



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Håp - En viktig faktor for å mestre sykdom og lidelse.**

**Hope - An important factor for coping with disease and suffering.**

**Marte Nygård og Anne Grethe Stormyr**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 56**

**Molde, 07.05.2012**



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Bente Dale Malones

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja    nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja    nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja    nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja    nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 07.05.2012

**Antall ord: 11 019**

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Cancer ovarie er den sjette hyppigste kreftformen som rammer kvinner i Norge, og den rammer kvinner i alle aldre. Sykdommen gir få eller ingen symptomer i tidlig fase, og kan derfor være vanskelig å diagnostisere. Hos mange kvinner har sykdommen utviklet seg til stadiet 3 eller 4 ved diagnostisering.

**Hensikt:** Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse betydningen av å bevare opplevelsen håp hos kvinner med cancer ovarie.

**Metode:** En systematisk litteraturstudie for å besvare en selvvalgt problemstilling. Det ble benyttet PICO skjema for å systematisere søkene i databasene. Databasene som vi benyttet var: Ovid Medline, Ovid Psych Info, ProQuest og Norart. Denne systematiske litteraturstudien er basert på 13 forskningsartikler. Funnene våre analyserte vi ut i fra Dufault og Martochio (1985) sine ulike dimensjoner av håp.

**Resultat:** Hovedfunnet i studien viser at opplevelsen av håp for kvinner med cancer ovarie blir påvirket av den støtte de mottar fra familie, venner og helsepersonell. Fysisk og psykisk velvære virket positivt inn på opplevelsen av håp.

**Konklusjon:** Gjennom vår litteraturstudie kom det frem at opplevelsen av håp hjalp kvinner med cancer ovarie til å mestre sykdommen, behandlingen og fremtiden.

**Nøkkelord:** Håp, cancer ovarie, ovarial cancer, eggstokkreft, gynekologisk kreft

## Summery

**Background:** Ovarian cancer is the sixth most common cancer that can affect women of all ages in Norway. The disease causes few or no symptoms in early stages, and therefore can be difficult to diagnose. For many women the disease has developed into stage 3 or 4 at diagnosis.

**Purpose:** The purpose of this literature study was to highlight the importance of maintaining the experience of hope in women diagnosed with ovarian cancer.

**Methods:** A systematic literature review for answering a selected question. It was used PICO form to systematize the searches in the databases. The databases we used were: Ovid Medline, Ovid Psych Info, ProQuest and Norart. This systematic literature study is based on 13 research papers. We analyzed our findings based on Dufault and Martochio (1985) dimensions of hope.

**Result:** The main finding of this study showed that the experiences of hope for women with ovarian cancer were influenced by the support they receive from family, friends and health professionals. Physical and mental well-being had a positive effect on the experience of hope.

**Conclusion:** Through our literature review it was revealed that the experience of hope helped the women with ovarian cancer to cope with the disease, treatment and future.

**Keywords:** Hope, cancer ovarie, ovarian cancer, advanced cancer, gynaecological cancer

# Innhold

<b>1.0. Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1. Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2. Studiens hensikt .....	2
1.3. Problemstilling .....	2
<b>2.0. Teoribakgrunn</b> .....	<b>3</b>
2.1. Generell onkologi .....	3
2.2. Cancer ovarie .....	3
2.3. Håp .....	5
2.4. Dimensjonene av håp .....	5
2.4.1. Den affektive dimensjonen .....	6
2.4.2. Den kontekstuelle dimensjon .....	6
2.4.3. Tidsaspektet i håp .....	6
2.4.4. Den kognitive dimensjonen .....	6
2.4.5. Handlingsdimensjonen .....	6
2.4.6. Tilknytning til andre .....	7
2.5. Joyce Travelbee .....	8
<b>3.0. Metodebeskrivelse</b> .....	<b>10</b>
3.1. Datainnsamling .....	10
3.2. Inklusjonskriterier .....	12
3.3. Kvalitetsvurdering .....	12
3.4. Etisk vurdering .....	13
3.5. Dataanalyse .....	13
<b>4.0. Resultat</b> .....	<b>15</b>
4.1. Et håp om en fremtid .....	17
4.2. Et håp om å kunne vende tilbake til det normale liv .....	18
4.3. Betydningen av informasjon .....	19
4.4. Tilknytning til andre .....	20
4.4.1. Betydningen av støttet fra familie og venner .....	20
4.4.2 Betydningen av god kommunikasjon med helsepersonell .....	21
4.4.3 Livssyn – en kilde til håp. ....	22
<b>5.0. Diskusjon</b> .....	<b>23</b>
5.1. Metodediskusjon .....	23
5.1.1. Datainnsamling .....	23
5.1.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	24
5.1.3. Kvalitetsvurdering .....	24
5.1.4 Dataanalyse .....	25
5.2. Resultatdiskusjon .....	26
5.2.1 Et håp om en fremtid .....	26
5.2.2 Et håp om å kunne vende tilbake til det normale liv .....	27
5.2.3 Betydningen av informasjon .....	28
5.2.4 Tilknytting til andre .....	29
5.2.4.1 Betydningen av støtte fra familie og venner .....	29
5.2.4.2 Betydningen av god kommunikasjon med helsepersonell .....	30
5.2.4.3 Livssyn – en kilde til håp .....	33
<b>6.0. Konklusjon</b> .....	<b>34</b>
<b>Litteraturliste:</b> .....	<b>36</b>

Vedlegg 1: PO – skjema.

Vedlegg 2: Søkeshistorikk.

Vedlegg 3: Oversiktstabell over inkluderte artikler.

## **1.0. Innledning**

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

I 2005 ble det rapportert 24 229 nye tilfeller av kreft i Norge. I følge Kreftregistret (2011) har det vært en økning på nye krefttilfeller på 80 prosent fra perioden 1953-1957 til perioden 2000-2004. Bedre diagnostikk og økt levealder har nok innvirkninger på statistikken, så tallene viser nok ikke den helt reelle økningen på nye tilfeller av kreft (Schjølberg 2008).

Cancer ovarie rammer kvinner i alle aldre, men er hyppigst hos kvinner etter menopausen (Kristensen 2010). I 2008 ble det anslått at 225 000 kvinner på verdensbasis ville få diagnosen cancer ovarie (Cancer Research UK 2011). Forekomsten av cancer ovarie varierer globalt. Norge, Sverige og Danmark har verdens høyeste forekomst av cancer ovarie, årsaken til dette er ikke kjent (Kristensen 2010). Utviklingsland og Japan har den laveste forekomsten (Blackburn, Edwards og Lee 2011).

Årlig dør 15 000 kvinner av cancer ovarie (Blackburn, Edwards og Lee 2011). I 2008 fikk 6500 kvinner diagnosen cancer ovarie i England, der er det den femte mest vanlige kreftformen (Cancer Research UK 2011). I Norge er cancer ovarie den sjette hyppigste kreftsykdommen blant kvinner, med ca. 500 nye tilfeller i året (Kreftregisteret 2011).

Gjennom praksisperiodene våre har vi møtt pasienter med cancer ovarie. De har alle uansett stadiet av sykdommen hatt et spesielt fellestrekk, og det er at de har bevart følelsen av håp. Håpet virket som en grunnleggende følelse for de fleste, og det virket som en medvirkende faktor som gjorde at de hele tiden hadde noe å se frem i mot og leve for. Ble det ene målet knust, satte enkelte av kvinnene seg nye mål. Dette så ut som en medvirkende faktor til at de fant en mening med livet. Et gammelt ordtak sier at så lenge det er liv, er det håp.

I følge Lohne (2010) er håp noe man kan betrakte som et pasientfenomen. Håpet hos en pasient har et personlig innhold som er knyttet til fremtiden, og som har betydning for pasientens opplevelse av situasjonen han befinner seg i.



I studien Hope: Its Spheres and Dimensions av Dufalt og Martocchio (1985) kom det fram at det alltid finnes håp hos pasienter med alvorlig sykdom, men at selve dimensjonene i håpet kan forandres etter som sykdommen skrider fram.

### ***1.2. Studiens hensikt***

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse betydningen av å bevare opplevelsen håp hos kvinner med cancer ovarie.

### ***1.3. Problemstilling***

Hvordan opplever kvinner med cancer ovarie opplevelsen håp?

## **2.0. Teoribakgrunn**

### **2.1. Generell onkologi**

Cancer er en fryktet sykdom og den starter på molekylært og cellulært nivå. Etter hvert igangsettes det en rekke prosesser i organismen. Et enkelt organ kan bli skadet, et organsystem eller hele organismen kan bli rammet. Livssituasjonen til pasienten blir ofte helt endret. De fysiske skadene gir ofte ringvirkninger på de psykiske forholdene, arbeidssituasjonen og det sosiale nettverket kan bli forandret (Nome 2010).

### **2.2. Cancer ovarie**

Cancer ovarie omfatter forskjellige svulsttyper, 90 prosent er maligne epiteliale svulster som er utgått fra epitelet på overflaten av ovariet. De resterende 10 prosent er svulster som er utgått fra germinalceller, stromaceller og kjønnsstrenger. Hos 5 prosent av kvinner som får diagnosen cancer ovarie, ser man at det foreligger genetiske årsaker. Til de ikke genetiske tilfellene er årsaken ikke kjent, men det har vist seg en sammenheng mellom antall ovulasjoner kvinner har hatt og hyppigheten av cancer ovarie. Hos kvinner som har brukt p-piller og som har hatt mange barnefødsler gjennom årene ser man en mindre forekomst av cancer ovarie (Kristensen 2010).

Cancer ovarie gir ofte få eller ingen symptomer i et tidlig stadium, derfor kan det være vanskelig å oppdage den. Hos 75 prosent av de som får diagnosen cancer ovarie har sykdommen utviklet seg til stadium 3 eller 4 før diagnosen stilles. Siden symptomene er så uspesifikke, kan de i første omgang gi mistanke til sykdommer i andre organer. Når cancer ovarie blir oppdaget har de fleste kvinner utviklet ascites, de har da buksmerter, utspilt buk, kvalme og nedsatt matlyst. Kvinner kjenner ofte etter en tid selv at de har en kul i magen. Mange får et trykk i underlivet, smerter ved samleie eller hyppig vannlating. Dette er symptomer som gjør at det kan mistenkes at det foreligger en malign gynekologisk sykdom. Noen kvinner får pleuravæske som selve debuten på kreften (Kristensen 2010).

Prognosen for sykdommen avhenger av hvilket stadium sykdommen er i når behandlingen igangsettes. Diagnostiseringens første trinn er vaginal ultralydundersøkelse. Ofte ser man at pasienten er palpabel og det kan være påvisbare tumormasser. Måling av tumormarkør i serum kan være til hjelp. Tumormarkøren er forhøyet hos halvparten av pasientene i et tidlig stadium, og hos 80 prosent ved senere stadium. Det tas cytologiske prøver, men den

endelige diagnosen baseres på histologiske undersøkelser av vev som er tatt ved biopsi eller ved operasjon (Kristensen 2010).

Spredning av cancer ovarie skjer ved at svulstceller frigjøres fra ovarienes overflate og sprer seg med væsken i bukhulen. Deretter fester svulstcellene seg på bukhinnen og vokser som metastaser. Svulstcellene kan holde seg lenge inne i bukhulen, men kan spre seg gjennom porer i diafragma til pleurahulen, spesielt på høyre side. Spredning kan også skje via lymfebaner til lymfeknuter i bekkenet, langs aorta til mediastinum. Senere kan spredningen komme via blodbanen til leveren eller lungene, men det kan også oppstå metastaser i begge organene (Kristensen 2010).

Stadieinndelingen av cancer ovarie er som følgende:

- Stadium 1: Tumor begrenset til det ene ovarium eller begge ovariene.
- Stadium 2: Tumorinnvekst eller metastasering til uterus, og/ eller tuba, eller til andre vev i bekkenet. Eller det kan være en kombinasjon av dette, pluss tumor på ovariets overflate og/ eller kapselrutur og/ eller tumorceller i acites eller skyllevæske.
- Stadium 3: Tumorspredning til øvre del av bukhulen, metastaser i øvre del av buken, eller metastaser til lymfeknuter.
- Stadium 4: Fjernmetastaser og/eller pleuravæske som inneholder tumorceller, metastase til lever (Kristensen 2010).

Behandlingen består i første trinn vanligvis av operasjon, her blir uterus fjernet med begge eggstokker og eggledere, samt omenet. Synlige metastaser blir også fjernet. Pasienter med spredning utenfor eggstokkene får tilleggsbehandling med cytostatika, men i den senere tiden har det vist seg effektivt å gi cytostatika til etterbehandling også til de pasientene som ikke har påvist spredning (Kristensen 2010).

Etter fem år ses det en overlevelsesrate på henholdsvis 80 prosent ved stadium 1, 60 prosent ved stadium 2, 25 prosent ved stadium 3 og 15 prosent ved stadium 4. Mengden av svulstvev som blir stående igjen etter en operasjon er også en faktor som påvirker overlevelsesraten (Kristensen 2010).

### **2.3. Håp**

Håp blir i litteraturen definert på forskjellige måter, men likheten er at det er en positiv ladet følelse. Alle de som har definert håp skiller mellom håp og ønske på grunn av vektleggelsen av det realistiske perspektivet i håpet. Forskningen viser til at mennesker som bevarer håpet lever bedre og lengre enn de som har mistet håpet. Følelsen av håpløshet er negativ og fremmer patologiske prosesser i kroppen. Det kan føre til tap av ønsket om å fortsette livet. Pasienters håp er knyttet til framtiden, og følelsen har et viktig personlig innhold (Utne og Rustøen 2010).

Håp er fremtidsorientert og det er en faktor som gir motivasjon til å legge planer for fremtiden. Det er også assosiert med gode følelser og optimisme. Visse faktorer kan i noen tilfeller være en trussel mot håp, som for eksempel smerte og kvalme. Det viser seg at selv om helsen blir svekket, endres ikke håpet over tid. Faktorer som er med på å styrke håpet er støtte fra familie, venner, helsepersonell og deltagelse i sosiale aktiviteter. Familie og venner som ikke viser forståelse kan være en trussel mot håpet. Det samme gjelder helsepersonell som ikke er lydhør og tilstede i situasjonen. Derimot viser det seg at helsepersonell som er positive, humoristiske og gode lyttere hjelper mennesker med cancer til å bevare håpet (Utne og Rustøen 2010).

Det å ha håp er med på å lindre opplevelsen av hjelpeløshet og håpløshet. Dersom personer har håp lider de mindre. Ved sykdom og behandling har håpet en kurativ effekt. Det er fordi all behandling og hjelp i seg selv inneholder et håp om å kunne oppleve en bedring av sykdommen. Håpet aktiverer styrke hos pasienten, og de som håper følger lettere opp behandlingen enn de som opplever håpløshet. Samtidig har de som håper en høyere toleranse for smerter og ubehag, enn de som opplever håpløshet (Lohne 2010).

### **2.4. Dimensjonene av håp**

Det finnes en rekke definisjoner av håp. Vi valgte å ta utgangspunkt i en studie av Karin Dufalt og Benita C. Martocchio, der hensikten er å belyse de ulike dimensjonene av håp. I deres definisjon vises det til at håp består av seks ulike dimensjoner. En affektiv dimensjon, en kognitiv dimensjon, en atferdsmessig dimensjon, en tilknytningsdimensjon, en tidsmessig dimensjon og en kontekstuell dimensjon. Flere av disse dimensjonene kan være aktive hos en person på samme tid. Så håpet er i følge Dufalt og Martocchio (1985) en sammensatt prosess.

### **2.4.1. Den affektive dimensjonen**

I den affektive dimensjonen fokuseres det på følelser og fornemmelser. Pasienten har mest optimistiske følelser, med et lite snev av usikkerhet til framtiden. Personen som håper har tillit til seg selv, og til at alt skal og vil gå bra til slutt. Hvor stor tillit hver enkelt har til resultatet er avhengig av de andre dimensjonene, som for eksempel den kognitive dimensjonen (Dufalt og Martocchio 1985).

### **2.4.2. Den kontekstuelle dimensjon**

I denne dimensjonen fokuseres det på livssituasjoner som påvirker, omgir og er en del av menneskets håp. Hva vi har erfart i barndommen er med på å påvirke hvor sterkt håpet er forankret i oss mennesker (Dufalt og Martocchio 1985).

### **2.4.3. Tidsaspektet i håp**

Håpet vil påvirkes av tidligere erfaringer, og hvordan vedkommende har det i dag. I denne dimensjonen vektlegges erfaringer av tid, både når det gjelder fortid, nåtid og fremtid hos den som er syk. I håpet finnes det en framtid, selv om man må leve med sykdom og lidelse. Det at den syke har noe å sysselsette seg med i sykdomsforløpet som føles meningsfullt, kan bidra til å styrke håpet (Dufalt og Martocchio 1985).

### **2.4.4. Den kognitive dimensjonen**

I den kognitive dimensjonen kommer det frem hvordan den enkelte tenker, forestiller seg, tror, lærer, generaliserer og bedømmer i forhold til håp. Spesielt da hvordan virkeligheten blir vurdert i forhold til håp. Håpet er realitetsbasert og situasjonen personen befinner seg i er med på å avgjøre hva han eller hun håper på (Dufalt og Martocchio 1985).

### **2.4.5. Handlingsdimensjonen**

I handlingsdimensjonen fokuseres det på handlingsorienteringen til den som er syk. Handlingen foregår på det fysiske, sosiale, religiøse eller psykosiale planet. Innen det psykososiale planet kan det gå på at pasienten mentalt kan ta avgjørelser og planlegge aktiviteter. Det at de selv kan ta disse avgjørelsene kan gi en følelse av frihet, og en økt opplevelse av kontroll over eget liv. På det fysiske planet kan dette være å ha fokus på riktig kosthold, mosjon og tilstrekkelig hvile. På det religiøse planet kan det dreie seg om bønn, deltagelse ved religiøse tilstelninger og deltagelse i forskjellige religiøse ritualer (Dufalt og Martocchio 1985).

#### **2.4.6. Tilknytning til andre**

I denne dimensjonen finner vi viktigheten av gjensidig avhengighet, sosial interaksjon og nærhet til andre. Det er altså viktig å være involvert i andre for å kunne opprettholde håpet. Relasjonene her kan være til Gud, andre mennesker eller andre levende ting som dyr og natur. Mennesker rundt den personen som er syk kan gi støtte, oppmuntring, lytte og gi trygghet til personen som lider. Betydningen av at håp henger sammen med tro, selv om det vi tror på vil variere alt etter hvilket personlig livssyn den enkelte har (Dufalt og Martocchio 1985).

## **2.5. Joyce Travelbee**

Vi har valgt å knytte Joyce Travelbee sin filosofi inn i vår litteraturstudie. Dette er begrunnet i at vi føler hun belyser viktigheten av å bevare følelsen av håp, og at håpet er til hjelp for å kunne klare å bære byrden av sykdom og lidelse. De ulike dimensjonene av håp vi har brukt i studien vår, blir understøttet av Travelbee sin teori.

Travelbee (1999) sier at håp gjør mennesker i stand til å mestre vonde og vanskelige situasjoner, tragedier, tap, kjedsomhet, nederlag, lidelse og ensomhet. Hun sier videre at håp er en viktig følelse ved kriser eller tap, og at håpet sannsynligvis er den viktigste faktor som gjør menneske i stand til å bære byrden av sykdom og lidelse. Hun sier også at det trolig er den motiverende impulsen av håp som gir den syke energi. Denne energien gjør den syke i stand til å vinne over hindringer og bruke kreftene på rehabiliteringsprosessen.

Håp er en mental tilstand karakterisert ved et ønske 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 1999 s 117).

I følge Travelbee (1999) vil den som håper tro at livet vil endre seg når objektet for hans ønsker er nådd. Livet vil da kunne bli mer behagelig, mer meningsfylt eller gi større glede. En person som mangler håp ser ingen utsikter til forandringer eller forbedringer i livet, og dermed heller ingen løsning på problemet eller en vei ut av vanskelighetene. Håp kommer fra en tillært kunnskap om at det finnes hjelp å få utenfra når det er nødvendig.

Ved å gjøre seg tilgjengelig sier Travelbee (1999) at alle som hjelper syke mennesker er med på å understøtte og opprettholde håpet, likeledes med å unngå at de opplever håpløshet. Håp er sterkt relatert til avhengighet av andre, er fremtidsorientert, relatert til valg og ønske. Håp har en nær sammenheng med tillit og utholdenhet, og håp er relatert til mot. De som hjelper den som er syk skal være observant på de psykiske plager, så vel som de fysiske. Dersom en unnlater å være oppmerksom på en pasients velvære eller fysiske behov kan en frata den syke håpet. Man skal hjelpe mennesker som er syke til å mestre, finne mening og bære sin sykdom og lidelse. En skal også hjelpe syke til å akseptere sin sårbarhet, og hjelpe dem med å bevare håp. Helsepersonell kan ikke gi håp til andre, men

en skal forsøke å legge til rette for at den som er syk skal kunne oppleve håp (Travelbee 1999).

Empati og uttrykket ”terapeutisk bruk av seg selv” er noe av hovedessensen i Joyce Travelbees filosofi. Hun mener at lidelse og smerte er uunngåelig i et menneskeliv. Derfor mener hun at man skal hjelpe den som er syk og lidende til å finne mening med livet uansett hvilken situasjon vedkommende befinner seg i. For å få til denne relasjonen med den som er syk er det viktig med etablering av et menneske til menneske forhold. Helsepersonell skal hjelpe personer som er rammet av sykdom og deres familier til å mestre sykdom og lidelse, og likeledes til å finne mening med erfaringer man gjør seg rundt dette (Travelbee 1999).

Å fremme og understøtte håpet hos den syke er en viktig oppgave. En skal ikke gi pasienten urealistiske mål om at vedkommende skal bli frisk, men være med på å bygge opp om realistiske mål. Et slikt realistisk mål kan være at dagen i dag blir bedre enn gårsdagen. Ved at helsepersonell formidler forståelse og støtte, kan det være med på å styrke pasientens eget håp. Når man hjelper pasienten til å håpe på en liten bedring, noen timer ro og hvile eller atspredelser gjennom samtaler eller en tur, kan dette medføre at man hjelper pasienten med å mestre lidelsen og konsekvensene av de tapene og lidelsen sykdommen medfører (Travelbee 1999).



### **3.0. Metodebeskrivelse**

I forbindelse med avsluttende bacheloreksamen i sykepleie har vi gjennom en systematisk litteraturstudie besvart en selvvalgt problemstilling. I følge Forsberg og Wengstrøm (2008) skal en problemstillingen være klart formulert, og besvart systematisk gjennom kritisk bedømming av litteratur og forskning som er inkludert i oppgaven. I tillegg til inklusjonskriterier og etiske hensyn er det dette vi vil beskrive i følgende kapittel.

#### **3.1. Datainnsamling**

Vi bestemte problemstillingen i mai 2011, og vi startet da med å lese litteratur som var relevant for problemstillingen vi hadde valgt. Denne litteraturen brukte vi senere i teoridelen i oppgaven vår.

I henhold til retningslinjene for bacheloreksamen skulle den inneholde 10 - 15 relevante forskningsartikler, som var utgitt i tidsrommet fra 2006 til 2011.

Vi benyttet PICO-skjema til å systematisere søkeordenene våre.

- P: Population står for hvilke type pasient/ pasientgruppe spørsmålet gjelder.
- I: Intervention står for hvilken intervensjon/ tiltak vi ønsker svar på.
- C: Comparison står for sammenligning av ulike tiltak.
- O: Outcome står for outcome/ utfallet vi ville ha svar på (Nortvedt et al. 2007).

Vi fylte ut PO (Vedlegg 1) i PICO-skjemaet både på engelsk og norsk, fordi vi ville gjøre søk i internasjonale databaser. Vi startet prosessen med å søke på et og et nøkkelord i de ulike kategoriene i PO skjemaet. Videre brukte vi trunkeringstegn for å få med ulike sammensetninger av ordet. Deretter kombinerte vi de ulike søkeordene i kategorien ved å sette OR i mellom. Ved å gjøre dette forsikret vi oss om at alle søkene vi gjorde inneholdt cancer ovarie eller ovarian cancer, eller andre ulike sammensetninger av cancer ovarie. Vi gjentok denne prosessen med de andre søkeordene i PO skjemaet og kombinerte til slutt søkeordene under P og O med AND i mellom. Hovedsøkeordene våre har vært cancer ovarie og håp eller hope. Disse har vi trunkert og brukt i ulike utforminger, senere har vi utvidet søkene ved å legge til advanced cancer, gynaecological cancer, neoplasms og fear i PO skjemaet. Ved søkene våre i søkemotoren OVID kom det opp Mesh termer som vi brukte. Disse førte til at vi kunne tilføre flere ord i vår søkehistorikk.

Vi har funnet de inkluderte artiklene ved å bruke funksjonen advanced search i OVID - Medline, PsycInfo og i ProQuest, dette er databaser som er tilgjengelig gjennom biblioteket ved høyskolen i Molde. Vi foretok også søk i databasene Norart og SweMed, hvor vi brukte norske, svenske og engelske søkeord, I disse to databasene fikk vi ingen relevante treff ved å søke på søkeordene i PO skjemaet.

### **Database: OVID Medline**

Prøvesøkene våre ble utført i OVID Medline, og derfor var det den første databasen vi gjorde hovedsøket i. Ved limits før 2006 og til dags dato fikk vi 139 treff. Da kombinerte vi søkeordene i PO-skjemaet med AND og OR, samtidig brukte vi aktuelle ” Mesh terms”. Vi leste 92 abstrakt og bestilte eller skrev ut 31 artikler i full tekst. Av disse inkluderte vi 7 artikler (Vedlegg 2).

Vi utvidet antall år på hovedsøket på grunn av vanskeligheter med å finne relevante artikler innen tidsfristen. Etter at vi hadde utvidet antall år i søket fikk vi 243 treff hvor vi leste 19 abstrakt og 7 artikler, hvorpå 2 av disse ble inkludert i oppgaven (Vedlegg 2).

### **Database: OVID Psych info.**

Utførte søk ut fra PO-skjemaet, og brukte også her AND, OR og ”Mesh terms”. Vi fikk 20 treff, men 2 av disse hadde vi allerede fått treff på i OVID Medline. Vi leste 6 forskningsartikler, og inkluderte 2 av dem i studien vår (Vedlegg 2).

### **Manuelt søk: Norart**

Ved lesning av tidsskriftet Sykepleien Forskning 04/11, fant vi en artikkel som vi mente kunne være relevant for vår problemstilling. Denne foretok vi et manuelt søk på i februar 2012, dette gjorde vi ved å skrive inn tittelen på artikkelen i Norart. Tittelen på artikkelen var: Har pasienter med tilbakefall av underlivskreft nytte av psykososiale støttegrupper?

### **Manuelt søk: ProQuest**

I desember 2011 foretok vi det samme søket i denne søkemotoren som vi tidligere hadde gjort i søkemotoren OVID. Her fikk vi flere relevante treff, men har ikke noen oversiktstabell. Dette er grunnet i at vi hadde tenkt å ta et nytt søk i januar 2012, men når vi da foretok det søket, hadde den gamle plattformen blitt erstattet med en ny. Da var det

ikke mulig for oss å gjenta det søket vi hadde utført i desember 2011, likevel om vi benyttet det samme PO-skjemaet som tidligere.

Etter det første søket hadde vi lest 2 abstrakt som vi mente kunne være relevant for studien vår. Disse fant vi igjen i den nye plattformen ved å søke på titlene på de artiklene vi hadde lest abstraktene til før jul. Dette gjelder følgende artikler:

- Hope in adults, ages 20 -59, with advanced stage cancer.
- The Importance of Participation in Support Groups for Women With Ovarian Cancer

### ***3.2. Inklusjonskriterier***

- Artiklene som vi ville ha med i oppgaven skulle være skrevet på norsk, engelsk, svensk eller dansk.
- Artiklene skulle ikke være eldre enn 5 år.
- De inkluderte artiklene skulle være fagfellevurdert, være av god kvalitet og ha fulgt etiske normer.
- Artiklene skulle ha pasientperspektiv.
- I vår litteraturstudie valgte vi å inkludere kvinner fra 18 år og oppover.

### ***3.3. Kvalitetsvurdering***

Forskningsartiklene som vi brukte i bacheloroppgaven skulle være av god vitenskapelig kvalitet. Vi brukte ulike sjekklister for lettere å kunne kvalitetsvurdere artiklene. Sjekklister som vi benyttet var fra Nasjonalt Kunnskapssenter (2008), og var for kvalitative studier, RCT studier og prevalensstudier. Svaralternativene man hadde på sjekklister var ja, nei eller uklart. Ut fra anbefalingene til Willmann, Stoltz og Bahtsevani (2006) hadde vi tre kvalitetsgrader på graderingene av artiklene. Der grad 1 var av høy kvalitet og ligger mellom 80-100 prosent, grad 2 var av middels kvalitet og ligger mellom 70-79 prosent, mens grad tre var av lav kvalitet og ligger på 60-69 prosent. Graderingen av artiklene gjorde vi ut fra svarene vi fikk etter vi hadde besvart spørsmålene i sjekklister som tilhørte metoden som var benyttet i den enkelte studie. Når vi besvarte spørsmålene fant vi ut hvor mange kriterier den enkelte artikkel oppfylte. Ved å dele antall kriterier artikkelen oppnådde, på antall kriterier i sjekklister fant vi prosenttallet. Vi inkluderte i vår studie artikler som oppnådde grad 1 eller grad 2, og ekskluderte artikler av lavere grad (Vedlegg 3).

Når vi benyttet publiseringskanalen til Database for statistikk om høyere utdanning (2012) fant vi ut om de aktuelle tidsskriftene, som våre inkluderte artikler var presentert i, var fagfellevurdert og hvilket nivå de hadde. Nivå 1 viste til ordinære vitenskapelige publiseringskanaler og nivå 2 viste til publiseringskanaler med høyest internasjonal prestisje (Database for statistikk om høyere utdanning 2012). Vi søkte i publiseringskanalen ved å legge inn ISSN nummer eller tittel på tidsskriftet. Vi fikk da opp en oversikt over det aktuelle tidsskriftet som viste hvilket nivå det oppfylte ved ulike årstall. Tidsskriftene våre inkluderte artikler var presentert i, var fagfellevurdert og alle var på nivå 1 eller 2 (Vedlegg 3).

### ***3.4. Etisk vurdering***

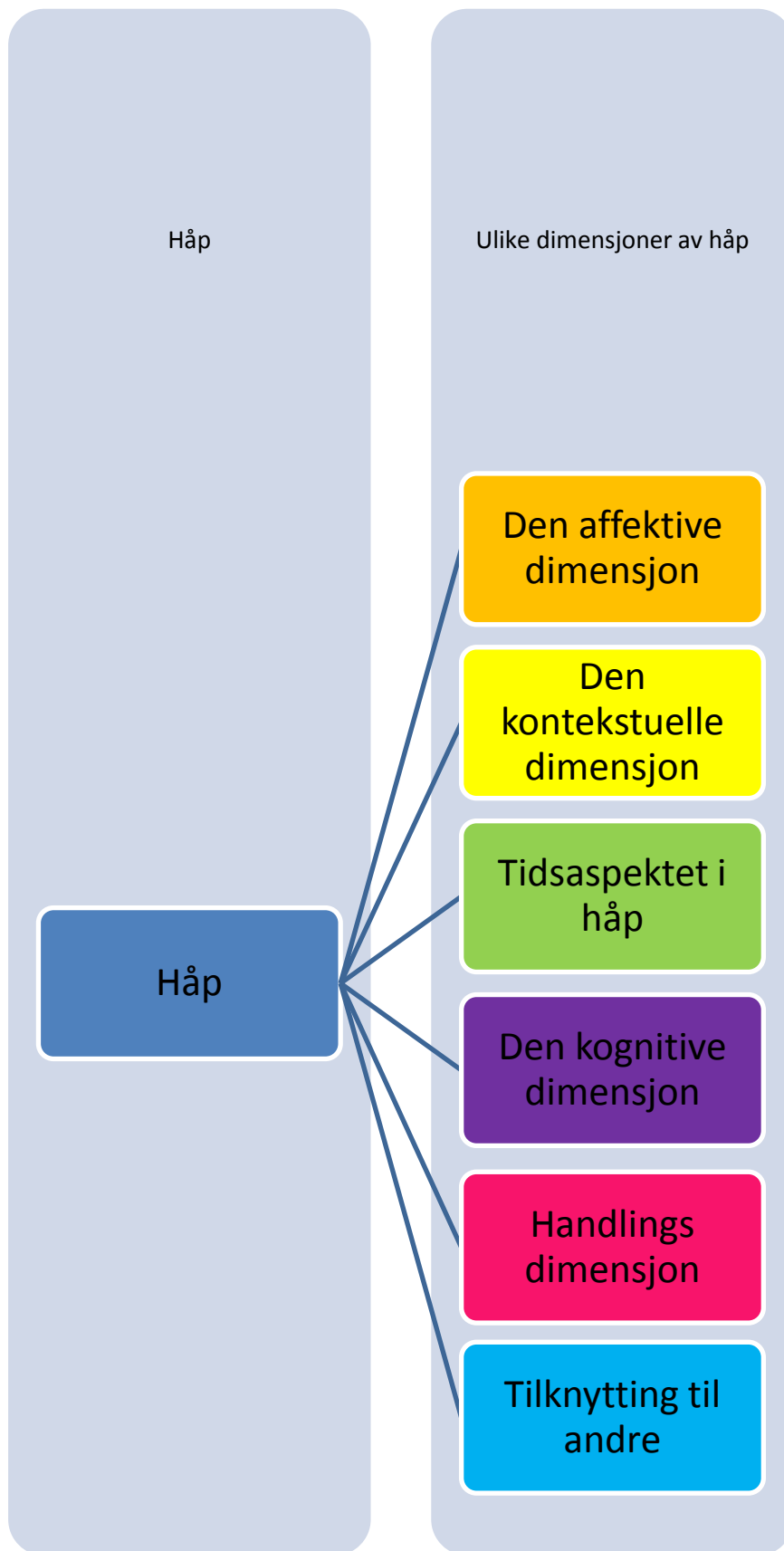
Alle inkluderte forskningsartikler var godkjent av etisk komité (Vedlegg 3). I Amerika var det et annet system i forhold til etisk komité en i de fleste andre land. Der var det en egen gruppe på de enkelte universitet som foretok den etiske vurderingen av studiene. I alle artiklene var det vist til at deltakerne var informert og spurt på forhånd, og alle hadde godkjent deltakelsen i prosjektet.

### ***3.5. Dataanalyse***

For å analysere datamaterialet tok vi utgangspunkt i Dufalt og Martocchio (1985) sine 6 dimensjoner av håp. De ulike dimensjonene ga vi ulike fargekoder, dette gjorde det enklere å systematisere funnene våre.

Vi byttet på å lese gjennom artiklene og merket forskjellige funn med ulike farger ut i fra dimensjonene til Dufalt og Martocchio (1985). Til slutt gikk vi gjennom artiklene sammen for å skape en felles forståelse av datamaterialet, og sammenlignet funnene vi hadde opp mot hverandre. Deretter leste vi artiklene på tvers av fargekodene og kategoriserte funnene inn i de ulike dimensjonene med tilhørende farge. Vi utarbeidet en analysemodell for å synliggjøre prosessen (Figur 1).

Analysemodell.

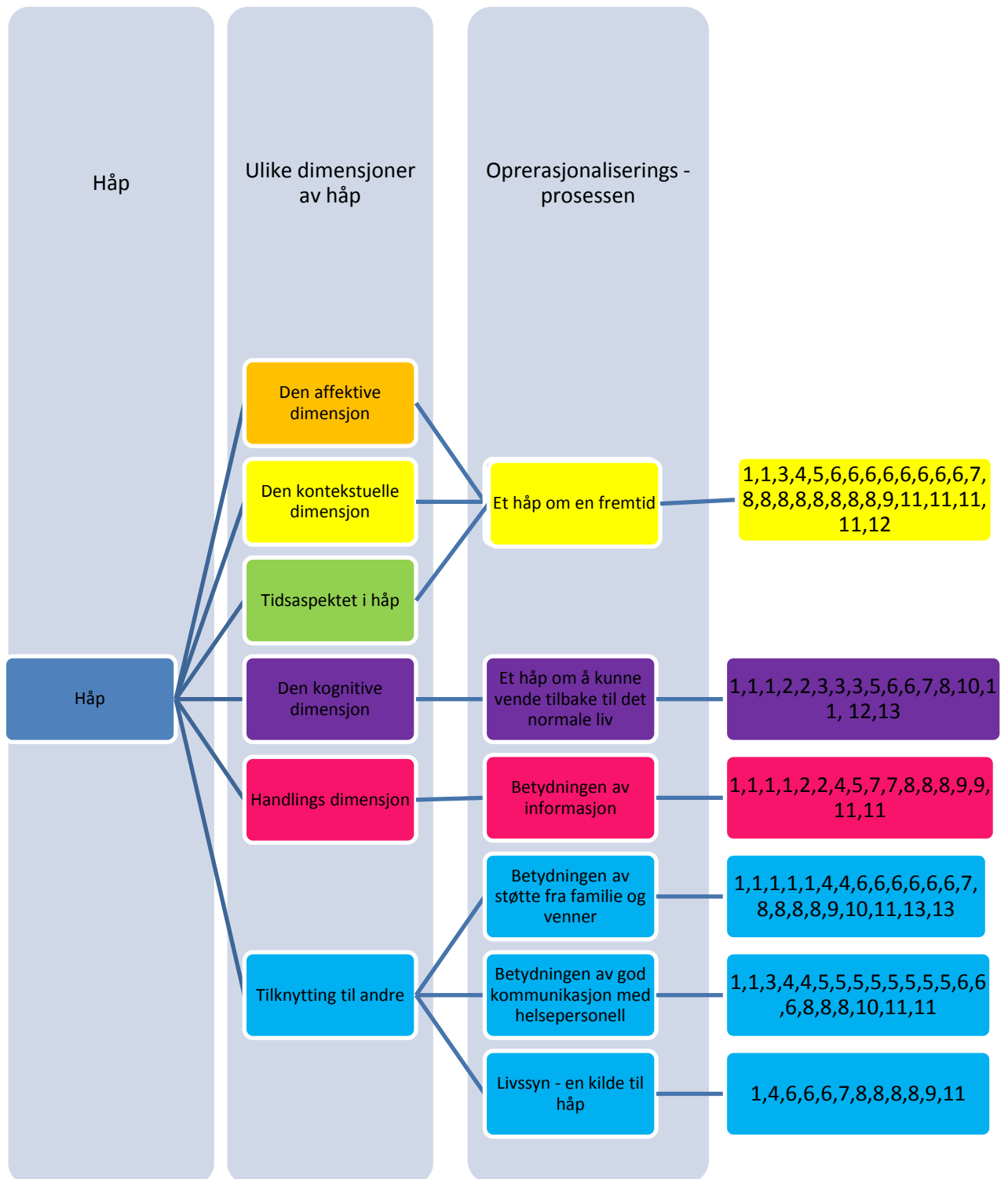


Figur 1: Modell for systematisering av funn.

#### **4.0. Resultat**

Ved arbeidet med å systematisere funnene våre så vi behov for å operasjonalisere funnene i tre av de opprinnelige dimensjonene til en ny dimensjon som vi kalte ”Et håp om en fremtid”. I dimensjonen ”tilknytning til andre” så vi at det var behov for underkategorier, fordi det var mange funn og klare skiller. De inkluderte artiklene nummererte vi fra 1 til 13 (Vedlegg 3). For å synliggjøre mengden av funn i hver artikkel førte vi opp hvert enkelt funn artiklene gav i forhold til de ulike dimensjonene vi hadde kategorisert analyseprosessen under (Figur 2).

## Operasjonaliseringsprosessen.



Figur 2: Analyseprosessen, operasjonaliseringen og oversikt over funn i de enkelte artiklene.

#### **4.1. Et håp om en fremtid**

I vår litteraturstudie så vi at mange av kvinnene opplevde at følelsen av håp ble forsterket ved at de fokuserte på hverdagen fremfor sykdommen. Kvinnene hadde et realistisk, men optimistisk syn på fremtiden (Reb 2007, Reynolds 2008, Hammer, Mogensen og Hall 2009, Koldjeski et al. 2007).

I don't take anything for granted. I try to stop and enjoy, take things at a slower pace, and really enjoy and not just rush through everything. Enjoy watching the girls grow up, not just going through the motions every day but actually being there (Reb 2007 s 75).

For kvinnene sin opplevelse av håp var det positivt å kunne tenke på å kunne få det bedre noen måneder, få snudd følelsen av håpløshet til håp og å kunne planlegge fremtiden (Reynolds 2008, Hammer, Mogensen og Hall 2009). En kvinne i studien til Hammer, Mogensen og Hall (2009) uttalte at dersom håpet forsvinner har du ingen ting igjen. I flere av studiene kom det frem at det å bevare opplevelsen av håp, hjalp kvinnene med å mestre fremtiden (Cesario et al. 2010, Reynolds 2008, Hammer, Mogensen og Hall 2009, Bowes, Tamlyn og Butler 2002, Howell, Fitch og Deane 2003).

Well, as long as you area live you should have hope. I don't plan for the future, but I hope for the future (Bowes, Tamlyn og Butler 2002 s 140).

Gjennom flere av studiene kom det frem at alder, utdanning, og familiesituasjon påvirket kvinnene sin opplevelse av håp (Reynolds 2008, Somjai og Chaipoom 2006). Studiene til Shinn et al. (2009) og Stajduhar et al. (2010) viste at depresjon og negativt fokus var en faktor som kunne være med på å svekke opplevelsen av håp. Noen av kvinnene i studien til Reynolds (2008) følte at håpet var medfødt, de beskrev følelsen av håp som tilstedeværende uten at de kunne forklare hvorfor. Fysisk plager, som smerte og kvalme, påvirket opplevelsen av håp i negativ retning. På symptomfrie dager opplevde de at håpet ble forsterket (Reynolds 2008). I studien til Bowes, Tamlyn og Butler (2002) kom det frem at kvinnene prøvde å finne en mening med livet, selv etter at de hadde fått dødsbudskapet.



I don't feel this rush that I have to do this. I feel like I am enjoying things more. I always felt grateful to be alive, but I think after going through this experience you are more aware of what goes around and what you are hoping for and praying for in the bed (Bowes, Tamlyn og Butler 2002 s139).

#### ***4.2. Et håp om å kunne vende tilbake til det normale liv***

Funn i vår litteraturstudie viste at flere kvinner med cancer ovarie opplevde følelsen av håp, og at opplevelsen av håp ble knyttet til å kunne bli kurert og å kunne vende tilbake til det normale liv (Reb 2007, Cesario et al. 2010, Hammer, Mogensen og Hall 2009, Ahlberg og Nordner 2006). Vi så at kvinnene hadde et håp om at de skulle kunne bli kurert av sykdommen, og at dette fungerte som en motiverende faktor (Cesario et al. 2010, Reynolds 2008, Howell, Fitch og Deane 2003). I studien til Hammer, Mogensen og Hall (2009) uttalte en kvinne at håp var relatert til å bli kurert, og å bli kvitt sykdommen. En annen kvinne i samme studie sa at for henne var håp knyttet til det å kunne fungere i det daglige livet.

“I don't worry 95 % of the time... but I hope they find a cure in my lifetime” (Cesario et al. 2010 s 613).

I studiene til Hammer, Mogensen og Hall (2009) og Howell, Fitch og Deane (2003) kom det frem at noen av kvinnene hadde et håp om å kunne få barn i fremtiden. Dette blir synliggjort av en kvinne som uttalte at:

I feel hopeless when I think that I can't get more children...I feel hope again when I pray for the operation to go well. I might be able to get children after all (Hammer, Mogensen og Hall 2009 s 277).

Kvinner med residiv cancer ovarie følte at fremtiden var usikker, men at de likevel håpte på å kunne forsinke progresjonen av sykdomsutviklingen (Cesario et al. 2010, Reynolds 2008). I flere av studiene beskrev kvinnene følelsen av håp som skiftende over tid, og at de trengte hjelp for å understøtte håpet (Reb 2007, Ekwall, Tendsted og Sorbe 2007, Stajduhar et al. 2010, Bowes, Tamlyn og Butler 2002, Hjulstad og Rannestad 2011).

I'm secure and hopeful and insecure and not hopeful, all at the same time. It goes up and down...then I think more that it's the healthy part of me that makes it go up and down, but even so, it's the hope, that it's at least a little bigger than hopelessness (Ekwall, Tendsted og Sorbe 2007 s 273).

### **4.3. Betydningen av informasjon**

Gjennom vår studie så vi at kvinner med cancer ovarie hadde informasjonsbehov i forhold til sykdommen, men at de opplevde informasjonen både på en positiv og en negativ måte (Reb 2007, Ekwall, Tendsted og Sorbe 2007, Stajduhar et al. 2010, Somjai og Chaipoom 2006, Koldjeski et al. 2007, Bowes, Tamlyn og Butler 2002). I studien til Somjai og Chaipoom (2006) kom det frem at kvinnene, uavhengig av personlig tro, hadde behov for mer informasjon enn det de opplevde å få. Gjennom studien til Koldjeski et al. (2007) så vi at familien som helhet hadde et stabilt høyt behov for informasjon fra diagnostisering, og frem til studien ble avsluttet et år etter diagnostisering. Kvinnene søkte informasjon hos helsepersonell, på internett og i tilgjengelig litteratur (Reb 2007, Stajduhar et al. 2010). I følge studien til Reb (2007) kom det frem at noen kvinner unngikk informasjon som de oppfattet som destruktiv.

I had sorta mixed emotions about that. If I came upon something that really said something about it, I wanted to read it. But I wasn't really looking for it. In the beginning, I was looking for information on it and like I said I was afraid if I started reading about different things, it sort of scared me (Reb 2007 s 73).

Ved å ta ansvar for egen helse håpte kvinnene på at de kunne bidra til å forsinke utviklingen av sykdommen (Ekwall, Tendsted og Sorbe 2007, Hammer, Mogensen og Hall 2009). En kvinne i studien til Hammer, Mogensen og Hall (2009) sa at hun følte håp når hun spiste sunt og var fysisk aktiv. Flere av studiene viste at for kvinnene ble opplevelsen av håp forsterket av et godt psykisk velbefinnende, og det virket positivt inn på daglige aktiviteter (Shinn et al. 2009, Hammer, Mogensen og Hall 2009, Bowes, Tamlyn og Butler 2002).

#### **4.4. Tilknytning til andre**

Gjennom vår litteraturstudie så vi at hovedfunnene kunne kategoriseres under dimensjonen ”Tilknytning til andre”, ut i fra den teoretiske inndelingen av ulike dimensjoner av håp som vi har benyttet i vår studie. Vi delte derfor denne dimensjonen inn i tre underkapittel ut i fra funnene i artiklene.

##### **4.4.1. Betydningen av støttet fra familie og venner**

Støtte og forståelse fra familie og venner hadde betydning for hvordan kvinnene bevarte opplevelsen av håp i sykdomstiden (Reb 2007, Cesario et al. 2010, Shinn et al. 2009, Reynolds 2008, Somjai og Chaipoom 2006, Hammer, Mogensen og Hall 2009, Koldjeski et al. 2007). Dette ble uttrykt av en kvinne som sa:

“Giving love and being loved give me hope” (Hammer, Mogensen og Hall 2009 s 277).

Studien til Shinn et al. (2009) viste at mangel på sosial støtte ble assosiert med en tendens til å oppleve håpløshet i kampen mot sykdommen.

I studien til Hammer, Mogensen og Hall (2009) kom det frem at etter diagnostiseringen ble kjærligheten som kvinnene følte for sine nærmeste forsterket. Dette gjaldt også følelsen av å være unnværlig for familien. De opplevde at når håpet ble forsterket var det med på å mobilisere krefter (Hammer, Mogensen og Hall 2009). Kvinnene søkte seg til personer som var positive og støttende, og unngikk personer som fokuserte på det negative (Reb 2007, Reynolds 2008).

“There was a couple of people who called me and told me some negative things that made me sorta not feel so good...I know I won't be talking to them for a while” (Reb 2007 s 74).

Mangel på forståelse og medfølelse fra familien påvirket kvinnenes håp i en negativ retning (Shinn et al. 2009, Reynolds 2008). Mange av kvinnene opplevde at håpet ble forsterket i møte med andre i samme situasjon, spesielt de som hadde opplevde positive utfall av sykdommen (Reb 2007, Reynolds 2008, Ahlberg og Nordner 2006). Gjennom

funn i vår studie ser vi at støttegrupper for kvinner med cancer ovarie kan være et slikt forum (Reynolds 2008, Hjulstad og Rannestad 2011, Ahlberg og Nordner 2006).

So we were talking and she (a neighbor with ovarian cancer) just got her five-year mark. You talk about happy now, I was happy then I was really, really happy... My feet weren't on the ground (Reb 2007 s 75).

#### **4.4.2 Betydningen av god kommunikasjon med helsepersonell**

Et av hovedfunnene i studien vår viste at helsepersonell sin evne til å kommunisere med pasienten, og se pasienten som et eget individ, påvirket pasientenes opplevelse av håp (Reb 2007, Broxson et al. 2010, Stajduhar et al. 2010, Reynolds 2008, Hammer, Mogensen og Hall 2009, Hjulstad og Rannestad 2011, Bowes, Tamlyn og Butler 2002). Flere av studiene viste at det var viktig for pasientene å bli møtt av leger og sykepleiere med positivitet, ærlighet og optimisme. Det første møtet mellom pasient og helsepersonell var viktig for å skape en god relasjon videre (Reb 2007, Stajduhar et al. 2010, Reynolds 2008, Hammer, Mogensen og Hall 2009). Pasientene uttrykte opplevelsen av håp i møte med helsepersonell på forskjellige måter:

“I feel hope when the doctor and nurse create a positive atmosphere between us” (Hammer, Mogensen og Hall 2009 s 277).

I think when I met Dr. M, to me that was probably when my hope changes when he said, “No, this doesn't have to be a death sentence. We treat this as more like a chronic illness and we follow it that way.” That gave me a lot of hope when he just said that to me (Reb 2007 s 72).

I studien til Stajduhar et al. (2010) kom det frem at tidsbruken i seg selv ikke hadde innvirkning på pasientens opplevelse av håp, men at det var hvordan helsepersonellet brukte tiden som var vesentlig. Kvinnene uttalte at det var viktig at helsepersonellet viste både verbalt og nonverbalt at de var der for pasienten, likeledes at de viste evne til å lytte til pasientens spørsmål og bekymringer (Stajduhar et al. 2010). Noen av kvinnene i studien til Reb (2007) og Hammer, Mogensen og Hall (2009) uttalte at de opplevde håp når de fikk informasjon om behandlingen, og når de følte at alt var under kontroll.

Blant kvinnene i studien til Stajduhar et al. (2010) så vi at de som opplevde negativ kommunikasjon følte seg mindre håpefull, og opplevde mer angst. Eksempler på hva som påvirket pasientenes opplevelse av håp negativt kunne være lite øyekontakt, at pasienten ikke ble sett på som et eget individ, stress hos helsepersonellet og unnvikende svar (Stajduhar et al. 2010).

#### **4.4.3 Livssyn – en kilde til håp.**

Flere av kvinnene støttet seg til deres personlige tro som en kilde til håp, uavhengig av trosretning (Reb 2007, Shinn et al. 2009, Reynolds 2008, Somjai og Chaipoom 2006, Hammer, Mogensen og Hall 2009, Koldjeski et al. 2007, Bowes, Tamlyn og Butler 2002). I studiene til Reb (2007) og Hammer, Mogensen og Hall (2009) så vi at flere av kvinnene ba til Gud om å få styrke for å takle sykdommen de hadde fått, og for å kunne være sterk når de skulle informere familien sin om sykdommen.

En kvinne i studien til Reynolds (2008), sier at for henne er selve håpet å tro på Gud.

Kvinnene i studien til Hammer, Mogensen og Hall (2009), opplevde håp ved å tenke på at det som skjer er Guds vilje, og at deres skjebne lå i Guds hender.

”I feel hope when I pray to God that my operation will go well”  
(Hammer, Mogensen og Hall 2009 s 277).

## **5.0. Diskusjon**

### **5.1. Metodediskusjon**

#### **5.1.1. Datainnsamling**

Vi hadde allerede våren 2011 bestemt oss for hensikt og problemstilling. Vi startet høsten 2011 arbeidet med prosjektskissen. Der skulle hensikt, problemstilling og bakgrunnen for valg av tema være med, og den skulle inkludere tre forskningsartikler. Ved den anledning utarbeidet vi PICO-skjema og gjorde de første søkene i databasene. Ut fra de treffene vi fikk gjennom prøvesøkene våre, virket det ikke som det skulle bli vanskelig å finne forskning som gav svar på vår problemstilling. Når vi senere skulle finne flere forskningsartikler viste det seg at dette ikke var tilfellet. Så i oktober 2011 måtte vi forandre noe på hensikten vår. I den opprinnelige hensikten hadde vi satt som inklusjonskriteriet at pasientene måtte være i den palliative fase, dette valgte vi da å fjerne. Likevel viste det seg at mye av den forskningen vi fant var eldre en ti år. I bakgrunnsteorien vi benyttet var det også henvist til forskning som var eldre enn ti år.

I noen av artiklene vi benyttet så vi at ordet Advanced cancer var omtalt, og at pasienter med cancer ovarie kom under denne kategorien. Derfor foretok vi noen søk der vi benyttet advanced cancer som søkeord.

På grunn av at vi hadde relativt få treff i de forskjellige databasene vi søkte i bestilte vi ny time hos bibliotekar. Bibliotekaren anbefalte oss å søke på artikler som var eldre en 5 år. Dette mente hun ikke hadde noe betydning for resultatet vårt, fordi problemstillingen vår fokuserte på subjektive følelser. Resultatet ville dermed ikke endres over tid, men ville være avhengig av følelsene til de som deltok i studiene. Med begrunnelse i dette inkluderte vi to artikler som var eldre enn 5 år. Dette gjorde vi fordi vi fant dem relevant, og at følelsen håp er subjektivt og ikke i endring. Den bakgrunns litteraturen vi valgte å bruke henviste også til forskning som var eldre en 5 år. Vi inkluderte også en artikkel fra Thailand, dette gjorde vi fordi vi i dag lever i et multikulturelt samfunn. Av den grunn mente vi det var relevant for vår problemstilling å se nærmere på denne gruppen kvinner.

Sammen med bibliotekar ble vi enig om at kun PO i PICO skjemaet var relevant for vår hensikt. Vi utarbeidet et nytt PO-skjema, som ga oss en del hensiktsmessige treff. Ved å benytte kun PO i PICO skjemaet fikk vi systematisert søkeordene våre på en

hensiktsmessig måte. Når vi benyttet PO skjema under søkene, fikk de mer struktur. Dette mener vi var med på å styrke oppgaven vår. Vi hentet 12 av de inkluderte artiklene fra databasene Ovid - Medline, Ovid - PsycInfo og i Proquest.

I desember 2011 foretok vi et søk ved den gamle plattformen i Proquest, hvor vi fant noen artikler vi ville se nærmere på. Vi bestemte oss for å gjøre et nytt søk i januar 2012. Da vi gjorde dette fikk vi ikke det samme treffet som før jul. Det kan ha en sammenheng med at den gamle plattformen hadde blitt erstattet med en ny plattform. Ut i fra prøvesøket vi hadde utført i desember 2011 så vi hvilke artikler som kunne være relevante for vår hensikt. Disse søkte vi opp i fritekst. Dette gjorde vi ved å skrive inn tittelen på de to aktuelle artiklene i søkefeltet i den nye plattformen til ProQuest. Vi kan i ettertid si at dette var en ulempe for oss. Vi brukte mye tid på å prøve å finne igjen de artiklene vi hadde funnet i den gamle plattformen.

### **5.1.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Hensikten vår var klart formulert med hensyn til kjønn og sykdom, den fungerte dermed som eksklusjonskriterie. Vi mener at de klare inklusjonskriteriene våre var med på å hjelpe oss i arbeidet med å finne relevante studier for å besvare vår problemstilling. Dette opplever vi som en styrke for vår studie.

### **5.1.3. Kvalitetsvurdering**

Vi brukte sjekklister fra Nasjonalt Kunnskapssenter (2008) for å kvalitetsvurdere de inkluderte studiene. Graderingen av studiene gjorde vi ut fra svarene vi fikk på spørsmålene i sjekklistene. I noen av de inkluderte artiklene hadde vi problem med å finne tydelige svar på spørsmålene i sjekklistene vi benyttet. Dette kan være en svakhet fordi vi kan ha gitt et feilaktig svar, og det kan ha påvirket resultatet av kvalitetsvurderingen. Alle våre inkluderte artikler var på grad 1 og grad 2

Vi hadde noen artikler som benyttet både kvalitativ og kvantitativ forskning som metode i studien. I disse artiklene benyttet vi de sjekklistene hvor vi mente hovedtyngden av dataene vi benyttet lå. Dette kan selvfølgelig ha vært en svakhet i vår studie, på grunn av at de kanskje kan ha gitt en noe feilaktig kvalitetsgrad av disse artiklene.

De inkluderte artiklene var presentert i tidsskrifter som var fagfellevurdert og på nivå 1 eller 2. Nivå 1 viste til ordinære vitenskapelige publiseringskanaler og nivå 2 viste til

publiseringskanaler med høyest internasjonal prestisje (Database for statistikk om høyere utdanning).

Artiklene var godkjent av etisk komite, men dette var hos noen vanskelig å finne svar på. I USA var et noe annet system i forhold til etisk komité enn i andre land. Der var det ved de enkelte universitet, eller sykehus egne etiske kontrollgrupper som foretok den etiske vurderingen av prosjektene. I alle artiklene var det vist til at deltakerne var informert og spurt på forhånd, og at de alle hadde godkjent deltakelsen i prosjektet. Vi tok egne etiske vurderinger i arbeidet med funnene i de inkluderte artiklene. Det gjorde vi fordi vi så at hensikten og problemstillingen vår berørte en sårbar pasientgruppe. Dette er vår mening en styrke i vårt arbeid, fordi vi har reflektert rundt funnene i studien vår.

#### **5.1.4 Dataanalyse**

Selve dataanalysene var lang og krevende, vi leste 117 abstrakt og 46 artikler i full tekst. Artiklene prøvde vi å analysere underveis, noe som gjorde at vi brukte mye tid på denne prosessen. Vi leste dem først hver for oss, og diskuterte i etterkant om funnene var relevante for vår oppgave. Mange ble ekskludert på grunn av at de var lite relevant for vår hensikt og problemstilling eller fordi de var eldre enn 5 år. For de artiklene vi fant relevant utarbeidet vi et skjema som inneholdt oversikt over forfattere, årstall, land, tidsskrift, tittel, hensikt, metode, utvalg, hovedfunn og kvalitet.

Vi tok utgangspunkt i Dufalt og Martocchio (1985) sine 6 dimensjoner av håp og systematiserte funnene våre etter hvilke dimensjon av håp de kom under. De ulike dimensjonene ga vi ulike fargekoder, dette gjorde det enklere å systematisere funnene våre. Vi mener dette var med på å styrke studien vår. Vi kunne selvsagt kategorisert håp ut fra andre dimensjoner, og kunne da fått andre resultater eller hovedfunn. Ved å nummerere artiklene fra 1 til 13 kom det klart frem hvilke studier resultatene var hentet fra. Det gav oss en god oversikt over mengden funn i den enkelte artikkel, og det bidrog til synliggjøring av antall funn i hver studie. Dette var en styrke for i vår litteratur studie.



## **5.2. Resultatdiskusjon**

### **5.2.1 Et håp om en fremtid**

Håp er fremtidsorientert, men knyttes samtidig til tidligere erfaringer og den livssituasjon man befinner seg i (Lohne 2010). I vår studie har vi sett at det å bevare opplevelsen av håp hjalp kvinnene til å mestre fremtiden (Broxson et al. 2010, Reynolds 2008, Hammer, Mogensen og Hall 2009, Bowes, Tamlyn og Butler 2002, Howell, Fitch og Deane 2003). Travelbee (1999) sier også at håp er fremtidsorientert, og hun sier at den som håper ønsker at livssituasjonen skal endre seg. Gjennom egne erfaringer fra praksis, yrkesliv og privatliv har vi erfart at opplevelsen av håp er til stede hos pasienter gjennom hele sykdomsforløpet. De kvinner med cancer ovarie som vi har møtt har gitt uttrykk for at de opplevde håp. Håpet har vært knyttet til ulike mål og ønsker for fremtiden, og vi har sett at håp hjelper kvinner til å mestre hverdagen. Utne og Rustøen (2010) indikerer at pasienter med kreft bruker håp som en mestringsstrategi for å løse den vanskelige livssituasjonen de befinner seg i.

Travelbee (1999) definerer håp som en mental tilstand. Hun karakteriserer håpet som et ønske om å nå frem til, eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det er oppnåelig. Håpet kan virke både positivt og negativt, fordi det bak et vært håp kan ligge en mulig skuffelse. Dersom pasienten har tro på at situasjonen er mulig å endre vil det være med på å stimulere håpet (Lohne 2010). Dette ser vi også i vår egen studie der vi finner at kvinners opplevelse av håp blir påvirket i positiv retning når de fokuserer på det de oppfatter som positivt i livet (Reynolds 2008, Somjai og Chaipoom 2006, Hammer, Mogensen og Hall 2009). Lohne (2010) sier også at håpet kan virke som en motivasjonsfaktor som bidrar til at pasientene ser sannsynligheten for å nå det målet de har satt seg. Dette er noe vi selv også erfarer i møte med denne gruppen pasienter. En kvinne som vi møtte gjennom praksis hadde et sterkt ønske om å få delta i sin datters bryllup. Vi så at dette ønsket virket som en motiverende faktor for kvinnen, og som fikk henne til å mobilisere ekstra krefter i kampen mot sykdommen. Vi mener det er viktig å hjelpe disse kvinnene med å nå de målene de har satt seg, fordi det å oppnå et mål eller et ønske kan virke som en motiverende faktor for håp.

På den andre siden har vi også opplevd at håpet kan bli svekket dersom kvinner opplever plagsomme symptomer av sykdommen og bivirkninger av behandlingen de mottar. I studiene til Shinn et al. (2009), Stajduhar et al. (2010) og Reynolds (2008) kommer det

frem at psykiske og fysiske plager som smerte og kvalme påvirker opplevelsen av håp i negativ retning. Håp er en viktig faktor for at mennesker skal kunne bære byrden av sykdom og lidelse. En måte å frata den syke håpet på er å være lite oppmerksom på hans velvære eller fysiske behov (Travelbee 1999). Utne og Rustøen (2010) sier at depresjon, fatigue, dårlig symptombehandling, smerte og kvalme er faktorer som er en trussel mot opplevelsen av håp. Vi mener det er viktig at helsepersonell har god kunnskap om symptomlindring, og klarer å symptomlindre denne pasientgruppen på en god måte slik at de klarer å opprettholde opplevelsen av håp. Gjennom vår utdanning opplever vi at det har vært lite fokus på symptomlindring generelt, og at det derfor bør bli satt et større fokus på dette området gjennom undervisningen.

### **5.2.2 Et håp om å kunne vende tilbake til det normale liv**

Kvinner med cancer ovarie som vi har møtt håpet på at det skulle finnes en kur, selv om de viste at dette ikke var realistisk. Håp har et kurativt aspekt ved sykdom og behandling, det er fordi det i all behandling og hjelp ligger et håp om bedring (Lohne 2010). I vår systematiske litteraturstudie ser vi at flere kvinner med cancer ovarie opplever følelsen av håp, og at opplevelsen av håp blir knyttet til å kunne bli kurert av sykdommen og å kunne vende tilbake til det normale liv. Dette fungerer som en motiverende faktor (Reb 2007, Broxson et al. 2010, Reynolds 2008, Hammer, Mogenssen og Hall 2009, Howell, Fitch og Deane 2003, Ahlberg og Nordner 2006). I følge Lohne (2010) blir kroppens healingsprosesser aktivert når en pasient opplever håp, derfor mener vi det er viktig at helsepersonell hjelper disse kvinnene med å bevare håpet. Travelbee (1999) påpeker også viktigheten av at helsepersonell understøtter håpet hos mennesker som lider, dette hjelper pasienter til å håndtere sykdommen.

I fem studier beskriver kvinner følelsen av håp som skiftende over tid, og betydningen av at helsepersonell medvirker til at de kan opprettholde opplevelsen av håp (Reb 2007, Ekwall, Tendsted og Sorbe 2007, Stajduhar et al. 2010, Hjulstad og Rannestad 2011, Bowes, Tamlyn og Butler 2002). Håp aktiverer styrke hos pasienter i møte med det ukjente (Lohne 2010). Travelbee (1999) sier at en som er uheldelig syk kan håpe på å bli frisk, selv om det i realiteten er urealistisk. I slike situasjoner mener hun at håpsprosessen er virkningsfull, selv om pasientens mål er urealistisk med mindre et mirakel skulle skje. Pasienter som opplever håp følger lettere opp behandling og har høyere toleranse overfor

smerter og ubehag, enn de som ikke håper (Lohne 2010). Kvinner vi har møtt opplever skuffelser når de målene de setter seg ikke kan gjennomføres. Slike skuffelser kan knyttes til ikke å kunne delta i hverdagslige og sosiale aktiviteter, men er også relatert til sykdomsutviklingen.

### **5.2.3 Betydningen av informasjon**

I funnene våre ser vi at kvinner med cancer ovarie har behov for informasjon om sin sykdom, men de kunne oppleve den både på en positiv og negativ måte (Reb 2007, Ekwall, Tendsted og Sorbe 2007, Stajduhar et al. 2010, Somjai og Chaipoom 2006, Koldjeski et al. 2007, Bowes, Tamlyn og Butler 2002). Når kvinner informeres om en eventuell cancer diagnose er det en lege som er ansvarlig for informasjonen som blir gitt, men en sykepleier er som regel tilstede. Det er viktig at det blir gitt informasjon om hva funnene sannsynligvis viser, tilgjengelige behandlingstilbud og eventuelle komplikasjoner (Ulvund 2008). Det er mulig for helsepersonell å gi negativ informasjon på en slik måte at en verner om pasientens håp, og at mangel på informasjon kan være en trussel mot opplevelsen av håp (Utne og Rustøen 2010). For å verne om pasientens håp er det viktig å vektlegge det positive i informasjonen, i stedet for det mulige negative. Det kan være at man ved informasjon om diagnosen, prognosen og framtidsutsikter har fokus på velvære og helse, fremfor smerter og sykdom (Lohne 2010).

I vår studie kommer det frem at mange av kvinner søker informasjon hos helsepersonell, via internett og i tilgjengelig litteratur (Reb 2007, Stajduhar et al. 2010). Målet med informasjon som helsepersonell gir knyttet til behandlingen skal være å forberede pasienten på behandlingen, bivirkningen av den, redusere angst og den skal virke som en motiverende faktor for pasienten (Varre 2010). Det bør legges til rette for flere samtaler og gjentatt informasjon, dette kan være med på å unngå misforståelser og feiltolkninger. En bør også gi kvinner skriftlig informasjon (Ulvund 2008). Schjølberg (2008) påpeker at en må unngå å overinformere pasienten fordi verdifull informasjon kan gå tapt. Gjennom praksis opplever vi at pasienter blir informert om alvorlige diagnoser, og i ettertid ikke husker all informasjonen de har mottatt. Det viser behovet for gjentatt informasjon.

Helsepersonell kan oppfordre kvinner til å søke informasjon, det kan være gjennom sosiale medier på internett eller ved å søke på nettsteder som omhandler sykdommen. I dag er det lettere å søke informasjon, og holde seg orientert i og med at den digitale hverdagen har

inntatt de fleste sykehus og privat hjem. Kunnskapen kvinner finner på nettet bidrar til at de og pårørende stiller kvalifiserte spørsmål knyttet til sykdommen og behandlingsforløpet. Ny kunnskap kan oppleves overveldende, uforståelig og skremmende. Derfor kan pasienten ha behov for hjelp til å bearbeide og sortere den kunnskapen og informasjonen hun finner (Reitan 2010). Vi opplever at kvinner søker informasjon, og da spesielt ved å bruke internett. Det er da viktig at vi som helsepersonell henviser til nettsteder og kilder som gir riktig og reell informasjon.

Funn i vår studie viser at det ikke bare er pasienter som har informasjonsbehov. Vi ser at familien som helhet har et høyt behov for informasjon gjennom hele sykdomsforløpet (Koldjeski et al. 2007). En cancer diagnose påvirker en hel familie, ikke bare kvinnen selv og en bør derfor involvere familien i hele sykdomsforløpet (Utne og Rustøen 2010). Den syke er en del av familien, og det som skjer med den ene i familien vil påvirke de andre. Familien kan derfor også trenge hjelp av helsepersonell (Travelbee 1999). I følge Varre (2010) vil felles informasjon til pasient og pårørende gjøre det mulig for dem å støtte og oppmuntre hverandre. Ulvund (2008) påpeker også at det er viktig at pårørende er tilstede når en kvinne informeres om diagnosen. Vi opplever det som positivt når nære pårørende er deltagende når kvinner informeres om diagnosen. De pårørende kan være bidragsyttere til informasjon som kvinner selv har gått glipp av, og de kan supplere henne med andre spørsmål til helsepersonell når hun selv ikke er i stand til det.

## **5.2.4 Tilknytting til andre**

### **5.2.4.1 Betydningen av støtte fra familie og venner**

I et av hovedfunnene i studien vår ser vi at støtte og forståelse fra familie og venner har betydning for hvordan kvinner bevarer opplevelsen av håp i sykdomstiden, og det kom frem at de søker seg til personer som er positive og støttende (Reb 2007, Broxson et al. 2010, Shinn et al. 2009, Reynolds 2008, Somjai og Chaipoom 2006, Hammer, Mogensen og Hall 2009, Koldjeski et al. 2007). Travelbee (1999) sier at opplevelsen av håp er sterkt relatert til avhengighet til andre. Videre sier hun at håp alltid er knyttet til forventninger om å få hjelp av andre når man er i en situasjon der man har behov for hjelp. Når man er syk og befinner seg i en avhengighetsposisjon til andre er det for den som håper akseptert å motta hjelp fra andre mennesker (Travelbee 1999). Utne og Rustøen (2010) sier at sosiale relasjoner er viktig for opplevelsen av håp. Familie, venner og sosiale aktiviteter er

faktorer som kan styrke håpet, men familiemedlemmer som ikke viser forståelse for situasjonen vil virke som en trussel mot håpet (Utne og Rustøen 2010).

Våre egne erfaringer samsvarer med funnene i studien vår. Vi ser at familie, venner og et godt sosialt nettverk er viktig for kvinner med cancer ovarie. Nære bånd til familie er hos de fleste en kilde til håp. Familien er et fristed der tanker og følelser kan få fritt spillerom. Derfor mener vi det er viktig å legge til rette for at kvinner skal få tilbringe mest mulig tid sammen med familien. Vi ser at dette er et fokusområde også i praksisfeltet.

Bakgrunnsteorien vi inkluderer legger lite vekt på betydningen familie, venner og sosialt nettverk har for den syke. Dette er for oss uforståelig da vi ut fra funnene i vår studie ser at dette er viktige relasjoner for kvinner, og at denne relasjonen er viktig for deres opplevelse av håp. I dag er det innenfor helsevesenet fokus på at personer med alvorlige diagnoser skal få anledning til å tilbringe mest mulig tid sammen med sine nærmeste. Ut i fra de nye retningslinjene i samhandlingsreformen skal alle kommuner ha en kreftsykepleier, og være tilknyttet et palliativt team. Dette gjøres for å styrke kompetansen i kommunene, og det vil legge til rette for at alvorlig syke pasienter kan få tilbringe mer tid hjemme og få kvalifisert hjelp der de er.

Mangel på sosial støtte, forståelse og medfølelse fra familien påvirker håpet i negativ retning. Dette kan føre til opplevelsen av håpløshet (Shinn et al. 2009, Reynolds 2008). Dersom det er lite forståelse og støtte i familien rundt kvinnen ser vi at dette virker negativt inn på flere områder, deriblant opplevelsen av håp. Flere kvinner opplever at håpet blir forsterket i møte med andre i samme situasjon, spesielt de som har opplevde positive utfall av sykdommen (Reb 2007, Reynolds 2008, Ahlberg og Nordner 2006). Vi ser i vår studie at støttegrupper for kvinner med cancer ovarie kan være et slikt forum (Reynolds 2008, Hjulstad og Rannestad 2001, Ahlberg og Nordner 2006). Utne og Rustøen (2010) sier at det å treffe andre pasienter i samme situasjon kan virke positivt inn på håpet, fordi pasienten opplevde tilhørighet til en gruppe.

#### **5.2.4.2 Betydningen av god kommunikasjon med helsepersonell**

For at pasienter skal opprettholde håpet må helsepersonell ha kunnskap om hva håp betyr for pasientene, og hvordan de kan styrke eller verne om pasientens håp. Som helsepersonell står man i en strategisk posisjon når det gjelder å fremme eller frata

pasienter håp (Lohne 2010). Et annet hovedfunn i vår studie viser at helsepersonell sin evne til å kommunisere med pasienten på, påvirker pasientenes opplevelse av håp (Reb 2007, Broxson et al. 2010, Stajduhar et al. 2010, Reynolds 2008, Hammer, Mogensen og Hall 2009, Hjulstad og Rannestad 2011, Bowes, Tamlyn og Butler 2002). Kommunikasjon er en prosess som gjør helsepersonell i stand til å etablere et menneske til menneske forhold til pasienten. Det er en dynamisk kraft som virker inn på den mellommenneskelige nærhet. Den kan brukes til å etablere gode relasjoner, til å gi hjelp eller i motsatt tilfelle støtte bort og såre andre (Travelbee 1999).

Funn i syv studier viser at helsepersonell sin evne til å se pasienter som et individ påvirker deres opplevelse av håp (Reb 2007, Broxson et al. 2010, Stajduhar et al. 2010, Reynolds 2008, Hammer, Mogensen og Hall 2009, Hjulstad og Rannestad 2011, Bowes, Tamlyn og Butler 2002). I møte med pasienten må en være forberedt, og en må være kjent med pasientens sykehistorie og tenke igjennom hvordan budskapet skal formidles (Schjølberg 2008). For å kunne yte best mulig omsorg for det enkelte individ, er det viktig å ha god kunnskap om den enkelte pasient. Hvert menneske er unikt, og reagerer på ulik måte. Ved å ha god innsikt i situasjonen til den enkelte pasient er helsepersonell med på å hjelpe vedkommende med å mestre sykdom og lidelse (Travelbee 1999). Vi mener at å være godt forberedt, og ha kunnskap om pasientens sykehistorie vil hjelpe helsepersonell til å se pasienten som individ, altså mennesket bak pasienten. Det må derfor legges til rette for at helsepersonell får tid til å forberede seg og sette seg inn i pasientens situasjon før det første møtet.

I følge Lohne (2010) er det viktig at helsepersonell understøtter pasientens håp, selv om pasientens håp er urealistisk. Dette kommer også frem i vår studie der vi ser hvor viktig det er for pasienter å bli møtt av helsepersonell med positivitet og optimisme (Reb 2007, Stajduhar et al. 2010, Reynolds 2008, Hammer, Mogensen og Hall 2009). En av oppgavene til helsepersonell er å understøtte og fremme pasientenes eget håp om noe å se frem til. Man skal ikke gi pasienten et urealistisk håp, men understøtte de håpene som er realistiske. Ved at helsepersonell formidler støtte og forståelse bidrar det til å styrke pasientens eget håp. Når en hjelper pasienten med å understøtte håpet gjør det pasienten bedre rustet til å mestre lidelsen og bære konsekvensene av sykdommen. (Travelbee 1999). Lohne (2010) mener det er viktig å understøtte pasientens håp fordi det kan føre til ensomhet og depresjon hos pasienten dersom han eller hun opplever at håpet blir avvist av

helsepersonell. Helsepersonell skal hjelpe mennesker som er syke med å opprettholde håp, og å unngå håpløshet. Dette gjøres ved at man som helsepersonell er tilgjengelig for den syke, og er villig til å lytte når pasienten snakker om sin angst og frykt (Travelbee 1999).

I studien vår ser vi at det første møtet mellom pasient og helsepersonell er viktig for å skape en god relasjon videre, og det er viktig for kvinner å bli møtt med ærlighet (Reb 2007, Stajduhar et al. 2010, Reynolds 2008, Hammer, Mogensen og Hall 2009). Ulvund (2008) sier at for å skape fortrolighet og tillit hos pasienten må kommunikasjonen være åpen og ærlig. Schjølberg (2008) påpeker viktigheten av at all informasjon pasientene mottar om sykdom, behandling og prognose skal være sann. Det er fordi usannheter vil bli avslørt, og det vil da oppstå et troverdighetsproblem. Dette kan føre til at pasienten mister tilliten til helsepersonell (Schjølberg 2008). Gjennom studien vår ser vi at tillit til helsepersonell er viktig for kvinners opplevelse av håp (Reb 2007, Stajduhar et al. 2010, Hammer, Mogensen og Hall 2009). Travelbee (1999) mener at håp er beslektet med tillit, og det er helsepersonellet sitt ansvar å opprette et tillitsforhold til pasienten. Videre sier hun at tillit fra pasientene er noe helsepersonell må gjøre seg fortjent til og at helsepersonell ikke kan gi håp til andre, men legge til rette for at den syke skal kunne oppleve håp.

Erfaringer fra praksis er noe motstridende i forhold til Joyce Travelbee sin filosofi. Vi har vært vitne til helsepersonell som har informert pasienter om en alvorlig diagnose på en måte som vi mener er uetisk overfor pasienten. Eksempel på dette er en lege som forteller om funn som tyder på en cancer ovarie diagnose. Han gav tydelige nonverbale uttrykk for at han hadde dårlig tid, unngikk øyekontakt med pasienten og virket ukomfortabel i situasjonen. Dette gjelder ikke bare leger, men også andre helsepersonell. Ut i fra bakgrunnsteorien vi benytter, funn i vår studie og Travelbee sin filosofi kan dette svekke tilliten pasienter har til helsepersonell, og dermed påvirke pasienters opplevelse av håp i negativ retning. Vi tror ikke det er avgjørende hvilken profesjon du har, men at det derimot er personavhengig. Vi mener det bør bli et enda større fokus på hvordan en skal kommunisere, formidle informasjon og ikke minst vise respekt for pasientene innenfor ulike profesjonsutdannelse innenfor helsesektoren.

En annen faktor som vi opplever kan by på problemer er misforståelser på grunn av ulike morsmål. Vi ser at det i helsevesenet i dag er mange ansatte med utenlandsk opprinnelse,

og vi ser at kommunikasjonsproblemer kan oppstå på bakgrunn av dette. Viktig informasjon kan gå tapt fordi helsepersonellet ikke oppfatter hele pasientens problem, dette kan i verste tilfelle føre til feildiagnostisering og feilbehandling. Pasienten på sin side kan ha problemer med å forstå informasjonen de får, det kan føre til usikkerhet hos pasienten. Teorien viser til at dette kan føre til håpløshet hos pasienten. Vi mener at det bør stilles strengere krav til norskkunnskaper hos de med utenlandsk opprinnelse som skal jobbe innenfor helse og omsorgssektoren.

#### **5.2.4.3 Livssyn – en kilde til håp**

Flere kvinner støtter seg til sin personlige tro som en kilde til håp, uavhengig av trosretning (Reb 2007, Shinn et al. 2009, Reynolds 2008, Somjai og Chaipoom 2006, Hammer, Mogensen og Hall 2009, Koldjeski et al. 2007, Bowes, Tamlyn og Butler 2002). I følge Lohne (2010) er religiøs tro eller livsfilosofi med på å styrke pasientenes håp. Tro og håp er uadskillelige, og alt håp er håp om frelse. Teologenes grunnpilarer er begrepene tro, håp og kjærlighet, der håpet bare eksisterer i fremtiden. Håp er dypt personlig, og er opprinnelsen til troen (Lohne 2010). Det å ha en tro er en styrke for mennesker som opplever sykdom og funksjonstap. Religionen fungerer som en fortolkningsramme, og kan gi livet mening i vanskelige situasjoner (Reitan 2010).

Som helsepersonell skal en imøtekomme pasientene sine åndelige behov. Dette kan gjøres ved å gi pasienten muligheten til å diskutere åndelige spørsmål, og til å utføre religiøse aktiviteter. Tiltaket kan bidra til å styrke håpet hos pasientene (Utne og Rustøen 2010). Noen kvinner med cancer ovarie som vi møter uttrykker at de har åndelige behov som de trenger å få tilfredsstilt. Dette gjør de ved hjelp av samtaler med prest, deltagelse i nattverd eller gjennom bønn. Ved alle norske sykehus er det ansatt prester som er tilgjengelig for pasienten. En utfordring i dagens multikulturelle samfunn er å imøtekomme behovene mennesker med ulike religiøse bakgrunn har.

Enkelte pasienter uttrykker at de føler det er en mening med at de er syke, og de mener at det er opp til Gud om de blir helbredet eller ikke. Funn i studien vår støtter også opp om dette. Noen kvinner i studiene til Reynolds (2008) og Hammer, Mogensen og Hall (2009) opplever håp ved å tenke på at deres skjebne er i Guds hender, og at selve håpet er å tro på Gud.



## 6.0. Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse betydningen av å bevare opplevelsen av håp hos kvinner med cancer ovarie.

Gjennom vår studie kom det frem at opplevelsen av håp hjalp kvinner med cancer ovarie med å mestre fremtiden. Derfor er det viktig for helsepersonell å vite hvordan en kan hjelpe dem til å bevare opplevelsen av håp. Hovedfunnet i vår studie viste at helsepersonell, familie og venner var viktige bidragsyttere i henhold til det å hjelpe kvinnene til å bevare opplevelsen av håp.

En del kvinner med cancer ovarie støttet seg til sin personlige tro, og brukte den som en kilde til håp.

Kvinner med cancer ovarie hadde et behov for informasjon om sin sykdom. Informasjonen opplevde de som både positiv og negativ. Helsepersonell, internett og tilgjengelig litteratur fungerte som kilder for informasjon.

Gjennom behandlingen av sykdommen opplevde kvinnene en del fysiske og psykiske plager. Dette var faktorer som påvirket deres opplevelse av håp i negativ retning. Gjennom å ha kunnskap om hva som er god symptomlindring, kan helsepersonell bidra til å redusere fysiske symptomer og plager. Dette vil bidra til å gjøre hverdagen til kvinnene bedre og dermed være med på å styrke deres opplevelse av håp.

Ut fra de funn vi har gjort i vår studie kan det tyde på at dette er et tema det har vært lite forsket på i de senere år. På bakgrunn av de treffene i de ulike databasene og bakgrunnsteorien vi har benyttet, ser vi at mye av forskningen og henvisningene til forskning i teorien er eldre en ti år. Kan en av grunnene til at det finnes lite forsket være at disse kvinnene befinner seg i en sårbar situasjon hvor de fleste ved diagnostiserings tidspunkt allerede har kommet til stadium 3 eller 4?

Vi mener at dette er noe det skulle vært mer forsket på, da det viser seg hvor viktig det er for kvinner med cancer ovarie å kunne bevare opplevelsen av håp, og hvordan det er med å hjelpe dem til å mestre sykdommen. En annen ting vi så i våre funn var viktigheten familien hadde for at kvinner med cancer ovarie, skulle opprettholde opplevelsen av håp under sykdommen. Dette var noe som det var lite fokus på i bakgrunns litteraturen vi har

inkludert i studien. Betydningen av familien for å bevare håpet er noe vi mener det bør bli satt et større fokus på i litteraturen.

## Litteraturliste:

- Ahlberg, Karin, Annelie Nordner. 2006. The Importance of Support Groups for Women With Ovarian Cancer. *Oncology Nursing Forum* 33(4): 53 – 61. Tilgjengelig fra: ProQuest.
- Blackburn, Paul, Robert Edwards og Jana Lee. 2011. Tema: Ovarian Cancer. [http://www.emedicinehealth.com/ovarian\\_cancer/article\\_em.htm](http://www.emedicinehealth.com/ovarian_cancer/article_em.htm) (lest 22.09.11)
- Bowes, Denise E, Deborah Tamlyn og Lorna J. Butler. 2002. WOMEN LIVING WITH AN EARLY DEATH. *Helth Care for Women International* 23: 135 – 148. Tilgjengelig fra: Ovid Medline.
- Cancer Research Uk 2011. Tema: Ovarian cancer – UK incidence statistics. <http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/types/ovary/incidence/> (lest 22.09.11)
- Cesario, Sandra K., Leslie S. Nelson, Anita Broxson, Anastasia L. Cesario. 2010. Sword of Democles Cutting Through the Life Stages of Women With Ovarian Cancer. *Oncology Nursing Forum* 37(5): 609 – 617. Tilgjengelig fra: Ovid Psych Info.
- Database for statistikk om høgre utdanning. 2012. Tema: Publiseringskanaler. <http://dbh.nsd.uib.no/kanaler/> (lest 20.03.12)
- Dufalt, Karin og Benita C. Martocchio. 1985. Hope: It`s spheres and dimensions. *Nursing Clinics of North America* 20: 379 – 391. Tilgjengelig fra: Ovid Medline.
- Ekwall, Ewa, Britt-Marie Ternstedt og Bengt Sorbe. 2007. Recurrence of Ovarian Cancer- Living in Limbo. *Cancer Nursing* 30(6): 270 – 277. Tilgjengelig fra: Ovid Medline
- Forsberg , Christina og Yvonne Wengstrøm. 2008. *At göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Hammer, Kristianna, Ole Mogensen og Elisabeth O.C Hall. 2009. Hope as experienced in women newly diagnosed with gynaecological cancer. *European Journal Of Oncology Nursing* 13: 274 – 279. Tilgjengelig fra: Ovid Medline.
- Hjulstad, Hilde og Toril Rannestad. 2011. Har pasienter med tilbakefall av underlivskreft nytte av psykososial støttegruppe? *Sykepleien Forskning* 6(4): 348 – 356. Tilgjengelig fra: Norart.
- Howell, Doris, Margaret I. Fitch og Karen A. Deane. 2003. Impact of Ovarian Cancer Percived by Women. *Cancer Nursing* 26(1): 1 – 9. Tilgjengelig fra: Ovid Medline
- Kreftregisteret. 2011. Tema: Kreftstatistikk for 2009. <http://www.kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/> (lest 22.09.11)
- Kristensen, Gunnar.2010. Kreft i kvinnelige kjønnsorganer. I *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling*, Anne Marie Reitan og Tore Schjølberg (red.). kap.37. Oslo: Akribe.
- Koldjeski, Dixie, Mary K. Kirkpatrick, Lou Everett, Sylvia Brown og Melvin Swanson. 2007. The Ovarian Cancer Journey of Families the First Postdiagnostic Year. *Cancer Nursing* 30(3): 232 – 242. Tilgjengelig fra: Ovid Medline.
- Lohne, Vibeke. 2010. Håp og håpløshet. I *Sykepleieboken 2: Sentrale begreper i klinisk sykepleie*, Unni Knutstad (red.). kap.5. Oslo: Akribe
- Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten. 2008. Tema: Sjekkliste for kvalitativ forskning. <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekkliste+for+vurdering+av+for+skningsartikler.2031.cms> (lest 20.03.12).
- Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten. 2008. Tema: Sjekkliste for prevalensstudier. <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekkliste+for+vurdering+av+for+skningsartikler.2031.cms> (Lest 20.03.12).
- Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten. 2008. Tema: Sjekkliste for RCT studier.

<http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekkliste+for+vurdering+av+for+skningsartikler.2031.cms> (Lest 20.03.12).

- Nome, Ole. 2010. Generell onkologi. I *Kreftsykepleie: pasient- utfordring-handling*, Anne Marie Reitan og Tore Schjølberg (red.), kap.24. Oslo: Akribe.
- Nortvedt, Monica, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholdt og Liv Merete Reitner. 2007. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- en arbeidsbok for sykepleiere. 67-139. Oslo: Norsk sykepleieforbund.
- Reb, Anne M. 2007. Transforming the Death Sentence: Elements of Hope in Women With Advanced Ovarian Cancer. *Oncology Nursing Forum* 34(6): 70 - 81. Tilgjengelig fra: Ovid Medline.
- Reitan, Anne Marie. 2010. Kommunikasjon. I *kreftsykepleie: pasient- utfordring-handling*, Anne Marie Reitan og Tore Schjølberg (red.). kap 6. Oslo: Akribe.
- Reynolds, Mary Anne Hales. 2008. Hope in adults, ages 20 -59, with advanced stage cancer. *Palliative and Supportive Care* 6: 259 – 264. Tilgjengelig fra: ProQuest.
- Schjølberg, Tore Kr. 2008. Sykepleie til pasienter med kreft. I *Sykepleieboken 3: klinisk sykepleie*, Unni Knutstad (red.). kap. 3. Oslo: Akribe.
- Shinn, Eileen Huh, Cindy L. Carmack Taylor, Kelly Kilgore, Alan Valentine, Diane C. Bodurka, John Kavanagh, Anil Sood, Yisheng Li og Karen Basen-Engquist. 2009. Association with worry about dying and hopelessness in ambulatory ovarian cancer patients. *Palliative and Supportive Care* 7: 299 – 306. Tilgjengelig fra: Ovid Medline.
- Somjai, Aueyporn og Arporn Chaipoom. 2006. Psychosocial need of women with cancer of the reproductive system: A Comparison between Buddhist and Muslim patients in Thailand. *Mental Health, Religion and Culture* 9(4): 379 – 388. Tilgjengelig fra: Psych Info.
- Stajduhar, Kelli I., Sally E. Thorne, Liza McGuinness og Charmaine Kim-Sing. 2010. Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. *Journal of Clinical Nursing* 19: 2039-2047. Tilgjengelig fra: Ovid Medline.
- Travelbee, Joyce. 1999. Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ulvund, Ingeborg. 2008. Sykepleie til pasienter med gynekologiske lidelser. I *Sykepleieboken 3 – Klinisk sykepleie*, Unni Knutstad (red.). Kap 15. Oslo: Akribe
- Utne, Inger og Tone Rustøen. 2010. Håp hos mennesker med kreft. I *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling*, Anne Marie Reitan og Tore Schjølberg (red.). kap. 4. Oslo: Akribe.
- Varre, Pernille. 2010. Sykepleiutfordringer ved kjemoterapi. I *Kreftsykepleie: pasient-utfordring-handling*, Anne Marie Reitan og Tore Schjølberg (red.). kap. 11. Oslo: Akribe
- Willmann, Ania, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2006. Evidensbasert omvårdnad. 2. utg. Lund: Studentlitteratur.

Vedlegg 1: PO skjema.

<b>P</b>	<b>O</b>
Eggstokkreft* Cancer ovari* Ovarial cancer Gynekologisk kreft	Håp
Cancer ovari* Ovari* cancer Ovarian Neoplasms Ovari* neoplasm* Advanced cancer Gynaecological cancer	Hope* Hopi*(ing)

Vedlegg 2: Søkehistorikk.

Søkeord	Søk nr	Dato	Databas e	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
<b>Ovarian Neoplasms/ or cancer ovari*.mp.</b>	1	20.03.12	Ovid Medline	55241			
<b>ovari* cancer.mp.</b>	2			26696			
<b>ovari* neoplasm*.mp.</b>	3			55165			
<b>advanced cancer.mp.</b>	4			6060			
<b>Genital Neoplasms, Female/ or gynaecological cancer.mp.</b>	5			11137			
<b>1 or 2 or 3 or 4 or 5</b>	6			74602			
<b>hope*.mp.</b>	7			45957			
<b>hopi*.mp.</b>	8			3508			
<b>7 or 8</b>	9			49382			
<b>6 and 9</b>	10			452			
<b>limit 10 to (danish or english or norwegian or swedish)</b>	11			389			
<b>limit 11 to yr="2006 - Current"</b>	12			139	92	31	7
<b>limit 11 to yr="2000 - Current"</b>	13			243	19	7	2

Vedlegg 2: Søkehistorikk.

Søkeord	Søk nr	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Ovarian Neoplasms/ or cancer ovari*.mp.	1	20.03.12	Psych info	3			
ovari* neoplasm*.mp.	2			2			
ovari* cancer*.mp.	3			360			
1 or 2 or 3	4			362			
limit 4 to yr="2006 - Current"	5			276			
limit 5 to (danish or english or norwegian or swedish)	6			268			
fear*.mp. or exp Fear/	7			25225			
hop*.mp.	8			27083			
7 or 8	9			51150			
6 and 9	10			20	6		2

Vedlegg 3: Oversiktstabell over inkluderte artikler.

Artikkel Nr Funnet i databas e	Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ Instrument	Deltakere/ frafall	Hovedfunn	<Kvalitet t fra sjekklister <Fagfelle vurdert til nivå <Etisk vurdering
1  Ovid Medline	Anne M Reb.  2007  USA  Oncology Nursing Forum	Transforming the death sentence: Elements of hope in women with ovarian cancer.	Hensikten med denne studien var å beskrive opplevelse av håp hos kvinner med fremskreden cancer ovarie.	Kvalitativ studie.  Det ble brukt Metoden som ble brukt var grounded theory.  Data ble samlet ved hjelp av et skjema for å samle personlig informasjon og individuelle dybde intervju som ble tatt opp på lydbånd og transkribert ordrett i ettertid.  Intervjuene fant sted på ulike steder.	20 kvinner i alderen 42 – 73, ingen frafall.	Å måtte møte dødsdommen dukket opp som den største bekymringen blant deltakerne. Hovedsaken ble å håndtere, og bearbeide at man hadde fått dødsdommen, og bekymringen dette fører med seg. De tre fasene i reaksjonsmønster var sjokk, ettervirkning og gjenoppbygging. Helsepersonell sin måte å kommunisere på og spiritualitet påvirket deltakernes evner til å bearbeide dødsdommen. Støtte ,og opplevd kontroll dukket opp som de viktigste dimensjonene av de sentrale verdiene til deltakerne.	< Grad 1 <Fagfelle vurdert nivå 1 < Vurdert av etisk komité.
2	Eva Ekwall  Britt-Marie Tendstedt	Recurrence of Ovarian Cancer Living	Hensikten med denne studien var å øke	Kvalitativ studie.  Det ble brukt en fenomenologisk	20 kvinner ble spurt om å delta i undersøkelsen. 12 kvinner i	Kvinnene følte den samme redselen for å dø, men alle hadde den samme følelsen av håp om at de kanskje	<Grad 1 <Fagfelle vurdert nivå 2



Ovid Medline	Bengt Sorbe  2007  Sverige  Cancer Nursing	in Limbo.	forståelsen av hvordan kvinner med residiv cancer ovarie opplever å leve med den viten, og hvilke konsekvenser dette får for det daglige livet.	metode.  Undersøkelsen fant sted ved et sykehus i Sverige.  Individuelle dybdeintervju som ble tatt opp på lydband og ble skrevet av ordrett.	alderen 50 til 74 år som hadde fått behandling for residiv cancer ovarie.  8 kvinner ønsket ikke å delta.  Ingen frafall.	likevel skulle kunne bli kurert.  De kjente på at de mistet kvinneligheten sin, etter som kreften skred fram.  Kvinnene følte seg ansvarlig for sin egen helse, og prøvde å leve sunt. Dette var noe de gjorde med tanke på bedring, eller i beste fall stagnering av sykdomsutviklingen.	<Vurdert av etisk komité.
3  Ovid Psych Info	Sandre K. Cesario  Leslie S. Nelson  Anita Broxson  Anastasia L. Cesario  2010	Sword of Damocles Cutting Through the Life Stages of Women With Ovarian Cancer.	Hensikten med denne studien var å identifisere de mest vanlige bekymringene til kvinner med cancer ovarie.	Spørreundersøkelsen var tilgjengelig på PsychData, nettsted, i 6 måneder. Undersøkelsen rekrutterte deltakere til undersøkelsen via ulike støttegrupper for kvinner med cancer ovarie.	360 engelsk språklige deltakere i alderen 19-82 år fra 12 land og 44 starter i USA deltok.	I samsvar med tidligere publiserte artikler, uttrykte deltakerne at frykt for tilbakefall og frykt for å dø som de største bekymringene. Dette gjaldt alle kvinner uavhengig av aldre, intensitet eller stadium i livet. Andre bekymringer som deltakerne gav uttrykk for varierte etter alder og stadium i livet, og disse funnene samsvarte med de tre stadiene i livet som er beskrevet i Eriksons teori om psykisk utvikling.	<Grad 1 <Fagfellevurdert nivå 1. <Vurdert av etisk komité.

	USA						
	Oncology Nursing Forum						
4	Eileen Huh Shinn, Cindy L. Carmack Taylor, Kelly Kilgore, Alan Valentine, Diane C. Bodurka, John Kavanagh, Anil Sood, Yisheng Li, Karen Basen - Engquist 2009	Associations with worry about dying and hopelessness in ambulatory ovarian cancer patients	Hensikten med studien var å undersøke demografiske, medisinske og psykososiale faktorer knyttet til pasientenes frykt for å dø og håpløshet.	Kvantitativ studie (Tverrsnitt studie)  Deltakerne i denne studien fikk utdelt spørreskjema når de kom til sykehuset i forbindelse med cellegift, og ble returnert via post til forfatterne.	471 kvinner ble spurt om å delta i studien og 338 kvinner ville delta (71.7 %). 306 av kvinnene svarte på undersøkelsen. De første 52 kvinnene fikk en pilot versjon av undersøkelsen, disse ble derfor ikke inkludert. De gjenværende 254 kvinnene sine svar ble inkludert i artikkelen.	Resultatene understreker viktigheten av demografiske og psykososiale variablene når en undersøker kvinner med cancer ovarie sine bekymringer til en eventuell dødsdom. En må åpent anerkjenne disse kvinnene sin frykt og bekymring, selv om det kliniske fokuset fortsatt er på behandling.	<Grad 1 <Fagfellevurdert Nivå 1. <Vurdert av etisk komité.
Ovid Medline							

	USA  Palliative and Supportive Care						
5  Ovid Medline	Kelli I Stajduhar, Sally E Thorne, Liza McGuinness, Charmaine Kim-Sing  2010  Canada  Journal of Clinical Nursing	Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer.	Hensikten med denne studien var å identifisere hva pasienter med fremskreden kreft opplever som hjelpsomt i kommunikasjon med helsepersonell.	Datamaterialet som er benyttet i denne studien er en sekundær analyse av kvalitative data fra et tidligere forskningsprosjekt.  Intervju som instrument.  Intervjuene foregikk ansikt til ansikt, over telefon og som fokusgruppeintervju.  Intervjuene ble utført over en 2 års periode.	I denne studien var data fra 18 individuelle intervju og 16 deltakere i fokusgruppeintervju benyttet.	Resultatene av undersøkelsen viste at det var 4 viktige faktorer å ta hensyn til når en som helsepersonell kommuniserer med personer med fremskreden kreft: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Anerkjenn frykt.</li> <li>➤ Vise omsorg</li> <li>➤ Balansere mellom håp og ærlighet ved informasjon om videre behandling og prognoser.</li> <li>➤ Bruke tid med pasienten der en ser pasienten som individ og vier hele oppmerksomheten til pasienten.</li> </ul>	<Grad 1 <Fagfellevurdert Nivå 2. <Vurdert av etisk komité.

6	Mary Anne Hales Reynolds 2008 USA Palliative and Supportive Care	Hope in adults, ages 20 – 59, with advanced stage cancer.	Hensikten med denne studien var å beskrive hvordan yngre og middelaldrende personer med fremskredne kreft definerer og beskriver håp.	Kvalitativ metode. Intervjuene fant sted 3 ganger i løpet av 3 måneder. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert i ettertid.	12 personer ble invitert til å delta på undersøkelsen. 10 av disse gjennomførte alle intervjuene.	Deltakerne i denne studien viste høy grad av håp, og resultatene i undersøkelsen viser at håp absolutt er til stede i hos denne pasientgruppen. Opplevelsen av håp hos deltakerne forandret seg ikke gjennom undersøkelsen. Det ble identifisert fire trekk som deltakerne assosierte med å oppleve en høy grad av håp: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Åndelig tro</li> <li>• Opprettholde positiv holdning</li> <li>• Bearbeidelse av symptomer på sykdommen.</li> <li>• Tilstedeværelse av støttende resurssterke personer.</li> </ul>	<Grad 2 <Fagfellevurdert Nivå 1. <Vurdert av etisk komité.
7	Aueyporn Somjai, Arporn Chaipoom 2006 Thailand Mental Health, Religion & culture.	Psychosocial need of women with cancer of the reproductive system. A comparison between Buddhist and Muslim patients in Thailand.	Hensikten med denne studien var å sammenligne forskjellen mellom psykososiale behov og tilfredstilte psykososiale behov hos Thai Buddister og	Kvantitativ metode. Det ble brukt spørreskjema som instrument. Kvinnene fikk utdelt spørreskjemaet 6 dager etter at de ble innlagt på sykehuset.	90 kvinner i alderen 16 – 75 år deltok i undersøkelsen, 45 Thai Buddister og 45 Thai Muslimer. Alle deltakerne gjennomførte studien.	Studien viste at Thai Buddister og Thai Muslimer hadde store behov for psykososiale støtte, opplevelse av håp og mer informasjon.	< Grad 2 <Fagfellevurdert nivå 1. < Uklart.

			Thai Muslimer.				
8	Kristianna Hammer, Ole Mogensen, Elisabeth O. C Hall 2009 Danmark European Journal of Oncology Nursing	Hope as experienced in women newly diagnosed with gynecological cancer.	Hensikten med denne studien var å undersøke betydningen av håp hos kvinner med en nylig diagnostisert gynekologisk kreft.	Kvalitativ og fenomenologisk metode.  Intervju som fant sted rett etter at pasientene hadde fått vite om sykdommen.  Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, og transkribert i ettertid.	27 kvinner ble invitert til å delta i undersøkelsen, 12 kvinner ville ikke delta. De 15 kvinnene som var igjen gjennomførte studien.	Resultatene i undersøkelsen viste at håp for disse kvinnene var knyttet til: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvilket stadie kreften var i ved diagnostisering,</li> <li>• om det var realistisk å kunne bli kurert,</li> <li>• Familie og sosialt nettverk.</li> <li>• Selve livet</li> <li>• Følelsen av håpløshet.</li> </ul>	<Grad 1 <Fagfellevurdert Nivå 1. < Vurdert av etisk komité.
9	Dixie Koldjeski, Mary K. Kirkpatrick, Lou Everett, Sylvia Brown, Melvin Swanson 2007 USA	The Ovarian Cancer Journey of Families the First Postdiagnostic year.	Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan familien påvirkes når et familiemedlem rammes av cancer ovarie.	Kvalitativ og kvantitativ metode.  Kvalitative data ble samlet ved hjelp av intervju med familiene.  Kvantitative data ble samlet ved bruk av spørreskjema som familien fylte ut sammen.	18 familier, der en kvinne i familien var rammet av cancer ovarie, deltok i studien. Gjennomsnittsalderen til kvinnene som var rammet var 57.5 år, og hos 73 % av kvinnene hadde kreften utviklet	Studien viser at når et familiemedlem får diagnosen cancer ovarie, er det starten på en reise for familien på ubestemt tid og med nye erfaringer. De familiene som hadde en trygg økonomisk bakgrunn og som opplevde mye støtte og medfølelse fra samfunnet, taklet endringene i rollene og forholdene i familien i dagliglivet, uten at familiene ble desorganiserte eller dysfunksjonelle. Disse familiene opplevde en stor grad av håp og optimisme.	< Grad 1 <Fagfellevurdert Nivå 2 < Vurdert av etisk komité.

	Cancer Nursing			Både kvalitative og kvantitative data ble samlet ved alle møtene. Prosjektet varte over 1 år, der det var til sammen 5 møter.	seg til stadiet 3 eller 4 før de fikk diagnosen. Til sammen 50 familiemedlemmer deltok i studien.		
10	Hilde Hjulstad, Torill Rannestad 2011 Norge Sykepleien Forskning	Har pasienter med tilbakefall av underlivskref t nytte av psykososiale støttegrupper?	Hensikten med denne studien var å avdekke om psykososiale støttegrupper bedrer livskvaliteten til kvinner med tilbakefall av underlivskref t.	Kvalitativ metode, RCT studie  Det ble brukt ulike metoder for å kaste lys over pasientenes opplevelse av situasjonen. Ved hjelp av 4 spørreskjema ble det samlet kvantitative data. Ved hjelp av pasientutsagn som var nedtegnet under møtene i støttegruppene ble brukt til å utdype pasientperspektivet.	46 kvinner mellom 40 – 70 år ble spurt om å delta i undersøkelsen. 19 av slo. Det var 27 deltakere til sammen som deltok i undersøkelsen. 17 i intervensjonsgruppen og 10 i kontrollgruppen.	Under gruppemøtene kom det frem noen forhold som kvinnene ønsket å formidle videre, disse ble delt inn i 3 kategorier: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Møte med helsevesenet: Kvinnene ga uttrykk for at det var viktig å bli sett, hørt og bli møtt med medmenneskelighet.</li> <li>• Eksistensielle forhold: Den enkeltes livssyn og verdier var viktige tema på gruppemøtene og ble ofte berørt.</li> <li>• Støttegruppen: Kvinnene som deltok opplevde at de fikk støtte fra de andre kvinnene som deltok i støttegruppen, og at dette hadde en positiv innvirkning på hverdagen.</li> </ul>	< Grad 2 <Fagfellevurdert Nivå 1. < Vurdert av etisk komité.

11	Denise E. Bowes, Deborah Tamlyn, Lorna J. Butler. 2002 Canada Health Care for Women International	Women Living with ovarian cancer: Dealing with an early death.	Hensikten med studien var å utforske erfaringene som kvinner med cancer ovarie har til livet med sykdommen.	Kvalitativ metode, grounded theory.  Deltakerne ble intervjuet individuelt og varte i 1 til 2 timer. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert.	9 kvinner mellom 36 - 70 år deltok i studien. Ingen av deltakerne falt fra.	Studien viste at følelsen av håp var viktig for at disse kvinnene skulle finne mening med livet. Kvinnene sin opplevelse av håp kunne lett bli påvirket av gjennom kommunikasjon med andre.	<Grad 1 <Fagfellevurdert Nivå 1 < Vurdert av etisk komité.
12	Doris Howell, Margaret I. Fitch, Karen A. Deane. 2003 Canada Cancer Nursing	Impact of Ovarian cancer perceived by Women.	Hensikten med denne studien var å beskrive hvilke konsekvenser sykdommen hadde for kvinnene sine opplevelse av hverdagen.	Kvalitativ.	18 kvinner ble intervjuet, alle kvinnene gjennomførte undersøkelsen.	Studien identifiserte forskjellige utfordringer i diagnostiseringen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uvisshet.</li> <li>• Tap av kontroll.</li> <li>• Redsel for det ukjente.</li> <li>• Stigmatisering.</li> <li>• Møte døden.</li> <li>• Støtte.</li> </ul>	<Grad 1 <Fagfellevurdert Nivå 2 <Vurdert av etisk komité.

13	Kain Ahlberg, Annelie Nordner  2006  Sverige  Oncology Nursing Forum.	The Importance of Participation in Support Groups for Women With Ovarian Cancer.	Hensikten med denne studien var å undersøke hvilke erfaringer kvinner med nydiagnostis ert cancer ovarie har med deltakelse i støttegruppe r.	Kvalitativ metode. Grounded theory  Individuelle intervju i etterkant av deltakelse i støttegruppen. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert i etterkant.	13 voksne kvinner med nydiagnostisert cancer ovarie som deltok i en støttegruppe ble invitert til å delta i undersøkelsen. 2 deltakere ønsket ikke å delta, fordi de kun hadde deltatt på 2 møter. 1 deltaker oppgav ingen grunn til at hun ikke ønsket å delta.	Undersøkelsen viste at støttegruppe kan ha en positiv effekt ved å kunne dele erfaringer, følelser og informasjon med likesinnede. Støttegruppe kan virke som en kilde til emosjonell støtte, og dette kan bidra til å bedre livskvaliteten til kvinner med cancer ovarie.	< Grad 1 <Fagfellevurdert Nivå 1 <Vurdert av etisk komité.
----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------