



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling - Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 20.02.15 kl 14.00

Kandidatnr.: 33

Antall ord: 8464

Håp for den tapte pasient



Hentet fra Image Quest, 12. januar 2015:

http://quest.eb.com/#/search/158_2444115/1/158_2444115/cite

Når jeg i min dypeste lidelse
formår å vende blikket oppover
mot Melkeveien
fødes en strime av håp
og jeg våger tro at kjærligheten
kanskje vil seire
at mitt liv og min lidelse vil bli
en del av Melkeveien, kjærlighetens bro.

(Eriksson, 1995, s. 13)

Sammendrag

Tittel: Håp for den tapte pasient.

Bakgrunn: I 2012 ble det registrert 383 nye tilfeller av myelomatose i Norge. Myelomatose er uhemmet vekst i beinmargen, hvor rundt 10 % av alle nydiagnostiserte pasienter dør innen tre måneder. Kreftformen er uhelbredelig og det er kun lindrende behandling tilgjengelig for pasientgruppen. En usikker framtid er med på å påvirke håpet til pasientene som har stor betydning for hvordan pasienten opplever hverdagen og får gode opplevelser på tross av en uhelbredelig diagnose.

Problemstilling: *Hvordan bevare håp hos pasienter med nyoppdaget myelomatose?*

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å finne hvordan man på best mulig måte kan bevare håpet hos pasienter med nydiagnostisert myelomatose.

Metode: Oppgaven er utformet som en litteraturstudie, hvor det har foregått en systematisk gjennomgang av litteratur, forskning og teori som er relevant for temaet. Etter systematisk gjennomgang av relevant litteratur ble de ulike funnene i forskningsartiklene satt sammen med annen litteratur i drøftedelen for å belyse problemstillingen på best mulig måte.

Resultat: Oppgavens resultat går hovedsakelig ut på hvordan sykepleieren kan hjelpe pasienten å få en god hverdag ved hjelp av støtte fra sykepleier og pårørende. Diagnostiseringssamtalen, informasjonsdelen, døden, endret fokus, kontroll og utvikling er hovedtemaene som blir drøftet. Hovedfunnene ligger i Erikssons teori om bekreftelse av lidelsen til det lidende mennesket og hvordan man som sykepleier må være observante på hva som kan forekomme ved feil tilnærming av pasienten.

Abstract

Title: Hope for the lost patient.

Background: In 2012 there were registered 383 new cases of multiple myeloma in Norway. Multiple myeloma is a condition with uncontrolled growth of cells in the bone marrow. This form of cancer is incurable and only palliative treatment is available for these patients. With an uncertain future the patients may feel that hope is affected in their everyday life and it's important that they keep the hope up with good experiences despite their diagnosis.

Question: *How to preserve hope in patients with newly diagnosed multiple myeloma?*

Aim: The aim of this study is to look at the different ways to preserve hope in patients with multiple myeloma.

Method: A literary study has been used as a method. There has been a systematic review over literature, research and theory relevant to the question and theme.

Findings: The task informs about how the nurse can help the patient experience a good everyday with the help from the nurse and the family. The conversation about the diagnosis, information, death, refocusing, control and personal development are the main themes that are being discussed. The main findings lies in Katie Eriksson's theory about affirming of the suffering and how the nurse have to be observant on what may occur if the patient is handled wrong.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn av valg	1
1.2 Problemstilling	1
1.3 Avgrensning og presisering	1
1.4 Begrepsavklaring	2
Håp	2
Myelomatose	2
Pasienten	2
2.0 Teoretiske perspektiv	3
2.1 Erikssons lidelsesteori	3
2.2 Kreft	6
2.3 Myelomatose	6
2.4 Reaksjoner på å få kreft	7
2.5 Håp	7
2.4.1 Fravær av håp	8
2.4.2 Kartlegging av håp (HHI)	8
2.6 Kommunikasjon / informasjon	8
3.0 Metode	9
3.1. Litteraturstudie som metode	9
3.2 Forskningsetikk	10
3.3 Framgangsmåte	10
3.4 Kildekritikk og søkehistorikk	11
3.5 Metodekritikk	12
4.0 Resultat	13
5.0 Drøfting	19
5.1 Den vanskelige samtalen	19
5.3 Håp i møte med døden	21
5.4 Bruk av håp som fokusendring	23
5.5 Kontroll i hverdagen	24
5.6 Utvikling	25
6.0 Konklusjon	25
Referanseliste	26
Vedlegg	30

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn av valg

Myelomatose er en uhelbredelig kreftform hvor lindrende symptombehandling er eneste mulighet til behandling. I 2012 ble det registrert 383 nye tilfeller av myelomatose i Norge. 10 % av pasientene dør innen tre måneder etter diagnostisering, mens det er mulig at pasientene lever opptil 10 år ved hjelp av lindring av symptomer (Lobban, 2013, s. 38). Med uhelbredelig kreft følger en usikker framtid. Hensikten med oppgaven er å se hvordan man kan bevare følelsen av håp for den aktuelle pasientgruppen. Som sykepleier blir man i slike tilfeller støttespiller både for pasienten selv og de pårørende. Interessen for sykdommen og pasientgruppen har blitt utviklet gjennom ulike praksiser, og i arbeid på hematologisk avdeling. Her har jeg sett hvordan myelomatose kan påvirke pasienten og pårørendes håp og framtidstanke. Å kjenne til de ulike håpsfaktorene kan også brukes i de fleste andre avdelinger på sykehus og institusjoner, og kan gi en økt trygghet for egne framtidige pasienter.

1.2 Problemstilling

Hvordan bevare håp for pasienter med nyoppdaget myelomatose?

1.3 Avgrensning og presisering

Opgaven inneholder ulike metoder for håpsfostring tatt fra aktuelle artikler, og faktorer som påvirker håpsfølelsen hos kreftpasienter. Fokuset vil være på pasienten med nydiagnostisert myelomatose, og sykepleierens rolle vil være sentral i prosessen. Fokuset vil ikke være på pårørende, men det er dermed ikke sagt at pårørende ikke spiller en sentral rolle i følelsen av økt håp. Pårørende vil ikke være en sentral del av oppgaven. Det er dermed ikke sagt at pårørende ikke spiller en sentral rolle for håpsfostringen. Palliasjon vil ikke bli brukt i oppgaven da denne vil fokusere på nydiagnostiserte pasienter. Nydiagnostiserte pasienter vil kunne være i palliativ fase, men fokuset vil være på pasientgruppen på et generelt grunnlag etter diagnostisering. Ettersom kun 2 % av de 383 nye tilfellene i 2012 var under 40 år ved diagnostisering (Gedde- Dahl, 2010) vil oppgaven ta utgangspunkt i pasienter i alderen 65 år og oppover. Det vil ikke bli lagt vekt på forskjell på sykehus, institusjon eller hjemmesykepleie.

1.4 Begrepsavklaring

Håp

Håp kan beskrives som en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige. Håp er en måte å føle eller tenke på, og som påvirker ens atferd (Lorentsen & Grov, 2010, s. 414 – 415).

Myelomatose

Myelomatose er en sykdom med ukontrollert vekst av plasmaceller i beinmargen. Sykdommen er uhelbredelig og det er ingen annen en symptomlindrende behandling. (Finne- Grønn & Dagestad, 2010, s. 467).

Pasienten

En *pasient* er en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Opprinnelig betyr *pasient*, «den lidende», den som tålmodig aksepterer og utholder (Eriksson, 1995, s. 23).

2.0 Teoretiske perspektiv

2.1 Erikssons lidelsesteori

Katie Eriksson har utviklet teorier rundt lidelses- begrepet, og tar ofte utgangspunkt i bibelske tekster og vers for å fremheve egen teori. Så lenge mennesket lever, må det leve i lidelse fordi lidelsen er knyttet til mennesket. Lidelsen er noe vondt, som ikke innebærer noen mening i seg selv, men man kan ved å gjennomgå en lidelse finne en mening med den (Eriksson, 1995, s. 13). Eriksson beskriver lidelsen som et eget univers, og som en kamp for menneskeverd og menneskets frihet til å være menneske. Kampen mellom det gode og det vonde, lysten og lidelsen, håp og håpløshet (Eriksson, 1995, s. 13 og s.46). Uansett livssituasjon går man ut i kamp eller gir opp. I det øyeblikket mennesket gir opp kampen vil lidelsen forsvinne (Overgaard, 2003, s. 62 – 63). Lidelsens drama består av tre deler; bekreftelse, selve lidelsen, altså tid og rom for å gjennomleve lidelsen, og forsoningen, veien til ny helhet (Eriksson, 1995, s. 45).

Lidelsens drama

Bekreftelsen innebærer trøst og forsikringen om at noen kan komme mennesket i møte. Bekreftelsen kan ha forskjellig form, eksempelvis blikk, berøring eller et lite ord. Ved å ikke forlate mennesket og formidle at man er i nærheten «innbyr» den lidende, og å gi tid og rom. I *selve lidelsen* behøver den lidende tid og rom for å lide. Dersom man raskt finner årsaker til lidelsen eller forsøker å bortforklare den, kan man ta fra mennesket lidelsen (Eriksson, 1995, s. 46). Følelsen av å miste noe forekommer ved lidelse, og man kan sammenligne hver lidelse med en dødskamp i konkret eller symbolsk forstand. Man finner da lidelse i sorgen over det man har mistet eller holder på å miste. Når noe dør, gir det mulighet for nytt liv, til *forsoning* (Eriksson, 1995, s. 17 – 18). Et menneske som har oppnådd forsoning kan gi den gjennomlevde lidelsen mening. Forsoningen skjer på ulike måter hos mennesker, men uavhengig av hvordan forsoningen skjer, forekommer en forvandling hvor en ny enhet er skapt (Eriksson, 1995, s. 46). Dersom forsoningen ikke finner sted vil det skje en stille død hvor det sjelelige og åndelige livet dør først ut. Den drepende lidelsen utsletter mennesket som person eller helt som menneske (Eriksson, 1995, s. 18), først som menneske og person, så også fysisk (Eriksson, 1995, s. 46). Håpløshet, sorg, skyld, fornedring og ensomhet er tilstander som oppløser mennesket (Eriksson, 1995, s. 18).

Lidenskap

Når lidelsen bare *er* og ikke inneholder noen følelse, finnes det iblant lidenskap. Begrepsmessig hører lidenskapen sammen med lidelse. Årsaken er at mennesket som er i en tilsynelatende håpløs situasjon iblant uttrykker sin lidelses smerte gjennom lidenskapen (Eriksson, 1995, s. 16-17).

Sykdomslidelse, pleielidelse og livslidelse

Sykdomslidelsen er den lidelsen som oppleves i forholdet: sykdom og behandling, hvor fysisk smerte fokuserer på en bestemt del av kroppen og fanger menneskets oppmerksomhet. Pleielidelse er lidelsen som pasienten opplever i forhold til selve pleiesituasjonen, mens livslidelse tar for seg lidelse i forhold til ens eget, unike liv – å leve og ikke å leve. Det finnes ulike former for pleielidelse, hvor alle innebærer å bli utsatt for lidelse på grunn av pleie eller uteblitt pleie (Eriksson, 1995, s. 66).

Kamp og lyst

Uansett livssituasjon vil man enten gå ut i kamp eller gi opp (Eriksson, 1995, s. 13). Lidelsen, ”å kjempe” innebærer at man våger å være i lidelsen, våger å erkjenne at den finnes (Eriksson, 1995, s. 28). Allmenn forestilling er at lidelsen er bundet sammen med det onde, hvor lidelsen er en virkningen av noe ondt. Lysten har bevegelse, streben og lengsel etter det gode og kan brukes i kampen mot det onde (Eriksson, 1995, s. 27). Lidelsen er hinsides bekymring og angst. Feilen er at man forsøker å eliminere disse følelsene i stede for å omforme dem, og gi anledningen til lidelse og kamp. I kampen mot lidelsen savner mennesket ofte å formidle sin lidelse til andre. Så lenge det finnes bevegelse i lidelsen, er det håp. Håpet består i en bevegelse mot lysten og i en mening med lidelsen og livet (Eriksson, 1995, s. 27).

I den gode lysten finnes den ekte livsgleden, meningen og kraften. I den onde lysten sitter mennesket fast i sin pasjon og kan ikke bestemme over sitt liv, men blir drevet. Den onde lidelsen er tvers gjennom vond, og mennesket opplever ofte håpløshet. De symbolske formene som styrer menneskenes liv er tilværelse, vilje og bevissthet. Mennesket utvikler sin bevissthet gjennom disse formene, og får innsikt i egen lidelse. Man kan ikke finne lykke uten lidelse (Eriksson, 1995, s. 28). Menneskets kamp er også en kamp for friheten, hvor menneskets ufrihet er en av lidelsens årsaker (Eriksson, 1995, s. 29). Mennesket forsøker å flykte fra den opprinnelige tilstands lidelse og sikter fremover mot noe bedre, samtidig som det forkorter den målbare avstanden frem mot en enda større lidelse, dødsøyeblikket (Eriksson, 1995, s. 30).

Mangel på evnen til å lide

Å mangle evnen til å lide kan være den største og grusomste lidelsen. Omgivelsene forventer ofte at mennesket bør lide og uttrykke smerten og ulykken. Det mennesket som mangler evnen kan bli utsatt for forakt fra omgivelsene fordi det ikke oppfører seg som et lidende menneske, objektivt sett. Omgivelsens skuffelse kan gjøre at vedkommende som ikke lider som forventet ønsker å tvinge frem uttrykk for lidelse, bevisst eller ubevisst. Det er få som ønsker å lide, og selv den bevisste og tilsynelatende selvpålagte lidelse er uttrykk for en dypereliggende lidelse, kanskje en livslidelse som inneholder en følelse av total avmakt overfor livet (Eriksson, 1995, s. 16).

Møte med lidende mennesker

Det mangler et klart språk i lidelsen, men i dens uendelige stillhet finner man ulike uttrykksformer som kan oppfattes som våre innerste og fineste følelser, vår medmenneskelighet og vår medlidenhet (Eriksson, 1995, s. 13). Det er kjærligheten til mennesket – nestekjærligheten – som er den overordnede verdien og sykepleierens grunnmotiv (Kristoffersen & Nortvedt, 2011, s. 90).

Å møte et lidende menneske og å forsøke å dele dets lidelse krever den aller største finfølelse. Et lidende menneske må få en bekreftelse på sin verdighet som menneske (Eriksson, 1995, s. 37 – 38). Lidelsen forvandles til lyst og glede ved innsikten om nye, uanede muligheter. Dersom mennesket ikke kan forandre omstendighetene, må det forandre holdning til omstendighetene som på den måten har blitt forandret. Tro, håp og kjærlighet kan være med på å forandre vår holdning, selv om de konkrete omstendighetene ikke er blitt forandret (Eriksson, 1995, s. 42).

I møte med det lidende mennesket er troverdighet og bekreftelse av pasients lidelse viktig. Troverdighet er et aspekt ved menneskets verdighet, og dersom man ikke bekrefter lidelsen setter vi spørsmål ved dens troverdighet og gjør vedkommende til et uskyldig offer. Mennesket får da i tillegg til sin egentlige lidelse, en lidelse under det å få sin troverdighet trukket i tvil (Eriksson, 1995, s. 22). Opplevelsen av ikke å være fullverdig menneske er lidelse i seg selv (Eriksson, 1995, s. 37 – 38).

2.2 Kreft

Betegnelsen *kreft* innebærer forstyrrelser i celledelingen, celledifferensieringen og vevsorganiseringen hvor den ondartede svulsten kan vokse raskt og ha evne til å infiltrere og ødelegge annet vev (Buanes, Ingvaldsen, Jacobsen, Kjeldsen & Røise, 2009, s. 23). Sykdommen kan ramme et helt organ, et organsystem eller hele organismen. Behandlingen har enten et kurativt eller palliativt siktemål (Lorentsen & Grov, 2010, s. 402).

2.3 Myelomatose

Myelomatose er en kreftsykdom hvor det forekommer ukontrollert vekst av plasmaceller i beinmargen som produserer et komplett immunglobulin eller deler av et immunglobulin (Meyer, 2011, s. 202). Immunglobulin er viktig for å hindre blant annet virusinfeksjon, som vannkopper. Immunglobulinene produserer antistoffet IgG som varer livet ut og gjør at sykdommen ikke man ikke får vannkopper igjen (Brubakk, 2011, s. 73-74). Cellene som produserer den store mengden immunglobuliner blir fortrent av kreftcellene. Årsaken til sykdommen er ukjent, men ioniserende stråling eller giftstoffer kan spille en rolle (Ørn, 2011, s. 202).

Det er få eller ingen symptomer i tidlig fase av sykdommen. Ofte er det høy senkningsreaksjon i tillegg til påvisning av antistoffer, produsert av plasmacellene, i blodet eller i urinen som fører til at diagnosen stilles. Skjelettsmerter eller ryggmerter er ofte de første symptomene, men det kan også forekomme anemisyntomer, hyppige infeksjoner og hyperkalsemi. Hyperkalsemi fører til at osteoblastene hemmes, osteoklastene stimuleres og resultatet blir beinmedbrytning. Røntgenundersøkelse av skjelettet blir gjort for å finne beinmedbrytning (osteolyser) pga plasma plasmacelletumorer. Nyreproblematikk er vanlig ved diagnostisering (Meyer, 2011, s. 202 – 203).

Myelomatose deles inn i symptomatisk og asymptomatisk. Det er kun pasienter med symptomatisk myelomatose som får behandling for primærsykdommen. Symptomatisk myelomatose fremtrer dersom den maligne plasmacellen forårsaker organskade. Formene for organskade som gir klar behandlingsindikasjon er anemi, hyperkalsemi, skjelettdestruksjoner eller en generell osteoporose og nyresvikt (Waage, 2014, s. 272).

Standard behandling for personer over 65 år er cytostatika, glukokortikoider og thalidomid, hvorav 50 % lever lenger enn tre år. Pasienten vil bli behandlet både for primær og sekundær sykdom. Strålebehandling brukes ved smertefulle manifestasjoner i skjelettet og ved ondartede svulster. Pasientene som har utviklet nyresvikt blir behandlet med hydrering og korrigerende av hyperkalsemi som oftest er til stede samtidig. Behandling av primærsykdom er viktig i slike tilfeller (Meyer, 2011, s. 203).

2.4 Reaksjoner på å få kreft

«Kreft er en underlig sykdom som kan ha alle slags former og størrelser, mer eller mindre ille. Kampen kan være lang, og den kan være kort. Nøkkelordet er kamp» (Utne, 2010, s. 244).

Å bli rammet av en alvorlig sykdom påvirker hele mennesket, både kroppslig, psykisk og eksistensielt (Finne-Grønn & Dagestad, 2010, s. 455). *Krise* omhandler den psykiske reaksjonen som mennesker opplever når personens tidligere erfaringer og innlærte reaksjoner ikke er tilstrekkelige for å finne løsninger på en vanskelig situasjon (Cullberg, 1999, s. 48–49; Utne, 2010, s. 88–89). En traumatisk krise er en forstyrrelse av det normale liv, og kan utløses av akutte dramatiske hendelser som livstruende sykdom. Personen gjennomgår da fasene sjokk, reaksjon, bearbeiding og nyorientering (Cullberg, 1999, s. 48 – 49). Sjokkfasen og reaksjonsfasen er en akutt del av krisen, og kan oppleves flere ganger i løpet av sykdomsprosessen (Myskja, 2005, s. 27).

Responsskifte inngår i nyorienteringsfasen hvor pasienten redefinerer hva som er viktig i livet. Disse endringene kan være emosjonelle, sosiale og åndelige, og kan påvirke pasient og pårørende (Utne, 2010, s. 247).

2.5 Håp

Håp kan bli sett på som en essensiell komponent av menneskelig utvikling (Turner & Stokes, 2006), og er spesielt viktig ved dødelig sykdom (Olsson, Östhus, Strand, Grassman & Friedrichsen, 2010). Håp er en indre kraftkilde, en styrke og energi, for mennesker til å gå videre i livet (Lorentsen, 2003). Denne kraften kan hjelpe mennesket til å tilpasse seg en situasjon som lidelse, og er dermed en effektiv mestringsstrategi for kreftdiagnostiserte (Lichwala, 2014). Håp har verdi for mestring av sykdom (Olsson, Östlund, Strand, Grassman & Friedrichsen, 2010).

Å ha håp er en essensiell komponent av menneskelig utvikling som er mulig gjennom utviklingen av tillit, samtidig som at det gir mening og verdi til livet (Turner & Stokes, 2006). Håp i palliativ pleie bygger på troen på bedre dager vil komme, og er en indre makt som transformerer nåtidens situasjon og gir bevegelse til ny oppmerksomhet og rikhet hos mennesket (Benzein, Norberg & Saveman, 2001). Håp er viktig for nydiagnostiserte kreftpasienter (Utne, 2010, s. 245). Håpet har tre innholdskomponenter. Disse er innholdsrikt, framtidrettet og positivt ladet. Håpet blir da en framtidorientering med positivt innhold (Lohne, 2010, s. 110). Man kan se håpet bli en beskyttende faktor, en motiverende styrke, med et indre ønske om å nå et mål (Utne, 2010, s. 245). Håpet for kreftpasienter hjelper med å takle stresset og usikkerheten rundt diagnosen (Duggleby, Ghosh, Cooper & Dwernychuk, 2013). Dufault og Martocchio (Utne, 2010, s. 245 - 247) beskriver håp som en flerdimensjonal dynamisk livskraft som karakteriseres ved tillit til fremtiden, men som samtidig kan

være usikker med hensyn til å oppnå et framtidig gode, som for den som håper, er realistisk mulig og personlig betydningsfullt.

1. Den affektive dimensjonen
2. Den kognitive dimensjonen
3. Den atferdsmessige dimensjonen
4. Fellesskapsdimensjonen
5. Tidsdimensjonen
6. Den kontekstuelle dimensjonen

2.4.1 Fravær av håp

Fravær av håp, en opplevelse av negative forventninger, kan beskrive begrepet håpløshet. Håp uttrykker muligheter, mens håpløsheten fokuserer på begrensninger og hjelpeløshet. I håpløsheten finner man summen av tomhet, tretthet, ensomhet og sårbarhet i tillegg til hjelpeløshet og oppgitthet (Lohne, 2010, s. 111). Håpløshet kan også sees på som en sorg, en byrde, som er tung og bære for pasienten (Busch og Hirsch (2008, s. 131). I lidelsen finnes sorgen og det å sørge. Sorg kan sees på som en form for lidelse.

Håpløshet gir en risiko for selvmord, depresjon og en lengsel etter hastet død (Duggleby et al., 2013, s. 662).

2.4.2 Kartlegging av håp (HHI)

HHI er en metode brukt for å kartlegge håpsnivå hos pasienter. Spørreskjemaet er basert på Dufault og Martocchios definisjon av håp, og man finner da 12 spørsmål med tre faktorer for håp: foreløpighet og framtid, positive tankegang og forventning, og sammenkoblingen mellom dem (Utne, 2010, s. 246).

2.6 Kommunikasjon / informasjon

Begrepet *kommunikasjon* betyr å gjøre noe sammen, delaktiggjøre en annen i, og å ha forbindelse med (Eide & Eide, 2013). Etter pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §3-2 og §3-5 har pasienten rett på informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innhold i helsetjenesten. Det innbefatter også mulig bivirkning og risiko. Informasjonen skal være tilpasset individuelle forutsetninger som alder, erfaring, og skal gis på hensynsfull måte. Helsepersonell skal sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av dette. Formålet med loven er å bidra til lik tilgang på tjenester av god kvalitet. Lovens bestemmelser skal fremme tillitsforholdet mellom pasient og

helse- og omsorgstjenesten samt fremme sosial trygghet og ivareta respekten for pasientens liv, integritet og menneskeverd (Pasient – og brukerrettighetsloven, 1999).

3.0 Metode

En metode defineres av Tranøy (Dalland, 2007, s. 81) som en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare. Metoden er med på å fortelle noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener at denne kan gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en godt faglig og interessant måte.

Oppgaven er utført med litteraturstudie som metode. Teorien og forskningsartiklene brukt i denne besvarelsen er funnet på bakgrunn av sin relevant til problemstillingen.

3.1. Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie tar utgangspunkt i å bruke litteratur som er undersøkt og skrevet av artikkelforfattere som bakgrunn for en studie eller for å beskrive kunnskap som finnes rundt et visst område. Området er ofte fra virkeligheten, også kalt empirisk (Forsberg & Wengström, 2013, s. 29 & Støren, 2013, s. 16). Materialet som brukes i litteraturstudien er kunnskapen som brukes allerede eksisterende. Dermed bruker man artikler ulike søkebasen for å sette lys på denne kunnskapen (Støren, 2013 s. 17).

Litteraturstudie brukes for systematisering av kunnskapen. Ved å systematisere kunnskap blir kunnskapen søkt etter, samlet inn, vurdert og sammenfattet, slik vil man skape en oversikt over den empiriske kunnskapen (Støren, 2013, s. 17). En tydelig fremstilt problemstilling skal besvares gjennom en kritisk gjennomgang av relevant litteratur (Forsberg & Wengström, 2013, s. 29).

I litteraturstudie skiller man mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Kvantitativ metode blir innsamlet informasjon omgjort til målbare enheter slik at man har muligheten til å utføre kalkulasjoner i gjennomsnitt og presenterer ut fra funnene. Slik kan man lettere se en sammenheng, forutsi og gi forklaringer. I kvalitativ metode siktes det mer på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2007, s. 82). På denne måten kommer man nærere individet, men graden av påvirkning er også større enn i en kvantitativ metode (Kjellström, 2013, s. 85). Begge metodene brukes til å bidra til bedre forståelse av samfunnet, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2007, s. 82).

3.2 Forskningsetikk

Etikk handler om normer for riktig og god livsførsel. Når man stilles overfor vanskelige avgjørelser i livet skal etikken gi oss veiledning og grunnlag for vurdering før vi handler. Forskningsetikk er et spesifikt område som har med planlegging, gjennomføring og rapportering å gjøre. Her spiller ivaretaking av personvern og sikring av troverdigheten av forskningsresultatene. I medisinsk forskningsetikk handler det om å unngå at forskningsdeltakerne (pasientene) blir påført skade eller unødvendige belastninger. Målet om den nye forskningen skal ikke skje på bekostning av pasientenes integritet og velferd (Dallan, 2012, s 95-96).

For å ivareta enkeltpersoners og samfunnets interesser innen forskning er det etablert flere forskningsetiske komiteer som har som oppgave å veilede og gi råd om forskningsetiske spørsmål ut fra etiske normer og verdier med bred aksept i samfunnet (Dalland, 2012, s. 98).

3.3 Framgangsmåte

I denne litteraturstudien har det blitt gjennomgått litteratur relevant for temaet. Pensum relevant til problemstillingen er brukt og nøye utvalgt. Deretter ble det gjennomgått flere søk gjennom databasene Cinahl, SveMed+ og PubMed. Kriteriene var en tidsramme på 10 år, og med kjente forfattere og tidsskrifter innen de relevante emnene. Ved hjelp av sjekklister fra Kunnskapssenteret.no ble ulike artikler innenfor emnet godkjent eller forkastet. Sjekklister var med på å skape en mer kritisk vurdering i henhold til artiklene. I litteraturen har det blitt fokusert på å finne primærkilden til utsagn og teori. Dette er blitt gjort for å foreta egen tolkning av litteraturen og unngå oversettelse og bearbeidelse av primærkildens perspektiv. Resultatet av dette ble at noe av litteraturen er eldre enn 10 år. På tross av dette vil denne litteraturen bli benyttet for å oppnå en reneest mulig teoridel.

Brukt de ulike temaene i håpsfostrings – forskningsartikler for å binde sammen med teori om myelomatose og pasientenes opplevelse av sykdomsbildet.

Vanskeligheten i artikkelsøk ble å finne artikler som var nært relevante til problemstillingen. Det fantes lite forskning på håp og myelomatose sammenslått.

I vedleggsdelen er det vedlagt eksempel på kritisk vurdering av artikkel 4.4. i resultatdelen.

3.4 Kildekritikk og søkehistorikk

Kildekritikk er metoder som blir brukt for å fastslå om en kilde er sann, og går ut på å vurdere å karakterisere de kildene som benyttes. Det er to sider ved kildekritikk. Den første handler om hjelp til å finne frem til den litteraturen som på best mulig måte belyser valgt problemstilling. Dette kalles kildesøk eller litteratursøk. Den andre handler om å gjøre rede for litteraturen som er anvendt i din oppgave (Dalland, 2007, s. 64).

Litteratursøket i denne oppgaven har blitt søkt via høyskolebibliotekets søkedata Bibsys. Søkeordene som har blitt brukt er: Håp, kreft, myelomatose, eldre med kreft og egenomsorg.

Artikkel	Søkeord (term)	Antall resultat	Avgrensning (limit)	Antall resultat	Avgrensning (limit)	Antall resultat
4.1.	Hope	10 134	And newly diagnosed	43	And psychosocial	25
4.2.	Hope fostering	90	And cancer	17	And elderly	1
4.3.	Multiple myaloma	2514	And patients experience	33	Not treatment	14
4.5.	Maintaining hope	208	And death	32	And cancer patients	16

Informasjonskompetanse er viktig når man skal arbeide med kilder. Man må da vurdere kilden man har funnet i forhold til kvalitet og relevans for arbeidet videre (Dalland, 2012, s. 63). Kildekritikk er de metodene som brukes for å finne ut om en kilde er sann, man vurderer og karakteriserer de kildene som benyttes. Skillet mellom vertifiserte opplysninger og spekulasjoner er viktig her. Ved å kjenne de ulike sentrale tidsskriftene som er viktige innen eget fagfelt er viktig for å kunne vite om troverdigheten (Dalland, 2012, s. 67 – 69).

3.5 Metodekritikk

Litteraturstudie er en god metode å bruke når man har et valgt tema med problemstilling. Studien er med på å belyse temaet fra ulike litteratur og ulike vinkler. Eneste ulempe kan være at man er så fokusert på en side av saken at viktige vinkler kanskje ikke blir vurdert på en ordentlig måte.

3.5.1 Vurdering av egen studie

I studien har litteraturen og forskningen som er brukt blitt nøye vurdert. Å vurdere egen studie kan være vanskelig ettersom man har et subjektivt syn på eget verk, men viktigheten av kritikk på objektivt plan er viktig. Ved hjelp av veiledning har studien fått et objektivt syn til vurdering i samsvar med egne tanker og meninger rundt innholdet.

4.0 Resultat

I dette kapittelet vil det bli presentert funn i form av forskningsartikler. Relevante og aktuelle elementer fra artiklene belyses og aktualiseres.

4.1 Duggleby, W., Ghosh, S., Cooper, D. & Dwernychuk, L. (2013)

Hope in Newly Diagnosed Cancer Patients

Hensikt: Undersøke forholdene mellom håp og ulike symptomer hos nylig diagnostiserte med kreft. 1. Forholdene mellom håp og intensitet av smerte, og energinivå. 2. Forholdene mellom håp og angst, depresjon og følelsen av å være overveldet. 3. Forholdet mellom håp og demokratiske variabler.

Metode: En kanadisk, kvantitativ artikkel studie som har brukt data fra 310 *New Patient Assessment Forms* fra polikliniske pasienter. Pasienter i alderen 18 år og oppover. Dataene ble tatt fra første halvår i 2009 og temaene som ble brukt var håp, energi, smerte, depresjon, angst, følelsen av å bli overveldet og demografiske variabler (alder og kjønn). Ved hjelp av en generalisert lineær modell ble dataene brukt til å studere forholdene med håps nivå. Håps nivå ble målt ved hjelp av HHI (se *Håp*, s. 5). Alle forholdene undersøktes hos eldre, onkologiske pasienter. Godkjent av etisk komite i Canada.

Resultat / funn: Håp scorer negativt relatert til alder. Onkologiske pasienter som var 65 år eller eldre hadde betydelig mindre håp enn dem under 65 år. Kjønn påvirket også håpet, hvor menn hadde mer håp enn kvinner. Det ble ikke funnet betydelig forholdet mellom total håps score og smerte rangering, heller ikke mellom håp og energinivå. Angst og følelsen av overveld var ikke tilknyttet håpet.

Konklusjon: Eldre er en stor del av pasienter med kreftdiagnose. Lavere håp var funnet hos den eldre gruppen enn hos pasienter i alderen 18 til 64 år.

4.2 Duggleby, W. & Wright, K. (2004)

Elderly palliative care patients` description of hope-fostering strategies

Hensikt: Å beskrive de ulike strategier for håpsfostring hos eldre pasienter med avansert kreftdiagnoser som mottok palliativ hjemmepleie.

Metode: Kanadisk, kvalitativ studie med tematisk design ble intervju brukt som datainnsamlingsmetode. Ved hjelp av HHI (se *Håp*, s. 5) ble alle deltakernes nivå av håp vurdert. To viktige punkter for valg av pasienter var; kvinne eller mann fra 65 og oppover, og med kreftdiagnose. Gjennomsnittsalder på deltakerne: 75 år. Intervjuene fant sted i hjemmet til pasientene med åpne spørsmål og oppfølgende spørsmål for å klarere egentlig mening rundt utsagn. Kjønnfordelingen var lik i studien. Artikkelen ble godkjent av institusjonell komite.

Resultat / funn: 1. Å etterlate seg en arv var viktig for håpsfølelsen fordi man følte at man hadde gjort en forskjell i andres liv. 2. Kortsiktige mål kunne gi en slags kontroll i en ukontrollerbar situasjon. 3. Ved å slå av tankegangen kunne pasientene på en måte kunne glemme litt hvilken situasjon de var i. Å fokusere på andre ting enn sykdommen. 4. Støtte fra familie og venner viktig i fostringen av håp. 5. Tro kunne gi pasienten håp om at Gud ville gi pasienten et godt liv også etter døden. I tillegg kom det frem ulike symboler på håp, hvordan positive tanker påvirket håpet, ærlig informasjon fra personalet og kontrollering av symptomer.

Konklusjon: Studien konkluderer med at selv om studien har sine svakheter deltar den i forståelsen av hvordan eldre palliative pasienter kan fostre håp på. Studien får frem flere resultater relevant til håpsfostringen, men forfatterne mener det trengs mer forskning på området. Ved å utvikle effektive måter å fostre håp på dette assistere helsepersonell og pårørende til å hjelpe pasienten til å leve med håpet og dø med verdighet, fred og behagelig.

4.3 Kelly, M. & Dowling, M. (2011)

Patients' lived experience of myeloma

Hensikt: Utforske hvordan pasienter som lever med å få diagnosen myelom. Slik kan man bidra til at hematolog- og onkologiske sykepleiere har en bedre innsikt i pleien som er nødvendig til denne pasientgruppen.

Metode: En kvalitativ forskningsartikkel hvor intervjuene fra 11 utvalgte pasienter med diagnosen myelom har blitt analysert. Diagnostiseringstidspunkt for pasientene var mellom 1 ½ og 4 år tidligere. Syv menn og fire kvinner deltok i intervjuet, og gjennomsnittsalderen på pasientgruppen var 63 år. Erfaren, hematologisk sykepleier var til stede under hver gjennomgang av materialet for å sikre troverdighet i funnene. Ettersom noen hadde gått bort og andre var for dårlige til å lese gjennom fikk ikke alle pasientene muligheten til å lese gjennom artikkelen i ettertid. Godkjent av etisk komite.

Resultat / funn: Alle deltakerne følte på både fysisk og psykisk forandring. Å leve med en ukjent sykdom var for mange av deltakerne en byrde, og kreft var blant omgivelsene et stigma. Følelsen av tap var stor blant pasientgruppen. Dette kunne være å miste seg selv, identitet, verdi og vennskap. Pasientene påpekte et negativt syn på selvet noe som konstant påminnet dem sykdommen. Å snakke med andre pasienter i samme situasjon kunne være en trigger for usikkerhet samtidig som det kunne gi en støtte. Travle sykepleiere og leger var et minus.

Konklusjon: Studien tar for seg fysiske, emosjonelle og psykososiale forandringer som blir erfart av pasienter med myelom. Selv om flere utdrag fra resultatet kan sammenlignes med pasienter fra andre kreftdiagnoser er myelom en ukjent diagnose i seg selv. Dette fører til at utenforstående personer ikke vet hvilke konsekvenser sykdommen har og greier ikke å sette seg inn i situasjonen. Viktigheten av at pasienten får snakket ut om frykt, bekymring og erfaring rundt den ukjente sykdommen sammen med helsepersonell kommer sterkt frem i konklusjonen.

4.4 Lorentsen, V. B. (2003)

Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp?

Hensikt: Å se og forstå og beskrive hvordan sykepleiernes livsverden og hvordan sykepleieren mente at de kunne styrke pasientens håp.

Metode: Kvalitativt forskningsintervju hvor to sykepleiere på sykehusavdeling hvor palliativ behandling av svært syke kreftpasienter ble praktisert ble spurt om hva de mente kunne styrke pasientens håp. Semistrukturert intervjuguide ble brukt med åpne spørsmål. Under hele intervjuet ble det brutt av og sjekket at intervjueren forstod informantene riktig. Ulempen med artikkelen er at det kun er to sykepleiere som har blitt intervjuet. Dette kan gjøre at spekteret av kompetanse og meninger ikke blir like vidt som ønskelig.

Resultat / funn: Det å øke sykepleierens bevissthet om hvilken kraftkilde som ligger i ordet «håp» er vesentlig for at det blir lagt til rette for dette i institusjoner. Gode øyeblikk kan gi pasienten håp til å ønske å fortsette å leve og å kjempe mot sykdommen. Det at sykepleieren er til stede for pasienten både fysisk og psykisk kan gi pasienten følelsen av verdi og kan dermed være til hjelp ut av håpløsheten. Det å fullføre mål og vise respekt blir påpekt i resultatene.

Konklusjon: I studien kom det frem at det var «små ting» som hadde stor betydning for håpet. Det var ikke alltid viktig si noe, men heller å lytte til lidelsen. Det handlet ikke om å stille pasienten, men måten det ble gjort på. Det blir stilt spørsmål om det er dårlig tid og rom som gjør at man ikke har tid til å lytte i en travel hverdag eller om personalet ikke har nok kompetanse rundt faget.

4.5 Olson, L., Östlund, G., Strand, P., Grassman, E.J. & Friedrichsen, M. (2010)

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

Hensikt: Å undersøke hvordan ulike pasienter håndterer håp og med dette sette lys på hva palliative pasienter benytter for å opprettholde håpet i en dårlig framtidsrettet situasjon.

Metode: Kvalitativ studie basert på intervjuer og dagbøker fra 11 palliative pasienter. Godkjent av etisk komite.

Resultat / funn: Pasientene fokuserte på to hovedprosesser; å opprettholde livet og forberede seg på døden. Ved å opprettholde livet menes at de gav mening til livet og kommuniserte med andre om livet og døden. Å forberede seg på døden ble ofte gjort ved å ta ansvar for framtiden og muligheten for et liv etter døden.

Konklusjon:

I denne oppgaven kan artikkelen brukes til å sette lys på andre sider enn andre artikler av samme art, eller for å stadfeste argumenter fra andre. I tillegg kan oppgaven gi et godt innblikk i hva man som sykepleier kan være observante i arbeidet med palliative og syke pasienter for å opprettholde håpsfølelsen. Artikkelen har brukt pasienter som har vært nær døden, noe som kan være med på å gi oppgaven ett innblikk også fra siste fase av livet.

4.6 Zamanzadeh, V., Rassouli, M., Abbaszadeh, A., Nikanfar, A., Alavi-Majd, H. & Ghahramanian, A.

Factors influence Communication Between the patients with cancer and their nurses in oncology wards

Hensikt: Hensikten med studien er å demonstrere faktorer som har innflytelse på sykepleier – pasient kommunikasjon i kreftsykepleie.

Metode: Iransk, kvalitativ forskningsmetode. Dataene brukt i analysen har blitt samlet ved hjelp av semi-strukturerte intervjuer av ni kreftpasienter, tre pårørende og fem sykepleiere. Funnene ble senere lest av deltakerne og gjennomgått ekstern kontroll.

Resultat / funn: Hovedtemaet for artikkelen ble en oversikt over tre – faktor effekter som demonstrer alle faktorene påvist i studien. Pasienten som senter for kommunikasjon, sykepleieren som menneskelig faktor, og organiserings strukturer.

Konklusjon: For å kommunisere med kreftpasienter effektivt er endringer i filosofi og pleiekulturen i omgivelsene viktige. Forfatterne mener at sykepleierne trenger ordentlig opplæring som møter deres behov og fokuserer på helhetlig og pasientsentrert tilnærming.

5.0 Drøfting

Hvordan kan man bevare håp hos pasienter med nyoppdaget myelomatose?

Konsekvensene ved en kreftdiagnose er både fysiske og psykiske (Nome, 2010, s. 367), og mange tenker på knuste framtidsplaner, lidelse, smerte og død i møte med en slik diagnose (Lorentsen & Grov, 2010, s. 405). Pasienter med myelomatose kan på mange måter sammenlignes med andre pasienter med uhelbredelig kreft. På psykososialt nivå vil felles for dem være at de får en usikkerhet rundt framtiden noe som kan påvirke håpsfølelsen betraktelig. Duggleby og Wright (2004) mener at helsepersonell er gode støttespillere for fostring av håp.

5.1 Den vanskelige samtalen

Å få en nyhet som truer livet og framtiden dramatisk kan gjøre pasienten motløs. Lorentsen (2003) viser til viktigheten av nærvær i møte med disse pasientene. I praksis har jeg sett ulike reaksjoner, blant pasienter, på en nyhet som livstruende sykdom. Noen, ofte eldre, slutter seg raskt til nyheten og ønsker å sette seg inn i fremtidsbildet, mens andre fornekte det hele og reagerer med sinne. Cullberg (1999, s. 48) bekrefter hvordan mennesker reagerer ulikt i sjokkfasen ved uventede, dramatiske begivenheter. Han påpeker likevel at pasienten, til tross for en ytre ro, kan være berørt av indre kaos. Noen pasienter beskriver tiden i/etter samtalen som en «utenfor seg selv» - situasjon hvor viktige informasjon og spørsmål ikke får tid til å prosesseres (Cullberg, 1999, s. 48). Dette kan være grunnet *utblokking* (Evensen, 2014, s. 411). Pasienten i sjokkfasen kan ha problemer med å ta inn inntrykk og holder virkeligheten fra seg, noe som kan føre til at viktig informasjon uteblir (Cullberg, 2007, s. 130). Med dette vil det være viktig for sykepleieren i etterkant av samtale, hvor diagnosen fremlegges, forsikrer seg om at pasienten har fått med seg viktige detaljer. Å få myelomatose som har dårlig framtidsprogno vil kunne føre til at pasientens håp svekkes betraktelig i møte med diagnosen. Dersom sykepleieren viser emosjonell støtte, lytter og responderer på spørsmål og bekymringer kan pasienten oppleve økt håpsfølelse (Lichwala, 2014). Eriksson (1995, s. 46) påpeker hvordan man da gir pasienten trøst, en forsikring om at noen ser lidelsen pasienten opplever, og kan komme vedkommende i møte. Måten sykepleieren henvender seg til pasienten kan være med på å bekrefte pasientens verdi (Lorentsen, 2003).

Mange som har arbeidet i helsetjenesten, har kjent på følelsen av å være usikker i en situasjon. Å møte livstruende syke pasienter kan gi en usikkerhet rundt hvordan man selv skal være mot den lidende, kanskje mer enn i vanlige pleiesituasjoner. Zahamanzadeh et al. (2014) viser til at sykepleieren ofte, i stedet for å møte pasientens åpenhet og sårbarhet rundt sykdommen, heller velger å «rømme» fra

situasjonen ved å fokusere på den konkrete pleien og å endre samtaleemne. Kelly og Dowling (2011) påpeker at pasienter ofte føler at sykepleiere og leger ikke har tid til pasientenes eksistensielle og åndelige behov. Dette kan resultere i at pasienten holder tilbake viktige problemer og spørsmål. Å reflektere over egen non- verbal kommunikasjon vil kunne bidra til at pasienten føler at sykepleieren har tid til å lytte. Det kan være lett, fra sykepleierens side, å skylde på tid for å dekke over egen usikkerhet. Noe pasienten merker i en slik sårbar situasjon. Eriksson (1995, s. 46) mener at man ved å ikke bekrefte, overse eller bortforklare lidelsen fører pasienten lenger inn i lidelsen. Igjen viser Lichwalas (2014) betydningen av å lytte for å bidra til økt håpsfølelse.

Pasienter i alderen 65 år og oppover har betydelig lavere nivå av håp enn yngre pasienter (Duggleby et al., 2013). Samtidig ser man at kreftpasienter har høyere nivå av håp enn normalbefolkningen (Utne, 2010, s. 246). Duggleby et al. (2013) ser sammenheng mellom eldre pasienters livserfaring og en følelse av at de nærmer seg døden, på bakgrunn av alder og ikke bare sykdommen. Funnet stemmer overens med Dufault og Martocchios (Utne, 2010, s. 245) tidsdimensjon for håp, hvor tidligere erfaringer representerer fortiden mens dagens tilstand påvirker framtiden. Med dette menes at eldre pasienters tidligere livserfaringer kan gi en kognitiv revurdering av situasjonen (Duggleby et al., 2013). Den eldre pasienten kan med dette ha et bedre utgangspunkt for å takle sykdoms- og fremtidsbildet enn den yngre pasientgruppen, men det er likevel viktig å se den enkelte pasienten og tilrettelegge for dens behov og ønsker.

Det man ikke ønsker er å ta fra pasienten håpet i møte med diagnosen, men derimot styrke det (Evensen, 2014, s. 411). Evensen (2014, s. 411) mener at viktigheten ligger i å støtte opp håpet samtidig som man ikke gir falske forhåpninger. Duggleby og Wright (2004) bekrefter at kreftpasienter setter pris på ærlig informasjon om sykdommen og at uærlig informasjon ble sett på et tillitsbrudd mellom helsepersonell og pasient. Evensen (2014, s. 411) påpeker derimot at mengden av informasjon bør variere fra pasient til pasient. Symptomene ved myelomatose kan være skremmende for pasienten, og Evensens påstand om detaljer kan være en god påstand å reflektere over i møte den nydiagnostiserte pasienten. Likevel mener Evensen (2014, s. 411) at det kun er sannheten som duger i det lange løp til tross for at det kan være tøft for pasient og pårørende. Det vil derfor være viktig å kjenne til pasientens ønsker for ikke å motvirke pasientens håp.

Det å bevare pasientens håp i et informativt syn kan være vanskelig. På en side kan det å gi utilstrekkelig informasjon føre til mistillit mellom pasient og helsepersonell, og pasienten kan føle seg krenket og ikke inkludert i egen sykdom. På den andre siden kan for mye informasjon kunne føre til et

negativt syn på framtiden enn nødvendig. Med begge eksemplene kan pasienten gå lenger inn i lidelsen uten å se hvordan den kan forandre mennesket positivt og gi livet, og lidelsen mening.

5.3 Håp i møte med døden

Kelly og Dowling (2011), og Duggleby et al. (2013) viser til at pasientene med ektefeller har høyere håpsnivå enn enslige. Å forberede seg på døden selv om det var en vanskelig situasjon, var et viktig fokus for å bevare håpet for informantene i Olsson et al. (2010). Forberedelsen kan foregripes ved ulike tilnærminger, som å snakke og planlegge med familien om framtiden. Dette kan gi følelsen av å ta ansvar for familiens framtid, og stimulere til økt håpsfølelse. Å bruke familie og venner som håpsfostring påvises i flere av artiklene (Duggleby og Wright, 2004;). Likevel påpeker Kelly og Dowling (2011) vanskeligheter rundt å ha en *ukjent* sykdom. Olsson et al. (2013) ser på sin side at mangel på åpen kommunikasjon kan gi pasienten følelsen av å bære på byrden og døden alene noe som påvirker håpet. Det vil være viktig at sykepleieren er observant på om pasienten har en god tilnærming til sykdommen og døden, og ikke føler seg alene. Dersom dette blir tilfellet kan sykepleieren tilrettelegge til en bedre relasjon mellom sykepleier og pasient. Slik kan man forhindre at det utvikles et konfliktforhold mellom pasient og pårørende. Dette spesielt for å gi pasienten den åpenheten rundt døden som er ønskelig. Fra praksis er det også kjent at pasienter med samme sykdomsbilde kan ha fordel av å dele rom i institusjoner. Kelly og Dowling (2011) påpeker viktigheten av å snakke om sykdommen. Olsson et al. (2010) viser til fordel av at pasienten får sette ord på ny erfaring og følelser for å oppleve nytt perspektiv på situasjonen og pasienten selv. Samtidig kan det å se andres sykdomsforløp svekke håpet til pasienten. Her menes at pasientens ønsker og behov må prioriteres.

Man kan se et eksempel på hvordan pasientens ønsker må respekteres for ikke å krenke pasienten. De fleste som har arbeidet i helsevesenet har opplevd noen pårørende som viser mer iver og interesse i sykdommen og døden enn pasienten selv. Ifølge Olsson et al. (2010) kan det å bli «tvunget» til å snakke om døden uten og selv ønske det kunne redusere håp, tro og tillit. Det kan tenkes at pasienten da krenkes i en sårbar situasjon, da krenkelse ifølge Lillestø (2010, s. 464) kan være ubehagelige psykisk smerte. Eriksson (1995, s. 70) støtter under påstanden ved at krenkelsen kan være å ikke «se» mennesket og gi det den plassen det trenger. Det å ikke bli hørt og sett i en sårbar situasjon kan være med på at pasienten føler seg ensom i egen sykdom. Ved å føle seg forlatt kan pasienten få følelsen av håpløshet og fortvilelse. I fortvilelse kan ikke pasienten skape nytt liv, ny gnist til å kjempe (Eriksson, 1995, s. 46). Viktigheten av sykepleieres nærvær vil da være viktig for at pasienten ikke skal miste alt håp og føle seg forlatt i egen lidelse. Pårørende er som regel en stor ressurs for pasienten, men i

eksempelet kan man se hvordan pårørende tar på seg lidelsen med ønske om å fjerne lidelsen fra pasienten. Slik isolering gjøres ikke bevisst av pårørende, men mest sannsynlig fordi pårørende selv ikke takler situasjonen de har havnet i.

Ifølge Eriksson (1995, s. 63) er kjærligheten grunnkraften som er nødvendig for å lindre lidelsen. Sykepleier må, om mulig, legge til rette for at pasient og pårørendes forhold styrkes og ikke svekkes i møte med myelomatose. Eksempel på dette kan være at sykepleieren blir den som pasienten prater med om sykdommen, mens andre tema blir det pratet med pårørende om.

Den kjente bibelske teksten fra Korinterne 13 lyder som følgende: *Så blir de stående disse tre; tro, håp og kjærlighet, men størst blant dem er kjærligheten.*

Fra erfaring har det blitt sett at både troende og ikke- troende pasienter vender seg til Gud og spør «hvorfors?». De leter etter en årsak til lidelsen de har blitt påført og vender seg til Gud for svar både på positivt og negativt vis. Erfaringen kan bekreftes av Eriksson (1995, s. 64) som mener at mennesket har en holdning som viser til tanken om at mennesket selv ikke kan gjøre noe. Eriksson (1995, s. 30) mener at troen representerer en egen kilde som kan medføre tiltro til seg selv, troen på livet og en tro som gir livet helhetlig mening. Likedan viser Duggleby og Wright (2004) til pasientutsagn om at håpet var en gave fra Gud, og at de fleste i undersøkelsen stolte på at Gud tok vare på dem og skulle ta bort lidelsen. Som sykepleier treffer man pasienter med ulike religioner og ulike livssyn. Dermed kan man se hvordan tro i religiøs sammenheng kan være en god håpsfaktor for de pasienter som allerede er troende. Fellesskapsdimensjonen i håpet viser til at sosial tilhørighet, nærhet til andre som eks. Gud kan være med å styrke håpet (Utne, 2010, s. 245). Troende kan også ha en annen holdning til livet og døden enn ikke- troende, noe som igjen påvirker hvordan de handler i ulike situasjoner (Utne, 2010, s. 245).

«I think without God I don't have any hope at all. He certainly does provide a spot, or a garden for our thoughts» (Duggleby & Wright, 2004, s. 357).

Tro kan også handle om mer enn religion. Olsson et al. (2010) hevder at pasienter kan ha tro på en bedre framtid, og verdifull død. Denne troen kan gi pasienten en mening med livet, og slik bevare håpet. Dette viser hvor viktig det er at sykepleieren legger til rette for at ser lyst på framtiden. Ettersom mange pasienter kan leve lenge med sykdommen på tross av dårlig prognose kan dette endre synet pasienten har fått i etterkant av samtale med lege. Man kan se at dette kan endre pasientens syn på framtiden og igjen styrke håpet til tross for sykdommen. I samtale med pasienten er det derfor

viktig å skape håp (Evensen, 2014, s. 411). Å tro på et liv etter døden kan påvirke håpet betraktelig ettersom det har et positivt innhold om fremtiden (Duggleby et al., 2014; Olsson et al., 2010).

5.4 Bruk av håp som fokusendring

Dersom man i lidenskapen finner en skapende kraft og hengir seg til denne kraften kan man kanskje glemme lidelsen og gjøre den utholdelig en stund (Eriksson, 1995, s. 16-17). Ved å bruke positive tanker kan man fokusere på håpet på nytt (Duggleby & Wright, 2004).

Humor kan være en viktig faktor for å komme seg gjennom ukontrollerte symptomer og usikkerheten rundt fremtiden. Det å slippe det varige fokuset på negative aspekter (Duggleby & Wright, 2004) bekreftes av Eriksson (1995, s. 63) som mener at å le mens hjertet gråter, samtidig som man vet at det finnes en kjærlig favn, bekrefter mennesket og gir det mot til å kjempe.

Ifølge Lorentsen (2003) er urealistisk håp en nødvendighet for mestring av uhelbredelig kreft. Urealistisk håp blir da en avlastning for psyken, veksler mellom drøm og virkelighet. Selv om sjansen for helbredelse er liten hos pasienter med myelomatose, ønsker pasienter med uhelbredelig kreft å håpe på muligheten for mirakler (Lorentsen & Grov, 2010, s. 414; Travelbee, 1999, s. 117). Lorentsen (2004) viser til hvordan urealistisk håp er nødvendig for at pasientene skal kunne mestre situasjonen ved uhelbredelig kreft. Duggleby og Wright (2004) beskriver hvordan hverdagslige aktiviteter kan være med på å ta bort det konstante fokuset på det negative i hverdagen og på pasienten selv. Lorentsen (2003) på sin side identifiserer *drømmer*, hvor pasienten kan oppleve mestring av livet og bevare håpet. Drømmene bringer frem gode opplevelser og blir en positiv innvirkning på livet, noe som er nødvendig for å *håpe*. Myskja (2009, s. 21) mener at dersom mennesket fortrenger situasjonen og helsepersonellet fungerer som sannhetsettergivere kan dette føre til mistillit og såre følelser hos pasienten. Pasienten trenger, særlig i første fasen etter diagnosen, tid til å ta situasjonen inn over seg.

På den annen side viser Eriksson (1995, s. 27) til at mennesket kan forsøke å lindre sin lidelse mer kortsiktig ved behovstilfredsstillhet, men at mennesket likevel vil føle en økende uro. Uroen vil før eller siden drive pasienten fra «å være i lidelsen», til «å vorde i lidelse», altså kampen mellom håpet og håpløsheten. Man ser at Lorentsen (2003) ser på situasjonen annerledes enn Eriksson ved å påstå at sykepleieren bør ta utgangspunkt i pasientens verden, selv om den består av urealistiske drømmer, og at pasienten kan miste håpet dersom sykepleierne ikke følger opp og bekrefter pasientens verden.

Her kan det tenkes at både Lorentsen og Erikssons teorier kan flettes sammen. Det vil være viktig å støtte pasientens drømmer slik at pasientens hverdag ikke kun er fokusert på det negative, og fører til motløshet. Likevel skal man også være bevisst på at pasienten ikke kan finne mening med lidelsen uten å kjempe seg gjennom den. Dette underbygger tidligere utsagn om at håpsrettet kommunikasjon, hvor håpet om framtiden holder pasienten oppe, ikke bare urealistisk håp. Dette kan også være tryggere mer fastsettende håp enn midlertidig.

5.5 Kontroll i hverdagen

Myelomatose har ulike symptomer og påvirker pasienter ulikt. Eriksson (1995, s. 66 – 67) mener at mennesker med sterk fysisk lidelse vil rette oppmerksomheten og fokuset om denne. I en ukontrollerbar hverdag kan følelsen av kontroll være med på å bevare håpsfølelsen og følelsen av oppnåelse av mål (Duggleby & Wright, 2004).

Det å ha ukontrollerte symptomer kan ifølge Duggleby og Wright (2004) føre til at pasienten opplever å miste kontrollen over hverdagen og kan gi økt usikkerhet rundt framtiden. Tariman, Doorenbos, Schepp, Signhal & Berry (2014) viser til at 95 % av pasienter med myelomatose ønsker å ha medvirkning i behandlingen de får, og at dette er med på å gi dem en følelse av kontroll. Et vanlig symptom som ofte forverres over tid for pasienter med myelomatose er smerte. Å vite at man i framtiden kan utvikle sterke smerter kan for mange være skremmende. Eriksson (1995, s. 66 – 67) mener at dersom man greier å kontrollere symptomene som påvirker pasientens liv kan man redusere sykdomslidelsen og styrke tanken om en god framtid til tross for symptomer. Dufault og Martocchios (Utne, 2010, s. 245) affektive dimensjon i håpet støtter opp under dette, og fastslår hvordan følelsen av optimisme og å se lyset i tunellen er viktig. I tillegg handler her tidsdimensjonen inn, hvor tidligere og nåværende tilstander påvirker framtiden (Utne, 2010, s. 246). Eksempel på dette kan være at god smertelindring i tidlig fase av sykdommen kan styrke håpet om god smertelindring også i framtiden. Lorentsen (2003) bekrefter påstanden og mener at opplevelsen av å oppnå mål kan gi følelse av glede og håp.

Til tross for at både Duggleby og Wright (2004) , og Eriksson (1995, s. 66 – 67) mener at fysisk smerte kan påvirke både håpet, har Duggleby et al. (2013) funnet liten kobling mellom håp og smerteintensitet. Sammenhengen kan være det ikke er smerten i seg selv som påvirker håpet, men derimot muligheten for smerte i framtiden.

«Håp er å beholde så mye kontroll som mulig» (Lorentsen, 2003).

5.6 Utvikling

Grunnen til at kreftpasienter har høyere nivå av håp enn normalbefolkningen ser ut til å være forandringene som skjer i personens liv ved en kreftdiagnose som er med på å gi en redefinering av hva som er viktig i livet. Ifølge Eriksson (1995, s. 52) modnes mennesket til en større helhet, livsvisdom og harmoni gjennom lidelse og kjærlighet. Lidenskapen gir lidelsen mening (Eriksson, 1995, s. 16-17). Menneskets utvikling kan være emosjonell, sosial og åndelig, og kan påvirke pasienten selv og de pårørende (Utne, 2010, s. 247). Kallenberg (sitert i Eriksson, 1995, s. 18) mener at lidelsen ikke selv har noen mening, men at den kan være et viktig ledd i personlig utvikling. Den kontekstuelle dimensjonen i håpsdefinisjonen viser til hvordan den totale livssituasjonen påvirker og er en del av den enkeltes håp, og hvordan håpet påvirkes av omgivelsene (Utne, 2010, s. 246). Resultatet av dette responskiftet kan være utvikling av et høyere nivå håp fordi pasienten blir mer opptatt av håpet ved sykdom enn da vedkommende var frisk.

Dette bekreftes av Erikssons (1995, s. 30) mening om at tro, håp og kjærlighet har sitt utspring i mennesket livet gjennom, og at man gjennom disse begrepene kan gi mennesket muligheten til å modnes og vokse som menneske.

6.0 Konklusjon

Det finnes lite forskning på håp og myelomatose sammensatt. Dette viser viktigheten av at sykepleier er observant på nettopp denne problemstillingen. Hovedresultatet i studien er at pasienten ikke skal føle seg forlatt og alene i egen lidelse, og at sykepleieren tørr å møte pasienten med åpenhet. Det kan være vanskelig å komme med konkrete måter å fostre håp hos pasienter med nydiagnostisert myelomatose. Mye av kunnskapen og kompetansen rundt temaet er ikke koblet til diagnosen selv, men ulike artikler og litteratur rundt annen forskning og generell kreftomsorg. Å møte pasienter med myelomatose vil sykepleiers holdning og bekrefting av pasienten være viktig. Dette kan være med på å bevare håpsfølelsen, og observering av pasientens håpsbilde vil være viktig.

Når man ser på de faktorene som kan påvirke pasientens håp kan man som sykepleier være med på å støtte opp disse. Vanskeligheten rundt begrepet *håp* er at hver pasient kan oppleve sykdommen og framtiden ulikt. Man må derfor tilpasse kommunikasjon, informasjon på en pasientsentrert måte, og på denne måten bidra til å bevare pasientens håp i lidelsen.

Som Albert Einstein sa: Lær av i går, lev for i dag, håp for i morgen.

Referanseliste

Benzein, E., Norberg, A. & Saveman, B.I. (2001). The meaning of the lived experience of hope in patients with cancer in palliative home care. *Palliative care* 15(2), 117 – 126. Hentet fra: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7bf4233e-4a51-4f8b-bdec-f78c93725315%40sessionmgr110&vid=5&hid=106>

Brubakk, O. (2011). Infeksjoner. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (red.), *Sykdom og behandling* (Utg. 1, s. 69 – 89). Oslo: Gyldendal.

Busch, C. J. & Hirsch, A. (2008). Eksistensiell og åndelig omsorg. I S. Kaasa (red.), *Palliasjon – Nordisk lærebok* (Utg. 2, s. 115 – 141). Oslo: Gyldendal.

Cullberg, J. (1999). *Dynamisk psykiatri*. Oslo: Tano Aschehoug.

Cullberg, J. (2007). *Mennesker i krise og utvikling*. Valdres: Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal.

Duggleby, W. & Wright, K. (2004). Elderly palliative care patients` description of hope-fostering strategies. *International Journal Of Palliative Nursing*, 10(7), 352 – 359. Hentet fra: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7bf4233e-4a51-4f8b-bdec-f78c93725315%40sessionmgr110&vid=8&hid=106>

Duggleby, W., Ghosh, S., Cooper, D. & Dwernychuk, L. (2013). Hope in newly diagnosed cancer patients. *Journal Of Pain & Symptom Management*, 46 (5), 661 – 670. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2012.12.004

Eide, H., & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal.

Eriksson, K. (1995). *Det lidende menneske*. Oslo: Tano AS.

Evensen, S.A. (2014). Kommunikasjonen med den kreftsyke pasienten. I F. Wisløff, T. Gedde- Dahl, G.E. Tjønnfjord & H. Holte (red.), *Blodsykdommer* (Utg., 7, s. 407 – 414). Oslo: Gyldendal.

Finne- Grønn, L. & Dagestad, A.W. (2010). Sykepleie ved blodsykdommer. I H. Almås, D.G. Stubberud & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie 2* (Utg., 4, s. 455 – 473). Oslo: Gyldendal.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

Gedde- Dahl, T. (2010, 21. september). *Myelomatose*. Hentet fra: <http://oncolex.no/no/Myelomatose.aspx>

Kjellström, S. (2013). Forskningsetik. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod* (Utg. 1, s. 69 – 90). Polen: Studentlitteratur.

Kristoffersen, N.J. & Nortvedt, F. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie – Bind 1* (Utg., 2, s. 207 - 270). Oslo: Gyldendal.

Kunnskapssenteret.no. (2014, 4. oktober). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 29. januar 2015 fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Lichwala, R. (2014). Fostering Hope in the Patient With Cancer. *Clinical Journal Of Oncology Nursing* 18, no. 3:267 - 269. doi: 10.1188/14.CJON.267-269

Lillestø, B. (2010). Krenkende omsorg. I U. Knutstad (red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie – sykepleieboken 2* (Utg. 3, s. 451 – 480). Oslo: Akribes.

Lobban, L. & Perkins, S. (2013). Role of the specialist nurse in caring for patients with myeloma. *Nursing Standard*, 28(5), 37 - 41. Hentet fra:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7bf4233e-4a51-4f8b-bdec-f78c93725315%40sessionmgr110&vid=13&hid=106>

Lohne, V. (2010). Håp og håpløshet. I U. Knutstad (red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie – sykepleieboken 2* (Utg. 3, s. 108 – 123). Oslo: Akribe.

Lorentsen, V. B. & Grov, E.K. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås, D.G. Stubberud & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie 2* (Utg. 4, s. 401 – 431). Oslo: Gyldendal.

Lorentsen, V.B. (2003). Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp? *Sykepleien*, 91 (21), 38 – 41. doi: 10.4220/sykepleiens.2003.0067

Meyer, P. (2011). Blodsykdommer og sykdommer i lymfoide organer. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (red.), *Sykdom og behandling* (Utg. 1, s. 197 – 206). Oslo: Gyldendal.

Olsson, L., Östlund, G., Grassman, E., Friedrichsen, M. & Strang, P. (2010). Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative home care. *International Journal Of Palliative Nursing*, 16(12), 607 – 612. Hentet fra: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7bf4233e-4a51-4f8b-bdec-f78c93725315%40sessionmgr110&vid=17&hid=106>

Overgaard, A.E. (2003). *Åndelig omsorg – en lærebog*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63*. Hentet 29. januar 2015 fra: <http://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Myskja, A. (2005). *Leve med kreft – hvordan styrke håp og livsmot*. Oslo: Cappelen.

Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk viledning i å skrive litteraturstudie*. Oslo: Cappelen Damm.

Tariman, J.D., Doorenbos, A., Schepp, K.G., Signhal, S. & Berry, D.L. (2014). Older adults newly diagnosed with symptomatic myeloma and treatment decision making, *Oncology Nursing Forum*, 41 (4), 411 – 419. doi: 10.1188/14.ONF.411-419

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal.

Turner, 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. (2010). Pasienters opplevelser og reaksjoner på å få kreft. I U. Knutstad (red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie – Sykepleierboken 2* (Utg., 3, s. 244 – 263). Oslo: Akribe.

Waage, A. (2014). Myelomatose, MGUS, Morbus Walderström og amyloidose. I F. Wisløff, T. Gedde-Dahl, G.E. Tjønnfjord & H. Holte (red.), *Blodsykdommer* (7. utg., s. 263 – 288). Oslo: Gyldendal.

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk
"Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp?"

- Lorentsen, V.B. (2003)

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell

Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i min praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

INNLEDENDE SPØRSMÅL

<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det oppgitt en problemstilling for studien? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p> <p>TIPS:</p> <p>I 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <p>TIPS:</p> <p>Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er metoden som ble valgt god for å belyse 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>

Kommentar:
 Det står mye om dette i metodedelene og egen utvalg del.

Kommentar:
 To sykepleiere som har fem og tre års erfaring på krettsavdeling. Det blir ikke sagt noe om hvorfor nettopp disse er utvalgt. Kjønn blir tolket som begge kandidatene er kvinner. Alder er ikke nevnt.

Kommentar:
 Metoden er bra for å fremstille og belyse problemstillingen

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? 	<p>Innsamlingen av data skjedde med hjelp av intervju med opptak. Semistrukturert intervju.</p>
--	---

<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p>TIPS: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? Er motstridende data tatt med i analysen? Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Analysenivåene er beskrevet godt i metode delen. Fortolkninger er beskrevet. Motstridende data er ikke tatt med, unntaksvis at det kan er to deltakere. Det er god sammenheng mellom ^{de} innsamlede data.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="radio"/>		<input type="radio"/>					
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p>TIPS: Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Konteksten av datainnsamling er noe gjennomgått, men det er lite rede for forskers teoretiske ståsted og faglige bakgrunn.</p>	Ja	Uklart	Nei		<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p>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 å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Noen av temaene inneholder underbygging fra annen litteratur og andre forsknings artikler. Likevel finnes det lite underbygging</p>	Ja	Uklart	Nei	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>					

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? 	<p>sammenlignet med andre artikler</p>		
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
	<p>Kommentar: Studien er forklart for deltakerne.</p>		

HVA ER RESULTATENE?

<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan du oppsummere hovedfunnene? Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
	<p>Kommentar: Oppsummert har kommunikasjon og et verdighåndslag mye å si for nåpsfølgen.</p>		

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p>TIPS: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? 	<p>Kommentar: ^{sted} Funnene ^{er} ikke helt til forventningene. Likevel er det momenter som kan brukes godt i litteraturstudier. Man kan bruke funnene til videre utvikling av egenforståelse rundt pasientomsorg. I tillegg kan det øke forståelsen for hvordan mennesker har det?</p>		
--	--	--	--