



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSD101C

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	04-05-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	10-05-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Hjemmeoppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 BSD101C 1 H 2019 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 67

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 10955

**Egenerklæring \*:** Ja

**Jeg bekrefter at jeg har** Ja

**registrert oppgavetittelen**

**på norsk og engelsk i**

**StudentWeb og vet at**

**denne vil stå på**

**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 31

**Andre medlemmer i gruppen:** 68

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min \*

Ja



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGÅVE

*Betydinga av håp når eit liv snart er slutt*

*The significance of hope when a life is coming to an end*

Kandidatnummer: 67 & 68

GRSD15

HVL-FHS-IHO

Rettleiar: Elin Vestbøstad

Tal på ord: 10955

Innleveringsdato: 10.05.2019

Me stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

**SAMANDRAG:**

**Problemstilling:** Korleis kan sjukepleiar bidra til å oppretthalda håp for den palliative kreftpasienten?

**Bakgrunn:** Å få diagnosen uhelbredeleg kreft og vite at ein snart skal dø, kan følast psykisk belastande. Det er viktig at pasienten får hjelp til å finna og oppretthalda håp i denne fasen.

**Føremål:** Føremålet med oppgåva var å auka kunnskapen og kompetansen vår rundt palliasjon og omgrepet håp, gjennom å studera litteratur og forskning, og samanlikna det med våre egne erfaringar.

**Metode:** Ein studie av litteratur med utgangspunkt i pensumlitteratur, forskingsartiklar og anna relevant litteratur me fant under søkjeprosessen. Joyce Travelbee dannar den sjukepleieteoretiske plattformen.

**Konklusjon:** Håp har stor betydning for korleis den palliative kreftpasienten opplever situasjonen sin. Sjukepleiar må byggja ein tillitsfull relasjon til pasienten for å kunna bidra til å oppretthalda håp. Sjukepleiar sine personlege haldningar og eigenskapar, samt atmosfæren i omgjevnadane til pasienten er nøkkelfaktorar. Andre sentrale funn er viktigheita av sjukepleiar sin faglege kunnskap og erfaring, god lindring av pasienten sine plager, og å kunna kartleggja pasienten si oppleving av håp gjennom meningsfulle samtalar og bruk av aktiv lytting.

**SUMMARY:**

**Objective:** How can nurses help maintain hope for the palliative cancer patient?

**Background:** Being diagnosed with terminal cancer and knowing that you are close to death, can be a very mentally stressful situation. It is important that the patient get help in finding and maintaining hope in this phase of life.

**Purpose:** The purpose for this assignment is to increase our knowledge and expertise about palliation and the concept of hope, through studying literature and research material and comparing it with our own experience.

**Method:** A study of literature based on curriculum literature, research articles and other relevant literature that we found during the search process. Joyce Travelbee makes the platform for our nursing theory.

**Conclusion:** Hope is of great importance for how the palliative cancer patient experience their situation. The nurse must build a trusting relationship with the patients to help them maintain their hope. The nurse's personal features and attitudes, as well as the atmosphere in the patient's surroundings are key factors. Other key findings are the importance of the nurse's professional knowledge and experience, relief of the patient's ailments, and survey of the patients understanding of hope through meaningful conversations and the use of active listening.

## INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 Innleiing .....	1
1.1 Føremålet med oppgåva.....	1
1.2 Problemstilling.....	1
1.3 Avgrensing.....	2
1.4 Disposisjon .....	2
2.0 Teori.....	3
2.1 Håp .....	3
2.2 Den palliative pasienten sitt håp.....	5
2.3 Sjukepleiar si rolle i å oppretthalda håp .....	6
2.4 Tillit og kunsten å lytta .....	8
3.0 Metode .....	10
3.1 Val av metode.....	10
3.2 Etske aspekt.....	10
3.3 Metodekritikk.....	10
3.4 Søkjehistorikk .....	11
4.0 Resultat.....	13
5.0 Drøfting.....	16
5.1 Vår erfaring med håp .....	16
5.2 Kjenneteikn ved håp .....	17
5.3 Betydinga av håp og aksept .....	19
5.4 Realistisk og urealistisk håp.....	21
5.5 Sjukepleiar sine haldningar og kunnskapar .....	22
5.6 Trygge omgjevnader .....	24
5.7 Samtalen om håpet, livet og døden .....	25
6.0 Avslutning .....	27
7.0 Litteratur .....	28
Vedlegg 1: PICO-skjema .....	31
Vedlegg 2: Søkjematrise.....	33

## 1.0 INNLEIING

Som sjukepleiar møter ein menneske i alle fasar av livet. Me ynskjer med denne oppgåva å fokusera på betydninga av håp for den palliative kreftpasienten, og korleis sjukepleiar kan bidra til å oppretthalda håp i denne fasen. I utredninga frå Sosial- og helsedepartementet (NOU 1999: 2., 1999, s. 43) som omhandlar behandling, pleie og omsorg for uhelbredeleg sjuke og døyyande, står det at det å finna meining og bevara håp er grunnleggjande menneskelege behov, og at mange treng hjelp til dette indre arbeidet. Før eit menneske døyr, vil vedkommande prøva å leggja igjen det mest vesentlege av seg sjølv hjå sine nærmaste. Ny meining og nye håp kan verta synlege. Når ein står ansikt til ansikt med døden vert det som har hatt betydning i livet spegla. Dødsangst kan endrast til dødsbevisstheit ved at nokon vågar å ta dialogen om døden og deltek i denne prosessen, både med og utan ord.

## 1.1 FØREMÅLET MED OPPGÅVA

Føremålet med denne oppgåva var å belysa eit fagleg område innan sjukepleie som både interesserer oss, og som me ynskjer å auka kunnskapen og utvikla kompetansen vår rundt. Gjennom å studera litteratur ville me undersøkjia nærmare og prøva å finna svar på kva betydning håp har for menneske som er i ein palliativ fase. Me ville sjå på kva håp eigentleg er, og kva som kan påverka håp. Me ynskte å finna ut kva ansvar sjukepleiar har for å oppretthalda håp for andre, og kva eit menneske kan håpa på når ein snart skal døy. Me valde Joyce Travelbee som sjukepleieteoretikar for oppgåva, då me fann hennar tenking aktuell for vår tematikk.

## 1.2 PROBLEMSTILLING

*Korleis kan sjukepleiar bidra til å oppretthalda håp for den palliative kreftpasienten?*

### 1.3 AVGRENSING

Både temaet palliasjon og omgrepet håp er omfattande. Med tanke på oppgåva sitt omfang og problemstilling, var det difor nødvendig å gjera ei avgrensing. Avgrensinga vår førte til at fleire viktige aspekt rundt temaet ikkje blir vektlagt. Eksempelvis blir ikkje omgrep som livskvalitet, relasjon, kommunikasjon, eksistensielle/åndeleg behov utdjupa, sjølv om me finn omgrepa relevante for tematikken i oppgåva.

Grunna vår eigen erfaring med kreftpasientar samt mange aktuelle funn i litteratursøkja, blei diagnosen kreft ein del av problemstillinga vår. Men me finn det høveleg å ikkje utdjupa diagnosen noko vidare i oppgåva, då det partikulære med kreft ikkje vil vera vektlagt.

Uansett diagnose og livssituasjon, er det viktig å oppretthalda håp for alle menneske, og funna i oppgåva vil difor også ha relevans til andre palliative pasientgrupper. Me har valt å fokusera på dei psykososiale behova til pasienten, og ikkje på dei grunnleggjande fysiske behova. Det tverrfaglege arbeidet og pårørandeperspektivet er valt bort, men me vil likevel understreka at det i stor grad kan påverke pasienten sitt håp og oppleving av situasjon.

Fokus i oppgåva er på pasient- og sjukepleiarperspektivet. Litteratursøkja blei avgrensa til eldre pasientar innlagt i institusjon, først og fremst då det er dette me har mest erfaringar frå, men òg fordi me meiner at alder er av betydning i denne konteksten. Søkja er ikkje spesifisert til kjønn eller krefttype, då me finn at dette ikkje er av betydning for det me ynskjer å formidla.

### 1.4 DISPOSISJON

**Kapittel 1:** Oppgåva si innleiing, føremål, problemstilling og avgrensing vert belyst.

**Kapittel 2:** Det teoretiske rammeverket for oppgåva vert presentert.

**Kapittel 3:** Ei beskriving av metodeval, etiske aspekt, metodekritikk og søkjehistorikk.

**Kapittel 4:** Presentasjon av valte forskingsartiklar i form av samandrag om føremål og funn.

**Kapittel 5:** Drøfting basert på problemstilling, presentert teori, resultat og egne erfaringar.

**Kapittel 6:** Avslutning.

**Kapittel 7:** Litteraturliste.

## 2.0 TEORI

### 2.1 HÅP

Travelbee (2011, s. 117) definerer håp som: "en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige". Travelbee (2011, s. 117-118) beskriv håp som ein motiverande faktor bak menneskeleg åtferd. Håp gjer oss i stand til å meistra vonde og vanskelege situasjonar, tap og liding, og kan gje den motivasjonen og energien ein treng for å finna krefter og overvinna hindringar i dei vanskelege oppgåvene som kan finnast ved sjukdom. Den som håpar må ha tru på ei endring om å få det meir behageleg, meir meningsfullt eller få større glede. Den som manglar håp, ser ingen utsikt for endring eller betring i livet, ingen løysing på problema eller vegar ut av det vanskelege. Ein vert overmanna av ei kjensle av at sjølv det å prøva å meistra problema er nyttelaust. Dei som opplever ei slik håpløyse, trur ikkje at andre vil hjelpa når dei har det vondt, eller at hjelpa ikkje vil nytta. Frustrasjonen ved å oppleve ei slik hjelpeløyse kan føra til endra åtferd som pessimisme, apati, desperasjon, aggresjon, fortviling og likegyldigheit. For å kunna erfarar håpløyse må ein ha opplevd å ha håp, og så ha mista det.

Rustøen (2001, s. 53) skriv at det å ha mål i livet er nødvendig for håp. Måla gjer det tydeleg at ein har ei framtid, og at ein kan oppnå positive forandringar i tida som kjem. Med klare mål må ein tvinga seg sjølv til å innsjå situasjonen, og tenkja gjennom kva ein vil prioritera. Å gjera noko meningsfullt vil styrka håpet, og det kan minna ein om at tida framover har moglegheiter, sjølv om dei er avgrensa. Ei framtid er ei framtid uansett kor langt fram den strekkjer seg til. Eit håp kan vera lite eller stort, kort- eller langsiktig, men er uansett like viktig.

Travelbee (2011, s. 118-122) beskriv 6 kjenneteikn ved håp:

#### **Håp er sterkt relatert til avhengigheit av andre.**

All hjelp, eller andre sitt samarbeid, er nødvendig for at den enkelte skal overleva. Som individ er me avhengige av kvarande. Sjølv om sjølvstendigheit og uavhengigheit er ideala i vår verden, er det eit faktum at menneska i høg grad er avhengige av kvarandre. Det blir særleg tydeleg i situasjonar der personens eigne ressursar er utilstrekkelege. Håpet vil då vera knytt til ei forventning om at ein vil motta hjelp i frå andre.



### **Håp er framtidsretta.**

Eit menneske som håpar, har merksemda retta mot ei framtidig endring til det betre. Notida kan vera prega av fortviling, men håpet, som er retta mot framtida, bidreg til å gjera notida uthaldeleg.

### **Håp er relatert til val.**

Den som håpar, opplever ein viss moglegheit for å velja og føla at ein har visse alternativ eller utvegar i den vanskelege situasjonen. Det å kunna velja mellom alternativ gjev oppleving av friheit og autonomi. Sjølv når vala ikkje er særleg tiltalande, har ein framleis friheit til å velja og bestemma sjølv.

### **Håp er relatert til ynskjer.**

Å ynskja er å føla trong til å oppnå ein ting eller ein situasjon, fullføra ei oppgåve eller få ei oppleving. Ynskjer er ein komponent i det å ha håp, men skil seg frå håpet kun ved graden av moglegheit for å oppnå det. Ynskjer kan ofte vera urealistiske og uoppnåelege «dagdraumar» mens når me håpar må me vurdera det som sannsynleg at me kan oppnå det me håpar på.

### **Håp har nær samanheng med tillit og det å halda ut.**

Tillit kjem til uttrykk i den trygge trua på at andre vil hjelpa oss når me treng det. Nokon kan ha problem med å be om hjelp, då dei ikkje vil vera «avhengige» av andre. Dei har kanskje tillit, men er ikkje i stand til å be om hjelp. Å halda ut er evna til å prøva å fortsetja å jobba for å løysa problema sine, lindra plager eller endra på eigen status eller tilstand. Det er ein eigenskap som gjer ein i stand til å tåla vanskelege opplevingar over eit lengre tidsrom utan å mista motet og gje opp. Utan denne eigenskapen ville truleg ikkje den som er sjuk klara arbeidet med betring eller rehabilitering.

### **Håp er relatert til mot.**

Ein person som håpar, har mot. Det krev mot for å kunna erkjenne dei vanskane og tapa me opplever ved sjukdom og lidning. Mot er evna til å innsjå at ein kanskje ikkje strekk til, og like fullt stå på for å nå måla, sjølv om det kan vera små utsikter til at ein vil oppnå det ein håpar på. Den som er modig er redd, men maktar å overkomma frykta for å prøva å nå målet sitt.

## 2.2 DEN PALLIATIVE PASIENTEN SITT HÅP

European Association for Palliative Care og Verdens helseorganisasjon definerer palliasjon slik:

Palliasjon er 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 (Helsedirektoratet, 2015).

Hirsch & Røen (2016, s. 317-321) skriv at ein pasient som er i ein palliativ fase av ein livstruande sjukdom gjerne er prega fysisk, og mange føler seg endra. Dette er eit stort tap, og det kan bli viktig å få framstå som den ein har vore, gjennom forteljingar frå livet sitt. Sjukepleiar sin måte å vera på kan gjera det lettare for pasienten å forsona seg med den han/ho er no. Når pasienten ikkje berre ser medynk i ansiktet vårt, men får bekrefta seg sjølv som meir enn sjuk, er det lettare å koma fram med det sårbare og vanskelege. Å oppsummere livet og stå framfor avslutninga av det kan gje sterke kjensler. Det å oppleve tap pregar mange, og blir gjerne etterfylgt av sorg. Det er individuelt korleis ein pasient møter desse forholda, avhengig av blant anna personlegheit, tidlegare opplevingar av tap, relasjon til pårørende, kjønn, alder, verdier, tru og livsfilosofi. Pasienten har behov for å leva best mogleg, og å døy best mogleg. Når pasienten forstår at han eller ho kan døy av sin sjukdom, og levetida er avgrensa, byrjar ofte prosessen med å avslutta og ta avskjed. Det er mykje ein må sleppa taket på, og til slutt livet. Ifylgje Hjort (2013, s. 450) har pasientar og pårørende ei evne til å trappa ned håpet trinn for trinn etterkvart som livet går mot slutten. Det siste er håpet om ein god og smertefri død. Det er viktig at sjukepleiar følgjer pasienten og pårørende på denne siste reisa, og sørgjer for at det alltid er grunnlag for å håpa. Å forsona seg med at livet snart er slutt kan vera vanskeleg. Nokon pasientar kan kjenne på ein angst for å døy, eller for det som kjem etter døden. Andre kan kjenne på bitterheit eller at dei treng trøyst. Det er viktig at pasienten får snakka ut om sine tankar og si frykt. Me må også som helsepersonell forsikra om at me kan lindra alle plager, og hjelpa dei å få tillit til dette.

Utne & Rustøen (2014, s. 62-64) skriv at det å få ein alvorleg sjukdom som kreft vil aktualisera betydninga av håp. Håp er knytt til å ha ei best mogeleg framtid. Sjølv om framtida alltid vil innehalda usikkerheit må det som pasienten har håp om, vera realistisk og viktig for

vedkommande. Det inneber at håpet og det me håpar på, vil variera med kva for ein situasjon me er i. Sjukdom og liding kan blant anna aktualisera håp og kva håp betyr for oss. Ein kreftdiagnose kan representera ein trussel mot framtida, enten ved at leveutsiktene er reduserte eller ved at sjukdomen medfører plagar eller endra livsførsel. I følgje Renolen (2008 s. 153-154) er håp sentralt for menneske si meistring. Ho skriv at det er håpet som gjer det meningsfullt for alvorleg sjuke å henta fram ytre og indre ressursar, og følelsen av at det kan vera lys i tunellen. Å oppleva ein sterk følelse av håp vil mobilisera energi og kan gje mot og styrke til å takla motgang, mens eit svakt håp kan gje resignasjon og apati. Travelbee (2011, s. 39-40) skriv at ein sjukepleiar som skal ta seg av ein person med terminal sjukdom, må ha god kunnskap og vera dyktig. Sjukepleiar si eigen innstilling er av stor betydning. Eige livssyn og oppfatning, erfaring og forhold til døden vil ha stor innflytelse på dette møtet mellom sjukepleiaren og den sjuke.

### 2.3 SJUKEPLEIAR SI ROLLE I Å OPPRETTHALDA HÅP

Travelbee (2011, s. 29-30) beskriv sjukepleie som ein mellommenneskeleg prosess fordi det alltid dreier seg om menneske, enten direkte eller indirekte. Prosessen byggjer på erfaringar og hendingar mellom sjukepleiar og den som treng hjelp. Difor er ein kvar sjukepleiesituasjon dynamisk og flytande, og alltid i utvikling og endring. I kvart enkelt møte mellom sjukepleiar og den sjuke finst det ein gjensidig påverknad i samspelet mellom dei, som resulterer i ei endring. Sjukepleiar skal hjelpe til ei bevisstgjerung om korleis ein kan førebyggja sjukdom, funksjonssvikt og liding, og handla slik at ein kan oppretthalda så god helse som mogeleg. Travelbee (2011, s. 157) skriv vidare at mange ulike typar sjukdomar vil medføra liding, som til dømes ei usikker framtid. Sidan håp er knytt til framtida, vil håp vera ein viktig del av all pleie og omsorg. I følgje Travelbee (2011, s. 123-124) er det den profesjonelle sjukepleiar si oppgåve å hjelpa den sjuke til å halda fast ved håpet og unngå håpløyse. Omvendt er det også sjukepleiar si oppgåve å hjelpa den som opplever håpløyse, og gjenvinna håp. Ein kan ikkje "gje" håp til andre, men kan gå inn for å tilretteleggja for at den sjuke skal kunna oppleva håp. Sjukepleiar skal gje kvalifisert og medfølande omsorg og vera observant for teikn på både fysiske og psykiske plagar. Sjukepleiar har ansvar for å sjå og forutsjå den hjelpa det er behov for, og å tilby den sjuke denne hjelpa utan å måtte bli bedt om det.

Rustøen (2001, s. 100-101) skriv at for å kunna hjelpa pasientar til å fatta nytt og styrka håp, krev det at sjukepleiar har kunnskap om kva håp er, og kva faktorar som verkar styrkande og svekkande på håpet. Omgjevnadane til pasienten er av stor betydning, og håpet er avhengig av haldninga og atmosfæren. Vanlegvis utgjer sjukepleiar ein viktig del av pasienten sitt miljø, og difor vil måten sjukepleiar er på få stor betydning for den enkelte si oppleving av håp. Ein uinteressert og lite empatisk sjukepleiar, kan oppfattast dit hen at situasjonen til pasienten er håplaus og ikkje verdt vidare innsats. Engasjement og medkjensle derimot, kan smitta over på andre, og aktivisera håp og gje nye krefter. Difor kan det at sjukepleiar er tilstade spela ein viktig rolle for pasient og pårørande sitt håp. Ved å oppmuntra pasienten til å bruka eigne ressursar kan ein framkalla og styrka håp. I ein kritisk situasjon i livet, kan det ofte vera vanskeleg å sjå at det finst ressursar og lyspunkt. Kalfoss (2015, s. 493) skriv også om betydninga av reaksjonane i omgjevnadane rundt ein pasient som snart skal dø. Sjukepleiarar som ikkje godtar at ein pasient er døyande, og ikkje vågar å stå saman med pasienten i denne prosessen, kan vera med på å gjera den andre einsam og isolert. I følgje Kalfoss kjem det ein periode når døden nærmar seg, der den døyande kjenner seg fanga mellom lengsel etter å leva eller å få døy i fred. Enkelte døyande menneske kan streva med indre emosjonelle konflikter. Det kan vera ynskje om å leve vidare for å ta seg av eigne barn/pårørande, å ikkje gje opp etter all behandling vedkommande har fått, eller å få fullføra noko som ikkje er fullført i livet. Nokon kan ynskja å døy fordi dei ser det som ein overgang til ein tilstand der ein er i eit med verden. Å bidra til ei verdig livsavslutning er i følgje Hjort (2013, s. 447-449) eit kjenneteikn på sjukepleie av høg kvalitet. Pleie og omsorg i livets slutfase kan stille oss ovanfor store utfordringar og vanskelege dilemma som kan utfordra både våre faglege, etiske og menneskelege forhold. Sjukepleiar sine haldningar er viktige, då god omsorg krev både interesse, engasjement og erfaring. Det er også viktig å ha kunnskap om prosessane som skjer når døden nærmar seg. Sjukepleiar skal hjelpe pasienten til ein god avslutning på livet. Uttrykket «omsorg i livets slutfase» dekkjer alle sider ved denne oppgåva: lindrande behandling, sjukepleie og menneskeleg og sjeleleg omsorg. Sjukepleiar si rolle og ansvar for pasienten vert òg styrt av lovverk og retningslinjer. Pasient- og brukerrettighetslova skal bidra til å fremma tillitsforholdet mellom pasient og brukar og helse- og omsorgstenesta. Vidare skal den fremma sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasient og brukar sitt liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl. 1999, §1-1). I helsepersonellova står det at helsepersonell skal

utføra sitt arbeid i samsvar med dei krav til fagleg forsvarlege og omsorgsfull hjelp som kan forventast ut frå helsepersonellet sine kvalifikasjonar, arbeidet sin karakter og situasjonen for øvrig (Helsepersonelloven – hpl 1999, §4). I Norsk Sykepleierforbund sine yrkesetiske retningslinjer står det at sjukepleiar skal ivareta den enkelte pasient sin verdigheit og integritet. Herunder retten til fagleg forsvarleg og omsorgsfull hjelp, autonomi og til å ikkje bli krenka. Sjukepleiar skal understøtta håp, meistring og livsmot hjå pasienten, og ivareta den enkelte pasient sine behov for heilheitleg omsorg (Norsk Sykepleierforbund). I FN sin erklæring om den døydande sine rettar står det at pasienten har rett til å bli behandla av slike som kan oppretthalda eit håp, sjølv om målet for det endrar seg. Pasienten har rett til å gje uttrykk for sine tankar og følelsar rundt sin føreståande død på sin eigen måte, og rett til å få ærlige svar på spørsmåla sine. (NOU 1999: 2., 1999, s. 34-35).

## 2.4 TILLIT OG KUNSTEN Å LYTTA

Travelbee (2011, s. 118) skriv at menneska er i høg grad avhengige av kvarandre, og at dette kjem tydelegare fram ved sjukdom og lidning. Tilliten kjem til uttrykk i forventninga om at me får hjelp frå andre når me treng det. Christoffersen (2013, s. 99) beskriv tillit som eit grunnfenomen som viser at me lever vårt liv i avhengigheit av andre. Me utleverer oss sjølve i tilliten, legg noko av vårt eige liv i den andre si hand og forventar at det blir tatt vare på. I tilliten kjem det sårbare eg fram, og ein stolar på at den andre vil ein vel og ikkje misbrukar det. Eit kvart forhold menneske imellom er eit maktforhold, fordi tillit betyr å utlevera seg. Me har aldri noko med ein annan person å gjera, utan at me held noko av den andre sitt liv i handa vår. Helseth og Nortvedt (2002, s. 160) skriv at i etableringa av eit tillitsforhold bør det komma fram at sjukepleiar har fagleg kompetanse. På den måten kan pasienten få tiltru til at sjukepleiar evnar å gje nødvendig hjelp. I nokon tilfelle klarar ein ikkje å skapa eit tillitsforhold, då tid til å bli kjent er ein relevant faktor. I følgje Jahren, Kristoffersen & Nortvedt (2015, s. 107-108) spelar sjukepleiar sine haldningar og veremåte ei viktig rolle i etableringa av ein terapeutisk relasjon. Måten ein trer fram på i ein konkret situasjon er eit spontant uttrykk av oss sjølv. Det kan vera at me viser medkjensle når ein annan har det vondt, eller deltar i bekymringa deira når det er behov for det. Med stemme og blick slår me av «tonen» til samhandling til den andre sitt beste. Sjukepleiar må i kraft av denne relasjonen, sjå den enkelte pasienten som ei kjelde til grunnlag for unike handlingar. Det

handlar om den individuelle pasienten sine behov, personlege grenser og subjektive sjukdomsopplevingar. I følgje Travelbee (2011, s. 124) finst et ikkje nokon erstatning for det å snakka med sjuke menneske og bli kjent med dei. Som sjukepleiar skal ein observera og kommunisera med den sjuke, og ein bør vera særleg lydhøyr for utsegn som kan seia noko om korleis den sjuke oppfattar og tenkjer om situasjonen og prognosen sin.

Hummelvoll (2014, s. 426-428) skriv at i ein avdeling delar sjukepleiar mykje av pasienten sin kvardag, og ein slik kvardag gjev mange moglegheiter for spontane samtalar. Det å lytta er ein aktivt tilstand som krev at sjukepleiar er våken og tilstade. Pausane i samtalen er verdifulle, då pasient og sjukepleiar får tid til å tenkja over kva som er sagt, og kjenne på følelsane til det uttalte. Tveiten (2007, s. 162) skriv at aktiv lytting kan fremma kommunikasjon og samspel, og at det ikkje berre handlar om dei orda som vert sagt og høyrte, men òg undertekstane, kroppsspråket og kvaliteten på stemma. I følgje Hjort (2013, s. 450) må sjukepleiar forstå den avgjerande forskjellen mellom kommunikasjon som er å snakka med nokon, og informasjon som er å snakka til nokon. Det er viktig å vera ærleg i formidlinga av ein bodskap, eller vil tilliten kunna verta øydelagd. Det me seier må vera sant, samstundes som svara våre ikkje bør ta i frå pasienten alt håp. Sjukepleiar må også heile tida hugsa på den menneskelege omsorga for pasient og pårørande, og at måten ein kommuniserar på, både verbalt og non-verbalt, er avgjerande for opplevinga deira.

## 3.0 METODE

### 3.1 VAL AV METODE

Dalland (2012, s. 111) skriv at grunnen for å velja ein bestemt metode må vera at me meiner at den vil gje oss gode data og belysa spørsmålet vårt på ein god måte. Metoden me har valt for denne oppgåva er ein studie av litteratur der me har leita etter svar på spørsmålet i problemstillinga, og knytt det opp mot egne erfaringar me har rundt temaet palliasjon og omgrepet håp.

### 3.2 ETISKE ASPEKT

I oppgåva har me tatt etiske og lovpålagte omsyn til anonymitet, taushetsplikt og personopplysningar rundt presenterte erfaringar og pasienthistorier i oppgåva sin drøftedel. Andre etiske vurderingar me har tatt er å fylja aktuelle retningslinjer og regelverk, og sikra at me overhaldt dei akademiske normene for kjeldetilvising. Me har følgd Høgskulen på Vestlandet (HVL) og Fakultet for helse- og sosialvitskap (FHS) sine retningslinjer og supplerande retningslinjer for bacheloroppgåva, dei oppgåvetekniske retningslinjene for HVL, samt aktuelle forskningsetiske lovar og retningslinjer. Alle kjeldereferansar er i tråd med APA 6th-standard.

### 3.3 METODEKRITIKK

Ein fordel ved å bruka studie av litteratur som metode, er at ein kan finna nyttig litteratur for problemstillinga gjennom bøker, artiklar og tidlegare gjorde forskingsstudiar. Me får slik på kort tid ein breiare kunnskap innan eit emne, som me vidare kan setja saman og presentera i oppgåva.

Med denne metoden står me fritt til å velja kva for studiar og litteratur me vil bruka. Me opplevde gjennom søkjeprosessen at mange av funna i forskingsstudiane støtta opp om den andre litteraturen me hadde funne, samt våre egne erfaringar. Dette kan kanskje vera ei negativ side ved metoden, då egne standpunkt, forventningar og haldingar til resultatata sannsynlegvis vert påverka av korleis ein søker, og kva ein veljer å presentera i oppgåva.

To av artiklane som er inkludert er systematisk oppsummerte forskingsartiklar som samanliknar resultata frå fleire utførte studiar innan det aktuelle temaet. Fordelen med desse er at det gjev oss eit breiare bilde av mange ulike studiar og funn i ein og same artikkel. Me har inkludert ein artikkel frå pasientperspektivet og ein frå sjukepleiarperspektivet for å sjå problemstillinga frå fleire sider.

### 3.4 SØKJEHISTORIKK

Å søkja etter relevant litteratur har vært ein tidkrevjande prosess. Det var ikkje lett å finna gode søkjeord og gode kombinasjonar av desse. Det var óg utfordrande å setja riktige avgrensingar både for å få færre treff på søkja, og for å få treff på mest mogeleg relevante artiklar for oppgåva.

Me søkte etter artiklar i ulike databasar som Cinahl, PubMed og SveMed+, og nytta MeSH for å finna gode engelske søkjeord, då dei fleste artiklane er skriven på engelsk. Søkjeorda vart sett saman på ulike måtar. Søkjestrategien vår gav i starten veldig mange treff, noko som førte til at me leste mange artikkelsamandrag. Dette var på fleire måtar nyttig, då me fant ut kva retning me ville følgja i oppgåva, og det hjalp oss til å utarbeida ein betre søkjestrategi gjennom å lesa stikkorda og referanselistene til artiklane. Etterkvart som me vart meir erfarne i søkjinga, og fekk avgrensa kriteriane me ynskja å inkludera, vart søkjinga meir tilspissa og enklare. Me avgrensa til artiklar publisert dei siste ti åra, mest for å få færre treff, men òg fordi funna på dei eldre artiklane me las var dei same som dei av nyare dato. Me valte å avgrensa til kreftpasientar som er komen i palliativ fase, då me tenkjer at denne fasen vil påverke håpet i stor grad, og til aldersgruppa 65+ år, då me tenkjer at alder spelar ei rolle for både behov, prioriteringar og erfaringar for den som snart skal dø.

Vårt fokus i valet av artiklar har vore at funna i forskinga skal ha gyldigheit i vårt samfunn i dag. Me har difor ekskludert all forskning bl.a frå asiatiske land då dei har andre skikkar og ulik kultur enn oss, noko me tenkjer kan påverka resultata. Me har valt ut artiklar som me meiner både belyser temaet for oppgåva og problemstillinga, og som kan vera med å løfta teksten i drøftinga. For å kvalitetssikra artiklane har me brukt Helsebiblioteket (2013) sine sjekklister for kritisk vurdering av forskingslitteratur.

Me ser at fleire av artiklane i stor grad viser samsvarande funn og synspunkt, og slik underbyggjer kvarandre og styrkar pålitelegheita til resultata. Nokon av funna i artiklane me



har lese har òg bidrege til refleksjon og skriveretning vidare. Eksempel på dette er urealistiske håp, bruk av aktiv lytting, og betydinga av aksept for eigen situasjon.

Til slutt valte me ut fem artklar me ville presentere i oppgåva. Me diskuterte om me skulle ha med fleire av dei leste artiklane, men me fann det ikkje nødvendig å presentera fleire, då både føremål og funn for dei utførte studiane var så like at det berre vart gjentaking av det same. Sjå vedlegg 1: PICO-skjema og vedlegg 2: Søkjematrise, for fleire detaljar rundt søkja.

## 4.0 RESULTAT

Dette kapitlet presenterar eit samandrag av dei fem valte artiklane, ut frå føremål og funn.

### **Lichwala (2014). Fostering hope in the patient with cancer.**

**Føremål:** Føremålet for artikkelen er å visa korleis sjukepleiarar kan fremma og oppretthalda håp hjå kreftpasientar og at håpet kan ha ein positiv effekt for pasientane.

**Funn:** Når en pasient får diagnosen kreft kan følelsar som angst, frykt og håpløyse påverka personens sinnstilstand på ein negativ måte. Å ha håp kan redusera angst og vera med på å auka livskvaliteten til pasienten. For å bidra til å fremma håp bør sjukepleiar gjera ei vurdering av håpet til pasienten og vidare utføra hensiktsmessige tiltak. Å lytta aktivt, vera empatisk og behandla pasienten med verdigheit er viktig i dette arbeidet. Håpet vart påverka hjå pasientar som opplever fatigue, smerter eller plagsame biverknader. Å få auka håpet opplevdes viktig for kreftpasientane, då det gav betre trivsel og ei meir positiv kjensle av fysisk og mental velvære. God støtte og gode familierelasjonar hadde ein positiv effekt på pasientane sitt håp. Sjukepleiar må vera vår for pasienten sine psykososiale behov, og kunna gjenkjenna personar som lir av angst eller høgt stressnivå. Sjukepleiar skal sørgja for at desse pasientane ikkje har for mange ulike personale å forholde seg til, då dette vil gje auka tillit, tryggleik og betra kommunikasjonen mellom dei. Pasientane rapporterte at når dei følte at helsepersonellet var ei kjenslemessig støtte for dei, var empatiske og ikkje dømmande, gode til å lytta, kunne svara på spørsmål og gje nyttig kunnskap, opplevde dei ei positiv innverknad på håpet sitt. Sjukepleiarar kan nytta verktøy for å kartleggja og evaluera pasienten sitt håp, slik at ein tidleg kan setja inn tiltak. Artikkelen presentera Herth Hope Index (HHI) som er eit evalueringsverktøy utvikla for å vurdere nivået av håp hjå kritisk sjuke pasientar i ulike fasar av sjukdomsforløpet. Artikkelen finn at ved å auka håpet kan sjukepleiar auka livskvaliteten, fremma aksept for diagnosen og redusera angst, depresjon og stress for pasienten.

**Sachs, Kolva, Pessin, Rosenfeld og Breitbart (2013). On Sinking and Swimming: The Dialectic of Hope, Hopelessness, and Acceptance in Terminal Cancer.**

**Føremål:** Studien ville kartleggja opplevingar, tankar og kjensler rundt håp og håpløyse, samt kva faktorar som påverkar det å oppretthalda håp i forhold til kreftsjukdom, framtid og målsetjingar.

**Funn:** Pasientane som deltok i studien opplevde håp og håpløyse som nært relatert til kvarandre, og som element som påverka livskvaliteten deira i stor grad. Dei hadde ulike meiningar rundt håpløyse, men omgrepet vart knytt til en form for tomheit, der ein ikkje bryr seg meir og har gjeve opp. Håp vart beskrive som ein beskyttande faktor mot psykiske truslar som depresjon, fortvilning eller å villa gje opp. Dette er truslar som ofte kan følgja med håpløyse. Studien viste at det gjekk igjen hjå pasientane at aksept for situasjonen sin var nært relatert til håp og håpløyse. Ved å finna aksept for diagnose og prognose, kunne pasientane oppleva håp, meistring og setja realistiske mål for framtida. Dei pasientane som kjende at dei hadde klart å oppnå måla i livet, klarte lettare å finna aksept, som igjen førte til større kjensle av eigenverd og det å føla seg fullkommen. Nokon rapporterte at dei kjende håpløyse på grunn av fysiske og/eller psykiske smerter, og at ei lindring av desse smertene ofte førte både til aksept for situasjonen og auka håp.

**Rchaidia, Dierckx de Casterlé, De Blaeser og Gastmans (2009). Cancer patients' perceptions of the good nurse: A literature review.**

**Føremål:** Forfattarane vil undersøkjia kreftpasientar sin oppfatning av kva ein god sjukepleiar er for dei.

**Funn:** Pasientane meinte at gode sjukepleiarar var prega av spesifikke kunnskapar, haldningar og ferdigheiter. Ein god sjukepleiar engasjerte seg i pasientane som unike personar, vart personleg kjende med dei som menneske, gav støtte og dømde dei ikkje. Å vera oppriktig, venleg og visa respekt, samt evna å forstå pasienten sine behov var avgjerande for ei god oppleving. Ein god sjukepleiar kunna vise medkjensle for lidinga, og hjelpa pasienten å finna positive meiningar, mogelegheiter og håp i tunge stunder. Å opptre profesjonelt, visa røynsle og ha ein brei kunnskap, var andre gode eigenskapar som vart trekt fram. Sjukepleiarane med nemnte eigenskapar, bidrog til opplevinga av tryggleik, optimisme, tillit og håp for pasientane..

**Lorentsen (2009). Hvordan kan sykepleieren styrke pasienten sitt håp?**

**Føremål:** Studien har sett på sjukepleiarar sine erfaringar med kva dei meiner kan styrka palliative pasientar sitt håp.

**Funn:** Sjukepleiarane meinte at det var dei små tinga i utføringa av daglegdagse oppgåver som hadde stor betyding for håpet, som måten ein vrir opp kluten, eller korleis ein tek på pasienten. Sjukepleiarane meinte at å gje håp ikkje alltid handla om å sei noko, men heller om å lytta til lidinga. Å verta meir bevisst på kva drivkraft som ligg i ordet håp, er vesentleg for at det blir lagt til rette for dette i institusjonen. Det vart understreka at opplevingar av gode augeblink var viktig i forhold til det å håpa, samt at sjukepleiar er tilstade både fysisk og psykisk, og slik kan signalisera at ein toler pasienten sin desperasjon og motløyse. Dette kan gje pasienten følelse av verdi og hjelp ut av håpløyse. Det vart òg formidla at urealistisk håp av og til er nødvendig, då det kan vera ei avlastning for psyken. I møte med dette urealistiske håpet, var sjukepleiarane forsiktige med kva dei sa til respondentane og valte å lytta mest. Funna i studien viser at det er behov for vidare forskning på kva for konkrete handlingar som styrker pasienten sitt håp.

**Hawthorn (2015). The importance of communication in sustaining hope at the end of life.**

**Føremål:** Forfattaren av artikkelen vil sjå på korleis helsepersonell kan oppretthalda håp for pasientar som nærmar seg slutten av livet gjennom å nytta terapeutisk kommunikasjon.

**Funn:** Ei manglande evne til å forstå essensen i kva pasientane kommuniserer til helsepersonellet, enten verbalt eller non-verbalt, vil påverka kvaliteten på den støtta som skal ytast for pasientane. Ein kan òg risikera at lidinga og håpløysa aukar for pasienten dersom helsepersonellet ikkje er oppmerksom på den kommunikasjonen dei gjev. Angst og frykt kan ofte føra til ei auka kjensle av håpløyse for pasientane, som igjen kan føra til at dei ikkje er mottakeleg for råd og informasjon. Å anerkjenna pasienten sine emosjonar og bruk av aktiv lytting er avgjerande for å kunna fremma og oppretthalda håp. Artikkelen finn at helsepersonellet kan oppleve det vanskeleg å finne måtar å kunne snakka opent om viktige og meningsfulle tema med pasientar i terminal fase, då dei er redde for å auka pasienten sin angst. Artikkelen presenterar SPIKES-protokoll, som er eit seks stegs kommunikasjonsverktøy for helsepersonell i møte med pasientar. Helsepersonell som har nytta SPIKES har rapportert at det har gjeve dei auka mot til å ta samtalar for å oppmuntra pasientar i fremming av håp.

## 5.0 DRØFTING

### 5.1 VÅR ERFARING MED HÅP

I dette kapitlet ville me sjå om våre erfaringar rundt palliasjon og håp stemde med teori og forskning, og drøfta det me fant. Me har studert litteratur om korleis sjukepleiar kan bidra til å oppretthalda håp for den palliative kreftpasienten, og kva som kan påverka håpet. Me leita etter likskapar og forskjellar i funna våre, noko me opplevde litt utfordrande då det var små forskjellar i det me fant. Det var likevel ein lærerik prosess for oss å drøfta litteraturen opp mot egne erfaringar. Me finn at når eit menneske vert alvorleg sjuk, er det ulikt korleis ein vil handtera den endra livssituasjonen, og det er fleire ulike moment som kan påverka håp i denne samanhengen. Travelbee (2011, s. 117) beskriv håp som ein motiverande faktor bak måten vår å vera på, og at håp kan hjelpa oss i å takla utfordringar. Vår erfaring er at håp er viktig for å klara tenkja positivt, sjå mogelegheiter, finna meining og fokusera på det beste for seg sjølv, men at ein ofte kan trengja hjelp til å finna og oppretthalda håp når sjukdom og liding rammar. Artikkelen til Hawthorn (2015) viser at alle pasientar treng håp for å gje dei styrke til å handtera situasjonen, spesielt ved alvorleg sjukdom og kort forventet levetid. Håp innan palliativ pleie er eit vidt fenomen med mange dimensjonar, som er heilt individuelt og vil ha ulik meining for den enkelte.

Me vil presentera to pasientsituasjonar som me begge fekk erfara i praksis. Me valde desse to for å visa kor ulike og individuelle reaksjonar og opplevinga av håp kan vera for palliative kreftpasientar. Me ser på erfaringane saman med den litteraturen me har funne.

Pasientane me møtte var begge kvinner i 70-åra med diagnosen uhelbredeleg kreftsjukdom. Både Anna og Turid var positive, aktive kvinner med stor familie og breitt nettverk. Sjølv om utgangspunkta deira kan virka like, var dei ulike i korleis dei møtte situasjonane og håpet sitt.

Me opplevde at Anna hadde akseptert situasjonen sin, og bar håpet om ein fredeleg død samt at familien skulle ha det godt etter at ho var borte. Til motsetnad uttrykte Turid eit sterkt livshåp, der ho håpa på meir behandling for å kunna bli betre og få reisa heim.

Personalet opplevde at korkje Turid eller familien hennar hadde akseptert situasjonen, og hadde urealistiske håp for framtida og prognosen hennar. For å sjå nærmare på håpet til desse to pasientane, har me fyrst knytt dei opp til Travelbee sine kjenneteikn ved håp, og i dei neste kapitla sett på situasjonane og våre erfaringar saman med øvrig teori og resultat.

## 5.2 KJENNETEIKN VED HÅP

Travelbee (2011, s. 118-122) beskriv 6 kjenneteikn ved håp, der det fyrste er at håp er sterkt relatert til avhengigheit av andre. Me erfarar at når egne ressursar vert svekka, kjem dette tydlegare fram, og forventninga om å få hjelp vert sterkare. Både Turid og Anna kom til avdelinga fordi dei hadde fått eit større hjelpebehov og kjende seg utrygge heime. Anna uttrykte at ho no følte seg som ei belastning for sine nærmaste, og at ho fann ei indre ro ved avdelinga, der eit personale kunne hjelpa ho. Ho hadde eit håp om å spara på kreftene til å ta i mot besøk den siste tida.

Det andre kjenneteiknet til Travelbee er at håp er retta mot framtida, og når ein håpar er merksemda retta mot ei forandring til noko betre. Turid hadde eit håp om å verta betre og leva lenger, medan Anna ikkje håpte på ei framtidig betring i tilstand, men heller å få oppleva god lindring og meningsfulle augneblink siste tida. Me finn at ved kort forventa levetid er både mål og håp viktige for å klara å meistra situasjonen på ein god måte, og at det er individuelt korleis det gjev mening. Rustøen (2001, s. 53) skriv at mål er nødvendig for å ha håp, og at framtida og det å gjera noko meningsfullt, kan styrka håpet. Anna sin situasjon viser at det håpet pasienten har for framtida ikkje treng å handla om å leva lengst mogeleg, men å ha det godt den tida ein lever. Turid fann mening i å jobba mot framtidsretta mål som å trenna, eta godt og leita etter ein kur for kreftsjukdomen hennar i utlandet. Dette var hennar håp, som gav ho både krefter og motivasjon.

I det tredje kjenneteiknet skriv Travelbee at håp er relatert til val og moglegheiter for å velja. Det står både i pasientrettighetslova (Pasient- og brukerrettighetsloven – pbrl. 1999, §3) og i NSF sine yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund), at det er pasienten sin rett og helsepersonellet si plikt at pasienten skal kunna gjera val rundt eigen situasjon, og få hjelp til å oppretthalda håpet sitt. Me finn at pasienten si oppleving av autonomi og å kunna ta val, er viktig for å bevare håpet. Samtidig er det ikkje sikkert at dei vala pasienten tar alltid vert opplevde som hensiktsmessige. Og kva gjer ein då, og eventuelt når grip ein inn ?

Oppfatninga på avdelinga var at Turid tok mange val utan føremål. Men for ho og familien gav det mening å jobba for ein kur, for å halda motet og håpet oppe. Difor vart det likevel hensiktsmessig å la ho ha sine urealistiske forventningar og håp for framtida. I denne situasjonen finn me på den eine sida at pasienten har rett til å gjera egne val, mens på den andre sida må helsepersonellet sikra at pasienten sine grunnleggjande og medisinske behov

vert tatt hand om på ein forsvarleg måte. Turid og familien fekk difor jamleg tilbod om samtalar og informasjon om forventa prognose for sjukdomen, sjølv om dei ikkje ville høyra på dette.

Det fjerde kjenneteiknet til Travelbee er at håp er relatert til ynskje. Me erfarte at Anna ynskte å styra kvardagen sin på avdelinga sjølv. Det gjaldt først og fremst tidspunkta for hjelp til stell, måltid eller medisinar. Ho fekk individuell service heile døgnet. Som sjukepleiar skal me jo leggja til rette for at ynskje vert oppfylte så langt råd er. Men ein må likevel tenkja på korleis det ville bli om alle pasientar skulle fått oppfylt ynskja sine rundt til dømes tidspunkt for måltid. Ville dette kunne la seg gjennomføra i praksis? Me tenkjer at dei fleste avdelingar vil nok fungera best med faste (måltids-)rutinar for at tida skal strekke til, og at det i praksis let seg gjennomføra med tanke på tilbereding og bemanning.

Travelbee sitt femte kjenneteikn er at håp har nær samanheng med tillit og det å halda ut. Å halda ut er ein eigenskap som gjer ein i stand til å tåla vanskelege opplevingar over eit lengre tidsrom, utan å mista motet og gje opp. Både Turid og Anna fann i samarbeid med familie og personalet ulike måtar å halda ut i dei utfordringane dei møtte, og klarte slik å oppretthalda håpa sine. I følgje Travelbee kjem tilliten i trua på å få hjelp frå andre. Me erfarar at tid og det å ha det travelt, er viktige moment i det å byggja tillit mellom pasient og sjukepleiar, og at det kan vera utfordrande å finne denne tida i ein travel arbeidskvardag.

I etableringa av eit tillitsforhold, skriv Helseth og Nortvedt (2002, s. 160) at det må koma fram at sjukepleiar har fagleg kompetanse, slik at pasienten har tiltru til at sjukepleiar evnar å gje nødvendig hjelp. Men me finn at i nokon tilfeller klarar ein ikkje alltid å skapa dette tillitsforholdet, både fordi det krev tid å byggja tillit og at den er veldig sårbar, kanskje spesielt i starten av ein ny relasjon. Me erfarar óg at den personlege kjemien mellom to ulike menneske, uavhengig av fagleg kompetanse, vil påverka tillitsforholdet. Christoffersen (2013, s. 99) skriv at når ein person er i ein sårbar situasjon, utleverer ein seg sjølv med ei forventning om at det blir tatt vare på, og at det er dette som er tillit. Både i lovverk og retningslinjer er det nedfelt at helsepersonell har taushetsplikt for alle pasientopplysningar, og me finn at det er avgjerande at pasienten har tiltru til at denne vert overhaldt for å kunna oppnå tillit. Christoffersen (2013, s. 99) skriv vidare at sidan tillit er å utlevera seg, vil det i alle mellommenneskelege møte finnast eit maktforhold. Me finn at makt kan liggja både i ord, toneleie og kroppsspråk som vert brukt, og kan påverka pasienten si oppleving av håp og tillit i stor grad. Det er viktig at sjukepleiar er bevisst dette maktforholdet, og forstår at

også pasienten kan ha makt i denne relasjonen. Turid, til dømes, vende seg bort og lukka augo når eit tema vart for vanskeleg. Slik tok ho makta og styrte når samtalen var over. Det siste kjenneteiknet til Travelbee er at håp er relatert til mot. Det krevst mot å erkjenne at ein ikkje lenger strekk til og likevel stå på for å oppnå måla sine, sjølv om ein innser at ein kanskje ikkje oppnår dei. Anna klara å erkjenne at ho ikkje lenger strakk til då ho budde heime. Ho hadde mot til å be om hjelp, fyrst frå pårørande og seinare frå fastlege og personalet ved avdelinga der ho vart innlagt. Håpet hennar var å vera godt lindra den siste tida, og å få vera mest mogleg saman med dei ho var glad i. Til motsetnad opplevde me at Turid ikkje innsåg situasjonen sin og dei begrensningane den medførte. Hennar håp var retta mot opptrening og livsforlengande behandling, slik at ho kunne få ha ei framtid saman med familien sin. Me erfarte at Turid hadde eit urealistisk håp, noko me tenkjer at ho innerst inne var klar over, men ikkje ville erkjenne verken for seg sjølv eller andre. Dette urealistiske håpet kan nok hengja saman med at Turid ikkje hadde funne aksept for situasjonen sin, men håpet hennar var likevel sterkt og av stor betydning for ho.

### 5.3 BETYDINGA AV HÅP OG AKSEPT

Turid fann både meining og styrke i håpet om å finna ein kur for den uhelbredelege kreftsjukdomen sin. Dette håpet gav ho krefter til å fortsetja med trening, planleggja framover og halda motet oppe. Me finn at alle menneske treng eit håp, og Renolen (2008 s. 153-154) skriv at håp er sentralt for meistring. For alvorleg sjuke kan håpet gje meining for å henta fram indre og ytre ressursar. Eit stort håp kan mobilisera energi og gje mot og styrke til å takla motgang, medan eit svakt håp kan gje resignasjon og apati. Dette understøttar erfaringa vår med Turid, som fant energi og styrke mot alle odds, på grunn av sitt sterke håp om å bli frisk. Me opplever at håp er ein del av alle menneske sine liv, men at betydninga av håp gjer seg tydelegare gjeldande når me er i vanskelige livssituasjonar. Me ser ofte at for den som er alvorleg sjuk kan det vera lett å tenkja negativt og mista motet. Difor er det viktig at me hjelper pasienten til å finna og oppretthalda håpet sitt, då det kan vera med å motivera til å finna meining og sjå framover. Utne & Rustøen (2014, s. 62) skriv at sjukdom og liding vil gjera betydninga av håp meir aktuell. Funna til Lichwala (2014) viser òg at det å ha ein uhelbredeleg kreftdiagnose kan endra fokuset, betydninga og oppfatninga av håp for pasienten. Pasientar i terminal fase kan oppleva mange emosjonelle og fysiske påkjenningar



som kan gje opplevingar av håpløyse og desperasjon. Nokon palliative pasientar lever i håpet om ein kur, eller å få leva lenger, slik som Turid, andre håpar på å finna meining i kvardagen, slik som Anna. Pasientane i studien til Lichwala (2014) opplevde at balansen mellom håp og håpløyse påverka livskvaliteten deira i stor grad. Me understrekar difor viktigheita med å fokusera meir på å oppretthalda håp for palliative pasientar i helsetenesta. Forskinga me fann viser at håp og livskvalitet heng saman, og god livskvalitet er avgjerande for å ha det godt. Vår jobb som sjukepleiarar er å hjelpa pasienten til å finna håp, oppretthalda det og unngå håpløyse. Travelbee (2011, s. 117) skriv at den som er utan håp ikkje klarar å sjå framover, og er overvelda av problema. Frustrasjonen i ei slik hjelpeløyse kan føra til negativ tankegang og åtferd. Me erfarar dette særleg hjå pasientar som opplever smerter eller kvalme over lengre tid, utan at lindring hjelper. Vår erfaring viser at pasienten då kan oppleva fortvilning, motløyse og håpløyse. Ein finn inga meining i situasjonen, vert likegyldig og vil gje opp. Dette må sjukepleiar fanga opp og ta tak i, slik at pasienten kan få god lindring og hjelp til å finna håpet sitt igjen.

Resultata i studien til Sachs et al. (2013) viste at gode relasjonar til andre og god lindring av psykiske og fysiske smerter stod sentralt for mange for å kunna auka og oppretthalda håpet, og utvikla aksept og ro for at livet deira snart var over. Resultata viste at håp og håpløyse ikkje var motsetnader, men at derimot aksept for situasjonen var motsetnaden til håp. Me opplevde at Turid ikkje hadde funne aksept for sin situasjon, men ho hadde likevel eit sterkt håp. Me tenkjer at det nok hadde ein samanheng med at hennar håp var urealistisk. Me finn at aksept for diagnose og prognose kan vera viktig for å klara sjå framover og halda håpet oppe. Me erfarte i praksis at dei pasientane som klara å godta sjukdomen og at livet snart var slutt, ofte hadde det betre psykisk, og klarte å setja meir pris på den tida dei hadde igjen. Pasientsituasjonen til Anna understøttar teorien om at aksept kan føra til at pasienten har meir realistiske forventningar og håp. Men Turid som ikkje fann aksept, hadde jo det motsette. Korleis skal helsepersonell handtera pasientar som har urealistiske håp og forventningar til framtida? Skal personalet bidra til å oppretthalda eit slikt håp, eller bør ein jobba for å skifta fokus mot eit meir realistisk håp, og å finna aksept for situasjonen? Me tenkjer at dette må diskuteras og vurderast nøye utifrå kvar enkelt pasientsituasjon.

## 5.4 REALISTISK OG UREALISTISK HÅP

Dette med realistisk og urealistisk håp fant me intressant å studera nærmare. Turid og Anna viste oss tydeleg desse ulike håpa. Anna hadde eit realistisk håp, der ho hadde funne aksept for døden og opplevde ei indre ro med at livet nærma seg slutten. Ho håpa på å få ha det så godt som mogeleg den siste tida. Me opplevde at Turid hadde eit urealistisk håp om å bli kreftfri, og jobba hardt mot dette uopnåelege målet. Under arbeidet med vår studie av litteratur, fann me at Utne og Rustøen (2014, s. 63) skriv at det som pasienten håpar på må vera realistisk og viktig for vedkomande, sjølv om framtida er usikker. Men vår erfaring med Turid motstid at eit håp må vera realistisk. Sjukepleiarane i studien til Lorentsen (2009) erfarar at nokon pasientar av og til kan trengja å ha eit urealistisk håp. Dei finn at ein som sjukepleiar nokon gonger må sjå på dette som eit nødvendig tiltak, som avlastar den mentale påkjenninga ved det å vera dødssjuk. I ein slik situasjon oppfordrar studien til at sjukepleiar stort sett berre lyttar til det håpet pasientane formidlar, og er varsam med kva ein vel å seie. Men er det rett at ein berre lyttar til dette urealistiske håpet, utan å prøva å realitetsorientera pasienten om situasjonen sin? Turid hadde eit urealistisk håp, der verken ho eller dei pårørande klarte å ta inn over seg at ho snart skulle døy. Dei ville ikkje høyre på noko informasjon rundt forventna prognose, eller ta stilling til førebuingar i forbindelse med døden. Ingen ville snakka om fakta knytt til situasjonen og forventna prognose. Dei fokuserte heller fullt og heilt på å leita etter alternative måtar å forlenga livet hennar på. Det vart prøvd ut alt ifrå hard opptrening til å eta mulivitaminar og egg. Helsepersonellet rundt familien opplevde det utfordrande at dei ikkje makta å vera realistiske til situasjonen. Dette skapte også utfordringar i tilliten og relasjonen mellom personalet, Turid og hennar pårørande. Det var fleire møter ved avdelinga om denne familien sin situasjon, der ein diskuterte korleis personalet kunne støtta dei på best mogeleg måte. Personalet var einige i at dei ikkje måtte ta i frå denne familien håpet, då det var deira måte å takla situasjonen, finna styrke og halda motet og humøret oppe. Dei kom difor fram til at personalet berre skulle fortsetja å informera om prøveresultat og fakta knytt til sjukdom og prognose, og tilby dei samtalar om den vanskelege situasjonen. Samstundes skulle dei visa forståing for familien sin måte å handtera situasjonen på, lytta til deira ynskje og prøva å møta desse på best mogeleg måte. Målet var at Turid og familien fekk oppfylt retten sin til både informasjon og til å oppretthalda håp. Studien til Lichwala (2014) viste at håp kan gje

pasienten ei auka kjensle av fysisk og psykisk velvære, betre livskvalitet, og redusera angst, depresjon og stress. Resultata viste óg at håp kan fremma aksept for diagnose og prognose. Me finn at det tilbodet sjukepleiar gjev pasienten, er av stor betydning, og at tilbodet må tilpassast til kvar enkelt pasient. Turid og Anna hadde heilt ulike håp som måtte tilnærmast på ulike måtar. Sjukepleiar må difor ha kunnskap om og vera bevisst på at det er mange faktorar som påverkar pasienten si oppleving av håp, der ein viktig faktor i denne samanhengen er sjukepleiar sjølv.

## 5.5 SJUKEPLEIAR SINE HALDNINGAR OG KUNNSKAPAR

Me har begge erfart i praksis at palliative pasientar formidlar at dei kjenner seg tryggare når dei opplever at sjukepleiar har den kunnskap som trengst for å ivareta alle behova deira. Travelbee (2011, s. 124) skriv at sjukepleiar skal gje kvalifisert og medfølande omsorg og vera observant for teikn på både fysiske og psykiske plager. Sjukepleiar skal kunna forutsjå den hjelpa det er behov for, og å tilby den utan å måtte bli bedt om det. For at møtet med pasienten og samspelet i den vidare relasjonen skal bli godt, finn me både gjennom erfaring og teori at det er av stor betydning korleis sjukepleiar tilnærma seg pasienten, og på kva måte ein nyttar kunnskapen sin. I møtet med Turid og Anna og deira ulike håp, må ein tilnærma seg på ulike måtar. Som sjukepleiar må kunnskapen nyttast slik at den er tilpassa dei ulike pasientane. Ein må vera bevisst på korleis ein framtrer både i ord og haldning. Jahren, Kristoffersen & Nortvedt (2015, s. 107-108) skriv at haldningane våre viser seg i måten me oppfører oss på i ein konkret situasjon. Stemma og blikket er vesentleg, og sjukepleiar må sjå på pasienten sine behov, grenser og subjektive sjukdomsopplevingar. Her tenkjer me at på den eine sida kan du visa den tolmodige og omsorgsfulle sida av deg sjølv, og på den andre sida kan ein hektisk kvardag visa igjen i sjukepleiar, ved at ein framstår travel. Dette erfarar me i stor grad at kan påverka pasienten på ein negativ måte som kan skapa uro, utryggleik og virka inn på opplevinga av både tillit og håp.

I FN si erklæring om den døyande sine rettar (NOU 1999: 2., 1999, s. 34-35), står det at pasienten har rett til å bli behandla av dei som kan oppretthalda håpet, sjølv om målet endrar seg. Dette tenkjer me er rettar som gjeld for alle pasientar, ikkje berre den som snart skal dø. Det at håpet og målet vil endra seg ved utvikling og progrediering av sjukdom, tenkjer me er viktig kunnskap for sjukepleiar å ha. Lorentsen sin artikkel (2009) påpeikar

også at det er viktig å auka sjukepleiarar si bevisstheit rundt den drivkrafta håpet representerer for pasientane. Funna viser at pasienten sitt håp vert påverka i stor grad av korleis sjukepleiar utfører daglege oppgåver. For at sjukepleiar skal kunna styrka og oppretthalda håpet, må ein ha gode haldningar, kommunikasjonsferdigheiter og ein tillitsfull relasjon med pasienten. Både Lichwala (2014) og Rchaidia et al. (2009) sine studiar konkluderer med dei same resultata som Lorentsen og våre eigne erfaringar. Sjukepleiar skal hjelpa pasienten til å finna mening, mogelegheiter og håp i situasjonen sin, gjennom å opptre profesjonelt, visa erfaring og kunnskap, kunna sjå og forstå pasienten sine behov og opptre støttande. På slutten av livet til Anna såg ein betydinga av dette. Anna vakna ein morgon og kjente på kroppen at no var det skjedd ei forverring, og at det nærma seg slutten av livet. I tillit til personalet fortalde ho om denne opplevinga, og bad dei om å kontakta familien slik at dei kunne koma og vera saman med ho. Håpet hennar om lindring til ein god og rolig død vart oppfylt, og i ein slik situasjon meiner me at sjukepleiar sin væremåte er av stor betyding for opplevinga for dei involverte. Det kan vera sterkt å stå saman med pasienten og dei pårørande når dei skal møte døden. Hjort (2013, s. 447) skriv at sjukepleiar skal hjelpa den palliative pasienten til ein god avslutning på livet, noko som kan opplevast utfordrande for sjukepleiar i møte med både faglege, menneskelege og etiske dilemma. Turid sin tilstand vart raskt forverra, og ho måtte etter kvart starte opp med smertepumpe for å få god nok lindring. For familien hennar vart oppstartinga med denne behandlinga skremmande og fylt med sterke kjensler. Smertepumpa blei for dei einstyddande med at Turid skulle døy med ein gong. Det vart nytta mykje tid på god informasjon om kva smertepumpe er, og kvifor dette er bra for pasientar i denne fasen. I denne situasjonen finn me det viktig å ta på alvor dei pårørande sine bekymringar og behov for å reagere, og å bli sett og høyrte. Her ser me også betydinga av det er å akseptera situasjonen slik den faktisk er, og kanskje ser me også også ei negativ side ved det å ha urealistisk håp? Familien var ikkje førebudde på at det nærma seg slutten. Då Turid ikkje lenger hadde krefter til å vera oppe, eller til å orka å snakka, vart reaksjonane til dei pårørande difor ekstra sterke. Sjølv om sjukdomsforløpet hadde vore langt og prognosen var dårleg, hadde dei likevel ikkje teke inn over seg for at Turid var døyande. Me opplevde at personalet ved avdelinga la tilrette og tok seg godt av både Turid og familien hennar den siste tida, og var ei god støtte for dei i sorga. Dei fekk vera saman med ho på avdelinga så mykje dei ville, både dag og natt, i ein roleg atmosfære, og i trygge omgjevnader.

## 5.6 TRYGGE OMGJEVNADER

At pasienten kjenner seg trygg og at det er ro i omgjevnadane, finn me som heilt grunnleggjande faktorar for å kunna bidra til å ivareta og oppretthalda håpet for vedkommande. Vår erfaring tilseier at det er viktig med ei tett oppfølging av den palliative pasienten, og at det for mange kan opplevast tryggare å ha få sjukepleiarar å forholde seg til. Me tenkjer at tryggleik skapar tillit, som igjen er avgjerande for at pasientane skal opna seg slik at me kan bli kjente med dei. Lichwala (2014) sin studie viser at sjukepleiar må vera vår for pasienten sine psykososiale behov, og at det å ha ei lita og fast personalgruppe rundt pasienten vil gje auka tillit, tryggleik og betra kommunikasjonen mellom sjukepleiar og pasient, som igjen kan føra til positiv innverknad på pasienten sitt håp. På avdelinga til Anna og Turid var det fokus på nettopp dette med fast personale rundt pasientane. Men me erfarar likevel at dette berre er ein av mange medverkande faktorar for å oppnå tryggleik, tillit og håp. Personelge trekk både hjå pasient og personale, samt kjemien mellom dei, vil òg vera med å påverka samspelet i relasjonen på ulike måtar. Alle mellommenneskelege relasjonar vert difor heilt ulike. Vår erfaring med Turid og Anna viser at det er av stor betydning at mest mogeleg vert individuelt tilpassa og tilrettelagt ut frå pasienten og familien sine behov og ynskje den siste tida, for å kunna skapa tryggleik og oppretthalda håp for dei involverte. Både Kalfoss (2015, s. 493) og Rustøen (2001, s. 100-101) skriv at omgjevnadene og atmosfæren rundt pasienten er avgjerande faktorar i påverkinga av håp. Sidan sjukepleiar er ein viktig del av miljøet rundt pasienten, har haldningane til den enkelte sjukepleiar stor påverknad på pasienten si oppleving av håp. Travelbee (2011, s. 39-40) understøttar dette med at sjukepleiar si personlege oppfatning, erfaring og forhold til døden er av stor betydning for opplevinga til pasienten. Me erfarar at det er av stor verdi for pasient og pårørande at dei vert skjerma frå ei travel avdeling, og kan føla ro og tryggleik både i atmosfæren og i personalet sine haldningar. Sjukepleiar må visa seg trygg for at pasienten skal kunna kjenne seg trygg. Når livet går mot slutten skriv Hjort (2013, s. 450) at pasientar og pårørande har ei evne til å trappa ned håpet. Då er det viktig at sjukepleiar passar på at grunnlaget for håp alltid er der. For nokon kan det vera vanskeleg å forsona seg med at livet snart er slutt, slik som i Turid sin situasjon, og andre kjenner på bitterheit og behov for trøyst og å få snakka ut om dette. Me finn at gode samtalar med pasienten difor er avgjerande for å kunna hjelpa dei å oppretthalda håp. I kontrast til Turid hadde Anna akseptert at ho snart skulle døy, og

snakka opent om tankane ho hadde om døden. Å få snakka om døden uttrykte Anna som ei forberdeing til det uunngåelege. Ho sa var at ho var litt redd, men kjende seg også klar. I følgje Kalfoss (2015, s. 493) skal sjukepleiar skapa mogelegheit og rom for pasienten til å snakka om dei indre emosjonelle tankane og kjenslene dei måtte ha rundt at livet snart er slutt. Me tenkjer at dei ovanfornevnte faktorane som påverkar tillit og tryggleik må vera etablert i relasjonen for at sjukepleiar skal kunne tilretteleggja for at desse viktige samtalanene kan finna stad. Både pasient og sjukepleiar er ulike individ, med forskjellige eigenskapar, kunnskapar og erfaringar. Nokon klarar å snakka opent, mens for andre er det vanskeleg. Kjemien mellom pasient og sjukepleiar vil også påverka tillitsforholdet og kommunikasjonen mellom dei. Me finn difor at det vil vera veldig individuelt kor lett eller vanskeleg det er for sjukepleiar å skapa denne moglegheita for å opna seg om tankane døden og det levde livet.

## 5.7 SAMTALEN OM HÅPET, LIVET OG DØDEN

Å samtala med pasienten om fortida, erfarar me ofte som ein billett til å snakka om notida og framtida. Dei fleste likar å fortelja historiar frå livert sitt, og me opplever at desse samtalanene er relasjonsbyggjande og skapar tillit i forholdet vårt til pasienten. Travelbee (2011, s. 124) skriv at det finst inga erstatning for å snakka med pasientane om tankar og opplevingar, og slik bli kjende med dei. Hirsch & Røen (2016, s. 317-321) skriv at ein palliativ pasient ofte prega både psykisk og fysisk, og kan oppleve mange tap. Pasienten kan ha behov for å få stå fram som den ein tidlegare har vore, gjennom forteljingar frå livet sitt. Vår erfaring er at det kan vera vanskeleg og sterkt å oppsummera livet, og at personlegheit og bakgrunn spelar ei viktig rolle også her. Sjukepleiar skal hjelpe vedkommande å minnst og fortelja livshistoria si, og til å snakka om håpet sitt. Me finn at det kan vera verdifullt å nytta stunder som byr seg i kvardagen til slike samtalar med pasienten, både for å halda håpet og motet oppe, og for å styrka tillitsrelasjonen mellom oss. Hummelvoll (2014, s. 426-428) skriv at kvardagen gjev mange moglegheiter for spontane samtalar. Han skriv at å lytta er ein aktivt tilstand som krev at sjukepleiar er våken og til stades. Pausane ein opplever i samtalen er verdifulle for å tenkja over det som vert sagt, og til å kjenne på det usagte. Erfaringa vår rundt desse stille pausane er at dette kan opplevast både vanskeleg og ubehageleg for mange, noko me også har kjent på sjølve. Men me finn at aktiv lytting er eit godt hjelpemiddel for å kartleggja og oppretthalda håp for pasienten, som krev både trening og

erfaring. Me finn òg at å tåla å sitja i denne stillheita styrker relasjonen, og ofte gjev gode refleksjonar og oppdagingar for pasienten, og nokon gongar også for sjukepleiaren. I følgje Tveiten (2007, s. 162) kan aktiv lytting fremma kommunikasjon og samspel, og at det ikkje berre handlar om dei orda som vert sagt og høyrte, men òg undertekstane, kroppsspråket og kvaliteten på stemma. Dette finn me veldig viktig at sjukepleiar er sjølvbevisst på, då både det verbale og non-verbale språket vårt betyr so mykje for pasientens oppleving. Hjort (2013, s. 450) skriv at sjukepleiar må vera ærleg i formidlinga av ein bodskap. Det me seier må vera sant, samtidig som ein må passa på å ikkje ta i frå pasienten håpet. Igjen tenkjer me på Turid og familien hennar som hadde urealistiske håp for framtida. Det var utfordrande for helsepersonellet å vera ærlege med dei, då håpet og reaksjonane til familien i stor grad vart negativt påverka av det. Samtidig som personalet kjende på at familien måtte få presentert sanninga rundt den dårlege prognosen hennar, ynskte dei ikkje å ta frå familien alt håp og mot. Det var mange diskusjonar på personalrommet om korleis ein best kunne kommunisera med Turid og hennar pårørande om håpet deira. Mange i personalgruppa uttrykte at dei fann dette utfordrande. Artikkelen til Hawthorn (2015) fann at helsepersonell lett kan unngå desse samtalanene, då dei synest det er vanskeleg å snakka opent om slike tema med terminalt sjuke pasientar, i redsel for å skapa angst for pasienten. Kommunikasjonsverktøyet SPIKES-protokoll er utarbeidd for helsepersonell i møte med pasienten, for å gjera nettopp denne typen viktige samtalar lettare å utføra. Vår erfaring tilseier at dette kan vera eit nyttig hjelpemiddel, då me ser at usikkerheit hjå helsepersonell kan føra til at desse samtalanene ikkje vert utførte. Me tenkjer at det å kjenne seg usikker i ein slik situasjon handlar om manglande erfaring og kunnskap.

Både studiane til Hawthorn (2015) og Lorentsen (2009), samt teorien til Rustøen (2001, s. 100-101), understrekar kor viktig det er at sjukepleiar har kunnskap om kva håp er, kva som påverkar håpet og kva drivkraft håpet kan representera for pasienten. Studien til Lichwala (2014) finn at det er eit gap mellom sjukepleielitteraturen og den faktiske sjukepleia som skjer ved sjukesenga, når det gjeld å kartleggja og vurdera håpet til pasientane. Resultata viser nemleg at dette skjeldan vert gjort i praksis. Artikkelen omtalar Herth Hope Index (HHI), som er eit evalueringsverktøy utvikla for å vurdera nivået av håp hos kritisk sjuke pasientar. Dette skjemaet er òg utarbeidd på norsk, og burde etter vår meining vore ein rutinemessig del av all palliativ pleie og omsorg.

## 6.0 AVSLUTNING

For at sjukepleiar skal kunna bidra til å oppretthalda håp for den palliative kreftpasienten, krev det både kunnskap, erfaring og mot til å stå saman med dei involverte i ei vanskeleg tid. Håp har stor betyding for korleis pasienten opplever situasjonen sin, og det er sjukepleiar si rolle og ansvar å hjelpe pasienten å finna og halda oppe håpet sitt. Å bli ramma av uhelbredeleg kreft kan føra til at håpet vert trua, og pasienten kan i periodar veksla mellom håp og håpløyse. Det er viktig at sjukepleiar forstår kva kraft håpet har, og kva faktorar som kan svekka og styrka håp. Ved å inneha denne kunnskapen kan ein betra utøvinga av god sjukepleie til desse pasientane. Håp er eit komplekst fenomen som eksisterar i alle menneske sine liv, men opptrer ulikt for den enkelte. Livssituasjon og tidlegare erfaringar er sentrale faktorar for korleis pasienten opplever håp. Nokon finn håp i framtida, medan andre finn det i god lindring, gode relasjonar eller gode augneblink. Ein kan ikkje gje håp til andre, men sjukepleiar kan tilretteleggja slik at pasienten finn håpet sitt gjennom meningsfulle samtalar i trygge omgjevnader. Aktiv lytting er av stor verdi for å kunna kartleggja håp og setja inn aktuelle tiltak for å bevare dette håpet. Ein tillitsfull relasjon til pasienten må liggja til grunn for at sjukepleiar skal kunna bidra til å oppretthalda håp. Sjukepleiar sine personlege eigenskapar, erfaringar, haldningar og kunnskap kan påverka pasienten si oppleving av god sjukepleie. Sjukepleiar skal sørgja for at pasienten blir sett som individ, får hjelp til å finna meining, eigenverd og meistring og får ivaretatt alle sine psykiske og fysiske behov.

Gjennom arbeidet med oppgåva finn me at for å kunna hjelpe ein palliativ kreftpasient med å oppretthalda håp, har me bruk for kunnskapen frå alle faga som sjukepleiarutdanninga inneheld. Me treng kunnskap om menneskekroppen sin anatomi, fysiologi og patologi for å kunna gjera gode vurderingar og avgjerdsjar rundt den lindrande behandlinga, samt å kunna svara på spørsmål pasient og pårørande har. Psykologifaget er nødvendig for å forstå dei mentale prosessane og reaksjonane som kan oppstå rundt ein palliativ pasient. Etisk kunnskap er ein viktig del av den palliative omsorga, og gode pedagogiske kommunikasjonsevner er nødvendig, då ein stor del av yrkesutøvinga går ut på å samtala, rettleia, informera og undervisa andre. Sjølv om det kanskje kan argumenterast for at teoriane til Travelbee kan vera utdaterte, fann me ein klar overføringsverdi til dagens sjukepleieutøving og valt problemstilling.



## 7.0 LITTERATUR

Christoffersen, S. A. (2013). *Handling-person-samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Hawthorn, M. (2015). The importance of communication in sustaining hope at the end of life. *British Journal of Nursing*, 24(13), 702-705.

Helsebiblioteket. (2013). Sjekklistor. Henta frå

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Helsedirektoratet. (2015). Definisjon av palliasjon. Henta frå

<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/innledning-revidert/definisjon-av-palliasjon>

Helse- og sosialdepartementet. (1999). *Livshjelp Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende* (NOU 1999: 2). Oslo: Departementet.

Henta frå <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-1999-2/id141460/sec6>

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Henta frå

[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_2#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2)

Helseth, S., & Nortvedt, F. (2002). Om tillit. I F. Nortvedt, I. Bjørk, & S. Helseth (Red.), *Møte mellom pasient og sykepleier* (1. utg., s. 237-249). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hjort, P. F. (2013). Pleie og omsorg ved livets slutt. Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 447-455). Oslo: Gyldendal akademisk.

Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt- ikke stykkevis og delt Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

HVL. (2017). Supplerande retningslinjer for bacheloroppgåva. Henta frå

<https://www.hvl.no/contentassets/a6c16492e081478da8104c12f7956a09/supplerande-retningslinjer-for-bacheloroppgava-nynorsk.pdf>

HVL. (u. åb). Retningslinjer for bacheloroppgåva. Henta frå

<https://www.hvl.no/globalassets/hvl-internett/dokument/forskrifter-reglar-retningslinjer/retningslinjer-for-bacheloroppg-nynorsk.pdf>

HVL. (u. åa). Retningslinjer om forskningsetikk i bacheloroppgåva. Henta frå

<https://www.hvl.no/globalassets/hvl-internett/dokument/forskrifter-reglar-retningslinjer/retningslinjer-om-forskningsetikk-i-bacheloroppgaver-bergen.pdf>

Kaasa, S., Loge, J., & . (2016). Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov. J. H. Loge (Red), *Palliasjon Nordisk lærebok* (3. utg., s. 315-325). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kalfoss, M. H. (2015). Møte med lidende og døende pasienter - sykepleierens møte med seg selv. I H. Almås. D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (s. 475-497). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen. N. J., Nordtvedt.F. (2015). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. Skaug E. A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie, Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar 1* (s. 84-133). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Lichwala, R. (2014). Fostering hope in the patient with cancer. *Clinical journal of oncology nursing*, 18(3).

Lorentsen. V. B. (2009). Hvordan kan sykepleieren styrke pasienten sitt håp? Henta frå

<https://sykepleien.no/forskning/2009/03/hvordan-kan-sykepleieren-styrke-pasientens-hap>

NOU 1999: 2. (1999). *Livshjelp- behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

NSF. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Henta frå

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Henta frå [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasientrettighetsloven#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasientrettighetsloven#KAPITTEL_1)

Rchaidia, L., Dierckx de Casterlé, B., De Blaeser, L., og Gastmans, C. (2009). Cancer patients' perceptions of the good nurse: a literature review. *Nursing ethics*, 16(5), 528-542.

Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.

Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet : En utfordring for sykepleieren?* Oslo: Gyldendal akademisk.

Sachs, E., Kolva, E., Pessin, H., Rosenfeld, B., og Breitbart, W. (2013). On sinking and swimming: the dialectic of hope, hopelessness, and acceptance in terminal cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*<sup>®</sup>, 30(2), 121-127.

Travelbee, J. (2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Tveiten, S. (2007). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (5.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Utne, I. & Rustøen, T. (2014). Håp hos mennesker med kreft. I Reitan, A. M. & Schjøllberg T.K. (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient-utfordring-handling*. (s. 62-71). Oslo: Akribe AS.

## VEDLEGG 1: PICO-SKJEMA

Dette skjemaet viser kva for norske og engelske ord me har nytta i søkjesprosessen. Me har ikkje samanlikna nokon tiltak, og har difor utelatt Cèn i PICO-skjemaet. Me nytta MeSH for å finna gode engelske søkjeord/termar. Orda vart sett saman i mange ulike kombinasjonar i dei ulike søkjesbasane for å få best mogelege og avgrensa treff som hadde relevans til problemstillinga vår. Sjå neste side for inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier for søkjinga.

P	I	C	O
<b>Norske søkjeord:</b>			
Palliative pasienter	Palliativ omsorg		Fremme håp
Uhelbredelig kreft	Palliativ sykepleie		Opprettholde håp
Terminale pasienter	Sykepleier-pasient relasjon		Unngå håpløshet
Kreftpasienter	Sykepleie		Betydningen av håp
Døende	Lindrende behandling		Oppnå aksept
Eldre	Pleie ved livets slutt		God livskvalitet
Sykepleier	Kommunikasjon		God sykepleie
Håp	Verbal/non-verbal		God palliativ pleie
Håpløshet	Aktiv lytting		Hva påvirker håpet
			God kommunikasjon
			Lindre
<b>Engelske søkjeord:</b>			
Palliative patients	Palliative care		Fostering hope
Cancer patients	Terminal care		Substaining hope
Terminally ill patients	Communication		Avoid hoplessness
Dying patients	Terapeutic communication		Meaning of hope
End of life patients	Verbal/non-verbal		Good nursing
Elderly	Nursing		Good quality of life
Nurse	Nurse-patient.relation		Achieve acceptance
Hope	Active listening		Good palliative care
Hoplessness			What affects hope
			Good communication

**Inklusjonskriterier:**

Håp

Sjukepleie

Kreftpasientar i palliativ fase

Både menn og kvinner

Voksne over 65 år

Publisert etter 2009

Publisert på norsk, svensk, dansk eller engelsk.

Pasientperspektiv

Sjukepleiarperspektiv

**Eksklusjonskriterier:**

Artiklar publisert før 2008

Deltakarane befant seg under behandling

Deltakarane har nyoppdaga kreftdiagnose

Deltakarane har ei bestemt kreftform

Deltakarane har kurativ kreftsjukdom

Deltakarane er born/ungdom/unge vaksne

Pårørandeperspektiv

Palliasjon i heimen

## VEDLEGG 2: SØKJEMATRISE

Skjemaet viser søkjestrategien for dei fem presenterte artiklane i oppgåva. Søkja starta gjerne med fleire tusen treff, før me med den presenterte avgrensinga i skjemaet fekk eit akseptabelt antal artikkeltreff som me kunne studera nærmare.

Database	Søkjeord	Avgrensing	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
<b>Cinahl</b>	cancer patients AND meaning of hope AND hoplessness	Published: 2009-2019. Narrow by language: English. Age Groups: 65+. Special Interest: Palliative/Hospice Care. Search modes: SmartText Searching	39	7	5	On sinking and swimming: The dialectic of hope, hopelessness, and acceptance in terminal cancer.
<b>Cinahl</b>	fostering hope AND cancer patients AND nursing	Limiters: Linked Full Text + References Available + Abstract Available. Published Date: 2009-2019 Narrow by Language: English Source types: Academic journals Search modes: SmartText Searching	45	3	3	Fostering hope in the patient with cancer.
<b>SveMed+</b>	nursing AND hope	Limits: MeSH nurse-patient relations	11	5	3	Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp?
<b>PubMed</b>	(sustaining hope) AND (palliative care) AND (communication)	Publication-date: last 10 years	10	3	1	The importance of communication in sustaining hope at the end of life
<b>PubMed</b>	(nursing) AND (cancer patient) AND (hope)	Article type: Review. Published in the last 10 years. Subjects: cancer, systematic review Language: English	49	6	4	Cancer patients' perceptions of the good nurse: A literature review