



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# EKSAMENSINNLEVERING

---

Emnekode: SYKHB3001

Emnenavn: Sykepleie, Forskning og Fagutvikling-  
Bacheloroppgave

Vurderingsform: Prosjektoppgave

Kandidatnr: 10

Leveringsfrist: 21.02.2014, kl 14.00.

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær eksamen

Antall ord: 7839

# Håp hos pasienter med lungekreft

## LEDESTJERNA

Det er mørkt sier du.  
Å, ja- det er ofte mørkt  
På veiene, bror. Men mennesket  
Må VILLE sin ledestjerne, ønske den  
Så hett og inderlig  
Av hele sitt vilskne hjerte  
At mørket plutselig slår ild  
Og stjerna står der  
Tindrende stor og klar  
Over de frosne veiene

Hans Børli

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Høgskolen Stord/Haugesund avd. Haugesund  
Kull 2011  
Antall ord: 7839

## **Sammendrag**

Pasienter med lungekreft som er under palliativ behandling har et stort behov for å oppleve håp. Dersom pasientene opplever stor grad av håp, vil de lettere kunne møte hverdagens utfordringer. Det trengs økt fokus blant sykepleiere på å styrke håpet hos disse pasientene.

Sykepleier har en stor rolle i ivaretagelsen av håp hos pasienten. Gjennom en litteraturstudie skal jeg finne ut hvilke faktorer som er viktige for å ivareta håp hos pasienter med lungekreft i palliativ fase. Det kommer frem at det er mange individuelle faktorer som spiller inn på håpet hos pasientene. Hver pasient har sine verdier. Det viktigste sykepleier kan gjøre for å hjelpe pasienten med å ivareta håp, er å være tilstede i situasjonen og å lytte til pasienten.

## **Abstract**

A lung cancer patient in palliative care has a great need to experience hope. With hope, the patient will be better equipped to face life with a positive attitude. We need a greater focus among nurses in strengthening the hope in these patients.

Nurses have a big role when it comes to helping the patients maintain hope. This study is going to find the factors that are of importance to help patients with lung cancer in palliative care to maintain their hope. The study shows that there are many individual factors that are important to the patients. Each patient values different factors. The most important thing a nurse can do to help the patients maintain hope is to listen and be present in the situation.

## Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG .....</b>	<b>II</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>IV</b>
<b>1.0. INNLEDNING.....</b>	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	1
1.2 HENSIKT MED OPPGAVEN .....	1
1.3 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING .....	1
1.4 AVGRENSNING .....	2
1.4 BEGREPSAVKLARING.....	2
<b>2.0. TEORI .....</b>	<b>3</b>
2.1 SYKEPLEIETEORETISK PERSPEKTIV .....	3
2.2 HÅP.....	4
2.3 HVA ER KREFT? .....	5
2.1.1 Lungekreft.....	5
2.4 PALLIASJON.....	6
<b>3.0. METODE .....</b>	<b>7</b>
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE .....	7
3.2 LITTERATURSØK .....	8
3.3 KILDEKRIK.....	9
3.4 ETISKE ASPEKTER.....	10
<b>4.0. RESULTAT .....</b>	<b>11</b>
4.1 PRESENTASJON AV FORSKNINGSARTIKLER .....	11
<b>5.0 DRØFTING .....</b>	<b>13</b>
5.1 HÅP SOM EN INDRE FAKTOR.....	13
5.1.1 Håpet er positivt og fremtidsrettet.....	13
5.1.2 Mål og kontroll som en kilde til håp.....	14
5.1.3 Håpet om et liv etter døden.....	16
5.2 NÆRE RELASJONER SOM EN HÅPSSTØTTENDE FAKTOR.....	16
5.2.1 Helsepersonell som en håpsstøttende faktor.....	17
5.3 HÅP I FORHOLD TIL BEHANDLING .....	18
<b>6.0 AVSLUTNING.....</b>	<b>21</b>
<b>REFERANSELISTE .....</b>	<b>22</b>

## **1.0. Innledning**

Kreft er en sykdom de fleste kjenner til, og er i Norge den vanligste dødsårsaken etter hjerte – og karsykdommer (Buanes, Ingvaldsen, Jacobsen, Kjeldsen & Røise, 2009, s.22). I 2011 var det 29907 nye registrerte krefttilfeller i Norge. Det er en økning på 1636 tilfeller i forhold til året før. Av disse tilfellene var 2842 registreringer lungekreft. Før ble ondartede svulster som oppstår i lungene påstått å være blant de sjeldneste former for kreft (Giæver, 2008). I dag er lungekreft en av de kreftformene som har lavest overlevelsesrate etter fem år. Det var den kreftformen i Norge flest døde av i 2010 (Kreftregisteret, 2013). Det er også den vanligste årsaken til død som følge av kreft på verdensbasis. (Giæver, 2008). Håp er et sentralt begrep for uhelbredelig syke mennesker. Uten håpet hadde det vært vanskelig å oppholde seg i en sykdomsverden over lengre tid. Det vil alltid være et viktig aspekt, og kan tenkes å ha innvirkning på helsetilstand og dødelighet.

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Som sykepleier kommer en til å treffe pasienter med en kreftsykdom. Det er en pasientgruppe man treffer innen mange av de forskjellige helseinstansene. Under medisinsk praksis ved lungesengeposten var det mange pasienter som gjorde inntrykk. Pasienter som vet at de skal dø har lett for å gi opp håpet. Dette skapte en interesse for innvirkningen håpet har på pasientene, og hva som skal til for å styrke håpet hos pasienter som vet at de snart skal dø. Håpet kan endre seg fra å handle om å overleve til å handle om de faktorer som den enkelte pasient finner viktige. Mange av pasientene som får lungekreft starter nesten umiddelbart den palliative fasen. Det er derfor viktig å finne ut hva som gir og opprettholder håpet i en slik situasjon.

### **1.2 Hensikt med oppgaven**

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvilke faktorer som er viktige for at pasienter med lungekreft skal kunne oppleve håp i den palliative fasen av sykdommen.

### **1.3 Presentasjon av problemstilling**

” Hvordan ivareta håp hos pasienter med lungekreft i palliativ fase?”

## **1.4 Avgrensning**

Begrepet palliativ fase vil her brukes om tiden fra pasienten får beskjed om at det ikke finnes en kurativ behandling for sykdommen.

Oppgaven vil hovedsakelig ha fokus på pasienter med lungekreft, men resultatene vil ha en viss overføringsverdi til den palliative fasen hos andre pasientgrupper. Noen av forskningsartiklene vil handle om pasienter med kreft på generell basis. Pasientene denne oppgaven tar utgangspunkt i er voksne, det vil si over 18 år. Jeg har valgt å ikke gå ut fra en spesiell behandlingsinstitusjon, da oppgaven vil være relevant for pasienter uavhengig av behandlingsinstitusjon. Oppgaven vil beskrive håpet i forhold til pasienten, og vil ikke ta med pårørende som annet enn en viktig faktor i forhold til å ivareta håpet hos pasienten.

## **1.4 Begrepsavklaring**

Ezra Stotland (sitert i Rustøen, 2004, s. 44) sier at håp er ansett for å være en forventning større enn null for å oppnå et mål. Håp har med forventning å gjøre, en forventning om å oppnå noe man ønsker seg. Håp er noe man ser frem til, som man ønsker og har tillit til.

Palliasjon har som mål å legge til rette for at pasienten skal oppleve god livskvalitet ved uhelbredelig, dødelig sykdom (Strang & Beck-Friis, 2012, s.12).

Lungekreft er maligne svulster som primært oppstår i lungene (Giæver, 2008).

## 2.0. Teori

### 2.1 Sykepleieteoretisk perspektiv

Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee (2001, s.117) definerer håp som en mental tilstand som kan karakteriseres ved ønsket om å oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av at det en ønsker er innenfor det oppnåelige. En har tro på at dersom en oppnår det en håper på, så vil det bli mer meningsfylt, mer behagelig eller gi større glede.

Å hjelpe syke mennesker til å oppleve håp for å mestre sykdom og lidelse, er en rolle en har som profesjonell sykepleier. Det er den profesjonelle sykepleierens rolle å hjelpe pasienten med å holde fast ved håpet, og å unngå håpløshet. Det viktigste en sykepleier kan gjøre for å hjelpe pasienten med dette er ifølge Travelbee (2001, s.124) å gjøre seg tilgjengelig og å være villig til å hjelpe. Hun beskriver sykepleie som en mellommenneskelig prosess. Det er i denne prosessen en kan hjelpe pasienten med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og å finne en mening med disse erfaringene (Travelbee, 2001, s.29).

Kari Martinsen (2003, s.69) skriver at omsorg er en grunnleggende forutsetning i livet. Hun mener at sykepleiefaget er bygd opp rundt begrepet omsorg. Martinsen beskriver en fundamental menneskelig avhengighet ovenfor hverandre, som spesielt trer frem i perioder med sykdom og lidelse. Svaret på denne avhengigheten er omsorg. Et av målene en har gjennom sykepleien er å forløse de positive livserfaringene i den andres lidelse. For å klare dette må en være medlidende og åpen for pasientens smerte og lidelse, men samtidig være i stand til å faglig vurdere tilstanden.

Martinsen (2000, s 11) skriver også om en personorientert profesjonalitet. Hun fremhever at det å være profesjonell ikke står i motsetning til å være personlig, involvert og å vise følelser. Å være profesjonell er å våge å være menneske, og å stille seg åpen for følelser som lar den andre personen tre frem. Det er også å etterspør fagkunnskaper som gir oss muligheten til å se pasienten som et lidende menneske, og som verner om pasientens integritet. Det handler om å engasjere seg i møtet med pasienten. En må være villig til å investere noe av seg selv og gjøre sitt beste for å hjelpe pasienten (Martinsen, 2000, s.14).



## 2.2 Håp

Et av de mest sentrale begrepene for uhelbredelig syke pasienter er håp. Uten håpet som drivkraft ville det være vanskelig å holde ut i en verden av sykdom over en lengre periode. I en dansk rapport fra pasienters møte med helsevesenet kommer det frem at det gjennom vitenskapelig litteratur er belegg for å si at håp alltid vil være et viktig aspekt som har betydning for livskvalitet. Det kan tenkes at håp har innflytelse på helsetilstand og dødelighet (Kaasa, 2007, s.125). Man vil lettere kunne mestre vanskelige situasjoner og hendelser i livet hvis man har håp. Håp kan gi den styrken en trenger for å mestre lidelse, og kan være den avgjørende faktoren for å ikke gi opp. Det er vist at pasienter med kreft som holdt håpet oppe og hadde en såkalt "fighting spirit", hadde bedre prognose enn de pasientene som reagerte med fatalisme og hjelpeløshet (Rustøen, 2004, s.43). Man kan si at håp og håpløshet gjenspeiler den indre sinnstilstanden og følelsen av livskvalitet. Det viser en persons holdning til situasjonen både nå og fremtidig (Kaasa, 2007, s.126). Det er viktig å huske at håpet ikke bare kan knyttes til helbredelse, men også til andre forventninger.

Det finnes flere definisjoner av håp. En definisjon av håp er at håp er en dynamisk og fremtidsorientert prosess som reaksjon på vanskelige livsbegivenheter. Det innebærer blant annet troen på at man vil være i stand til å håndtere og motvirke vanskeligheter (siteret i Kaasa, 2007, s. 126). Hos uhelbredelig syke kreftpasienter vil ikke håpet alltid dreie seg om å overleve. Mange vil oppleve håpet som en styrke, eller en indre drivkraft for å nå et mål. Selv tett på døden kan det gjennom god behandling, pleie og omsorg, være mulig å fremme håp (Kaasa, 2007, s.128).

Marie Aakre (1995, s.36-37) skriver at vi kan se håp i det håpløse og mening i det meningsløse overraskende ofte. Folk kan hente frem imponerende styrke og kraft når de må. Håpet vil ikke forsvinne, men det vil endre form og innhold. Det vil også være tilstede i perioder der alt kan synes mørkt. Dagens menneskesyn handler ofte om det gode liv. Vi vil ha solsidene av livet, ikke skuffelser, tap og lidelse. Vi har gått fra troens tid til vitenskapens tid, og vi vil helst ikke innse at vi er dødelige. Døden er ikke lengre et naturlig del av vårt menneskesyn. Aakre (1995, s.37) skriver at helheten, det å gi plass til både lys og mørke, nåtid, fortid, fremtid, ånd, sjel og kropp, vil gi det sikreste ankerfeste i håp. Hun trekker også frem sannhet og kunnskap som en viktig faktor for å holde på håpet. Hun skriver at selv om sannheten er vond, så vil den frigjøre oss. Det kommer bare an på hvordan sannheten formidles og forvaltes.

Håpløshet er motpolen til håp. Det er tilfeller der pasienter føler at alt synes håpløst. Håpløshet kan ha sitt utspring i maktesløshet og fortvilelse. Det blir feil å si at pasienten ikke har håp. Man bør undersøke hva pasienten mener med at alt er håpløst. I mange tilfeller vil det ligge til grunn at pasienten har håp som er uoppnåelige i forhold til situasjonen. Et eksempel på dette kan være pasienter som ønsker å se barna vokse opp (Kaasa, 2007, s.128). Mark Sullivan (sitert i Kaasa, 2007, s.128) sier at håpløshet ikke er fravær av håp, men en tilknytning til et håp en har mistet. En annen ting som gjør at pasientene kan oppleve håpløshet er at plagsomme symptomer blir ukontrollerbare. For å forhindre dette er det viktig at symptomlindringen er av optimal karakter (Kaasa, 2007, s.128). Marie Aakre skriver at uttrykket ”når det ikke lengre er håp”, er det samme som å si at vi kan ikke gjøre noe mer. Hun mener at dette er et uttrykk som blir brukt alt for ofte. Det blir et symbol på avmaktens språk, og en illustrasjon på et av problemområdene i vår tenkning.

### **2.3 Hva er kreft?**

Kreft starter på cellenivå og kan etter hvert sette i gang en rekke prosesser i organismen. Sykdommen kan skade et enkelt organ, et organsystem, eller hele organismen. Konsekvensene er at pasienten blir rammet både fysisk og psykisk (Nome, 2010, s.367).

Betegnelsen kreft brukes om en ondartet svulst. En kan karakterisere kreft som en forstyrrelse i celledelingen, celledifferensieringen og vevsorganiseringen. Det kan vokse raskt, og har evnen til å infiltrere og ødelegge annet vev. Kreft vil klassifiseres ut fra celletype, organet svulsten går ut fra og om det er ondartet eller godartet (Buanes et al., 2009, s.23). Sykdommen kan også spre seg fra ett organ til et annet, ofte gjennom blodbane og lymfekar. Når kreft sprer seg til andre organer, kaller vi disse for metastaser. Ordet spredning blir også brukt i denne sammenhengen. Kreft inndeles i stadier ut ifra hvor langt sykdommen har utviklet seg. Dette for å vurdere prognosen og for å bestemme hvilken behandling pasienten skal ha. Man deler kreft inn i fire stadier. Det første stadiet er lokal vekst, og det fjerde stadiet er fjernmetastase til andre organer (Buanes et al., 2009, s.26).

#### *2.1.1 Lungekreft*

Lungekreft er betegnelsen som brukes om svulster som primært oppstår i lungen. Lungekreft deles inn i ikke-småcellet lungekarsinom, småcellet karsinom og karsinoid. Den største

disponerende faktoren er røyking. Luftforurensning, yrkesmessig eksponering for diverse stoffer og arv er også disponerende årsaker. Symptomene er varierende, men hoste, hemoptyse, pneumoni, tung pust, obstruksjon, slapphet og vekttap er vanlige tegn (Buanes et al., 2009, s.153). Foruten om anamnese og klinisk undersøkelse, utredes lungekreft ved hjelp av røntgen. Etter funn på røntgen blir neste steg i utredningen CT, bronkoskopi, PET-CT, biopsi eller tapping av pleuravæske (Brunsvig, 2010, s.449). På bakgrunn av disse undersøkelsene vil det bli bestemt hvordan sykdommen skal behandles videre. Behandlingen for lungekreft er kirurgi, strålebehandling eller cytostatika. Det er kun 20% av pasientene som får kirurgisk behandling som et alternativ (Brunsvig, 2010, s.451). Lungekreft har svært liten overlevelsesrate. Overlevelsen over fem år er bare 13% (Brunsvig, 2010, s.453). Dette betyr at behandlingen for lungekreft svært ofte har palliativ hensikt.

## **2.4 Palliasjon**

Palliasjon kommer fra det engelske fagfeltet palliative care. Det vil på norsk være et uttrykk for lindrende behandling. Til tross for en enorm utvikling innenfor medisinen de siste tiårene er det fortsatt mange pasienter som dør av kreft. Disse har behov for palliativ behandling (Kaasa, 2007, s. 31). WHO og European Association for Palliative Care definerer palliasjon som aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet (sitert i Helsedirektoratet, 2013).

Å få beskjeden om at en har kreft rammer både den som er syk og de pårørende. Det er en stor belastning å bli alvorlig syk. Belastningen blir brått større når en får vite at sykdommen ikke er kurerbar. Fokuset innen palliasjon er å opprettholde eller forbedre livskvaliteten. Det er en fordel for pasienten om de utfordringene som er av palliativ karakter blir overlatt til de som har sin spesialistutdannelse innen palliasjon (Kaasa, 2007, s.38).

### **3.0. Metode**

Metode vil fortelle oss hvordan vi bør gå frem for å finne eller etterprøve kunnskap. Det finnes ulike definisjoner på metode. Tranøy definerer metode som en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap, eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare (sitert i Dalland, 2007, s.83). Vilhelm Aubert definerer metode som et middel til å løse problemer og å komme frem til ny kunnskap (sitert i Dalland, 2007, s.83).

Man kan skille mellom kvalitativt orienterte og kvantitativt orienterte metoder. De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelse. Dette er noe som ikke lar seg måle (Dalland, 2007, s.84). Kvalitativ metode gir beskrivende data. Eksempler på dette er menneskets egne skrevne eller talte ord, og observasjon av atferd. Det er systematisert kunnskap om noe man ønsker å karakterisere. Man ønsker å finne noe som best beskriver et fenomen eller sammenheng i omverdenen, eller i individets livsverden (Olsson & Sörensen, 2009, s.68). De kvantitative metodene blir brukt for å forme informasjonen om til målbare enheter. Slik kan vi finne gjennomsnitt og prosenter av en større mengde (Dalland, 2007, s.84). Man kan dele kvantitativ forskning inn i beskrivende og forklarende prosjekter. Beskrivende prosjekter sier noe om en bestemt populasjon på et bestemt tidspunkt. For eksempel andelen menn og kvinner i ulike aldre som har lungekreft. Forklarende prosjekter ser på årsakssammenhenger. Et eksempel på dette er i hvilken grad en gitt eksponering vil føre til sykdom (Olsson & Sörensen, 2009, s.70).

#### **3.1 Litteraturstudie som metode**

En litteraturstudie innebærer å systematisk søke, kritisk granske og å sette sammen litteraturen innenfor et valgt emne eller område (Forsberg & Wengström, 2013, s.30). Det er litteraturen en skal studere, den allerede eksisterende kunnskapen. Man henter denne ved å søke i databasene. Man skaper ikke ny kunnskap, selv om nye erkjennelser kan komme frem når man setter flere undersøkelser/artikler opp mot hverandre. Litteraturstudien kan ses på som en systematisering av kunnskapen (Støren, 2013, s.17).

De fleste studier begynner med en problemstilling som skal besvares. For å finne svar på problemet starter en med en gjennomgang av den vitenskapelige litteraturen som belyser dette. Dette er en kritisk og viktig del av studien (Forsberg & Wengström, 2013, s. 46). Det finnes flere typer litteraturstudier: allmenn litteraturstudie, systematisk litteraturstudie og

begrepsanalyse (Forsberg og Wengstrøm, 2013, s. 17). Allmenn litteraturstudie kan betegnes som en litteraturoversikt eller gjennomgang. Utvalgte studier beskrives og analyseres, men sjelden på en systematisk måte. Systematiske litteraturstudier blir av Mulrow og Oxman definert som en studie som utgår fra et tydelig formulert problem. Dette besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (sitert i Forsberg & Wengstrøm, 2013, s. 27). Metaanalyse er en form for systematisk litteraturstudie. Denne typen studie henter og sammenligner data fra to eller flere empiriske studier. Dette gir mer materiale å analysere (Forsberg & Wengstrøm, 2013, s. 28, Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinar, 2008, s.206). En begrepsanalyse utføres ved å gjennomgå litteratur i den hensikt å tydeliggjøre eller øke forståelsen av de konkrete fenomenene som et begrep innebærer (Forsberg & Wengstrøm, 2013, s. 32).

Positive sider med litteraturstudie er at en får en stor mengde litteratur og forskningsmateriale samlet. For å kunne gjennomføre en god litteraturstudie er man avhengig av at det finnes et tilstrekkelig antall artikler. Disse må være av god kvalitet, slik at de utgjør et solid underlag for studien. En svakhet med litteraturstudien er at det kan være for lite litteratur innenfor visse områder. Det er også en svakhet at forfatterne velger artikler som understøtter deres egne standpunkt. Dette gjør at en kan komme frem til ulike konklusjoner innenfor samme område (Forsberg & Wengstrøm, 2013, s.26).

### **3.2 Litteratursøk**

Litteratursøk er en viktig del av en studie, både i innledende fase og under prosjektet. Det tar tid å søke etter litteratur. Informasjonsmengden som ligger ute på nettet blir stadig større. Dette stiller større krav til den enkeltes evne til å selektere (Nielsen, 2005, s.83).

Det har i denne oppgaven blitt brukt pensumlitteratur, annen relevant litteratur fra bøker og artikler som er funnet gjennom søk i relevante databaser på nettet. Det er hovedsakelig CINAHL, SveMed og sykepleien.no som er brukt til søk. I de fleste søkene er det huket av for peer reviewed. At en artikkel er peer reviewed vil si at den er fagfellevurdert. Forskningsartikkelen har gått gjennom en vurderingsprosess som blir brukt for å kvalitetssikre publikasjoner i forskning (Nordtvedt et al., 2008, s.207) I begynnelsen av prosessen var jeg inne på sykepleien.no for å se etter relevante artikler. Her fant jeg artikkelen *Hvordan kan sykepleier styrke pasientens håp?* av Vibeke Bruun Lorentsen. I referanselista til denne

artikkelen fant jeg flere artikler jeg ville se nærmere på. Ut fra disse ble det valgt ut en; *Fostering hope in terminal ill patients*. Denne har jeg valgt å bruke i oppgaven. Jeg søkte videre i SveMed. Jeg huket av for peer reviewed og läs online ved alle søkene som ble gjort i denne databasen. Først søkte jeg på håp. Dette gav seks treff. Ingen av dem var relevante for min problemstilling. Søkeordene håp+kreft, håp+lungekreft og håp+palliativ gav ingen treff. Jeg gikk derfor videre til CINAHL.

I CINAHL huket jeg av på peer reviewed og research article på alle søkene, og søkte først på hope og lung cancer. Jeg fikk tolv treff, der jeg leste en av disse. Denne artikkelen, *Hope in the context of lung cancer: Relationships of hope to symptoms and psychological distress*, ble tatt med videre til oppgaven. Videre søkte jeg på hope+cancer pulm og palliative care+cancer pulm. Disse ga begge null treff. Jeg søkte på palliative care+lung cancer. Dette gav 96 treff. Av disse leste jeg åtte sammendrag, og valgte ut to artikler jeg ville se nærmere på. *Receiving a diagnosis of inoperable lung cancer: Patients perspective of how it affects their life situation and quality of life* ble valgt ut til videre bruk i oppgaven. Jeg søkte videre på hope+terminal illness. Jeg fikk elleve treff og fant en artikkel av interesse. Denne artikkelen, *Hope in terminal illness: an evolutionary concept analysis*, er brukt videre i oppgaven.

### **3.3 Kildekritikk**

Kildekritikk blir brukt for å fastslå om en kilde er sann. Det vil si at man må vurdere den litteraturen man benytter seg av. Hensikten med kildekritikk er å gi leseren et innblikk i de refleksjonene som er gjort når det kommer til litteraturens relevans og gyldighet i forhold til problemstillingen. En kan også karakterisere tilgangen på litteratur, altså om det var lett eller vanskelig å finne litteratur om den aktuelle problemstillingen. Gjennom kildekritikk kan en vise at man er i stand til å forholde seg kritisk til det materialet som blir brukt i oppgaven (Dalland, 2007, s.72).

Originalartikler er primærkilder, og beskriver resultatene som kommer frem i et forskningsprosjekt. Nordtvedt et al. (2008) skriver at CINAHL er en relevant kilde for primærstudier. Derfor har jeg valgt å bruke denne søkemotoren når jeg har søkt etter litteratur. Hovedsakelig er det artikler som er <10 år som er aktuelle for oppgaven.

Artiklene ble sjekket opp mot Kunnskapssenterets (2014) sjekklister før de ble tatt i bruk. Alle artiklene er godkjent av etisk komite.

### **3.4 Etiske aspekter**

Når en går i gang med en litteraturstudie bør en gjøre noen etiske vurderinger. En bør sjekke at studiene en velger ut er godkjent av en etisk komite, eller at det er gjort etiske overveielser i forkant av studien. Når en skal presentere resultatene, skal alle resultat presenteres. Ikke bare de resultatene som støtter opp under forskerens eget synspunkt (Forberg & Wengström, 2013, s.70)

Å forske på pasienter som er i den palliative fasen av en sykdom gjør at en bør ta noen etiske hensyn. Reid (2009) skriver at forskning i en sårbar gruppe er etisk utfordrende, og det kan også by på praktiske utfordringer. Samtidig er forskningen viktig for å kunne gi omsorg og pleie av høy kvalitet til denne pasientgruppen. Sårbare pasienter skal bare inkluderes i forskning hvis det kan vises at det er et gode for pasienten. Det er viktig å ta hensyn til at pasient og pårørende ikke føler deltagelsen i en studie som en byrde.

Oppgaven er skrevet i tråd med generelle retningslinjer for oppgaveskriving for Høyskolen Stord/Haugesund.

## 4.0. Resultat

### 4.1 Presentasjon av forskningsartikler

*4.1.1 Hope in the context of lung cancer: Relationships of hope to symptoms and psychological distress. (Berendes, D., Cheavens, J.S., Keefe, F.J., Kothadia, S.M., Porter, L.S. & Somers, T.J., 2010.)*

Kvantitativ artikkel som viser håpets innvirkning på hvordan en takler lungekreft. 51 pasienter med lungekreft gjennomførte en telefonundersøkelse. Hensikt var å måle områdene håp, smerte, fatigue, hoste og depresjon. Pasientene varierte i hvor stor grad av håp de opplevde. Variasjoner i hvor mye håp pasienten opplevde, hadde en sammenheng med mengden fysiske plager som følge av lungekreft. Pasienter som opplevde håp i stor grad, hadde færre plagsomme fysiske symptomer.

*4.1.2 Hope in terminal illness: an evolutionary concept analysis. (Johnson, S., 2007.)*

Denne review artikkelen har som hensikt å utvikle håp som kunnskapsbasert sykepleie. Den ønsker og å bidra til å få frem ny informasjon om håp innenfor palliativ pleie. Målet er å kunne bruke denne kunnskapen til å øke livskvaliteten hos pasienter i livets slutfase. 17 artikler har blitt gjennomgått og analysert. Alle artiklene tar for seg om håp hos voksne pasienter som er i palliativ fase av en sykdom. En kom frem til ti særtrekk som førte til håp; positive forventninger, personlige kvaliteter, troen på noe etter døden, å ha mål, å være smertefri/ha det bra, omsorg, personlige relasjoner, kontroll, å kunne legge igjen en arv og å se tilbake på det levde livet. Opplevelsen av håp førte til trygghet i en usikker fremtid og aksept ovenfor egen situasjon. Håp gjorde at pasientene fikk fysisk og psykisk styrke til å sette mål, prioritere rett og å finne igjen troen. Håp hjalp pasientene med å sette pris på de gode stundene og å finne en mening med livet. Håp ble beskrevet som psykisk næring, og gjorde at livskvaliteten økte.

*4.1.3 Receiving a diagnosis of inoperable lung cancer: Patients' perspectives of how it affects their life situation and quality of life. (Berterö, C., Appelin, G. & Vahnanen, M., 2008.)*

Svensk, kvalitativ studie. Hensikten var å identifisere og beskrive hvilken innvirkning beskjeden om inoperabel lungekreft har på livssituasjon og livskvalitet. 23 pasienter mellom 36 og 86 år deltok i studien, som besto av kvalitative intervjuer. Resultatene etter intervjuet kunne deles inn i seks kategorier; Opplevelse av usikkerhet, opplevelse av håp, nettverk som



støtte, tanker om døden, følelse av skam og skyld, og pårørendes reaksjoner. Opplevelsen av håp gjaldt både håp om å overleve, håp om å klare seg gjennom behandlingen og bivirkningen av denne, håp om at behandlingen forlenger livet, håp om å ha et godt liv og å kunne nyte livet den tiden de hadde igjen. Det viktigste var å kunne fortsette å leve som normalt, i størst mulig grad.

#### *4.1.4 Fostering hope in terminally ill patients. (Buckley, J. & Herth, K., 2004.)*

Kvalitativ studie med hensikt i å undersøke meningen med håp, identifisere hvordan pasientene opprettholder håpet i livets slutfase, og å undersøke endringer i håpet. Studien er gjennomført i England, og går ut fra Herths' opprinnelige studie med samme tema fra Nord America, i 1990. 16 deltakere mellom 56 og 92 år deltok i studien. Det ble brukt et skjema for bakgrunnsdata, Herth Hope Index, og et intervju med fem spørsmål. Studien kommer frem til syv kategorier som fremmer håp og tre kategorier som hindrer håp. Kategoriene som fremmer håp er omsorg/kjærlighet for familie og venner, tro/spiritualitet, å sette mål og beholde uavhengigheten i størst mulig grad, gode relasjoner til profesjonelle omsorgsgivere, humor, personlige egenskaper og gode minner. Kategoriene som var et hinder for opplevelsen av håp var å bli forlatt/isolert, å ha smerter og å ikke ha det bra, og avmaktsfølelse.

## 5.0 Drøfting

En oppgave helsevesenet har er å hjelpe døende og alvorlig syke mennesker til en verdig livsavslutning. Etterspørselen etter håp er stor hos uheldelig syke pasienter med lungekreft. De er på en slags grensestasjon mellom livet og døden (Aakre, 1995). Uttrykket ”når det ikke lengre er håp” brukes ofte for å beskrive situasjonen der en sykdom ikke lengre er kurativ. I løpet av perioder med sykdom kan alle oppleve følelsen av håpløshet. Håp er knyttet til fremtiden. Når fremtiden er usikker, kan det være vanskelig å opprettholde håpet. Noen knytter håpet opp mot det å kunne overleve sykdommen, og det å bli frisk. Det blir noen ganger sagt at hvis en ikke kan bli frisk fra sykdommen, så er det ikke håp.

Sykepleierens oppgave vil i det hele dreie seg om å hjelpe pasienten med å finne sitt håp. En skal hjelpe med å holde fast ved det håpet, være et vikarierende håp ved lidelse og kamp, og gi støtte og næring til pasientens håp etter hvert som situasjonen forandrer seg (Kristoffersen, Breievne & Nortvedt, 2011, s.272). For at sykepleier skal kunne hjelpe pasienten med å ivareta håp er det viktig å ha kunnskap om hvilke faktorer som er håpsfrembringende. Håp er individuelt, og pasientene kan oppleve at noen faktorer er viktigere enn andre for å ivareta håpet. Tilstedeværelsen av håp vil kunne gi glede, energi og en følelse av at livet er godt å leve til tross for alvorlig sykdom (Rustøen, 2004, s.42).

### 5.1 Håp som en indre faktor

Håp er et indre anliggende og en sentral faktor i alle menneskers liv. Det er ikke noe som en bare kan gi bort til andre, det er noe en må lete frem i seg selv (Rustøen, 2004, s.100). Hver enkelt pasient må finne sin kilde til håp, ofte noe som har tilknytning til pasientens egne verdier. Dette vil utfordre pasienten til å måtte tenke positivt og se mulighetene i stedet for begrensningene (Kristoffersen et al., 2011, s.270).

#### 5.1.1 Håpet er positivt og fremtidsrettet

I håpets natur ligger to premisser: håpet er positivt og fremtidsrettet. I en studie av Buckley & Herth (2004) beskriver pasientene det å være positiv og å holde motet og optimismen oppe, som en håpsstyrkende faktor. En av pasientene forklarte det ved å beskrive seg selv som en person som bare fortsatte, uansett hva. For denne personen handlet det om å ikke dvele ved det negative, men fortsette å se fremover. Johnson (2007) skriver at det var viktig for

pasientene å forvente at ting ville bli bedre. De håpte på å leve litt lengre. De håpte at det skulle komme en kur eller nye behandlingsmetoder som kunne forlenge livet, og fant trøst i at et mirakel kan skje hvem som helst. Slike tanker holdt pasientene oppe, til tross for at de visste at det var lite sannsynlig at det kom til å skje. Det var viktig for pasientene å ha et positivt syn på livet videre, og å være optimistiske til fremtiden tross dårlige utsikter. Å ha en optimistisk tankegang og en sterk indre styrke, gjorde det lettere å opprettholde håpet. Pasienter som klarte å holde håpet oppe, og som hadde en såkalt ”fighting spirit”, levde lengre enn de som reagerte med fatalisme og hjelpeløshet (Rustøen, 2004, s.43). Som sykepleier er det viktig å styrke pasientens personlige egenskaper som mot og målbevissthet. Dette kan skape en positiv holdning til de dagene en har igjen (Utne & Rustøen, 2010, s.69). Travelbee (2001, s.29) skriver at det er i den mellommenneskelige prosessen som skjer mellom sykepleier og pasient at en kan hjelpe pasienten med å mestre erfaringene med sykdom og lidelse. Det er sykepleiers oppgave å være tilgjengelig for pasienten, og å være villig til å hjelpe. Martinsen (2003, s.69) skriver også at et mål gjennom sykepleie er å forløse det positive i den andres lidelse. For å kunne klare dette må en være medlidende og åpen for pasientens smerte og lidelse, samtidig som en opptrer faglig.

### 5.1.2 Mål og kontroll som en kilde til håp

Å sette kortsiktige mål og nå disse, skapte håp hos pasientene. Pasientene i studien til Buckley & Herth (2004) sa at det å kunne sette mål og nå disse var viktig for å oppleve håp. Noen satte seg mål som kan betegnes som urealistiske. Det kan dreie seg om å for eksempel sette mål så langt frem i tid at det er lite sannsynlig at pasienten fortsatt er i live. Som sykepleier må en huske at virkeligheten oppfattes forskjellig av pasient og pleier. En må prøve å få en forståelse for hvorfor pasienten håper på noe som for oss kan virke urealistisk. En kan prøve å realitetsorientere pasienten, og hjelpe pasienten med å finne et mål som er innenfor virkelighetens grenser. På en annen side kan det være at man tar fra pasienten håpet ved å realitetsorientere. Hvis håpet ligger innenfor pasientens egen virkelighet, så kan dette være viktig å holde på for pasienten. Man bør støtte opp om pasientens håp og mål, selv om det ikke er oppnåelig ut i fra sykepleiers virkelighet. På en annen side bør man som sykepleier være forsiktig med å bygge opp under noe som ikke har rot i vår egen virkelighet. Det kan være viktig å være klar på at det er pasientens egne subjektive oppfatning av virkeligheten som legger grunnlaget for målet pasienten setter seg.

Sykepleier kan hjelpe pasienten med å sette mål, slik at pasienten har noe å se fremover mot. Dette vil hjelpe pasienten med å finne en mening når alt virker håpløst (Grov & Lorentsen, 2010, s.415). Målene vil ofte endre seg etter hvert som sykdommen endrer seg. Målene kan være både store og små, langsiktige og kortsiktige. Et langsiktig mål kan være at en håper på å leve lenge nok til at en får med seg en spesiell begivenhet. Dette kan for eksempel være å få et barnebarn, eller å delta i et bryllup. Det kan også være å ha muligheten til å gjennomføre en reise eller å få gjort noe man ønsker å gjøre før livets slutt. Et eksempel som ble dratt frem på et kortsiktig mål var å ha muligheten til å kle på seg selv hver dag (Buckley & Herth, 2004).

Å sette mål og å fullføre disse kan gi pasienten en viss følelse av å ha kontroll. At sykepleier hjelper pasienten med å sette og fullføre mål, viser at sykepleier har respekt for pasienten. Det kom frem at sykepleierne tilstrebet å legge til rette for at pasientene skulle være selvhjulpne i størst mulig grad, så lenge det var mulig. Å utsette å legge inn et kateter så lenge det er mulig og forsvarlig, å legge til rette for at pasienten skal få spise selv og at de selv klarte å komme seg opp om dagene, var noe av det som var viktig for å opprettholde følelsen av autonomi og kontroll (Lorentzen, 2003). Å ha en viss kontroll hadde en stor innvirkning på pasientens grad av håp. Det er viktig å gi valg, slik at pasienten opprettholder følelsen av autonomi og selvbestemmelse. Når pasienten i stadig mindre grad er selvhjulpne er det viktig at sykepleier ser hvilke ressurser pasienten har igjen. En bør utnytte disse for at pasienten skal oppleve at han fortsatt har en viss kontroll. Pasientens ressurser bør vurderes fortløpende etter hvert som sykdommen utvikler seg. Når sykepleier støtter opp under pasientens egne ressurser i størst mulig grad, vil dette føre til at pasienten føler seg ivaretatt og sett. Når pasienten får delta selv vil det bli lettere å holde hverdagen så normal som mulig. Motpolen til dette er at pasienten føler seg verdiløs og får følelsen av å bli behandlet mer som et objekt enn en person. Pasientene er i en sårbar situasjon, og dette er noe vi som sykepleiere må tenke over i møte med pasienten. Å miste kontrollen over kropp og sinn kan gi en følelse av håpløshet. Som Travelbee (2001, s.124) skriver er en av sykepleiers oppgaver å hjelpe pasienten til å unngå håpløshet, og å holde fast ved håpet. En må være oppmerksom på pasientens velvære og fysiske behov. Hun skriver at syke mennesker ikke alltid skal måtte be sykepleier om å oppfylle de forskjellige behovene deres; en profesjonell sykepleier skal være i stand til å forutse hvilke behov pasienten har. Kommunikasjon med pasienten er viktig for å kunne gjøre dette. Å sørge for at pasienten opplever kontroll i størst mulig grad, er viktig for å ivareta håpet.

### 5.1.3 Håpet om et liv etter døden

Johnson (2007) skriver at pasientene beskrev håpet som en måte å forson seg med sykdommen, og å få energi til å kunne nyte den siste tiden. Pasientene som opplevde håp beskrev at de følte seg rolige, fredfulle og aksepterte situasjonen sin. Når sykdommen nærmer seg slutten, kan håpet være knyttet til å forson seg med døden og å få den styrken en trenger til å forlate livet. Døden blir for mange det mest naturlige som kan skje (Sæteren, 2010, s.250). Livet etter døden er et viktig tema for pasienter med lungekreft i palliativ fase. Mennesker har forskjellige livssyn, og da også forskjellige meninger om hva som skjer når en dør. Noen av pasientene hadde tro på et etterliv, at en da ville gjenforenes med de en har kjær som allerede har gått bort. Å tro på dette hjalp pasientene til å opprettholde håp. De fant en mening med tiden de hadde igjen (Johnson, 2007). Også studien til Buckley & Herth (2004) trekker frem troen på noe mer etter døden som viktig for å opprettholde håpet. Femten av seksten deltakere trakk fram troen på en spirituell verden som viktig for håpet. Noen hadde kristen tro, noen trodde på et liv etter døden, mens en person trodde at døden var slutten. Denne ene personen virket urolig, redd og synes håpet var vanskelig å opprettholde etter hvert som døden nærmet seg. Som sykepleier kan en sørge for at pasienten har mulighet til å utføre aktiviteter av religiøs art. De bør også ha mulighet til å diskutere åndelige spørsmål (Utne & Rustøen, 2010, s.69). Mange pasienter kan for eksempel ha godt av å snakke med sykehuspresten. En trenger ikke nødvendigvis ha en kristen tro for å gjøre det. Sykehuspresten har snakket med mange døende pasienter. Han kan derfor være en god samtalepartner når det gjelder dette temaet. Sykepleier kan også snakke om pasientene om livet etter døden. Det viktigste for pasientene er ikke å få svar, men at det er noen som har tid til dem og lytter på hva de har å si.

### ***5.2 Nære relasjoner som en håpsstøttende faktor***

Å ha nære relasjoner er en viktig støtte for den som er alvorlig syk. Å ha gode mennesker rundt seg, kan minne pasienten på at han har noe å leve for og at han ikke må gi opp. At mennesker er avhengige av hverandre, skaper en mulighet for å håpe på hverandre (Rustøen, 2004). Kari Martinsen (2003, s.69) trekker frem denne avhengigheten ovenfor hverandre som et fenomen som spesielt oppstår i møte med sykdom og lidelse. Omsorg for hverandre er ifølge Martinsen svaret på denne avhengigheten. Omsorg fra nære relasjoner trekkes også frem som viktig i forskningen. Et godt forhold til familie og venner var viktig for håpet. I Buckley & Herths (2004) studie trakk alle i studien frem familie og venner som viktige

faktorer i ivaretagelsen av håp. Blant annet var støtte fra ektefellen viktig. Denne studien trakk også frem barn og barnebarn, og håpet om en god fremtid for resten av familien når en selv skulle dø. Da dreier håpet seg fra å handle om pasienten selv, til å handle om fremtiden til de nærmeste. En finner da håp og glede i å tenke på at livet går videre for dem når en selv forsvinner.

### 5.2.1 Helsepersonell som en håpsstøttende faktor

Helsepersonell ble trukket fram som viktig for å opprettholde håpet. At de lytter hvis pasienten har en dårlig dag, eller er til stede når dårlige nyheter blir overlevert. Travelbee (2001, s.124) skriver at noe av det viktigste en sykepleier kan gjøre for å hjelpe pasienten til å oppleve håp, er å gjøre seg tilgjengelig og å være villig til å hjelpe. Koopmeiners et al. (1997) skriver at tilstedeværelsen til helsepersonell var noe av det pasientene trakk frem som mest håpsstyrkende. At sykepleier hadde tid til å snakke med pasienten, uten at det var andre distraksjoner, var noe pasienten opplevde som viktig. I studien til Buckley og Herth (2004) trakk flere av pasientene frem at det var de små tingene som betydde noe. Eksempler på dette var å finne ut hva pasienten ville bli kalt, være høflig og villig til å svare på spørsmål. Håpet ble forsterket av hjelp, oppmuntring og måten omsorgen ble gitt på. Nærkontakt, tilstedeværelse, lytting, humor, optimisme, ærlighet og kontinuerlig informasjon gjorde at pasientene følte seg verdifulle, og det var et stort bidrag til håpet. Helsepersonell som fokuserte mer på hva pasientene klarte og livet deres enn sykdommen, hjalp pasienten å ivareta håp. At helsepersonellet oppmuntret pasientene til å ta del i aktiviteter, gjorde at pasientene følte seg nyttige og at de bidro til noe (Johnson, 2007).

Sykepleierens væremåte spiller en rolle for pasientens opplevelse av håp. Ved å vise engasjement og medfølelse, kan dette smitte over på pasienten og styrke håpet. En kan også oppmuntre pasienten til å bruke de ressursene en har i størst mulig grad, slik at pasienten får en følelse av å ha kontroll og av å mestre hverdagen selv i størst mulig grad (Grov & Lorentsen, 2010, s.415). Ord for å gi pasienten håp eller trøst, var ifølge sykepleierne ikke noe som styrket pasientens håp. Intervensjonene som styrket pasientens håp var mer rettet mot å lytte og å observere. Måten det ble kommunisert på i forhold til kroppsspråk, toneleie og ansiktsuttrykk, ble også trukket fram som viktig. Det er ikke hva som sies, men hvordan det sies som gir troverdighet (Lorentzen, 2003) Hvordan en formidler informasjon er avgjørende for pasientens håp. Det er viktig for pasienten at legen og sykepleieren har holdninger som er

dominert av håp, også i en situasjon der håp kan være vanskelig å finne (Grov & Lorentsen, 2010, s.415). Å være til stede for pasienten fysisk og psykisk var noe som styrket pasientenes håp, og var særlig viktig i møte med motløse pasienter. Dette gir pasienten et signal om at sykepleier tåler deres desperasjon og motløshet, som gir en følelse av verdi og kan hjelpe den håpløse ut av håpløsheten (Lorentzen, 2003). Dette er også i tråd med det Travelbee (2001, s.124) sier om å gjøre seg tilgjengelig og villig til å hjelpe pasienten. Martinsen (2000, s.11) snakker om personorientert profesjonalitet. Det går ut på at vi som sykepleiere må se at det å være profesjonell ikke står i motsetning til å være personlig og involvert i pasienten. Hun mener at vi må våge å være et menneske, og stille oss åpne for følelser som lar pasienten tre frem. Vi må engasjere oss i møte med pasienten og være villige til å investere noe av oss selv i dette møtet. Ved å skape et godt mellommenneskelig forhold til pasienten, vil vi lettere kunne lære pasienten å kjenne. Når en blir kjent med pasienten blir det lettere å se hvilke behov pasienten har, og hva en kan gjøre for å ivareta håpet hos akkurat denne pasienten. En kan da også se hva som trigger håpet hos den enkelte pasienten, etter hvert som en lærer pasienten å kjenne. Bruk av primærkontakt er godt kjent på sykehjemmene, men mindre kjent i hjemmetjeneste og på sykehus rundt i distriktet. Bruk av en hovedkontakt innenfor hver av de aktuelle behandlingsinstitusjonene, kunne ha optimalisert forholdet og samarbeidet mellom pasient og pleier. På en annen side har mange av kommunene og sykehusene et palliativ team som kan fungere som pasienten kan ta kontakt med. Men dette er samtidig ikke det helsepersonellet pasienten treffer mest iløpet av et sykehusopphold, eller ved bruk av hjemmesykepleie.

### ***5.3 Håp i forhold til behandling***

En pasient med lungekreft vil tidlig i sykdommen ha et håp om å overleve, selv om lungekreft er en sykdom med dårlige prognoser. Pasientene vil leve. Mange håper og tror på at det må finnes en behandling eller en kur (Berterö et al., 2008). Hos pasienter med lungekreft starter den palliative fasen av sykdommen ofte samtidig som en får diagnosen. Til tross for dette står håpet om å overleve sentralt. Mange ønsker å tro at et mirakel kan skje, selv om de vet at sjansen for å bli helbredet er liten eller ingen (Grov & Lorentsen, 2010, s.415). For å kunne leve med å ha en uhelbredelig kreftsykdom, opplevde sykepleierne at urealistisk håp var en nødvendighet. Det ble en hjelp for å mestre situasjonen, og en avlastning for psyken. Som sykepleier skal en være forsiktig med hva en sier til pasientene, og hva en er med på å underbygge. Sykepleierne trakk frem at de var mest opptatt av å lytte til hva pasientene

fortalte, og lot dem være i sin forestillingsverden fordi det var helt naturlig. De dro fram at drømmer var viktig for å mestre livet og bevare håpet. Det bragte noe positivt inn i livet, og gav pasienten gode opplevelser som gjorde at det var lettere å bevare håpet (Lorentzen, 2003). Travelbee skriver at håp er følelsen av det mulige. Det viktigste sykepleieren kan gjøre for å hjelpe pasienten med å holde på håpet, er å gjøre seg tilgjengelig, og å være villig til å hjelpe.

Som Lorentzen (2003) skriver, var sykepleier opptatt av å lytte, og aksepterte at pasienten var i en forestillingsverden. Dette kunne hjelpe pasienten med å bevare håpet. Samtidig skal en ikke støtte opp under pasientenes forestillinger på en slik måte at det er en selv som sykepleier som gir pasientene et urealistisk håp. Marie Aakre (1995) trekker frem sannhet og kunnskap som en viktig faktor for å holde på håpet. Sannheten må formidles og forvaltes på en måte som gjør pasienten oppmerksom på realiteten rundt situasjonen, men som samtidig ikke tar fra pasienten håpet. Selv om en alltid skal fortelle pasienten sannheten, så er ikke dette synonymt med at alt må sies. Vi skal fortelle om fordeler og bakdeler, og bivirkninger av eventuell behandling, men som helsepersonell skal en være forsiktig med å si at det ikke er noe mer å gjøre. Pasienter er opptatt av å få tilstrekkelig informasjon om tilstanden gjennom hele forløpet, og om endringer etter hvert som de skjer. På den måten har pasienten en viss kontroll over hva som skjer, og er i stand til å planlegge ting som er viktige å oppnå før døden. Det er som regel alltid noe en kan gjøre for pasienten, selv om en ikke kan kurere sykdommen (Utne & Rustøen, 2010, s.69). Som helsepersonell vil en også vurdere situasjonen annerledes enn pasienten. Virkeligheten er ulik, da helsepersonellens virkelighet ofte baserer seg på statistikk, erfaring og kunnskap, mens pasientens virkelighet ofte er mer subjektiv. Det er naturlig for pasienten å håpe på noe så lenge det ligger innenfor pasientens egne virkelighet, selv om det ikke stemmer overens med hvordan vi som helsepersonell vurderer virkeligheten.

Et av målene som går igjen i studiene er håpet om å ha det så bra som mulig fysisk, slik at en hadde muligheten til å leve så godt som mulig den tiden som var igjen. Adekvat symptomkontroll var noe av det pasientene håpte mest på. Symptomer som dyspne, hoste, kakeksi, fatigue, smerter, angst, obstipasjon og kvalme er vanlige hos pasienter med lungekreft (Hoel & Lynes, 2010, s.455). Berendes et al. (2010) viser i sin studie at variasjoner i grader av håp gikk overens med mengden fysiske plager pasienten hadde. Pasienter som oppgav å ha stor grad av håp, var mindre plaget med smerter, fatigue, hoste og depresjoner. Det må legges ved at en ikke kan være sikker på om det er håpet som fører til redusert mengde symptomer, eller om det er redusert mengde symptomer som fører til håp. En kan på



en annen side tenke at personer som har mye håp og som er positive og fremtidsrettet, vil kunne møte og takle symptomene bedre enn en som allerede har gitt opp. På den måten kan en si at håpet har en positiv effekt på de fysiske symptomene. Berterö et al. (2008) trekker i sin studie frem viktigheten av å ha håp gjennom behandlingen. At pasientene klarte seg gjennom behandling og bivirkninger var viktig for å ha følelsen av å ha en viss kontroll over situasjonen og kroppen. Følelsen av å ha kontroll blir beskrevet som håpsstyrkende også i denne studien. Flere pasienter hadde troen på at hvis de bare klarte seg gjennom behandling og bivirkning, så ville de overleve sykdommen og bekjempe den. Dette til tross for at pasienten visste at de var uhelbredelig syke.

## 6.0 Avslutning

Håp er nødvendig hos pasienter med lungekreft i palliativ fase. Pasientene trenger å ha håp for å ha en god hverdag. De trenger håp for å holde motet oppe når alt virker håpløst.

Fra litteratur og forskning kommer det frem at det er mange faktorer som kan ha en innvirkning på pasientens håp. Håpet er individuelt, og vil i stor grad være forskjellig fra pasient til pasient. Pasientene har hver sine verdier. Det er viktig at en som sykepleier ser den enkelte pasienten, og at en bruker tid på å bli kjent med pasienten. Sykepleier må ha fokus på kommunikasjonen og det mellommenneskelige forholdet mellom pasient og pleier. Sykepleier må ha et positivt fokus, og hjelpe pasienten med å tenke positivt og se fremover. En bør også hjelpe pasienten til å sette mål. Mål og måloppnåelse er en god kilde til å ivareta håp. En skal hjelpe pasienten med å oppnå mål, og sørge for at de får utført aktiviteter som oppleves som viktige for pasienten.

Det er viktig for pasientene at sykepleier lytter og er til stede i situasjonen. Sykepleier bør tenke over sin egen væremåte. En bør være engasjert og medfølende, og en bør oppmuntre pasienten til å bruke egne ressurser i størst mulig grad. Pasientene føler seg verdifulle når de ser at sykepleier møter deres desperasjon og motløshet. Dette kan føre til at pasienten opplever håp. Sykepleier må klare å se den enkelte pasienten og dens behov. Bruk av en primærkontakt eller hovedkontakt i hver behandlingsinstitusjonene hadde vært en god ide til ny sykepleiepraksis. Dette kunne ha ført til trygghet og håp hos pasienten, da de alltid ville hatt noen som kjente dem og deres unike historie. Dette er noe som trenger videre forskning.

## Referanseliste

- Aakre, M. (1995). Når det ikke lenger er håp. *Omsorg: Nordisk tidsskrift for palliativ medisin*, 4, 36-38.
- Berterö, C., Appelin, G. & Vahnanen, M. (2008). Receiving a diagnosis of inoperable lung cancer: Patients' perspectives of how it affects their life situation and quality of life. *Acta Oncologica*, 47(5), 862-869. Hentet fra <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=22&sid=7c6f1644-99c0-425e-8ee2-8505a4e265e5%40sessionmgr110&hid=127&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2009966194>
- Berendes, D., Cheavens, J.S., Keefe, F.J., Kothadia, S.M., Porter, L.S. & Somers, T.J. (2010). Hope in the context of lung cancer: Relationships of hope to symptoms and psychological distress. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(2), 174-182. Doi:10.1016/j.jpainsymman.2010.01.014
- Brunsvig, P.F. (2010). Lungekreft. I: Reitan, A.M. & Schjøberg, T.K., *Kreftsykepleie: pasient- utfordring- handling*, s. 448-454. Oslo: Akribe AS.
- Buanes, T., Ingvaldsen, B., Jacobsen, D., Kjeldsen, S.E. & Røise, O. (2009). *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Buckley, J. & Herth, K. (2004). Fostering hope in terminally ill patients. *Nursing Standard*, 19(10), 33-41. Hentet fra <http://ezproxy.hsh.no:2475/ehost/detail?vid=3&sid=7beb9afa-648f-444c-87ef-480bb8f85de8%40sessionmgr198&hid=119&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2005018314>
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur.
- Giæver, P. (2008). *Lungesykdommer*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Grov, E.K. & Lorentsen, V.B. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I: Almås, H., Grønseth, R. & Stubberud, D.G. *Klinisk sykepleie 2*, (401-438). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helsedirektoratet (2013). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Hentet 13. Januar 2014 fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/1.innledning-revidert-2009/definisjon-av-palliasjon>
- Hoel, M.B. & Lynes, I.K. (2010). Sykepleieutfordringer ved lungekreft. I: Reitan, A.M. & Schjøberg, T.K. *Kreftsykepleie; pasient- utfordring- handling*, (455-464). Oslo: Akribe AS.

- Johnson, S. (2007). Hope in terminal illness: an evolutionary concept analysis. *International Journal of Palliative Nursing*, 13(9), 451-459. Hentet fra <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=6&sid=7c6f1644-99c0-425e-8ee2-8505a4e265e5%40sessionmgr110&hid=127&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2009699593>
- Kaasa, S. (2007). *Palliasjon: Nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Koopmeiners, L., Post-White, J., Gutknecht, S., Ceronsky, C., Nickelson, K., Drew, D., Mackey, K.W. & Kreitzer, M.J. (1997). How healthcare professionals contribute to hope in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 24(9), 1507-1513.
- Kreftregisteret (2013). *Cancer in Norway 2011*. Hentet 10. Januar 2014 fra <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Publikasjoner/Cancer-in-Norway/Cancer-in-Norway-2011/>
- Kristoffersen, N.J., Breievne, G. & Nortvedt, F. (2011). Lidelse, mening og håp. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.A. *Grunnleggende sykepleie 3; Pasientfenomener og livsutfordringer*, (245-293). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kunnskapssenteret (2014). Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler. Hentet 6. Januar 2014 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktøy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Lorentzen, V.B. (2003). Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp? *Sykepleien*, 91(21), 38-41. DOI: 10.4220/sykepleiens.2003.0067
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget AS.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Nielsen, K.H. (2005). Litteratursøgning. I: Christensen, E., Jørgensen, T. & Kampmann, J.P. *Klinisk forsknings metode: En grundbog* (s. 83-102). Danmark: Munksgaard Danmark.
- Nome, O. (2010). Generell onkologi. I: Reitan, A.M. & Schjølberg, T. *Kreftsykepleie: pasient- utfordring- handling*, (367-398). Oslo: Akribe AS.
- Nordtvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L.M. (2008). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert –en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2009). *Forskningsprosessen; Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Reid, J. (2009). Conducting qualitative research with advanced cancer patients and their families: Ethical considerations. *International Journal of Palliative Nursing*, 15(1), 30-33. Hentet fra <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=e7e04652-4bbf-4d80-b313-967fa4efd048%40sessionmgr113&vid=1&hid=114&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2010179926>

- Rustøen, T. (2004). *Håp og livskvalitet- en utfordring for sykepleieren?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Strang, P. & Beck-Friis, B. (2012). *Palliativ medicin och vård*. Stockholm: Författarna och Liber AB.
- Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Sæteren, B. (2010). Omsorg for døende pasienter. I: Reitan, A.M. & Schjølberg, T.K. *Kreftsykepleie; pasient- utfordring- handling*, (235-256). Oslo: Akribe AS.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Utne, I. & Rustøen, T. (2010). Håp hos mennesker med kreft. I: Reitan, A.M. & Schjølberg, T.K. *Kreftsykepleie; pasient- utfordring- handling*, (62-71). Oslo: Akribe AS.