



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenamn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling
(Bacheloroppgåve)

Vurdering: Prosjektoppgåve

Kandidatnummer: 62

Leveringsfrist: 21.02.2014 Kl.14.00

Vurderingstype: Ordinær

Fagansvarleg: Linda Rykkje



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

HÅPETS BETYDNING I LIVETS SLUTTFASE



Foto: Privat

For meg er det viktigere å lage en stemning og virkelighet preget av fred og verdighet rundt siste del av livet. Alle har selvsagt lyst til å leve mer. Men siste del av livet er en viktig akt. Den bør ikke være styrt av en galopp etter nye muligheter for livsforlengelse. Vi må godta at døden kommer (Fuggeli, 2010).

Bacheloroppgåve i sjukepleie

HSH/Stord

Kull: 2011

Antall ord: 8949

Samandrag

Tittel: Håpets betydning i livets slutfase.

Bakgrunn: I 2011 var det 11.049 menneske som døydde av kreftsjukdom. Forsking tydar på at antal kreftpasientar vil auke i Noreg i åra framover. Fleire av desse vil ha behov for sjukepleie ved livets slutfase. Denne pasientgruppa kan møte utfordringar knytta til sjukdomen og dauden. Ei viktig sjukepleieoppgåve kan vere å hjelpe pasienten til å oppretthalde og fremje håp.

Problemstilling: Kva er betydninga av håp hjå palliative kreftpasientar, og korleis kan sjukepleie fremje håp i livets slutfase?

Føremål: Utforske meir kunnskap i betydninga av håp hjå kreftpasientar i palliativ fase og korleis sjukepleie kan fremje håp.

Metode: Oppgåvas metode er ein systematisk litteraturstudie. Det er samla inn data frå fire forskingsartiklar, som er funnen i to ulike databasar. Teori er innhenta frå relevante artiklar, pensumlitteratur samt anna relevant litteratur.

Resultat: Pasientar kan oppleve håp ved at sjukepleiar blant anna er høfleg, vennleg, i stand til å le med dei og vise omsorg. Informasjon og støttesamtale til den einskilde familie vedrørande deira behov, vert sett på som viktig for å hjelpe pasient og pårørande med å meistre og leve med alvorleg sjukdom. Pasientar har ulike prosessar for å bevare håpet, og må ofte ha fokus både på å fortsetje livet og førebu seg på dauden. Å kommunisere med andre om dauden og vere open om eigne tankar er med på å oppretthalde håp. Sjukepleiarar som arbeidar med pasientar med alvorleg sjukdom som kreft bør lytte nøysamt til pasienten.

Oppsummering: Oppgåva synar at håp er av stor betydning hjå palliative kreftpasientar og at det er fleire faktorar som bidrar til å fremje håp. Desse faktorane kan påverkast av sjukepleie, til

dømes gjennom kommunikasjon, både verbalt og nonverbalt. Fleire pasientar har eit ønskje om å få avslutte livet heime. Ei sjukepleieoppgåve er å møte pasienten uavhengig om håpet er realistisk eller ikkje, og vurdere saman med pasient og pårørande kva som er beste løysing.

Nøkkelord: Håp, palliativ sjukepleie, heimesjukepleie, kreft.

Summary

Title: The meaning of hope in the end of life.

Background: In 2011, it was 11.049 people who died of cancer in Norway. Regarding research it looks like the number of cancerpatients will increase in the future. More of these people will have the need of nursing at the end of life. This patientgroup can meet challenges regarding illness and death. A important task for the nurses will be helping the patient to maintain and favour the meaning of hope.

Question: What is the meaning of hope in palliative cancerpatients, and how can nursing foster hope near the end of life.

Purpose: Explore more knowledge in the meaning of hope with cancerpatients in palliative phase and how nursing can foster hope.

Method: The method of the thesis is a systematic literaturestudy. It has been collected data from four different research articles that has been found in two different databases. The theory has been collected from relevante articles, curriculumliterature and other relevante literature.

Results: Patients can experience hope in the result of the nurses being polite, friendly and capable of laughing with them and show care. Information and support to the relatives needs are seen as important to help both the patient and relatives to master and live with serious illness. Patients have different processes to maintain hope, and they must often focus both to keep living and to prepare for death. Communicating with others regarding death and share own thoughts was important elements in maintaining hope. Nurses that works with patients which has an serious illness as cancer, should listen carefully to the patient.

Summary: The thesis shows that hope is of great importance in palliative cancerpatients and it is several factors that helps to promote hope. These factors can be affected by nurses. Some patients have a wish to end their lives in their own home. A nursing job is to meet the patient whether the hope is realistic or not and consider along with the patient and his relatives what the best solution is.

Keywords: Hope, palliative nursing, homenursing, cancer.

INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEIING	1
1.1	Problemstilling med presisering og avgrensingar i oppgåva	2
2	TEORI.....	3
2.1	Sjuepleieteori.....	3
2.2	Håp som sentralt sjuepleiebegrep	4
2.3	Kommunikasjon	6
2.4	Palliativ sjuepleie.....	7
2.5	Heimesjuepleie	9
3	METODE.....	10
3.1	Kva er metode	10
3.2	Systematisk litteraturstudie	10
3.3	Framgongsmåte og val av litteraturstudiar	11
3.3.1	Tabell 1 – CINAHL.....	12
3.3.2	Tabell 2 – SveMed+	12
3.3.3	Tabell 3 – CINAHL.....	13
3.3.4	Tabell 4 – CINAHL.....	13
3.4	Kritisk vurdering av artiklane	14
3.5	Metodekritikk – vurdering av eiga oppgåve	16
3.6	Kjeldekritikk	17
4	RESULTAT	19
5	DRØFTING.....	22
5.1	Betydinga av håp	22
5.2	Realistisk og urealistisk håp.....	23
5.3	Korleis fremje håp	24
6	AVSLUTNING	29
	REFERANSELISTE	30

1 INNLEIING

Målet med oppgåva er å undersøkje betydinga av håp hjå pasientar i palliativ fase, og korleis sjukepleie kan fremje håp hjå denne pasientgruppa. Kreftregisteret (2013) sine tal syner at det i 2011 var 11.049 pasientar som døydde av kreft. Forsking tydar på at antal krefttilfelle i Noreg vil auke i åra framover, mellom anna grunna ei auke i levealder blant befolkinga. Ein stor del av desse pasientane vil ha behov for sjukepleie i livets slutfase.

Etter å ha arbeidd i open omsorg i kommunen, sit eg att med fleire erfaringar frå møte med kreftpasientar i palliativ fase. Desse pasientane kan oppleve vanskelege og tunge, men også positive og meningsfulle tankar om tida som ligg føre dei. Det er spesielt ei erfaring frå heimesjukepleia som har gjort inntrykk. Historia omhandlar ei eldre kvinne med langtkomen kreft, der hennar største håp var å avslutte livet heime. Ho vart overflytta til institusjon, grunna utslitne pårørande. Som helsepersonell oppfatta eg det som at det vart gjort mot hennar vilje. Ho døydde på sjukeheimen etter kort tid.

Etter denne erfaringa innser eg kor viktig håp og betydinga av det er for meg personleg, men viktigast kor stor betyding håp har i arbeidet som komande sjukepleiar i møte med alvorleg sjuke og døyande. Eg trur håp kan vere ulikt for pasientar, pårørande og helsepersonell, men likt er at det vil berøre alle partar, på ein eller annan måte.

I ”Hjemmet som lindrende enhet for gamle døende” beskriver Grov (2012) at ca.14-15% døydde i heimen i Noreg dei siste tiår. Pasientar med langtkomen sjukdom og føreståande daud ønskjer oftast lengst mogleg heimetid. Heimen har ein grunnleggjande betyding for mange, men det som kjennes som ein trygg og kjent heim kan endre karakter i sjukdomsforløpet. Kunnskap, fagleg tryggleik, samarbeid og organisering, informasjon og kommunikasjon var viktige faktorar som er nødvendig for lengst mogleg heimetid for døyande. Det er likevel ikkje alltid at det er mogleg for pasienten å avslutte livet heime. Difor vil eg i oppgåva også drøfte korleis sjukepleiar kan møte urealistisk og realistisk håp hjå pasientane.

1.1 Problemstilling med presisering og avgrensingar i oppgåva

Problemstillinga er: Kva er betydninga av håp hjå palliative kreftpasientar, og korleis kan sjukepleie fremje håp i livets slutfase?

Som sjukepleiar vil ein møte pasientar med ulike diagnosar i palliativ fase. Sidan antal krefttilfelle stadig aukar er kanskje dette den pasientgruppa ein ofte vil kome i møte med som sjukepleiar. Dette kan også erfaring frå heimesjukepleia tyde på. Håp er eit vidt begreip, difor er det valt å ha fokus på håp hjå pasientar med uhelbredeleg kreftsjukdom ved livets slutfase. Det er valt å ikkje vektlegge teori om kreftdiagnose og behandling, men ha meir forkus på palliativ omsorg for kreftpasientar.

Oppgåva vil også ha fokus på kva som er realistisk håp og ikkje, særleg knytta til pasientar som har ønskje om å døy i eigen heim. Dette grunna dei fleiste egne erfaringar er frå heimesjukepleia. Håpets betydning og korleis sjukepleie kan fremje håp vert fokuset i oppgåva, som også vil inkludere pasienthistoria som er nemnt under punkt 1.0 der det vert relevant.

Oppgåva dreier seg om pasient og sjukepleiar, difor vil pasienten i fleire høve bli kalla for ”han” og sjukepleiar for ”ho”, for å unngå mykje gjentaking av orda.

2 TEORI

Oppgåva byggjer på Joyce Travelbees sjukepleieteori. Det er valt teori i forhold til oppgåvas problemstilling. Fokus er håp, kommunikasjon, palliativ sjukepleie og heimesjukepleie. Ethiske dilemmaer og regelverk blir også nemnt.

2.1 Sjukepleieteori

Travelbee byggjer på eit eksistensialistisk menneskesyn, og hevdar liding og smerte er uungåeleg for menneske. Sjukepleie består i å hjelpe den sjuke til å finne ei mening med det han opplev, noko som skjer gjennom etablering av eit menneske til menneske forhold, som er sentralt i sjukepleietenkinga hennar (Kristoffersen, 2005, s.27). Vidare omtalar ho sjukepleie slik:

Den profesjonelle sykepleieren må gå inn for å hjelpe den enkelte og familien ikke bare til å mestre sykdom og lidelse, men til å finne mening i disse erfaringene. Det er den profesjonelle sykepleies vanskelige oppgave, som ikke må unnviktes (Travelbee, 1999, s.37).

Travelbee (1999, s.27-33) meiner ein dyktig sjukepleiar veit at eit av dei største problema vil vere den sjuke si halding til sjukdomen, grunna konsekvensar sjukdomen kan få for han sjølv og familien. Kristoffersen (2005, s.21-22) visar til at sjukepleie som vert utøvd skal hjelpe pasienten til å akseptere sin sårbarheit som menneske, og bevare håpet. Pasienten befinner seg i ein situasjon som er prega av liding og mangel på oppleving av mening. Travelbee meiner kommunikasjon og intellektuell tilnerming står sentralt hjå sjukepleiar i samhandling med pasienten. Det er eit menneske-til-menneske forhold mellom sjukepleiar og pasient, der partane er likeverdige personar, og ikkje roller. Ho meiner håp er eit sentralt begreip knytta til sjukepleiarens mål og hensikt. Ho seier:

Håp er en sjelelig tilstand som kjennetegnes av ønsket om å avslutte noe eller oppnå et mål, kombinert med en viss forventning om at det som er ønsket eller ettertraktet, er oppnåelig. En håpende person tror at livet på en eller annen måte vil bli forandret, det vil si bli mer

behagelig, meningsfylt eller glederikt, dersom han oppnår det han ønsker (Kristoffersen, 2005, s. 27).

Travelbee beskriver kommunikasjon som ein prosess der menneske overfører og formidlar tankar og følelsar til kvarandre. Det kan skje ved hjelp av ord (verbalt) eller mimikk, tonefall, bevegingar og berøring (nonverbalt). Gjennom kommunikasjon vert sjukepleiar kjent med kvar enkelt pasient som person. Å bli kjent med pasient som person gjer at sjukepleiar kan identifisere hans behov, noko som er ein forutsetning for å kunne utføre sjukepleie som samsvarer med hans behov (Kristofferesen, 2005, s.31-32).

2.2 Håp som sentralt sjukepleiebegrep

Håp og sjukepleie eksisterar så lenge livet eksisterar (Lohne, 2010, s.121). ”Håpet gjør det verd å leve. Så lenge det er liv er det håp” (Kristoffersen og Breievne, 2005, s.178). Håp treng ikkje vere ei forventning om at vanskelegheitlar skal løysast, men at ein har tillit til at framtida kan innehalde noko som kan opplevast meiningsfullt. For ein døyande pasient kan det å verte lytte til, i tillegg til kontakt og forståing, bringe inn eit håp for dagen som kjem eller eit forsonande element i møtet med det som er i vente (Eide og Eide, 2011, s.56).

Å håpe kan tyde å bestemme seg for å vente på ei endring til det betre. Det inneheld moglegheitlar og begrensingar. Bak kvart håp ligg ein mogleg skuffelse, og ein slik usikkerheit kan vere vanskeleg og leve med og kan bidra til at pasientar ikkje vågar å håpe. Håp kan vere ein langsiktig og kortsiktig prosess, og det krev mot og tålmodighet frå pasienten i å håpe. Håp skapar glede, også sjølv om håpet ikkje går i oppfylling. Det er ikkje nødvendigvis avgjerande om pasientens håp er realistisk eller ikkje. Verkelegheitsoppfatting hos sjukepleiarar og pasientar er ofte ulik, noko som kan skape misforståing dei imellom når meining bak ord uttrykkes og mottas ulikt. Slik kan sjukepleiar svekke eller ta håpet ifrå pasienten. Dersom ein har håp, lider ein mindre. Håp gir ein oppleving av meining i lidinga. Håpet kan vere vanskeleg, men mogleg å oppnå. Det er dokumentert frå forskning at menneske som håper, lever lengre enn dei som ikkje håper. Håpløshet kan beskrivast som ein tilstand som består av begrensingar hjelpelause. I

oppleving av håplausheit kan ein få følelsen av tomheit og trøttheit, einsamheit og sårbarheit, hjelpelausheit og oppgittheit (Lohne, 2010, s.108-121).

Håp visar seg å vere ein forventning om at det finst ein veg ut av vanskelegheitane og ei tru på at dei kan meistrast. Håp kan gi glede og pågongsmot, og personen kan få ein styrke til å våge å tru på dagen i morgon. Menneske treng håp dersom ein skal oppleve at livet føles godt og meiningsfullt her og no. Håp kjem fram i personens tankar, følelsar og handlingar, og kvart individ må finne fram til si ”kjelde” til håp og verdiar. Dette er ei utfordring for pasienten, fordi han må legge vekt på moglegheitlar framfor begrensingar (Kristoffersen og Breievne, 2005, s.178).

Det er gjort fleire studiar innan håp, og det visar seg at håp er avgjerande for korleis menneske taklar og meistrar både livet og livssituasjonen når dei opplever tap, liding og usikkerheit. Oppleving av håp bidrar til å auke livskvalitet, og kan vere med på å påverke forløpet til sjukdomen. Håp er identifisert som å vere eit av dei viktigaste elementa hos kreftsjuke. Kva håpet til kvart menneske er knytta til er individuelt og personleg og avhengig av livssituasjon. Det er personleg å gå gjennom ein livssituasjon med liding og tap, omkostingar, einamheit og smerter. Pasient og pårørande har til felles at dei fortjener sjukepleiarens nærvær, respekt og hjelp til blant anna å finne ut kvar dei kan finne håp (Kristoffersen og Breievne, 2005, s.177).

Det kan vere stor forskjell på helsepersonalets og pasientens vurdering av ein persons situasjon. Begge er basert på verkelegheita, men den kan vere ulik, avhengig av korleis ein ser på den. For helsepersonell er verkelegheita basert på erfaring, statistikk og teori. For pasienten er den basert på ein subjektiv verkelegheit. Pasientar med livstruande sjukdom vil leite etter teikn på at det å håpe framleis har verdi. Kreftpasientar vil ha håp om helbreiding tidleg i sjukdomsforløpet. Håpet kan endre seg undervegs ved at innhaldet i håpet til dømes kan verte ”å leve så godt så lenge som mogleg”. Denne endringa i håp visar at menneske har ein moglegheit til å meistre livssituasjonar når omsendingheitane endrar seg (Kristoffersen og Breievne, 2005, s.178). Med håp tenkjer ein korleis håp kan realiserast, og slik vert håpet ein motiverande kraft. Pasienten kan halde seg fast til håpet og føle det er det einaste han har igjen. Dersom han mister det, kan også meininga med livet forsvinne (Kristoffersen og Breievne, 2005, s.178).

Ifølgje Sanders, Seda og Kardinal (2012) er håp ein viktig faktor i livet til pasientar med kreft, og håpet kan endre seg ilag med sjukdomsendringane. For at håp skal vere realistisk, må det ein håpar vere mogleg å oppnå, men ikkje garantert til å førekome. For pasientar som ikkje lenger kan oppretthalde eit håp om kur, kan håpet endre seg til eit realistisk håp som til dømes lindring av smerter og symptom. Realistisk håp er evnen til å fokusere på håp som har eit oppnåeleg utfall. Nokon gongar mistar pasientane håpet om helbreding og overleving. Det å håpe på smertelindring, åndeleg fred, livskvalitet eller fredfull daud, er alle oppnåelege og realistiske håp. Sjukepleiar kan spele ei betydeleg rolle i å hjelpe pasientar til å fokusere på det oppnåelege. Nokon pasientar er ikkje i stand til å oppretthalde eit realistisk håp. Istadenfor held dei fast ved eit mistilpassa håp, som kan vurderast som urealistisk håp.

2.3 Kommunikasjon

Ifølgje Eide og Eide (2011, s.19) seier dei norkse yrkesetiske retningslinjene at grunnlaget for all sjukepleie skal vere å vise respekt og verdighet for det enkelte menneskers liv. Sjukepleie skal vere basert på barmhjertighet, omsorg og respekt (NSF 2011). Det vil sei å verne den andre mot skade, bidra til å styrke den andre til å ivareta eiga helse og bruke sine eigne ressursar. Dette er verdiar som berre lar seg gjere gjennom god kommunikasjon med pasient og pårørande.

Ein viktig del av kommunikasjonen med kronisk og alvorleg sjuke, er å tillate å snakke om siste fase av livet og dauden. Fokus for samtalen med pasientar i palliativ fase skal vere basert på sjukdom og pasient. Det vil sei pasientens oppfatningar og perspektiv på situasjonen, skal kome fram i samtalen. På den måten vil hans behov kome klart fram. Livskvalitet er subjektiv og kan kartleggast gjennom kommunikasjon med pasienten. Difor er gode ferdigheitar i kommunikasjon svært viktig i møte med pasientar i palliativ fase av ein kreftsjukdom. Felles for desse pasientane er at dei har kort forventa levetid (Helsedirektoratet, 2013).

Eide og Eide (2011, s.19) visar til at ein skal møte pasienten med respekt, ta hans perspektiv på alvor og la han ha mest mogleg innflyting på situasjonen. Dette vert kalla empowerment, som handlar om å la pasienten behalde mest mogleg kontroll og å styrke å stimulere pasienten til å

delta i beslutningsprosessar og utøve myndigheit der det er mogleg. Empowerment er ei haldning som kjem til uttrykk gjennom kommunikasjon og at pasienten vert involvert i beslutningar som er begrunna i etiske verdiar som respekt, autonomi, likeverd og omsyn til det beste for han.

Kommunikasjon er meint å vere til hjelp for pasient og pårørande. Hjelpande kommunikasjon skapar tillit og trygghet, og formidlar informasjonen på ein måte som bidrar til å løyse problem og stimulere til at pasient og pårørande meistrar situasjonen så godt som mogleg. Sjukepleiar skal lytte, observere og fortolke pasientens verbale og nonverbale signal. Det er med på å skape god og likeverdig relasjon. Sjukepleiar skal formidle informasjon på ein forståeleg måte, møte pasientens ønskjer og behov, få fram ressursar og moglegheitlar, skape alternative perspektiv og opne for nye handlingsval. Sjukepleiar skal forhalde seg opent til vanskelege følelsar og spørsmål, og samarbeide til å finne fram gode løysingar og beslutningar (Eide og Eide, 2011, s.20-21).

2.4 Palliativ sjukepleie

Ilkjær (2011, s.749) visar til WHO's definisjon på palliativ omsorg frå 2002, som seier det er ein tilnærming som betrar livskvaliteten for pasient og pårørande når dei er i møte med livstruande sjukdom. Palliativ omsorg kan blant anna:

- Lindre smerte og andre symptom
- Bekrefte liv og sjå dauden som ein naturleg prosess
- Fremje livskvalitet
- Tilby støttefunksjon som hjelp til familien under pasientens sjukdom og i sorg over tap

Definisjon av heimebasert palliativ omsorg er ifølgje Rønning, Strand og Hjermestad (2007, s.213):

Den palliative behandling, pleie og omsorg som pasient og pårørende trenger når pasienten tilbringer hele eller deler av den siste tiden av livet hjemme.

Teikn på at ein person er døyande er blant anna auka søvnbehov og auka behov for sengeleie, svekka orienteringsevne og redusert interesse for mat og drikke. Det kan dannast ein tiltaksplan for å ivareta den døyande. Den bør innehalde blant anna følgjande delmål som optimal lindring av plagsomme symptom og inkludere og ivareta pårørande. Ein bør tilstrebe at pasienten får døy der han ønskjer, og gjere det til ein verdig daud (Helsedirektoratet, 2013).

Sjukepleiar som gir behandling til kreftpasientar og andre pasientar i palliativ fase skal ha forståing, erfaringskunnskap og handlingkompetanse i forhold til blant anna kommunikasjon med alvorleg sjuke og deira pårørande, etiske vurderingar i forbindelse med alvorleg sjukdom og livets slutt og ivaretaking av og støtte til pasient og pårørande i forhold til livskvalitet, meistring og bearbeiding av sorg (Helsedirektoratet, 2013). Å gi hjelp til smertefriheit, trygghet og fredfullheit er sjukepleiarens finaste og største utfordring. Ved å ha dette som mål, dreier sjukepleie seg om å aldri gi opp, heller ikkje når pasienten er nær dauden (Lohne, 2010, s.121).

Sjukepleie til pasientar i palliativ fase handlar om tillit, trygghet, tid og vere til stades. Palliativ pleie i heimen gir heimesjukepleia utfordringar. Det berører å møte andre sin smerte og lidning. Sjukepleiar kan med sin fagleg kompetanse, innleving og omsorg bidra til å gjere den siste fasen til ei betre tid (Fjørtoft, 2012, s.90-91). Ilkjær (2011, s.746-747) visar til at 14,4% døyde i heimen i 2008, ifølgje Statistisk sentralbyrå. Nokre ønskjer å døy heime fordi det er ein trygg plass, der pasientane føler seg verdsatte og betydingsfull. Likevel opplev dei fleste størst trygghet ved å vere i ein institusjon omgitt av fagpersonar. Å få moglegheit til å døy heime er eit tema dersom der er tilstrekkeleg hjelp frå heimesjukepleia eller ein heimhospice ordning.

Pasientar som ønskjer å vere heime, bør få ønsket oppfylt så lenge dei og familien måtte ønskje det, og om mogleg få døy heime. God heimetid handlar om trygghet og motivasjon hos pasient og pårørande. Ein forutsetting for god heimetid er å ha pårørande med evne, kraft og vilje til å bidra til heimeomsorg. Det har vist seg at pårørande ofte strekkjer seg langt for å ivareta pasientens ønskje om å vere heime, sjølv om det kan vere ein sterk påkjenning. Pårørande kan ha behov for å få avlasting, men kan synast det er vanskeleg å overlate ansvaret til andre. Pasient og pårørande kan ha ulik forståing av situasjonen, der pasienten kan kome med ønskjer pårørande

ikkje greier å oppfylle. Sjukepleiar kan bidra til å finne løysingar og kartlegge moglegheitar for å dele oppgåvene (Rønning et al., 2007, s.224-226).

2.5 Heimesjukepleie

Lov om pasient og brukarrettigheitar (1999) seier blant anna at pasienten har rett til medverknad, informasjon, sjølvbestemming og innsyn i journalen. Helsepersonellova (1999) seier at helsehjelpa skal vere fagleg forsvarleg og omsorgsfull. Fagleg forsvarleg og omsorgsfull helsehjelp dreiar seg om korleis fagpersonen utfører sjukepleie og møter pasienten (Fjørtoft, 2012, s.170-171). Sjukepleiarar må ofte ta stilling til vanskelege situasjonar i praksis, og evna til å gjenkjenne etiske dilemmaer og løyse dei på ein tilfredsstillande måte er viktig for sjukepleiarar (Slettebø, 2012, s.42).

Heimesjukepleie er ein del av den kommunale helsetenesta og er ei lovpålagt teneste (helse og omsorgstenestelova 2011). Heimesjukepleie skal yte sjukepleie til akutt og kronisk sjuke i eigen heim, i alle aldrar. Eit overordna mål for heimesjukepleia er at brukaren skal kunne bu heime så lenge som det er forsvarleg og ønskeleg (Fjørtoft, 2012, s.20-22). Helsedirektoratet (2013) seier at heimesjukepleie skal blant anna omfatte henvisning til og samarbeid med sjukeheim, i tillegg til at alle kommunar bør ha ansatt kreftsjukepleiar.

Fjørtoft (2012, s.88) visar til at fleire med uhelbredeleg sjukdom velgjer å vere heime den siste tida, dersom dei får moglegheit til det. Det viste seg frå ein studie med kreftpasientar med kort forventet levetid at dei fleste som døyde heime, var yngre menn med ektefelle eller sambuar. Palliativ heimeomsorg for eldre og aleinebuande visar seg å vere vanskeleg å få til. For at pasientar skal få døy heime, må det leggjast til rette for det.

3 METODE

3.1 Kva er metode

Dalland (2007, s.81) definerar 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 (1985:196).

Metoden seier noko om korleis ein bør gå til verks for å skaffe eller hente fram kunnskap.

Begrunninga for å velgje ein bestemt metode er at ein meiner den vil gi gode data og belyse aktuelle spørsmål på ein fagleg og interessant måte. Det finst kvalitativ og kvantitativ metode.

Kvalitativ metode har forskingsprosedyrar som gir beskrivande data frå menneskets eigne skrivne eller talte ord og atferd (Olsson og Sörensen, 2006, s.68). Kvantitativ metode tar sikte på å forme informasjonen om til målbare enhetar som gir moglegheit til å finne til dømes prosent og gjennomsnitt av ei større mengde (Dalland, 2007, s.81-86).

3.2 Systematisk litteraturstudie

Forsberg og Wengström (2008, s.34-35) seier at ein systematisk litteraturstudie bør fokusere på aktuell forskning innan eit valt område, og ta sikte på å finne beslutningsstøtte for klinisk verksamheit. Å gjennomføre ein systematisk litteraturstudie kan føregå slik:

- forklare kvifor studia vart gjennomført (problemformulering)
- formulere spørsmål som kan besvarast
- bestemme søkeord og søkestrategi
- identifisere og velgje litteratur i form av vitenskaplege artiklar og rapportar
- kritisk vurdering, kvalitetsbedømme og velgje den litteraturen som skal inkluderast
- analysere og diskutere resultat
- oppsummere og konkludere

Ifølgje Olsson og Sørensen (2009, s.91) skal ei litteraturstudie bestå av bakgrunn, formål, spørsmålsstillingar og innsamlingsmetode. Det skal vere ei informasjonskjelde og innehalde tittel, forfattar, årstal den blei skriven, formål, utval og metode og resultat.

3.3 Framgangsmåte og val av litteraturstudiar

Oppgåva nyttar høgskulens helsefaglege databaser for å finne relevant litteratur. Fleire databaser er undersøkt. Dei som hadde mest relevante litteraturstudiar i forhold til oppgåvas problemstillingar var CINAHL og SveMed. Det er nytta søkeord på engelsk som hadde utgangspunkt i oppgåvas problemstilling og avgrensingar som er satt. Samla søk resulterte i ein norsk artikkel og tre engelskspråklege artiklar. Årsaka til val av databasane er funn av relevante og truverdige helsefaglege artiklar, som held fast ved oppgåvas problemstilling.

Det vart satt kriterier for søkinga i tråd med Forsberg og Wengströms (2008, s.34-35) retningslinjer for systematisk litteraturstudie. Først vart det undersøkt kvifor studia var gjennomført, kva problem det var fokus på og om spørsmåla og målet i studia var besvart. Det vart danna ein søkestrategi med mål om å avgrense søkjet, men samtidig få med relevante søkjeord. Søkeord som er nytta er: hope, cancer, nursing, oncology nurse, palliative care og home care. Årstal vart begrensa frå 2002-2013, grunna oppgåva ønskjer nyare forskning.

Ut i frå treff frå litteratursøket vart det identifisert om dei ulike studiane var relevante. Det vart undersøkt om litteraturstudiane er ei informasjonskjelde. Alle artiklane inneheld tittel, forfattar, årstal, formål, utval, metode og resultat. Dei fire artiklane som er valt og inkludert i oppgåva er relevante i forhold til oppgåvas problemstilling og tema. Artiklane omhandlar forskning innan sjukepleie.

3.3.1 Tabell 1 – CINAHL

15.01.2014

Nummer	Søkeord/term	Avgrensing (limit)	Resultat (antall)
S1	Hope	År 2002 – 2014	6937
S2	S1 AND Cancer		1049
S3	S1 AND S2 AND Nursing		200
S4	S1 AND S2 AND S3 AND Palliative care		26
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Full tekst	16

Artikkelen ”Fostering hope in terminally ill patients” (Buckley og Herth, 2004) vart valt frå CINAHL søk nr.S5.

3.3.2 Tabell 2 – SveMed+

15.01.14

Nummer	Søkeord/term	Avgrensing (limit)	Resultat (antall)
S1	Oncology nurse		126
S2	Oncology nurse	Peer reviewed og Full text	21
S3	Oncology nurse	År 2002 - 2013	19

Frå SveMed søk nr.3 vart artikkelen *Å vere kreftsjukepleiar i kommunehelsetenesta – ein intervjustudie om funksjonar og yrkesrolle* (Hynne og Kvangarsnes, 2012) valt.

3.3.3 Tabell 3 – CINAHL

17.01.14

Nummer	Søkeord/term	Angrensing (limit)	Resultat (antall)
S1	Palliative care		21 645
S2	S1 AND Hope		398
S3	S1 AND S2 AND Cancer		159
S4	S1 AND S2 AND S3	År 2002 – 2013	139
S5	S1 AND S2 AND S3	Full text	49

Søk S5 resulterte i funn av artikkelen *Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative home care* (Olsson, Östlund, Strand, Grassman og Friedrichsen, 2010).

3.3.4 Tabell 4 – CINAHL

21.01.2014

Nummer	Søkeord/term	Avgrensing (limit)	Resultat (antall)
S1	Meaning		12 243
S2	S1 AND Hope		527
S3	S1 AND S2 AND Nursing		204
S4	S1 og S2 og S3	År 2002 - 2013	119
S5	S1 og S2 og S3 og S4	Full text	58

Artikkelen *The meaning of hope in nursing research: a meta – synthesis* (Hammer, Mogensen og Hall, 2009) vart valt frå søk nr.S5.

3.4 Kritisk vurdering av artiklane

Slettebø (2008, s.208-209) visar til Helsinkideklarasjonen som har etiske retningslinjer for forskning som omfattar menneske. Dei har fokus på autonomi, velgjørenhet, ikkje skade og rettferdigheit. Det omhandlar informert samtykke, frivilligheit og anonymisering. Forsberg og Wengström (2008, s.77) påpeikar at det er viktig å velgje studiar som har fått godkjenning frå ein etisk komite.

Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning er nytta som supplement i kritisk vurdering av dei fire valgte forskingsartiklane i oppgåva. Den har fokus på om ein kan stole på resultatata, kva resultatata fortel og om dei kan vere til hjelp i praksis (Kunnskapssenteret, 2006). Dette synes å vere felles for alle artiklane. Artiklane har ulike resultat, sidan dei har ulike formål, noko som kan tenkjast kan vere bra for oppgåvas heilheit. Artiklane varierar frå sjukepleiar og pasient sitt synspunkt.

1. Artikkelen av Buckley og Herth (2004) er ein truverdig studie. Formålet med studia kjem tydeleg fram. Studia har ein kvalitativ tilnærming, då den har som mål å samle inn data frå pasientar i palliativ fase, intervju, i tillegg til å nytte HHI (Herths Hope Index), som er forklart i vedlegg 1. Studia beskriv antal pasientar og kva type pasientar det dreiar seg om. Til tross for få deltakarar går studia i dybden av fenomenet, når den blant anna inneheld semistrukturert intervju. Innsamla data frå svar i intervju har ein klar samanheng i det forskaren har kome fram til og kategorisert. Deltakarane vart informert om studia, og skriftleg samtykke vart innhenta. Deltakarane fekk bestemme om dei ville delta på neste intervju. Studia inneheld teori om forskning gjort frå tidlegare tid som omgår same tema, der ein kan sjå eventuelle likheit og ulikheit i studia. Tillating av studia vart gitt av etisk komite av det lokale sjukehuset. Hovudfunna kjem klart fram i studia, og dei vert oppsummert punktvis. Funna vert diskutert med ein raud tråd i forhold til målet med studien. Resultata frå studia er nyttige sidan dei omhandlar håp hos pasient i palliativ fase, i tillegg til at den har med sjukepleie til denne pasientgruppen og gjere.

2. I artikkelen av Hynne og Kvangarsnes (2012) kjem formålet med studia tydeleg fram. Sjølv om problemstillinga i oppgåva ikkje har fokus på vidareutdanning i onkologi, er studias formål interessant. Det er ei kvalitativ studie, og spørsmål som vart nytta i studia vart lagt fram. At det vert nytta ei kvalitativ tilnærming i denne studia kan vere positivt, då studia belyser

forskingsspørsmåla frå kreftsjukepleiar sitt åsyn. Det vert gjort rede for kva deltakarar som er valgt ut og kor mange, i tillegg til at ein kreftsjukepleiar takka nei til deltaking. Det var inga begrunning for årsak. Dette visar at studia tar omsyn til frivilligheit. Resultata kjem tydeleg fram i studia, der pasientretta og systemretta funksjonar vert kategorisert kvar for seg. Dei viktigaste emna frå intervjua vart samla, og vart eit grunnlag for vidare tolking og teoretisk analyse. Funna vart diskutert i lys av studias formål. Studia har trekt inn andre studier og litteraturgjennomgonger som bakgrunn i artikkelen, som omhandlar kreftpasientar og kreftsjukepleiarar. Studia oppfyller etiske krav, då det vart henta skriftleg informert samtykke frå informantane til å delta i intervju, og nytting av bandopptak. Studia er godkjent av datatilsynet. Krav til anonymitet og konfidensiell behandling av datamaterialet er ivareteke. Til tross for få deltakarar i studia, kan funna vere nyttige for sjukepleiarar som arbeidar med kreftpasientar, og kan vere med på å utvide kunnskap og forståing ut i frå kreftsjukepleiarens perspektiv. Studia visar til forskarane si stilling, som er førstelektor og førsteamanuensis. Slik artikkelen vert tyda har deira stilling ingen innverknad på fortolking av data.

3. Artikkelen Olsson, Östlund, Strang, Grassman og Friedrichsen (2010) er ein truverdig kvalitativ studie. Det visar klart kva som blir studert, då artikkelen inneheld ei samandragssamme der mål, metode, resultat og konklusjon er beskrive. Studia beskriver erfaringar og synspunkt hjå 11 pasientar i palliativ fase. Pasientanføring av dagbok og intervju vert nytta. To pasientar kunne ikkje delta i andregongsintervju, som er begrunna av psykiske symptom og eit dødsfall. Til tross for at studia inneheld få deltakarar, inneheld den ein truverdig tabell over kor mange som deltar, deltakarens stilling (til dømes student, pensjonist), sivilstatus, primær krefttype, religion og tid mellom første intervju og daud. Dette gir ein god oversikt over deltakarane i studia. Forskarane legg fram resultat på ein oversiktleg måte. Kategoriane forskarane har kome fram til synes å samsvare med innsamla data, då pasientens eigne ord vert lagt fram under kvar kategori. Artikkelen inneheld andre kjelder i innleiinga, som omhandlar håp og terminale pasientar. Studia er godkjent av Regional Research Ethical Board at Linköping University. Pasientane vart informert munnleg og skriftleg om innhald i studia og at deltaking var frivilleg. Alle deltakarar gav informert samtykke og vart forsikra at det var taushetsbelagt. Funna vert diskutert i lys av formålet med studia. Resultata i denne studia kan vere eit grunnlag for

helsepersonell til å betre forstå samanheng mellom håp og palliasjon, og kan vere med på å utvide kunnskap og forståing.

4. Artikkelen av Hammer, Mogensen og Hall (2009) er ein truverdig metasyntese, der 15 kvalitative studier er samla i ein artikkel. Ulempa som forfattarane sjølv nemner, er at detaljar frå studiane ikkje kjem fram, fordi dei er nøydde til å begrense innhaldet i studia. Formålet med denne er at det er ei systematisk samanlikning av studier, noko som kjem tydeleg fram i artikkelen. Det vert beskrive kvar studiane er utført og tidsperiode for undersøkinga. Forfattarane har danna ein tabell over kven dei ulike studiane vart gjort av, kor mange deltakarar som var med i kvar studie og deira sjukdomstilstand, kvar studiane er gjort, og metode for dataanalyse. Dette gjer studia meir forståeleg og truverdig. Forfattarane har beskrive alle studiane kort, og deretter danna seks kategoriar som omhandlar håp, utifrå resultat i kvar studie. Det vert sett ein samanheng mellom resultat i studia og kategoriane forskarane har kome fram til. Dei tre forfattarane legg fram korleis dei har fordelt arbeidet seg imellom, der Hammer og Hall (2010) hadde ansvar for design, datainnsamling, analyse av data og skrive manuskript, medan Mogensen deltok i skriveprosessen og i kritisk gjennomgong av manuskriptet. Dette kan bidra til at lesaren får eit meir truverdig blick over studia, då den er grundig gjennomgått av forfattarane. Hovudfunna vart diskutert i lys av formålet med studia. Resultata er verdige, då dei er samla frå til saman 291 deltakarar, og kan bidra til å gi ei betre forståing og kunnskap om emnet. Ifølgje Olsson og Sörensen (2009, s.71) er verdien av metaanalysar diskutert, fordi dei byggjer på undersøkingar frå vitenskapelege tidsskrifter, og har ein tendens til å publisere positive resultat framfor negative. Artikkelen har ikkje etisk godkjenning. Det trengs ikkje fordi det involverar ikkje pasientar direkte.

3.5 Metodekritikk – vurdering av eiga oppgåve

Då søkeprosessen starta, fekk eg straks forståing av at tema for oppgåva var svært relevant innan forskning. Bruk av avgrensingar er ikkje anbefalt, men sidan temaet resulterte i mange søketreff, var det hjelp i å avgrense søket til ”Full text” og ”Peer reviewed”. Søkeprosessen i seg sjølv har gått fint, men eg ser eg kunne vore meir observant for dei andre databasane, då eg berre har nytta artiklar frå CINAHL og SveMed+. Andre databasar kan ha innehaldd gode studiar som kunne ha

passa til oppgåvas problemstilling, som kunne utgjort ein annleis konklusjon i oppgåva. Når dette er sagt, har eg vore innoom andre databasar, men av gamal vane, vende eg tilbake til dei to eg er mest kjent med. Sjølv om det var mange treff innanfor tema, var det ikkje alle studiar som tilfredsilte krav for forskning, då dei blant anna ikkje innehaldt metode. I tillegg vil eg med kritisk blick, nemne at i søket av artikkelen til Hynne og Kvangarsnes (2012), vart det berre nytta eitt søkeord. Dette grunna artikkelen vart funnen ved første søk.

Eg innser eg kunne vore meir strukturert og orientert i søkinga. Eg danna søkeorda undervegs i søkeprosessen, der eg måtte prøve meg litt fram før eg fann dei rette søkeorda som gav relevante treff. Hadde eg starta søkeprosessen tidlegare, ville søkeorda kome klart fram tidleg i prosessen, noko som ville utgjort ein meir strukturert søkeprosess frå byrjinga av.

Når dette er sagt, er eg nøgd med søkeorda eg kom fram til undervegs, fordi dei resulterte i artiklar som belyser oppgåvas tema og problemstilling. Eg forstod at eg måtte snevre inn søket for å få studiar som treff på oppgåvas problemstilling og tema, då det var svært mange treff på temaet håp. Artikkane inneheld både sjukepleiar og pasient sitt syn på håp, noko eg meiner er positivt for oppgåva, då den omhandlar sjukepleie til pasientar som søker etter håp.

Etiske retningslinjer for oppgåveskriving er tatt omsyn til i oppgåva. Kunnskap som er nytta er beskrive med riktige referansar, slik vert steling, plagiat og uredeligheit unngått. Ifølgje Olsson og Sörensen (2009, s.62) er plagiering å ta noko som ein anna har gjort og bruke det som eins eige. Dei beskriv vitenskapeleg uredeligheit som manglande dømmekraft og upassande åtferd. Forsberg og Wengström (2008, s.77) seier fusk og uhederlegheit beskrives som feil framstilling av data, tjuveri eller plagiering av data, i tillegg til uærligheit mot finansjør/forfattar (Forsberg og Wengström, 2008, s.77).

3.6 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk er å vurdere og karakterisere litteraturen som er nytta (Dalland, 2007, s.79).

Kunnskapen som vert nytta i denne oppgåva er fagbøker og forskingsartiklar. Dei vert vurdert som tilstrekkelege kjelder som er med på å besvare problemstillinga. Det er prøvd å nytta bøker

og forskning som ikkje er eldre enn ti år, då det er blitt førespegla at nokre teoretiske perspetiver kan endre seg med åra. Forskingsartiklane som er nytta held seg innanfor denne rekkevidde. Boka "Mellommenneskelige forhold i sykepleien" (Travelbee, 1999) er publisert for ca.15 år sidan. Likevel vert det sett relevant å nytte denne boka, sidan Travelbee's sjukepleie perspektiv framleis er dei same. Oppgåva supplerer med anna fagstoff som er utanfor pensum. Dette er gjort grunna funn av god og relevant teori. Forskingsartiklane vart grundig vurdert før dei vart nytta i oppgåva.

Ifølgje Dalland (2008, s.79) er eg også ei kjelde. Difor vil eg nemne at historia frå heimesjukepleia er verna slik at den ikkje kan gjenkjennast. Slik vert teieplikta verna om. I oppgåva er det gjort reie for kvar kunnskap kjem ifrå. Slik unngår ein steling og plagiat. Sidan tre av forskingsartiklane er engelskspråklege, er det ein moglegheit for at innhald i teksten er mistolka.

4 RESULTAT

Felles for artiklane er at dei er relevante for problemstillinga, og inneheld resultat frå sjukepleie og pasient sitt synspunkt. Tre artiklar omhandlar håp hos palliative pasientar, medan ein om korleis det er å vere kreftsjukepleiar i kommunehelsetenesta.

Fostering hope in terminally ill patients.

Artikkelen av Buckley og Herth (2004) er ein kvalitativ studie. Målet med studia var å undersøkje betydinga av håp og korleis håp endrar seg i sjukdomsforløpet, samt å identifisere strategiar pasientar i palliativ fase nyttar for å oppretthalde og byggje opp håpet i siste fase av livet. Studia samanliknar funn saman med funn frå Herths (1990) si studie, samt Herths Hope Index (HHI). Dette er forklart i vedlegg 1. Det er valt å ikkje ha fokus på denne samanlikninga. Sjukepleie kan føre til at pasienten føler seg håpfull ved å vere høgleg, vennleg, i stand til å le med pasientar og vise grunnleggjande omsorg.

Faktorar som fremja håp:

- Kjærleik for og frå familie og vener.
- Trua på ei åndeleg verd og trua på andre (familie, vener og helsepersonell).
- Oppnåelege mål. Fleire snakka om håp for ein kur, leve i nuet, i tillegg til og meistre slutfasen av sjukdomen.
- Positive relasjonar og kommunikasjon med pleiarar. Deltakarane kunne bli håpfull av haldinga til pleiarane når dei var engasje, høflege og villige til å svare på spørsmål.
- Humor.
- Personlege eigenskapar, vere positiv.
- Oppløftande minner.

Faktorar som hemma håp:

- Skuffelse og isolasjon
- Ukontrollert smerte og ubehag
- Devaluering av personlegheit

Å vere kreftsjukepleiar i kommunehelsetenesta – ein intervjustudie om funksjonar og yrkesrolle

Hynne og Kvangarsnes (2012) si studie belyser forskingsspørsmål frå kreftsjukepleiar sitt perspektiv. Funn i studia visar til kreftsjukepleiarens pasientretta funksjonar og systemretta funksjonar. Pasientretta funksjonar er blant anna førstegongsvurdering av nye kreftpasientar, behandling, personleg stell, symptomlindring og prosedyrar. Informasjon og støttesamtalar til den einskilde familien sine behov blir sett på som viktig for å hjelpe pasienten og pårørande med å meistre og leve med alvorleg sjukdom. Systemretta funksjonar dreier seg om koordinatorrolla, om kontinuitet og kunnskapsressurs, dokumentasjon av arbeidstid, ha fagkunnskap og personleg utvikling, og tillit frå leiarar og kollegaer. Studia poengterar at som sjukepleiar må du ha nødvendig kunnskap i situasjonen, som pasienten ikkje har.

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

Olsson, Östlund, Strand, Grassman og Friedrichsen (2010) har gjennomført ein kvalitativ studie, der målet var å beskrive ulike prosessar kreftpasientar i palliativ fase nyttar for å oppretthalde håp. Resultat frå studia er at pasientane har to prosessar for å bevare håpet nær dauden: fortsetje livet og førebu seg på dauden. Dette kunne gjerast blant anna ved å kommunisere med andre om liv og daud, vere open om tankar og snakke om dauden med sine kjære. Nokon syns det er viktig å få inn andre som hjalp dei i prosessen i å oppretthalde håp, slik som familiemedlem, vener eller profesjonelle pleiarar. Desse kan gi trygghet og bidra til følelse av å bevare håpet. Studien seier at det er viktig å vere klar over at behov varierar ikkje berre frå pasient til pasient, men også over tid.

The meaning of hope in nursing research: a meta – synthesis

Målet med studia av Hammer, Mogonsen og Hall (2009) var å utvikle ein metasyntese av sjukepleieforskning innan håp som er erfart av friske og sjuke menneske. Sjukepleiar som arbeidar med pasientar med alvorleg sjukdom som kreft, bør lytte nøysamt til pasientens metaforar og reflektere over meininga med dei. Resultata i studia vart nummerert i seks kategoriar, som var følgjande:

1. **Å leve i håpet.** Håp omhandla realistisk optimisme, at ein har tillit til at livet vil gå bra for ein sjølv og andre, og at det er moglegheit for suksess, velstand, utdanning og fravær av sjukdom og liding.
2. **Å håpe på noko.** At ein har ein målsetting, og at dei er oppnåelege. Håp er ein sannsynlegheit for eit godt utfall for oss sjølv eller nokon nær oss.
3. **Håp som eit lys i horisonten.** Ha ein positiv halding til livet når ein gjennomgår livstruande behandling.
4. **Håp som eit menneske-til-menneske forhold.** Å bli kjent som menneske kan verte oppmuntra av pleiarens positive halding, tillit og bekreftande relasjonar. Meiningsfulle mellommenneskelege relasjonar, tru og aksept, føle at ein er god nok og ønska, vil hjelpe pasienten til å føle håp.
5. **Håp vs håplausheit.** Håp eksisterar alltid. Håp og håplausheit er to sider av same sak, og er nært knytta til det å leve i frykt for og døy eller andre fortvilelsar.
6. **Håp – som ein verstorm.** Håp i denne forståing er å ha ein energisk drivkraft, vere bestemt og vere ein ”fighter”, og vite at ei framtid eksisterar uansett alvorlegheitsgrad

5 DRØFTING

Først drøftes betydninga av håp hjå kreftpasientar i livets slutfase, deretter kort om realistisk og urealistisk håp. Til slutt vert det drøfta korleis sjukepleie kan fremje håp, der pasientens håp om og døy heime også vert nemnt.

5.1 Betydinga av håp

Tala over antal dødsfall hjå kreftpasientar, henta frå Kreftregisteret (2013), visar at mange i dagens samfunn vert ramma av kreftsjukdom. I framtida vil fleire kunne få den vonde beskjeden om at ein ikkje vil bli frisk og at livsforlengande behandling ikkje lenger er aktuelt. Travelbee hevdar at lidning og smerte er uungåeleg for menneske (Kristoffersen, 2005, s.27). Sjølv om livets slutt kan innehalde lidning og smerte, kan det likevel innehalde håp. Lohne (2010, s.108-121) påpeikar at håp gir ei oppleving av meining i lidinga, og at dersom ein har håp lider ein mindre. Kristoffersen og Breievne (2005, s.177) visar til at fleire studiar syner at håp er avgjerande for korleis menneske taklar og meistrar livet og livssituasjonen når ein opplever tap, lidning og usikkerheit. Håp er identifisert til å vere eit av dei viktigaste elementa hjå kreftsjuke.

Håp er ein sannsynlegheit for eit godt utfall for ein sjølv eller nokon ein står nær (Hammer et al., 2009). Travelbee meiner at ein person som håpar har trua på at livet vil bli meir behageleg, meningsfullt eller glederikt, dersom ønsket vert oppfylt (Kristoffersen, 2005, s.27). Ifølgje Lohne (2010, s.108-121) kan håp skape glede også når det ikkje går i oppfylling. Eide og Eide (2011, s.56) påpeikar at håp treng ikkje vere ei forventning om at vanskelegheitane skal løysast, men at ein har tillit til at framtida kan innehalde noko som kan opplevast meningsfullt. Buckley og Herth (2004) støtter under dette, der studia visar at fleire palliative pasientar hadde ulike former for håp. Nokon hadde håp om ein kur, nokon om å leve i nuet, medan andre snakka om å meistre slutfasen av sjukdomen og livet.

Mine erfaringar frå heimesjukepleia er at kreftpasientar i palliativ fase dannar seg ulike måtar og prosessar for å opprette eller oppretthalde håp. Døme er håp om å oppleve ein vår til eller få med

seg julekonserten i kyrkja som er om få veker. I studia til Buckley og Herth (2004) visar det seg at å setje seg oppnåelege mål var ein faktor som fremja håp hos palliative pasientar. Målsetjing var også viktig for å føle håp, hjå deltakarane i studia til Hammer (et al., 2009). Medan Olsson (et al., 2010) skriv at kreftpasientar i palliativ fase hadde to prosessar for å oppretthalde håpet, å fortsetje livet og førebu seg på dauden.

Kristoffersen og Breievne (2005, s.178) meiner menneske treng håp dersom ein skal føle livet er godt her og no. Håpet kjem frå personens tankar, følelsar og handlingar, og er ei forventning om at det finst en veg ut av vanskelegheitane og ei tru på at dei kan meistrast. Det er med på å gi glede, pågongsmot og ein styrke til å våge å tru på dagen i morgon. Hammer (et al., 2009) si studie visar at pasientane håpa på gode resultat. Håp i denne forståing var å vere bestemt og ein ”fighter” og vite at ei framtid eksisterar uansett alvorlegheitsgrad. Håp var også å ha ei positiv halding til livet når ein gjennomgår livstruande behandling, noko som bidrog til å unngå håplausheit og sjå betydinga av livet.

5.2 Realistisk og urealistisk håp

Kristoffersen og Breievne (2005, s.178) meiner endringar i håpets innhald visar korleis håp skil seg frå ønske. Håp er realistisk ut i frå personens eigne perspektiv på verkelegheita, medan ønskje ofte er urealistisk. Med håp tenkjer ein korleis det kan realiserast og det vil verte ein motiverande kraft. Realistisk håp er evna til å fokusere på håp som har eit oppnåeleg utfall (Sanders et al., 2012). Lohne (2010, s.108-121) meiner at det ikkje nødvendigvis er avgjerande om pasientens håp er realistisk eller ikkje. Verkelegheitsoppfatting hos sjukepleiar og pasient er ofte ulik. Dette kan vere tilfelle i pasienthistoria nemnt i innleiinga, der pasientens håp var å avslutte livet heime, medan pårørande hadde håp om at ho skulle få plass på sjukeheim. Sjukepleiar tok ei avgjering i samråd med pårørande om å overflytte ho til sjukeheim, grunna pårørande var utslitt etter å ha ivareteke pasienten over lengre tid. Det kunne også synast som om pårørande vegra seg mot å motta auka mengde heimesjukepleie. Rønning (et al., 2007, s.224-226) forklarar dette ved at pårørande kan ha behov for avlasting og kan synast det er vanskeleg å overlate ansvaret til andre. Dette kan vise til at sjukepleiar vurderte det som urealistisk at ho skulle døy heime, sidan det ikkje hadde vore folk rundt ho som hadde energi eller motivasjon til å ivareta hennar behov.

Då denne pasienten vart informert om overflytting, kan ein også sjå det slik at ho samtidig vart informert frå sjukepleiar at håpet om å få avslutte livet heime ikkje lenger var realistisk. Etter å ha motteke beskjeden bar ho, etter mi tolking, eit preg av håplausheit. Ifølgje Lohne (2012, s.108-121) kan misforståing mellom pasient og sjukepleiar oppstå, når meining bak ord uttrykkes og mottas ulikt. Slik kan sjukepleiar svekke eller ta håpet ifrå pasienten. Buckley og Herth (2004) si studie påpeikar at skuffelse er ein faktor som bidrar til å hemme håp hos palliative pasientar. Eg opplevde at pasienten hadde eit uttrykk av oppgittheit og viste tydeleg at ho såra over avgjeringa som vart vedteke. Ho var åleine i håpet om å få avslutte livet heime. Lohne (2010, s.108-121) forklarar dette ved at ei oppleving av håplausheit kan få pasienten til å føle blant anna einsamheit, hjelpelausheit og oppgittheit. Det er dokumentert at menneske som håper, lever lenger enn dei som ikkje gjer det. Pasienten døyde kort tid etter ho kom på sjukeheim, kanskje fordi ho ikkje lenger hadde eit håp. Difor vil eg poengtere at det kan ligge fakta i sitatet frå Kristoffersen og Breievne (2005, s.178) ”Håpet gjør det verdt å leve”.

5.3 Korleis fremje håp

Hammer (et al., 2009) si studie visar at tillit, tru og aksept var faktorar som fremja håp. Ifølgje Eide og Eide (2011, s.20-21) skapar kommunikasjon både tillit og trygghet. Travelbee meiner kommunikasjon og intellektuell tilnærming står sentralt hjå sjukepleiar i samhandling med pasienten. Ho seier det er eit menneske-til-menneske forhold mellom sjukepleiar og pasient, der partane er likeverdige roller (Kristoffersen, 2005, s.21-22). Ut i frå forskning kan dette vise seg å stemme. Håp kunne dannast gjennom eit menneske-til-menneske forhold ved å bli kjent som menneske og det å bli oppmuntra av sjukepleiarens positive halding og bekreftande relasjon. Tru, aksept og ein følelse av at ein er god nok og ønska ville hjelpe personen til å håpe (Hammer et al., 2009). Ifølgje Buckley og Herth (2004) si studie, bidrog trua på familie, vener og helsepersonell til å fremja håp.

Eg meiner det kan vere viktig for sjukepleiar å vite at det er ikkje ein sjølvsgde ting, det at pasienten skal klare å behalde håpet. Ifølgje Lohne (2010, s.108-121) ligg det ein mogleg skuffelse bak det, og ei slik usikkerheit kan vere vanskeleg å leve med og kan bidra til at

pasientar ikkje vågar å håpe. Eg meiner difor at det å fremje håp er viktig sjukepleie. Ifølgje Travelbee (1999, s.27-33) veit ein dyktig sjukepleiar at eit av dei største problema vil vere den sjuke si halding til sjukdomen, grunna konsekvensar den kan få for han sjølv og dei rundt. Ut i frå mi erfaring kan dette blant anna vere smerte, hår tap, kvalme eller det å ikkje klare å ivareta grunnleggjande behov som stell. Ifølgje Kristoffersen (2005, s.21-22) befinner pasienten seg i ein situasjon prega av liding og mangel på oppleving av mening. Sjukepleie skal hjelpe pasienten til å akseptere sin sårbarheit som menneske og bevare håpet. Travelbee (1999, s.37) seier sjukepleiar må gå inn for å hjelpe pasienten til å meistre sjukdom og liding, og finne ei mening i desse erfaringane. Dette er ei vanskeleg sjukepleieoppgåve, som ikkje må unnvikast. Lohne (2010, s.108-121) poengterar viktigheita av dette ved å seie at dersom pasienten finn mening i lidinga, gir det ei oppleving av håp.

Resultat frå studia av Olsson (et al., 2010) var at pasientane greidde å oppretthalde håp ved å kommunisere, spesielt med helsepersonell, om liv og død og vere open om desse tankane. Dette er same tilfellet ifølgje Buckley og Herth (2004), der palliative pasientar meinte positive relasjonar med pleiarar og at dei kunne kommunisere med kvarandre, var faktorar som fremja håp. Sjukepleie kan få pasienten til å føle håp ved å vise høflegheit, venlegheit, humor og grunnleggjande omsorg. Olsson (et al., 2010) meinte open kommunikasjon med familie, vener og pleiarar bidrog til tryggleik og følelse av håp. Hynne og Kvangarsnes (2012) visar til at kreftsjukepleiarar i kommunehelsetenesta meinte informasjon og støtte til den einskilde familie sine behov var viktig for å kunne hjelpe pasient og pårørande til å meistre og leve med alvorleg sjukdom. Dette støtter Travelbee (1999, s.37) sia ho meiner at det å hjelpe pasient og pårørande til å meistre sjukdom og liding, er ei viktig oppgåve for den profesjonelle sjukepleiar. Eide og Eide (2011, s.56) meiner at for ein døydde pasient kan det å verte lytte til, samt kontakt og forståing, bringe inn eit håp for dagen som kjem eller eit forsonande element i møtet med det som er i vente. Buckley og Herth (2004) visar til at palliative pasientar hadde ei mening om at oppløftande minner fremja håp. Dette kan sjukepleie fremje ut i frå det Travelbee beskriv som ein prosess, der sjukepleiar og pasient overfører og formidlar tankar og følelsar til kvarandre (Kristoffersen, 2005, s.31-32).

Sjuepleie kan fremje håp ved å støtte og hjelpe pasienten til å vere positiv og ha fokus på hans positive eigenskapar, ifølgje Buckley og Herth (2004). Dette er også eit av funna i Hammer (et al., 2009) si studie, der håp omhandla realistisk optimisme. Pasientar med livstruande sjukdom vil leite etter teikn på at det å håpe framleis har verdi. Kreftpasientar vil ha håp om helbreding tidleg i sjukdomsforløpet, men håpet kan endre seg undervegs (Kristoffersen og Breievne, 2005, s.178). Olsson (et al., 2010) visar også til dette, der behova til kreftpasientar i palliativ fase ikkje berre varierar frå pasient til pasient, men også over tid. Ifølgje Sanders (et al., 2012) kan pasientane miste håpet om helbreding og overleving. Det kan endre seg til og håpe på det oppnåelege som smertelindring, åndeleg fred, livskvalitet eller ein fredfull daud. Sjukepleie kan oppretthalde eller fremje håp dersom dei greier å tilfredsstille desse elementa hjå den kreftsjuke.

Helsedirektoratet (2013) legg fram at det kan dannast tiltaksplan for å ivareta den døyande, som blant anna bør innehalde delmål om optimal lindring av plagsomme syndrom. Lohne (2010, s.121) påpeikar at å gi hjelp til smertefriheit, tryggleik og fredfullheit er sjukepleiarens utfordring. Ilkjær (2011, s.749) seier at palliativ sjukepleie skal omhandle blant anna lindring av smerte og andre symptom, fremje livskvalitet og bekrefte livet og sjå dauden som ein naturleg prosess. Ein kan sjå det slik at dette er nokre av faktorane som kan hjelpe pasienten til å finne eit håp og ei meining i sjukdomen og erfaringane, noko som er ei vanskeleg oppgåve for sjukepleiar, ifølgje Travelbee (1999, s.37). Ein kan sjå konsekvensar dersom sjukepleiar ikkje greier det, ifølgje studia av Buckley og Herth (2004). Der kom det fram at ukontrollert smerte og ubehag hemma håp. Hammer (et al., 2009) visar også viktigheita av dette, ved at håp blant anna er fråvær av liding.

Ut i frå mi erfaring frå heimesjukepleia har fleire kreftpasientar i palliativ fase eit håp om å avslutte livet i eigen heim, oftast fordi det er kjende omgivadar med sine nære rundt, noko som skapar tryggleik. Ilkjær (2011, s.746-747) seier nokon ønskjer å døy heime fordi det er ein trygg stad. Likevel opplev dei fleste størst tryggleik ved å vere i institusjon der dei er omgitt av fagpersonar. Tal frå Statistisk sentralbyrå kan tyde på dette, sidan berre 14.4% døyde i eigen heim i 2008. Eg kan forstå Helsedirektoratet (2013) då dei seier at gode ferdigheitar i kommunikasjon er svært viktig i møte med pasientar i palliativ fase av ein kreftsjukdom. Fordi dersom sjukepleiar tidleg i palliativ fase kan gi informasjon til pasient og pårørande om eventuell

overflytting til sjukeheim, kan dei vere førebudd på å kome i den situasjonen og dermed ikkje sjå på det som eit tap av håp om ein verdig og fredfull daud. Her kan dei få informasjon om blant anna årsak til at pasienten eventuelt ikkje kan vere heime lenger, slik som til dømes at ein ikkje oppnår optimalisering av smertelindring, tryggleiken i det å vere på institusjon og at det er fagpersonar til stades heile døgeret. Slik kan sjukepleie bidra til å fremje nytt håp, dersom det førre ikkje kunne oppfyllest. Helsedirektoratet (2013) seier ein viktig del av kommunikasjonen med alvorleg sjuke er å tillate å snakka om siste fase av livet og dauden.

I pasienthistoria frå heimesjukepleia nemnt tidlegare, undrar eg på om noko kunne vore gjort annleis slik at ho kunne fått ønskjet oppfylt om å døy heime. Fjørtoft (2012, s.86) meiner pasienten skal kunne bu heime så lenge det er forsvarleg og ønskjeleg. Helsepersonellova (1999) seier at helsehjelpa blant anna skal vere fagleg forsvarleg (Fjørtoft, 2012, s.170-171). Helsedirektoratet (2013) påpeikar at i tilfelle der pasienten ikkje kan vere heime lenger skal heimesjukepleia henvise til og samarbeide med sjukeheim. Ifølgje Fjørtoft (2012, s.86) er det viktig å hugse på at omsorg for døyande også må inkludere pårørande når ein slik påkjenning påverkar heile familien. Fjørtoft (2012, s.90-91) meiner at sjukepleie til pasientar i palliativ fase omhandlar dei fire t-ane, som er trygghet, tillit, tid og vere til stades. Hammer (et al., 2009) seier at tillit til at det vil gå bra for ein sjølv og andre, og bli oppmuntra frå pleiarens halding og tillit var med på å fremje håp. Sjukepleie kan med sin faglege kompetanse, innleving og omsorg bidra til å gjere den siste fasen til ei betre tid (Fjørtoft, 2012, s.90-91). Hynne og Kvangarsnes (2012) visar til at fagleg kompetanse er viktig, sidan kreftsjukepleiarar meiner at det er nødvendig at ein har kunnskap i situasjonen som pasienten ikkje har kan svare på. Ut i frå dette er mi tolking at håp om å få avslutte livet heime kan realiserast dersom pårørande er inkludert, og at dei og pasienten er trygge på at det er forsvarleg å vere heime, og at sjukepleie har fokus på godt samarbeid med begge partar. Dette gjennom god kommunikasjon og informasjon, heilt i frå starten av. Dette støtter Ilkjær (2011, s.746-747) meg i, då ho meiner at pasienten kan få moglegheit til å døy heime, dersom det er tilstrekkeleg hjelp frå heimesjukepleia.

Lov om pasient og brukarrettigheitar (1999) seier blant anna at pasienten har rett til medverknad, informasjon og sjølvbestemming (Fjørtoft, 2012, s.170-171). Dette kjem til uttrykk gjennom kommunikasjon, der pasienten vert involvert i beslutningar som er begrunna i etiske verdiar som

respekt, autonomi og omsyn til det beste for han. Slettebø (2012, s.42) seier sjukepleiarar ofte må ta stilling til vanskelege situasjonar, og evna til å gjenkjenne og løyse dei på ein tilfredsstillande måte er viktig for sjukepleiarar. Nemnt pasienthistorie er eit døme på etisk dilemma, der sjukepleie løyste det med omsyn til både pårørande og pasient og hadde fokus på best mogleg utfall for begge partar, slik situasjonen der og då var.

6 AVSLUTNING

Målet med oppgåva var å utforske betydinga av håp hjå kreftpasientar i sluttfasen av livet og korleis sjukepleie kan fremje håp.

Oppgåva synar at håp er av stor betyding hjå kreftpasientar som har fått beskjeden om at livsforlengjande behandling ikkje lenger er aktuelt. Likevel vil mange ha håp som kan bidra til at augeblikka og kvardagen vert meiningsfulle og betydingsfulle, både for seg sjølv og dei rundt. Oppgåva syner at håp ikkje nødvendigvis treng å vere eit håp om å overvinne sjukdomen, men at ein har eit forsonande blikk med det som er i vente, og ei målsetjing om at noko godt kan førekome i framtida. Kristoffersen (2005, s.177) meiner håp er identifisert i å vere eit av dei viktigaste elementa hjå kreftsjuke, og er avgjerande for korleis han meistrar livet og situasjonen han som pasient står i når han opplev tap, liding og usikkerheit. Kristoffersen og Breievne (2005, s.178) kan tydeleggjere betydinga av håp, ved at ”Håpet gjør det verdt å leve. Så lenge det er liv er det håp”.

Oppgåva syner at sjukepleie kan bidra til å fremje håp, spesielt gjennom kommunikasjon, som Travelbee meiner står sentralt hjå sjukepleiar i samhandling med pasienten (Kristoffersen, 2005, s.21-22). Pasient og pårørande ser på sjukepleiar sin veremåte med fokus på blant anna tillit, humor, korleis ho svarar og måten ho lyttar på. Difor er det viktig at sjukepleiar er observant for korleis ho *er* i samband med pasient og pårørande. Og i tillegg møte pasienten uavhengig om håpet er realistisk eller ikkje, og vurdere saman med pasient og pårørande kva som er best løysing.

Eg vil avslutningsvis påpeike at håp kan vere med på å gjere den siste fasen av livet godt, tross dauden som er i vente. Dersom pasienten greier å ivareta og oppretthalde håpet, kan det også føre til at pårørande sit at med eit godt minne på korleis den siste tida vart. Difor er det viktig at sjukepleie tar håp på alvor, og gjer det ho i kan for å fremje det. Oppgåva avsluttar med Lohne (2010, s.121) sine ord: ”Håp og sjukepleie eksisterar så lenge livet eksisterar”.

REFERANSELISTE

Buckley, J. & Herth, K. (2004). Fostering hope in terminally ill patients. *Nursing Standard*, 19(10), 33-41.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner* (2.utg). Gyldendal Akademisk.

Fjørtoft, A. K. (2012). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter* (2.utg). Fagbokforlaget.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier* (3.utg). Stockholm: Natur och kultur.

Fuggeli, P. (2010, 8.juni). Aftenposten. Henta frå:

<http://www.frilanseren.no/finnsitat.asp?forfatterid=917>

Grov, E. K. (2012). Geriatrisk sykepleie. *Hjemmet som lindrende enhet for gamle døende*, 2012;4(3)26-33

Hammer, K., Mogensen, O., & Hall, E. (2009). The meaning of hope in nursing research: A meta- synthesis. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 23(3), 549-557.

Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Henta frå:

<http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/Palliasjon/Forord>

Hynne, A. B., & Kvangarsnes, M. (2011). Å vere kreftsjukepleiar i kommunehelsetenesta – ein intervjustudie om funksjonar og yrkesrolle. *Vård i Norden*. 32(1)27-31.

Ilkjær, I (2011). Den døende pasienten – døden som sosiologisk – biologisk fenomen. I I.M. Holter, & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. (4.utg., s.742-783). Oslo: Akribe AS.

Kreftregisteret. (2013). *Institutt for populasjonsbasert kreftforskning*. Henta frå:

<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/>

Kristoffersen, N. J. & Breievne, G. (2005). Lidelse, håp og livsmot. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, Bind 3* (s.157-205). Oslo: Gyldendal akademisk

Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie, Bind 4* (s. 13-99). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kunnskapssenteret. (2006). *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. Kvalitativ sjekkliste henta frå:

<http://www.kunnskapssenteret.no/verkt%C3%B8y/sjekklist-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Lohne, V. (2011). Håp og håpløshet. I I. M. Holter, & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2* (4.utg., s.108-124). Akribe AS.

Olsson, H, & Sörensen, S. (2009). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.

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.

- Rønning, M., Strand, E., & Hjermetand, M. J. (2007). Palliativ behandling utenfor sykehus-hjemmesykepleien. I Kaasa, S. (Red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (2.utg., s 213 – 228). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sanders, J., Seda, J. S., & Kardinal, C. G. (2012). The Changing Hope Trajectory in Patients With Advanced-Stage Cancer: A Nursing Perspective. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 16(3), 241-242.
- Slettebø, Å. (2012). Etske dilemmaer. I B. S, Brinchmann. (Red.) *Etikk i sykepleien* (3.utg., s.42-54). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Slettebø, Å. (2012). Forskningsetikk. I B.S, Brinchmann. (Red.) *Etikk i sykepleien* (3.utg., s.209-226). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget

VEDLEGG 1 – Resultattabell

For å kvalitetetssikra dei fire forskingsartiklane, er det ,som tidlegare nemnt, nytta kvalitativ sjekkliste frå Kunnskapssenteret (2006).

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utval	Resultat
Buckley, J., og Herth K (2004) Fostering hope in terminally ill patients	Identifisere strategiar pasientar i palliativ fase nytta for og oppretthalde og fremje håp. Undersøkje om resultatata av ein nordamerikansk studie av Herth (1990) kunne førekome hos pasientar som får palliativ behandling i England.	Kvalitativ studie. Metoda byggjer på bakgrunnsdata (alder, kjønn, diagnose, trøttheit- og aktivitetsnivå), Herth Hope Index (HHI) og semistrukturert intervju. HHI byggjer på 12 punkt om håp, der pasienten kan score mellom 1-4. Sum i score kan variere mellom 12-48, der høg poengsum tydar større håp.	16 pasientar i palliativ fase vart intervjua. Dei vart spurt om eit neste intervju, der fire deltakarar svara ja. Det var to menn og to kvinner med kreft.	Studia fekk 39 score i gjennomsnitt. Same som Herths studie, som er utført tidlegare. Resultat var sju kategoriar som fremma håp, og tre som hemma håp. Sjukepleie kan spele ei rolle for å få pasienten håpfull, ved å vere høfleg, vennleg, i stand til å le ilag med pasienten, og vise grunnleggjande omsorg. Ut i frå intervjurunde to med fire deltakarar, basert på HHI, viste det at for to av dei vart håpet redusert, ein behaldt same ”score” og hjå ein deltakar vart håpet styrka.

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utval	Resultat
<p>Hynne, A.B., og Kvangarsnes, M. (2012). Å vere kreftsjukepleiar i kommunehelset enesta – ein intervjustudie om funksjonar og yrkesrolle</p>	<p>Kva det vil seie å vere kreftsjukepleiar i kommunehelset enesta .</p>	<p>Kvalitativ studie med forskingsintervju . Intervjuet vart teke opp på lydband. Skriftleg samtykke vart innhenta.</p>	<p>Åtte kreftsjukepleiar ar vart spurt om å delta, ein svarte nei. Kriteriet var at alle hadde jobba som kreftsjukepleiar i minimum to år etter vidareutdanning . Det vart gjennomført eit prøveintervju med ei som hadde hatt ei tidsavgrensa stilling for eitt år sidan. Dette vart tatt med i datasamling.</p>	<p>Sjukepleiarar må ha nødvendig kunnskap som pasienten ikkje har. Det vert avgjerande for å skape tillit. Fagkunnskap er viktig for å gjere ein god jobb. Tillit og fridom til å utforme yrkesrolla i stillinga fører til motivasjon og arbeidsglede, som kan styrke sjukepleiarens profesjonelle identitet.</p>

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utval	Resultat
Olsson, Östlund, Strand, Grassman og Friedrichsen (2010) "Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative home care"	Beskrive ulike prosessar kreftpasientar i palliativ fase nyttar for og oppretthalde håp.	Ei kvalitativ studie. Det er samla data gjennom to intervjurundar og pasientføring av dagbok.	11 pasientar deltok i studia. Eit av kriteria for å kunne delta i studia er at pasienten i palliativ fase, er i eigen heim. 9 pasientar deltok i neste intervju, om lag seks veker seinare. Grunna psykiske symptom og dødsfall.	To prosessar for å bevare håpet nær dauden: fortsetje livet og førebu seg på dauden. Prosessar for å oppnå dette var kommunikasjon om liv og daud, open om tankar, hjelp av menneske rundt ein.

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utval	Resultat
<p>Hammer, Mogonsen og Hall (2009). "The meaning of hope in a nursing research: a meta-synthesis"</p>	<p>Utvikle ein metasyntese av sjukepleieforskning innan håp, erfart av friske og sjuke menneske.</p>	<p>Ein metasyntese, der 15 kvalitative studiar om håp frå ulike samanhengar, kulturar og tidsperiode er samla.</p>	<p>Det totale antal deltakarar var 291. Studiane er utført i USA, Storbritannia, Canada, Australia, Noreg, Sverige og Finland.</p>	<p>Resultat frå studiane vart nummerert i seks kategoriar. Sjukepleiar bør lytte til pasienten, og dermed vere i stand til å svare på ein omsorgsfull måte. Forslag er å danne ein plan saman med pasienten, som omfattar metaforar og dimensjonar, for å vedlikehalde håp. Studias forslag til sjukepleiarar er å bruke ein plan for håp, som omfattar både metaforar og dimensjonar. Saman kan sjukepleiar og pasient planlegge korte, lengre og langsiktige mål, ved hjelp av kategoriane i denne metasyntesen.</p>