



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	24-02-2020 09:00	<b>Termin:</b>	2020 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	22-04-2020 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 SYKHB30011 PRO1 2020 VÅR HAUGESUND		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 320

### Informasjon fra deltaker

<b>Tittel *:</b>	Å fremme håpet til en kreftposient		
<b>Antall ord *:</b>	8332		
<b>Engelsk tittel *:</b>	To promote hope to a cancer patient		
<b>Egenerklæring *:</b>	Ja	<b>Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?:</b>	Ja
		<b>Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:</b>	

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei

# BACHELOROPPGAVE

Å fremme håpet til en kreftpasient  
To promote hope to a cancer patient

## Kandidatnummer 320

Bachelor i sykepleie  
Fakultet for helse- og sosialvitenskap  
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,  
Campus Haugesund

Innlevering 22.04.2020 kl. 14.00

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

## Sammendrag

**Tittel:** Å fremme håpet til en kreftpasient

**Bakgrunn:** Kreft er den vanligste dødsårsaken etter hjerte- og karsykdommer. Statistikken viser at pasienter med kreft utgjør om lag 95 % av pasientgruppen som mottar palliativ behandling i norske sykehus. Som sykepleier kan vi møte denne pasientgruppen i ulike sammenhenger, og vil før eller senere måtte forholde oss til pasienter som er rammet av denne sykdommen. Håpet kan være en viktig ressurs for pasienten som har kreft og gjøre at vedkommende mestrer den vanskelige situasjonen på en bedre måte.

**Hensikt:** Formålet med denne oppgaven er å finne ut hvordan sykepleierne kan bidra til å hjelpe pasienten som har kreft i palliativ fase til å fremme håpet, slik at pasienten er i best mulig tilstand i livets siste fase.

**Problemstilling:** «*Hvordan kan sykepleiere fremme håpet til en kreftpasient i palliativ fase?*»

**Metode:** Litteraturstudie er metoden som er blitt brukt i denne bacheloroppgaven. Forskning og faglitteratur har blitt anvendt for å belyse og gi svar på problemstillingen.

**Oppsummering av funn og konklusjon:** For å kunne fremme håpet til en pasient i palliativ fase er målet å gi pasienten best mulig livskvalitet. Livskvalitet er en subjektiv opplevelse og kan kun kartlegges ved å kommunisere med pasienten. Pasienten er avhengig av å akseptere prognosen og situasjonen slik den er, for å kunne finne gleden i andre ting i livet. Sykepleieren kan bidra til å fremme håp hos kreftpasienten ved å bruke seg selv terapeutisk og skape et menneske-til-menneske-forhold. Det kan gjøres gjennom å vise tilstedeværelse og skape trygghet og tillit. Kommunikasjon er det viktigste verktøyet vi har som sykepleier. Hvordan sykepleieren kommuniserer på og uttrykker seg verbalt og non-verbalt er avgjørende for hvordan hun klarer å fremme håpet hos pasienten.

**Nøkkelord:** Kreftpasienter – palliativ fase – sykepleie – håp – kommunikasjon

## Abstract

**Title:** To promote hope to a cancer patient

**Background:** Cancer is the most common cause of death in Norway after cardiovascular diseases. Statistics show that patients with cancer make up about 95 % of the patient group receiving palliative care in Norwegian hospitals. As a nurse, we can meet this patient groups in various contexts, and will sooner or later have to deal with patients affected by this disease. The hope can be an important resource for the patient that have cancer and make them cope with the difficult situation.

**Purpose:** The purpose of this assignment is to find out how the nurses can help cancer patients in palliative phase to advance hope, so that the patient can be in a best possible state in the last phase of life.

**Research question:** *“How can nurses promote hope to a cancer patient in palliative phase?”*

**Method:** Literature study is the method which has been used in this bachelor thesis. Research and literature have been used to illuminate and provide answers to the research question.

**Summary of findings and conclusion:** In order to promote hope for a patient in palliative phase, the goal is to give the patient best possible quality of life. Quality of life is a subjective experience and can only be mapped by communicating with the patient. The patient is dependent on accepting prognoses and situations as they are, in order to find joy in other things in life. The nurse can help the cancer patient to promote hope by using herself therapeutically and creating human-to-human-relationship. It can be done by showing presence and creating security and trust. Communication is the most important tool we have as a nurse. How the nurse communicates and expresses verbally and non-verbally is crucial to how she manages to promote hope in the patient.

**Keywords:** Cancer patients – palliative phase – nursing – hope – communication

## Innholdsfortegnelse

<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>5</b>
1.1    Bakgrunn for valg av tema .....	5
1.2    Problemstilling.....	6
1.3    Avgrensning og presisering av problemstilling .....	6
<b>2. TEORI</b> .....	<b>6</b>
2.1    Hva er kreft? .....	6
2.1.1    Behandling .....	7
2.1.2    Palliativ fase.....	7
2.2    Håp.....	8
2.3    Sykepleierens rolle og funksjon.....	9
2.4    Sykepleiefaglig perspektiv: Joyce Travelbee .....	10
2.4.1    Hva er sykepleie?.....	10
2.4.2    Menneske-til-menneske-forholdet .....	11
<b>3. METODE</b> .....	<b>11</b>
3.1    Litteraturstudie som metode .....	12
3.2    Søkeprosess.....	12
3.3    Kildekritikk.....	15
3.4    Metodekritikk .....	15
3.5    Ethiske overveielser.....	16
<b>4. RESULTAT</b> .....	<b>16</b>
4.1    Presentasjon av valgte artikler .....	16
4.1.1    Artikkel 1 .....	16
4.1.2    Artikkel 2 .....	17
4.1.3    Artikkel 3 .....	18
4.1.4    Artikkel 4 .....	19
4.1.5    Artikkel 5 .....	19
4.2    Hovedfunn .....	20
<b>5. DRØFTING</b> .....	<b>21</b>
5.1    Håp som en viktig faktor for livskvaliteten .....	21
5.2    God kommunikasjon med pasienten står sentralt .....	22
5.2.1    Ivaretagelse av pasientens behov for informasjon .....	24
5.3    Å finne mening i situasjonen .....	26
<b>6. KONKLUSJON</b> .....	<b>27</b>
<b>REFERANSER</b> .....	<b>28</b>
<b>Vedlegg 1 - Eksempel Kvalitativ sjekklister</b> .....	<b>31</b>

## 1. INNLEDNING

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Kreft er den vanligste dødsårsaken etter hjerte- og karsykdommer. I 2018 var det 34 190 nye krefttilfeller i Norge. Det var en økning på 2 % fra 2017. Økt forekomst henger sammen med økt befolkning og økt levealder (Kreftforeningen, 2020). Store deler av befolkningen berøres av kreftsykdommen, enten i form av å være pårørende, å selv få diagnosen eller gjennom jobben. Som sykepleier kan vi møte denne pasientgruppen i ulike sammenhenger, og vil før eller senere måtte forholde oss til pasienter som er rammet av sykdommen. Håpet kan være en ressurs for pasienten med kreft og gjøre at vedkommende mestrer den vanskelige situasjonen lettere, samt være en faktor for å ikke gi opp (Rustøen, 2009, s. 43).

Jeg har selv vært pårørende til personer som har fått en kreftdiagnose, og fått kjenne på at disse opplevde håpet forskjellig. Det fikk meg til å tenke på hvordan vi som sykepleier kan hjelpe pasienten til å fremme håpet, og hva det kan bety for personen som er i palliativ fase. I den vanskelige situasjonen kan sykepleierne være en viktig ressurs for pasienten med kreft, og det vil derfor være viktig å ha god kunnskap rundt dette temaet. I praksis har jeg også fått muligheten til å møte ulike pasienter med kreft, og har da fått erfart forskjellen på å være pårørende og sykepleier. I begge rollene er vi redd for å si noe galt, og for at vi ikke strekker nok til for pasienten. Ved livets slutt er det sykepleierens oppgave å kartlegge og sette i gang tiltak slik at pasienten mottar god og helhetlig sykepleie. Av pasientgruppen som mottar palliativ behandling i norske sykehus utgjør pasienter med kreft om lag 95 % (Helsedirektoratet, 2019).

Å få en kreftdiagnose vil være en trussel mot pasientens håp og livsmot. Pasienter med kreft må forholde seg til store mengder informasjon om sykdommen, diagnosen og behandlingsopplegget, og står overfor mange utfordringer (Reitan, 2017, s. 34). Håp har vist seg å være en verdifull ressurs i å takle sykdom, og helsepersonell må anerkjenne pasientenes spekter av håp når de kommuniserer med vedkommende. Hensikten med denne bacheloroppgaven er dermed å finne ut hvordan vi som sykepleier kan bidra til å fremme håpet til en kreftpasient i palliativ fase, og håpet sin betydning i en slik situasjon.

## 1.2 Problemstilling

«Hvordan kan sykepleiere fremme håpet til en kreftpasient i palliativ fase?»

## 1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

I denne oppgaven har jeg valgt å konsentrere meg om voksne pasienter som har kreft i en palliativ fase. Oppgaven tar for seg begge kjønn, og retter fokuset mot kreftpasienter i alderen 30-75 år. Jeg vil fokusere på hvordan vi som sykepleiere kan fremme håpet, samt hvilken betydning håpet har for at den enkelte skal klare å mestre sin situasjon. Pasienter i palliativ fase kan vi møte både i hjemmet, på sykehjem og i sykehus. I en slik situasjon er håpets betydning like viktig uansett hvor vi møter pasienten, dermed har jeg ikke valgt å gå inn på hvor sykepleierne møter disse pasientene. Det åndelige og eksistensielle er like viktig uansett krefttype, samt de psykiske aspektene er ofte felles for de ulike kreftformene. Jeg har dermed ikke valgt å gå inn på en spesiell type kreftdiagnose. Hovedfokuset i oppgaven blir å finne ut hvordan sykepleierne kan bidra til å hjelpe pasienten som har kreft i palliativ fase til å fremme håpet, slik at pasienten får det best mulig i livets siste fase.

## 2. TEORI

I teoridelen vil jeg definere hva kreft, palliativ fase og håp er, samt beskrive hvilke behandlinger som kan være tilstede ved en kreftdiagnose. Videre vil jeg beskrive sykepleierens rolle og funksjon, samt Joyce Travelbee sin sykepleieteori som sykepleieteoretisk tilnærming.

### 2.1 Hva er kreft?

Kreft er samlebetegnelsen på rundt 200 ulike kreftformer. Hele tiden dannes det nye celler i kroppen, som skal erstatte de døde. Ved kreft vil cellene dele seg ukontrollert, hvor det har oppstått skader i cellenes arvestoff. Til slutt vil det skje en opphoping av kreftceller i det organet som veksten startet i, og etter hvert vil det bli dannet en kreftsvulst (Kreftforeningen, 2020). En *svulst* vil si alle former for hevelse eller knutedannelse i et vev eller organ (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2017, s. 128).

Vi skiller mellom godartede (benigne) og ondartede (maligne) svulster. Godartede svulster infiltrerer ikke omkringliggende vev eller sprer seg til andre steder i kroppen. Disse svulstene er normalt ikke livstruende. Ondartede svulster, kalt *kreft*, kan derimot være dødelig. Slike svulster infiltrerer omkringliggende vev og kan spre seg til andre organer i kroppen ved hjelp av *metastasing* (Bertelsen et al., 2017, s. 128). Det vil si at kreftcellene løsriver seg og føres med blod- og lymfebaner til andre deler av kroppen, hvor de danner dattersvulster, metastaser (Kreftforeningen, 2020).

### 2.1.1 Behandling

Dersom det er mulig, innebærer kreftbehandling *å kurere, å forlenge liv og å lindre plager*. I dag består ofte behandlingen av en kombinasjon av kirurgi, strålebehandling og cytostatika. Kirurgi er en behandlingsform som kan ha både en kurativ og palliativ hensikt. Hensikten med kurativ behandling er å fjerne alt affisert vev, men noen ganger er det ikke dette mulig. Da blir hensikten med inngrepet en mer palliativ behandling, der oppgaven er å lindre plagene og avlaste smertene effektivt ved å fjerne mest mulig av det affiserte vevet (Bertelsen et al., 2017, s. 139).

Cytostatikabehandling, eller cellegift, brukes enten for å oppnå helbredelse eller for å lindre plagene fra tumoren. Dersom behandlingen er av palliativ hensikt er det viktig å vurdere livskvalitet, allmenntilstand, alder og pasientens ønske, opp mot risikoen for bivirkninger (Lorentsen & Grov, 2016, s. 400). Ved strålebehandling kan også hensikten være palliativ eller kurativ. Ved palliativ behandling minskes tumoren i aktivitet, slik at plagene som tumoren gir, lindres (Bertelsen et al., 2017, s. 140). Denne behandlingen gis ved de fleste kreftformene, og blir gitt som eneste behandlingsform eller sammen med kirurgi og/eller cytostatika (Lorentsen & Grov, 2016, s. 400).

### 2.1.2 Palliativ fase

Målet med behandlingen må endres, dersom pasienten ikke lenger har nytte av helbredende behandling. Behandlingen blir da livsforlengelse, symptomlindring og mest mulig livskvalitet. Når pasienten nærmer seg livets siste fase og sykdommen er uhelbredelig, defineres det som palliativ fase (Lorentsen & Grov, 2016, s. 425). European Association for Palliative Care (EAPC) og World Health Organization (WHO) referert i Lorentsen & Grov (2016, s. 423) definerer palliasjon slik:



... aktiv pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken framskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet.

I sykepleien står symptomlindring sentralt, samt lindring av eksistensielle bekymringer. Symptomene ved kreft i palliativ fase kan være tungpustethet, smerter og fatigue. Symptomer og lindring av disse opptar pasienten i stor grad. Fysiske smerter kan hindre andre behov i å komme til kjenne og behovet for hjelp og støtte fra helsepersonell varierer i omfang etter pasientens problemområder. Belastningene i denne fasen kan få pasienten med kreft til å bli nedtrykt, trist og preget av sorg over det forstående tapet av livet (Lorentsen & Grov, 2016, s. 426). Det er viktig å styrke håpet og motivere pasienten til å leve den siste tiden som er igjen (Reitan, 2017, s. 37).

## 2.2 Håp

Når det kommer til hvordan pasientene håndterer kreftsykdommen gjennom hele forløpet kan håp være en beskyttende faktor. Både for pasienter som får tilbakefall av kreft og pasienter med en langt framskreden sykdom, vil håpet være betydningsfullt (Utne, 2017, s. 67). Det finnes mange definisjoner av håp. Inger Utne (2017, s. 69) siterer Dufault og Martocchio sin definisjon av håp som lyder slik:

Håp er en flerdimensjonal dynamisk livskraft som er karakterisert ved en tillit til framtiden som en kan feste tiltro til, men som likevel kan være usikker med hensyn til å oppnå et framtidig gode, som for den som håper, er realistisk mulig og personlig betydningsfullt.

Denne definisjonen av håp er knyttet til framtiden, og at håpet til pasienten må være realistisk og viktig for vedkommende. Dufault og Martocchio deler håp inn i seks dimensjoner: Den *affektive*, som legger vekt på vedkommendes følelser og fornemmelser. Den rommer et bredt spekter av motstridende følelser, og oppleves både varierende og individuell. Den *kognitive*,

som legger vekt på pasientens egne ønsker, tanker, vurderinger og oppfatninger i situasjonen. Den *atferdsmessige* er handlingsorientert, der eksempler kan være fysisk trening eller å søke veiledning. *Felleskapsdimensjonen* der betydningen av sosial tilhørighet vektlegges, og omgivelsene påvirker personens opplevelser av håp. *Tidsdimensjonen* retter søkelyset mot at pasientens tilstand vil påvirke framtiden og fortiden representerer erfaringene. Den siste, *kontekstuelle dimensjonen*, gjelder den totale livssituasjonen, som påvirker eller utgjør deler av menneskets håp (Lohne, 201, s. 117).

For å kunne møte pasienters behov for å finne eller opprettholde håpet må sykepleier ha kunnskap om hva håpet betyr for pasienten. Det kan bidra til at sykepleier kan være med på å styrke eller verne om håpet (Lohne, 2016, s. 112). For å fremme håp hos pasienter bør sykepleieren ta seg god tid til å snakke, gi informasjon, være vennlig, omsorgsfull og å vise respekt og ærlighet ovenfor pasienten (Renolen, 2015, s. 174).

### 2.3 Sykepleierens rolle og funksjon

Sykepleie er å ha omsorg for pasienten, samt ta utgangspunkt i individets grunnleggende behov og opplevelser av og reaksjoner på sin situasjon (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug & Grimsbø, 2016, s. 16). Det innebærer ikke bare å informere når vi skal formidle dårlige nyheter, men også å møte pasientens emosjonelle reaksjoner og behov for hjelp på en god måte. Med dårlige nyheter menes informasjon om noe negativt som kommer brått og uventet (Eide & Eide, 2017, s. 223). Det er legens ansvar å informere pasienten om diagnose, behandlingsmuligheter, eventuelle komplikasjoner eller bivirkninger ved sykdommen, påpeker Reitan (2017, s. 108). Sykepleierens ansvar er å gi informasjon som har betydning for utøvelsen av sykepleie og informasjon relatert til behandlingsopplegget.

God kommunikasjon er grunnleggende for utøvelse av god sykepleie, og er et godt verktøy ved informasjonsoverføring. Å kommunisere er en måte å bli kjent med pasienten, forstå og møte pasientens behov og hjelpe individet til å mestre sykdom, lidelse og ensomhet (Reitan, 2017, s. 104). Jon Sletvold referert i Røkenes & Hanssen (2012, s. 187) forteller at det er viktig at fagpersonen ikke er fanget i én posisjon, men at vedkommende kan skifte mellom å være observerende og reflekterende.

## 2.4 Sykepleiefaglig perspektiv: Joyce Travelbee

Joyce Travelbee (1926 – 1973) arbeidet som psykiatrisk sykepleier og rettet sin sykepleieteori mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien, samt bygger på verdier som har lange tradisjoner i sykepleien. Hun er opptatt av at sykepleieren ser det enkelte menneske som individ, og at det må skapes et menneske-til-menneske-forhold (Kristoffersen, 2016, s. 28).

Travelbee (1999, s. 37) hevder at i det mellommenneskelige forholdet kan pasienten hjelpes til å finne håp og mening, og til å mestre opplevelsen av sykdom og lidelse. Hun knytter tillit opp mot håp, og beskriver tillit som troen på at mennesker har mulighet til å hjelpe hverandre i vanskelige situasjoner.

Travelbee (1999, s. 38) legger stor vekt på det *å finne mening i sykdom og lidelse* i sin tenking, og at sykepleieren må gå inn for å hjelpe den enkelte å mestre sykdom og lidelse. Mennesket kan få hjelp til å finne mening i den situasjonen de opplever som meningsløs, der den profesjonelle sykepleieren sin oppgave er å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet. Hun definerer håp som en mental tilstand hvor en ønsker å oppnå et mål og har en viss forventning om at det en håper på er oppnåelig.

### 2.4.1 Hva er sykepleie?

Travelbee (1999) hevder at «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (s. 29).

Ifølge Travelbee (1999, s. 36) skal sykepleierne hjelpe samfunnsmedlemmene med å forebygge sykdom og fremme helse. Ved en uhelbredelig sykdom vil aldri mennesket komme til å bli frisk. Da vil det største problemet være vedkommendes holdning til sykdommen. I en slik situasjon er det nødvendig at sykepleieren setter seg inn pasientens situasjon. Det vil bli vanskelig å hjelpe en person til å mestre og finne mening i sykdommen sin, dersom vi ikke vet hvordan individet selv stiller seg til denne sykdommen. Sykepleieren må selv tro på at det er mulig å finne mening i sykdommen, selv om det ikke er håp for helbredelse.

### 2.4.2 Menneske-til-menneske-forholdet

Erfaringer og opplevelser som deles av sykepleieren og den som har behov for sykepleie, kalles et menneske-til-menneske-forhold i sykepleien. I dette forholdet blir vedkommendes sykepleiebehov ivaretatt (Travelbee, 1999, s. 41) og de ser på hverandre som unike mennesker. Travelbee (1999) mener at det bør det skapes et menneske-til-menneske-forhold for å kunne hjelpe et individ til å mestre, forebygge eller finne mening i en sykdom. Menneske-til-menneske-forholdet etableres ved å ha kontakt og samhandle med vedkommende, samt at sykepleieren bevisst går inn for å bli kjent med personen.

For å skape dette menneske-til-menneske-forholdet beskriver Travelbee (1999, s. 172) 4 faser: det innledende møtet, framveksten av identiteter, empati og sympati. Disse fasene vil resultere i kontakt og gjensidig forståelse. Begge partene har ansvar for å bygge opp forholdet i løpet av disse fasene, men det er sykepleieren som skal etablere og opprettholde menneske-til-menneske-forholdet. I et slikt forhold skal begge partene behandles som et unikt menneskelig individ, og ikke som en pasient eller sykepleier. Posisjoner og status må overskrides for at man skal kunne oppfatte og respondere på den andre som menneske (Travelbee, 1999, s. 178).

## 3. METODE

I dette kapittelet skal jeg gjøre rede for betydningen av begrepet metode og forklare hva en litteraturstudie er. I tillegg skal jeg presentere hvordan jeg har søkt etter og funnet de ulike forskningsartiklene som blir brukt i oppgaven. Deretter skal jeg gjøre rede for bruk av etiske overveielser, metode- og kildekritikk.

Vilhelm Aubert sitert i Dalland (2017) definerer metode slik «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (s. 51).

For å få frem ny kunnskap trenger vi ulike metoder til å etterspørre i hvilken grad påstandene er sanne, gyldige eller holdbare. For å finne eller etterprøve kunnskap vil metoden være et verktøy for å fortelle oss hvordan vi bør gå fram. Bakgrunnen for valg av metode, avhenger av hvilken metode som passer best til å belyse problemstillingen eller det spørsmålet en har stilt (Dalland, 2017, s. 51).

Kvantitativ metode tar sikte på å gi data i form av målbare enheter og baserer seg på tall, der datainnsamlingen er lite fleksibel (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 18). Undersøkelsene baseres ofte gjennom spørreskjema eller systematiske observasjoner, der hensikten er å formidle forklaringer på en problemstilling. I tillegg er det mange deltakere, der vi skal innhente et lite antall opplysninger. Forskeren ser fenomenet utenfra og tilstreber nøytralitet og avstand (Dalland, 2017, s. 52-53).

Kvalitativ metode tar utgangspunkt i å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle på samme måte som ved en kvantitativ undersøkelse. Undersøkelsene går mer i dybden der oppgaven er å innhente mange opplysninger, basert på få deltakere. Her ser forskeren fenomenet innenfra og erkjenner påvirkning og delaktighet (Dalland, 2017, s. 53).

### 3.1 Litteraturstudie som metode

I en litteraturstudie innhenter vi data fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori. Hensikten med studien er å beskrive kunnskap innenfor et bestemt område eller tema. Å bruke litteraturstudie som metode vil gi et bredt spekter av erfaringer fra både helsepersonell og pasienter (Dalland, 2017, s. 211). Kjennetegn på en litteraturstudie er blant annet at informasjonen er fra flere kilder og at disse er relevante, metodevalget er grunnlagt og at problemstillingen er presist formulert og avgrenset. Studien skal gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør, hvilken kunnskap som allerede finnes rundt temaet, samt hvordan vi kom fram til den kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 80). For å belyse problemstillingen baserer denne litteraturstudien seg på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og forskning.

### 3.2 Søkeprosess

Jeg har valgt å bruke forskning gjennom høyskolen sine helsefaglige artikkelbaser, der jeg har gjort søk via ulike søkemotorer. Forskningen er hovedsakelig fra databasene Cinahl og PubMed. Kriteriene jeg hadde for artiklene var at de ikke skulle være eldre enn 10 år og ha full tekst. Flere av artiklene ble valgt bort på grunn av at de ikke hadde relevans for temaet jeg skulle skrive om og at de ikke møtte inklusjonskriteriene. Jeg ønsket å finne artikler som inkluderte hvordan sykepleierne kunne hjelpe pasienten til å ha håp i palliativ fase, hvordan pasientene brukte håpet til å finne mening i den vanskelige situasjonen og hva de gjorde dersom håpet falmet. Søkeordene jeg benyttet meg av var *hope*, *terminal care*, *cancer patient*,

*hopelessness, cancer, hope fostering, death og maintaining hope.* Først søkte jeg opp ordene enkeltvis i databasene, for så å kombinere dem. Ved å bruke AND og/eller OR ble søkeordene sammensatt.

<b>Søk i PubMed 09.10.2019</b>				
<b>Søk - nummer</b>	<b>Søkeord/term</b>	<b>Avgrensninger</b>	<b>Resultat</b>	<b>Valgt</b>
#1	Hope AND Terminal care AND Cancer patient	Published 10 years, full text	129	2

Søk i PubMed med kombinasjonene: Hope AND Terminal care AND Cancer patient resulterte i 129 treff hvorav 2 artikler ble sett på som relevant. Den ene artikkelen som ble vurdert som relevant for min oppgave, etter å ha lest sammendrag og overskrifter var: «On sinking and swimming – The dialectic of hope, hopelessness, and acceptance in terminal cancer» (2012). Grunnen til det var at studien utforsket hvilken betydning håpet har ved terminal sykdom, samt hva som skal til for at pasienten skal mestre sin situasjon.

Den andre artikkelen som ble vurdert som relevant var «Supporting hope and prognostic information – Nurses' perspectives on their role when patients have life-limiting prognoses» (2010). Denne studien utforsket sykepleieres perspektiver på deres roller i møte med pasientens behov for håp og sykdomsinformasjon, med fokus på pasienter med avansert kreft. Artikkelen ble relevant, for å se hva sykepleierne kunne gjøre for å ikke fremme en følelse av falskt håp mens vi diskuterer prognose med pasienten.

<b>Søk i CINAHL 09.10.2019</b>				
<b>Søk - nummer</b>	<b>Søkeord/term</b>	<b>Avgrensninger</b>	<b>Resultat</b>	<b>Valgt</b>
S1	Cancer patients		63 386	
S2	Hope		18 431	
S3	Hopelessness		2 598	
S4	Cancer		368 104	
S5	Terminal care		16 473	
S6	S2 OR S3		20 644	
S7	S4 OR S5		381 805	
S8	S1 AND S6 AND S7	Full text, 2009-2019, Research Article	89	1

Søk nummer S8 ga treff på 89 artikler hvorav 1 artikkel ble brukt. Artikkelen jeg valgte var «Maintaining hope when close to death – Insight from cancer patients in palliative home care» (2010). Artikkelen tar opp viktigheten av å opprettholde relasjoner for å bevare håpet, og hvordan sykepleiere kan være en viktig faktor når det sosiale nettverket ikke strekker til. Tiltakene som blir beskrevet gjør artikkelen relevant for min problemstilling.

<b>Søk i CINAHL 15.10.2019</b>				
<b>Søk - nummer</b>	<b>Søkeord/term</b>	<b>Avgrensninger</b>	<b>Resultat</b>	<b>Valgt</b>
S1	Hope fostering		20	
S2	Cancer		369 720	
S3	Death		154 044	
S4	Maintaining hope		99	
S5	S2 AND S4	Full text, 2009-2019	5	1

Søk nummer S5 ga treff på 5 artikler hvorav 1 artikkel ble relevant. Artikkelen som ble valgt var «Conveying hope in consultations with patients with life-threatening diseases – The balance between supporting and challenging the patient» (2017). Den skulle undersøke samhandlingen mellom lege og pasient med uhelbredelig kreft, med fokus på å formidle håp. Grunnen til at jeg valgte denne artikkelen er at det er legen sin oppgave å informere og diskutere om prognose, mens sykepleierne skal spille en støttende rolle for pasienten. Pasienten kommer ofte til sykepleierne med spørsmål, og det vil dermed være viktig for sykepleieren å vite hva legen har fortalt. Denne artikkelen belyser hvor viktig det er å ha et tverrfaglig samarbeid.

<b>Søk i PubMed 26.02.2020</b>				
<b>Søk - nummer</b>	<b>Søkeord/term</b>	<b>Avgrensninger</b>	<b>Resultat</b>	<b>Valgt</b>
#1	Maintaining hope AND Cancer patient AND Death	Published 10 years, full text	19	1

Søk i PubMed med kombinasjonene: Maintaining hope AND Cancer patient AND Death ga 19 treff hvorav 1 artikkel ble valgt. Artikkelen «The glimmering embers – Experiences of hope among cancer patients in palliative home care» (2011) ble sett på som relevant da den utforsket ulike nivåer av håp hos pasientene og hvordan de brukte håp til å mestre situasjonen sin best mulig.

### 3.3 Kildekritikk

I følge Dalland (2017, s. 158) betyr kildekritikk at vi skal vurdere og karakterisere litteraturen vi har funnet, samt gjøre rede for hvilke kriterier vi har benyttet oss av når vi har valgt.

Dalland (2017, s. 162) forteller at fagområder stadig er i utvikling, og at kunnskap fort kan bli utdatert. Et kriterium jeg valgte var derfor at artiklene ikke skulle være eldre enn 10 år. I undersøkelser skal artiklene kunne svare på hvordan det har blitt samlet inn datamateriale og hvilke feilkilder som kan ha påvirket resultatet. I tillegg skal undersøkelsene redegjøre for valg og vurderinger som er blitt gjort og begrunne relevansen (Dalland, 2017, s. 55). Jeg har tatt i bruk sjekklister fra kunnskapsbasert praksis (Helsebiblioteket, 2016), for å sikre kvalitet på artiklene jeg har valgt (se Vedlegg 1 - Eksempel Kvalitativ sjekklister). I tillegg har jeg lagt vekt på at artiklene jeg har valgt følger IMRaD-strukturen i oppbygning, slik at jeg kan kvalitetssikre undersøkelsene. All forskning er også fagfellevurdert.

I oppgaven min har jeg valgt å bruke mest mulig primærkilder, fordi det bidrar til en høyere validitet på kildehenvisningene mine. Noe av litteraturen er også sekundærkilder, da primærkilden ikke har vært tilgjengelig. En ulempe med å bruke sekundærkilder er at teksten er presentert og bearbeidet av en annen enn den opprinnelige forfatteren, noe som kan føre til at det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg (Dalland, 2017, s. 158).

### 3.4 Metodekritikk

Grunnen til at vi velger en bestemt metode er at den antas å gi best mulig data til å belyse problemstillingen (Dalland, 2017, s. 195). I følge Dalland (2017, s. 225) handler metodekritikk om å reflektere over valget av metode og vurdere hvordan metoden har fungert. Metoden som skal brukes i denne oppgaven er en litteraturstudie, der data hentes fra eksisterende forskning og litteratur. En litteraturstudie vil gi et bredt spekter av opplevelser fra både pasienter og helsepersonell, og denne metoden er dermed gunstig for å besvare min problemstilling. Denne metoden er basert på egen tolkning av publisert forskning og kan være en svakhet, fordi en ikke kan sikre at meningen til forfatterne samsvarer med min tolkning. Det kan også være rom for misforståelser i tolkningen, da engelsk ikke er mitt morsmål. Samtidig drøftes teori opp mot forskning i denne metoden, noe som kan gi et mer helhetlig syn på temaet mitt.



### 3.5 Etiske overveielser

Etiske overveielser handler om å vurdere hvilke etiske utfordringer arbeidet medfører. Vi skal ivareta personvernet og passe på at deltakerne i forskningen ikke blir påført unødvendige belastninger eller skader. Norsk senter for forskningsdata (NSD) med Personvernombudet for forskning og de Nasjonale forskningsetiske komiteene skal sikre at forskningsetiske normer blir ivaretatt (Dalland, 2017, s. 235-236). Den nasjonale forskningsetiske komité har utarbeidet retningslinjer som oppsummerer tre hensyn: informantenes rett til selvbestemmelse og autonomi, forskernes plikt til å respektere informantenes privatliv og forskerens ansvar for å unngå skade (Christoffersen et al., 2015, s. 45). Alle artiklene i oppgaven er godkjent av forskjellige etiske komiteer og personvernet til deltakerne er ivaretatt. Jeg har også vært bevisst på at forskningen har god anonymisering av deltakerne.

## 4. RESULTAT

I oppgavens resultatkapitel skal jeg presentere forskningsartiklene jeg har valgt for å belyse problemstillingen i oppgaven. Det er både kvalitative og kvantitative studier. Videre skal jeg presentere hovedfunnene i artiklene.

### 4.1 Presentasjon av valgte artikler

#### 4.1.1 Artikkel 1

**Tittel:** «On sinking and swimming – The dialectic of hope, hopelessness, and acceptance in terminal cancer».

**Forfatter:** Sachs, E., Kolva, E., Pessin, H., Rosenfield, B. & Breitbart, W., (2013).

**Introduksjon:** Pasienter må takle økende fysiske begrensninger, samt emosjonelle effekter dersom de får en terminal sykdom. Gjennom denne prosessen kan enkelte fokusere på håp om en kur eller langvarig overlevelse til tross for motstridende bevis, mens andre kan utvikle håp for positive eller meningsfulle opplevelser. Håp er dermed relatert til livskvalitet for pasienter med terminal kreft.

**Hensikt:** Formålet med artikkelen var å undersøke forholdet mellom håp og håpløshet hos pasienter med alvorlig kreftdiagnose, samt identifisere faktorer som fremmet håp.

**Metode:** Artikkelen er en kvalitativ studie der 30 kreftpasienter i palliativ fase fra to ulike sykehus, derav 22 pasienter som fullførte studien. Det ble gjennomført ett semistrukturert intervju der deltakerne skulle svare på åpne målpørsmål ved å rangere nivået av håp og håpløshet.

**Resultat/funn:** Flere av deltakerne opplevde at håp og håpløshet hang tett sammen, og at håpet spilte en viktig rolle for livskvaliteten. Håpløsheten ble blant annet påvirket av tap eller skuffelse, og av at en følte seg deprimert og fortvilet. Håp ble da et verktøy for å avverge trusselen om håpløshet, og hjalp dem mot mer positive følelser, handlinger og mål. Ved å akseptere diagnosen ga det vedkommende mulighet til å vende seg til ulike mestringsstrategier.

**Diskusjon:** Håpet fungerer primært som en mestringsmekanisme og er essensiell for å takle langvarige stressfaktorer. Håpløsheten slår rot i perioder der man blir frustrert over at ulike former for håp har gått tapt. Ved å akseptere den terminale prognosen klarte mange av pasientene å glede seg over hverdagslige gleder, i stedet for håp om forlenget liv.

#### 4.1.2 Artikkel 2

**Tittel:** «Maintaining hope when close to death – Insight from cancer patients in palliative home care».

**Forfatter:** Olsson, L., Östlund, G., Strang, P., Grassman, E. J. & Friedrichsen, M., (2010).

**Introduksjon:** Blant de som er terminal syke er håp blitt en viktig komponent i pasientenes eksistensielle behov. Det er en sentral opplevelse for å oppnå et meningsfylt liv og en verdig død. Når helsepersonell kommuniserer med terminalsyke må de anerkjenne pasientenes spekter av håp.

**Hensikt:** Formålet med artikkelen var å finne ut hva kreftpasientene som mottok palliativ hjemmesykepleie pleide å gjøre for å opprettholde håpet.

**Metode:** Studien er kvalitativ og basert på intervju og dagbøker fra 11 palliative kreftpasienter. Da deltakerne følte at håpet hadde endret seg, fikk de beskjed om å skrive i dagbøker som inneholdt spørsmål om vedkommendes håp, helse, humør, hvordan de taklet dette osv.

**Resultat/funn:** Kreftpasientene brukte to prosesser for å bevare håpet: å opprettholde livet og forberede seg på døden. Følelsen av håp økte når de fikk kommunisere med andre om praktiske forhold, emosjonelle følelser og vanskelige spørsmål. I tillegg mente de fleste at det

var viktig å forberede seg på sin egen død, mens andre planla hvordan de skulle forberede menneskene rundt seg. Det gjorde det letter for mange pasienter å komme seg vider med livet og økte håpet, dersom de fikk forberede begravelsen og andre praktiske saker.

**Diskusjon:** Håp kan være viktig for et meningsfylt liv og en verdig død. Det ble viktig å opprettholde relasjoner gjennom åpen kommunikasjon, da dette reduserte usikkerheten. I tillegg kom det fram at pasientene kun burde snakke om døden på eget initiativ, og ikke når annet hjelpeapparat følte for det.

#### 4.1.3 Artikkel 3

**Tittel:** «Conveying hope in consultations with patients with life-threatening diseases – The balance between supporting and challenging the patient».

**Forfatter:** Werner, A. & Steihaug, S., (2017).

**Introduksjon:** Kommunikasjon er avgjørende i et forhold mellom lege og pasient. I konsultasjoner med pasienter med livstruende sykdom er god kommunikasjon spesielt krevende. Samtidig gir pasienter uttrykk for at det ikke gir håp når sannheten skjules.

**Hensikt:** Formålet med studien er å utforske en medisinsk konsultasjon i det virkelige liv mellom en lege og en pasient med uhelbredelig kreft, ved å være spesielt oppmerksom på formidling av håp.

**Metode:** Artikkelen er en kvantitativ studie der det ble gjennomført en randomisert kontrollert studie av 380 videoer fra lege-pasient-møter. Det ble et randomisert utvalg av 80 videoer, der 4 av disse konsultasjonene hadde håp som samtaleemne. For å illustrere hvordan en lege kan formidle håp uten å knytte det til noe kurativ behandling, ble en av disse konsultasjonene valgt.

**Resultat/funn:** Legen bidro til å formidle håpet ved å balansere mellom å utfordre og støtte pasienten. Det ble viktig å bygge et lege-pasient-forhold, gjennom oppmerksom lytting, anerkjennelse, lydhørhet og veiledning. Det ble viktig å forstå hvilke forståelse pasienten hadde om sin situasjon, og hva dette betydde for ham.

**Diskusjon:** Det er mange måter å kommunisere om håp. Legen i denne studien hadde en rolig holdning og bekreftelse. Å skape en varm arbeidsallianse styrt av gjensidig anerkjennelse ble en forutsetning for å bringe håp til pasienten.

#### 4.1.4 Artikkel 4

**Tittel:** «The glimmering embers – Experiences of hope among cancer patients in palliative home care».

**Forfatter:** Olsson, L., Östlund, G., Strang, P., Grassman, E. J. & Friedrichsen, M., (2011).

**Introduksjon:** Ved palliativ omsorg er fokuset å bevare best mulig livskvalitet, hvorav håp er ett aspekt. For å kunne kommunisere om håp må forholdet bygges på tillit mellom pasient og hjelpeapparat. Håp er ofte knyttet til helbredelse og liv, mens døden er forbundet med fiasko og håpløshet.

**Hensikt:** Formålet med studien var å finne ut hvordan kreftpasienter som var innlagt i palliativ hjemmesykepleie opplevde betydningen av håp og hvordan disse tok i bruk dette håpet.

**Metode:** Studien bruker både kvalitative og kvantitative data. I artikkelen ble det brukt dagbøker, spørreskjema og intervju av 11 deltakere for å utforske deltakernes egne opplevelser av håp.

**Resultat/funn:** Det kom frem fire delprosesser i denne studien: å skape overbevist håp, å opprettholde simulert håp, innsamling og vedlikehold av øyeblikk av håp og gradvis utdødd håp. Pasientene bevegde seg ofte mellom de forskjellige delprosessene. I tillegg fortalte pasientene at håpet bare kunne påvirkes, men ikke tatt bort av noen andre eller av en hendelse.

**Diskusjon:** Alle pasientene hadde en indre glød som alltid var tilstede, men som ikke var synlig til en hver tid. Denne gløden ble beskrevet i form av å være et grunnleggende menneskelig kjennetegn tett knyttet til verdighet og likeverd. Håpet kan beskrives som en overgang fra ett referansepunkt til et annet, der referansepunktene varierer over tid og er avhengig av faktorer som helse og velvære, sosial situasjon og kontekst.

#### 4.1.5 Artikkel 5

**Tittel:** «Supporting hope and prognostic information – Nurses' perspectives on their role when patients have life-limiting prognoses».

**Forfatter:** Reinke, L. F., Shannon, S. E., Engelberg, R. A., Young, J. P. & Curtis, R., (2010).

**Introduksjon:** Det blir ofte brukt håp for å takle konsekvensene av å leve med kroniske, livsbegrensede sykdommer. For å kunne diskutere prognose eller omsorg ved livets slutt med pasientene er det ofte en viktig barriere å bevare håpet. Pasienter ønsker ikke at klinikerne

skal ta fra dem håpet, samtidig som de ønsker ærlig informasjon om sykdommen og prognosen.

**Hensikt:** Formålet med artikkelen var å beskrive hvordan sykepleierne støtter pasienthåp, samtidig som de skulle gi støtte og ærlig prognostisk informasjon.

**Metode:** Studien er en kvalitativ studie som benytter seg av dybdeintervjuer med pasienter, familiemedlemmer, leger og sykepleiere. Det ble gjennomført semistrukturerte, en-til-en-intervjuer. Flertallet var kvinner (91 %) med en gjennomsnittsalder på 47 år.

**Resultat/funn:** Pasienter og familier ønsket håp om å bli støttet, der sykepleierne ofte ga denne støtten uavhengig av interaksjoner med legen. Typer håp som ble identifisert var håp om en god dag, håp om å være god nok til å delta i et barnebarns bryllup og håp om en kur. Sykepleierne hadde tre punkter de brukte for å skape håp sammen med pasienter og deres familier: å be dem beskrive hva de håpet på, å snakke om livskvalitetsproblemer og å bygge tillit. I tillegg diskuterte sykepleierne i studien konsekvensene av å ikke bli informert om detaljene i legenes samtale med pasientene om deres sykdomsstatus.

**Diskusjon:** Sykepleierne følte at de ofte måtte stole på samarbeid og forhandlinger med sine legekolleger for å dekke pasientenes og familiens informasjonsbehov. Dersom legene tilbakeholder informasjon fra pasientene kan det sette sykepleierne i en utfordrende situasjon der de ikke ønsker å overskride profesjonelle grenser ved å gi informasjon eller ved å motsi legen. Samtidig trenger de å svare på pasientens omsorgsrelaterte spørsmål.

## 4.2 Hovedfunn

Funn fra artiklene trekker frem håp som en viktig faktor for livskvaliteten. Det hjalp pasientene til å ha positive tanker og å ha noe å se frem til, som høytider og ting de gledet seg til. Håpet til pasientene økte etter hvert som de fikk mer kunnskap om sykdommen sin, fordi da forsvant følelsen av usikkerhet. Det ble vesentlig å delta aktivt i livet og snakke om gode og positive ting. Flere pasienter forteller at dersom de hadde en realistisk forståelse av prognose og er villig til å avstå fra urealistiske forhåpninger, kunne de glede seg over andre sider av livet. Det kan være tid med sine kjære og å bruke håp på en mer tilpasningsfull måte.

Det ble betydningsfullt å lytte til pasienten og forstå vedkommendes oppfatning av situasjonen, samt støtte og utfordre for å fremme håpet. Noen strebet etter normaliteten ved å fortsette med hobbyene sine og holde følge med alle de daglige oppgavene, samt snakke og planlegge fremtiden for familien. I tillegg ble det relasjonelle avgjørende når du skulle møte

pasientenes behov for håp. Vi må være der for vedkommende og lytte, når han/hun er overveldet, slik at vi kan bygge opp igjen håpet.

## 5. DRØFTING

I dette kapittelet vil funnene i de inkluderte studiene bli drøftet opp mot fagkunnskap, det teoretiske rammeverket, Joyce Travelbee sitt sykepleiefaglige perspektiv, og egne refleksjoner. For å få en helhetlig forståelse av problemstillingen min har jeg valgt å dele drøftingen opp i disse overskriftene; håp som en viktig faktor for livskvaliteten, god kommunikasjon med pasienten står sentralt, ivaretagelse av pasientens informasjonsbehov og å finne mening i situasjonen.

### 5.1 Håp som en viktig faktor for livskvaliteten

Ved å snakke med pasientene om deres livskvalitet forklarer sykepleierne i studien til Reinke et al. (2010) at de klarte å hjelpe pasientene til å oppnå sine mål. Pasienten kunne ha et mål om å være symptomfri, som inkluderte behandling av smerter og andre symptomer. Den overordnede målsettingen for all palliativ behandling og pleie er å gi pasienten best mulig livskvalitet, hvorav håp er et aspekt. Livskvalitet er en subjektiv opplevelse og kan kun kartlegges ved å kommunisere med pasienten (Helsedirektoratet, 2019). Studien til Werner og Steihaug (2017) fastslår at vi ikke kan bidra til å forsterke håpet visst vi ikke forstår hva som faktisk bekymrer pasienten som lever med kreft i palliativ fase. Reynolds referert i Utne (2017, s. 73) forklarer at symptomer som smerte, kvalme og fatigue er en trussel mot håpet. Han fant i sin studie at pasientene var opptatt av at de skulle være uten smerter, og at diagnosen ikke skulle kontrollere livet deres. Lignende svar kommer frem i studien til Sachs et al. (2013), hvor dårlig kontrollert fysisk smerte gjorde at håpet bleknet, men når smertebehandlingen ble forbedret fikk pasientene tilbake følelsen av håp. Pasientenes mulighet til å oppleve helse og velvære er et fokus i sykepleien. Olsson et al. (2011) opplevde i sin studie at følelsen av velvære hos pasientene påvirket opplevelsen av håp, selv om helsen deres ble dårligere. Rustøen (2009, s. 24) forsterker dette ved å trekke frem at smerter kan redusere ens livskvalitet, men kan oppleves ulikt av ulike personer avhengig av blant annet omgivelser, ressurser og personlighetsfaktorer. Gjennom å styrke håpet kan sykepleieren bidra til at pasienten føler på en økt mestring av smerteopplevelsen.

Vi kan ikke bare fokusere på symptomene som smerte eller tretthet dersom vi skal gi pasienten den rette hjelpen. Vi må også se på hvordan disse symptomene påvirker hele pasientens liv. I tillegg må sykepleieren ta utgangspunkt i menneskets egne ønsker og behov (Rustøen, 2009, s. 12). Sachs et al. (2013) beskriver i sin forskning at det er viktig for pasienten i palliativ fase å delta i personlige, familiemessige og samfunnsmessige forhold for å opprettholde livskvaliteten. I studien til Olsson et al. (2010) og Sachs et al. (2013) var fokuset til pasientene rettet mot de små gledene i hverdagen, som å fortsatt kunne lage mat til ungene sine, holde følge med de dagligdagse oppgavene eller å kunne være smertefri. Å ha kortsiktige oppnåelige mål som å være sammen med familien og oppleve ting med dem, kan gi pasienten håp (Lorentsen & Grov, 2016, s. 416). Samtidig beskriver Rustøen (2009, s. 53) at ved å sette seg mål, blir en tvunget til å tenke gjennom hva en vil prioritere, og at dette kan være med på å styrke håpet. Hun legger også vekt på at tilstedeværelsen av andre kan være til hjelp for å minnes på at en har noen å leve for og at en ikke må gi opp. Dette forsterkes i tenkningen til Travelbee (1999) hvor hun sier at den enkelte kan se annerledes på seg selv og livet sitt når en opplever sykdom, blant annet ved at en kan endre synet på hva som er viktig for seg.

## 5.2 God kommunikasjon med pasienten står sentralt

Werner & Steihaug (2017) trekker frem i sin forskning at for å få en god relasjon med pasienten som lever med kreft, samt klare å fremme håpet, må hjelperen tenke over hvordan han kommuniserer og uttrykker seg verbalt og non-verbalt. Det forsterkes i studien til Olsson et al. (2011) som viser til at et uspesifikt svar kan skape muligheten for pasientens fantasi om en eventuell fremtid, som kan forårsake et falskt håp. Travelbee (1999, s. 136) påpeker at det er nødvendig for sykepleierne å utvikle grunnleggende kommunikasjonsferdigheter, slik at det ikke oppstår misforståelser. Hun sier også at kommunikasjonen er en dynamisk kraft som har dyp innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet i sykepleiesituasjoner. Den kan brukes til å trekke andre mennesker nærmere, til å støtte de vekk, til å gi hjelp eller til å såre. Olsson et al. (2011) viser til dette i sin forskning der pasientene skapte håp ved å oppsøke personer rundt seg som var håpefulle og positive. I tillegg til dette skriver Lorentsen & Grov (2016, s. 418) at en person som var i stand til å oppfatte pasientens situasjon, samt være i stand til å oppmuntre, vil kunne stimulere pasientens håp. Dersom sykepleierens holdninger er farget av tro og håp, kan pasienten oppleve at håpet styrkes.

Et av hovedfunnene i studien til Werner og Steihaug (2017) var at pasienten ville føle seg forstått, dersom hjelperen snakket om temaet med interesse og lyttet oppmerksomt til det pasienten fortalte. Det kommer frem i studien til Reinke et al. (2010) at nøkkelen til å møte pasientens behov for håp var å bygge tillit med pasienten. Eide & Eide (2017, s. 136) understøtter Werner og Steihaug sitt funn med å si at helsepersonell kan respondere bekræftende eller avvisende, henvendt eller uengasjert. Den non-verbale kommunikasjonen til hjelperen signaliserer hvorvidt vi er innstilt på å lytte og hjelpe, og kan være avgjørende for hvorvidt pasienten føler seg trygg og godt ivaretatt eller ikke. Gjennom denne kommunikasjonsmåten kan vi avspeile at vi er slitne, stresset eller har dårlig tid. Rustøen (2009, s. 101) styrker dette, at dersom sykepleieren virker uinteressert og lite empatisk, kan det oppfattes at pasientens situasjon er håpløs og ikke verdt videre innsats. Dette er i tråd med Travelbee (1999, s. 135) sin tenking, at pasienten kommuniserer noe til sykepleieren gjennom sitt utseende, gjennom atferd, holdning, ansiktsuttrykk, manerer og gester, og at sykepleieren gjør det på samme måte overfor pasienten. Mine erfaringer gjenspeiler også dette, hvor sykepleierne i en travel arbeidsdag fort kan holde på med andre arbeidsoppgaver samtidig som de prater med pasienten. Det kan være en avgjørende faktor for hvordan pasienten føler seg ivaretatt. Som sykepleier er det viktig å være klar over at sin egen atferd, holdninger og ordbruk i samtaler og når det gis informasjon, er medvirkende til om pasienten opplever mismot eller håp.

Studien til Werner & Steihaug (2017) understreker at et likeverdig og gjensidig forhold med pasienten, samt ha en gjensidig anerkjennelse vil prege samspillet. Sykepleieren kan hjelpe pasienten til å ha tro på seg selv og sine evner for å mestre hverdagen best mulig, noe som kan hjelpe vedkommende til å se framover og oppleve mening i en ellers vanskelig situasjon. Rustøen (2009, s. 101) knytter håpet til omsorg og sier at sykepleieren kan være med å påvirke pasientens håp gjennom tilstedeværelse. Sosialt nettverk er av stor betydning og sykepleieren vil ofte få en sentral rolle i forhold til individets opplevelse av fellesskap. Måten helsepersonell kan fremme håpet på er å ta seg tid til å snakke, gi informasjon, være høflig, vennlig, omsorgsfull, hjelpsom, vise respekt og ærlighet. Dette sammenfaller med Travelbees (1999) teori om menneske-til-menneske-forholdet. Travelbees menneskesyn tar avstand fra begrepet pasient og at en av sykepleierens viktigste roller er å se det unike mennesket bak diagnosen, samt at hvert menneske er verdifullt.



### 5.2.1 Ivaretagelse av pasientens informasjonsbehov

Reinke et al. (2010) trekker frem i sin studie at å vurdere hva pasientene allerede vet om sin sykdom eller prognose ble grunnlaget for å vurdere pasientens behov for sykdomsinformasjon. Startpunktet er å vite hva de forstår om sin tilstand, hva som er viktig for dem og hva som gir livet deres mening. For å kunne dekke pasientens behov for prognostisk informasjon, ble det avgjørende at sykepleierne ble informert om hva legen allerede hadde fortalt pasienten. Et utgangspunkt for å ivareta pasientens behov for samtale og informasjon i livets slutfase er å ha kunnskap om pasientens evne, behov og forventinger til kommunikasjonen (Helsedirektoratet, 2018). Studien til Werner og Steihaug (2017) trekker frem at forholdet mellom lege og pasient er essensielt i medisinsk arbeid, og at det er viktig at legen og pasienten fungerer som et team. Videre i studien til Reinke et al. (2010) diskuterte sykepleierne konsekvensene av å ikke bli informert om detaljene i legenes samtaler med pasientene hvor pasientens sykdomsstatus blir diskutert. Det kunne føre til at pasientene følte mistillit til helseteamet når motstridende informasjon ble gitt. Til tross for dette viser resultatene i studien til Olsson et al. (2011) at pasientene aktivt valgte å ignorere sykdommens fremgang eller ikke la noe fjerne håpet ved å gi pasientene informasjon om deres prognose. Pasientene la til grunn at ingen kan med sikkerhet forutsi når en person skal dø. De klarte å opprettholde håpet ved å unngå spørsmål og diskusjoner om den usikre fremtiden sin. Vi skal ikke ta håpet fra en pasient, men samtidig har pasienten krav på å få realistisk informasjon om sin situasjon (Universitetssykehuset Nord-Norge, 2012). Ifølge Lohne (2016, s. 112) er det håpet hos hvert enkelt individ som avgjør hvordan mennesket velger å forholde seg til sine egne vanskeligheter. Jeg tolker dette som at det er individuelt om pasienten ønsker informasjon om prognosen eller ikke. Noen pasienter gir uttrykk for at det å skjule eller forvrengte sannheten ikke gir håp, mens andre har funnet håp i å unngå sannheten. Det er viktig å respektere individuelle preferanser og pasientene har rett til å nekte å få informasjon. Ved å la pasienten få bestemme hvilken informasjon de vil ha og i hvilken grad, unngår sykepleierne å fjerne håpet til pasienten.

Reitan (2017b, s. 108) skriver at det er et prinsipp i dagens samfunn å være åpen og samtale med pasienter om deres kreftsykdom, men at informasjonen ikke skal gis mot pasientens uttrykkelige vilje. Likevel er pasienten avhengig av informasjon for å kunne ta valg om behandlingsmuligheter og for å planlegge dagliglivet og framtiden. En kvinne i studien til Olsson et al. (2011) forteller at hun ikke klarte å tenke på døden når hun fremdeles hadde håp. Pasientene i studien reflekterte lite om døden og var overbevist om at de ville bli friske igjen.

De som var i palliativ fase erkjente ikke at døden var en realitet. Kreftpasientene sin reaksjon på en dårlig nyhet, avhenger av forventninger til livet, av behandlingsmulighetene og av utsiktene til å overleve. Lignende resultater kommer frem i studien til Reinke et al. (2010), at hver pasient hadde forskjellige reaksjoner på sin sykdom og prognose. Nøkkelen er å bli kjent med personen, finne ut hva de håper på og hvordan de takler det. På den måten kan du som sykepleier skreddersy din støtte. Pasienten må få rom til å gi utløp for sine reaksjoner og tanker etter å ha mottatt en dårlig nyhet. I en slik situasjon bør sykepleieren ta ansvar og opptre tydelig (Eide & Eide, 2017, s. 226). Travelbee (1999, s. 36) forsterker dette i sin tenkning, hvor hun mener at sykepleieren må sette seg inn i hvordan vedkommende selv opplever sin tilstand for å klare å hjelpe pasienten til å mestre situasjonen eller finne en mening i disse erfaringene. Olsson et al. (2010) fant i sin studie at noen pasienter valgte å endre fokuset sitt når situasjonen ble for truende og det var økt risiko for å miste håpet. De søkte da aktivt etter andre steder som ga dem håp. Ifølge Rustøen (2009, s. 53) kan vi fremme håpet ved å ha noe å utføre som vi opplever som meningsfullt.

Olsson et al. (2010) tar opp i sin forskningsstudie at det var betydningsfullt for pasienten å kommunisere med andre om praktiske forhold, emosjonelle følelser og vanskelige spørsmål, da dette økte følelsen av håp. Noen av pasientene i studien ønsket å snakke om døden med sine nærmeste når de følte at deres sykdom utviklet seg. Flere av pasientene opplevde at deres kjære ikke ville snakke om døden, som resulterte i at pasienten følte at han måtte leve med sykdommen alene. Dette førte til at håpet falmet. Lohne (2016, s. 118) forsterker dette, ved å fortelle at håpet svekkes når individet får følelsen av å være til byrde for andre, har et udekket informasjonsbehov og føler seg verdiløs. Dette vil også være i tråd med Travelbees (1999) tenkning, hvor hun trekker frem at de syke pasientene er avhengig av andre og håper på å få hjelp selv om de ikke har lyst til å spørre om hjelp. Pleiepersonalet er hos pasienten døgnet rundt, og vil dermed være en viktig person for pasienten (Rustøen, 2009, s. 88). I sykepleien er det sentralt å dekke pasientens grunnleggende behov, og sykepleieren skal ha kunnskaper om pasientens udekkede behov. I denne sammenhengen vil det si at sykepleieren må være oppmerksom når behovet for fellesskap er truet hos pasienten. Det er betydningsfullt å gi pasientene mulighet til å snakke om den siste fasen av livet og om døden. Helsepersonell skal på en hensynsfull måte gi pasientene mulighet til å snakke om sine ønsker og verdier rundt livets avslutning (Helsedirektoratet, 2019). Reitan (2017b, s. 114) forsterker dette ved å si at sykepleieren har en sentral rolle i å gi støtte i den vanskelige samtalen, selv om legen har ansvaret for å formidle prognosen.

### 5.3 Å finne mening i situasjonen

I studien til Sachs et al. (2013) kommer det frem at aksept ble introdusert av mange pasienter som svar på spørsmål angående deres nåværende nivåer av håp. Å akseptere prognosen og de store endringene som følge av sykdommen fikk dem til å glede seg over andre ting i livet. Benzein, Norberg & Saveman referert i Utne (2017, s. 73) viser til dette, ved at pasientene ga uttrykk for at de revurderte hva som var viktig i livet, prioriteringen var annerledes nå og de kunne finne glede i ting de før fant kjedelige. Deltakerne i studien gjort av Olsson et al. (2011) beskrev at de valgt ting de virkelig ønsket å gjøre, fordi de visste at morgendagen var ukjent. De visste at livet deres var begrenset, men hadde fremdeles et ønske om å gripe tak i dagen og holde seg fast til øyeblikk som skapte glede. I tillegg til dette hevder Lohne (2016, s. 113) at håpet har betydning for pasientens opplevelse av situasjonen i øyeblikket. Travelbee (1999, s. 35) fastslår at det er en sentral oppgave for sykepleieren å hjelpe den enkelte til å mestre sykdom og lidelse, samt finne mening i disse erfaringene. Håpet kan gjøre et menneske i stand til å bære byrdene av sykdom og lidelse. Selv om de ikke kan ha håp om å bli helbredet, kan alle hjelpes til å finne mening i sykdommen.

Et viktig funn vi ikke kan overse i studien til Olsson et al. (2010) er at pasientene selv måtte finne mening i situasjonen, og at ingen andre kunne gjøre dette for dem. Studien trekker også frem at pasientene klarte å opprettholde meningen i livet når de ble involvert i sin egen behandling og fikk følelsen av å ta ansvar. Samtidig fikk de følelsen av at de kunne ta verdifulle valg i den vanskelige situasjonen. Lohne (2016, s. 113) støtter opp dette med å si at mennesket selv må erkjenne håpet, fordi det er individet selv som skaper sin egen mening. Studien til Olsson et al. (2010) trekker også frem at det ble viktig å fortsette med sine hobbyer og holde følge med alle de daglige gjøremålene. Dette blir også forsterket i studien til Olsson et al. (2011) som viser til at kreftpasienter opprettholdt håpet ved å fokusere på små ting og hendelser i hverdagen, samt å samle meningsfulle øyeblikk. Lohne (2016, s. 117) trekker også frem at håpet på en annen side kan hjelpe pasienten til å akseptere sin situasjon. Samtidig kan håpet øke kroppens helingsprosesser, fordi håpet aktiverer styrke, mot til å gå inn i det ukjente og tillit til seg selv og andre. Lidelsen er ikke lenger lidelse i det øyeblikket pasienten finner en mening. Håpet gir både ønsker og vilje, som igjen gir en opplevelse av mening i lidelsen.

## 6. KONKLUSJON

Forskning og litteratur viser at livskvalitet er med på å fremme håpet til kreftpasientene i palliativ fase. Smertebehandling og opplevelse av velvære er sentralt for at pasientene skal ha håp. Å hjelpe pasienten til å oppnå kortsiktige mål som å fortsette med å lage mat til ungene sine eller å kunne være smertefri, kan være med på å fremme håp. For å kunne hjelpe pasienten til å mestre situasjonen må sykepleieren sette seg inn i hvordan pasienten selv opplever sin tilstand. Da blir det viktig at sykepleieren blir kjent med pasienten, finner ut hva vedkommende håper på og hvordan han takler det. Sykepleieren må også gi pasienten mulighet til å snakke om den siste fasen av livet og om døden. Håpet til pasientene økte etter hvert som følelsen av usikkerhet forsvant og de fikk mer kunnskap om sykdommen sin. Pasienten med kreft er avhengig av å akseptere prognosen og situasjonen slik den er, for å kunne finne glede ved andre aspekt i livet. Ved å fokusere på små ting og hendelser i hverdagen kunne pasientene opprettholde håpet. Sykepleieren kan bidra til å fremme håp hos pasienten som lever med kreft ved å bruke seg selv terapeutisk og skape et menneske-til-menneske-forhold, gjennom å vise tilstedeværelse og skape trygghet og tillit. Som sykepleier er kommunikasjon det viktigste verktøyet vi har. Hvordan sykepleieren kommuniserer på og uttrykker seg verbalt og non-verbalt er avgjørende for hvordan hun klarer å fremme håpet hos pasienten. Det kan skape et falskt håp dersom det oppstår misforståelser. Sykepleieren kan opprettholde håpet ved å gjøre seg tilgjengelig og være villig til å hjelpe i en vanskelig situasjon.

## REFERANSER

- Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2017). Svulster. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 127-149). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Dalland, O. (2017). *Metode og Oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner – Personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). Sjekklistor. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2018, 18. september). Lindrende behandling i livets slutfase. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lindrende-behandling-i-livets-slutfase>
- Helsedirektoratet. (2019, 14. oktober). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/forord>
- Kreftforeningen. (2020). Hva er kreft? Hentet fra <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/>
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, F. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1 – Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., s. 15-28). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lohne, V. (2016). Håp og håpløshet. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 2 – Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. utg., s. 110-124). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I D.-G. Stubberud., R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5 utg., s. 397-430). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Olsson, L., Östlund, G., Strang, P., Grassman, E. J. & Friedrichsen, M. (2010). Maintaining hope when close to death – Insight from cancer patients in palliative home care. *International Journal of Palliative Nursing*, 16(12), 607-612.  
<https://doi.org/10.12968/ijpn.2010.16.12.607>
- Olsson, L., Ostlund, G., Strang, P., Grassman, E. J. & Friedrichsen, M. (2011). The glimmering embers – Experiences of hope among cancer patients in palliative home care. *Palliative & Supportive Care*, 9(1), 43-54.  
<https://doi.org/10.1017/S1478951510000532>
- Reinke, L. F., Shannon, S. E., Engelberg, R. A., Young, J. P. & Curtis, J. R. (2010). Supporting hope and prognostic information – Nurses' perspectives on their role when patients have life-limiting prognoses. *Journal of pain and symptom management*, 39(6), 982-992. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.11.315>
- Reitan, A. M. (2017b). Klinisk kommunikasjon. I A. M. Reitan & T. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie – Pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 104-119). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Renolen, Å. (2015). *Forståelsen av mennesker – innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Røkenes, O. H. & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller bryte – Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- 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 & palliative medicine*, 30(2), 121-127.  
<https://doi.org/10.1177/1049909112445371>

- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter – Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Universitetssykehuset Nord-Norge. (2012). Håndbok i lindrende behandling. Hentet fra <https://unn.no/Documents/Kompetansetjenester,%20-sentre%20og%20fagr%C3%A5d/Regionalt%20kompetansesenter%20for%20lindrende%20behandling/H%C3%A5ndbok%20i%20lindrende%20behandling/H%C3%A5ndbok%20i%20lindrende%20behandling.pdf>
- Utne, I. (2017). Håp i et kreftforløp. I A. M. Reitan & T. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie – Pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 67-79). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Werner, A. & Steihaug, S. (2017). Conveying hope in consultations with patients with life-threatening diseases – The balance between supporting and challenging the patient. *Scandinavian Journal Of Primary Health Care*, 35(2), 143-152.  
<https://doi.org/10.1080/02813432.2017.1333322>

## Vedlegg 1 - Eksempel Kvalitativ sjekkliste

# Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

## Hvordan bruke sjekklisten

Sjekklisten består av tre deler:

- Innledende vurdering
- Hva forteller resultatene?
- Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du spørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «uklart» eller «nei». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

## Om sjekklisten

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister.

Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

Denne sjekklisten er inspirert av «10 questions to help you make sense of qualitative research» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists. Oxford: CASP UK [oppdatert 2017; lest 23.11.2017]. Tilgjengelig fra: <http://www.casp-uk.net/checklists>



## (A) Innledende vurdering

### 1. Er formålet med studien klart formulert?

 JA

 UKLART

 NEI

#### Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

"Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative home care".

Forfatter: Olsson, Östlund, Strang, Grassman & Friedrichsen, 2010.

Studiens hensikt var å finne ut hva kreftpasientene som mottok palliativ hjemmesykepleie pleide å gjøre for å opprettholde håpet.

Forskere ønsket å finne svar på dette da håp har vist seg å være en verdifull ressurs i å takle sykdom, og det er konkludert med at det er mangel på studier om håp i forskjellige palliative omsorgssammenhenger.

Problemstillingen er relevant da håp er en viktig faktor for pasienter i palliativ fase.

### 2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

 JA

 UKLART

 NEI

**Tips:** Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomenen, erfaringer eller opplevelser?

Studien har som mål å beskrive prosessene som pasienter i palliativ hjemmesykepleie bruker for å opprettholde håp.

Kvalitativ metode er hensiktsmessig da dette kjennetegnes ved å fange opp meninger og opplevelser hos menneskene som deltar i studien. Ved å hente inn data med hjelp av intervju er det mulig å få fyldig og detaljerte beskrivelser av det som undersøkes.

## Skal du fortsette vurderingen?

#### Tips:

Hvis du svarte NEI på et av spørsmålene over kan du kanskje like godt legge bort artikkelen og finne en annen.

### 3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

 JA

 UKLART

 NEI

#### Tips:

- Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?

Data ble innhentet ved bruk av intervju og dagbøker. 11 deltakere ble intervjuet og 3 av disse skrev i tillegg dagbøker. Deltakerne ble bedt om å skrive dagbøker når de følte at håpet deres hadde endret seg.

#### 4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

 JA UKLART NEI

**Tips:** Når man bruker f.eks. *strategiske utvalg* er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, f.eks. hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, sosioøkonomisk status)

Personalet i enhetene identifiserte pasienter som oppfylte inkluderingskriteriene for studien.

Pasientene måtte være voksne og gjennomgått lindrende kreftbehandling, bor hjemme, i stand til å snakke, lese og skrive på svensk, glad for å være på opptak, og fysisk og psykologisk i stand til å delta.

Intervjuene skulle blitt gjennomført 2 ganger, men 2 deltakere kunne ikke bli intervjuet på nytt på grunn av deres fysiske symptomer og 1 døde. 3 deltakere avviste å skrive dagbøker på grunn av utmattelse og 1 avviste på grunn av språkrelaterte problemer.

Ingen av pasientene som ønsket å delta i studien ble ekskludert av utvalgsriterier, men utvalgets størrelse var fremdeles ganske liten.

#### 5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

 JA UKLART NEI

**Tips:** Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse.
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (f.eks. lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

19 deltakere ble intervjuet i deltakernes hjem og 1 i palliativ pleieenhet.

Det ble brukt en intervjuguide som ble konstruert basert på tidligere forskning med fokus på håp. Dagbøkene inneholdt spørsmål om pasientenes håp, helse, humør, hvordan de takle det osv.

Intervjuene ble transkribert ordrett av intervjueren eller en sekretær og varte mellom 30 og 90 minutter.

## 6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

 JA

 UKLART

 NEI

Studien forsøkte å validere dataene sine ved å vedta en konstant komperativ metode, av innhenting av data gjennom både dagbøker og intervjuer, og ved å gjennomføre oppfølgingssamtaler, der det var mulig.

### Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Skriftlige notater var tatt for å opprettholde gyldigheten og for å få en mer oversiktlig analyse.

Flere forskere fra forskjellige felt, inkludert sykepleie, sosisologi og medisin, evaluerte materialet og alle ble enige om hovedresultatene.

## 7. Er etiske forhold vurdert?

 JA

 UKLART

 NEI

### Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan f.eks. være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Studien ble godkjent av Regional Research Ethical Board ved Linköpings universitet.

Pasientene ble informert både muntlig og skriftlig om arten av studien og at deltakelse var frivillig. Alle deltakerne ga sitt individuelle, informerte samtykke og ble sikret konfidensialitet.

## 8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

 JA

 UKLART

 NEI

**Tips:** En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene?
- I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

Dataanalysen ble integrert med datainnsamling ved å bruke en konstant komparativ metode der de teoretiske tolkningene utvikles kontinuerlig i forskningsprosessen ved å flytte frem og tilbake mellom det empiriske materialet og forskerens tolkninger.

Det vises en klar sammenheng mellom innsamlede data i kategoriene som forskerne har kommet fram til. De forskjellige temaene ble identifisert og satt sammen i større temaer. Temaene som presenteres i artikkelen er; bevare mening i livet, kommunisere med andre om liv og død, å involvere andre "reisende", forandre fokus, å ta ansvar for fremtiden, samt å se mulighetene for å leve videre selv etter døden.

Basert på svarene dine på punkt 1 – 8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

 JA

 UKLART

 NEI

## (B) Hva er resultatene?

### 9. Er funnene klart presentert?

 JA

 UKLART

 NEI

**Tips:** Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Funnene diskuteres opp i mot den opprinnelige problemstillingen ut fra de seks temaene som ble identifisert. Se punkt 8.

Resultatene i artikkelen viser at pasienter med kreft brukte to prosesser for å bevare håpet: å opprettholde livet og forberede seg på døden. Følelsen av håp økte når de fikk kommunisere med andre om praktiske forhold, emosjonelle følelser og vanskelige spørsmål. I tillegg mente de fleste at det var viktig å forberede seg på sin egen død, mens andre planla hvordan de skulle forberede menneskene rundt seg. Det gjorde det lettere for mange pasienter å komme seg vider med livet og økte håpet, dersom de fikk forberede begravelsen og andre praktiske saker.

## (C) Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

**Tips:** Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Funnene i studien er i tråd med resultatene fra andre studier som fant at de fleste pasientene unngikk å snakke om deres situasjon, selv om kommunikasjon var viktig for de fleste. I diskusjonsdelen understøttes funnene med annen relevant teori og forskning.

Studien trekker frem at videre forskning kan utforske hvordan håpet er kommunisert av familier og av forskjellige grupper av fagpersoner på institusjoner, sykehus og hjemmesykepleien.