

Bacheloroppgave 2018

Universitetet i Sørøst-Norge

Fakultet for helse- og sosialfag

Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

Tittel:

Håp hos pasienter nylig diagnostisert med kreft

Hvordan kan sykepleiere bidra til å fremme håp hos pasienter nylig diagnostisert med kreft?

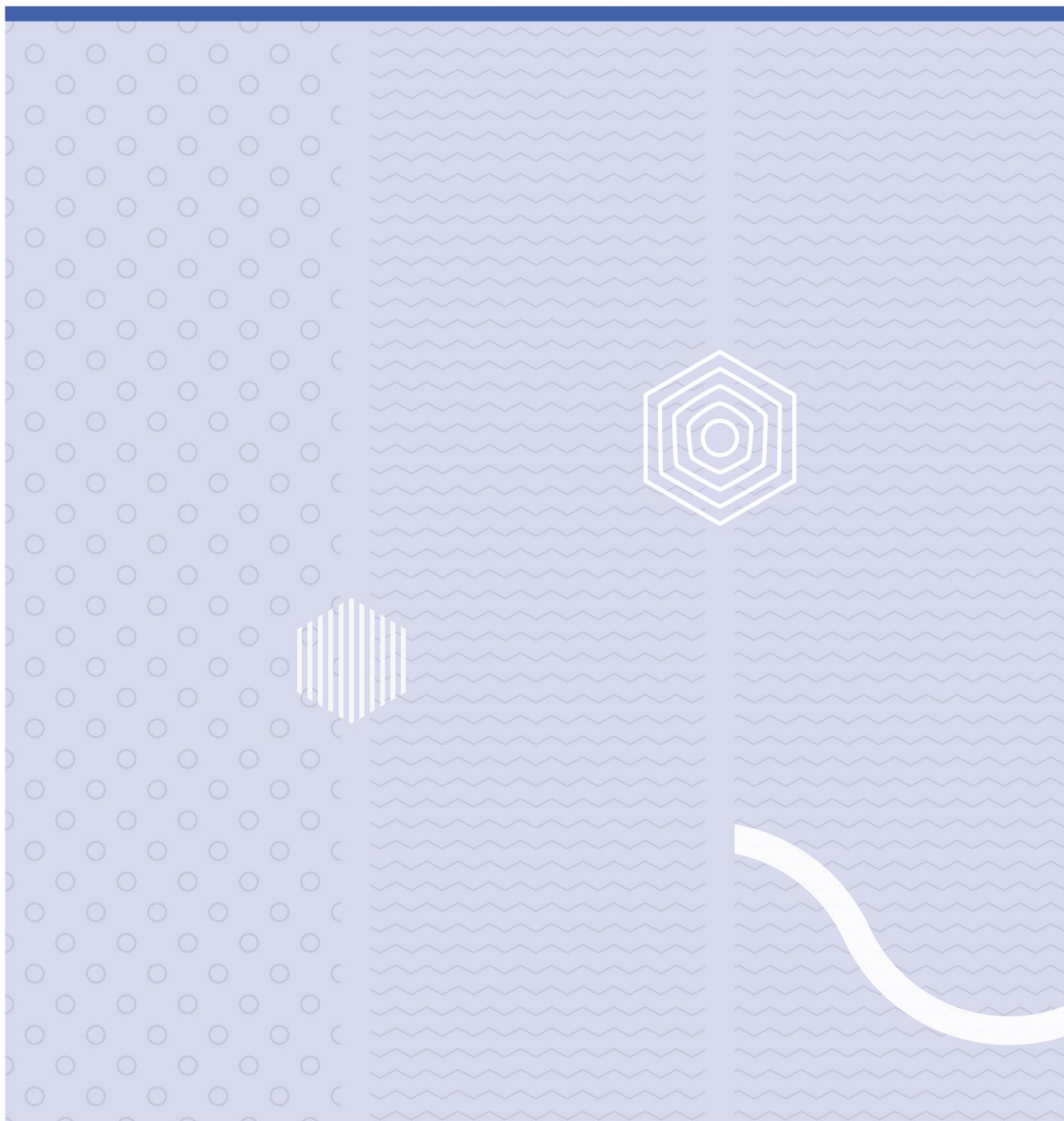
Forfattere:

Ulrikke Strandmoen Reitan

Kandidatnummer: 6038

Håp hos pasienter nylig diagnostisert med kreft

Hvordan kan sykepleiere bidra til å fremme håp hos pasienter nylig diagnostisert med kreft?



Sammendrag

Innledning: Å få en kreftdiagnose vil for mange skape en usikker fremtid. Håpet vil være med å avgjøre hvordan hver enkelt forholder seg til sine vanskeligheter. Jeg vil derfor se på betydningen av håp hos pasienter som nylig er diagnostisert med kreft, samt hvordan sykepleiere kan bidra til å fremme håp hos disse pasientene.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie. Jeg skal drøfte problemstillingen ut ifra fire valgte forskningsartikler, relevant faglitteratur og egen erfaring.

Resultater: Håpet var knyttet til å bli kurert, slik at en kunne fortsette livet som før kreftdiagnosen. Måten helsepersonellet ga informasjon, viste omsorg og skapte en positiv atmosfære, var av betydning for håpet. For å fremme håp hos pasientene beskriver sykepleierne strategier som å lytte, vise omsorg og skape et tillitsfullt forhold. Sosial støtte gjennom tilstedeværelse, lytting og trøst ga næring til håpet. Mangel på informasjon var utfordrende for noen. Andre opplevde at viss type informasjon kunne gi håpløshet.

Konklusjon: Sykepleieren bør bli kjent med pasienten for å finne ut hva som er av betydning for håpet. Å bli kjent med pasientens ressurser og behov, vil gjøre det enklere for sykepleieren å kunne legge til rette for at pasienten skal oppleve mestring og håp i sykdomsforløpet.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	4
1.1	Bakgrunn for valg av tema	4
1.2	Problemstilling	5
1.3	Avgrensning og presisering	5
2	Metode	7
2.1	Metodevalg	7
2.2	Søkestrategier	7
2.3	Inklusjon- og eksklusjonskriterier	8
2.4	Kildekritikk	8
3	Resultater	10
3.1	Fortsette med livet som før diagnosen	10
3.2	Helsepersonellets betydning for håp	10
3.3	Sosial støtte	11
3.4	Informasjon	12
4	Diskusjon	13
4.1	Å fortsette livet med en kreftdiagnose	13
4.2	Sosial støtte fra pårørende og helsepersonell	15
4.3	Informasjonens betydning	18
5	Konklusjon	21
6	Litteraturliste	22

Vedlegg 1: PICO-skjema

Vedlegg 2: Søkelogg

Vedlegg 3: Litteraturmatiser for vitenskapelige artikler

Vedlegg 4: Kritisk vurdering av vitenskapelige artikler

Vedlegg 5: Selvvalgt litteratur

1 Innledning

Uansett hvor man jobber som sykepleier vil man møte personer som enten har eller har hatt kreft. I 2016 var det over 32 000 personer som ble diagnostisert med kreft. Antallet kreftpasienter vil øke hvert år grunnet vår aldrende befolkning (Larsen et al., 2017, s. iv). Stadig flere overlever kreft, men mange dør fortsatt av sykdommen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 2). Over 10 000 personer døde av kreft i 2015 (Larsen et al., 2017, s. 2).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Siden starten på sykepleierstudiet har jeg jobbet med flere pasienter som har en kreftdiagnose. Dette vil være en pasientgruppe jeg også kommer til å jobbe med etter studiet. Ved valg av tema for avsluttende oppgave vil jeg fokusere på utfordringer ved å få en kreftdiagnose og hvordan det er å leve med en uforutsigbar sykdom.

Det å få kreft vekker ulike følelser hos den rammede. Det kan oppleves uvirkelig og gi en følelse av uvisshet om hva som vil skje i fremtiden. På kort tid blir livet snudd på hodet og en kan føle at man ikke lenger har kontroll over eget liv. Det kan bli vanskelig å planlegge for fremtiden grunnet kreftsykdommen, og en vil veksle mellom håp og fortvilelse (Dahl, 2016, s. 23). Det er en del av sykepleierens yrkesetiske retningslinjer å understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (NSF, 2016). Det er likevel lite som er kartlagt med tanke på hvilke tiltak som burde iverksettes for å ivareta åndelige behov (Strøm, 2015, s. 920-921). Derfor ønsker jeg å se på betydningen av håp hos pasienter med kreft, og hvordan sykepleiere kan understøtte dette.

Håpet eksisterer uavhengig av alder og øvrig livssituasjon (Lohne, 2016, s.123), men kan forandre seg over tid (Lohne, 2016, s.112). Håpet er subjektivt og individuelt, og det vil derfor være forskjellig hvordan hver enkelt forholder seg til sine vanskeligheter (Lohne, 2016, s.110-112).

I de fleste tilfeller er det sykepleieren som står nærmest pasienten i kriser. Krisen oppleves truende og vanskelig, og vil gjøre at tankene begynner å fare rundt fortid, nåtid og fremtid. Mulighetene ligger i fremtiden, og håpet vil utløses av vanskelige utfordringer som stress, tap eller sykdom og lidelse (Lohne, 2016, s. 114). Fremtidsperspektivet ligger til grunn for all omsorg og behandling. Sykepleierens fokus er at pasienter, selv med sykdom og skade, skal oppleve helse og velvære, vekst og utvikling. Håpet ligger også i fremtidsperspektivet, og dette gjør at håp tangerer mange av sykepleierens ansvarsområder (Lohne, 2016, s. 111-112).

I alle deler av forløpet med kreft er håp viktig for pasientene, både når man er nydiagnostisert eller om man er i palliativ fase (Utne, 2016, s. 306). Sykepleieren må ha kunnskaper om hva håp betyr for hver enkelt for at det skal bli mulig å møte pasientenes behov for å finne eller opprettholde håp (Lohne, 2016, s. 112). Jeg ønsker å øke min kompetanse innenfor dette temaet, slik at jeg i større grad kan ivareta pasientenes behov for helhetlig omsorg.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleiere bidra til å fremme håp hos pasienter nylig diagnostisert med kreft?

1.3 Avgrensning og presisering

Jeg vil fokusere på pasienter som har nyoppdaget kreft og velger å ikke avgrense til en bestemt type kreftdiagnose, da jeg mener at håp er viktig uansett. Konteksten vil være på sykehus da det er her de fleste pasienter får bekreftet diagnosen, og videre behandling vil foregå her. Jeg vil fokusere på voksne menn og kvinner, men avgrenser ikke til en spesifikk aldersgrense. Jeg er innforstått med at alderen kan ha betydning for hvor man er i livet med tanke på barn, utdanning og økonomi. Som tidligere nevnt, vil håpet eksistere uavhengig av disse faktorene (Lohne, 2016, s. 123). Jeg velger å fokusere på voksne da håp vil være annerledes hos barn ettersom de er i vekst og utvikling. Sykepleierens tilnærming og tiltak vil derfor være forskjellig hos barn (Egeland,

2017, s. 773-774). En kreftdiagnose vil ikke bare ramme pasienten, men hele familien. Jeg vil derfor belyse viktigheten av å inkludere og ivareta pårørende da de kan være en viktig ressurs og støtte for pasienten i en vanskelig periode av livet (Grov, 2017, s. 251-252).

2 Metode

Metoden sier noe om hvordan vi burde arbeide for å få tak i eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2013, s. 111). Den bestemte metoden hjelper oss med å samle inn data som vi trenger til undersøkelsen (Dalland, 2013, s.112).

2.1 Metodevalg

Denne oppgaven er en litteraturstudie. Ut ifra valgte forskningsartikler, faglitteratur og egen erfaring skal jeg systematisere kunnskap for å svare på problemstillingen. Når man systematiserer, samler man inn relevant litteratur, kritisk vurderer den før man gjør en sammenfatning til slutt (Thidemann, 2017, s. 79). En litteraturstudie skal gi leseren en oppdatert og god forståelse av den kunnskapen problemstillingen etterspør (Thidemann, 2017, s. 80). Når vi snakker om forskning, skiller vi mellom to forskningsmetoder: kvantitative og kvalitative metoder.

Kvantitative metoder gir oss data i form av målbare enheter. Kvalitative metoder går i dybden der målet er å fange opp mening og opplevelse (Dalland, 2013, s. 112). Håp er et vidt begrep med forskjellig betydning for hver enkelt, derfor vil jeg fokusere på kvalitative metoder. Hensikten med kvalitative metoder er å få kunnskap om menneskelige egenskaper og få frem nyanser. For å samle inn data brukes ofte intervjuer, observasjoner, feltarbeid og dokumentanalyse. I kvalitative metoder er det få undersøkelsesenheter, men man vil få mange opplysninger fra disse. Målet er å oppnå forståelse (Thidemann, 2017, s. 78).

2.2 Søkestrategier

Jeg har brukt flere databaser, men jeg fikk best utvalg i PubPsych, Wiley Online Library og CINAHL. Wiley Online Library ga over tusen søketreff. Her sorterte jeg etter relevans, og leste sammendraget til artiklene på de to første søkesidene. Fant da en artikkel som passet til min problemstilling.

Jeg valgte å bruke søkeord fra min egen problemstilling som blant annet "hope" og "cancer patients". Jeg prøvde også å få frem nylig diagnostisert, men det var ingen CIHNAL-headings eller Mesh-terms for dette. Da jeg brukte "newly diagnosed" som eget nøkkelord i kombinasjon med søkeordene ovenfor, ble antall treff svært begrenset. Dette gjorde at det ble vanskelig å finne forskningsartikler relatert til å være nydiagnostisert med kreft. Mange av studiene fokuserte på håp hos palliative kreftpasienter. Dette var artikler jeg valgte å se bort ifra da palliativ behandling ofte er relatert til at sykdommen ikke lenger kan helbredes (Lid & Klepp, 2018).

Se vedlegg 2: søkelogg.

2.3 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:

- Kreftpasienter
- Sykepleieperspektiv/pasientperspektiv
- Engelskspråklige artikler
- IMRaD-struktur
- Sykehuspasienter

Eksklusjonskriterier:

- Pårørendeperspektivet
- Sykepleie til barn under 18 år
- Palliative kreftpasienter
- Forskning eldre enn 15 år

2.4 Kildekritikk

For å finne artikler og god faglitteratur for å kunne diskutere problemstillingen, har jeg vært kritisk til de kildene jeg har brukt. Gjennom kildekritikk skal man vise at en klarer å være kritisk til det materialet som brukes gjennom analysering og vurdering (Dalland, 2013, s. 72-74).

For å se om de valgte forskningsartiklene er troverdige og godkjente, har jeg søkt opp tidsskriftene der artiklene er publisert i *Register over vitenskapelige publiseringskanaler* (2018). Fagfellevurdering sørger for kvalitetssikring av vitenskapelige publikasjoner (Svartdal, 2014). Tidsskriftene til de valgte forskningsartiklene er alle fagfellevurdert.

Det har vært vanskelig å finne artikler som ser på hvordan sykepleiere fremmer håp hos sine pasienter. Tre av de valgte artiklene er derfor fra pasientenes perspektiv (Hammer, Mogensen & Hall 2009; Håland, Bentsen & Berland 2017; Mattioli, Repinski & Chappy 2008). Jeg ser likevel ikke på dette som noe negativt, da sykepleiere bør kjenne pasienten for å forstå hva som gir dem håp (Lohne, 2016, s. 112). To av artiklene er relatert til spesifikke kreftsykdommer (Hammer et al. 2009; Håland et al. 2017). Dette kan være av betydning med tanke på prognose, men kreft er likevel en uforutsigbar sykdom som mange forbinder med lidelse, smerte og død (Reitan, 2017, s. 35). Jeg har også valgt en artikkel som ser på betydningen av sosial støtte og håp hos pasienter som får kjemoterapibehandling (Mattioli et al., 2008). Her hadde deltakerne forskjellige typer kreftdiagnoser, slik at håpets betydning var uavhengig av krefttype.

I studien fra Turner & Stokes (2006) er deltakerne sykepleiere, og funnene er derfor fra deres perspektivet. Sykepleierne forteller hvordan de tilrettelegger for og fremmer håp hos eldre pasienter på langtids- og akuttplasser. Studien er ikke direkte knyttet opp mot kreft, men jeg ser den likevel som relevant da den beskriver håpsfremmende metoder som også kan brukes i sykepleien til kreftpasienter.

3 Resultater

Mye av resultatene sammenfaller i de valgte forskningsartiklene. Jeg velger derfor å kategorisere inn i temaer og vil se på forskjeller og likheter innenfor disse, samt hvilken betydning de har for håp.

3.1 Fortsette med livet som før diagnosen

I artiklene kommer det ofte frem at pasientene ønsker at livet skal fortsette som før diagnosen. For deltakerne i studien til Hammer et al. (2009) og Mattioli et al. (2008) satte kreftdiagnosen i gang tanker om fremtiden. Kvinnene i studien til Hammer et al. (2009) håpet på å bli kurert slik at de kunne fortsette med sine vanlige liv. Håpet var også forbundet med et ønske om å leve, være en del av livet og finne mening i situasjonen.

Deltakerne ønsket å holde livet så normalt som mulig (Hammer et al. 2009; Mattioli et al. 2008). En viktig del av dette var å kunne fortsette med kjente rutiner, jobb og andre hverdagsaktiviteter (Hammer et al. 2009; Håland et al. 2017; Mattioli et al. 2008). I studien til Håland et al. (2017) la deltakerne vekt på at fysisk trening var viktig for mestring. Ved å gjøre noe fysisk fikk man kjenne at kroppen fortsatt fungerte og man opplevde fremskritt. Dermed kunne de fokusere på andre ting i livet.

I studien til Hammer et al. (2009), opplevde deltakerne også håpløshet. Å få bekreftet diagnosen gjorde at følelser som tap, tomhet og håpløshet kom til syne. De ønsket å løpe vekk fra diagnosen og gå tilbake til sitt normale liv. Likevel virket det som om kvinnene raskt vekslet tilbake til håp gjennom planlegging for fremtiden og positive tanker.

3.2 Helsepersonellets betydning for håp

Kvinnene i studien til Hammer et al. (2009) følte seg behandlet med respekt i måten legene og sykepleierne ga informasjon, svarte på spørsmål og skapte en positiv

atmosfære. De profesjonelles behandling og omsorg, styrket troen på at alt var under kontroll og at de var ivaretatt. Dette kom også frem i studien til Mattioli et al. (2008) og Håland et al. (2017) hvor profesjonalitet, omsorg, medfølelse og støtte fra helsepersonell var en viktig kilde til håp. For å mestre utfordringene kreftbehandlingen brakte med seg, var det viktig å føle seg trygg og ivaretatt av helsevesenet. Deltakerne la vekt på viktigheten av å være positiv og ha håp om at alt skulle bli bra (Håland et al., 2017).

Studien fra Turner & Stokes (2006) tar for seg hvilke strategier sykepleiere bruker for å fremme håp hos pasienter på akutt- og langtidsplasser. Deltakerne beskriver hvordan de fremmer håp gjennom evnen til å berøre andres liv. Det er viktig å vise at en bryr seg om pasientene og ønsker å hjelpe. Da er man et steg nærmere å gi pasienten håp. Det gjelder å være åpen for samtaler slik at pasienten kan snakke om sine problemer og bekymringer dersom det er behov. Å komme i kontakt med pasientenes indre vesen var uttrykt som evnen til å bli kjent med den andre på et dypere nivå ved å dele historier, lytte aktivt, og være oppmerksom på pasientens omsorgsbehov. Flere av deltakerne trodde på å skape en nær relasjon og etablere et tillitsfullt forhold med pasientene da dette kunne være med å styrke håpet. Flere av historiene viste at sykepleiernes opptreden fremmet håp, mer enn selve tiltaket. Dette kunne være handlinger som å tilbringe tid med pasientene eller etterkomme pasientenes ønsker og behov (Turner & Stokes, 2006).

3.3 Sosial støtte

Sosial støtte legges frem som en viktig del av håpet. I studiene snakker deltakerne om ektefeller, barn, barnebarn, venner, Gud og helsepersonell som viktige kilder til støtte (Hammer et al. 2009; Håland et al. 2017; Mattioli et al. 2008). Betydelige relasjoner hjalp pasientene med å mestre situasjonen og mobilisere ressurser (Hammer et al. 2009; Mattioli et al. 2008). Håpet vokste gjennom kjærlighet fra betydningsfulle relasjoner (Hammer et al., 2009).

En ektefelle eller partner var den viktigste støtten gjennom perioden med sykdom for mennene i studien til Håland et al. (2017). Dette var en avgjørende faktor for å komme igjennom utfordringene sykdommen brakte med seg på en tilstrekkelig måte. Deltakerne i studien til Mattioli et al. (2008) snakket om familie og venner som hjalp til med mestring og støtte. Det var til stor hjelp når noen var tilstede, lyttet og ga trøst.

3.4 Informasjon

Informasjon og hvilken betydning det hadde for håpet ble lagt vekt på i studiene til Håland et al. (2017) og Mattioli et al. (2008). I studien til Håland et al. (2017) kom det frem at medisinsk informasjon ikke skulle bli undervurdert. Informasjon var relatert til kunnskap og trygghet, og var viktig for å kunne stole på helsevesenet. Deltakere som opplevde å få minimalt med informasjon eller som måtte spørre etter informasjon, opplevde at sykehuset ikke hadde nok kunnskap om diagnosen og behandlingen.

Tiden fra bekreftelse av diagnosen til de fikk informasjon om behandling, var den mest utfordrende perioden. Når deltakerne først fikk tilstrekkelig med informasjon, ble de beroliget og angsten ble erstattet med troen på at alt skulle bli bra (Håland et al., 2017). I studien til Mattioli et al. (2008) ønsket deltakerne å skjerme seg fra negative tanker og redsler relatert til kreftdiagnosen. Informasjon kunne være nedslående og dermed gi en følelse av håpløshet. Derfor ville deltakerne ha mindre kunnskap om de negative sidene ved sykdommen.

4 Diskusjon

Kreft er en alvorlig sykdom som vil aktualisere betydningen av håp for pasienten (Utne, 2017, s. 67). Sykepleierens oppgave er ikke å heve håpet, men å styrke det (Utne, 2017, s. 78). Hvordan kan sykepleiere bidra til å styrke håpet? Hva gir pasientene håp? Hvilke tiltak kan sykepleiere iverksette i en hektisk sykepleiehverdag for å fremme pasientenes opplevelse av håp? Gjennom resultatene fra forskningsartiklene, relevant faglitteratur og egne erfaringer skal jeg drøfte mulige svar på problemstillingen.

4.1 Å fortsette livet med en kreftdiagnose

Håp defineres av Travelbee som en mental tilstand som kjennetegnes av et ønske om å nå et mål, samt en viss forventning om at det er oppnåelig. Hun hevdet at håp gjør mennesker i stand til å bære byrdene og mestre utfordringene som følger med sykdom og lidelse (Travelbee, 2007, s. 117). Deltakernes ønske er å bli kurert og kunne fortsette med livet (Hammer et al. 2009; Mattioli et al. 2008). Håpet var knyttet til å leve, være en del av livet og finne mening i situasjonen (Hammer et al., 2009). For å kunne leve slik det var før diagnosen, var det viktig å fortsette med kjente rutiner, jobb og aktiviteter (Mattioli et al., 2008).

Kreft vil få en innvirkning på alle aspekter av pasientens liv (Reitan, 2017, s. 110). Det kan bli vanskelig å fortsette med dagliglivets aktiviteter, som jobb og fritidsaktiviteter. Kreftdiagnosen gjør at de trygge og forutsigbare rutinene endres, noe som kan oppleves som angrep på det trygge og kjente (Dahl, 2016, s. 23). Håpet om å kunne fortsette å leve livet som før kreftdiagnosen, kan for de som står utenfor virke urealistisk. Livet vil kanskje aldri bli som før. Selv om man kanskje kommer tilbake til trygge og kjente rutiner, har livshistorien endret seg og synet på livet kan være annerledes. For pasienten derimot, kan dette håpet beskytte mot sjokk og fortvilelse i en sårbar situasjon (Lohne, 2016, s.123). Dette tydeliggjøres i studien til Hammer et al. (2009) der diagnosen gjorde at kvinnene opplevde tap, tomhet og håpløshet. Likevel vekslet kvinnene fort tilbake til håp gjennom positive tanker og planlegging for fremtiden. Sykepleiere bør derfor ikke avfeie håpet selv om det virker urealistisk. Å

realitetsorientere pasienten kan ha negativ virkning og føre pasienten inn i håpløsheten. På en annen side vil pasienten etter hvert kanskje oppleve at livet aldri vil bli det samme. Dette kan også bane vei til håpløsheten. Sykepleierens oppgave blir da å være våken på pasientens atferd. Mister pasienten interessen for det som tidligere var av betydning, bør sykepleieren gripe inn å vise at hun er tilstede gjennom lytting og en positiv og støttende atmosfære. Når pasienten da opplever trygghet og at man ikke er alene, kan håpløsheten omdannes til nye håp og ønsker for livet (Lohne, 2016, s. 120-121).

Å bli innlagt på sykehus kan være skremmende. Pasienten må nå følge sykehusets ukjente rutiner og skal gjennomgå en langvarig behandling med de konsekvenser og utfordringer som følger med. Hver pasient sykepleieren møter er unik, og opplevelsen av sykdomsforløpet med kreft er derfor svært individuelt. For å kunne hjelpe pasienten til å mestre en hverdag med livstruende sykdom, bør sykepleieren bli kjent med pasienten. Gjennom pasientens egen fortelling av sin historie, opplevelse av sykdom og de konsekvenser som følger med, kan sykepleieren lettere sørge for en individuell tilnærming i behandlingen (Reitan, 2017, s. 35). Jeg opplever at sykepleiere og annet helsepersonell kan glemme at pasienter er forskjellige og erfarer selv at det er fort gjort i en travel arbeidssituasjon. Sykepleiere blir kjent med pasientene, men dokumenterer sjelden de ressurser, behov og følelser pasienten har. Det er som oftest fokus på det medisinske og behov som ernæring, søvn og eliminasjon. Det som omhandler behandlingen er også viktig for pasientene, for her ligger håpet om å bli kurert (Hammer et al., 2009; Utne, 2017, s. 78). For at pasienten skal kunne oppleve helhetlig omsorg og god psykososial helse, må sykepleiere se mennesket bak diagnosen (Eriksen, 2015, s. 898-900).

Når sykepleieren først blir kjent med pasienten kan det bli enklere å legge til rette for at pasienten skal kunne oppleve mestring og håp i sitt sykdomsforløp. Hvis vi tar utgangspunkt i de valgte forskningsartiklene, var fysisk aktivitet viktig for opplevelsen av mestring (Hammer et al. 2009; Håland et al. 2017). Fysisk aktivitet gjorde at deltakerne kjente at kroppen fungerte og opplevde dermed fremskritt (Håland et al., 2017). Sykepleieren kan da, i samarbeid med pasienten, lage et daglig mål som for eksempel å

gå en tur i korridoren. Det er kanskje ikke den samme fysiske aktiviteten pasienten utfører i sin vanlige hverdag, men i det ukjente forløpet med kreft, kan et slikt mål gi mestring som igjen gir håp.

Pasientens religiøse tro eller livssyn kan være en ressurs som gir pasienten styrke. Sykepleieren bør avklare hvilket forhold pasienten har til tro og livssyn, slik at en kan tilrettelegge for at pasienten får muligheten til å utføre eventuell religiøs praksis. Det å få kontakt med en prest eller en religiøs leder kan hjelpe pasienten til å finne mening i situasjonen (Strøm, 2015, s. 920-922).

Å legge til rette for aktiviteter og oppgaver pasienten ellers ville ha gjort om han var frisk, kan være med å lindre pasientens opplevelse av ubehag og fremmedgjøring, og skape trygghet og velvære (Stubberud, 2013, s. 45). Gjennom en slik tilnærming kan pasienten oppleve å bli sett og hørt som den personen han er, og være mer enn bare pasient (Eriksen, 2015, s. 902). En må likevel være oppmerksom på pasientens helsetilstand til enhver tid når man lager eller endrer mål som er relatert til håp og mestring. Blir målet uoppnåelig, blir hensikten borte og pasienten kan eventuelt oppleve motsatt effekt.

4.2 Sosial støtte fra pårørende og helsepersonell

De valgte studiene viser at sosial støtte er av betydning både for håp og for å mestre sykdommen (Hammer et al. 2009; Håland et al. 2017; Mattioli et al. 2008). Viktige kilder til støtte er ektefeller, barn, barnebarn, venner, kolleger og helsepersonell.

En kreftdiagnose vil ikke bare ramme pasienten, men hele familien (Grov, 2017, s. 251). For en person rammet av sykdom, vil nære relasjoner ofte utgjøre en viktig hjelp og følelsesmessig støtte (Grov, 2016, s. 327). I studiene til Mattioli et al. (2008) og Håland et al. (2017) var det enklere for deltakerne å mestre diagnosen og behandlingen når en hadde noen å snakke med. Kvinnene i studien til Hammer et al. (2009) beskrev at kjærlighet og støtte fra betydningsfulle relasjoner ga næring til håpet.

Det som ikke fremkommer i de valgte studiene, er at håp er like vesentlig for pårørende (Utne, 2017, s. 76). Den uforutsigbare situasjonen som oppstår når en person rammes av kreft, kan også skape bekymringer og utfordringer for personens nærmeste (Grov, 2017, s. 251). Pårørende kan oppleve usikkerhet, stress og krise på samme måte som pasienten (Grov, 2016, s. 330). Jeg har sett situasjoner hvor pårørende blir en belastning for pasienten i all sin omsorg og bekymring. Derfor kan det være nyttig at pårørende er med i fellessamtaler med pasienten og helsepersonell, slik at de også kan betrygges og oppleve kontroll. I en sykdomsfokusert hverdag er pårørende en viktig ressurs som kan bidra til å opprettholde pasientens egen identitet, stimulere håp og bringe mening inn i situasjonen (Reitan, 2017, s. 108). Uten sosial støtte kan pasientens belastning bli større, fordi en blir alene om å bære sykdommens byrder (Dahl, 2016, s. 25). Ved å ha en fellessamtale med pasient og pårørende kan man avklare hva og hvor mye pårørende kan bidra med, hva pasienten forventer av pårørende og hva helsepersonellet skal ivareta i den kommende behandlingen (Grov, 2016, s. 339). Dette viser viktigheten av at pårørende inkluderes når en skal bidra til å styrke pasientens håp. Blir det for stor belastning for pasient og pårørende, kan det bli utfordrende å mestre sykdomsforløpet.

For at pårørende skal være en ressurs i en sykdomsfokusert hverdag, bør sykepleiere legge til rette for at pasienten kan møte personer som er av betydning (Utne, 2017, s. 77). På en sykehusavdeling med rutiner og besøkstider kan dette være vanskelig å få til. Noen pasienter har behov for ha de nærmeste rundt seg store deler av oppholdet. Dette er forståelig når pasienten opplever at livet blir snudd på hodet med en kreftdiagnose. Ofte ligger pasienter på dobbeltrom og besøkstidene blir da strengere av respekt for andre. Alternativet kan være å tilby pasient og pårørende et rom hvor de kan sitte uforstyrret. Det kan likevel være nødvendig å avtale besøk på forhånd slik at det ikke forstyrrer planlagte undersøkelser og behandling (Stubberud & Eikeland, 2013, s. 177). På en annen side, vil det for noen pasienter være betryggende at pårørende kan være med på visse undersøkelser. Dette bør avklares på forhånd slik at det kan tilrettelegges for. Om pasientens helsetilstand tilsier det, kan permisjon også være et tiltak som bidrar til håp. Erfaringsmessig, oppleves permisjon svært oppmuntrende og

positivt. Dette bør planlegges godt på forhånd slik at pårørende er forberedt på at pasienten kommer hjem og ikke opplever det som en byrde.

Helsepersonellet beskrives også som en viktig kilde til håp i måten de ga informasjon, svarte på spørsmål og skapte en positiv atmosfære (Hammer et al., 2009). Det ble enklere å mestre sykdommen når man opplevde støtte og omsorg fra helsepersonellet (Håland et al., 2017). I en hektisk sykepleierhverdag kan det derimot være vanskelig å gi den støtten pasienten har behov for. Jeg har selv erfart pasienter som uttrykker ønske for å snakke eller ha selskap når jeg egentlig ikke har tid. I slike tilfeller kan pasienten oppleve å ikke bli sett og hørt. Sykepleieren kan kjenne på skyld da pasienten ikke får den omsorgen som er ønsket (Alvsvåg, 2015, s. 160). Dette er dessverre realiteten i mange situasjoner. Pasienten kan likevel oppleve en støttende atmosfære gjennom sykepleierens opptreden i ulike situasjoner. Dette trekkes frem i studien til Turner & Stokes (2006) hvor en av deltakerne valgte å gi en klut til både seg selv og pasienten under et stell. Dette ga en støttende atmosfære fordi sykepleieren hadde tro på at pasienten kunne være en aktiv deltaker, og ga pasienten muligheten til å velge selv. Sykepleiere har en unik mulighet til å påvirke pasientens håp gjennom den forbindelsen som skapes i sykdomsforløpet. For å kunne fremme håp hos andre, må sykepleieren selv har en holdning som inspirerer til håp (Utne, 2017, s. 76-77).

For at pasienten skal kunne oppleve god sykepleie og støtte, er tillit en nødvendig forutsetning (Hummelvoll & da Silva, 2014, s. 91). Den er av betydning for å kunne skape en god relasjon til pasienten og for å gi god individuell behandling. I studien til Turner & Stokes (2006) ytret deltakerne at tillit var viktig for å fremme håp. Deltakerne ønsket å skape en nær relasjon til sine pasienter for å kunne etablere et tillitsfullt forhold. Dette ble oppnådd ved å dele historier, lytte aktivt og være oppmerksom på pasientens behov for omsorg (Turner & Stoker, 2006). Dette går også igjen i litteraturen, hvor pasienter opplever tillit når helsepersonellet er emosjonelt til stede, ønsker det beste for pasienten, legger til rette for sosial støtte og har nødvendig medisinsk kunnskap (Eide & Eide, 2016, s. 56-58; Dahl, 2016, s. 49). Veien til tillit er likevel forskjellig mellom pasienter, og vi har alle ulike forutsetninger for hvordan vi takler sykdom og hvem vi ønsker å stole på. Dette viser igjen viktigheten av at

sykepleiere bør bli kjent med pasienten for å kunne se det hele mennesket med sine ressurser, behov og følelser. Når vi først erkjenner og respekter hverandre som forskjellige mennesker, kan det være lettere å oppnå tillit og dermed enklere å styrke håpet.

4.3 Informasjonens betydning

Få av de valgte artiklene tar opp viktigheten med informasjon, og hvilken betydning det har for håpet. Jeg velger likevel å ta med dette teamet da jeg mener at informasjon er avgjørende for å kunne oppleve kontroll i den uforutsigbare situasjonen med kreft. I studien til Håland et al. (2017) var tiden fra bekreftelse av diagnosen til de fikk informasjon om behandling den mest utfordrende perioden for deltakerne. Dette viser at informasjon er nødvendig for at pasienten skal kunne forstå og mestre livet med kreft. I tillegg kan informasjonen redusere eller fjerne usikkerhet og flertydighet (Reitan, 2017, s. 112).

Studien til Håland et al. (2017) viser til at medisinsk informasjon gitt på den riktige måten, ikke skal undervurderes. Deltakerne opplevde av informasjon var relatert til kunnskap og trygghet, og var viktig for å kunne stole på helsevesenet. Uten tilstrekkelig informasjon følte deltakerne at sykehuset ikke hadde nok kunnskap om diagnosen og behandlingen. Når deltakerne først fikk tilstrekkelig informasjon, ble de beroliget og fikk troen på at det kom til å gå bra. På en annen side, må sykepleiere være innforstått med at viss type informasjon kan oppleves tyngende. Dette fremkommer i studien til Mattioli et al. (2008) hvor deltakerne ønsket mindre informasjon om de negative sidene ved kreft da slik kunnskap kunne gi en følelse av håpløshet. De ønsket å skjerme seg fra engstelser og redsler knyttet til kreften. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2) skal pasienter ha informasjon for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Dette inkluderer også mulige risikoer og bivirkninger, selv om det kan sette en demper for håpet. Pasienter har likevel rett til å avstå fra eller ønske seg begrenset informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2), og dette må sykepleiere respektere. Det negative budskapet kan enkelte ganger likevel legges frem på en måte hvor det positive oppveier for det negative. Når det er snakk om prognose,

kan en for eksempel legge frem overlevelsesprosenten framfor mortaliteten (Lohne, 2016, s. 122). Da vil sykepleieren gi informasjon med hensyn til lov, og pasienten kan ha fått den kunnskapen som trengs for å styrke håpet og oppnå forutsigbarhet, uten at det oppleves som tyngende.

Informasjon er tidkrevende og ikke alltid prioritert. Jeg har selv erfart at pasienter ikke har fått mulighet til å stille spørsmål grunnet mangel på tid. Det må være vanskelig for pasienten som allerede er i en sårbar og utrygg situasjon. I tillegg blir informasjonen ofte gitt inne på et dobbeltrom uten at det er tatt hensyn til taushetsplikten og pasientens privatliv. Helsepersonell er lovpålagt å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon, samt forsikre seg om at informasjonen er forstått (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). Tid er derfor en forutsetning for at pasienten skal få muligheten til å stille spørsmål og at sykepleieren kan kontrollere om informasjonen er forstått (Reitan, 2017, s. 113).

Sykepleiere bør utforske hvilken informasjon pasienten har behov for og gi informasjon trinnvis. Informasjonssamtalen skal styres av pasientens behov, ønsker og utfordringer (Reitan, 2017, s. 112). Det er derimot ikke alltid like lett for pasienten å vite hva en trenger informasjon om. Sykepleieren kan bruke en narrativ tilnærming slik at pasienten kan fortelle med egne ord hvordan situasjonen oppleves. En slik tilnærming kan gjøre at misforståelser, manglende kunnskap og følelsesmessige reaksjoner kommer til overflaten. Da kan det bli lettere for sykepleieren å se hva pasienten behøver av nærmere informasjon (Eide & Eide, 2016, s. 293-294). Når en først skal gi informasjon er det som nevnt ovenfor, viktig å sette av god tid. Det er også av betydning hvor samtalen foregår. Det bør være et rom hvor en ikke blir forstyrret av den travle sykehushverdagen, og hvor pasienten føler seg trygg og komfortabel. Da legger en også til rette for opprettholdelse av taushetsplikten. Dette kan fremme pasientens deltakelse i samtalen, slik at det blir en dialog mellom pasient og sykepleier (Schjølberg, 2013, s. 110).

Etter at informasjonen er gitt, bør sykepleieren være tilstede for å ta vare på pasienten ved å lytte, snakke med vedkommende, svare på eventuelle spørsmål, erkjenne og ta imot pasientens følelser (Schjølberg, 2013, s. 109). For å sørge for at informasjonen er

forstått, kan sykepleieren be pasienten formulere sin egen forståelse av det som har blitt sagt, og eventuelt supplere ved mangler. Noe informasjon kan også gis skriftlig, som blant annet informasjonsbrosjyrer om behandling. De viktigste punktene av samtalen kan skrives ned på papir slik at pasienten får med seg dette videre (Eide & Eide, 2016, s. 296). Disse tiltakene kan gjøre at pasienten ikke blir overveldet av informasjon og at håpet blir redusert (Reitan, 2017, s. 116). Ønsket er at situasjonen skal bli så forutsigbar som mulig for pasienten (Eide & Eide, 2016, s. 293).

5 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg fokusert på hvordan sosial støtte, informasjon og det å leve med en kreftdiagnose påvirker håpet. Det er likevel mye som er av betydning for håp, og det er individuelt betinget hva som fremmer håp hos hver enkelt av oss. For at sykepleiere skal kunne fremme og styrke håp hos sine pasienter, bør sykepleieren bli kjent med personen bak kreftdiagnosen. Det vil være nyttig å finne ut av hva som er viktig for pasienten, samt hvilke ressurser og behov pasienten har. Først da kan det bli mulig for sykepleieren å legge til rette for at pasienten skal kunne oppleve mestring og håp i en ukjent og uforutsigbar hverdag med kreft.

6 Litteraturliste

- Alvsvåg, H. (2015). Faglig skjønn og omsorg. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s. 156-178). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- *Dahl, A. A. (2016). *Kreftsykdom: Psykologiske og sosiale perspektiver*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- *Egeland, S. E. (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft hos barn. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling*. (s. 773-793). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2016). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eriksen, S. (2015). Menneskets psykososiale behov. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s. 887-907). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- *Grov, E. K. (2017). Pårørende. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling*. (s. 251-266). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- *Grov, E. K. (2016). Om å være pårørende. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 2: Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (s. 327-345). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- *Hammer, K., Mogensen, O., & Hall, E. O.C. (2009). Hope as experienced in women newly diagnosed with gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 13(4), 274-279. doi: 10.1016/j.ejon.2009.02.004
- Helsebiblioteket. (2016). *Sjekklistor*. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- *Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Nasjonal kreftstrategi (2018-2022): Leve med kreft*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/leve-med-kreft/id2598282/>
- Hummelvoll, J. K. & da Silva, A. B. (2014). Relevante etiske grunnbegreper, teorier og perspektiver i psykisk helsearbeid. I J. K. Hummelvoll (Red.), *Helt – ikke stykkevis*

og delt. *Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (s. 83-109). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- *Håland, H., Bentsen, S. B., & Berland, A. K. (2017). Experiences with being diagnosed with and treated for testicular cancer. *Norwegian Journal of Clinical Nursing/Sykepleien Forskning*, 1-10. doi: 10.4220/Sykepleienf.2016.59327
- *Larsen, I. K., Møller, B., Johannesen, T. B., Larønningen, S., Robsahm, T. E., Grimsrud, T. K. & Ursin, G. (2017). Cancer in Norway 2016: Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. I I. K. Larsen (Red.), *Kreftregisteret*. Hentet fra <https://www.kreftregisteret.no/Registrene/Kreftstatistikk/>
- *Lid, I. M. & Klepp, O. (2018). Palliativ behandling. I E. Bolstad, S. A. Pettersen, A. Tjernshaugen, A. Eilertsen, G. Djupvik, I. Scott, ... H. Ørbo (Red.), *Store medisinske leksikon*. Hentet fra https://sml.snl.no/palliativ_behandling
- *Lohne, V. (2016). Håp og håpløshet. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 2: Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (s. 110-126). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- *Mattioli, J. L., Repinski, R., & Chappy, S. L. (2008). The meaning of hope and social support in patients receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 35(5), 822-829 doi: 10.1188/08.ONF.822-829
- Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- *Norsk senter for forskningsdata. (2018). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter m.v. av 2. juli 1999 nr. 63. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- *Reitan, A. M. (2017). Kreftsykepleie. I A. M. Reitan & T. K. Schjøllberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling*. (s. 33-49). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

- *Reitan, A. M. (2017). Klinisk kommunikasjon. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling*. (s. 104-119). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Schjølberg, T. K. (2013). Sykepleie til pasienter med kreft. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 3: Utøvelse av klinisk sykepleie*. (s. 104-158). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Stubberud, D. –G. (2013). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D. –G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. (s. 13-41). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D. –G. (2013). Pasientens psykososiale behov: konsekvenser for sykepleierens funksjon og ansvar. I D. –G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. (s. 42-65). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D. –G. & Eikeland, A. (2013). Omsorg for pårørende til den voksne pasienten. I D. –G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. (s. 165-185). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Strøm, B. S. (2015). Livssyn, verdier og åndelig omsorg. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Sykepleieboken 1: Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (s. 908-925). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- *Svartdal, F. (2014). Fagfelleevaluering. I E. Bolstad, S. A. Pettersen, A. Tjernshaugen, A. Eilertsen, G. Djupvik, I. Scott, ... H. Ørbo (Red.), *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/fagfelleevaluering>
- *Thidemann, I. –J., (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- *Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Turner, D. S., & Stokes, L. (2006). Hope promoting strategies of registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 56(4), 363-372. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04017.x
- *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. (2016). Opplevelser og reaksjoner hos mennesker med kreft. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 2: Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (s. 305-326). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

PICO: Problemstilling ↔ søkebegreper

Patient/problem: (Hvem/hva handler det om, hvilken setting?)	Intervention / Exposure (Hvilke tiltak vurderes?)	Outcome (Hvilke resultat / utfall er av interesse?)
Kreftpasienter nylig diagnostisert med kreft	Sykepleie(r)	Håp Håpløshet Mestring
Cancer patients Neoplasms Newly diagnosed	Nursing care Nursing role Nursing	Hope Hopelessness Coping

AND

Vedlegg 2: Søkelogg

Kandidatnummer: 6038

Databasevalg	Søkeord med kombinasjonsord	Eventuelle avgrensninger	Antall treff	Referanse til valgte artikler
Cinahl	Cancer patients AND hope OR hopelessness	All adult, academic journals, english , Publication date: 2003-2015	100	Mattioli et al., 2008
Cinahl	Cancer patients AND hope AND experience (keyword)	All adult, english, Publication date: 2003-2017	27	Håland et al., 2017
Pubpsych	Neoplasms AND nursing AND hope NOT palliative	English, journal article	139	Hammer et al., 2009
Wiley Online Library	Hope AND cancer AND nursing role OR nursing care NOT palliative	From 2003-2018, nursing and midwifery	1,875	Turner & Stokes, 2006
Eventuelle kommentarer til søket: Fant opprinnelig artikkelen til Hammer et al. (2009) på Pubpsych, men for å få tilgang til full tekst måtte jeg søke opp tittelen på Ovid.				

Vedlegg 3: Litteraturmatiser for vitenskapelige artikler

Kandidatnummer: 6038

Forfatter(e), år, tidsskrift, land	Hensikt	Metode	Resultater	Konklusjon
<p>Kristianna Hammer, Ole Mogensen og Elisabeth O.C. Hall</p> <p>2009</p> <p>Tidsskrift: European Journal of Oncology Nursing.</p> <p>Land: Danmark</p>	<p>Målet med denne studien var å undersøke betydningen og opplevelsen av håp hos kvinner som nylig fikk diagnosen gynekologisk kreft.</p>	<p>Studien var gjennomført på en gynekologisk avdeling på et dansk universitetssykehus.</p> <p>En kvalitativt studie med en fenomenologisk tilnærming.</p> <p>15 kvinner deltok i studien, hvor medianalder er 52 år. Intervjuene ble gjort samme dag kvinnene fikk diagnosen.</p> <p>Intervjuene varte mellom 60-120 minutter. En semistrukturert intervjuguide styrte</p>	<p>Studien viste at håp var viktig for kvinnene da de fikk diagnosen. De håpet på å bli kurert og at de fikk muligheten til å fortsette livet sammen med deres kjære, venner og familie. Kvinnene vekslet mellom håp og håpløshet, mellom positive forventninger om å bli frisk og være redd for at sykdommen skulle ta overhånd. For å belyse funnene presenterer studien fem temaer:</p> <p>Håpet om å bli kurert, tatt vare på og å komme tilbake til det normale.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Håpet var relatert til troen på å bli kurert, tatt vare på og å komme tilbake til det normale. Deres trygge ramme var nå endret, og kvinnene ønsket at livet skulle bli det samme som før kreftdiagnosen. - Kvinnene hadde et dypt ønske om å bli behandlet og kurert fra sykdommen. Håpet var knyttet til positive resultater og forventninger om å bli kvitt kreften. Noen ba til Gud om helse og bedring. Håp opplevdes også som en vilje til å leve, å være en del av livet og å finne en mening i situasjonen. - De profesjonelles behandling og omsorg styrket troen på at alt var under kontroll og tatt hånd om. Kvinnene opplevde at de ble behandlet med respekt i måten de profesjonelle ga informasjon, svarte på spørsmål og dannet en positiv atmosfære. <p>Håp er å være aktiv og å føle seg bra.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kvinnene så for seg fremtiden som aktiv og tilfredsstillende. Kreftdiagnosen satte i gang tanker og planer for fremtiden. De ønsket at fremtiden skulle være som før. Håpet var relatert til kunne utføre daglige aktiviteter som å trene, spise sunn mat, tenke aktivt og snakke om bedring. Det handlet om å 	<p>Resultatet viser en tett forbindelse mellom håp og håpløshet, noe som støtter at sykepleiere må fortsette å inspirere til håp i sitt arbeid. Sykepleiere må gjenkjenne at de er uvurderlige fagmessige ressurser. Å vite at håp kan bli gjenopprettet gjennom håpløshet, kan hjelpe sykepleiere til være en omsorgsfull støtte inn i pasientens håpløshet. Bare ved at sykepleieren er tilstede, kan håpet styrkes og aktivere en indre kraft.</p>

		intervjuene og hjalp de involverte å holde seg til temaet.	<p>finne glede i disse hverdagsaktivitetene. Kvinnene ønsket å se de positive sidene ved det daglige livet og å være fornøyd. Håpet var da assosiert med å være fri til å velge, utfordre seg selv og å ha kontroll.</p> <p>Håpet som en indre kraft til å opprettholde integriteten.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dette temaet fanger det åndelige aspektet ved håp. Håpet ble opplevd som en personlig og positiv indre energi som var knyttet til krefter og viljestyrke, og til troen på Gud. Det handlet om følelsen av å være et helt menneske med en lidenskap for livet. Håpet var grunnleggende for livet, en vilje til å være, å leve og å finne mening i livet. <p>Håpet i betydningsfulle relasjoner.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Temaet belyser det relasjonelle aspektet av håp. Kreftdiagnosen fikk kvinnene til å tenke på sine kjære. Håpet var følelsesmessig og praktisk støtte fra betydningsfulle relasjoner. Håpet vokste ut fra kjærlighet og nære forhold. Ressurser ble styrket med kjærlighet fra ektefeller, barn og barnebarn, og Gud. Gjennom nære relasjoner opplevde kvinnene en følelse av verdi. Det de tenkte om seg selv eller hadde fått til på egenhånd, virket ikke å være like viktig som å vise håp, kjærlighet og omsorg for andre. Dette gjorde at håpet kunne gis og tas i betydningsfulle forhold. Håpet ble styrket når en hadde troverdige mennesker rundt seg. <p>Håp for å kjempe i mot håpløshet.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kvinnene opplevde også håpløshet. Følelsen av håp og håpløshet vekslet om hverandre. Diagnosen gjorde kvinnene klar over at de hadde tydelige symptomer på kreft. Dette gjorde at de opplevde tap, tomhet og håpløshet. De ønsket å løpe vekk fra diagnosen og gå tilbake til sitt normale liv. Likevel virket det som om kvinnene raskt vekslet tilbake til håp. Håpet ble aktivert 	<p>Resultatene viser at håp og håpløshet er nært knyttet til hverandre når en blir diagnostisert med en truende og alvorlig sykdom som gynekologisk kreft. Funnene kan hjelpe sykepleiere til å forstå håpets kompleksitet og dens nære forbindelse med håpløshet. I praksis kan slik kunnskap hjelpe sykepleiere til å bistå pasienter som kjemper mot håpløshet.</p>
--	--	--	--	--

Vedlegg 3: Litteratormatriser for vitenskapelige artikler

Kandidatnummer: 6038

			gjennom planlegging for fremtiden og positive tanker. Dermed dominerte håpet over håpløsheten. Usikkerheten rundt fremtiden resulterte i en forandring av håp for å kunne mestre virkeligheten.	
--	--	--	---	--

Forfatter(e), år, tidsskrift, land	Hensikt	Metode	Resultater	Konklusjon
<p>Hilde Håland, Signe Berit Bentsen & Astrid Karin Berland.</p> <p>2016</p> <p>Tidsskrift: Sykepleien Forskning.</p> <p>Land: Norge.</p>	<p>Hensikten med studien var å utforske pasientenes opplevelser med å bli diagnostisert og behandlet for testikkelkreft, samt hvilke ressurser som er viktige for å styrke pasientenes evne til å mestre.</p>	<p>En kvalitativ studie hvor data er hentet gjennom individuelle intervjuer.</p> <p>Fem deltakere i alderen 32-51 år. En semistrukturert intervjuguide ble brukt for å hente inn data. Hvert intervju varte mellom 45 og 60 minutter.</p>	<p>Deltakerne hadde god informasjon om de utfordringene diagnosen og behandlingen brakte med seg. Selv om testikkelkreft er en diagnose hvor flertallet blir helbredet, var det en stor belastning å få bekreftet diagnosen og å gjennomgå behandling.</p> <p>Det var 4 temaer som kom frem i intervjuene:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosen <ul style="list-style-type: none"> - Tar ikke symptomene på alvor <ul style="list-style-type: none"> ○ En av deltakerne ventet med å dra til legen selv om han mistenkte testikkelkreft. Han tenkte at symptomene ville gå over av seg selv. En annen deltaker trodde ikke at symptomene var tegn på noe alvorlig. Andre opplevde at symptomene ikke ble tatt på alvor av legen. Dette førte til at det tok lenger tid før diagnosen ble bekreftet. - Bekreftelse av diagnosen <ul style="list-style-type: none"> ○ Det var et sjokk å få bekreftet diagnosen testikkelkreft. En av deltakerne beskrev at det følte ut som å få en spade i hodet, selv om han innerst inne visste det at han hadde kreft. 2. Tiden mellom bekreftelse av diagnosen til informasjon og behandling <ul style="list-style-type: none"> - Informasjon <ul style="list-style-type: none"> ○ Den mest utfordrende perioden var tiden mellom bekreftelse av diagnosen til informasjon om behandling. Når pasientene fikk adekvat informasjon fra legen de hadde fått tillit til, ble de beroliget og angsten ble erstattet med troen på at alt skulle bli bra. ○ Det kom frem at man ikke skulle undervurdere medisinsk informasjon. Informasjon er knyttet til kunnskap og trygghet og er viktig for å kunne 	<p>Det var en fysisk og psykisk prøvelse for deltakerne å få diagnosen og å gå igjennom behandling.</p> <p>Utfordringene sykdommen brakte med seg, testet deltakernes evne til å mestre disse utfordringene.</p> <p>Studien viser at sosial støtte, fysisk aktivitet og håp bidrar til å fremme mestring, helse og velvære. Det blir også lagt vekt på viktigheten av å være åpen om sykdommen slik at man enklere kan få</p>

			<p>stole på helsevesenet. Deltakerne som hadde opplevd mangel på informasjon og som måtte fortsette å spørre etter informasjon, relaterte det til at sykehuset ikke hadde nok kunnskap om diagnosen og behandlingen av den.</p> <p>3. Kjemoterapi var en prøvelse, både fysisk og psykisk</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alle deltakerne opplevde at operasjonen var enkel og ukomplisert. Kjemoterapibehandlingen var derimot en stor prøvelse både fysisk og psykisk. Før kjemoterapibehandlingen hadde deltakerne følt seg relativt friske, men behandlingen førte etter hvert til problemer som gjorde at de følte seg dårlig. Kvalme og oppkast og følelsen av fysisk og mental tretthet var utfordrende. De som hadde flere behandlinger med kjemoterapi opplevde det mest utfordrende, men selv de som kun gjennomgikk en behandling opplevde den fysiske og psykiske prøvelsen. Deltakeren som ikke gjennomgikk kjemoterapi, ble redd av tanken på å gjennomgå slik behandling. <p>4. Ressurser som opprettholder mestring</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dette temaet bestod av tre undertemaer: 1) sosial støtte, 2) fysisk aktivitet og 3) håp. - Sosial støtte <ul style="list-style-type: none"> o En ektefelle eller partner var den viktigste støtten gjennom sykdomsperioden, og virket å være en avgjørende faktor for å komme seg igjennom sykdommens byrder. Foreldre, voksne barn og forståelse fra arbeidsgiver og kolleger ble også fremhevet. Å føle seg trygg og ivaretatt av helsevesenet var også sentralt for å mestre utfordringene kreftbehandlingen brakte med seg o Flere av deltakerne hadde hatt positive opplevelser med å være åpen om sykdommen. Ved å være åpen ble det enklere å få støtte fra andre. Åpenhet hjalp deltakerne med å arbeide med egne tanker og følelser relatert til sykdommen. 	<p>støtte fra andre. Informasjon bør gis tidlig og være oppdatert, da mangel på informasjon kan redusere tilliten til helsepersonellet.</p>
--	--	--	--	---

Vedlegg 3: Litteratormatriser for vitenskapelige artikler

Kandidatnummer: 6038

			<ul style="list-style-type: none">- Fysisk aktivitet<ul style="list-style-type: none">○ Flere av deltakerne fremhevet at fysisk aktivitet var viktig for mestring. Ved å gjøre noe fysisk fikk man kjenne at kroppen fortsatt fungerte, og en kunne tenke på andre ting. Gjennom fysisk aktivitet så de fremskritt, og de følte at de gjorde noe for å gå fremover i livet.- Håp<ul style="list-style-type: none">○ Deltakerne fremhevet viktigheten av å være positiv og håpe på at alt skulle bli bra. Deltakerne la mye av æren over til legene og sykepleierne for dette håpet. Det ble enklere å bite tennene sammen og gå igjennom behandling når en hadde troen på at alt skulle bli bra. I tillegg ble profesjonalitet, omsorg og vennlighet fra helsepersonell sett på som viktig for håpet.	
--	--	--	--	--

Vedlegg 3: Litteraturmatiser for vitenskapelige artikler

Kandidatnummer: 6038

Forfatter(e), år, tidsskrift, land	Hensikt	Metode	Resultater	Konklusjon
<p>Jennifer L. Mattioli, Rhonda Repinski & Sharon L. Chappy.</p> <p>2008</p> <p>Tidsskrift: Oncology Nursing Forum</p> <p>Land: USA</p>	<p>Studiens hensikt er å undersøke og beskrive meningen med håp og sosial støtte hos pasienter med kreft som gjennomgår kjemoterapi.</p>	<p>En beskrivende, kvalitativ studie.</p> <p>Deltakerne bestod av seks menn og åtte kvinner.</p> <p>Det ble brukt en semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål slik at deltakerne kunne svare med egne ord. Hvert intervju varte mellom 30-60 minutter.</p>	<p>Deltakerne var mellom 51 og 79 år. Pasientene ble diagnostisert med kreft 2-104 måneder før intervjuene. Deltakerne hadde mellom 0 til 5 barn, 13 var gift og en var enke. 12 deltakere bodde med ektefelle, en levde med ektefelle og voksne barn, og en levde med søsken. 12 deltakere ble behandlet for første diagnose med kreft, mens 2 deltakere ble behandlet for sekundær kreft.</p> <p>Fra dataanalysen ble fire temaer identifisert: fokusere på det større bildet, finne dekning i stormen, holde det normalt, og nå ut til andre/er ikke i dette alene. Disse beskrev deltakernes mening av håp og sosial støtte</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fokusere på det større bildet <ul style="list-style-type: none"> ○ Temaet representerer følelser og mestringsmekanismer som deltakerne brukte for å tilpasse seg til diagnosen og for å forbli håpefulle. Deltakerne fokuserte ikke på det øyeblikkelige problemet, altså kreften, men heller på det større bildet av livet. Temaet representerer nødvendigvis ikke aksept av diagnosen, men heller at kreften ikke kontrollerte livene deres. Flere deltakere beskrev følelser som frykt og sørgmodighet som oppstod når de følte seg dårlig, men som forsvant fort fordi kreften ikke skulle være midtpunktet i livet. ○ Da deltakerne ble diagnostisert var sjokk en vanlig reaksjon, men flere 	<p>Flere konklusjoner kan bli trukket fra studien. Sosial støtte fra familie, venner, kolleger, kirkemedlemmer og helsepersonell ble oppfattet av deltakerne som viktige kilder til håp. Aksept og bistand fra andre dannet grunnlaget for håp og gjorde det enklere for deltakerne å tilpasse seg utfordringene sykdommen og behandlingen brakte</p>

			<p>hadde nå anerkjent at de hadde en kreftdiagnose. En deltaker uttrykte et opprinnelig sinne på Gud, men hadde akseptert diagnosen og kommet seg videre.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Da deltakerne ble spurt om hva de håpet på mest, fokuserte deltakerne på det større bildet. De hadde håp om å se barna gifte seg, se barnebarna vokse opp, reise, ikke fokusere på tilbakefall av sykdommen, og gjøre flere ting i livet. <p>2. Finne dekning i stormen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Deltakerne ønsket å skjerme seg fra negative tanker og redsler assosiert med kreften. En av deltakerne sammenliknet seg med en struts som stakk hodet i sanden, fordi han ønsket å unngå å tenke på sykdommen. Også andre deltakere ytret liknende behov. Noen følte at viss type kunnskap kunne gi håpløshet. Når en snakket om de negative sidene ved kreft, som for eksempel dårlig prognose, ønsket deltakerne mindre informasjon. <p>3. Holde det normalt</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Temaet reflekterer deltakernes behov for å fortsette livet slik det var før diagnosen og behandlingen. Mange av deltakerne uttrykte behovet for å fortsette med kjente rutiner, jobb, og aktiviteter. De ønsket å bli behandlet av andre på samme måte som før kreftdiagnosen, og å leve livet så normalt som mulig. Flere hadde fått tilpasset jobbsituasjonen med blant annet redusert arbeidsbelastning. ○ Deltakerne uttrykte også viktigheten av å fortsette med normale daglige aktiviteter som de hadde før sykdommen og behandlingen. Disse aktivitetene varierte, men det var viktig at de kunne fortsette å jobbe, endre arbeidet etter behov, bli behandlet av andre som før, og å nyte de samme aktivitetene som før. <p>4. Nå ut/er ikke i dette alene</p>	<p>med seg.</p> <p>Pasienter kan fortsette å være produktive og føle seg verdsatt ved å endre arbeidsbelastning og ansvarsområder på jobb. Dette vil også bidra til livskvalitet.</p> <p>Resultatene av studien støtter sykepleiernes og annet helsepersonells behov for å anerkjenne viktigheten av håp og sosial støtte hos pasienter med kreft. Gjennom en holistisk tankegang kan sykepleiere enklere</p>
--	--	--	---	---

Vedlegg 3: Litteraturmatiser for vitenskapelige artikler

Kandidatnummer: 6038

			<ul style="list-style-type: none"> ○ For å fremme håp og mestre situasjonen valgte deltakerne å nå ut til troen og nære relasjoner. ○ Deltakerne opplevde at de ikke sto overfor sykdommen alene. Alle, med unntak av en deltaker, diskuterte familie og venner rundt dem som hjelp til med mestring eller støtte. Da deltakerne fikk spørsmålet om hvordan disse personene hjalp til å mestre, var det viktig at de var tilstede, lyttet, ga trøst og brakte inn en positiv atmosfære. Opplevelsen av støtte ble forsterket når en pratet med andre, enten det var gjennom besøk, telefonsamtaler eller brev. Få deltakere mente at de manglet sosial støtte. ○ Andre snakket om helsepersonellet som en viktig kilde til støtte. Den positive oppmuntringen, medlidenheten, og støtten fra helsepersonell var en viktig kilde til håp. ○ Deltakerne snakket om å nå ut til et høyere vesen og fant håp og støtte gjennom åndelighet og religion. Flere beskrev deres nære forhold til Gud og bønn. Tilknytningen til Gud kom tydelig frem da deltakerne beskrev den indre styrken som åndeligheten bidro til. 	<p>hjelpe pasientene med å tilpasse seg sykdommen og oppnå best mulig helse. Sykepleiere har mulighet til å bidra til håp gjennom mellommenneskelig tilknytning og omsorg. Å være tilstede, lytte, vise omsorg og gi informasjon på en ærlig, respektfull og medfølelse måte, er enkle kvaliteter og intervensjoner som ofte blir tatt for gitt. Sykepleiere må forstå verdien av sosial støtte og bør hjelpe pasientene til å utvikle eller få tilgang til sosiale nettverk.</p>
--	--	--	---	---

Forfatter(e), år, tidsskrift, land	Hensikt	Metode	Resultater	Konklusjon
<p>de Sales Turner & Linda Stokes.</p> <p>2006</p> <p>Tidsskrift: Journal of Advanced Nursing.</p> <p>Land: Australia.</p>	<p>Hensikten med studien var å utforske hvilke strategier sykepleiere bruker for å fremme håp mens de pleier og har omsorg for eldre pasienter på akutt- og langtidsplasser.</p>	<p>En kvalitativ studie med en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming.</p> <p>14 sykepleiere deltok i studien, 7 fra et akuttsykehus og 7 fra en institusjon med langtidsplasser.</p> <p>Intervjuene var flytende samtaler med et bestemt fokus; forstå hvilke strategier deltakerne brukte for å fremme håp samtidig som de</p>	<p>Det ble identifisert fire temaer som sammenfatter hvordan registrerte sykepleiere fremmer håp hos eldre pasienter på langtids- og akuttplasser.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berøre andres liv <ul style="list-style-type: none"> ○ For å fremme håp beskrev deltakerne evnen til berøre den andres liv. En deltaker uttrykte dette som evnen til å hjelpe pasienter med å snakke om følelser. Ved å vise at man ønsker å hjelpe og bryr seg om de, er man et steg nærmere å gi pasientene håp. ○ En deltaker fra akuttsykehuset mente at sykepleiere gir håp til enhver tid, hver dag, selv når de ikke innser at de gjør det. Det kan være både små og store handlinger, som for eksempel å oppmuntre med ord eller sette seg ned med pasienten for å motivere og veilede. ○ En annen deltaker ønsket å være tilgjengelig for pasientene dersom de ønsket å snakke om sine problemer og bekymringer. Sykepleieren var tilgjengelig til samtaler og hjalp pasientene til å fokusere på de positive tingene. ○ Ofte er det kun et smil eller en berøring på skulderen som trengs for å vise at man er der for pasientene. Deltakeren 	<p>Funnene antyder at måten deltakerne fremmet håp, var knyttet til konteksten. Likevel virket det som at håp var viktig for pleie og omsorg, noe som støtter påstanden om at sykepleiere anerkjenner håp som et grunnleggende element som er nødvendig for menneskelivet. Det er lite diskusjon om hvordan sykepleiere arbeider for å fremme håp i litteraturen. Derfor anbefales det å gjøre videre studier som utforsker hvordan sykepleiere kan fremme håp innenfor alle settinger som man kan møte på i praksis.</p> <p>I dagens sykepleieundervisning, er det lite kunnskap om strategier som fremmer håp.</p>

		<p>hadde omsorg for sine pasienter.</p>	<p>mente at man må vise genuin omsorg og interesse for de eldre, for de vil se tvers igjennom dersom det er falskt.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ For å vise at man bryr seg om pasientene, må man være snille mot de, vise kjærlighet og omtanke. Noen ganger kan dette gjøres gjennom en klem eller ved å slå av en prat. Sykepleiere må vise de eldre respekt. ○ Dialogen med deltakerne viste at de delte av sin menneskelige natur samtidig som de viste omsorg. For å forsikre pasientene om at sykepleierne respekterer dem og forsto behovene deres, kunne en berøring eller en klem være til hjelp. Andre var åpne for samtaler og fokuserte på det positive. <p>2. Komme i kontakt med deres indre vesen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Å komme i kontakt med pasientens indre vesen var uttrykt som evnen til å bli kjent med den andre personen på et dypere nivå og føle deres indre flyt. Dette ble oppnådd ved å dele fortrolige historier, aktiv lytting, og være oppmerksom på deres omsorgsbehov. ○ En deltaker fortalte at pasienter noen ganger er i sin egen verden. Da må man følge deres verden og vise respekt til hvem og hvor de er. Noen ganger vil pasienten nå ut til sykepleieren og sykepleieren må da ta imot pasienten. ○ For å forstå hvorfor pasientene veksler mellom å være glad og trist, pleier den ene deltakeren å se situasjonen fra pasientens ståsted. Gjennom en samtale får man et bilde av årsaken til pasientens følelser. ○ For å fremme håp prøver en av deltakerne å bygge opp pasientenes selvtillit og sette håp inn i deres tanker om 	<p>Derfor anbefales det å innarbeide slik kunnskap for å vise sykepleiere håp som et dynamisk aspekt ved omsorg. Sykepleiere bør undersøke kjernen i sin omsorgspraksis, og spørre seg selv om det er viktig å ha håp. Sykepleiere bør videre utforske om arbeidsplassen tror at å ha og formidle håp er viktig for menneskelig overlevelse. Avdelings- og virksomhetsledere bør undersøke om kontrakter og prosedyrer kan forstyrre en persons evne til å opprettholde håp, som for eksempel kontrakter som holder pasienter atskilt fra deres kjære. Dette er også viktig for å sikre at pasienters autonomi og selvbestemmelse blir opprettholdt, da disse er viktige aspekter ved håp.</p>
--	--	---	--	--

			<p>fremtiden. Da er det viktig å ha en positiv holdning slik at pasienten kan påvirkes av det.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ En annen deltaker mente det var viktig å vite om pasientene behov og ønsker da sykepleieren skal jobbe sammen med pasienten. Dette kan gi pasienten glede. ○ Teamet viser at flere av deltakerne trodde på å skape en nær relasjon ved å kjenne til pasienten på en individuelt nivå. Dette kunne da være med å fremme håp. <p>3. Reisen sammen og bygge opp tillit over tid</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Deltakerne ytret at å fremme håp var direkte knyttet til å etablere et tillitsfullt forhold over tid. ○ En av deltakerne mente at å bygge håp tar tid, da man først må la en relasjon forme seg for at pasienten skal kunne å få tillit til sykepleieren. Sykepleieren må gi pasientene muligheten til å uttrykke hva de er gode på, være en god lytter, ikke være arrogant og påtvinge egne tanker på pasientene. Sykepleieren må være støttende selv om det personlig ikke er noe man tror på. ○ En deltaker uttrykte at det kunne ta flere måneder før en pasient følte seg komfortabel med sykepleieren. Sammen med pasienten er man på en reise, og man må derfor ta steg for steg. Gradvis lærer sykepleieren seg å kjenne pasienten og vil følge hans flyt. ○ Det kan være vanskelig å balansere mellom å bygge realistiske forventninger og opprettholde motivasjonen. Sykepleiere rører ved motivasjonen gjennom pasientens håp. Deltakeren tror at ved å berøre håpet som allerede er der, kan sykepleieren manipulere det til at pasienten 	
--	--	--	---	--

			<p>skal oppnå best mulige resultat.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Å bygge opp tillit tar tid. Jo lenger pasienten er innlagt på en avdeling, jo lengre tid får sykepleieren til å bli kjent med pasienten, og tillit kan dannes. Funnene viser at å fremme håp ikke bare var en prosess, men en reise sammen med pasientene. <p>4. Måten sykepleierne handlet på var viktigere for håpet enn selve handlingen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Flere historier som ble fortalt indikerte at å fremme håp var knyttet til måten sykepleieren handlet på istedenfor selve handlingen. ○ En av deltakerne fortalte en historie om en slagpasient hun skulle hjelpe med å dusje. Hun ga en klut til pasienten og en til seg selv. Det spilte ingen rolle hva pasienten gjorde med kluten, fordi pasienten fikk uansett muligheten til å velge og være med. Håpet kan fremmes ved å gi pasientene valgmuligheter. ○ En annen deltaker mente at for å fremme håp, måtte man gå forbi det som egentlig var sykepleie. Deltakeren dannet vennskap med pasientene ved å tilbringe tid med de, selv når de ikke spurte om hjelp. Dette gjorde at pasientene snakket om sine tanker og følelser med sykepleieren. 	
--	--	--	--	--

Vedlegg 4: Kritisk vurdering av vitenskapelige artikler

Kandidatnummer: 6038

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

Tabell til svaralternativ ved kritisk vurdering av kvalitativ forskning												
	Forfatter(e): Kristianna Hammer, Ole Mogensen & Elisabeth O.C. Hall.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Vurdering
1		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Lite diskusjon rundt forskernes eventuelle påvirkning på datainnsamling og analyse av funn. Utenom dette, er det en god forskningsartikkel som er relevant for min problemstilling.

Tabell til svaralternativ ved kritisk vurdering av kvalitativ forskning												
	Forfatter(e): Hilde Håland, Signe Berit Bentsen & Astrid Karin Berland.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Vurdering
2		Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Spørsmål 4 er delvis besvart. Det er kun med 5 undersøkelsesenheter, og selv om dette er nok for å utføre en kvalitativ studie, er det lite diskusjon om hvilken betydning dette kan ha hatt for resultatene. Noen karakteristika er beskrevet ved utvalget, som blant annet alder, sivilstatus, og antall barn. Spørsmål 6 er også delvis besvart. Forskerne har i liten grad diskutert sin påvirkning på datainnsamling. Forskerne har derimot diskutert sine forutinntattheter og eventuell påvirkning på analyse og funn. En relevant studie som ser på hvordan menn opplever å bli diagnostisert med og behandlet for kreft.

Tabell til svaralternativ ved kritisk vurdering av kvalitativ forskning												
	Forfatter(e): Jennifer L. Mattioli, Rhonda Repinski & Sharon L. Chappy.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Vurdering
3		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Lite diskusjon rundt forskernes rolle, samt hvilken påvirkning de har på datainnsamling og analysen av data. Forskerne beskriver noen meninger de har før studien starter. De tenkte blant annet at ved å intervju pasienter under behandling, ville de få rike beskrivelser av pasientens opplevelse av håp. En gyldig artikkel som vil være nyttig for å drøfte min egen problemstilling.

Tabell til svaralternativ ved kritisk vurdering av kvalitativ forskning												
	Forfatter(e): de Sales Turner & Linda Stokes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Vurdering
4		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Ingen diskusjon om forskernes rolle og deres påvirkning på problemstilling, analyse og funn. De har istedenfor diskutert deltakernes fordommer og eventuell manglende bakgrunnskunnskap om problemstillingens tema. En god artikkel som beskriver hvilke måter deltakerne fremmer håp. Ser derfor på artikkelen som relevant for min oppgave, selv om den ikke er direkte knyttet til kreft.

Vedlegg 5: Selvalgt litteratur

Kandidatnummer: 6038

- Dahl, A. A. (2016). Kreftpasientenes utfordringer. *Kreftsykdom: Psykologiske og sosiale perspektiver*. (s. 19-36). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. (17 sider)
- Dahl, A. A. (2016). Samtaler med kreftpasienter. *Kreftsykdom: Psykologiske og sosiale perspektiver*. (s. 37-56). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. (19 sider)
- Dalland, O. (2013). Veiledning og oppgaveprosess. *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). (s. 33-44). Oslo: Gyldendal akademisk. (11 sider)
- Dalland, O. (2013). Den litterære oppgaven. *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). (s. 223-231). Oslo: Gyldendal akademisk. (8 sider)
- Dalland, O. (2013). Om oppgaveskriving. *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). (s. 19-31). Oslo: Gyldendal akademisk. (12 sider)
- Egeland, S. E. (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft hos barn. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling*. (s. 773-793). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. (5 sider)
- Fugelli, P. (2011, 20. Juni). Grunnstoffet tillit. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2011/06/grunnstoffet-tillit-0>
- Grov, E. K. (2017). Pårørende. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling*. (s. 251-266). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. (15 sider)
- Grov, E. K. (2016). Om å være pårørende. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 2: Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (s. 327-345). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. (18 sider)
- Hammer, K., Mogensen, O., & Hall, E. O.C. (2009). Hope as experienced in women newly diagnosed with gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 13(4), 274-279. doi: 10.1016/j.ejon.2009.02.004 (5 sider)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Nasjonal kreftstrategi (2018-2022): Leve med kreft*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/leve-med-kreft/id2598282/> (41 sider)

- Håland, H., Bentsen, S. B., & Berland, A. K. (2017). Experiences with being diagnosed with and treated for testicular cancer. *Norwegian Journal of Clinical Nursing/Sykepleien Forskning*, 1-10. doi: 10.4220/Sykepleienf.2016.59327 (10 sider)
- Håtun, A. S. (2012). *Livslyst: om å møte og mestre motgang*. (s. 19-49, 59-71, 81-85, 93-120, 135-155). (u.s.) LivslystPortalen. (100 sider)
- Kvåle, K. (2007). Do cancer patients always want to talk about difficult emotions? A qualitative study of cancer inpatients communication needs. *European Journal of Oncology Nursing*, 11(4), 320-327. doi: 10.1016/j.ejon.2007.01.002 (7 sider)
- Kyngäs, H., Mikkonen, R., Nousiainen, E. M., Ryttilähti, M., Seppänen, P., Vaattovaara, R., & Jämsä, T. (2001). Coping with the onset of cancer: coping strategies and resources of young people with cancer. *European journal of cancer care*, 10(1), 6-11. doi: 10.1046/j.1365-2354.2001.00243.x (5 sider)
- Landmark, B. T. & Wahl, A. (2002). Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of advanced nursing*, 40(1), 112-121. doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02346.x (9 sider)
- Landmark, B. T., Bøhler, A., Loberg, K. & Wahl, A. K. (2008). Women with newly diagnosed breast cancer and their perceptions of needs in a health-care context. *Journal of clinical nursing*, 17(7b), 192-200. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02340.x (8 sider)
- Larsen, I. K., Møller, B., Johannesen, T. B., Larønningen, S., Røsbjerg, T. E., Grimsrud, T.K. & Ursin, G. (2017). Cancer in Norway 2016: Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. I I. K. Larsen (Red.), *Kreftregisteret*. (s. iv, 2-11, 16-24 Hentet fra <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Publikasjoner/Cancer-in-Norway/cancer-in-norway-2016/>) (18 sider)
- Lid, I. M. & Klepp, O. (2018). Palliativ behandling. I E. Bolstad, S. A. Pettersen, A. Tjernshaugen, A. Eilertsen, G. Djupvik, I. Scott, ... H. Ørbo (Red.), *Store medisinske leksikon*. Hentet fra https://sml.snl.no/palliativ_behandling
- Lohne, V. (2016). Håp og håpløshet. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 2: Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (s. 110-126). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. (16 sider)
- Mattioli, J. L., Repinski, R., & Chappy, S. L. (2008). The meaning of hope and social support in patients receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 35(5), 822-829 doi: 10.1188/08.ONF.822-829 (7 sider)

- Nakken, E. S. (2017). Generell onkologi. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling*. (s. 347-368). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. (21 sider)
- Norsk senter for forskningsdata. (2018). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Reitan, A. M. (2017). Kreftsykepleie. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling*. (s. 33-49). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. (16 sider)
- Reitan, A. M. (2017). Psykologisk krise og mestringsmuligheter. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling*. (s. 82-103). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. (21 sider)
- Reitan, A. M. (2017). Klinisk kommunikasjon. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling*. (s. 104-119). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. (15 sider)
- Rustøen, T., & Hanestad, B. R. (1998). Nursing intervention to increase hope in cancer patients. *Journal of Clinical Nursing*, 7(1), 19-27. doi: 10.1046/j.1365-2702.1998.00126.x (8 sider)
- Seibæk, L., Petersen, L. K., Blaakær, J., & Hounsgaard, L. (2012). Hoping for the best, preparing for the worst: the lived experiences of women undergoing ovarian cancer surgery. *European journal of cancer care*, 21(3), 360-371. doi: 10.1111/j.1365-2354.2011.01313.x (11 sider)
- Svartdal, F. (2014). Fagfellevurdering. I E. Bolstad, S. A. Pettersen, A. Tjernshaugen, A. Eilertsen, G. Djupvik, I. Scott, ... H. Ørbo (Red.), *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/fagfellevurdering>
- Sægrov, S., & Halting, A. -G. (2004). What is it like living with the diagnosis of cancer?. *European journal of cancer care*, 13(2), 145-153. doi: 10.1111/j.1365-2354.2004.00442.x (8 sider)
- Sæteren, B. (2017). Åndelig og eksistensiell omsorg. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling*. (s. 288-302). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. (14 sider)

- Sørensen, T. (2016). Religiøsitet, åndelighet og eksistensiell meningsdannelse. I A. A. Dahl (Red.), *Kreftsykdom: Psykologiske og sosiale perspektiver*. (s. 275-301) Oslo: Cappelen Damm Akademisk (26 sider).
- Thidemann, I. -J., (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter. Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget. (122 sider)
- Travelbee, J. (2007). Begrepet håp. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (s. 117-125). Oslo: Gyldendal Akademisk. (8 sider)
- Turner, D. S., & Stokes, L. (2006). Hope promoting strategies of registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 56(4), 363-372. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04017.x (9 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. (2016). Opplevelser og reaksjoner hos mennesker med kreft. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 2: Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (s. 305-326). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. (21 sider)