



Fordypningsoppgave

VAD750 Omsorg ved alvorlig sykdom og død

Håp hos palliative pasienter med kreft

Synnøve Barsten

Totalt antall sider inkludert forsiden: 39

Molde, 15.05.2014



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">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<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. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Marit Sandøy

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: 15.05.2014

Så lenge mennesket har håp,
er intet forferdelig.

Tove Ditlevsen

Antall ord: 9439.

Sammendrag

Bakgrunn: Som sykepleier vil man oppleve palliative pasienter og konfronteres med håpet disse pasientene føler. En vil utvilsomt komme en situasjon hvor en er usikker på om en påvirker dette håpet på noen måte. Jeg ønsket i min studie å lære mer om palliative pasientens håp for som sykepleier å kunne utøve bedre og mer helhetlig pleie.

Hensikt: Hensikten med studien var å kartlegge håp hos palliative pasienter med kreft.

Metode: I denne studien er det benyttet systematisk litteraturstudie som kilde til ny kunnskap. 10 kvalitative artikler ble analysert. Det ble søkt i databaser som Medline og Proquest.

Resultat: Det finnes mye håp i den palliative periode. Flere kategorier av håp kommer frem i studien, *det fundamentale håpet, å kjempe imot, aksept, familien og helsearbeideren*. Håpet er en essensiell del av livet og nevnes som livsnødvendig. Å kjempe imot sykdoms progresjonen er et uttrykk for fornektelsen og ønsket om å leve lengere. Aksepten viser til håpet som har endret seg fra urealistiske til mer realistiske mål. Behovet for støttende mennesker rundt en var viktig for håpet, familien og helsearbeideren var spesielt viktig.

Konklusjon: Håpet er helt essensielt for livet. Sykepleiere må se og lytte til hva pasientene selv sier er viktig for dem og være var på hva som ønskes av informasjon. Helsearbeiderens eget håp påvirker pasientens håp. Dette gjør at det er viktig for helsearbeidere å reflektere over eget håp og også beholde håpet selv. Anbefalt fremtidig forskning på håp hos palliative pasienter med kreft men også palliative pasienter med annen sykdom.

Abstract

Background: As a nurse one will experience palliative patients and be confronted with the hope that these patients feel. The nurse will undoubtedly come in a situation where he/she needs to take in consideration one's own influence on the patients hope. In my study, I want to learn more about the palliative care patients hope so that I can practise better and more holistic nursing care for the patients.

Purpose: The purpose with the study was to map hope in palliative patients with cancer.

Method: In this study, I used systematic literature as a source of new knowledge. 10 qualitative articles were analyzed. Databases searched were Medline and Proquest.

Results: There is much hope in the palliative period. Several categories of hope emerged in the study, the fundamental hope, to fight, acceptance, family and health worker. Hope is an essential part of life and mentioned as vital. To fight against the disease progression is an expression of the denial and the desire to live longer. Acceptance refers to the hope that has changed from unrealistic to goals that are more realistic. The need for supportive people around was important for the hope, the family and health worker was particularly important.

Conclusion: Hope is essential for life. Nurses must try to listen and acknowledge what the patients say is important to them and be sensitive to what they want of information. Health care workers own hope affects the patient's hope. This makes it important for health professionals to reflect upon their own hope and stay hopeful themselves. In the future, I want to see more research on hope in palliative care patients with cancer but also palliative care patients with other diseases.

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Hensikt.....	1
1.2.1	Problemstilling	1
1.3	Teoribakgrunn	2
1.3.1	Palliasjon	2
1.3.2	Kreft	2
1.3.3	Håp og håpløshet.....	3
1.3.4	Salutogenese.....	4
1.4	Metodebeskrivelse	5
1.4.1	Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier.....	6
1.4.2	Kvalitetsvurdering.....	7
1.4.3	Mitt ståsted og etiske overveielser	8
1.5	Analyse	8
2.0	Resultat	10
2.1	Det fundamentale håpet.....	10
2.2	Å kjempe imot	11
2.3	Aksept.....	13
2.4	Familien.....	15
2.5	Helsearbeideren	16
3.0	Diskusjon	19
3.1	Metodediskusjon	19
3.1.1	Søkestrategi	19
3.1.2	Kvalitetsvurdering.....	20
3.1.3	Analyse.....	21
3.2	Resultatdiskusjon.....	21
3.2.1	Håpet rommer så mye	21
4.0	Konklusjon	28
	Litteraturliste	29
	Vedlegg 1	32
	Vedlegg 2	38

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Er det mulig å ha håp når en opplever å befinne seg i en situasjon hvor man vet at man skal dø? Helsedirektoratet (2013) sier at på grunn av generell insidens økning og en voksende og stadig eldre befolkning øker antall kreftpasienter i vårt land. Moderne kreftbehandling medfører at flere pasienter lever lenger med sin sykdom. Ifølge Kreftregisteret (2013), institutt for populasjonsbasert kreftforskning, fikk 29907 mennesker i Norge kreft i 2011 og 10970 døde. Som sykepleier er det stor sjanse for at jeg gjennom mitt arbeide i økende grad vil ivareta pasienter med langtkommen kreft og en lengre avsluttende fase enn tidligere. Samtidig som at samhandlingsreformen nå fører til en økt pasientstrøm til kommunene er det også en økende trend at flere ønsker å dø hjemme. Disse menneskene fortjener god pleie på slutten av sitt liv.

Jeg ønsker å kartlegge hva håpet er for de med kreft i en langtkommen fase og mener dette vil gi implikasjoner for hvordan jeg som sykepleier, og andre som leser oppgaven, handler ovenfor de med kreft.

1.2 Hensikt

Hensikten med litteraturstudien var å kartlegge fenomenet håp hos pasienter med uhelbredelig kreft.

1.2.1 Problemstilling

Hva er håp for pasienter med kreft i en palliativ fase?

1.3 Teoribakgrunn

Her fremstilles bakgrunns teori for studien.

1.3.1 Palliasjon

Definisjonen av palliativ behandling den aktive, totale behandling av pasienter med livstruende sykdom som ikke kan kureres. Kontroll av smerte og andre symptomer som sosiale, psykososiale og åndelige dimensjoner er målsetting. Behandling inkluderer pasienten, familien og samfunnet til den syke. Den skal møte pasientens behov uansett hvor han/hun er, i hjemmet eller i sykehus. Den bekrefter livet og ser på døden som en normal prosess som ikke fremskynder eller utsetter døden. Palliativ behandling søker å opprettholde den best mulige livskvalitet (European association for palliative care 2013, Helsedirektoratet 2013). Ifølge Nordøy et al. (2012) innebærer lindrende behandling en kartlegging og lindring av symptomer og plager som nedsetter eller ødelegger en pasients livskvalitet, samtidig som man ikke har livsforlengelse eller helbredelse som siktemål.

1.3.2 Kreft

Ifølge Kreftregisteret (2013) er kreft er en gruppe sykdommer som kjennetegnes ved ukontrollert celledeling av unormale celler som har evne til å invadere vev og organer omkring og evne til å gi dattersvulster andre steder i kroppen. Godartede svulster består av normale celler og går ikke under definisjonen kreft. De er som oftest avgrenset av normalt vev og stopper som oftest å vokse etter en stund, mens ondartede svulster vil fortsette å vokse, og kan etter hvert gjøre stor skade på nærliggende vev og organer.

Den palliative perioden er preget av mange fysiske og psykiske symptomer. Noen av de aller vanligste fysiske symptomene er smerte, kvalme, obstipasjon, munntørrehet, kakeksi

og dyspne (Nordøy et al. 2012). Av de vanligste psykiske symptomene inngår depresjon og angst. Psykiske reaksjoner som depresjon og angst er periodevis en del av sykdomsforløpet hos kreftsyke. Angst og depresjon forekommer oftest når sykdomstilstand endres som ved diagnose tidspunkt, tilbakefall eller ved beskjed om opphør av kurativ behandling (Nordøy et al. 2012).

1.3.3 Håp og håpløshet

Joyce Travelbee (1999) sier håpet er en mental tilstand karakterisert av ønsket om å nå frem til eller oppfylle et mål, kombinert med at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige. Hun forteller om håpet som knyttet til håpløsheten, og at en som opplever håpløshet er uten håp. Travelbee skriver at håpløshet oppstår når den syke har lidt mentalt, fysisk eller åndelig for intenst og altfor lenge uten hjelp eller opphør i lidelsen. Håp er derfor til en viss grad avhengig av vissheten om at en får hjelp fra andre som sykepleiere og andre helsearbeidere. Dette kan sykepleieren gjøre ved å gjøre seg tilgjengelig og villig til å snakke med den syke om det den er opptatt av, og av problemene slik den syke selv oppfatter dem.

Stein Kaasa (2008) mener håp bærer i seg flere dimensjoner som innebærer et menneskes holdning til fremtiden, gjenspeiler en følelse av å bli verdsatt, en følelse av mening og gjenspeiler en transedent dimensjon som strekker seg utover den kjente virkeligheten (eks.liv etter døden). Han forteller videre at håpet endrer seg etter alder og livssituasjon mennesket er i. Han forteller at håpet er knyttet til håpløsheten. Han mener at den håpløse er sterkt knyttet opp mot et bestemt håp, men et uoppnåelig håp. Kaasa mener at sen syke må få snakke med noen om det han/hun føler, men at også aspekter som smertelindring, realistiske mål og tilstedeværelse av en aktiv åndelig tro og praksis, utpekt som essensiell for håpet.

Patricia Benner og Judith Wrubel (2001) sier at sykepleieren er en av de profesjonene som har mest å gjøre med forholdet mellom lidelse og sykdom. De sier den menneskelige opplevelse av lidelse påvirker sykdommen gjennom håp, frykt, fortvilelse, eller fornektelse. Sykdommen kan også forandre lidelsen gjennom direkte kroppslige

forandringer og tilstander som sult, utmattelse, muskelsvekkelse og paralysé. Men den relasjonen kan aldri bli et tilfelle av kropp over sjel eller sjel over kropp da sjel og kropp ikke er duale realiteter men innbyrdes forbundet.

I en studie av Kim et al. (2006) ble det identifisert fem måter å håpe på hos kronisk syke. Den første er en *ekstern orientering* hvor kilde til håp er hos Gud eller hos andre enn seg selv som hos familie eller venner. Pasientene håpet ikke lengere å bli bedre men rettet håpet mot Gud, familie eller venner. Den andre måten å håpe på var *pragmatisk orientert* hvor de syke fant håpet ved å gjøre «de små ting» og opplevde håp gjennom en positiv innstilling til nåtiden og fremtiden. Den tredje måten pasientene håpet på var *realistisk orientert* hvor håpet sto i forhold til sykdommens alvorlighetsgrad. Håpet bar også preg av troen på Gud. Den fjerde måten identifiseres som *framtidorientering* hvor pasientene fant håp ved å se på fremtiden som en med positive muligheter. Denne måten å håpe på hadde en sterk tilknytning til troen på Gud. De hadde imidlertid akseptert tanken på at sykdommen ikke ble bedre. Den femte måten å oppleve håp på ble kalt *internalisert orientering* og var selvorientert og opplevd gjennom bruken av humor eller når pasientene fikk beskjed om medisinsk fremgang. Denne typen håp var basert på hva som eksisterte i den nåværende situasjonen for dem og opprettholdt av deres egne handlinger slik som humor og tilstedeværelsen av familien og venner.

Ifølge Tone Rustøen og Astrid Klopstad Wahl (2008) er håp nært knyttet til opplevelsen av mestring. Det å håpe kan hjelpe kan hjelpe pasienten til å mestre sin situasjon og minske negative konsekvenser av sykdommen.

1.3.4 Salutogenese

Aaron Antonovsky (2012) fokuserer på begrepet salutogenese, læren om hvilke faktorer som underbygger og opprettholder helse og velvære, heller enn patogenese som er dens motsetning. Sentralt i dette begrepet er opplevelse av sammenheng. For at en skal mestre sitt liv må en kunne oppleve at livet i stor grad er begripelig, håndterbart og meningsfullt. Det at noe er *begripelig* handler om i hvilken grad en opplever at stimuli en utsettes for er kognitivt forståelig, som velordnet, sammenhengende, strukturert og klar informasjon.

Begrepet *håndterlig* sikter til i hvilken grad man opplever at man har tilstrekkelige ressurser til å takle kravene man er stilt ovenfor. Det at noe er *meningsfylt* betyr at det oppleves som viktig for personen og gir mening. Antonovsky har utviklet et samlebegrep for disse tre dimensjonene kalt OAS. Hans definisjon er:

Opplevelse av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i (Aron Antonovsky 2012, 41).

Personer med en sterk OAS vil ved motgang mest sannsynlig velge hensiktsfulle mestringsstrategier og mestre situasjonen.

1.4 Metodebeskrivelse

Retningslinjer for fordypningsoppgaven for Høgskolen i Molde (2013) gir to alternativer til utforming av oppgaven, enten gjennom en systematisk litteraturstudie eller å utarbeide en prosjektplan for et klinisk prosjekt. Metoden brukt her er systematisk litteraturstudie. En systematisk oversikt er ifølge Kunnskapscenteret (2013) en oversikt der forfatteren har brukt en systematisk og tydelig framgangsmåte for å finne, vurdere og oppsummere alle undersøkelser om samme spørsmål. Mellom 10 til 15 forskningsartikler blir valgt ut etter å ha innfridd utvalgte kriterier for å belyse problemstilling.

Begynte litteratursøket med å fylle ut et Pio skjema. Pio skjema representerer en måte å dele opp spørsmålet i studien på slik at det kan struktureres på en hensiktsmessig måte (Nordtvedt et al. 2007). Ved bruk av Pio skjema ble mine søkeord ble satt inn i ett system for å lette søket. I Pio skjema ble det nødvendig å finne både norske og engelske ord som skulle anvendes i mine søk.

Gjorde først noen prøvesøk for å se om det var forskning på problemområdet jeg hadde valgt. Fikk da også ideer til nye søkeord som kunne anvendes i søket. Jeg gjorde ett

litteratursøk i Ovid Medline hvor jeg brukte søkeordene: cancer, death, dying, end of life, hope, nurse, palliative care, terminal care. Brukte trunkering på ordets stamme der dette var mulig for å utvide antall treff på artikler. Utvider treff på denne måten ved at alle artikler som inneholder ordets stamme kommer opp i resultatet. Trunkerte cancer* pallia* terminal* nurs*. Brukte ikke MeSH termer (medical subject headings) eller thesaurus. Søkte altså i fritekst. Brukte de boolske søkeoperatørene «and» og «or» for å kombinere søkeordene. Begrenset søket til norske, engelske, svenske og danske artikler som ble utgitt de siste 5 årene. Dette ga et resultat på 34 artikler. Leste overskrifter og 21 abstrakter. Valgte ut 17 artikler for videre undersøkelse. Skumleste artiklene og plukket ut 6 artikler som var relevant. Av disse ble 4 med etter kvalitetsvurderingen. Foretok så ett nytt søk i Ovid Medline med de samme søkeordene bare at jeg byttet ut nurse med patient for å få flere artikler med det rette perspektivet. Trunkerte da patient*. Fikk da 90 artikler. Leste overskriftene og 35 abstrakter. Mange av de artiklene jeg fant i det første søket kom på nytt. Skumleste 6 artikler og valgte ut 2 av disse etter kvalitetsvurdering. Gjorde et søk i Proquest med søkeordene hope, cancer, patient og palliasjon. Trunkerte ordet pallia*. Brukte ikke MeSH termer i dette søket. Avgrenset ikke søket ytterligere. Fikk 6583 resultater. Leste de 100 første overskriftene og av de leste jeg 42 abstrakter. Skumleste 9 artikler og valgte ut 4 av disse etter kvalitetsvurderingen. 1 av artiklene som ble inkludert var skrevet i 2007 og var 7 år gammel men var relevant for studien. 6 av de 10 artiklene totalt ble bestilt gjennom BIBSYS da de ikke fantes som full tekst artikler i databasene.

1.4.1 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Det var viktig for meg at deltakerne i artiklene skulle være over 18 år og ha kreft i en palliativ fase. Artikler på norsk, svensk, dansk og engelsk er inkludert. Ønsket kun artikler med pasientperspektivet og som ikke er eldre enn 5 år.

1.4.2 Kvalitetsvurdering

Kvalitetsvurdering ble i første omgang basert på IMRAD konseptet der jeg undersøkte at artiklene inneholdt introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Før en begynner å lese artikkelen bør det undersøkes om artikkelen inneholder punktene i IMRAD (Markussen 2004). Deretter benyttet jeg kunnskapssenterets sjekklister for kvalitetsvurdering. Fikk 10 kvalitative artikler i mine søk og på de brukte jeg sjekklister for kvalitative studier. Sjekklisten var på 10 spørsmål. I spørsmålene i sjekklisten var svarene enten ja, nei eller uklar. Jeg vurderte det slik at 2 uklar ble det samme som 1 nei. Vurderte artiklene som enten av høy kvalitet, bra eller lav kvalitet. En tregradig skala er fordelaktig å anvende i helhetsbedømming av en artikkel (Forsberg og Wengstrøm 2008). Ved 1 nei eller alle ja så ble artikkelen vurdert til å være av høy kvalitet. Ved 2 nei ble artikkelen vurdert som bra. Ved flere nei ble artikkelen vurdert som av lav kvalitet og forkastet. Undersøkte om artiklene hadde tatt etiske hensyn. Dette gjorde jeg ved å se på om forfatterne av artiklene hadde fått etisk godkjenning før igangsetting av sitt forskningsprosjekt samt at deltakerne i studien var informert og frivillig deltakende. 8 artikler viser at de har gjennomført den etiske godkjenningen. I 2 av artiklene er det ikke skrevet at de har etisk godkjenning, men de er gitt ut i tidsskrift av god kvalitet. Artiklene har også fått kvalitetsvurderingen «høy kvalitet» og «bra». Artiklene ble derfor, tross manglende skriftlig dokumentasjon av etisk godkjenning, tatt med i artikkelsamlingen. Etter å ha vurdert 13 artikler ble 10 valgt ut. Alle de 10 valgte artiklene er kvalitative. En av de forkastede artiklene var kvantitativ. På grunn av analyse kapittelets kvalitet med en syntese av funn ble kvantitative artikler ekskludert som anbefalt av Forsberg og Wengstrøm (2008). Av de 10 utvalgte artiklene er 8 artikler vurdert å ha høy kvalitet og 2 vurdert som å ha bra kvalitet. Det er et krav fra Høgskolen i Molde (2013) at artiklene skal være refereevurdert. For å kontrollere artiklenes refereebedømming søkte jeg opp artiklenes tidsskrifter i Database for statistikk om høgre utdanning (Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste 2014). Alle artikler i denne studien er utgitt i tidsskrifter med tilfredsstillende nivå. 1 tidsskrift hadde nivå 2 og 9 av tidsskriftene hadde nivå 1.

1.4.3 Mitt ståsted og etiske overveielser

Jeg er sykepleier og har jobbet aktivt siden høsten 2010. Jeg vil derfor tross forsøk på å være objektiv kunne ha en sykepleiers perspektiv i det jeg går inn i studien noe som kan påvirke hvordan jeg fortolker data. Ifølge Forsberg og Wenstrøm (2008) skal etiske hensyn overveies før oppstart av litteraturstudie. De presiserer at det er viktig å velge studier som har utført etiske overveielser og fått godkjenning fra en etisk komite, gi rede for artikler inkludert i studien, presentere alle resultat som støtter og ikke støtter hypotesen. Jeg har, på bakgrunn av dette, gjort egne etiske overveielser før igangsetting av studien. Det er innforstått at uhederlighet som forvrengning og fabrikkering av data, samt plagiat, ikke er lov. Artikler valgt har etisk godkjenning unntatt 2, men disse er gitt ut i kvalitetssikrede tidsskrifter og vurdert som av en slik kvalitet at etiske hensyn skal være gjort. Alle artikler tatt med i studien er det gjort rede for i vedlegg 1 og søkeprosessen er kartlagt i vedlegg 2. Artiklene som er utvalgt er valgt på grunnlag av studiens hensikt og problemstilling og for å kunne belyse disse på godt og vondt og ikke for å fremme forskerens egne meninger og ståsted.

1.5 Analyse

Det første steget i analyse er å lese gjennom studiene mange ganger og finne metaforer, tema og kategorier som er brukt og identifisere hvilke av disse som går igjen i flere av artiklene (Forsberg og Wengstrøm 2008).

I Høgskolen i Molde sine retningslinjer (2013) står det at en først skal prøve å få et overblikk over materialet og finne en struktur for en systematisk og kritisk vurdering. Først analysere hver artikkel for seg og markere temaer som bidrar til å gi svar på studiens hensikt og problemstilling. For så å se om det er noen temaer som går igjen i artiklene.

I dette studiet benyttes David Evans (2002) fire stegs modell for å utføre syntesen av en studie. De fire stadiene inneholder fire fraser:

1. Samle utvalget for studiene.

2. Identifisere nøkkel funnene av hvert studie.
3. Bestemme hvordan funnene relaterer til andre studier.
4. Samle felles funn for å generere en beskrivelse av ett fenomen.

Første steg i modellen var å samle enheter for analyse. Søkte i Medline og Proquest og fant ti artikler som kunne besvare hensikten. Dette ble det gjort nærmere rede for i metode avsnittet tidligere i oppgaven. Artikkene ble deretter nummerert fra 1 til 10.

Det andre steget er å identifisere nøkkel funn. For å kunne utføre dette ble resultatet i hver artikkel lest to ganger. Fikk dermed økt forståelse for hva som var skrevet. Funn relatert til denne studiens problemstilling ble uthevet med farge. Viktige sitat ble uthevet med en annen farge. Deretter ble hver artikkels uthevede funn oversatt til norsk og samlet i et word dokument, dokument 1, på data. Sitat ble utelatt fra denne prosessen.

Det tredje steget er å finne relaterte tema på tvers av studiene. Her ble alle artiklenes hovedfunn lest på nytt og et nøkkelord ble skrevet på siden av hvert avsnitt som beskrev avsnittets innhold. Deretter ble de nøkkelord som var av samme karakter på tvers av artiklene uthevet i egne farger. Kontraster mellom artiklene ble uthevet med utropstegn i egen farge. Et nytt word dokument, dokument 2, ble opprettet. Der ble alle avsnitt med like nøkkelord og farge samlet i bulker med nøkkelordet som overskrift. Kontrastene ble samlet på samme dokumentet. Et nytt word dokument, dokument 3, ble opprettet. Etter å ha lest dokument 2 to ganger ble det skrevet et utsagn eller en setning som kunne favne innholdet fra alle artiklene. Dette ble skrevet i dokument 3. Viktige elementer fra enkelte av de inkluderte artiklene ble så inkludert for å belyse utsagnet/setningen. Dermed hadde felles tema på tvers av artiklene kommet sammen til meningsbærende enheter.

I det fjerde trinnet skal fenomenet/funnene beskrives. De ulike meningsbærende enhetene med beskrivelse er skrevet opp med henvisning til forfatter. Deltema ble integrert under tema og deltema overskrift fjernet for et ryddige oppsett. Alle artikler ble lest gjennom på nytt for å finne sitat som beskrev funnene. Disse ble skrevet inn under hvert deltema og skilte på denne måten de ulike deltemaene.

2.0 Resultat

Her presenteres funn etter syntesen av de 10 artiklene inkludert i studien.

2.1 *Det fundamentale håpet*

Håpet er essensielt for å leve. Håp er noe som varierer i styrke og grad og det mer en har det bedre. Håpet kan forsvinne og dette betegnes som håpløshet (Elliott og Olver 2009, Olsson et al. 2011, Santani et al. 2008, Reynolds 2008, Sachs et al. 2012, Olsson et al. 2010).

Håp ble beskrevet som essensielt for å leve, noe fundamentalt. Håpet er en del av det å være menneske og å eksistere. Håpet noe som er konstant og utholdende (Elliott og Olver 2009, Olsson et al. 2011).

Håp var noe som disse pasientene ønsket og antok at de skulle ha, og det mer de hadde, det bedre var det (Elliott og Olver 2009). Håp var beskrevet som noe som kunne øke og minske. Å ha tilgang til grunnleggende håp ga en følelse av frihet og uavhengighet, et uttrykk av retten til å tenke og evnen til å gjøre det du ønsker. Selv om sykdommen utviklet seg følte pasientene fremdeles at de hadde en rett og mulighet til å håpe på ulike måter og tro på positive hendelser (Olsson et al. 2011). Håpet er essensielt for livet (Elliott og Olver 2009):

«I don't think if you've got no hope you can live. I think it's something that we just, being human, have. That's why we just keep on going, sometimes in horrendous situations.... Well, I think we all just have it. I think it would come under the category of some of the essentials, you know you have to have some essentials for life. I think it might be in one of those areas,.... I think hope is something that's, it's sort of like breathing and that. It's something that's in you, that keeps you going»
(Elliott og Olver 2009, 616).

Flere studier beskriver håpet som noe dynamisk som kan variere i styrke, grad og retning (Eliott og Olver 2008, Olsson et al. 2010, Santani et al. 2008, Reynolds 2008, Sachs et al. 2012, Olsson et al. 2011). Eliott og Olver (2008) og Olsson et al. (2011) forteller at håpet kan forsvinne, noe som skaper en håpløs tilstand. Håpet forsvinner når pasientene ikke har nok psykologisk og fysisk styrke til å leve. Noen av de som opplevde at håpet forsvant var veldig nær døden, men noen hadde også akkurat fått dårlige nyheter om sin prognose. Noen mistet all styrke og evne til å bry seg om alt som hendte rundt seg eller med seg selv (Olsson et al. 2010). Eliott og Olver (2008) peker på at når pasientene hadde et håp om kur var håpet betegnet som forsvinnende idet døden nærmet seg. Santani et al. (2008) og Reynolds (2008) peker på at mengde håp ikke endrer seg hos palliative pasienter med kreft, håpet endrer seg fra håp om kur til håp om livskvalitet. Sachs et al. (2012) har funnet at pasienten ofte snakket om håp og håpløshet som to motsetninger som eksisterer i et menneske på samme tid. Håpet ble beskrevet som et instrument for å bekjempe håpløshet:

«You're just looking for some escape. It's fleeting you know. If you go a whole lot into hopelessness, it'll kill you....I am learning today of being hopeful and to smile»
(Sachs et al. 2012, 124).

2.2 Å kjempe imot

Å kjempe imot handler om å håpe på en kur, at et mirakel skal skje og at en ny kur skal dukke opp eller at alternativ behandling skal hjelpe, det er et håp om å leve enten lengere eller så lenge som mulig. (Eliott og Olver 2009, Olsson et al. 2011, Santani et al. 2008, Sæteren et al. 2010, Olsson et al. 2010).

Flere hadde et håp om en kur (Eliott og Olver 2009, Olsson et al. 2011, Santani et al. 2008). Muligheten for en kur eller for å bli bedre var derfor viktig for personens velvære. Hos mange endret håpet seg fra håpet om en kur til håpet om å leve lengre etterhvert som de ble dårligere. Noen håpet likevel på en kur selv ved en 1% sjanse (Eliott og Olver 2009).

Andre som håpet på en kur for kreften hadde tilsynelatende innsikt i sykdommens prognostiske informasjon og virkeligheten av dens prognoser. De viste at det var urealistisk og utilgjengelig å bli kurert (Eliott og Olver 2009, Olsson et al. 2011).

Noen pasienter håpet likevel på bakgrunn av oppslag i media på mirakel kurer og gjennombrudd i forskning. Ettersom løftet om en potensiell kur gitt av medisinsk vitenskap er presentert som veldig reell, blir pasientens håp bekreftet og forsterket (Eliott og Olver 2009, Olsson et al. 2011):

«Well, we all live in hope. You never know, while I'm still here there could be a cure just around the corner. There was one announced in the paper today, so you never know. You've, you've got to live on hope. But you've also got to look at and live in reality. That's where you don't give up the ghost, oh I won't give up the ghost yet....Hope's just something I've got to go along, and if they come up with a cure, well, well and good. If they don't, well I've just gotta accept what I've got and that's it. And you've just got to take one day at a time, and hope there's a breakthrough somewhere along the line. That's what, that's all you can do, you can't do anything else.» (Eliott og Olver 2009, 619).

Flere palliative pasienter med kreft hadde et sterkt håp om å leve, enten lenger, så lenge som mulig eller så lenge de kan (Eliott og Olver 2009, Sæteren et al. 2010, Olsson et al 2011).

For mange var håpet om å leve lenger knyttet til håpet om livskvalitet, spesielt håp om fravær av smerte, en fin og kontrollert død (Eliott og Olver 2009). Å bli innlagt på kreftavdeling for å bli vurdert for mer behandling ga håp i det det åpnet for muligheten til et lengere liv. Behandling ble en bekreftelse på at pasienten ikke var gidd opp. Som alvorlig syke pasienter følte de seg ensomme og å bli gidd opp økte denne følelsen. Ønsket om å leve og kampen om å leve var ikke synonym med forståelsen av virkeligheten av døden. Det helt motsatte viste seg, ønsket om å leve var til og med sterkere hos pasientene snakket åpent om døden (Sæteren et al. 2010). En generell følelse av velvære ga håp selv om helsen ble verre. Hver mulighet til å leve lengre ga håp. Pasientene forsøkte å overbevise seg selv og andre om at det fortsatt var håp. De forsøkte å påvirke sin sykdom med sitt mot til å kjempe. Forsøkte på denne måten å kjøpe seg mer tid (Olsson et al 2011). Å leve lengere var et sterkt håp hos mange av de palliative pasientene (Sæteren et al. 2010):

«And now I have become a grandma, and it is my grandson who has kept me going during the last year. Certainly, I want to gain as much time as possible. I have

already got more time than they gave me after the operation. So in one way I feel thankful, but you know, you never become ready to give up life. You never become ready for that.» (Sæteren et al. 2010, 815).

Når risikoen for å miste håp ble for stor, som ved progresjon av sykdom, endret de fokus fra sin syke kropp til andre ting som ga håp som hjelpearbeidere eller annen behandling. Noen søkte gjennom internett for å finne alternativ behandling. Flere av de intervjuede mente det var bedre med et støvkorn av håp enn ingen håp. (Olsson et al. 2010, Olsson et al. 2011):

«And another thing in the USA was that people I met were interested in the disease and they felt that «you should not give up». Instead they questioned everything and searched for alternatives, what kind of chances I might have. Maybe I've been accepting the doctor's word too easily» (Olsson et al. 2010, 610).

2.3 Aksept

Aksept omhandler å akseptere egen død og gi avkall på urealistiske håp. Håpet endrer seg fra kur til å sette pris på øyeblikkene og å tilstrebe et normalt liv og å komme i kontakt med sin åndelige side (Eliott og Olver 2009, Stajduhar et al. 2010, Missel og Birkelund 2011, Mok et al 2010, Olsson et al. 2011, Sachs et al. 2012, Reynolds 2008. Olsson et al 2010, Sæteren et al. 2010).

Etter hvert som døden nærmet seg endret håpet seg og flere aksepterte egen død. Dette gjorde det lettere for dem å gi avkall på urealistiske håp, sette seg nye og tilpassede mål og sette pris på hverdagen (Eliott og Olver 2009, Stajduhar et al. 2010, Missel og Birkelund 2011, Mok et al 2010, Olsson et al. 2011, Sachs et al. 2012, Reynolds 2008).

Det ble gjort et forsøk på å samle og vedlikeholde øyeblikk med håp. Noen pasienter fokuserte på små ting og hendelser i hverdagen. Å samle meningsfulle øyeblikk var viktig og lagde rom for hvile, refleksjon og håp i en situasjon hvor deres liv var truet. Noen valgte å gjøre ting de virkelig ønsket å gjøre fordi de ikke visste hvor lenge de kunne leve.

Disse pasientene var klare over at de snart skulle dø og hadde et ønske om å gripe dagen og holde tak i gode øyeblikk (Olsson et al. 2011). Håpet endret seg i karakter og ble mer realistisk (Sachs et al. 2012):

«I no longer assume that I will have a long life and that has taken a long time to get used to, but my expectations of the future have changed....you know, I do not expect to grow old. I hope to grow old.» (Sachs et al. 2012, 124).

Hos flere av de alvorlig syke med kreft var det å tilstrebe å leve et normalt liv viktig for å beholde håpet. I det ligger det å kunne utføre de dagligdagse tingene mest mulig på egen hånd (Olsson et al 2010, Missel og Birkelund 2011, Mok et al. 2010, Sæteren et al. 2010, Reynolds 2008).

Det handlet om å streve etter normalitet. Gjøre de dagligdagse ting, bruke de evner de fortsatt hadde selv om de var døende. Et tema som gikk igjen var at venner var redd deres fysiske reduksjon var fulgt av en kognitiv reduksjon. Pasientenes uforandrede intellektuelle kapasitet var veldig viktig for dem. Det å være i kontroll over egen behandling ga en følelse av ansvar som var meningsfullt for noen. De følte at de fremdeles tok valg av verdi. Selv om noen ble mer avhengig av andre i noen situasjoner sa de at det var viktig at deres egne bidrag fremdeles betydde noe for folkene rundt seg (Olsson et al 2010). Tapet av egne funksjoner var vanskelig for pasientene (Missel og Birkelund 2011):

«I need help for so many things, and I'm not happy about it, as it has always been important for me to be able to take care of myself» (Missel og Birkelund 2011, 299).

Flere hadde en åndelig tro, enten en personlig filosofi eller en organisert religion, som ga håp og hjelp til med å mestre sykdommen (Elliott og Olver 2009, Reynolds 2008). Andre oppsøkte synske og følte ro ved at døden ikke ble så endelig (Olsson et al. 2010). Det var hos noen viktig for håpet at det var en tilstedeværelse av en åndelig tro (Reynolds 2008):

«Even when you can't go out, you can pray» (Reynolds 2008, 262).

2.4 Familien

Familien er en viktig støttespiller for den palliative med kreft. Det finnes håp i å vite at familien har det bra og vil fortsette å ha det bra etter døden inntreffer. Håpet styrkes når den syke og familien kan snakke åpent om sykdommen og døden. Det finnes også en følelse av å ha plikt til å håpe for familiens del hos den syke. (Eliott og Olver 2009, Missel og Birkelund 2011, Mok et al. 2010, Sachs et al. 2012, Reynolds 2008, Olsson et al. 2010, Sæteren et al. 2010, Olsson et al. 2011).

Familien hadde en stor påvirkningskraft på den sykes håp. Det var viktig å ha familien rundt seg som en støttespiller (Eliott og Olver 2009, Missel og Birkelund 2011, Mok et al. 2010, Sachs et al. 2012, Reynolds 2008, Olsson et al. 2010):

«Their support has been unsurpassed. It meant more to me than the professional care from the nurses and doctors» (Missel og Birkelund 2011, 299).

«Having no family and relatives make me sad. I am alone without support. If I had family they would care for me» (Mok et al. 2010, 301).

Det viste seg at flere av de alvorlig kreftsyke hadde behov for å vise omsorg for sine kjære selv med sin alvorlige sykdom (Eliott og Olver 2009, Mok et al. 2010, Olsson et al. 2010). Flere av de døende tenkte på sin families velvære etter sin død. De beholdt håpet om de følte familien ville ha det bra (Eliott og Olver 2009, Olsson et al. 2010, Mok et al. 2010). Det å snakke med og planlegge med familien ga håp for familiens fremtid. Mange synes det ga håp å gjøre praktiske saker som å planlegge sin egen begravelse. Andre forberedte seg på døden ved å snakke og skrive om sine følelser. De følte at de dermed ga noe videre til sin familie som kunne hjelpe dem å huske dem (Olsson et al. 2010).

Det ga en økt følelse av håp å kunne snakke åpent med familien om sin situasjon og døden (Olsson et al. 2010, Sæteren et al. 2010, Missel og Birkelund 2011). Det var gjennomgående et behov for nærhet, tilhørighet og å gjentatte ganger få snakke om sin situasjon. Å kjempe seg gjennom sykdommen uten støtte fra familien var veldig vanskelig for pasientene (Missel og Birkelund 2011, Mok et al. 2010). Pasientene ønsket å prate med

sine kjære om døden når de ble dårligere. De sa at i mange tilfeller ønsket ikke familien å snakke om døden i det hele tatt, ble for ekte. Pasientene mente familien da ikke var komfortabel med tema. Denne mangel på åpen kommunikasjon resulterte i en følelse av å måtte bære byrden av sykdommen og døden alene og reduserte håpet (Olsson et al. 2010). Det var en tydelig forbindelse mellom å snakke åpent om døden og leve i øyeblikket. Meningen og verdien av familie og venner var tydelig i denne prosessen (Sæteren et al. 2010). Det var viktig med støtte fra familien (Missel og Birkelund 2011):

«The contact with my family and friends was very important and helped me not to loose faith. I needed to talk about it over and over again» (Missel og Birkelund 2011, 299).

Flere følte på en plikt til å være håpefull ovenfor andre selv om de kanskje ikke følte seg håpefull (Eliott og Olver 2009, Olsson et al. 2011, Sach et al. 2012). Å ikke håpe kan bli sett på som å ikke sette verdi i sitt eget liv og spesielt med betydningsfulle andre. Derfor vil det å håpe å leve være moralsk motiverende og noe som holder individet involvert i livets verdsatte aktiviteter (Eliott og Olver 2009). Selv om uttrykk for håp fra familie medlemmer kan hjelpe pasienten beholde eget håp, kan også behovet for å ta vare på kjente kjære undertrykke pasientens eget behov for en større aksept av sin situasjon, og med dette evnen til å identifisere realistiske nye mål for håp (Sachs et al. 2012):

«In the back of my mind, I am not completely hopeful. I don't really think that I can make it....if I'm honest with myself. Yeah, but at the same time, I am telling everyone else that I am completely hopeful» (Sachs et al. 2012, 125).

2.5 Helsearbeideren

Helsearbeideren kan styrke håpet ved å vise empati, lytte, bruke humor og behandle pasientene som medmennesker. Det er positivt for håpet om helsearbeideren snakker om liv og død med respekt og sensitivitet og åpner for håp i samtalen uten å formidle falskt håp (Stajduhar et al. 2010, Sætren et al. 2010, Reynolds 2008, Eliott og Olver 2008, Olsson et al. 2010).

Måten helsearbeideren opptrer på hadde innvirkning på pasientens håp. Ved å vise omsorg og lytte kunne helsearbeideren trygge pasienten som dermed følte seg ivaretatt (Stajduhar et al. 2010, Sætren et al. 2010, Reynolds 2008).

Det var hjelpende om hjelpearbeideren viste omsorg. Ikke utover det som var profesjonelt, men likevel vise empati. For eksempel å sette seg ned på sykehussenga, ta i hånda og hos noen til og med en klem. Forventet at helsearbeideren var komfortabel med å snakke om liv og død på en måte som viste respekt og sensitivitet. Helsearbeiderens evne til å vise empati var viktig for håpet (Stajduhar et al. 2010):

«I was in shock. I started bawling and the doctor grabbed my hand and that kind of caught me off guard. But afterwards I thought that was so nice of him because it just made me feel so much more like he's here for me. It's not like sorry you have cancer, that's it. It made such a difference.....he became more like an ally»
(Stajduhar et al. 2010, 2042).

Helsearbeidere som hadde pleie atferd som gode lytte egenskaper, humor og som behandlet pasientene som «ekte mennesker» var rapportert å gi næring til håp (Reynolds 2008):

«One nurse treated me like a normal person with two kids at home and dirty laundry to do» (Reynolds 2008, 262).

Det var viktig at ikke helsearbeiderne formidlet falskt håp. Falskt håp resulterte i tap av tillit og hadde negativ innvirkning på håpet (Elliott og Olver 2008, Stajduhar et al. 2010).

En av de verste utfallene for pasientene er tapet av kontroll de føler de har i livene sine. En kvinne sa at hun alltid lurer på hva de ikke sier til henne. Det å gi så mye informasjon som mulig i ulike formater (diagrammer, bilder) og til forskjellige tider var beskrevet som hjelpsomt fordi deltakerne forsto hva som hendte på en mer konkret måte. Noen mente at å gi falskt håp ville være det verste av alle kommunikasjons feil, imens andre fokuserte på ødeleggelsen ved å knuse håp. For andre var det å ikke vite om det som kom til å skje i deres kreft type og ulike stadier, vurdert som positivt. Dermed kom det frem et tema om å

balansere behovet for ærlig informasjon med et behov for håp (Stajduhar et al. 2010). Deltakere i studien mente at å ramme inn informasjonen på en positiv måte og gi oppmuntring og vise dedikasjon både laget og støttet håpet. Dette selv om håpet ikke var en kur men heller evnen til å leve helt ut til de døde. Denne måten å gi informasjon på var beskrevet som å la mennesker bedre mestre sin egen kommende død (Stajduhar et al. 2010, Olsson et al. 2010):

« I called the home care team physician. The physician believes that it's the start of a pneumonia.... She always talks about these things. She wants to talk about death. I asked her to stop. I don't think about death. I still have some hope left» (Olsson et al. 2010, 609).

3.0 Diskusjon

Her diskuteres metoden og funnene i studien. Diskusjonen deles inn i tre hovedpunkter som følger etter hverandre. Først en metodediskusjon, så en resultatdiskusjon og så til sist en diskusjon over konsekvenser og implikasjoner for praksis.

3.1 Metodediskusjon

Her diskuteres styrker og svakheter ved metoden.

3.1.1 Søkestrategi

Begynte søket med å fylle ut Pio skjema med både norske og engelske ord. Forsøkte å benytte flest mulig synonyme ord på engelsk for å finne flere artikler. Dette gjorde at søkene ble grundig. Skjema fungerte bevisstgjørende i forhold til ordvalg og antallet mulige ord.

Gjorde 3 ulike søk, 2 i Medline og 1 i Proquest. Fant alle utvalgte artikler på disse søkene. Søkte også på bestemte forfattere, men fant ingen aktuelle artikler da. Gjorde også ett søk i swemed som ikke ga resultat. Det at det ikke ble utført flere søk kan ha utelukket relevante artikler. I Proquest ble ikke Pio skjema med alle synonymer brukt. Det ble heller ikke begrenset på språk og alder på artiklene. Fikk da 6583 resultater og leste frem til de 100 første artiklene. Her er det mulig at relevante artikler ikke ble funnet. Dette kan svekke styrken på mitt resultat.

Leste både fulltekstartikler og artikler bestilt gjennom skolen bibliotek. Til sammen leste jeg 107 abstrakter og 26 artikler. Antallet abstrakter og artikler lest styrker resultatet. Bestilte artikler etter hvert som jeg søkte noe som kan ha forenklet søkeprosessen.

3.1.2 Kvalitetsvurdering

Begynte med IMRAD som kvalitetssikring. Fortsatte kvalitetssikringen med skjema fra kunnskapssenteret. Dette er validerte metoder for kvalitetsvurdering og har derfor også vært gode hjelpemiddel for å finne de beste artiklene. Artiklenes tidsskrifter ble deretter kvalitetssikret gjennom NSD. Det er dermed å anta at artiklene inkludert i studien er av god kvalitet.

For å vurdere resultat av skjema fra kunnskapssenteret ble det brukt vurdering på 3 nivå, høy- bra- og dårlig kvalitet, da dette var anbefalt. Hvordan artiklene, etter poeng på skjema, skulle havne i de ulike nivåene valgte jeg selv. Denne prosessen kan ha gjort at artikler vurdert av meg som bra kanskje ikke blir vurdert slik av en annen. Da kan kvaliteten på inkluderte artikler være dårligere eller bedre enn vurdert av meg.

Denne studien er kun utført av en person. Dette kan gi svekket kvalitet da data analysert ikke er sammenlignet med en annens oppfatning av samme data. Har likevel gått grundig og systematisk til verks i utvalget av artikler og mener artiklene inkludert er av god kvalitet.

8 av de 10 utvalgte artiklene hadde skrevet at de hadde fått etisk godkjenning for å utføre studien sin. De 2 artiklene som ikke hadde dokumentert etisk godkjenning var utgitt i tidsskrifter av høy kvalitet og vil derfor med høy sannsynlighet ha en etisk godkjenning selv om dette ikke fremkommer i artiklene. Artiklene ble også vurdert som gode etter gjennomgang med sjekklister fra kunnskapssenteret. Det er en styrke i studien at inkluderte artikler har tatt etiske hensyn. Mange av artiklene gikk igjen i begge databasene noe som kan bety at artiklene er av god kvalitet. Alle artikler er gjort rede for i vedlegg.

Jeg har selv reflektert over mitt etiske ståsted. Som sykepleier med tidligere erfaring innen kreft og håp, kommer jeg inn i litteraturstudien med en forforståelse av tema. Dette er det reflektert rundt i innledningen som bakgrunn for tema. Denne forforståelsen har jeg forsøkt

å legge bak meg å være objektiv til data materialet. Studien har også pasientperspektivet og ikke sykepleieperspektivet.

3.1.3 Analyse

Benyttet meg av Evans fem steg for å analysere artiklene. Leste artiklene 2 ganger, leste så over og fremhevet viktige funn med fargekoder. Oversatte så de viktige funn på norsk. Her finnes en mulighet for at det kan ha vært flere viktige funn som kunne belyse min hensikt og problemstilling som ble utelatt. Da artiklene også er skrevet på engelsk kan det være feiltolkninger av ord og dermed feil i oversettingen fra engelsk til norsk. Det at artiklene ble lest flere ganger før bærende elementer ble uthevet var et godt hjelpemiddel for å øke forståelsen av materialet.

Sitat ble plukket ut helt til slutt ved at jeg gikk tilbake til artiklene og fant de sitat som best passet mine tema. På denne måten fikk jeg lest gjennom artiklene en gang til og fikk bekreftet mine resultat opp mot original artiklene. Sitatene var viktig for meg å benytte da artiklene inkludert var kvalitativ og sitatene løftet resultatene opp på opplevd og erfart nivå.

Da jeg har vært alene om å utføre studien har ikke resultatene av analysen blitt evaluert som riktige av noen andre enn meg selv. Jeg har derimot utført studien som student ved Høgskolen i Molde og blitt fulgt opp av veileder der. Jeg vil også bli vurdert på kvalitet etter ferdigstilling av studien.

3.2 Resultatdiskusjon

Her diskuteres studiens funn.

3.2.1 Håpet rommer så mye

Kreft rammer mange hvert år. Flere overlever, men ikke alle. Det å få beskjed om at det ikke er mer som kan gjøres og at det kun vil bli gitt palliativ behandling er vanskelig. Mange som ikke selv er i en slik situasjon kan tenke at alt håp da er borte, men det stemmer ikke. Det viser seg at mennesker håper helt til det siste.

Håpet essensielt for å leve. Det ble funnet i studien at det finnes ulike måter å håpe på. Det finnes et håp basert på egne tanker og erfaringer. Det finnes et håp påvirket av mennesker rundt en som helsearbeidere og familie. Det finnes et håp basert på åndelig tro og et basert på tanker om fremtiden. Det finnes et håp basert på å leve i øyeblikkene og å leve så normalt som mulig. Den palliative pasienten med kreft kan skifte mellom de ulike måtene å håpe på. Håpet kan påvirkes av hendelser og mennesker rundt en og endres. Håpet er dynamisk og forandres seg med sykdomsprogresjon og tid (Stajduhar et al. 2010, Missel og Birkelund 2011, Mok et al. 2010, Sachs et al. 2012, Reynolds 2008, Elliott og Olver 2009, Olsson et al. 2011, Santani et al. 2008, Sæteren et al. 2010, Olsson et al. 2010).

Alle er født med evnen til å håpe. Håpet kan påvirke opplevelsen av sykdom på en god og en dårlig måte. Det å ha håp kan påvirke i positiv retning imens fraværet av håp vil kunne ha motsatt virkning.

I studien gjort av Kim et al. (2006) kommer det også frem at det finnes ulike måter å håpe på hos kronisk syke. Der identifiseres fem ulike måter. Den første er ekstern orientering, den andre er pragmatisk orientering, den tredje er realistisk orientering, den fjerde er fremtidsorientert og den femte er internalisert orientering. Den eksterne orientering retter mot mennesker rundt en som familie og venner. Den pragmatiske orientering finner håpet i å gjøre «de små ting» i hverdagen. I den realistiske orienteringen bærer håpet preg av å stå i forhold til sykdommen alvorlighetsgrad. I det fremtidsorienterte håpet ser den syke de positive muligheter i fremtiden. I den internaliserte orienteringen er håpet selvorientert og opplevd gjennom humor og beskjed om medisinsk fremgang.

Det kommer også frem av Stein Kaasa (2008) at håp bærer i seg flere dimensjoner som innebærer et menneskes holdning til fremtiden, gjenspeiler en følelse av å bli verdsatt, en følelse av mening og gjenspeiler en transedent dimensjon som strekker seg utover den kjente virkeligheten (eks.liv etter døden). Han forteller videre at håpet endrer seg etter alder og livssituasjon mennesket er i.

Det finnes ikke ett enkelt svar på hva håp er. Det er noe som er viktig for å kunne leve og for å kunne ha det bra imens man lever. Hos palliative pasienter med kreft er håpet muligens mer fremtredende enn hos andre. Ved livstruende sykdom blir håpet viktigere og eksisterer på et mere bevisst plan enn ellers. Håpet blir det som holder en oppe og mangelen på håp kan bli det som tynger en ned og som til og med blir sett på som veien til en raskere død av mange. Dette kommer også frem i studien gjort av Sachs et al. (2012).

3.2.1.1 Det interne håpet

Håpet er en del av det å være menneske og å eksistere. Å bli dødelig syk truer håpet og menneskets eksistens. Mennesket trues av håpløsheten. For å bekjempe sin håpløshet, trusselen mot egen eksistens, må håpet finne nye veier. Mange håper på en kur imens andre håper på å leve så lenge som mulig. Det håpes også på å leve i øyeblikket og ta vare på hverdagens mirakler (Sachs et al. 2012, Reynolds 2008, Elliott og Olver 2009, Olsson et al. 2011, Olsson et al. 2010, Santani et al. 2008, Sæteren et al. 2010, Stajduhar et al. 2010, Mok et al. 2010).

Nordøy et al. (2012) forteller at de vanligste psykiske symptomene som preger den palliative pasienten er angst og depresjon. Hummelvoll (2008) snakker om angst og dens forhold til tilpasningsmekanismer og forsvarsmekanismer. Tilpasningsmekanismer involverer ens fornuftsmessige evner i forsøket på å løse problemer og konflikter, hvordan en møter situasjoner som skaper stress på en realistisk måte. De er bevisste og handlingsorienterte. Ved bruk av forsvarsmekanismer tildekkes angsten for å slippe å oppleve den bevisst. Forsvarsmekanismer er ubevisste og fører til et stivbent handlingsmønster. Ulike forsvarsmekanismer er for eksempel fortregning, rasjonalisering, projeksjon og benekting.

Håpet kan være et resultat av en tilpasningsmekanisme eller en forsvarsmekanisme. Det kan være forsvarsmekanismer i håpet om en kur og et mirakel. Selv om det kommer frem at flere med et håp om kur hadde innsikt i sykdommens prognoser (Elliott og Olver 2009, Olsson et al. 2011). Ett sitat forteller at alle lever i håpet og at en vet aldri om det er en kur rett rundt hjørnet da det var annonsert en annen kur i avisen samme dag (Elliott og Olver 2009, 619). Håpet gir en mening til tilværelsen og en grunn til å fortsette å leve. Å leve litt

lenger er verdifullt og et håp i seg selv og er kanskje en tilpasningsmekanisme. En kvinne sier at hun nå er en bestemor og at det er barnebarnet som har holdt henne i live det siste året. Hun ønsker derfor å leve så lenge som mulig (Sæteren et al. 2010, 815). Denne kvinnen viser også med sitt utsagn at hun lever i øyeblikket. Hun setter pris på stundene hun har med sitt barnebarn. Dette gir henne en grunn til å leve lengere.

Aaron Antonovsky (2012) fokuserer på at for å kunne mestre situasjonen en er i så må en oppleve en følelse av sammenheng. En må oppleve at livet er begripelig, håndterbart og meningsfylt. Opplevelse av sammenheng innebærer at en har tillit til at indre og ytre stimuli er strukturert, forutsigbar og forståelig, og at en har ressurser nok tilgjengelig til å takle krav stimuliene stiller. For å bekjempe angsten og komme seg ut av forsvarsmekanismene og inn i tilpasningsmekanismene må en altså ha en grunnleggende opplevelse av sammenheng i sitt hverdagslige liv. Aksept er et tema som kommer opp i studien. Dette handler om å akseptere sin egen død og sette seg realistiske mål. Det som kommer frem i studien at håpet endret seg etter hvert som døden nærmet seg og flere aksepterte sin død (Eliott og Olver 2009, Stajduhar et al. 2010, Missel og Birkelund 2011, Mok et al 2010, Olsson et al. 2011, Sachs et al. 2012, Reynolds 2008). Stein kaasa (2008) skriver at realistiske mål er essensielt for håpet.

Om en har kommet inn i en stivbent sirkel av håp, vil det være vanskelig å komme seg ut uten hjelp fra andre. Det eksterne håpet er påvirket av mennesker eller hendelser rundt en.

3.2.1.2 Det eksterne håpet

Ved det eksterne håpet menes håpet som er direkte påvirket av mennesker og hendelser som er rundt den palliative pasienten med kreft. Mye fokuserer på samtalen mellom den syke og helsearbeideren eller familien. Men det finnes aspekter i håpet som involverer de eksternes velbefinnende og væremåte. Håpet kan også påvirkes av en åndelig tro (Eliott og Olver 2009, Missel og Birkelund 2011, Mok et al. 2010, Sachs et al. 2012, Reynolds 2008, Olsson et al. 2010, Sæteren et al. 2010, Olsson et al. 2011).

Familien er av stor betydning for den syke. Det kommer også frem i kim et al. (2006) sine studier hvor tilstedeværelse av familie og venner kommer under håpsmåten internalisert

orientering. Antonovsky (2012) beskriver tre elementer som øker en følelse av sammenheng i livet, noe som igjen gir en økt mulighet for mestring. Rustøen og Wahl (2008) sier håpet er sterkt knyttet opp mot mestring. Antonovsky (2012) mener en av disse tre elementene er at livet må oppleves håndterbart. Det at livet er håndterlig betyr at en opplever at en har tilstrekkelige ressurser til å takle kravene en er stilt ovenfor. I denne studien kommer det frem at familien er en viktig støttespiller som øker håpsfølelsen og at fraværet av denne har motsatt effekt. En kan anta at tilstedeværelsen av familien er med på å gi den syke en følelse av at livet er håndterlig og dermed øke håpet hos den syke. Et annet element i Antonovskys (2012) teori om opplevelse av sammenheng for å oppnå mestring er at livet skal oppleves meningsfylt. I dette begrepet ligger det at kravet oppleves som viktig for personen og gir mening, noe som er verdt å engasjere seg i. Å håpe kan i mange tilfeller være synonymt med å sette seg mål. En kvinne nevner i studien at hun er blitt bestemor og at barnebarnet har holdt henne i live til nå og at hun håper hun kan være tilstede for dette barnet lengere (Sæteren et al. 2010, 815). Familien til denne kvinnen blir dermed noe som oppleves meningsfullt og verdt å engasjere seg i. Familien vil dermed også være med på å øke mestring og håp ved å påvirke følelsen av at livet er meningsfylt.

Det kommer frem i min studie at helsearbeideren også er en viktig støttespiller for mange palliative pasienter med kreft. Med sin handlemåte og fremtoning kan helsearbeideren påvirke håp i både positiv og negativ retning. Ved å snakke om liv og død på en sensitiv måte som formidler respekt og åpner for håp kan helsearbeideren styrke håpet (Stajduhar et al. 2010, Sæteren et al. 2010, Reynolds 2008, Elliott og Olver 2008, Olsson et al. 2010). Per definisjon er palliativ behandling forankret i å behandle plagsomme symptomer for å opprettholde pasientens livskvalitet (Nordøy et al. 2012). Livskvalitet er et overordnet ord. For å oppnå livskvalitet er det mye som skal være på plass. Håp er en bærende enhet i livskvaliteten. Tilstedeværelsen av håp vil øke opplevelsen av livskvalitet. Ett element i Antonovsky (2012) sin teori om opplevelse av sammenheng for å oppnå mestring, er at livet må oppleves som begripelig. Ved begripelig menes i hvilken grad stimuli en utsettes for oppleves som kognitivt forståelig, velordnet, sammenhengende, strukturert og at informasjon gitt er klar og tydelig. Her mener jeg at helsearbeideren kan spille en stor rolle. I min studie viser det seg at informasjon skal gis flere ganger og på flere ulike måter og til ulike tider. Samtidig så er det ikke alle pasienter som ønsker all informasjon og er redd for at for mye informasjon kan knuse håpet (Stajduhar et al. 2010). Det å gi informasjon men samtidig åpne for realistiske håp er funnet å virke positivt for den syke

(Stajduhar et al. 2010, Olsson et al. 2010). Benner og Wrubel (2001) sier at sykepleieren er en av de profesjonene som har mest å gjøre med forholdet mellom lidelse og sykdom hos den syke. De forteller videre at den menneskelige opplevelse av lidelse påvirker sykdommen gjennom håp, frykt, fortvilelse eller fornektelse. Travelbee (1999) mener at en opplever håpløshet når en har lidd mentalt, fysisk eller åndelig for intenst og altfor lenge uten hjelp eller opphør i lidelsen. Mine studier viser også at en opplever håpløshet i perioder av sin kreft sykdom. Travelbee (1999) mener derfor at håp til en viss grad er avhengig av vissheten om at en får hjelp fra andre som sykepleiere eller andre helsearbeidere. Travelbee (1999) og Kaasa (2008) sier videre at måten helsearbeiderne kan hjelpe på er å gjøre seg tilgjengelig og villig til å snakke med den syke om det den er opptatt av, og problemene slik den syke selv oppfatter dem.

I studie av Mok et al (2010) og Duggleby et al. (2010) blir det sett på pasientens håp fra et sykepleie perspektiv. Her finner de at helsearbeideren/sykepleieren påvirker pasienten gjennom sitt eget håp. Det er viktig for pasienten at sykepleieren har håp. En viktig funksjon for sykepleieren er å hjelpe den palliative pasienten og deres familie med å forstå at det finnes mange ulike typer håp. Mok et al. (2010) fant at helsearbeidere forventet å se håpløshet hos palliative pasienter. Flere av helsearbeiderne i denne studien så ofte at håp var en dynamisk prosess hvor håpløshet og håp eksisterte nærmest parallelt hos en pasient. I denne studien fant de også at de som ble innlagt på palliativt senter og opplevd som håpløs ved innleggelse, ble etter innleggelse og tverrfaglig omsorg opplevd som mere håpefulle. Dette kommer også frem i min studie hvor de palliative pasientene opplevde at håpet økte etter å ha kommet inn på pleie hjem fordi de følte seg hørt og sett og ikke gikk opp av helsepersonell. I den samme studien til Mok et al. (2010) ble det også funnet at helsearbeiderne opplevde at under det siste stadiet av livet var fred det ultimate håpet. I min studie ble det ikke kartlagt bestemt håp i de aller siste levedøgn. Dette er nok på grunn av at studien min hadde pasient perspektiv og det vil være vanskelig for den syke å delta i en studie på slutten av sitt liv. Studien min viser også at håp og håpløshet er dynamisk. I en palliativ situasjon kan en pasienten oppleve både håp og håpløshet.

Både Travelbee (1999) og Kaasa (2008) snakker om håpløshet som tilknyttet til håpet. Travelbee skriver at en som opplever håpløshet er uten håp imens Kaasa skriver at dette i noen tilfeller er feilaktig. Han mener at den håpløse er sterkt knyttet opp mot et bestemt håp, men et uoppnåelig håp. Travelbee skriver at håpløshet oppstår når den syke har lidt

mentalt, fysisk eller åndelig for intenst og altfor lenge uten hjelp eller opphør i lidelsen. Håp er derfor til en viss grad avhengig av vissheten om at en får hjelp fra andre som sykepleiere og andre helsearbeidere. Dette kan sykepleieren gjøre ved å gjøre seg tilgjengelig og villig til å snakke med den syke om det den er opptatt av, og av problemene slik den syke selv oppfatter dem. Dette fremkommer også i det Stein Kaasa skriver men hos han er også aspekter som smertelindring, realistiske mål og tilstedeværelse av en aktiv åndelig tro og praksis, utpekt som essensiell for håpet.

4.0 Konklusjon

Det er flere begrensninger til denne studien. Søket etter artikler kunne vært enda grundigere og omfanget flere databaser. Studien ble utført av en person noe som kan ha påvirket kvalitetssikringen av syntesen. Funn ble oversatt til norsk for bedre oversikt og forståelse av materialet, men i oversettelsen kan ord ha blitt tolket feil. Føler likevel at resultatet tross sine begrensninger er av god kvalitet.

Håpet er essensielt for livet. Familien er en viktig støttespiller for den palliative pasienten med kreft. Som helsearbeidere skal en styrke håpet og fremme livskvalitet i den palliative periode. Sykepleiere må se og lytte til hva pasientene selv sier er viktig for dem og være var på hva som ønskes av informasjon. Helsearbeiderens eget håp påvirker pasientens håp. Dette gjør at det er viktig for helsearbeidere å reflektere over eget håp og også beholde håpet selv.

Anbefalt fremtidig forskning på håp hos palliative pasienter med kreft men også palliative pasienter med annen sykdom. For å undersøke informasjon tilgjengelig før oppstart av litteraturstudie gjorde jeg søk på håp og ulike diagnoser. Det finnes lite forskning på håp hos palliative pasienter og spesielt lite finnes det på håp hos andre diagnoser enn kreft som hjertesvikt, kols og als. Videre finnes det lite forskning på helsearbeiderens håp sett fra helsearbeider og pasient perspektiv og hvordan denne påvirker pasienten og hvordan sykepleieren forstår pasientens håp.

Litteraturliste

- Antonovsky, Aaron. 2012. *Helsens mysterium- den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Benner, Patricia og Judith Wrubel. 2001. *Omsorgens betydning i sygepleie: stress og mestrings ved sundhed og sygdom*. København: Munksgaard.
- Duggleby, Wendy, Lorraine Holtslander, Megan Steeves, Shanda Duggleby-Wenzel og Shannon Cunningham. 2010. Discursive meaning of hope for older persons with advanced cancer and their caregivers. *Canadian journal on aging*. 29(3): 361-367.
- Elliott, A. Jaklin og Ian N. Olver. 2009. Hope, life, and death: a qualitative analysis of dying cancer patients' talk about hope. *Death studies*. 33: 609-638.
- European Association for Palliative Health Care. 2013. *Tema: Definition Palliative Care*. <http://www.eapcnet.eu/Corporate/AbouttheEAPC/Definitionandaids.aspx> (lest 11.11.13).
- Evans, David. 2002. Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian journal of advanced nursing*. 22(2): 22-26.
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengstrøm. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier- vardering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.
- Helsedirektoratet. 2013. *Tema: Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-/Publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-for-palliasjon-i-kreftomsorgen.pdf> (lest 11.11.13).
- Høgskolen i Molde, avdeling for helse- og sosialfag. 2013. *Fordypningsoppgave- videreutdanning i omsorg ved alvorlig sykdom og død*. Molde: Høgskolen i Molde.
- Hummelvoll, Jan Kåre. 2008. *Helt - ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kreftregisteret. 2013. *Tema: Fakta om kreft*. <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/> (lest 16.01.14).
- Kunnskapssenteret. 2013. *Tema: sjekklister for vurdering av forskningsartikler*. <http://www.kunnskapssenteret.no/verkt%C3%B8y/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler> (lest 29.01.14).
- Kaasa, Stein. 2008. *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Kim, Dal Sook, Hesook Suzie Kim, Donna Schwartz-Barcott og Donna Zucker. 2006. The nature of hope in hospitalized chronically ill patients. *International journal of nursing studies*, 43(5): 547-556.
- Markussen, Kristin. 2004. Lesing og vurdering av forskningsartikler. *Tidsskriftet sykepleien*. 6: 40-44.

- Missel, Malene og Regner Birkelund. 2011. Living with incurable oesophageal cancer. A phenomenological hermeneutical interpretation of patients stories. *European journal of oncology nursing*. 15: 296-301.
- Mok, Esther, Ka-po Lau, Wai-man Lam, Lai-ngor Chan, Jeffrey Ng og Kin-sang Chang. 2010. Health care professionals perspective on hope in the palliative care setting. *Journal of palliative medicine*. 13(7): 877-883.
- Mok, Esther, Wai Man Lam, Lai Ngor Chan, Ka Po Lau, Jeffrey SC NG og Kin Sang Chan. 2010. The meaning of hope from the perspective of Chinese advanced cancer patients in Hong Kong. *International journal of Palliative Nursing*. 16(6): 298-305.
- Nordtvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Liv Merete Reinart. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Nordøy, Tone, Rune Svensen, Magnar J Johansen, Marjolijn Buitink, Bente Ervik, Ulf Asebø, Kathrine Magnussen og Jens Boge. 2012. *Håndbok i lindrende pleie*. Tromsø: Universitetssykehuset i Tromsø.
- Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste 2014. Tema: Publiseringkanaler. <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringkanaler/KanalTreffliste.action?enkeltSok=oncology&so k.avansert=false&treffliste.tidsskriftTreffside=1&treffliste.forlagTreffside=1&treffliste.vis=true> (Lest 04.01.14).
- Olsson, Louise, Gunnel Ostlund, Peter Strang, Eva Jeppson Grassman og Maria Friedrichsen. 2010. Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative home care. *International journal of palliative nursing*. 16 (12): 607-612.
- Olsson, Louise, Gunnel Ostlund, Peter Strang, Eva Jeppson Grassman og Maria Friedrichsen. 2011. The glimmering embers: Experiences of hope among cancer patients in palliative home care. *Palliative and supportive care*. 9: 43-54.
- Rustøen, Tone og Astrid Klopstad Wahl. 2008. *Ulike tekster om smerte- fra nocisepsjon til livskvalitet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sachs, Emily, Elissa Kolva, Hayley Pessin, Barry Rosenfield og William Breitbart. 2012. On sinking and swimming: the dialectic of hope, hopelessness, and acceptance in terminal cancer. *American journal of hospice and palliative medicine*. 30(2): 121-127.
- Santani, Michael, Gil Svheier og Larry Stitt. 2008. Level and direction of hope in cancer patients: an exploratory longitudinal study. *Support care cancer*. 16: 493-499.
- Stajduhar, Kelli I, Sally E Thorne, Liza McGuinness og Charmaine Kim-Sing. 2010. Patients perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. *Journal of clinical nursing*. 19: 2039-2047.
- Sæteren, Berit, Unni Å Lindstrom og Dagfinn Nåden. 2010. Latching onto life: living in the area of tension between the possibility of life and the necessity of death. *Journal of clinical nursing*. 20: 811-818.
- Travelbee, Joyce. 1999. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Reynolds, Mary Anne Hales. 2008. Hope in adults, ages 20-59, with advanced stage cancer. *Palliative and supportive care*. 6: 259-264.

Vedlegg 1

Forfattere	Tittel	Hensikt	Metode / Instrument	Deltagere / frafall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
<p>Sætere n, Berit, Unni Å Lindstrøm og Dagfinn Nåden. 2010 Norge Journal of clinical Nursing -</p>	<p>Latching onto life: living in the area of tension between the possibility of life and the necessity of death.</p>	<p>Presentere resultater fra stor skala hermeneutisk forskning med fokus på å oppnå en dypere forståelse av helse og lidelse på grunn av en alvorlig kreft sykdom.</p>	<p>Hermeneutisk design med utgangspunkt i Gadamers ontologiske hermeneutikk. Intervju</p>	<p>15 deltakere med palliativ kreftsykdom. Ingen frfall.</p>	<p>1.Et ønske om å ha kontroll over eget liv selv om sykdom fremskredet og behovet for hjelp øker 2.Et indre ønske om å leve normalt og oppleve håp og mening 3.Motsetning mellom faktisk situasjon og ønsket situasjon.</p>	<p>Ja</p>	<p>Høy kvalitet nivå 2</p>
<p>Jaklin A. Eliott og Ian N. Oliver 2009 Australia Death studies-</p>	<p>Hope, life and death: a qualitative analysis of dying cancer patients' talk about hope</p>	<p>Hva sier døende pasienter om håp og hvordan de snakker om håp og i hvilken grad de snakker om det</p>	<p>Personlig intervju</p>	<p>28 døende pasienter under behandling på sykehusets kreft avdeling</p>	<p>1. Håp som essensielt for å leve 2. Håp beskrevet som noe som kan være tilstede i ulike mengder 3. Håpet for kur mot slutten selv om døden er</p>	<p>ja</p>	<p>Høy kvalitet nivå 1</p>

					<p>godtatt</p> <p>4. Håpet å leve lengere og uten smerte</p> <p>5. Håpet endrer seg gjennom livet</p> <p>6. Håp om at de etterlatte skal ha det bra.</p>		
<p>Esther Mok, Wai Man Lam, Lai Ngor Chan, Ka Po Lau, Jeffrey SC Ng og Kin Sang Chan.</p> <p>2010</p> <p>Kina.</p> <p>International Journal of palliative nursing</p>	<p>The meaning of hope from the perspective of Chinese advanced cancer patients in Hong Kong.</p>	<p>Utforske meningen av håp hos palliative kreftpasienter i Kina, Hong Kong.</p>	<p>Kvalitativ metode med semistrukturerte intervju.</p>	<p>17 deltakere fra 49 til 84 år.</p>	<p>Håp består av fem komponenter : leve et normalt liv, sosial støtte, aktivt gi slipp på kontroll, forsoning mellom liv og død og viktige andres velvære.</p>	<p>Ja</p>	<p>Høy kvalitet nivå 1</p>

<p>Mary Anne Hales Reynolds. 2008 USA Palliative and supportive care</p>	<p>Hope in adults, ages 20 – 59, with advanced stage cancer</p>	<p>Beskrive håp som definert og opplevd av unge og middelaldrene med avansert kreft</p>	<p>Beskrivende longitudinell kvalitativ forskning. Intervju</p>	<p>12 deltakere. 2 frafall</p>	<p>Høyt nivå av håp på begynnelsen av studien. Håp skår endret seg ikke over tid men varierte i innhold. Fire kvaliteter forbundet med høyt håp var: sterk spirituelle tro, vedlikehold av positiv holdning, balansere kreft symptom, tilstedeværelse av støttende ressurs personer.</p>	<p>Antas ja</p>	<p>Bra Nivå 1</p>
<p>Louise Olsson, Gunnel Østlund, Peter Strang, Eva Jeppsso n, Maria Friedrichsen. 2011 Sverige Palliative and</p>	<p>The glimmering embers: Experience s of hope among patients in palliative home care</p>	<p>Utforske hvordan pasienter med kreft i palliativ hjemme pleie opplever nødvendigheten av håp og og bruker håp i 6 uker mot slutten av sitt liv, og vurdere symptom og håp disse ukene</p>	<p>Intervju og dagbok</p>	<p>11 deltakere med kreft i palliativ fase, som mottar hjemmepleie eller fått palliativ pleie konsultasjon Frafall: 2</p>	<p>1. Kreasjonen av «overbevist håp» med fokus på positive hendelser for å se frem til noe. 2. Kreasjonen av «simulert håp» med mangel på realisme og forsøk på å tro på urealistiske håp. 3. Ta vare på øyeblikk med</p>	<p>ja</p>	<p>Høy kvalitet nivå 1</p>

supportive care-					håp, uttrykk som «å gripe dagen» 4. «Gradvis utslettet» håp, mangel på energi og følelse av tid.		
Michael Sanatani, Gil Schreier, Larry Stitt 2007 Canada Support cancer care-	Level and direction of hope in cancer patients: an exploratory longitudinal study	Er det en forskjell i nivået av håp hos kurative og palliative pasienter, og hvordan forandres dette over tid?	Herth hope Index questionnaire og intervju: spørsmål om hva som er deres høyeste håp.	50 pasienter hvor 29 var kurative og 21 palliative Frafall: 14 palliative igjen ved oppfølging	Høyeste håp var: kur, andre positive helse utfall, emosjonell velbefinnende, tilbake til normalt liv, flere. Ingen betydelig forskjell på palliative og kurative pasienters høyeste håp. Ingen stor forskjell på HHI hos kurative og palliative. Kun stigning av håp hos palliative når håp om kur forsvant.	ja	Bra nivå 1
Louise Olsson, Gunnel Østlund, Peter Strang, Eva Jeppson Grassman, Maria Friedric	Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative home care.	Rapporterer sosiale og psykososiale prosesser som 11 kreft pasienter i hjemmesykepleien brukte for å holde håpet	Intervju og dagbok	11 pasienter med kreft som mottar hjemmesykepleie. Frafall: 6, av disse 2 på intervju og 4 på dagbok	To hovedprosesser: holde på livet og forberede seg til døden. Hjelpsomt å involvere andre i samme situasjon i sine samtaler om livet og	ja	Høy kvalitet nivå 1

hsen 2010 Sverige Internat ional Journal of Palliativ e nursing-		levende.			døden når de fokuserte på å beholde livet. Å forberede seg på døden var å ta ansvar for sin fremtid og til å og med se muligheten av å fortsette å leve etter sin død		
Kelli I. Stajduh ar, Sally E. Thorne, Liza McGuin ness og Charma ine Kim- Sing 2010 Canada Journal of nursing and healthc are of chronic illness.-	Patient perception s of helpful communica tion in the context of advanced cancer	Hva synes pasienter med avansert kreft er hjelpsomt i deres kommunik asjon med helsearbeid ere	Sekundær analyse av kvalitativ data samlet inn ved hjelp av intrvju	34 pasienter	Nøkkelpomp onenter: tid, omsorg, vedkjenne frykt og balansere håp og ærlighet når informere.	ja	Høy kvali tet nivå 1
Malene Missel, Regner Birkelu nd	Living with incurable oesophage al cancer. A phenomen ological hermeneut	Innsikt i hvordan pasienter med spiserørskr eft opplever å	Fenomeno logisk hermeneu tisk med fortellend e intervju	5 pasienter	Fra sykdomsdeb ut med fornektelse, ens egen mistenksomh et,	ja	Høy kvali tet - nivå 1

2010 Danmark European Journal of Oncology Nursing	ical interpretation of patient stories	leve med sykdommen, og forståelse av deres situasjon, virkelighet fenomener i deres virkelighet			eksistensielt omvelde, fortvilelse, håp, kroppen, godtakelse av den ugjenkallelige kroppen, godkjennelse av døden, livs fenomen, forhold og uavhengighet sfølelse,		
Emily Sachs, Elissa Kolva, Hayley Pessin, Barry Rosenfeld, William Breitbart. 2012 USA American Journal of Hospice & Palliative Medicine-	On sinking and swimming: The dialectic of hope, hopelessness and acceptance in terminal cancer	Utforske forholdet mellom håp og håpløshet hos pasienter med avansert kreft og identifisere faktorer som vedlikeholder håpet og øker sårbarhet til håpløshet.	Semistrukturerte intervju	22 terminalt kreftsyke. Frafall 20, kun 2 i live ved studiens avslutning.	Håp og håpløshet eksisterte ofte side om side. Forholdet mellom håp og håpløshet balanserte ofte på akseptasjon.	Antas ja	Høy kvalitet nivå 1

Vedlegg 2

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
<p>Palliative Care or Pallia* or death or dying or die or terminal care or terminal* or end of life</p> <p>AND</p> <p>Limit to (yr=2008-current) and (danish or swedish or english or norwegian) and last 5 years</p> <p>AND</p> <p>Nurs* or nurses or nurse</p> <p>AND</p> <p>Hope</p> <p>AND</p> <p>cancer</p>	13.11.2013	Ovid Medline	34	21	6	4
<p>Palliative Care or Pallia* or death or dying or die or terminal care or terminal* or end of life</p> <p>AND</p> <p>Limit to (yr=2008-current) and (danish or swedish or english or norwegian)</p>	15.01.14	Ovid Medline	90	35	6	2

and last 5 years AND Patient* AND Hope AND Cancer						
Cancer AND Hope AND Patient AND Pallia*	15.01.14	Proquest	6583	42	9	4
Totalt				107	26	10