



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9-H-2022-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	13-05-2022 09:00	<b>Termin:</b>	2022 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	27-05-2022 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 BSS9 1 H 2022 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	360
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7956
----------------------	------

**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

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	116
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Håphos kreftpasienter med kort forventet levetid i palliativ fase.

Hope in cancer patients with short life expectancy in palliative care.

Kandidatnummer: **360**

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitskap

Fakultet for helse- og sosialvitskap

27/05/2022

**ANTALL ORD:** 7956

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

## ABSTRACT

**Background:** One in three Norwegians is affected by at least one cancer diagnosis before the age of 75. 11 000 Norwegians died of cancer in 2020. Hope has a lot to say for how the patient copes with life situation through difficult times of illness and suffering. Experiencing hope increases quality of life and can also affect the course of the disease. Hope is an important element in the life of cancer patients. It is therefore important to preserve hope in order for the patient to have a good life, despite the diagnosis.

**Aim:** The aim of this literature study is to shed light on the patient's experience of hope in the palliative phase. This is to offer nurses a deeper understanding of the phenomenon and make it easier for nurses to meet patients with existential needs.

**Method:** This is a systematic literature study. The goal of this study is to find existing research that deals with the experience of hope in cancer patients in the palliative phase, evaluate it critically and present the results that are relevant to the research question. Both qualitative and quantitative data are used as these mutually reinforce each other. In order to be able to answer the research question, other literature and articles are also included.

**Results:** The results are sorted in the three following categories; (1) palliative cancer patients can have different hopes at the same time, (2) hope is dynamic and changes in direction and strength throughout the palliative phase, and (3) those who hope have a personal view of the future.

**Conclusion:** Hope is a complicated and complex phenomenon. Both realistic and unrealistic objects of hope can evoke positive emotions in the patient. The presence of a nurse, spiritual care, good communication, empathy and an individual approach to the patient can help strengthen the patient's experience of hope.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0. INNLEDNING .....</b>	<b>3</b>
1.1. BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	3
1.2. OPPGAVENS HENSİKT OG PROBLEMSTİLLING .....	4
1.3. BEGREPSAVKLARING .....	5
1.3.1. <i>Palliativ fase</i> .....	5
<b>2.0. TEORI .....</b>	<b>5</b>
2.1. PALLIASJON .....	5
2.2. HÅP .....	5
2.2.1. <i>Dufault og Martocchios teori om håp</i> .....	6
2.2.2. <i>Joyce Travelbees teori om håp</i> .....	7
2.3. MELLOMMENNESKELIGE FORHOLD .....	8
2.4. KOMMUNIKASJON .....	9
2.5. ÅNDELIG OMSORG .....	9
<b>3.0. METODE .....</b>	<b>9</b>
3.1. LITTERATURSTUDIE SOM METODE .....	10
3.2. PICO OG MESH-TERMER .....	10
3.3. LITTERATURSØK OG SØKEHISTORİKK .....	10
3.4. ANVENDTE DATABASER .....	11
3.5. INKLUSJONSKRITERIER .....	11
3.6. KVANTITATIV OG KVALITATIV DATA .....	12
3.7. KRITISK VURDERING AV INKLUDERTE ARTIKLER .....	12
3.8. METODISKE OVERVEIELSER .....	13
3.9. ETISKE VURDERINGER .....	14
3.10. ANALYSE AV SYNTSE .....	14
<b>4.0. RESULTATSYNTESE .....</b>	<b>15</b>
<b>5.0. DISKUSJON .....</b>	<b>17</b>
5.1. METODEDISKUSJON .....	17
5.2. RESULTATDISKUSJON .....	18
<b>6.0. KONKLUSJON .....</b>	<b>25</b>
<b>7.0. LITTERATURLISTE .....</b>	<b>27</b>
<b>8.0. VEDLEGG .....</b>	<b>31</b>

## 1.0. Innledning

Dette er en litteraturstudie som setter fokus på kreftpasienters opplevelse av håp i palliativ fase.

### 1.1. Bakgrunn for valg av tema

Det er estimert at i 2020 var det totalt 19 292 789 nye tilfeller av kreft på verdensbasis (Globocan, 2020). I Norge viser Kreftregisteret (2021) til 35 515 nye krefttilfeller i 2020. Statistikkene viser at én av tre nordmenn får minst én kreftdiagnose før fylte 75 år. Nesten 11 000 nordmenn døde av kreft i 2020 (Kreft i Norge, 2021).

Håp er et av de viktigste elementene i livet for kreftpasienter (Kristoffersen & Breievne, 2016, s.210). Å bevare håpet vil dermed være noe av det viktigste en kan gjøre for å kunne ha et godt liv på tross av diagnosen. Kristoffersen & Breievne (2016) hevder at håp og mening er de viktigste motiverende faktorene bak menneskelig atferd (Kristoffersen et al., 2016, s. 205) Likevel viser forskning at det finnes ulike måter helsepersonell forholder seg til pasientens håp. (Nierop-van Baalen et al., 2018, s.2). I noen land blir håp sett på som en positiv kraft og helsepersonellet er oppfordret til å styrke opplevelsen av det. I andre land kan det sees på som noe negativt ettersom det gir helsepersonell et inntrykk av at pasienten ikke er innforstått med sin prognose, og det kan derfor assosieres med en usunn fornektelse (Nierop-van Baalen et al., 2018, s.2).

Sykepleieren skal *utføre sitt arbeid i samsvar med krav til omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra sykepleierens kvalifikasjoner og situasjonen for øvrig*, som hjemlet i helsepersonelloven (helsepersonelloven, 1999, §4). En utfordring for sykepleieren kan være å balansere oppbygging og bevarelse av håp med å gi god informasjon til pasienten. Ifølge pasientrettighetsloven skal *informasjonen tilpasses mottakerens individuelle forutsetninger* (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3.2). Informasjonen skal i tillegg gis på en hensynsfull måte (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3.5).

Å oppleve håp kan gi økt livskvalitet og ha en effekt på sykdomsforløpet (Kristoffersen, 2016, s.210). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2019) kommer det frem at sykepleier skal understøtte pasientens håp, mestring og livsmot (NSF, 2019, 2.2). I tillegg skal også sykepleier ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg (NSF, 2019, 2.3). Det vil innebære ivaretagelse av både åndelige, eksistensielle, psykiske og fysiske behov. Kunnskap om hvordan kreftpasienter opplever håp kan hjelpe sykepleiere med å føle seg tryggere i møte med pasienter med eksistensielle utfordringer. Det kan også føre til at sykepleiere føler seg mer komfortable i å ta slike temaer opp.

I *forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning* (2019, §4) står det at en sykepleierstudent skal ha bred kunnskap om blant annet palliasjon, og i at en skal kunne planlegge og gjennomføre sykepleie til mennesker i palliativ fase (*forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning*, 2019, §6). Skiftet mellom kurativ og palliativ behandling kan ifølge Kaasa (2008) være utfordrende for pasienten (Kaasa, 2008, s.39). Det hevdes at et godt samarbeid mellom profesjonene, samt samarbeid mellom helsepersonell, pasienten og pårørende er avgjørende for en god behandlingssituasjon (Kaasa, 2008, s.39). Det sies også at palliativ behandling skal være integrert i tjenesten som tilbys til personer med langtkommen sykdom og forestående død (Kirkevold et al., 2014, s.523).

## **1.2. Oppgavens hensikt og problemstilling**

Hensikten med denne litteraturstudien er å finne forskning som svarer på problemstillingen som jeg har valgt, og kritisk vurdere den. Sykepleiere og annet helsepersonell er nøkkelpersoner når det gjelder å samtale med pasientene om håp, og trenger derfor kunnskap om håpets betydning i palliativ fase. Jeg har derfor valgt følgende problemstilling;

*Hvordan opplever kreftpasienter med kort levetid håp i palliativ fase?*

### **1.3. Begrepsavklaring**

#### **1.3.1. Palliativ fase**

Palliativ fase starter når pasienten ikke lenger har nytte av kurativ behandling, altså når sykdommen er uhelbredelig, og slutter når pasienten dør. En del av palliasjon er også ifølge WHO sin definisjon på det, ivaretagelse av pasienters pårørende (Roaldset & Aass, 2020) (Av simplistiske hensyn vil sykepleiere i denne teksten omtales som hun og pasienter som han.)

## **2.0. Teori**

### **2.1. Palliasjon**

Behandlingsintensjonen kan inndeles i kurativ eller palliativ (Kaasa, 2008, s.39). Den endres når pasienten ikke lenger har nytte av kurativ behandling. Målet for palliativ behandling kan være symptomlindring, best mulig livskvalitet og livsforlengelse (Almås et al., 2016, s.423). Symptomlindring er også rettet mot eksistensielle, sosiale og psykiske plager (Almås et al., 2016, s.425). En sykepleier må være innforstått med at plagene kan ha åndelig, eksistensiell og psykososial karakter og dermed være tilstedeværende når pasienten forteller om sin lidelse (Kirkevold et al., 2014, s.525). Omsorg er også et begrep som er knyttet til lindring, særlig når det gjelder pasienter som opplever at trusselen om død er større enn håpet for liv (Almås et al., 2016, s.427).

### **2.2. Håp**

Lohne (2010) beskriver håp som en drivkraft i sykepleiefaget som produserer helende prosesser i pasientene. Kunnskap om håp, dets betydning, innhold og prosesser er derfor nødvendig for å kunne møte pasienters behov (Lohne, 2010, s.110). Håp omtales som et pasientfenomen med dets innhold, retning og funksjon. Håp kan også defineres som fremtidsrettet og positivt (Lohne, 2010, s.110).



### 2.2.1. Dufault og Martocchios teori om håp

Definisjonen av håp til Dufault et al. (1985) er ofte referert til og dermed godt kjent i litteraturen. De definerer håp som «(...) en flerdimensjonal dynamisk livskraft som er karakterisert ved en tillit til framtiden som en kan feste tiltro til, men som likevel kan være usikker med hensyn til å oppnå et framtidig gode, som for den som håper, er realistisk mulig og personlig betydningsfull» (Reitan et al., 2017, s.69). Dufault et al. (1985) deler håpet i seks dimensjoner: affektiv, kognitiv, handling, fellesskap, tid og den kontekstuelle dimensjonen.

**Den affektive dimensjonen** handler om personens erfaringer og følelser som er en del av håpsprosessen. Den som håper opplever tiltrekning til og avhengighet av det positive og opplever det som viktig for deres velvære (Dufault et al., 1985, s.382).

**Kognitiv dimensjon** gjelder tanker, ønsker, opplevelser og forestillinger et menneske har. I tillegg er det fokus på hvordan en oppfatter og reflekterer rundt sin egen situasjon. Dufault et al. (1985) påstår at den som håper vil holde håpet så realistisk som mulig, frem til det ikke lenger har et realistisk grunnlag. Mennesket kan da enten forlate håpet eller erstatte det med et annet håp (Dufault et al., 1985, s.384).

**Handlingsdimensjonen** retter oppmerksomhet mot handlinger som kan være psykologiske, fysiske, sosiale eller religiøse. De som håper vil ta initiativ for å påvirke utfallet de håper for, og får energi fra håpet (Dufault et al., 1985, s.385).

I **fellesskapsdimensjonen** legges det fokus på relasjoner både til andre mennesker og til Gud. Å være en del av noe betydningsfullt, utdype sin kjærlighet til Gud eller reparere ødelagte forhold er fokusområder i denne dimensjonen (Dufault et al., 1985, s.386).

**Tidsdimensjonen** tar for seg pasientens erfaring av tid. I utgangspunktet er håpet fremtidsrettet gjennom kortsiktige og langsiktige mål, men pasientens nåværende situasjon og tidligere erfaring vil ha innvirkning på tankene om framtiden, og dermed også håpet (Dufault et al., 1985, s.387).

Den **kontekstuelle dimensjonen** gjelder pasientens totale livssituasjon, og hvordan den påvirker deler av håpet. Å få kreft kan oppleves som en trussel om tap og derfor negativt påvirke pasientens håp. Håpets innhold avhenger av hvilken livssituasjon man befinner seg i,

og ettersom kreft kan være en dynamisk sykdom vil håpets styrke og innhold variere deretter (Dufault et al., 1985, s.389).

### 2.2.2. Joyce Travelbees teori om håp

Travelbee (2001) hevder at håpet kan gjøre mennesker i stand til å mestre vanskelige situasjoner, tap, ensomhet, lidelse, samt gi mennesket styrke til å overvinne hindringer (Travelbee, 2001, s.117). Hun definerer håpet 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, 2001, s. 117). I boken *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (Travelbee, 2001) omtaler Travelbee blant annet håpets opprinnelse og karakteristika. Hun hevder at håpet alltid har sitt utspring i noe som har betydning for mennesket og ikke kan eksistere uten å ha et grunnlag (Travelbee, 2001, s.118).

Hun karakteriserer håpet slik:

**“Håp er sterkt relatert til avhengighet av andre”** (Travelbee, 2001, s.118). Håpet er avhengig av forventningen om at andre vil hjelpe deg, særlig når ens egne ressurser ikke strekker til. (Travelbee, 2001, s.118-119)

**“Håp er framtidorientert”** (Travelbee, 2001, s.119). Den som håper, har et ønske om at hans nåværende situasjon skal endre seg. Det impliserer at mennesket ikke er fornøyd med hvordan ting er for øyeblikket, og ønsker forandring. (Travelbee, 2001, s.119).

**“Håp er relatert til valg”** (Travelbee, 2001, s.119). Mennesker med flere valgmuligheter har en følelse av frihet og mer kontroll over sin egen situasjon. Selv om valgmulighetene ikke er tiltalende, opplever man fremdeles en frihet til å bestemme selv. (Travelbee, 2001, s.119).

**“Håp er relatert til ønsker”** (Travelbee, 2001, s.119). Håp er relatert til ønsker, fordi den som håper ønsker forandring. Travelbee skiller likevel mellom et ønske og et håp. Et ønske kan være rettet mot hva som helst, og dersom det er uoppnåelig er mennesket ofte klar over det. Håpet, derimot, er rettet mot det som virker realistisk og oppnåelig for den som håper. (Travelbee, 2001, s.119-120).

**“Håp har nær sammenheng med tillit og utholdenhet”** (Travelbee, 2001, s. 120).

Utholdenhet er evnen til å prøve om og om igjen uten å miste motet. Ved å jobbe for å løse sine problemer og lindre plager er man mer motstandsdyktig mot kommende utfordringer og hendelser. Tillit er troen på at andre stiller opp. Opprettholdelse av håpet er avhengig av at man har tillit og utholdenhet (Travelbee, 2001, s.120).

**“Håp er relatert til mot”** (Travelbee, 2001, s.120). Å ha mot vil si at man innser at situasjonen er vanskelig, men likevel klarer å kjempe videre på tross av det. Den som håper, har mot til å stå imot utfordringene sine og opprettholde troen på at en kan takle dem (Travelbee, 2001, s.120-121).

### **2.3. Mellommenneskelige forhold**

Travelbee (2001) karakteriserer sykepleie som “en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene” (Travelbee, 2001, s.29). Hun er mot generalisering av pasient- og sykepleierbegrepet, da disse begrepene overser mennesket som et unikt individ. Etablering av et menneske-til-menneske-forhold kreves for at sykepleiens mål og hensikt kan oppnås, og et slikt forhold kan kun etableres mellom personer. (Kristoffersen, 2016, s.32). Travelbee anser hvert menneske som en unik og uerstattelig person (Kristoffersen, 2016, s.29). Teoretikeren hevder at det er viktigere for sykepleieren å forholde seg til pasientens opplevelse av sin situasjon, enn kun hans diagnose (Kristoffersen, 2016, s.30).

For at menneske-til-menneske-forholdet skal kunne etableres kreves det at sykepleieren og den som tas omsorg for har gjennomgått flere faser som utgjør en interaksjonsprosess. Prosessen innebærer et innledende møte, framvekst av identiteter, empati og sympati og medfølelse (Travelbee, 2001, s.172). Et resultat av denne prosessen vil være gjensidig forståelse og kontakt mellom partene (Kristoffersen, 2016, s.34).

## 2.4. Kommunikasjon

Travelbee (2001) skriver, “all interaksjon med den syke gir sykepleieren en anledning til å bli kjent med ham som menneske og til å bestemme og ivareta hans behov, og dermed til å etablere et menneske-til-menneske-forhold og oppnå sykepleiens mål og hensikt” (Travelbee, 2001, s.135). Travelbee (2001) beskriver kommunikasjon som en pendelbevegelse, nettopp ved at påvirkning og motpåvirkning vil gå gjensidig fram og tilbake mellom sykepleieren og pasienten. Partene observerer hverandre og utveksler tanker, følelser og holdninger. Sykepleieren benytter kommunikasjon som en prosess for å søke og gi informasjon, men pasienten benytter det for å få hjelp. Det er sådan en dynamisk kraft som kan ha dyp innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet i sykepleiesituasjoner. Både gjennom kommunikasjon og persepsjon vil menneskets verdi som individ komme til uttrykk. På bakgrunn av dette kan det sies at kommunikasjon er det virkemiddelet som bidrar til å oppnå forandringer i sykepleiesituasjoner (Travelbee, 2001, s.136-138).

## 2.5. Åndelig omsorg

Åndelig omsorg skal være “en del av den helhetlige omsorgen til pasienten og pårørende” (Helsedirektoratet, 2015, s.40). Åndelige og eksistensielle behov hos pasienter omtales videre i *Nasjonalt handlingsplan for palliasjon i kreftomsorgen* (Helsedirektoratet, 2015, s.37). Det nevnes også tre dimensjoner innen åndelig omsorg; eksistensielle utfordringer, verdier og holdninger, og religiøs og livssynsmessig forankring (Helsedirektoratet, 2015, s.37). Eksistensielle utfordringer kan blant annet være håp og fortvilelse. “Eksistensielle utfordringer vil oftest bli mer fremtredende i forbindelse med alvorlig og livstruende sykdom. Det å erfare alvorlig sykdom, usikkerhet om behandling og døden som mulig utgang, er en eksistensiell krise(...)” (Helsedirektoratet, 2015, s.38).

## 3.0. Metode

Ifølge Thidemann (2019) er metode en systematisk fremgangsmåte som benyttes for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling (Thidemann, 2019, s.74).

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

Metoden jeg har valgt å benytte er litteraturstudie. En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder (Thidemann, 2019, s.77). Hensikten med denne metoden er å finne en allerede eksisterende forskning om valgt tema, vurdere funn kritisk, og presentere resultatene fra artiklene som ble valgt ut (Thidemann, 2019, s.79-80).

### **3.2. PICO og MeSH-termer**

Før jeg startet søket mitt utformet jeg en PICO for å konkretisere og presisere søket mitt. Thidemann (2019) hevder at bruk av PICO-skjema hjelper med å presisere problemstillingen og gjøre den mer søkbar (s.82-83). PICO har ifølge henne tre funksjoner; den fokuserer og presiserer spørsmålet, gir grunnlag for eksklusjons- og inklusjonskriterier, samt identifiserer søkeord og begreper som gjør søket mer effektivt (Thidemann, 2019, s.82). Da kjernes spørsmålet mitt handler om kreftpasienters opplevelser valgte jeg å benytte meg av PICO (*vedlegg 1*). PICO anbefales av helsebiblioteket (2016A) for spørsmål om opplevelser og erfaringer (Helsebiblioteket, 2016A).

Videre brukte jeg "MeSH på norsk" som er et emneordsystem (Helsebiblioteket, 2018). Ved å søke på kreft, svulster, palliativ pleie og terminalpleie fant jeg tilhørende MeSH-termer som bidro til å utvide søket (Helsebiblioteket, 2018). For å strukturere søket mitt brukte jeg de boolske operatorene AND og OR. Ved å sammenknytte søkeordene med OR får en treff på minst et av de oppgitte søkeordene og dermed utvides søket. Kombinasjon av søkeordene med AND begrenser søket i noen grad da den legger på flere "krav" til søket. Det vil si at søket begrenses til artikler som inneholder akkurat disse søkeordene (Thidemann, 2019, s.87).

### **3.3. Litteratursøk og søkehistorikk**

Mitt innledende søk ble gjort på PubMed og Google Scholar. Målet med dette søket var å kartlegge hvilken forskning som allerede fantes. Videre i prosessen benyttet jeg meg av kunnskapspyramiden for å utføre et systematisk søk. Kunnskapspyramiden er en modell som

hjelper med søk etter informasjonsressurser for kunnskapsbasert praksis (Helsebiblioteket, 2016B).

### **3.4. Anvendte databaser**

Jeg gjennomførte et søk i oppslagsverket UpToDate ved å kombinere søkeordene *hope*, *cancer* og *palliative care*. Søket der resulterte ikke i treff som var relevant for besvarelsen av min problemstilling. I kunnskapsbaserte retningslinjer fant jeg et *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen* (Helsedirektoratet, 2015) som omtaler åndelige og eksistensielle utfordringer (Helsedirektoratet, 2015, s.37). Deretter søkte jeg etter systematiske oversikter på Epistemonikos ved bruk av søkeordene *hope*, *cancer* og *palliative care*. Ingen av de 5 år gamle artikler var relevante for min problemstilling.

Til slutt benyttet jeg meg av databasene som anbefalt av bibliotekaren: CINAHL, Ovid-MEDLINE og EMBASE for å gjøre søk etter primære studier (*vedlegg 2*), som oppgitt nederst i kunnskapspyramiden. Disse ble også anbefalt av bibliotekaren. Jeg utførte to søk i hver database (*vedlegg 3*). Databasene fant jeg gjennom søk i Høgskolen på Vestlandet sitt biblioteksystem, ORIA, under *fagressurser*, filtrert etter sykepleie. Søkehistorikken og hvilke databaser som er brukt er presentert i PRISMA flow diagrammet.

Jeg benyttet meg av flere veiledninger med bibliotekaren for å få hjelp med å strukturere søket i databasen, samt få hjelp med å velge ut riktige søkeord. Søkeordene som ble brukt i søkene er vist i søkehistorikk (*vedlegg 3*). Det ble tatt i bruk både emneord og tekstord for å effektivisere søkearbeidet (Thidemann, 2019, s.86).

### **3.5. Inklusjonskriterier**

Thidemann (2019) skriver at ved å definere inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier gjør man søket mer tydelig og dermed avgrenser mengden litteratur, noe som gjør søket mer hensiktsmessig ut fra det man ønsker av kunnskap (Thidemann, 2019, s.83). For å finne de mest relevante artikler som besvarer min problemstilling, samt begrenser søkene mine brukte jeg kriterier som er vist i tabellen under:

### Inklusjonskriterier:

- Litteratur om voksne kreftpasienter over 18 år i palliativ fase.
- Engelskspråklig eller nordisk litteratur
- Litteratur som er basert på pasientens perspektiv
- Artikler om håpets betydning, karakter
- Full tekst tilgjengelig
- IMRaD struktur
- Publisert etter 2016

Tabell 1. Inklusjonskriterier

### 3.6. Kvantitativ og kvalitativ data

Jeg benyttet meg av både kvalitative og kvantitative studier da disse styrker hverandre gjensidig (Thidemann, 2019, s.77). Informasjonen blir mer variert da kvalitative data har som hensikt å få kunnskap om meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, holdninger til utvalgt populasjon, og kvantitativ data er harde og objektive data som omfatter mange enheter og generaliserer resultatene som kan tolkes som et sannsynlig utfall (Thidemann, 2019, s.77).

### 3.7. Kritisk vurdering av inkluderte artikler

Kildekritikk innebærer både vurdering og karakterisering av den litteraturen som ble funnet (Dalland, 2020, s.152). Dalland (2020) nevner også to krav en må stille til data, nemlig relevans og pålitelighet (Dalland, 2020, s. 63).

Etter søket har jeg vurdert artiklenes relevans for min problemstilling basert på formål med studien. I dette prosjektet var det viktig at pasientenes sitt perspektiv kom tydelig frem da problemstillingen min fokuserer på opplevelser, altså et subjektivt fenomen. Derfor var de kvalitative studiene svært verdifulle ettersom de skildrer pasientenes erfaringer og holdninger tydelig. Det var likevel nyttig å supplere med kvantitative studier, ettersom jeg da fikk et mer overordnet blikk på temaet.

Jeg har benyttet meg av primærkilder der det har vært mulig. Pensumbøker og deler av andre bøker jeg har lest kan regnes som sekundærlitteratur ettersom de henviser mye til annen litteratur. I disse tilfellene har jeg forsøkt å lokalisere og lese primærkildene for å unngå feiltolkninger og mangelfull kontekst. Sekundærkildene jeg har brukt vurderer jeg dog som troverdig og brukbare ettersom de er i form av pensumbøker eller andre bøker som har blitt anbefalt av veileder. Jeg har i tillegg undersøkt litteratur som omtaler teoriene til blant annet Travelbee (2001) og håpsdefinisjonen til Dufault et al. (1985) for å orientere meg rundt hvordan andre fagfolk benytter seg av dem. Å lese annen litteratur har gitt meg en større kontekst og et innblikk i hvordan teoriene kan anvendes.

Et av kriteriene for søket mitt var at artiklene skulle være fagfellevurdert. Ved å ekskludere artikler som ikke er fagfellevurdert kan det med større sikkerhet forventes at artiklene jeg finner er godt egnet (Rienecker, 2013, s.140). For å videre vurdere kvaliteten til artiklene har jeg gjennomgått dem kritisk ved hjelp av sjekklister som er hentet fra Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2016C). Jeg har benyttet meg av sjekklister som er spesialtilpasset kohortstudier, prevalensstudier og kvalitative studier. I tillegg har jeg sett på styrker og svakheter med utvalgte artikler (*vedlegg 5*). Artiklene følger IMRaD-strukturen som er et kriterium for oppbygging av vitenskapelige artikler fastsatt av flere medisinske tidsskrifter (Thidemann, 2019, s.67) og kan dermed sies å ytterligere øke kvaliteten på artiklene. Artiklene handler i all hovedsak om håp, og pasientens opplevelse står sentralt i flere av dem. Dette samsvarer med det jeg er ute etter å besvare i min problemstilling. Videre har jeg også sjekket validiteten av tidsskriftene i *registeret over vitenskapelige publiseringskanaler* (u.å.). Alle disse befinner seg på nivå 1 som er et minimumskrav for en godkjent vitenskapelig publiseringskanal. Ettersom at tidsskriftene er anerkjent, vurderer jeg disse kildene som troverdige (Kildekompasset, u.å.).

### **3.8. Metodiske overveielser**

Metodekritikk brukes om avsnitt der en forholder seg kritisk til egen metode ved å drøfte fordeler og ulemper (Rienecker, 2013, s.196-197). Eksempler på fordeler med litteraturstudie kan være følgende: man får et teoretisk perspektiv på temaet, man



opsummerer mye kunnskap og holder orden, man kan få med seg flere perspektiver i stedet for kun ett, og man trenger ikke direkte tilgang på pasienter. (NTNU, 2018, 11:36-13:10). Ulempen kan være at det finnes fare for feiltolkning av litteraturen man bruker i studien (Thidemann, 2019, s.75). Det finnes også en fare for at man kun velger litteratur som svarer på det man ønsker, og på den måten går glipp av viktig litteratur (NTNU, 2018, 11:36-13:10).

### **3.9. Etske vurderinger**

Ifølge HVL sine retningslinjer for bacheloroppgaven er god forskning bygget på *anerkjente kilder til teori og tidligere forskning* (HVL, u.å.). Som nevnt er artiklene publisert i godkjente vitenskapelige publiseringskanaler som vil si de allerede oppfyller krav til validitet.

“Etske overveielser (...) betyr å tenke gjennom hvilke etske utfordringer arbeidet vårt medfører” (Dalland, 2020, s.167). Etske overveielser skal gjøres for hver enkelt artikkel som benyttes i litteraturstudien. Det kan derfor være fordelaktig å velge artikler som er godkjent av en etsk komité, eller undersøke hvilke etske overveielser som forfatterne oppgir som gjort. Artiklene i denne oppgaven er alle godkjent av diverse etske komiteer.

I studiene jeg valgte har jeg lest gjennom de etske overveielser som har blitt gjort for å forsikre meg om kvaliteten. Dette innebærer at jeg forsikrer meg om at deltakerne er behandlet konfidensielt, anonymitet er bevart, forskerne har fått informert frivillig samtykke fra deltakere, sårbare grupper er vernet, deltakerne har tillit til forskernes taushetsplikt, og de involverte er ivaretatt (Dalland, 2020, s.172-174). Som nevnt tidligere er disse hensynene antatt ivaretatt i de artiklene som er godkjent av en etsk komité.

Korrekt bruk av kilder er en viktig del av oppgaven (HVL, u.å.). Jeg har fulgt retningslinjer og brukt APA7-stilen for å forsikre meg om det.

### **3.10. Analyse av syntese**

Utvalgte artikler er presentert i et samleskjema (*vedlegg 4*). Etter å ha lest artiklene lagde jeg et samleskjema hvor jeg benyttet meg av fargekoding av funn og resultater som svarte på min problemstilling. Dette for å markere likheter og fellestrekk i ulike artikler.

Samleskjemaet inneholder opplysninger om forfatter, publikasjons år, nasjonalitet, design, metode, beskrivelse av populasjon som er undersøkt, resultater og konklusjon. Til slutt ryddet jeg resultatene som kunne svare på problemstilling i tre kategorier.

## 4.0. Resultatsyntese

### **Palliative kreftpasienter kan ha ulike håp samtidig**

Et tema som går igjen er at pasienter kan ha flere typer håp, og at det er vanlig å håpe på forskjellige ting samtidig. En betydelig andel av deltakerne håper på tross av at de er fullstendig klar over at de har en terminal prognose. Selv håp for å bli helt frisk kan være til stede samtidig som at pasienten er innforstått med prognosen (Baczewska et al., 2020, s.6; Daneault et al., 2016, s.651; Nierop-van Baalen et al., 2016, s.573-574).

Baczewska et al. (2019) deler håpets objekter inn i fire dimensjoner, hvorav en av dem forklares her. *Den spirituelle-religiøse dimensjonen* består av håp som har opphav i pasientens tro på en høyere makt. Denne troen gir pasientene et perspektiv som strekker seg utover bare livet (Baczewska et al., 2019, s.4). De konkluderer med at denne er den sterkeste og vanligste, selv når sannsynligheten for å bli frisk reduseres (Baczewska et al., 2019, s.5,8).

Felles for studiene til Daneault et al. (2016), Nierop-van Baalen et al. (2016) og DeMartini et al. (2019) er pasientens håp for god livskvalitet. Pasientene ønsker ikke å ha lengre levetid dersom de må tolerere en redusert livskvalitet (Daneault et al. 2016, s.653).

### **Håp er dynamisk og forandrer seg i retning og styrke i det palliative forløpet**

Håp er dynamisk og vil derfor kunne forandre seg over tid (Baczewska et al., 2020, s.3,5; Baczewska et al., 2019, s.4; Daneault et al., 2016, s.654; DeMartini et al., 2019, s.6; Nierop-van Baalen et al., 2016, s.575-576).

Håpets fokus endres avhengig av situasjonen og pasientens behov (Nierop-van Baalen et al., 2016, s.574). Daneault et al. (2016, s.652), Nierop-van Baalen et al. (2019, s.576) og DeMartini et al. (2019, s.7) påstår at håpet kan utvikle seg som konsekvens av et sykdomsbilde som er i stadig endring. Målene deres kan også endre seg som følge av endring i prioriteringer og allerede oppnådde mål (DeMartini et al., 2019, s.6-7). Daneault et al. (2016) nevner også håp for å bli frisk som håpets første fokus, men at dette håpet går over til å fokusere på økt levetid og deretter til økt livskvalitet (Daneault et al., 2016, s.655). Studien til Baczevska et al. (2020) har rettet fokus mot *den situasjonelle dimensjonen*, altså den som omhandler håp for å bli frisk (Baczevska et al., 2020, s.3).

I noen tilfeller kan håpet for å bli frisk svekkes med alder (Baczevska et al. 2020, s.5; DeMartini et al., 2019, s.6). Det konkluderes med at urealistisk håp for å bli frisk (eng: hope for unqualified cure) var mer sannsynlig blant yngre pasienter (Baczevska et al. 2020, s.5; DeMartini et al., 2019, s.6).

Både Daneault et al. (2016) og Nierop-van Baalen et al. (2016) forklarer hvordan håpet svikter når sannsynligheten for et negativt utfall øker. I pasientene sitt tilfelle kan dette skje når sykdommen har utviklet seg til et punkt hvor prognosen er mye dårligere enn tidligere antatt (Daneault et al., 2016, s.653; Nierop-van Baalen et al., 2016, s.576). Baczevska et al. (2020) nevner at 7,72% av deltakerne i studien følte på håpløshet, og begrunner det med at de muligens har et realistisk perspektiv på sin egen helsesituasjon og aksepterer at døden er nær (Baczevska et al., 2020, s.5).

### **Den som håper, har et personlig syn på fremtiden**

Daneault et al. (2016) beskriver håp som et irrasjonelt, dypt iboende fenomen. Det dukker opp når vi møter motgang (Daneault et al., 2016, s.651). Håp eksisterer kun når man uttrykker det ovenfor seg selv eller andre og det er subjektivt fordi det uttrykker et personlig syn på fremtiden (Nierop-van Baalen et al., 2016, s.576). Håp dannes innenfra og opprettholdes av en selv. Den egentlige kilden til håp er ønske om å leve (Nierop-van Baalen

et al.,2016, s.575). Nierop-van Baalen et al. (2016) beskriver én type håp som ikke er beskrevet i de andre artiklene, nemlig *mitt håp*. Det beskrives som et håp som er utelukkende personlig og som ikke nødvendigvis er forskanset i virkeligheten. Deltakerne er klar over av det de håper for er svært usannsynlig, men det reflekterer deres dypeste ønsker (Nierop-van Baalen et al., 2016, s.574).

Usikkerhet kan være gunstig for pasienter, da det oppleves som at døren er åpen for at situasjonen kan forbedres. Nierop-van Baalen et al. (2016) beskriver det slik - "Sometimes it is important for patients to have uncertainty, because it accommodates the possibility of cure or quality of life or whatever goal is important for the patient" (Nierop-van Baalen et al., 2016, s.577).

Nierop-van Baalen (2019) beskriver i tillegg flere kilder av håp. Disse er blant annet behandling, smertereduksjon eller symptomlindring, tidligere subjektive erfaringer og tilfeller der en sammenligner sitt sykdomsforløp med andres (Nierop-van Baalen et al., 2016, s.575-576). Det hevdes at all type behandling genererer håp. Så lenge en er under behandling vil det bety at det fortsatt finnes en mulighet for forbedring (Nierop-van Baalen et al., 2019, s.575; Daneault et al., 2016, s.652).

## 5.0. Diskusjon

### 5.1. Metodediskusjon

Dalland (2020) nevner flere kriterier som kan tas i bruk i henhold til begrensning av søket. Disse er blant annet tidsspenn, geografisk avgrensning, språklig avgrensning og faglig nivå (Dalland, 2020, s.148).

Dalland (2020) anbefaler å bruke oppdatert forskning. For å forsikre faglig relevans valgte jeg å avgrense studiene mine til de siste ti årene. Videre i prosessen har jeg avgrenset publiseringsdato ytterligere, til siste seks år. Svakheten i dette kan være at gjennom en slik avgrensning kunne jeg ha ekskludert relevante artikler som var eldre enn seks år. Styrken med denne avgrensningen kan likevel være at en får treff på de mest aktuelle og oppdaterte

forskningsartiklene. Søk i internasjonale databaser resulterte i funn av studier skrevet på avansert engelsk. Dette innebærer mulighet for feiltolkning av funn. Samtidig gir det rom for flere relevante funn ettersom at mange av tidsskriftartikler er skrevet på engelsk. Jeg vurderte språkferdighetene mine til å være passende til å kunne håndtere slik engelskspråklig litteratur. Da jeg lagde min PICO forsøkte jeg å være så presis som mulig i formuleringen. Ved hjelp av bibliotekar valgte jeg de endelige ordene som skulle brukes. Det kan likevel ha vært ord jeg ikke benyttet, som kunne gitt gode treff. Ordene jeg valgte vurderte jeg som mest presise i forhold til problemstillingen min. Jeg benyttet meg av tre databaser, CINAHL, Ovid MEDLINE og EMBASE. Databasene som ikke ble benyttet kunne ha inneholdt relevante artikler. Likevel vurderte jeg disse tre databasene som mest relevant for mitt tema og forsikret meg i valget ved å konferere med en bibliotekar.

Det er vanskelig å unngå å ha tanker om et fenomen før man starter forskningen. Dalland (2020) kaller dette for førforståelse (Dalland, 2020, s.60). Å gå inn i et forskningsprosjekt med en viss grad av førforståelse er forventet, da man gjerne allerede har tanker om det temaet man ønsker å forske på. Jeg har likevel forsøkt å se bort fra tankene jeg hadde, slik at det ikke påvirket min evne til å vurdere artikler objektivt. Inntrykket mitt er at jeg forble upartisk i håndtering av data og funn.

## **5.2. Resultatdiskusjon**

I denne delen ønsker jeg å drøfte hvordan kreftpasienter med kort levetid opplever håp i palliativ fase og knytte det opp til tidligere nevnt teori, lovverk og sykepleiemandat.

### **Palliative kreftpasienter kan ha ulike håp samtidig**

Håp kan ta flere ulike former, og det er sannsynlig at det tar flere former samtidig (Daneault et al., 2016, s.651; Nierop-van Baalen et al., 2016, s.574; Baczevska et al., 2020, s.6). Teorien sier at håpets grunnlag ønskes å være så realistisk som mulig (Reitan, 2017, s.69). Også Dufault et al. (1985) sier at håpet har sitt utspring i noe som har betydning for mennesket (Dufault et al., 1985, s.384). Pasienter forteller gjerne om håp for å oppnå mål og oppleve

milepæler i deres eget eller pårørendes liv, men også håp for deres egen helsesituasjon. At håpet tar flere retninger samtidig, nevnes også av Dufault et al. (1985) som sier at det i noen tilfeller er flere håpsprosesser som er aktive samtidig (Dufault et al., 1985, s.382).

Eksempelvis kan en pasient ha håp for å bli frisk, men samtidig håpe på en fredfull død og være aksepterende ovenfor deres prognose (Baczewska et al., 2020, s.6; Daneault et al., 2016, s.651; Nierop-van Baalen et al., 2016, s.573-574). Det kan sies at ett håp vil dominere i disse tilfellene, men ikke nødvendigvis utelukke det andre. Håp for å bli frisk, uansett hvor urealistisk det er, kan være en mestringsstrategi som delvis forneker virkeligheten for å beholde håpet (Daneault et al., 2016, s. 651; Nierop-van Baalen et al., 2016, s.577). Likevel blir håp for å bli frisk blant palliative kreftpasienter tidvis sett på som fornektelse eller mangel på forståelse av medisinsk informasjon som ble gitt (Nierop-van Baalen et al., 2016, s.577; Daneault et al., 2016, s.653). Å se positivt på fremtiden ved å håpe, kan være en måte å mestre situasjonen på (Baczewska, 2020 s.6; Nierop-van Baalen, 2016, s.577; Baczewska, 2019, s.9; Deneault, 2016, s.655). Dette samsvarer med Travelbees teori hvor håp er relatert til et ønske om forandring i sin nåværende situasjon (Travelbee, 2001, s.119). Ønske om å leve er gjerne et av de sterkeste iboende ønskene et menneske har, og håpet kan gi pasienten en viss optimisme for fremtiden (Nierop-van Baalen et al.,2016, s. 576). Det er viktig for sykepleieren å ha kunnskap om at både realistiske og urealistiske syn på håp genererer positive følelser hos pasienten. Samtidig som å balansere å gi informasjon og stimulere håp. I tillegg må sykepleier, samtidig som hun oppmuntrer til realistiske syn på situasjonen, anerkjenne at håp for et urealistisk utfall ikke utelukker at pasienten er innforstått med sin prognose. Sykepleieren kan sådan føle seg mer komfortabel med at pasienten håper på noe urealistisk (Nierop-van Baalen et al., 2016).

Åndelig omsorg er en del av den helhetlige omsorgen (Helsedirektoratet, 2015, s.40). Håp og fortvilelse er eksempler på eksistensielle utfordringer som sykepleieren må gjenkjenne for å kunne være til stede for pasienten som opplever en eksistensiell krise (Kirkevold et al., 2014, s.525). Ulike individer kan knytte håp opp mot relasjoner med mennesker og med Gud (Nierop-van Baalen et al., 2016, s.576; Baczewska et al., 2019, s.4). Baczewska et al. (2019) legger fokus på den spirituelle-religiøse dimensjonen da håp i denne dimensjonen viser seg til å være sterkest blant pasientene (Baczewska et al., 2019, s.5). Som sykepleier må en

kjenne til at pasienter har ulikt bakgrunn og kultur, og anerkjenne at religion eller spiritualitet kan spille en stor rolle for enkelte. Troen kan nettopp være det som gir mennesket roen og lar de se positivt på både fremtiden og døden. Tilknytning til andre familiemedlemmer, venner, eller Gud kan være av stor betydning for pasientens velvære og det bør derfor kartlegges og tas hensyn til (Dufault et al., 1985, s. 390).

Felles for studiene til Deneault et al. (2016), Nierop-van Baalen et al. (2016) og DeMartini et al. (2019) var håp for god livskvalitet. Det samsvarer med et av fokusområdene for palliativ behandling som er god livskvalitet (Helsedirektoratet, 2015, s.11). Både fysiske, psykiske, og åndelige plager må vurderes mot opplevelsen av livskvalitet. Sykepleieren må ta hensyn til pasientens ønsker og ha som mål å kunne tilrettelegge for best mulig livskvalitet (Dufault et al., 1985, s.390). Dette kan gjøres ved blant annet smertelindrende behandling, symptomlindring, samtaler, tilrettelegging for besøk og samtaler med psykolog og prest. Dette stemmer overens med sykepleiers krav til å samarbeide og samhandle med annet kvalifisert personell dersom pasientens behov tilsier det (helsepersonelloven, 1999, §4), samt yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2019, 2.10) om ansvaret for å yte omsorgsfull hjelp og lindre lidelse.

### **Håp er dynamisk og forandrer seg i retning og styrke i det palliative forløpet**

Håpet oppstår dersom det finnes en fremtid med muligheter (Lohne, 2010, s.111). I tillegg omtales håpets prosess som framtidrettet, samtidig som man tar hensyn til fortid i sin nåværende situasjon. Dermed er fortid, nåtid og framtid sammenkoblet (Lohne, 2010, s.113). Håpets dynamiske natur støttes også av Dufault og Martocchios definisjon om håp (Dufault et al., 1985, s.380). Håpets innhold avhenger av hvilken livssituasjon man befinner seg i (Dufault et al., 1985, s.389).

Håp kan utvikle seg som en konsekvens av et sykdomsbilde som er i stadig endring (Daneault et al., 2016, s.652; Nierop-van Baalen et al., 2016, s.576; DeMartini et al., 2019, s.7).

Ettersom kreft kan være en dynamisk sykdom, vil håpets styrke og innhold variere deretter (Daneault et al., 2019, s.652; Nierop-van Baalen et al., 2016, s.576; Baczevska et al., 2020, s.5; DeMartini et al., 2019, s.7). Håpets innhold er først rettet mot helbredelse for så å skifte

fokus til forlenget levetid og til slutt, økt livskvalitet (Daneault et al., 2016, s.655). I kontrast til det, ble det ikke observert noen endringer i håpets innhold blant pasientene i studien til Nierop-van Baalen et al. (2016, s.577). Dette begrunner de med at populasjonen deres var kreftpasienter med forventet levetid på 3-12 måneder. Studien til DeMartini et al. (2019) sammenligner pasientens håp på to ulike tidspunkter (ved studiens start og tre måneder senere) (DeMartini et al., 2019, s.6). De påpeker at selv om at håp for økt livskvalitet forble vanligst, var det mange som uttrykte forskjellige typer håp på disse to tidspunkter. DeMartini et al. (2019) hevder at endringene kan være påvirket av andre faktorer, som at pasienten som håpet på en milepæl har nådd denne, eller endret prioriteringer siden sist (DeMartini et al., 2019, s.7). Sykepleier må ha kunnskap om at håp kan endre seg fra dag til dag, og være oppdatert på pasientens nåværende håp. En skal ha kunnskap om hvilke håp som er til stede hos pasienten, og utforske kontinuitet mellom tidligere og nåværende håp, samt avdekke hva som påvirket endringen (Dufault et al. 1985, s.390).

Pasientene opplever også håp med varierende styrke (Baczewska et al., 2020, s.3,5; Baczewska et al., 2019, s.4; Daneault et al., 2016, s.654; DeMartini et al., 2019, s.6; Nierop-van Baalen et al., 2016, s.575-576). Det sies at jo større behov for det man ønsker jo sterkere blir håpet (Nierop-van Baalen et al., 2016, s.574). Dette samsvarer med Travelbee sin teori om at håp har alltid utspring i noe som har betydning. Det finnes faktorer som påvirker håpets styrke (Nierop-van Baalen et al., 2016, s.575). Disse blir diskutert nærmere i siste punkt i diskusjonen. Sykepleieren skal i best mulig grad tilrettelegge for at pasientens håp er styrket og fremmet.. Sykepleieren skal være empatisk og engasjert for å aktivisere håpet hos pasienten (Rustøen et al., 2001, s.101; Travelbee, 2001, s.172). Dufault et al. (1985) foreslår at sykepleieren kan hjelpe pasienten å finne måter som fremmer håpet ved å opprettholde betydningsfulle relasjoner med de nærmeste. Å skape et miljø som oppleves trygt for pasientene hvor de kan kommunisere sine mål, planer, verdier, samt hans oppfattelse av lidelse, liv, og død kan også være svært nyttig (Dufault, 1985, s.390).

Håp hos palliative kreftpasienter kan oppleves ulikt avhengig av pasientens alder. I bakgrunn av dette kan yngre pasienter oppleve sterkere håp for å bli frisk enn eldre (DeMartini et al., 2019, s.6; Baczewska et al., 2020, s.5-6). Dette kan begrunnes i sterkt håp om forbedring i sin tilstand (Baczewska et al., 2020, s.5-6). Det er også rapportert at å diskutere negativ



prognose og akseptere døden er vanskeligere blant unge (Baczewska et al., 2020, s.5-6). På bakgrunn av dette må sykepleier anerkjenne hvert menneske som en unik og uerstattelig person. Sykepleier må forholde seg til hver enkelt sin opplevelse av situasjon, ikke bare pasientens diagnose (Kristoffersen, 2016, s.30; Travelbee, 2001, s.176).

Denne oppgaven tar for seg pasientenes opplevelse av håp, men sykepleier sin rolle er både å fremme håp og unngå håpløshet (Travelbee, 2001, s.123). Derfor er det viktig å kjenne til, og kunne avdekke eventuelle tegn på at håpet forsvinner hos en pasient. Håp kan svekkes dersom sannsynligheten for et negativt utfall øker (Daneault et al., 2016, s.654; Nierop-van Baalen et al., 2016, s. 576). I bakgrunn av dette anser flere leger imidlertid dette som en nødvendighet, da pasientene bør være orientert om alvorligheten av situasjonen. Håp er da ikke ubegrenset, men vil naturlig avta mot slutten ifølge dette resonnementet (Daneault et al., 2016, s.653).

I studien til Baczewska et al. (2020) var det 7,72% av deltakerne som følte på håpløshet relatert til å bli frisk (Baczewska et al., 2020, s.5). Samtidig var studien rettet mot den situasjonelle dimensjonen og satt søkelys på håp om å bli frisk. Det kan derfor argumenteres at pasientene som ikke lenger håpet på å bli frisk skiftet håpets fokus mot et annet mål. En slik overgang kan være håp for å bli frisk som skifter til håp for økt livskvalitet, da håp for å bli frisk ikke lenger har et realistisk grunnlag (Nierop-van Baalen et al., 2016, s.574). Pasientene som utelukkende håper å bli frisk kan likevel ha vanskeligheter med å akseptere overgangen til palliativ fase og prognosen om kort forventet levetid, og dermed føle på håpløshet (Kaasa, 2008, s.39). Ifølge den kontekstuelle dimensjonen vil det å få kreft oppleves som en trussel og derfor negativt påvirke pasientens håp (Dufault et al., 1985, s.389). Sterkt relatert til dette er Dufault et al. (1985) sin fordeling av håp. De deler håp i universelt og spesifisert håp (Rustøen, 2001, s.55). Mens universelt håp er en iboende følelse som ikke er relatert til noe spesifikt, er spesifisert håp noe som er rettet mot et spesifikt objekt. Dersom dette håpet svekkes vil pasienten fortsatt kunne holde fast til det universelle håpet. Etter hvert kan pasientens håp skifte retning og innhold til noe annet. Likevel vil svikt av spesifisert håp også kunne føre til en følelse av tap og dermed håpløshet (Dufault et al., 1985, s.380-381; Rustøen, 2001, s.55). Relasjonen mellom sykepleieren og pasienten vil være viktig i slike tilfeller. Ved å ha en etablert relasjon med pasienten vil sykepleieren ha

kunnskap om hans opplevelse av håp og kunne reagere ved å styrke dette håpet dersom det svekkes (Dufault et al., 1985, s.390; Kristoffersen, 2016, s.30).

### **Den som håper har et personlig syn på fremtiden**

Den som håper, opplever et subjektivt håp med et personlig syn på fremtiden. Håp er et dypt iboende fenomen, som dukker opp når vi møter motgang (Daneault et al., 2016, s. 651). Håp dannes innenfra og opprettholdes av en selv (Nierop-van Baalen et al., 2016). En type håp nevnt i studien til Nierop-van Baalen et al. (2016, s. 574) er *mitt håp* som er karakterisert som personlig og ikke nødvendigvis forskanset i virkeligheten. Det er håpet som reflekterer pasientens dypeste ønsker. Som nevnt tidligere kan pasientene oppleve to typer håp samtidig, der en vil dominere. Det kan argumenteres for at det håpet som er mer knyttet til et ønske, i stedet for et realistisk syn på fremtiden kan tolkes som "mitt håp". Håp er et komplisert og sammensatt fenomen. Gjennom samtaler med pasientene og systematisk kartlegging av håpet over tid kan sykepleieren få en innsikt i deres opplevelse av håp (Travelbee, 2001, s.136-138). Da håp oppleves ulikt blant pasienter, underbygger dette påstanden om at det kan være fordelaktig for sykepleiere å lære mer om fenomenet. Slik kan de tilpasse sitt arbeid til hver pasient (DeMartini et al., 2019, s.7; Nierop-van Baalen et al., 2016, s.578)

Det hevdes at mennesker trenger forutsigbarhet og kontroll, og at usikkerhet hindrer dette (Rustøen, 2001, s.45-46). Likevel er følelsen av usikkerhet og håp sterkt knyttet til hverandre. Pasienter opplever håp nettopp i uforutsigbare situasjoner når fremtiden er usikker (Daneault et al., 2016, s.650; Nierop-van Baalen et al., 2016, s.573; Baczevska et al., 2019, s.4; Baczevska et al., 2020, s.2). Det kan noen ganger være viktig for pasienten å oppleve noe form for usikkerhet, da det åpner opp for en mulighet for å bli frisk eller få bedre livskvalitet til tross for en dårlig prognose. (Nierop-van Baalen et al., 2019, s.577). Den situasjonelle dimensjonen presentert i studiene til Baczevska et al. (2019) og Baczevska et al. (2020) er sterkt knyttet til usikkerhet. I denne dimensjonen håper pasientene for blant annet å bli frisk og effektiviteten av behandling og medisiner (Baczevska et al., 2019, s.3). Usikkerhet rundt håpet belyses videre i den affektive dimensjonen av håp (Dufault et al., 1985, s.383). Selv om håpet tar utgangspunkt i nåtiden og tidligere erfaringer er det

fremtidsorientert. Det dreier seg om et ønske om at situasjonen skal endre seg (Travelbee, 2001, s.119). Å vente på utfallet av det en håper på innebærer usikkerhet og kan ifølge Dufault et al. (1985, s. 383) medbringe en rekke følelser som anspenhet og angst, men også spenning og tålmodighet (Dufault et al., 1985, s.384). Videre foreslår Dufault et al. (1985) at pasientene kan ha nytte av å dele hvilken betydning håpet har for dem, samt å fortelle om ulike følelser de erfarer i forhold til dette (s.390).

For sykepleieren vil det være viktig å vise forståelse ovenfor disse, samt å lytte aktivt. I tillegg vil det også være viktig å formidle informasjon om vanlige følelser og reaksjoner (Rustøen, 2001, s.109) samt forsikre pasienten om at det han opplever ikke er unormalt. I *Nasjonalt handlingsplan for palliasjon i kreftomsorgen* står det at oppgaven til kommunikasjon er å systematisk kartlegge ved å stille både åpne og lukkede spørsmål om pasientens sykdomsbilde og hjelpebehov (Helsedirektoratet, 2015, s.18). Selv om det er leger som gir pasienten informasjon om blant annet prognose og medisinsk behandling, skal sykepleier gi han tilstrekkelig, tilpasset informasjon, samt forsikre seg om at informasjonen er forstått (NSF, 2019, 2.5). Pasientrettighetsloven (1999, §3-2) slår også fast at *pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand*. Videre står det at informasjonen skal være tilpasset pasientens individuelle forutsetninger og gis på en hensynsfull måte (pasientrettighetsloven, 1999, §3-5). Informasjonen skal være tilpasset den enkeltes ønsker og behov (Rustøen, 2001, s.109).

Det finnes ulike faktorer som kan påvirke styrken til pasientens håp (Nierop-van Baalen et al., 2016, s.575-6). Tilbakemeldinger fra- og samtaler med leger, tillit til helsepersonellet og deres kompetanse, behandling, smerte- og symptomreduksjon, natur, tro og sosial støtte, er noen av disse faktorene som kan fremme opplevelsen av håp. I tillegg kan også håpets opplevelse være påvirket av tidligere erfaringer en selv har gjort seg (Nierop-van Baalen et al., 2016, s. 576; Baczevska et al., 2020, s.6) og sammenligning med andre sin situasjon (Nierop-van Baalen et al., 2016, s.576). Dette samsvarer med Rustøen (2001, s.101) som skriver at opplevelsen av håp er påvirket av omgivelsene til pasienten, holdningen hans, og atmosfæren rundt han. Det belyses også videre i Dufault et al. (1985, s.387) sin forklaring av tidsdimensjonen. Nemlig at tidligere erfaringer kan gi pasienten tro på et godt utfall i

fremtiden. Tidligere erfaringer påvirker nåtidens opplevelse av pasienten og fremmer håp om en annen fremtid (Travelbee, 2001, s.119; Dufault et al., 1985, s.387).

De som håper, ønsker gjerne å håpe aktivt ved å bruke ulike strategier som de selv mener kan påvirke utfallet av det de håper for (Dufault et al., 1985, s.385). Derfor er behandling blant en av de faktorene som ble nevnt ovenfor. Så lenge pasienten får noe behandling opplever han at det fortsatt er håp (Nierop-van Baalen et al., 2016, s.575). Tiltrekning til noe positivt og godt er viktig for opplevelsen av håp da det fremmer også velvære (Dufault et al., 1985, s.382). Derfor er det viktig for sykepleieren å ha evne til å formidle informasjonen med hensyn til pasienten (pasientrettighetsloven, 1999, §3-5) ved å prøve å skape en god balanse mellom å gi informasjon og å opprettholde håpet.

For å forstå hva håpet innebærer og hvordan det oppleves av pasienten må sykepleier ta en individuell tilnærming til hver enkelt pasient og anerkjenne deres unikheter (Kristoffersen et al., 2016, s.29). Travelbee (2001) nevner håp som nært knyttet til tillit og utholdenhet. Dersom en har tillit har en også troen på at man kan få hjelp av andre til å forbedre sin situasjon (Travelbee, 2001, s.120). Ved å skape tillit mellom sykepleier og pasient kan en skape en god kommunikasjon. Målet er at pasienten skal kunne oppleve at sykepleieren bryr seg om hvordan han har det (Kristoffersen et al., 2016, s.34). Et slikt forhold vil gi sykepleier en anledning til å bli kjent med pasienten og hans behov (Travelbee, 2001, s.135).

## 6.0. Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å avdekke hvordan palliative kreftpasienter med kort forventet levetid opplever håp. Sykepleiers oppgave er å understøtte håp og unngå håpløshet. Kunnskap om håpets betydning i palliativ fase vil gi sykepleiere en bredere forståelse om dette fenomenet, samt vektlegge pasientens behov for åndelig og eksistensiell omsorg.

Pasientene opplever håp til tross for dårlig prognose, og noen ganger kan håpet deres tolkes som fornektelse. I denne oppgaven ble det diskutert at pasientene kan håpe på en fredfull

død, samtidig som de er klar over at det de håper for er svært usannsynlig. Det håpet reflekterer deres dypeste ønsker. For sykepleieren er det viktig å ha kunnskap om at både realistiske og urealistiske syn på håp kan frembringe positive følelser hos pasienten. Ikke minst er det viktig for sykepleieren å anerkjenne at pasientenes ulike bakgrunn, kultur, religion og spiritualitet kan ha en innflytelse på pasientens håp.

Et annet funn i denne studien var at kreftpasienter kan oppleve at håpets innhold, retning og styrke endrer seg i det palliative forløpet. I tillegg kan yngre pasienter oppleve håp annerledes enn eldre pasienter. Håpet vil dermed variere som følge av sykdommen. Noen pasienter kan oppleve at håpet deres er svekket. Da det å unngå håpløshet er en del av sykepleierens ansvar blir det viktig å avdekke tegn på at håpet forsvinner og sørge for å skape et miljø som oppleves trygt og positivt for pasienten. Sykepleieren skal i best mulig grad tilrettelegge for at pasientens håp er styrket og fremmet.

Håp er subjektivt og derfor oppleves annerledes for hver enkelt. Selv om håpet dannes innenfra, kan det bli påvirket av en rekke faktorer. Kunnskap i hva kan påvirke håpet kan hjelpe sykepleieren å hjelpe pasienten med å finne handlingene som kan styrke håpet. Det er viktig for sykepleieren å anerkjenne pasienten som et unikt individ. Med dette vil sykepleier kunne også tilpasse informasjonen til pasienten ved å opprettholde balanse mellom å fremme håp og gi informasjon, som ikke alltid er positiv.

Håp er et komplisert og sammensatt fenomen. Samtaler med pasientene og systematisk kartlegging av håpet over tid kan gi et innblikk i deres opplevelse av håp. For at dette skal være mulig er det nødvendig å etablere et bra mellommenneskelig-forhold, der begge partene opplever hverandre som unike individer.

## 7.0. Litteraturliste

Almås, H., Stubberud, D.-G., Grønseth, R., & Toverud, K. C. (2016). *Klinisk sykepleie: 2* (5. utg., Vol. 2). Gyldendal akademisk.

Baczewska, B., Block, B., Kropornicka, B., Niedzielski, A., Malm, M., Łukasiewicz, J., Wojciechowska, K., Poleszak, W., Zwolak, A., & Makara-Studzińska, M. (2020). Hope of Recovery in Patients in the Terminal Phase of Cancer under Palliative and Hospice Care in Poland. *BioMed research international*, 2020, 7529718. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1155/2020/7529718>

Baczewska, B., Block, B., Kropornicka, B., Niedzielski, A., Malm, M., Zwolak, A., & Makara-Studzińska, M. (2019). Hope in Hospitalized Patients with Terminal Cancer. *International journal of environmental research and public health*, 16(20), 3867. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.3390/ijerph16203867>

Dalland, O. & Keeping, D. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.

Daneault, S., Lussier, V., Mongeau, S., Yelle, L., Côté, A., Sicotte, C., Paillé, P., Dion, D., & Coulombe, M. (2016). Ultimate journey of the terminally ill: Ways and pathways of hope. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 62(8), 648–656

DeMartini, J., Fenton, J. J., Epstein, R., Duberstein, P., Cipri, C., Tancredi, D., Xing, G., Kaesberg, P., & Kravitz, R. L. (2019). Patients' Hopes for Advanced Cancer Treatment. *Journal of pain and symptom management*, 57(1), 57–63.e2. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.jpainsymman.2018.09.014>

Dufault, K., & Martocchio, B.C. (1985). Symposium on compassionate care and the dying experience. Hope: its spheres and dimensions. *Nursing Clinics of North America* (20)2, 379-391.

Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning* (FOR-2019-03-15-412). Lovdata.

[https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412#KAPITTEL_2)

Globocan. 2020. *All cancers*. Hentet fra

<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf>

Helsebiblioteket. (2011, 5.august). Slik bruker du UpToDate [Video]. YouTube.

[https://www.youtube.com/watch?v=yHD-lbrH6mE&ab\\_channel=helsebiblioteket](https://www.youtube.com/watch?v=yHD-lbrH6mE&ab_channel=helsebiblioteket)

Helsebiblioteket. (2016A). *PICO*. Helsebiblioteket. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsebiblioteket. (2016B). *Kildevalg*. Helsebiblioteket. Hentet fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>

Helsebiblioteket. (2016C). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket. Hentet fra

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

Helsebiblioteket. (2018, 19.februar). «MeSH på norsk» i *Helsebiblioteket- verktøy for gode søkeord og treffsikre artikkelsøk*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/aktuelt/mesh-pa-norsk-i-helsebiblioteket-verktoy-for-gode-sokeord-og-treffsikre-artikkelsok>

Helsedirektoratet (2015). Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 14. oktober 2019, lest 27. mai 2022). Tilgjengelig fra

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

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

Høgskulen på Vestlandet. (u.å.) *Retningslinjer for bacheloroppgaven*. Hentet fra <https://www.hvl.no/globalassets/hvl-internett/dokument/forskrifter-reglar-retningsliner/retningslinjer-for-bacheloroppg-bokm.pdf>

Kaasa, S. (2008). *Palliasjon: nordisk lærebok* (2. utg.). Gyldendal akademisk.

Kildekompasset. (u.å.). *Kildekritikk*. Hentet 10. april 2022 fra <https://kildekompasset.no/kildekritikk/>

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (2014). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.). Gyldendal akademisk.

Kreftregisteret. (2021). *Kreft i Norge*. (2021, 21.september). Hentet fra <https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling- en historisk reise. I *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s.15-80). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N. J. (2016). Lidelse, mening og håp. I *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3.utg., s.187-235). Gyldendal Norsk Forlag AS.

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

Nierop-van Baalen, C.; Grypdonck, M.; van Hecke, A.; Verhaeghe, S. Health professionals' dealing with hope in palliative patients with cancer, an explorative qualitative research. *Eur. J. Cancer Care* 2019, 28, e12889. DOI: [10.1111/ecc.12889](https://doi.org/10.1111/ecc.12889)

Nierop-van Baalen, C., Grypdonck, M., van Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2016). Hope dies last ... A qualitative study into the meaning of hope for people with cancer in the palliative phase.



*European journal of cancer care*, 25(4), 570–579. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/ecc.12500>

NSF. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

NTNU. (2018, 19. desember). Litteraturstudie som metode. [Video]. Youtube. [https://www.youtube.com/watch?v=KF3PtpaDsm8&ab\\_channel=NTNUUndervisning](https://www.youtube.com/watch?v=KF3PtpaDsm8&ab_channel=NTNUUndervisning)

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)

Registeret over vitenskapelige publiseringskanaler. (u.å.). Hentet 10. april 2022 fra <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>

Reitan, A.M. & Schjølberg, T. K. (2017). *Kreftsykepleie : pasient, utfordring, handling* (4. utg.). Cappelen Damm akademisk.

Rienecker, L., Stray Jørgensen, P., Skov, S., & Landaas, W. (2013). *Den gode oppgaven : håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole* (2. utg.). Fagbokforl.

Roaldset, A.H. & Aass, N. (2020, 12. februar). *T21 Palliativ behandling*. Norsk legemiddelhåndbok. Hentet fra [https://www.legemiddelhandboka.no/T21/Palliativ\\_behandling](https://www.legemiddelhandboka.no/T21/Palliativ_behandling)

Thidemann, I.J., & Thidemann, M.U. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (p. 287). Gyldendal akademisk.

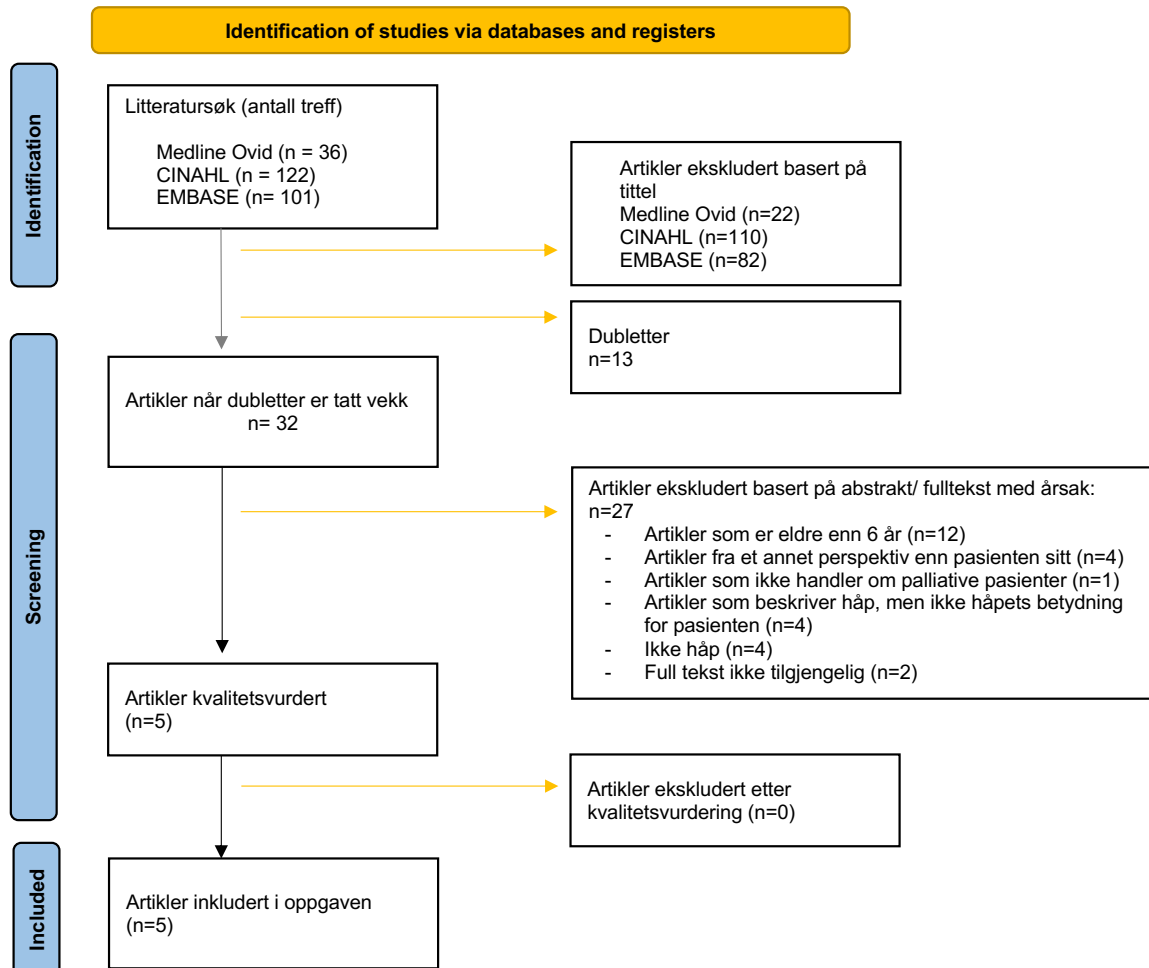
## 8.0. Vedlegg

### Vedlegg 1: PICO

	<b>P</b> Population/ problem	<b>I</b> Interest/ Phenomenon of interest	<b>Co</b> Context
Norsk		håp	palliativ pleie terminal pleie
Engelsk	neoplasms palliative cancer patients	hope	palliative care terminally ill patients

## Vedlegg 2: Prisma Flow Diagram

PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only



From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

Vedlegg 3: Søkehistorikk  
(side 1 av 6)

Cinahl, søk 1, 31/03/2022

Nr.	Søkeord og ordkombinasjoner	Antall treff	Avgrensninger	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
S1	MH "Neoplasms+"	616 051				
S2	MH "Neoplasms+/PF/NU/TH"	101 725				
S3	MH " Cancer Patients"	43 698				
S4	"cancer patient*"	90 890				
S5	patient* with cancer"	13 705				
S6	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	649 956				
S7	MH "Palliative Care"	39 831				
S8	MH "Hospice and Palliative Nursing"	5 468				
S9	"palliat*"	59 355				
S10	MH "Terminally Ill Patients+"	12 524				
S11	"terminal disease"	216				
S12	"palliative patient*"	481				
S13	"terminally ill"	14 049				
S14	S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13	67 446				
S15	S6 AND S14	19 787				
S16	MH "Hope"	5 574				
S17	"hope*"	42 064				
S18	AB hope OR TI hope	26 266				
S19	S16 OR S17 OR S18	42 064				
S20	S15 AND S19	695				
S21	MH "Qualitative Studies"	130 629				
S22	MH "Focus Groups"	48 001				
S23	MH "Grounded Theory"	17 210				
S24	MH "Ethnographic Research" OR MH "Ethnological Research" OR MH "Ethnonursing Research"	15 641				
S25	MH "Phenomenological Research" OR MH "Phenomenology"	21 295				
S26	MH "Naturalistic Inquiry"	1 120				
S27	MH "Interviews+"	239 148				
S28	MH "Thematic Analysis"	74 850				
S29	S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28	332 042				
S30	S20 AND S29	52	Published date: 20120101; English Language; Peer Reviewed; Age Groups: All Adult	7	5	2

Vedlegg 3: Søkehistorikk  
(side 2 av 6)

Cinahl, søk 2, 04/04/2022

Nr.	Søkeord og ordkombinasjoner	Antall treff	Avgrensninger	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
S1	MH "Neoplasms+/NU/PF/TH"	101 985				
S2	MH "Carcinoma+/NU/PC/TH"	13 737				
S3	MH "Cancer Patients"	43 960				
S4	"cancer patient*"	91 300				
S5	"patient* with cancer"	13 766				
S6	"cancer*"	501 876				
S7	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6	535 648				
S8	MH "Palliative Care/NU/PF"	1 623				
S9	"palliat*"	59 696				
S10	MH "Terminally Ill Patients+ "	12 543				
S11	"terminal disease*"	269				
S12	"terminally ill*"	14 078				
S13	S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12	67 821				
S14	S7 AND S13	20 913				
S15	MH "Hope"	5 582				
S16	TI hope OR AB hope	26 363				
S17	S15 OR S16	28 182				
S18	S14 AND S17	108	Published Date: 20120101; English Language; Peer Reviewed; Age Groups: All Adult			
S19	S14 AND S17	70	Published Date: 20120101; English Language; Peer Reviewed; Clinical Queries: Qualitative- High Sensitivity, Qualitative- High Specificity, Qualitative- Best Balance; Age Groups: All Adult	6	1	0

Vedlegg 3: Søkehistorikk  
(side 3 av 6)

Ovid MEDLINE søk 1, 31/03/2022

Nr.	Søkeord og ordkombinasjoner	Antall treff	Avgrensninger	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
1	exp Neoplasms/ nu, px, th [Nursing, Psychology, Therapy]	440 180				
2	exp Carcinoma/nu, px, th [Nursing, Psychology, Therapy]	66 374				
3	cancer patient*.mp.	215 880				
4	patient* with cancer.mp.	29 896				
5	cancer*.mp.	2 085 128				
6	cancer*.tw.	2 024 706				
7	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6	2 292 731				
8	exp Palliative Care/nu, px [Nursing, Psychology]	4 338				
9	Palliative Care/	59 961				
10	exp Terminally Ill/	6 748				
11	exp Terminally Ill/px [Psychology]	2 068				
12	terminally ill*.mp.	11 046				
13	palliat*.mp.	108 184				
14	8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13	115 316				
15	7 and 14	47 873				
16	hope*.tw.	102 524				
17	*Hope/	914				
18	16 or 17	102 576				
19	Qualitative Research/	73 079				
20	Focus Groups/	34 116				
21	Grounded Theory/	2 393				
22	Ethnology/	1 592				
23	Interview/	30 245				
24	(experience* or view* or perceive* or perception or feel* or attitude* or perspective* or qualitative or focus group or ethnographic research or grounded theory or mixed method*).mp.	2 974 777				
25	19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24	3 006 628				
26	15 and 18 and 25	586				
27	15 and 18 and 25	10	English language and yr="20122 and "all adult (19 plys years")	0	0	0

Vedlegg 3: Søkehistorikk  
(side 4 av 6)

Ovid MEDLINE, søk 2, 03/04/2022

Nr.	Søkeord og ordkombinasjoner	Antall treff	Avgrensninger	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
1	exp Neoplasms/nu, px, th [Nursing, Psychology, Therapy]	440 180				
2	exp Carcinoma/nu, px, th [Nursing, Psychology, Therapy]	66 374				
3	cancer patient*.mp.	215 880				
4	patient* with cancer.mp.	29 896				
5	cancer*.mp.	2 085 128				
6	cancer*.tw.	2 024 706				
7	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6	2 292 731				
8	exp Palliative Care/nu, px [Nursing, Psychology]	4 338				
9	Palliative Care/	59 961				
10	exp Terminally Ill/px [Psychology]	2 068				
11	terminally ill*.mp.	11 046				
12	palliat*.mp.	108 184				
13	exp Terminally Ill/	6 748				
14	8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13	115 316				
15	7 and 14	47 873				
16	*Hope/	914				
17	15 and 16	36				
18	15 and 16	34	English language and last 10 years	8	4	3

Vedlegg 3: Søkehistorikk  
(side 5 av 6)

EMBASE, søk 1, 4/04/2022

Nr.	Søkeord og ordkombinasjoner	Antall treff	Avgrensninger	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
1	neoplasm/	433 373				
2	exp carcinoma/	1 287 782				
3	exp cancer patient/	583 031				
4	cancer patient*.mp.	725 586				
5	cancer.mp.	4 053 504				
6	1 or 2 or 3 or 4 or 5	4 487 369				
7	exp palliative therapy/	126 030				
8	palliative care*.mp.	58 402				
9	exp terminal care/	77 012				
10	exp terminally ill patient/	9 101				
11	exp cancer palliative therapy/	26 751				
12	palliat*.mp.	179 493				
13	7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12	235 145				
14	6 and 13	108 413				
15	exp hope/	12 491				
16	hope*.mp.	145 566				
17	meaning* of hope.mp.	145				
18	15 or 16 or 17	145 566				
19	qualitative research/	98 621				
20	qualitative analysis/	72 382				
21	grounded theory/	8 812				
22	19 or 20 or 21	172 740				
23	14 and 18 and 22	177				
24	14 and 18 and 22	59	English language and "qualitative (maximizes specificity)" and (adult <65+ years>) and last 10 years	7	4	0



Vedlegg 3: Søkehistorikk  
(side 6 av 6)

EMBASE, søk 2, 4/04/2022

Nr.	Søkeord og ordkombinasjoner	Antall treff	Avgrensninger	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
1	exp neoplasm/	4 972 386				
2	exp cancer patient/	583 031				
3	patient* with cancer.mp.	40 410				
4	cancer patient*.mp.	725 586				
5	cancer*.tw.	2 842 049				
6	1 or 2 or 3 or 4 or 5	5 522 656				
7	exp palliative therapy/	126 030				
8	palliative care*.mp.	58 402				
9	exp terminally ill patient/	9 101				
10	terminally ill*.mp.	12 455				
11	palliat*.mp.	179 493				
12	7 or 8 or 9 or 10 or 11	187 443				
13	6 and 12	106 017				
14	exp hope/	12 491				
15	13 and 14	435				
16	13 and 14	42	English language and ("qualitative (maximizes sensitivity)" or "qualitative (maximizes specificity)" or "qualitative (best balance of sensitivity and specificity)") and (adult <18 to 64 years> or aged <65+ years>) and last 10 years)	4	0	0

**Samleskjema for artikler**

Artikkel nr, forfattere, publiseringsår, tidsskrift, land	Tittel på artikkel	Type studie	Metode		Resultater		Konklusjon
			Hensikten med studien	Metode	Utvalg/ populasjon	Resultater	
Deneault et al. 2016 Canadian Family Physician Canada	Ultimate Journey of Terminally Ill: Ways and Hope.	qualitative analysis	To better understand the role of hope among terminally ill cancer patients.	Each patient underwent up to 3 interviews and identified a loved one who participated in 1 interview. Treating physicians were also interviewed. All interviews were fully transcribed and analyzed by at least 2 investigators. Interviews were collected until saturation occurred.	Cancer patients in palliative care with an estimated remaining life expectancy of 12 months or less (n=12) and their loved ones (n=112) and treating physicians (n=12).	Seven attributes describe the experiences of palliative cancer patients and their caregivers: hope as an irrational phenomenon that is a deeply rooted, affect-based response to adversity initial hope for miraculous healing hope as a phenomenon that changes over time, evolving in different ways depending on circumstances, hope for prolonged life when there is no further hope for cure, hope for a good quality of life when the possibility of prolonging life becomes limited a lack of hope for some when treatments are no longer effective in curbing illness progression and for others hope as enjoying the present moment and preparing for the end of life.	Approaches aimed at sustaining hope need to reflect that patients' reactions might fluctuate between despair and a form of acceptance that leads to a certain serenity. Clinicians need to maintain some degree of hope while remaining as realistic as possible. The findings also raise questions about how hope influences patients' perceptions and acceptance of their treatments.

**Samleskjema for artikler**

Artikkel nr, forfattere, publiseringsår, tidsskrift, land	Metode				Resultater	
	Tittel på artikkel	Type studie	Hensikten med studien	Metode	Utvalg/ populasjon	Resultater
Nierop-van Baalen et al. 2016 European Journal of Cancer Care Nederland	Hope dies last... A qualitative study into the meaning of hope for people with cancer in the palliative phase	qualitative study	The aim of this article was to explore the meaning of hope among patients with cancer in the palliative phase.	A secondary analysis was conducted including a constant comparative analysis to uncover the processes underlying the maintenance of hope, of previously collected interview data.	Cancer patients with short life expectancy (between 3 and 12 months)	<p>The meaning of hope is related to the importance of the object it is attached to, rather than to a real chance of achieving this object. Hope has a dual function: patients hope because they cannot forsake it and because they benefit so much from it. Hope can spring from many sources and is influenced by various factors. If there are fewer potent sources to tap into, people create hope themselves and this type of self-created hope takes more effort to maintain. Patients use different strategies to increase their hope, described as the 'the work of hope'. A better understanding of the work of hope can lead to better psychosocial support by health professionals. Health professionals convey many messages that affect the work of hope.</p> <p>Our analysis of 76 interviews with palliative cancer patients reveals the logic underpinning the types of hopes which patients cherish and which do not run parallel with medical expectations. Health professionals already knew that advanced cancer patients may still hope for a cure or for a prolongation of life. This paper adds an explanation of why and how these patients maintain and build up their hope. That is what we have called the work of hoping. Patients need hope to live their lives. Supporting this hope, without enticing patients to undergo useless therapies, is a special challenge for professionals, including nurses who, in their daily contacts with patients, convey many messages that affect the work of hope</p>

## Samleskjema for artikler



Artikkel nr, forfatter, publiseringsår, tidsskrift, land	Tittel på artikkel	Type studie	Metode		Utvalg/ populasjon	Resultater	
			Hensikten med studien	Metode		Resultater	Konklusjon
Baczewska, B et al. 2020 BioMed Research International Polen	Hope of Recovery in Terminal Phase of Cancer under Palliative and Hospice Care in Poland.	Quantitative study	The objective of the presented research is to characterize hope in the situational dimension, i.e., health, in the patients with cancer in the terminal phase of the disease, being treated in hospices and palliative care centers. Hope is very important for all the patients, especially for patients with cancer in various phases of the disease. Giving up on oncologic therapy and causal treatment is often associated with a transition into palliative care. When death and a loss of values become a threat, the individual has got hope to rely on	standardized interview	The research was carried out among 246 patients in the terminal phase of a neoplastic disease. The subjects were patients of hospice and palliative care units, located in 17 day care centres and 24-hour facilities throughout Poland. The average age of the respondents was 59.5; the youngest was 18, and the oldest was 90.	The internal structure of hope of recovery in the patients' group was varied. The patients showed low levels of hope of recovery since they do not believe in the effectiveness of treatment. They were also not convinced of the effectiveness of modifications in dieting, lifestyle, or the use of nonconventional medicine. They trusted the doctor in charge and were moderately satisfied with the therapy in use. The intensity of hope of recovery was on the low level in the patients in the terminal phase of cancer. Age, sex, place of living, and marital status had a significant influence on the level of hope of recovery. Variables such as living on one's own or living with one's family, socioeconomic status, education, or profession did not affect the level of hope of recovery.	(1) The internal structure of hope of recovery in the patients in the terminal phase of cancer is diverse. The patients showed low levels of hope of recovery since they believe that medicine is not equipped with effective tools of treatment. They believe that conventional treatment is ineffective, just as is a healthy diet and lifestyle, or the use of nonconventional forms of treatment. The patients showed high levels of trust in their physicians in charge and were moderately satisfied with the treatment they received.  (2) The level of hope of recovery in the patients in the terminal phase of cancer was low  (3) Age, gender, place of living, and marital status were positively correlated with the level of hope of recovery  (4) Negative correlation was found between the level of hope of recovery and variables such as living on one's own or with a family, socioeconomic status, education, financial situation

## Samleskjema for artikler



		Metode			Resultater		
Artikkel nr, forfatter, publiseringsår, tidsskrift, land	Tittel på artikkel	Type studie	Hensikten med studien	Metode	Utvalg/ populasjon	Resultater	Konklusjon
Baczewska, B. et al. 2019 International Journal of Environmental Research and Public Health Polen	Hope in Hospitalized Patients with Terminal Cancer	Quantitative study	The aim of this study was to characterize the hope of hospitalized patients diagnosed with cancer in the terminal phase of the disease.	standardized interview	246 patients in the terminal phase of cancer took part in the study. The patients were hospitalized in the palliative care and hospice wards in 17 centers in Poland.	<p>The results showed that the patients were characterized by a moderate level of global hope. The highest levels of hope were noted in the spiritual-religious area and the lowest levels of hope concerned curing the disease. Patients exhibited varied levels of hope and varied internal structures of hope. They presented four different types of hope: optimistic, moderate, religious, and weak. Optimistic hope was found most frequently in patients diagnosed with a terminal phase of cancer, while weak hope was represented by the smallest group of these patients.</p> <p>The global results show that the patients are characterized by a moderate level of hope. Most patients experience varying degrees of hope, from weak to strong. The less numerous groups contained patients with a very low level of hope, or patients without hope. Some patients exhibited a very high level of hope.</p>	<p>The patients in the terminal phase of cancer experienced a moderate level of hope</p> <p>The most intense hope was observed in the spiritual-religious dimension and the least intensive hope concerned chances of recovery.</p> <p>The patients showed varied levels of hope and varied internal structure of hope. More than half of them showed a moderate level of hope, and one-quarter of them showed a high level of hope.</p> <p>There were four types of hope observed across the patients groups: optimistic, moderate, religious, and weak.</p> <p>The biggest group of patients in the terminal phase of cancer was characterized by an optimistic type of hope, while the smallest group of patients was characterized by a weak type of hope.</p>

**Samleskjema for artikler**

Artikkel nr, forfatter, publiseringsår, tidsskrift, land	Tittel på artikkel	Type studie	Metode			Resultater	
			Hensikten med studien	Metode	Utvalg/ populasjon	Resultater	Konklusjon
DeMartini, J. et al. 2019 J Pain Symptom Manage USA	Patient's hopes for Advanced Cancer Treatment	Longitudinal study	To describe the treatment hopes of advanced cancer patients, factors associated with expressing specific hopes, and the persons with whom hopes are discussed.	We surveyed 265 advanced cancer patients in the USA about their hopes for treatment at baseline and after three months. We developed a taxonomy of hopes for treatment, which two investigators used to independently code patient responses. We explored associations between hopes for cure and patient covariates.	265 advanced cancer patients in the USA	We developed 8 categories of hopes. We were able to apply these codes reliably, and 95% of the patient's responses fit at least one hope category. The hope categories in order of descending baseline prevalence were: quality of life, life extension, tumor stabilization, remission, milestone, unqualified cure, control not otherwise specified (NOS), and cure tempered by realism. Most patients reported discussing hopes with partners, family/friends, and oncologists; a minority reported discussing hopes with nurses, primary care physicians (PCPs), clergy, or support groups. In logistic regression analysis, unqualified hopes for cure were more likely in younger patients and in those who did not endorse discussing their hopes with primary care physicians.	Advanced cancer patients harbor a range of treatment hopes. These hopes often are not discussed with key members of the healthcare team. Younger age and lack of discussion of hopes with PCPs may lead to less realistic hopes for cure

## Styrkeskjema

Studie	Styrker	Svakheter	Evt. GRADE/evidensnivå
<p>Deneault et al. 2016 Canadian Family Physician Canada</p>	<p>The sample composition does (...) allow for comparisons with other settings in which practices are essentially similar to those of the recruitment setting.</p> <p>The fact that our data allowed us to identify an attribute related to despair suggests that the study participants represented a spectrum of possible patients.</p>	<p>The qualitative design precludes any statistical generalization.</p> <p>The participant selection process might also limit the relevance of the results, in that the referring physicians for this study chose patients who wanted and were able to talk about their experiences with illness and hope. Less talkative patients were thus underrepresented in this design, and their experiences might be different from what we encountered.</p> <p>The participants' characteristics with regard to basic pathology, age, and sex make the results of this study applicable to patients with similar characteristics.</p> <p>A more important limitation is that data collection and data analysis could not take place intertwined. However, the richness and variety of the data enabled in-depth analyses despite this limitation.</p> <p>The patients were interviewed by multiple interviewers and in different contexts. All the interviews in the original studies were analysed by one of the researchers in this study thereby limiting the impact of the fact that the data were not collected for this study.</p> <p>The interviewees were native speakers of Dutch (the common language in Flanders and the Netherlands). Consequently, people with other cultural backgrounds are underrepresented in this study.</p>	
<p>Nierop-van Baalen et al. 2016 European Journal of Cancer Care Nederland</p>	<p>There are limitations in doing a secondary analysis.</p>		

<p>Nierop-van Baalen et al. 2016 European Journal of Cancer Care Nederland</p>	<p>The data we used were collected and analysed over a period of 6 years, during which we did not observe any difference in the ways in which patients expressed and talked about hope. We also compared these data with recent data (Verbrugghe et al. 2016), and this comparison also did not reveal any differences. This can be explained by the fact that the data relate to existential experiences and will, thus, be less influenced by environmental changes.</p> <p>The strength of this study is that it examined the use of hope in the everyday language and lives of 76 palliative patients. The scope of this qualitative study and the different settings of the original studies enabled the researchers to collect a wealth of data that clearly demonstrate the dynamics, influencing factors and efforts for hope on the part of the patient. The substantial number of participants produced a balance between the variety resulting from the different studies and the richness of the data, which enabled sufficient depth of analysis.</p> <p>The results of this study provide many tools for daily practice. For health professionals who already work to foster hope in palliative patients, this study offers many insights that confirm and strengthen their practice.</p>	<p>This study does comprise a secondary analysis, the original data of which date back several years. This may be a limitation because the opinions of patients can change over time.</p> <p>An even more important but uncontrollable source of bias is patients' motivation to take part in the study. Indeed, their attitude towards hope will play a role in this; for more than one reason, depressed patients are unlikely to participate.</p>	
--	---	--	--



 **Fagprosedyrer**

<p>Baczewska, B et al. 2020 BioMed Research International Polen</p>	<p>–</p>	<p>Participants were patients of hospice and palliative care units only from Poland.</p>	
<p>Baczewska, B. et al. 2019 International Journal of Environmental Research and Public Health Polen</p>	<p>–</p>	<p>–</p>	
<p>DeMartini, J. et al. 2019 J Pain Symptom Manage USA</p>	<p>There are several threats to internal validity including that the survey interviews were brief, and our data on the extent of discussions with PCPs and other care team members were subject to recall bias.  (...) Our results may not be generalizable to the entire population of advanced cancer patients because patients were recruited from only two geographic areas, and the sample was predominately white, Christian, and well-educated.</p>	<p>The primary strength of this study is that we used open-ended questions to allow participants to freely express their hopes at two points in time.  Target population of patients was successfully recruited.</p>	