul, S. M., Jakobsen, G., & Rustøen, T. (2008). The relationship between hope and pain in a sample of hospitalized oncology patients. *Palliative & supportive care*, 6(4), 327 - 334. (8 sider)

- Utne, I. (2016). Opplevelser og reaksjoner hos mennesker med kreft. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (s. 305 – 326). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. (22 sider)
- World Health Organization. (u.å.). *WHO Definition of Palliative Care*. Hentet fra <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>. (2 sider)