

Ta ikke håpet fra meg

– Hvordan kan sykepleier fremme håp hos pasienter med  
uhelbredelig kreftsykdom?

Kandidatnummer: 153

VID vitenskapelige høgskole Diakonhjemmet

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 13Sykkel

Antall ord: 10648

17. mars 2016

## **Sammendrag**

**Hensikt:** Finne ut hva som fremmer håp hos uhelbredelig syke voksne kreftpasienter i sykehus, og hvordan sykepleier kan bidra til å fremme håp.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleier fremme håp hos uhelbredelig syke kreftpasienter?

**Metode:** Prinsippene fra systematisk litteraturstudie.

**Funn og konklusjon:** Håp er viktig for å mestre å leve med sykdommen. Dersom sykepleier oppretter et tillitsforhold med pasienten, viser høflighet og engasjement og lar pasienten dele tanker, følelser og minner med henne kan det fremme det håp. Å hjelpe pasienten til å akseptere situasjonen kan bidra til at pasienten finner realistiske og oppnåelige håp. Det er også viktig at sykepleier erkjenner ønsker og drømmer så pasienten ikke mister håp. Ved å avdekke pasientenes individuelle håp, kan hun iverksette tiltak som fremme håpet til den enkelte. Lindring av fysiske smerter er helt grunnleggende for å fremme håp. Sykepleierens holdning, handling og kommunikasjon kan avgjøre om pasienten opplever håp eller håpløshet.

## Innholdsfortegnelse

1	Innledning .....	5
1.1	Presentasjon av problemstilling .....	5
1.2	Avgrensninger og presisering .....	6
1.3	Oppgavens disposisjon .....	7
2	Teori.....	8
2.1	Kreft.....	8
2.1.1	Behandling i den palliative fasen .....	9
2.1.2	Å leve med kreft.....	10
2.1.3	Reaksjoner i møte med alvorlig sykdom.....	10
2.1.4	Håp hos kreftpasienter.....	11
2.1.5	Kartlegging av håp hos kreftpasienter.....	12
2.2	Definisjoner av håp.....	12
2.2.1	Dufault og Martocchios definisjon på håp .....	12
2.2.2	Travelbees definisjon på håp.....	13
2.2.3	Travelbees definisjon på håpløshet .....	14
2.3	Den profesjonelle sykepleier og pasienten .....	14
2.3.1	Den profesjonelle sykepleierens rolle .....	14
2.3.2	Menneske-til-menneske-forhold .....	15
2.3.3	Kommunikasjon .....	15
3	Metode .....	18
3.1	Systematisk litteraturstudie som metode .....	18
3.2	Beskrivelse av søkeprosessen.....	18
3.2.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	20
3.2.2	Utvelgelse av artikler .....	21
3.3	Metode- og kilderefleksjon.....	21
3.4	Etiske overveielser.....	22
4	Presentasjon av funn .....	23
4.1	Artikkel nr. 1.....	23
4.2	Artikkel nr. 2.....	24
4.3	Artikkel nr. 3.....	27
4.4	Artikkel nr. 4.....	28
5	Drøfting.....	30

5.1	Relasjoners innvirkning på håpet: sykepleier – pasient – pårørende.....	30
5.2	Aksept og håp .....	33
5.3	Håp i form av mål og ønsker for fremtiden .....	35
6	Konklusjon.....	38
	Litteraturliste .....	39

# 1 Innledning

Kreftsykdommer er blant de vanligste sykdommene i Norge, og antall krefttilfeller er antatt å øke med ca. 30 % frem mot år 2020 (Cancer in Norway 2014:1; Lorentsen og Grov 2010:401). Bedre behandlingsmetoder gjør at flere lever lenger med sykdommen. Dette medfører imidlertid at pasienter med behov for palliativ behandling, pleie og omsorg øker (Aass m.fl. 2015:12). Forskning viser at håp er svært viktig for alvorlig syke kreftpasienter, da håp er knyttet til livskvalitet og evnen til å mestre å leve med sykdommen (se blant annet Herth 1989; Hickey 1986 gjengitt av Chi 2007:415; Moadel m.fl. 1999; Rustøen 2001:13). Gjennom praksis i sykepleiestudiet har jeg møtt mennesker med alvorlige sykdommer, hvorav kreft har vært én av dem. Møtene har gjort sterke inntrykk og har fått meg til å reflektere over hva som holder disse menneskene oppe. Det har gått opp for meg at *håpet* har en sentral betydning for disse pasientene. I følge yrkesetiske retningslinjer punkt 2.2, har sykepleieren et viktig ansvar for å hjelpe pasienten med å understøtte håp, samt mestring og livsmot (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere 2011:9). Håp kan relateres til mange sider ved livet, men hva innebærer egentlig begrepet? Jeg synes begrepet er vanskelig angripelig, men som *sykepleier* er det viktig å ha kjennskap til håpets betydning, noe de yrkesetiske retningslinjene understreker.

Med denne oppgaven ønsker jeg å tilegne meg mer kunnskap om hva håp innebærer og betyr for pasienter som har døden nært forestående, slik at jeg som fremtidig sykepleier kan bidra til å fremme håp hos mennesker i livssituasjoner hvor håpet er av stor betydning.

## 1.1 Presentasjon av problemstilling

Oppgaven har derfor følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier fremme håp hos pasienter med uhelbredelig kreftsykdom?

Med denne problemstillingen ønsker jeg både å undersøke hva uhelbredelig syke kreftpasienter opplever at fremmer håp og hvordan sykepleier kan bidra med dette.

## 1.2 Avgrensninger og presisering

Håp er et universelt fenomen. Håpets betydning diskuteres derfor uavhengig av hva slags kreftdiagnose pasienten har. Med utgangspunkt i oppgavens problemstilling belyses viktige aspekter i møtet mellom sykepleier og pasient. Det å fremme håp defineres som *å utføre handlinger som gir positive tanker og følelser hos pasienten* (min personlige definisjon). I dette arbeidet kan det også være nyttig å ha kunnskap om hva som hemmer håp. Oppgaven belyser derfor håpløshet og tilfeller hvor dette oppstår.

Utgangspunktet for oppgaven er situasjoner hvor sykepleier møter pasienten på sykehus – ikke ved hjemmebesøk i hjemmesykepleien eller på hospice. Oppgaven tar for seg pasienter av begge kjønn i alderen 18 år og eldre.

Det å være uhelbredelig syk vil si å være dødssyk, men ikke nødvendigvis døende her og nå (Mathisen 2011:303). Oppgaven tar for seg kreftpasienter i den *palliative fasen*, definert som de siste 9- 12 månedene av livet (Aass m.fl. 2015:11). Palliativ behandling må starte tidlig i forløpet, før pasientene blir ekstremt redusert og er døende, og gis i form av livsforlengende eller symptomlindrende behandling (Aass m.fl. 2015:11-12; Lorentsen og Grov 2010:425). Oppgaven vil gjøre rede for palliativ pleie og behandling, men vil fokusere på håpsfremmende tiltak fra og med 9-12 måneder *før* og frem til pasientens død.

Begrepene *palliativ pleie – og behandling* og *lindrende pleie – og behandling* har samme betydning (Aass m.fl. 2015:13; Bertelsen, Hornslien og Thoresen 2011:142), og vil brukes om hverandre i denne oppgaven. I tillegg refereres det konsekvent til sykepleieren som *hun* og pasienten som *han*.

### **1.3 Oppgavens disposisjon**

Teoridelen gjør rede for sykdommen kreft, palliativ behandling og hvordan det oppleves å leve med kreft. Deretter presenteres begrepet håp gjennom Dufault, Martocchio og Travelbees definisjoner. Metodedelen beskriver hvordan jeg har gått frem for å finne relevant forskning, og funndelen presenterer resultatene fra de inkluderte forskningsartiklene.

Drøftingsdelen drøfter oppgavens problemstilling opp mot oppgavens funn- og teoridel og annen relevant litteratur. Konklusjonsdelen svarer, med bakgrunn i teori, funn og drøfting, på oppgavens problemstilling.

## 2 Teori

Artikler som er benyttet innledningsvis i denne oppgaven og i teorikapittelet er funnet ved å søke i Cinahl, på søkerordene; *communication AND hop\* AND nurs AND cancer\**. I tillegg er artikler hentet fra kildelister i relevante bøker og kildelister i relevante artikler. Bøker som er brukt i oppgaven er funnet ved å søke i skolebibliotekets database Oria, på ordene; *kreft, håp, kreft og håp og hope and dying*. Både skolens og andre høyskole-biblioteker er benyttet for å finne relevant stoff. Sykepleierstudiets pensumbøker er også benyttet i arbeidet med oppgaven.

### 2.1 Kreft

Tumor er betegnelsen på hevelse eller knutedannelse i et organ. Det skilles mellom *benigne* og *maligne tumorer*. Benigne tumorer er godartede svulster som normalt ikke forårsaker død, mens maligne tumorer er ondartede svulster som har evnen til å forårsake død. Når tumoren eller svulsten er ondartet betegnes det ofte som cancer eller kreft. Årsaken til hvordan kreft oppstår er ikke fullstendig klart. Det man vet er at kreft oppstår i én celle i kroppen, hvor det har skjedd genskader (mutasjoner). Når en celle med genskader deler seg ved normal celledeling, vil genskadene videreføres til dattercellene. Etersom celledelingen fortsetter, vil antall genskader i dattercellene gradvis øke. Til slutt oppstår en celle med tilstrekkelige skader til å få egenskaper tilsvarende en ondartet kreftcelle. Kreftceller skiller seg fra normale celler ved at de har ukontrollert cellevekst, evne til å bevege seg inn i omkringliggende vev, og evne til å spre seg via kroppshuler eller lymfe- og blodbaner til andre organer. Kreftcellen kan på denne måten danne dattertumorer helt andre steder i kroppen. Dette kalles metastasering. Når metastase oppstår forverres prognosen. Tumorer som vokser langsomt er lettere å behandle enn tumorer som er mer aggressive og vokser hurtig. Dette vil også påvirke prognosen til pasienten (Bertelsen, Hornslien og Thoresen 2011:124-130,143).

I 2014 var det 31 651 som fikk en kreftdiagnose (Kreftregisteret 2016). Faktorer som har betydning for utviklingen av kreft er mange, og det oppdages stadig nye. Man kan dele inn faktorene i eksterne, for eksempel solstråling, - og arvelige faktorer (ibid.:130-132). Risikoen for å utvikle kreft øker med alderen (Cancer in Norway 2014:5), og sigaretttrøyk, alkohol, kosthold, overvekt, lavt aktivitetsnivå samt økt levealder har en sammenheng med den økende



forekomsten (Kreftregisteret 2016). I 2014 døde 10 971 av kreft i Norge, noe som tilsvarte omtrent 25 % av alle dødsfallene (Cancer in Norway 2014:6; Kreftregisteret 2016).

### **2.1.1 Behandling i den palliative fasen**

I sykehus er ca. 95 % av pasientene i palliative enheter kreftpasienter (Aass m.fl. 2015:12).

Omtrent alle kreftpasienter trenger behandling for å lindre smerter og andre plagsomme symptomer de siste levemånedene (ibid.:11). Palliativ behandling gis når det ikke er mulig å kurere kreftsykdommen, og formålet med behandlingen er å lindre plagene som kreftsykdommen gir. Behandling omfatter stort sett de samme behandlingsmetodene som ved kurering av kreft, og kan gis i form av kirurgi, strålebehandling, cytostatika (cellegift), antistoffbehandling og antihormonbehandling, samt ulike former for medikamentell smertelindring (Aass m.fl.:13; Bertelsen m.fl. 2011:135 og 141). Både kreft i seg selv og behandlingen kan gi en rekke fysiologiske plager og bivirkninger som blant annet hårtap, kvalme, diaré, obstipasjon, endret smak, vektreduksjon, anemi, tretthet, nedsatt allmenntilstand, nedsatt appetitt, tørre slimhinner og smerter (Bertelsen m.fl. 2011:135-144).

Helsedirektoratets definisjon på palliativ behandling lyder som følger;

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet. (European Association for Palliative Care, EAPC, og Verdens helseorganisasjon (WHO), gjengitt av Aass m.fl.2015:11).

I forbindelse med offentliggjøring av denne definisjonen, ble det i 2011 utarbeidet noen prinsipper av Verdens helseorganisasjon (WHO) som kjennetegner kulturen i palliativ pleie. Prinsippene innebærer blant annet å ha en helhetlig tilnærming og respekt overfor den døende pasienten, samt hans eller hennes nærmeste. Åpen kommunikasjon og informasjonsutveksling anses som viktige prinsipper, og sykepleieren skal aktivt og målrettet ivareta symptomlindring i forhold til pasientens diagnose og forløp (Aass m.fl.2015:11).

### **2.1.2 Å leve med kreft**

I arbeidet med å fremme håp hos uhelbredelig syke er det viktig at sykepleiere har kjennskap til hvordan det er å leve med kreft. De tre neste underkapitlene vil derfor presentere pasientens side.

Noen av de som er uhelbredelig syke har vært igjennom ulike faser i løpet av sykdomsforløpet; prediagnostisk fase, diagnostisk fase, behandlingsfase, remisjonsfase (forbigående bedring), rehabiliteringsfase, og fase med tilbakefall. Fasene innebærer en rekke fysiske plager samt emosjonelle, åndelige og sosiale endringer (Utne 2010:244).

Uhelbredelig syke kreftpasienter i sykehus kan ved siden av fysiske plager, oppleve lidelser i form av økende maktesløshet, tiltakende ensomhetsfølelse og isolering. Travle sykepleiere kan bidra til at pasienten føler seg som en byrde og at psykososiale behov blir lite ivaretatt (Rydahl-Hansen 2005:218). Pasienter i kreftavdelinger på sykehus kan også oppleve det vanskelig å snakke med sykepleiere om følelser knyttet til behandling og fremtid, og de ønsker ikke alltid å snakke om slike temaer (Kvåle 2007:320). Sykdommens og behandlingens uforutsigbarheter styrer livskvaliteten, og gjør at dagene blir svært ulike. Mange opplever i denne sammenheng en uovervinnelig kamp for å gjenvinne kontroll over livet (Rydahl-Hansen 2005:218). De ulike rollene man har i livet kan være vanskelige å opprettholde når en er alvorlig syk, og det å være innlagt på sykehus kan true både verdier og interesser. Det er også utfordrende med sosiale situasjoner da pasienten stadig kan bli minnet på at egne resurser er mangelfulle og at deres liv er fjernt fra virkeligheten. Følelser som ensomhet og meningsløshet er i slike sammenhenger ikke uvanlig (ibid.). Som uhelbredelig syk kan virkeligheten også oppleves veldig ulik fra hvordan andre opplever den (Yates 1993, gjengitt av Rustøen 2001:43-44).

### **2.1.3 Reaksjoner i møte med alvorlig sykdom**

For de fleste vil en kreftsykdom medføre en krise, og mange vil ha ulike reaksjoner foregående samtidig. Den amerikanske psykiateren Elisabeht Kübler- Ross er den første som kategoriserte reaksjonsmønstrene i et sorgforløp gjennom intervjuer med kreftpasienter på 1960- og 70-tallet (Myskja 2005:20). Følgende reaksjonsmønstrene ble avdekket: Sjokk og fortrenning, sinne og aggresjon, kjøpslåing og selvoppofrelse, fortvilelse og depresjon, og aksept og erkjennelse. Hvis pasienten får tid og hjelp til å bearbeide de foregående stadiene,

kan han nå stadiet med aksept og erkjennelse, hvor han verken er sint eller deprimert over sin skjebne. Dette forutsetter at døden ikke skjer uventet eller plutselig (Kübler-Ross 2008:101-102).

Aksept er den minst vanlige reaksjonen på sykdom og lidelse (Travelbee 1999:109). Den som viser aksept tar imot sykdommen uten protester, noe som tilsier at personen ikke føler urettferdighet over å ha blitt rammet. Den som aksepterer vil i følge Travelbee, mestre lidelse. Personer som ikke aksepterer sykdom og lidelse føler seg urettferdig rammet eller straffet, og kan reagere med en «hvorfor meg»- reaksjon. Hvis pasienten ikke aksepterer sin sykdom kan dette få konsekvenser i forhold til hvilken grad den syke velger å følge behandling og motta behandlingsråd fra helsepersonell. Fasen kan vedvare og variere i intensitet, og den syke bør få hjelp til å komme ut av situasjonen. Selv om pasienten til en viss grad greier å akseptere sykdommen, vil han trenge hjelp og støtte til videre å mestre påkjenningene (ibid.: 1999:109-110, 228, 253,239). For noen ligger aksept for egen sykdom i religiøse overbevisninger, hos andre kan aksept knyttes til individuelle ikke-religiøse meningsdefinisjoner (Kristoffersen 2011:219).

#### **2.1.4 Håp hos kreftpasienter**

Håp er viktig både for dem med nyoppdaget kreft og for dem med langt framskreden sykdom. Studier som har sammenliknet håp hos den norske normalbefolkningen med håp hos norske kreftpasienter, avdekket at nivåer av håp var høyere hos kreftpasientene. Årsaken kan være at kreftpasienters perspektiver på hva som er viktig i livet endres når en får kreft (Utne 2010:245-248). Håp kan sies å være et sentralt element for å skape forandringer og for å gjøre livet mer levelig, og håp kan være en avgjørende faktor for ikke å gi opp til tross for lidelse. Geer m.fl. (1990) fant i en studie ut at mennesker som reagerte på kreftsykdom med hjelpeløshet hadde dårlige prognose enn de som reagerte med kampvilje (Rustøen 2001:43,46). Selv om nivået av håp hos kreftpasienter er høyt opplever likevel mange utfordringer med sykdommen og mange er bekymret i forhold til hvordan å mestre fremtiden. (Utne 2010:246-248).

### **2.1.5 Kartlegging av håp hos kreftpasienter**

Det er få pasienter som sier de ikke har tenkt over håp i forbindelse med kreftsykdom, derfor er det viktig at sykepleier får en forståelse av håpet til pasienten (Utne og Rustøen 2010:64). Spørreskjemaer kan være gode måter for sykepleier å kartlegge håpet, og kan brukes som utgangspunkt for en samtale. Spørreskjemaene kan tydeliggjøre hva som er problematisk for pasienten, og kan bidra til å fange opp dem som har det vanskelig. Av de femten spørreskjemaene som finnes er to oversatt til Norsk; Kaye Herths håps-indeks og Mary Nowotnys håpsskala. Herths håps-indeks bygger på Dufaults og Martocchios definisjon av håp (se definisjonene i neste kapittel), og er lett anvendbart både hos akutt, kronisk og terminalt syke pasienter. Nowotnys håpsskala er noe mer omfattende, uten at denne oppgaven vil utdype skjemaene ytterligere. Det viktigste med kartlegging er at resultatene tas hensyn til, og at pasienten får tilbud om oppfølging og hjelp i den videre pleien (Utne og Rustøen 2010:64-66).

## **2.2 Definisjoner av håp**

Håp defineres på ulike måter. I de to neste avsnittene vil et utvalg definisjoner presenteres, for på den måten å vise til det komplekse ved begrepet som sykepleiere må forholde seg til.

### **2.2.1 Dufault og Martocchios definisjon på håp**

Karin Dufault og Benita C. Martocchio definerer håpet som en multidimensjonal livskraft karakterisert av en selvsikker, men dog usikker, forventning om å oppnå noe positivt, som både er realistisk og av personlig betydning (Rustøen 2001:46). I følge Dufault og Martocchio består håp av seks ulike dimensjoner:

**Den affektive dimensjonen:** Følelser og fornemmelser er deler av håpsprosessen. Følelsene kan være optimisme og å se lys i enden av tunnelen. Den som håper har tillit til seg selv og tillit til at det kan gå bra. Personen vil likevel føle usikkerhet i og med at håp er knyttet til fremtiden, og dermed innehar et venteaspekt (ibid.:47).

**Den kognitive dimensjonen:** Ser på hvordan pasienten opplever sin virkelighet i forhold til håp, og innebærer en vurdering av situasjonen han er i. Pasientens tanker, ønsker, tro,

hukommelse, læringsevner og bedømmelse ligger til grunn for vurderingene av håp. Den håpende vil kunne håpe til han ser at håpet ikke har mulighet i virkeligheten (ibid.:47-48).

**Handlingsdimensjonen:** Fokuserer på handlingsorienteringen til den som håper. Handling kan foregå på et religiøst, psykologisk, fysisk eller sosialt plan. Eksempelvis vil det å planlegge å ta en avgjørelse være knyttet til det psykologiske planet (ibid.:49).

**Tilknytning til andre:** Sosial kontakt, gjensidig avhengighet og nærhet til andre mennesker er viktige for å opprettholde håp. Relasjoner til Gud, kjæledyr eller natur er også knyttet til denne dimensjonen (ibid.:51).

**Tidsaspekt i håp:** Håp er fremtidsrettet, men pasientens fortid, nåtid og fremtidsutsikter påvirker oppfattelsen av eget håp (ibid.:52-53).

**Den kontekstuelle dimensjonen:** Håp som fenomen er påvirkelig, og omgivelsene påvirker det. For eksempel kan stress, tap og kriser være situasjoner som truer håpet (ibid.:54).

## 2.2.2 Travelbees definisjon på håp

Joice Travelbee er en sykepleier som i stor grad har tatt for seg håpets betydning i sykepleie i sin forskning. Hennes definisjoner fokuserer på håp fra et psykologisk perspektiv.

Håpet er en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige (Travelbee 1999:117).

Travelbee knytter håp til seks ulike kjennetegn:

**Avhengighet:** Håp er sterkt relatert til avhengighet av andre, da man har tillit til at andre vil komme en til unnsetning når man har behov for det. Å håpe blir med dette ingen ensom handling. Blir den håpende avvist kan han miste tillit og kvie seg for å be om hjelp. Dette kan også føre til følelser om å være en byrde for omgivelsene (Travelbee 1999:118-119).

**Fremtid:** Håpet er fremtidsorientert, og springer ut av utilfredshet i tilværelsen her og nå. Den som håper ønsker en endring av livssituasjonen (ibid.:119).

**Valg:** Valgmuligheter gir følelse av frihet og autonomi og er vesentlige for å komme videre eller ut av situasjoner som pasienten opplever (ibid.:119).

**Ønsker:** Et ønske er et «magisk håp» og gjenspeiler en lengsel etter å oppnå noe, til tross for at pasienten er klar over at sannsynligheten for at ønsket innfris er liten. Pasienten legger ingen klare planer for å oppnå ønsket, men fantasien er god å ha (ibid.:119-120).

**Utholdenhet:** Pasienten nekter å gi opp og prøver om og om igjen å bekjempe sykdom, plager og problemer (ibid.:120).

**Mot:** Den som har mot overgår sin frykt og handler for å nå det målet han håper på. Han står i problematiske og vanskelige situasjoner uten å rømme fra dem og lukker ikke øynene overfor egne eller andres problemer (ibid.:120-122).

### **2.2.3 Travelbees definisjon på håpløshet**

I forbindelse med håp er det umulig ikke å ta for seg det motsatte, nemlig håpløshet. I følge Travelbee defineres håpløshet som en tilstand hvor pasienten opplever en mangel på mot og initiativ til å finne løsninger på problemer og vanskeligheter. Personen prøver derfor ikke å løse dem. Han føler seg fanget i et problem her og nå, og klarer ikke se fremover. Problemene er overveldende, og hjelpeløsheten kan føre til atferdsendringer som pessimisme, apati og likegyldighet, desperasjon, agitasjon, eller «det bryr ikke meg»- holdninger. Hvis noen prøver å hjelpe, tror pasienten det er nytteløst. Dersom pasienten har hatt mentale, fysiske og åndelige lidelser over lang tid uten å ha fått hjelp, er det mer sannsynlig at håpløshet oppstår (Travelbee 1999:122-123).

## **2.3 Den profesjonelle sykepleier og pasienten**

Håpsfremmende tiltak må skje i møtene mellom sykepleier og pasient. De tre neste underkapitlene vil med utgangspunkt i Travelbees teorier, ta for seg den profesjonelle sykepleierens rolle, menneske-til-menneske-forhold og kommunikasjon.

### **2.3.1 Den profesjonelle sykepleierens rolle**

Den profesjonelle sykepleieren skal i de tilfellene hvor hun ikke kan hjelpe med helbredelse, se til at pasienten oppnår «optimal helse på høyest mulig nivå» (Travelbee 1999:36-37). Den profesjonelle sykepleieren har to hovedfunksjoner; den ene er å hjelpe pasienten og pårørende til å mestre eller å forebygge sykdom og lidelse, og den andre er å hjelpe pasienten og

pårørende til å finne mening i sykdom og lidelse. Sykepleieren skal hjelpe den syke med å oppleve, gjenvinne, eller holde fast ved håpet slik at han kan mestre sykdom og lidelse. Sykepleieren skal også kunne gi den hjelpen det er behov for, uten at pasienten skal være nødt til å be om den. Dette innebærer en evne til å forutse de ulike behovene som pasienten har. Alle kan hjelpes til å finne mening i sykdom og lidelse, selv om håpet om helbredelse ikke er mulig. Uansett hvor syk pasienten er kan man alltid gjøre noe. (Travelbee 1999:38,48,117, 123-124).

### **2.3.2 Menneske-til-menneske-forhold**

Menneske-til-menneske-forholdet er relasjonen som oppstår mellom to unike individer. Det er dette forholdet som gjør det mulig for den profesjonelle sykepleier å hjelpe pasient og pårørende til å mestre og å finne mening i sykdom og lidelse, samt ivareta deres behov. Menneske-til-menneske-forholdet bygges opp dag for dag i samhandlingen med den syke. Det er sykepleierens ansvar å etablere og opprettholde forholdet, men det er likevel en gjensidig prosess hvor begge individene er sammen om det som skjer. Forholdet etableres etter at sykepleier og pasient har gjennomgått fire forutgående faser; det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati, sympati og medfølelse. Fremvekst av identiteter skjer når sykepleieren og pasienten begynner å betrakte hverandre mer som individer, fremfor «sykepleier» og «pasient». Gjennom empatisk, sympatisk og medfølelse holdning, viser sykepleieren personlig engasjement i pasienten. Pasientens plager angår henne og hun ønsker å hjelpe ham (Travelbee 1999:200). Gjennom verbal eller ikke-verbal handling viser sykepleieren at hun er til å stole på og at hun ikke vil svikte pasienten. Dette kan resultere i tillit (ibid.:209-210). Forutsetningen for menneske-til-menneske-forholdet er at partene oppfatter hverandre som mennesker og ikke som stereotyper av pasient og sykepleier. Det er sykepleiers ansvar å bryte ned disse stereotypene slik at et best mulig menneske-til-menneske-forhold kan etableres. Etablering av forholdet kan ta kortere eller lengre tid (ibid.:171-173,178, 187). En sykepleier som ikke evner å «se» mennesket i pasienten, vil utøve en mekanisk, overflatisk og upersonlig pleie (Kristoffersen 2011:220).

### **2.3.3 Kommunikasjon**

Kommunikasjon står sentralt i et menneske-til-menneske-forhold, og hvordan man kommuniserer avhenger av sykepleiers evne til å benytte seg av en *disiplinert intellektuell*

*tilnærming*, og en *terapeutisk bruk av seg selv* (Travelbee 1999:136). En disiplinert intellektuell tilnæringsmåte innebærer å bruke akademiske kunnskap i praksis, og innhente ny kunnskap når det trengs. Terapeutisk bruk av seg selv vil si å bruke fornuft og intelligens gjennom disiplin og selvinnrett, og innebærer en likevekt mellom disse. For å bruke seg selv terapeutisk, må en kjenne til hvordan egen atferd påvirker andre (ibid.:42-45). Sykepleieren er med andre ord bevisst på egne følelser, tanker, handlinger og erfaringer i møtet med pasienten, og hun utnytter kunnskapen hun har i relasjonsbyggingen (ibid.:171,177).

Ved intellektuell tilnærming og terapeutisk bruk av seg selv, kan sykepleieren benytte seg av spesifikke kommunikasjonsevner som blant annet innebærer (ibid.:150-152);

- Å få bekreftelse fra pasienten om at observasjoner og tolkninger av pasienten er korrekt
- Å sette mål for interaksjonen og styre den slik at visse mål oppnås for å ivareta pasientens behov
- Å finne ut om kommunikasjonen når fram, og hva som blir overført i den mellommenneskelige prosessen
- Å ha evne til å forstå når hun skal snakke og når hun skal tie

Nyttige redskaper når sykepleier skal etablere et forhold til- og ivareta pasientens behov, kan være spesifikke kommunikasjonsteknikker. Teknikkene kan innebære bruk av:

- Åpne utsagn: «du sa at...»
- Parafisering; å gjenta viktige ord eller utsagn som pasienten sier
- Å speile følelser ved å si hva man observerer hos pasienten, som for eksempel; «du virker nedtrykt i dag»
- Å dele sanseinntrykk; at sykepleier sier hva hun observerer hos pasienten, og spør hva som er årsaken
- Bevisst bruk av klisjeer ved at man bruker standardreplikker som; «hvordan føler du deg?»

Alle teknikkene kan bidra til å avdekke viktig informasjon (ibid.:153-158).

Følelser som antipati, likegyldighet, eller manglende interesse kommuniseres like effektivt som omtanke, sympati og interesse. Sykepleierens grunnleggende intensjoner og hva hun tenker og føler overfor pasienten vil alltid kommuniseres til vedkommende. Det sykepleieren kommuniserer vil enten hjelpe pasienten å mestre lidelse og ensomhet som sykdom kan



medføre, eller forsterke følelsen av ensomhet og isolasjon (ibid.:147). Når kommunikasjonen svikter kan det handle om at sykepleier ikke avklarer hva pasienten egentlig legger i det han sier eller gir uttrykk for. Det kan også være at sykepleier ikke viser tilstrekkelig oppmerksomhet når hun lytter. Stereotypier og forutinntatte og nedlatende holdninger kan skape avstand og blokkere kommunikasjonen (ibid.:158,159,161,166).

## **3 Metode**

Metode er et redskap som brukes for å samle inn den informasjonen man trenger om et bestemt tema (Dalland 2012:112). Dette kapittelet tar for seg hvilken metode som ligger til grunn for oppgaven, hvorfor jeg benytter den valgte metoden, og på hvilken måte den er anvendt. Dette innebærer refleksjon over valgt metode samt artikkelfunn. Avslutningsvis belyses etiske overveielser i forhold til større skriftlige arbeider.

### **3.1 Systematisk litteraturstudie som metode**

For å finne forskning til å svare på problemstillingen valgte jeg å benytte meg av prinsippene til systematisk litteraturstudie som metode. Ved systematisk litteraturstudie samler man inn, undersøker og analyserer vitenskap som allerede eksisterer i forhold til en bestemt problemstilling, og litteraturen blir utvalgt på en systematisk måte (Fredriksen og Beedholm 2012:47). Siden problemstillingen belyser menneskelige erfaringer og deres fortolkning av hvordan håp kan fremmes, var det naturlig å finne kvalitativ forskning. Kvalitativ forskning evner å fange opp nyanser, dybde og det nære som problemstillingen berører, i motsetning til kvantitativ forskning som har en større fjernhet til feltet og behandler materialet i form av tall og målbare enheter (ibid.:112-113). På bachelornivå er hensikten og kravet at studenten skal finne og anvende forskning, ikke foreta forskning (Dysthe, Hertzberg og Hoel 2010:147). Studenter på bachelornivå har heller ikke lov til å intervju pasienter. Det å benytte prinsippene fra systematisk litteraturstudie som metode var derfor hensiktsmessig fordi jeg på denne måten kunne finne allerede eksisterende forskning omkring min problemstilling.

### **3.2 Beskrivelse av søkeprosessen**

Systematikk innebærer å finne relevante søkerord, kombinere ordene på riktig måte og søke i relevante databaser (Hørmann 2012:37). I det systematiske arbeidet med å finne relevant forskning valgte jeg å benytte databasen Cinahl, som er godt egnet til å finne kvalitativ forskning innen sykepleierfeltet (Hørmann 2012:42). Når man bruker egne søkeord i fritext, vil systemet lete etter ordene i flere felt samtidig og man kan ende opp med irrelevante treff. Emneordssøking gir bedre kontroll over søket (Thidemann 2015:87). I følge Kvilvik & Lamøy (2005, gjengitt av Thidemann 2015:87) får man best mulig resultat dersom man

benytter både frisøking og emneordssøking. I arbeidet med å finne litteratur foretok jeg derfor ett søk med søkeord i fritekst, og ett søk med emneord i emneordssystemer. Jeg fikk hjelp av en bibliotekar til å finne relevante emneord og til å utføre emneord-søket. Søkerordene i fritekst avklarte jeg med veileder. I begge søkene søkte jeg i full tekst på artiklene og benyttet søkemodusen «Bolean/Phrase». I begge søkene gjorde jeg de samme avgrensningene. Nedenfor vises søkene i tabeller.

**Tabell 1**

<b>Søkerord i fritekst</b>					
<b>Database</b>	<b>Søkerord</b>	<b>Avgrensninger i søk</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Antall relevante etter å ha lest overskrifter og sammendrag</b>	<b>Antall inkluderte etter å ha lest artiklene</b>
<b>Cinahl</b> Dato: 26.01.16	Cancer OR neoplasms AND nurs* AND palliative care AND hope*	Peer Reviewd journals  Dato: 2001- 2016.  Aldersgruppe: alle voksne  Engelsk eller skandinavisk språk	132  Artikler med tilgang til gratis fulltekst:  73	9	1

**Tabell 2**

<b>Emneordsøk</b>					
<b>Database</b>	<b>Emneord</b>	<b>Avgrensninger i søk</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Antall relevante etter å ha lest overskrifter</b>	<b>Antall inkluderte etter å ha lest sammendrag og artikler</b>
<b>Cinahl</b> Dato: 27.01.16	Cancer patients AND Terminally ill Patients AND Hope	Peer Reviewd journals  Dato: 2001-2016.  Aldersgruppe: alle voksne  Engelsk eller skandinavisk språk	17	10	3

### **3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Ved gjennomgang av artiklene valgte jeg følgende kriterier. De skulle:

- Omhandlet kreftpasienter i palliativ fase
- Omhandlet pasienter i sykehus
- Være kvalitative studier
- Ha IMRAD- struktur
- Ikke være case-studier

### **3.2.2 Utvelgelse av artikler**

Fra de to søkene ble først alle artikler med irrelevante overskrifter ekskludert. For eksempel artikler med fokus på pårørende. Deretter, ved gjennomlesing av sammendragene, ble artikler med andre hovedfokus, for eksempel mestring eller håp ved ny-diagnostisert kreft, ekskludert. Artikler med utgangspunkt i én spesifikk religiøs retning ble også ekskludert. Ved gjennomlesing av eksisterende artikler ble artikler med fokus på eldre kreftpasienter i palliativ fase på sykehjem eller i hjemmesykepleie ekskludert, samt to artikler hvor vinklingen av håp ikke samsvarte med den informasjonen jeg var ute etter. Til slutt stod jeg igjen med 4 relevante artikler som etter eget skjønn belyser problemstillingen på en variert måte.

### **3.3 Metode- og kilderefleksjon**

Når en undersøkelse er gjennomført må man være selvkritisk, og tenke over om metoden var god for å kunne svare på problemstillingen (Dalland 2012:115). At jeg kun benyttet Cinahl som database kan være en svakhet ved min metode, da jeg kan ha risikert å ekskludere relevante artikler som finnes i andre databaser, som for eksempel PubMed og SveMed+. En annen svakhet var at jeg i søket med søkerord i fritekst kun hadde mulighet til å velge artikler med tilgang til gratis fulltekst. Artikler av relevans kan derfor ha blitt ekskludert.

For å sikre kvalitet, var det viktig å tilse at artiklene som skulle brukes i oppgaven var fagfellevurderte – «peer reviewed» (se Dalland 2012:78). Det var vanskelig å finne relevante artikler som utelukkende fokuserte på hvordan sykepleier kunne fremme håp, og som i tillegg oppfylte kriteriene mine. Derfor har de inkluderte artiklene svakheter eller avvik i forhold til kriteriene som ble satt: I studien til Sachs m.fl. (2012) ble halvparten av pasientene (15 stykker) intervjuet på et omsorgssenter, ikke på sykehus. I artikkelen av Buckley og Herth (2004) hadde to av de 16 intervjuede pasientene uhelbredelig nervecelle-sykdom, ikke uhelbredelig kreftsykdom. Intervjuene ble i tillegg foretatt i pasientenes eget hjem og på hospice, ikke i sykehus. Studien understreker likevel at funnene kan fungere som guide i alle settinger innen palliativ pleie. Artikkelen av Eliott og Olver (2007) er en diskursanalyse, og fokuserer på livets slutt og på pasienters uoppfordrede bruk av håp i samtale. Studien påpeker likevel håpsfremmende faktorer og er derfor av relevans for min oppgave. Studien av Mok m.fl. (2010) er foretatt i Kina. Håp er et universelt fenomen, men kan ha kulturelt betingede ulikheter, noe som kan tilsi at studien ikke er overførbar til en norsk setting. Studien ble likevel inkludert fordi den pekte på både likheter og ulikheter mellom euro-amerikanske

pasienters og kinesiske pasienters oppfattelse av håpets betydning og hva som fremmer håp. Det å få en forståelse for kulturelt betingede aspekter ved håpets betydning for pasienter mener jeg er svært relevant i dagens multikulturelle samfunn.

Utvalget av artiklene og tolkningen av dem vil for øvrig være påvirket av mine engelskspråklige ferdigheter og mine erfaringer som person og sykepleierstudent.

### **3.4 Ethiske overveielser**

For at det skal bli lett for lesere av oppgaven å finne tilbake til kildemateriale, henviser jeg til forfattere og etterstreber å gjengi informasjon jeg har funnet i litteratur og i forskning på best mulig måte. Dette gjør jeg blant annet ved å følge høyskolens krav til skriftlige oppgaver, jamfør «Retningslinjer for oppgaveskriving». Dette innebærer også å unngå å plagiere andres arbeider (Se for øvrig Dalland 2012:80).

I kvalitativ forskning er det særlig viktig å ivareta etiske retningslinjer da forskningen er i direkte kontakt med informanter i feltet. De etiske retningslinjene innebærer at personvernet ivaretas via anonymisering og at personene har samtykket til frivillig deltakelse. Selv om jeg ikke foretar intervjuer av personer i oppgaven selv, er det likevel viktig å tilse at forskningen jeg benytter i oppgaven følger de etiske retningslinjene (Dalland 2012:95-103; Glasdam 2012: 24-26).

## 4 Presentasjon av funn

### 4.1 Artikkel nr. 1

<b>Tittel</b>	<b>On Sinking and Swimming: The Dialectic of Hope, Hopelessness, and Acceptance in Terminal Cancer</b>
<b>Forfattere</b>	<b>Sachs, E., Kolva, E., Pessin, H., Rosenfeld, B., Breitbart, W.</b>
<b>År / land</b>	<b>2012, USA</b>
<b>Hensikt</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Undersøke forholdet mellom håp og håpløshet hos alvorlig syke kreftpasienter.</li><li>- Avdekke faktorer som opprettholder håpet og øker sårbarheten for håpløshet</li></ul>
<b>Utvalg</b>	22 voksne kreftpasienter, 15 damer og 7 menn. Henholdsvis 3 – 12 måneder forventet levetid og 6 ukers forventet levetid. Alder: 30-80 år.
<b>Metode/design</b>	Semistrukturerte intervjuer. 15 pasienter fra palliativ avdeling på sykehus og 15 pasienter fra et omsorgssenter for kreftpasienter.
<b>Hovedresultater stikkordsform</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Håp og håpløshet – komplekst sammensatt og forbundet både med hverandre og med aksept.</li><li>○ Aksept kan bidra til at andre former for håp etableres</li><li>○ Håp er forbudt med en målsetting</li><li>○ Relasjoner kan styrke håp</li><li>○ Ukontrollerbare fysiske smerter øker sårbarheten for håpløshet</li></ul>
<b>Resultater:</b>	<p><b>Håpløshet som en truende psykologisk tilstand:</b> Mange beskrev håpløsheten som en negativ tilstand som overgikk følelser som tap og skuffelse. Håpløsheten beveget seg inn i sonen til depresjon, fortvilelse, nummenhet og overgivelse. En forbigående følelse av håpløshet ble sett som en potensiell farlig eller invalidiserende trussel som kunne ødelegge tilgangen til tidligere ressurser som motstandsdyktighet. Håpløsheten ble sett på som en truende sinnstilstand. Noen pasienter reagerte sterkt på spørsmål om de noen gang hadde følt håpløshet i form av angst, sinne og frykt.</p> <p><b>Forholdet mellom håp og håpløshet:</b> Pasientene beskrev håpet som et verktøy for å hamle opp med håpløshetens trussel. Det konvensjonelle synet på håpløshet som fravær av, eller</p>

som det *motsatte* av håp, virker som en misoppfattelse da håp og håpløshet er to balanserende faktorer som begge er til stede.

**Aksept:** Aksept oppstod som et naturlig samtaleemne og ble sett på som en tredje avgjørende faktor som balanserte sammen med håpet og håpløsheten. Aksept innebar en realistisk forståelse av prognosen og at man var villig til å gi avkall på urealistiske håp. Aksept tillot den enkelte å finne passende mestringsstrategier inklusivt å finne mer realistiske håp, eksempelvis; håp for å nå delmål, håp for livskvalitet og håp for deltakelse på milepæler av betydning for den enkelte. Aksept tillot den syke å nyte andre aspekter ved livet, for eksempel tid med sine kjære. Aksept tillot å bruke håpet på en mer tilpasset måte.

**Familien som en beskytter:** forholdet til familien viste seg for noen å være en sterk faktor for evnen til å opprettholde håp, utvikle aksept, og avverge håpløshet. Det ble også avdekket at noen følte seg forpliktet til å være håpefull for andres skyld og dermed spilte ut et såkalt «offentlig håp» i sosiale situasjoner.

**Fysisk smerte:** Dårlig smertekontroll eller nedsatt funksjonsevne var for mange årsaken til håpløshet. Opphør av akutte smerter økte både håp og aksept.

## 4.2 Artikkel nr. 2

<b>Tittel</b>	<b>Fostering hope in terminally ill patients</b>
<b>Forfattere</b>	<b>Buckley, J. Herth, K.</b>
<b>År / land</b>	<b>2004, England</b>
<b>Hensikt</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Undersøke håpets mening.</li><li>- Avdekke strategier pasienter bruker for å opprettholde og fremme håp i siste fase av livet.</li><li>- Undersøke forandringer i håpet i siste fase av livet.</li><li>- Undersøke om en annen studie av Herth (1990) som undersøkte håpets mening og identifiserte strategier for å fremme håp, kunne gjentas i England.</li></ul>
<b>Utvalg</b>	16 voksne pasienter, 11 damer og 5 menn – 14 med uhelbredelig kreft og to med motorisk nervecelle- sykdom. Overlevelsesprognose på noen



	måneder. Alder: 56-92 år.
<b>Metode/design</b>	<p>Undersøkellesmetoden bestod av tre elementer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Et skjema for å finne relevant data som; alder, kjønn, utmattelsesgrad og aktivitetsnivå.</li> <li>- Herths Hope Index - skjema med 12- punkter. Svar angitt med likert-skala.</li> <li>- To semistrukturerte intervjuer, men en tids mellomrom. Det første i pasientens hjem, det andre i hospice.</li> </ul>
<b>Hovedresultater stikkordsform</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Uavhengig av hvor nære pasienten var døden, forble håpet til stede.</li> <li>○ Syv håpsfremmende kategorier ble identifisert; <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kjærlighet til familie og venner</li> <li>○ Åndelighet/ tro</li> <li>○ Målsetting og selvstendighet</li> <li>○ Positive forhold med pleiere</li> <li>○ Humor</li> <li>○ Personlige egenskaper</li> <li>○ Oppløftende minner</li> </ul> </li> <li>○ Tre håpshindrende kategorier ble identifisert; <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Å føle seg etterlatt eller isolert</li> <li>○ Ukontrollerbare smerter og ubehag</li> <li>○ Devaluering av personligheten</li> </ul> </li> </ul>
<b>Resultater:</b>	
<p>Håpets egenart viste seg å være dynamisk og kompleks. Håpet viste seg å være lett tilgjengelig og episoder hvor håpet forsvant var forbigående og kortvarig. Deltakerne identifiserte kategorier som hjalp dem med å fremme håp og med å forbli håpefulle til tross for at de stod overfor sin egen død.</p> <p><b>Kjærlighet til familie og venner:</b> Familie og venner var viktig for å fremme håp, og det å kunne være sammen var viktig for håpsprosessen. Både å bli elsket og å vise kjærlighet for andre var viktig. Det ble nevnt at barn og barnebarn fremmet håp, og noen hadde håp for deres fremtid.</p>	

**Åndelighet/tro:** Å ha tro på en åndelig verden oppmuntret håpet, og for noen var deres kristne livssyn ekstremt viktig. Troen var unik for den enkelte og mange uttrykte ulike sider ved det å tro; tro på Gud, på et liv etter døden, på familie og venner og tro på profesjonelle. Mange understreket viktigheten av å ha tro på andre.

**Mål og selvstendighet:** For 11 personer var håp relatert til å jobbe mot egne mål. Å nå målene var en kilde til glede. Hos noen var det tydelig at målene ikke var oppnåelige. Hos andre endret målene seg og ble mindre ambisiøse ettersom tilstanden forverret seg.

**Positive forhold med pleiere:** Holdningen til pleiere hadde mye å si for opprettholdelse av håpet. At pleiere brydde seg, var høflige og villige til å svare på spørsmål utpekte seg som viktig. Små ting som helsepersonell gjorde hadde stor betydning.

**Humor:** Å le sammen med andre som delte samme skjebne var viktig for opprettholdelse av håpet, og humor ble sett på som en indre ressurs.

**Personlige egenskaper:** Ble nevnt av 12 pasienter og representerte det å være positiv og fast bestemt på å opprettholde optimisme ved forverring.

**Oppløftende minner:** Å huske ungdomstiden virket viktig for håpet. Pasientene husket også godt tider hvor de hadde følt håpløshet.

**Å føle seg etterlatt eller isolert:** Tilfeller hvor pasienter ikke fikk delt følelser som frykt og engstelse med familie, venner eller helsepersonell kunne utløse en følelse av å bli etterlatt eller isolert.

**Ukontrollerbar smerte og ubehag:** Å miste selvstendigheten var et viktig tema for mange. En person opplevde å miste håpet i forbindelse med å miste sin uavhengighet. Ti pasienter husket tilfeller hvor smerte og oppkast var så ille at de ønsket å dø. Når symptomer kunne kontrolleres var tapet av håp kortvarig.

**Devaluering av personligheten:** Høflighet og engasjement i samtaler kunne fremme håpet.

Å bli avfeid eller å få bemerkninger som ikke var omsorgsfulle kunne hindre håp. Håpløshet ble utløst i tilfeller hvor kreftdiagnosen ble gitt på en ikke- omsorgsfull måte.

**Kvantitativ analyse av håp:** En høy håps- skår ble angitt til tross for terminal sykdom. Lav skår på Herths håps-indeks indikerte ikke at personene var uten håp, men at håpet var mindre tilgjengelig der og da.

### 4.3 Artikkel nr. 3

<b>Tittel</b>	<b>The meaning of hope from the perspective of Chinese advanced cancer patients in Hong Kong</b>
<b>Forfattere</b>	<b>Mok, E., Lam, W.E., Chan, L.N., Lau, K.P., Ng, J.S.C, Chan, K.S.</b>
<b>År/ land</b>	<b>2010, Kina</b>
<b>Hensikt</b>	Undersøke meningen av håp fra perspektivet til Kinesiske pasienter med avansert kreft i Hong Kong
<b>Utvalg</b>	17 pasienter, 8 damer og 9 menn. Alder: 49-84.
<b>Metode/design</b>	Semistrukturerte intervjuer. Intervjuene ble foretatt i palliativ avdeling eller på poliklinisk avdeling på et sykehus i Hong Kong.
<b>Hovedresultater stikkordsform</b>	<p>Håp bestod av fem komponenter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Å leve et normalt liv</li> <li>○ Sosial støtte</li> <li>○ Aktivt å gi slipp på kontroll</li> <li>○ Forsoning mellom liv og død</li> <li>○ At pårørende har det bra</li> </ul> <p>Håp så ut til å være en helhetlig og konsekvent erfaring; dersom en pasient responderte negativt på én komponent av håp, var det også sannsynlig at andre komponenter av håp var negative.</p>
<b>Resultater:</b>	
	<p><b>Å leve et normalt liv:</b> Innebar en spenning mellom å ville leve og det å kjempe for å leve. Hovedfaktorene som bidro til opprettholdelse av håp innen denne komponenten var mulighet til å kunne bo hjemme, ha god symptomkontroll, funksjonell uavhengighet, og et sosialt liv.</p>

**Sosial støtte:** Innebar motsetningene mellom å ha sosial støtte og mangel på sosial støtte. Hovedfaktorene som avgjorde om pasientene kunne opprettholde håpet innen denne komponenten var at de mottok støtte både fra familie og helsearbeidere.

**Forsoning mellom liv og død:** Innebar spenningen mellom det å akseptere døden og det å unngå døden. Pasienter som anså døden som en del av livet og som ”leve med” sykdommen mens de forberedte på å dø, kunne opprettholde håp i større grad enn pasienter som forsøkte å unngå døden ved å fokusere på en kur.

**At pårørende har det bra:** Håpet avhang om hvorvidt pasienten mente at familien hadde det bra. Om familien ikke hadde det bra skapte det bekymring hos pasienten. Deltakerne kunne forbli håpefulle dersom de mente at familien hadde et godt liv her og nå, og at dette ville fortsette etter pasientens død.

**Aktivt å gi slipp på kontroll:** Innebar motsetningen mellom det å gi bort kontroll og det å gi opp kontroll. Deltakerne kunne forbli håpefulle dersom de aktivt valgte å gi bort kontrollen, i stede for passivt å gi slipp på kontroll.

#### 4.4 Artikkel nr. 4

<b>Tittel</b>	<b>Hope and hoping in the talk of dying cancer patients</b>
<b>Forfattere</b>	<b>Elliott, J.A., Olver, I.N.</b>
<b>År / land</b>	<b>2007, Australia</b>
<b>Hensikt</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Undersøke hvordan håp var konstruert og formet diskursivt hos pasienter.</li><li>- Undersøke bruken og betydningen av håp blant pasienter og helsepersonell.</li></ul>
<b>Utvalg</b>	28 palliative pasienter, 13 damer og 15 menn. Prognose på 3 måneder igjen å leve. Gjennomsnittsalder: 61 år.
<b>Metode/design</b>	En diskursanalyse av semistrukturerte intervjuer av døende kreftpasienter på en onkologisk sykehusavdeling. Intervjuene var del av en større serie med studier av pasienters diskurs vedrørende livets slutt.

<b>Hovedresultater stikkordsform</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Håp i form av verb understreket pasientenes aktive engasjement i livet.</li> <li>○ Gjennom å håpe etablerte pasientene kontakt med andre og med fremtiden.</li> <li>○ Bruken av begrepet håp formet som et verb kan ha fordeler i interaksjon mellom helsepersonell og pasienter.</li> </ul>
--------------------------------------	---

**Resultater:**

**Håp som et substantiv i *objektiv* forstand:**

Håpet som substantiv representerte typisk «det er ikke noe håp». Denne versjonen av håp rettferdiggjorde handlinger slik som å avstå fra gjenoppliving. Noen ganger ble «ikke noe håp» brukt for å rettferdiggjøre dødshjelp. Tilstedeværelse av håp ble betraktet som «liv» og fravær av håp ble betraktet som «død». Hvor syke eller friske pasientene var, ble et mål på hvorvidt håpet var til stede eller ikke.

**Håp som substantiv i *subjektiv* forstand:**

Håp opptrådte i varierende mengder og ble forbundet med sider av pasientens velvære. Pasienter vurderte at spørsmål om gjenoppliving kunne frata dem håpet de brukte som ressurs og motivasjon. Håp ble i denne sammenhengen sett som en aktiv kamp mot sykdommen, og representerte troen på utsettelse eller forhindring av døden. I overført betydning kunne håpet sees i sammenheng med en medisinsk kur. «Ikke noe håp» var synonymt med «bare å kunne gi opp».

**Håp som et verb:** Innebar en aktiv handling i form av «håperen». Håp som verb ga pasienten innflytelse og tillot erkjennelse av negative og positive muligheter for fremtiden – inkludert ønsket om en god måte å dø på. Å bruke håp som verb identifiserte hva pasienten ville, og økte muligheten for at ønsket ble oppnådd. Det at pasienten gjorde andre oppmerksomme på sine håp, gjorde at andre så seg moralsk forpliktet til å oppfylle håpene. På den måten fikk pasienten mulighet til å fraskrive eget ansvar for å oppfylle håpet. Ved å bruke håpet aktivt, ved for eksempel å be noen å gifte seg med en, kunne pasienten se seg selv tilstede i fremtiden som verdifull for andre, selv om pasienten visste at døden var nært forestående. Håp muliggjorde bekreftelse av egen verdi og kunne aktivt øke, etablere og opprettholde mellommenneskelige bånd.

## 5 Drøfting

Det jeg anser som felles hovedtrekk i artiklene fra funndelen, lar jeg stå som overskrifter i dette kapittelet. Under hver overskrift vil jeg, på bakgrunn av hva uhelbredelig syke kreftpasienter mener fremmer håp, forsøke å belyse hvordan sykepleier kan bidra med dette.

### 5.1 Relasjoners innvirkning på håpet: sykepleier – pasient – pårørende

Det relasjonelle aspektet i håp viser til forventningen pasienten har om å få hjelp. Dufault og Martocchio kaller dette tilknytning til andre, mens Travelbee (1999) kaller det avhengighet av andre. Håpet er i denne sammenheng knyttet opp mot tillit til at andre skal komme en til unnsetning, og viser at håp ikke er en ensom handling. Travelbee (1999) mener at sykepleieren både skal kunne hjelpe pasienten til å oppleve håp og holde fast på håpet, slik at han kan mestre sykdom og lidelse. I slike situasjoner er det nødvendig å trekke frem tillit som en håpsfremmende faktor. En måte å oppnå et tillitsforhold på er i følge Travelbee (1999) gjennom gradvis etablering av et menneske-til-menneskeforhold. Sykepleieren må ta initiativ til å inngå dette forholdet med den uhelbredelig syke kreftpasienten. Hvis sykepleieren forsøker å sette seg inn i pasientens situasjon, og klarer å vise engasjement og vilje til å hjelpe, kan hun bevise at hun er til å stole på. Et tillitsforhold kan dermed oppstå mellom de to. Et slikt forhold vil kunne fremme håp. Dette viser blant annet studien til Buckley og Hert (2004) hvor pasientene opplevde håp når de kunne dele tanker og følelser med sykepleiere de hadde tillit til. Den uhelbredelig syke kreftpasienten er i en sårbar situasjon, og det å skape forutsigbarhet gjennom å være tilgjengelig og villig til å stå i vanskelige situasjoner med ham, er trolig viktig for at pasienten skal greie å opprettholde håp. I studiet til Buckley og Herth (2004) opplevde en pasient at ektefellen ikke lot henne fortelle om sykdommen. Dette indikerer at noen pasienter, avhengig av familierelasjoner, vil ha et større behov for et tillitsforhold med en sykepleier, slik at pasienten kan dele sine tanker og følelser med henne. Det å skape en god relasjon med pasienten gjennom et menneske-til-menneske-forhold er viktig, men kan ta tid (Travelbee 1999). Studien til Mok m.fl. (2010) påpekte at helsearbeidere som tilbragte mye tid med pasienten hadde en unik mulighet til å fremme håp (Mok m.fl. 2010). Det kan derfor være hensiktsmessig at pasienten får faste sykepleiere å forholde seg til på sykehusavdelingen slik at muligheten øker for at en god relasjon mellom sykepleieren og pasienten oppstår.

Sykepleiers adferd i pleien kan være avgjørende for å fremme håp. Fra sykepleiers side kommuniseres følelser som antipati, likegyldighet og manglende interesse like effektivt som omtanke, sympati og interesse (Travelbee 1999). Det som kommuniseres vil enten hjelpe pasienten med å mestre lidelse og ensomhet, eller forsterke ensomhet og isolasjon (ibid.). For å fremme håp må derfor sykepleier være bevisst på hvordan hennes egen atferd kan påvirke pasienten, noe Travelbee (1999) kaller terapeutisk bruk av seg selv. Studien til Buckley og Herth (2004) viste at små ting helsepersonell gjorde hadde stor betydning for håpet, eksempelvis at helsepersonell brydde seg med å spørre hvilket navn pasienten foretrakk å bruke, at de var høflige og villige til å svare på spørsmål. Til og med den generelle holdningen kunne hjelpe pasientene med å opprettholde håpet (ibid.). Liknende ble observert i studiene til Elliot og Olver (2012) og Mok m.fl. (2010), som begge påpekte at helsepersonellets fremtoning, der i blant hva de sa og gjorde, hadde innvirkning på pasientenes håp. Hensynsløse kommentarer, for eksempel å bruke ordet *terminal* i tiltalen til pasienten, bidro til å svekke håpet (Buckley og Herth 2004; Elliott og Olver 2007). Det samme gjaldt tilfeller hvor pasienter opplevde at de ikke kunne dele frykt og bekymringer med helsepersonell eller andre (Buckley og Herth 2004). Slike situasjoner kunne trigge følelser av isolasjon og ensomhet (ibid.). I følge Travelbee (1999) kan personer som ber om hjelp og blir avvist miste tillit, noe som kan resultere i at personen ikke spør om hjelp. Dette kan sies å være en truende tilstand for pasienten og kan resultere i håpløshet. Studiene i dette avsnittet indikerer at sykepleiers bevissthet omkring hva hun sier og gjør er avgjørende for å klare å fremme håp.

Mok m.fl. (2010), Buckley og Herth (2004) og Sachs m.fl. (2012) fant at familie og venner var av stor betydning for den sykes liv og velbefinnende. Pasientene klarte i større grad å akseptere sykdommen og opprettholde håp med deres støtte. Det var blant annet viktig at pasienten hadde mulighet til å vise kjærlighet til, og motta kjærlighet fra sine pårørende (Buckley og Herth 2004). Det å ligge på sykehus kan oppleves ensomt og fremmed, derfor er det å ivareta psykososiale behov ekstra viktig (Rydahl-Hansen 2005). For at sykepleier skal kunne fremme håpet til pasienten i sykehus kan det være av stor betydning at hun inkluderer og viser omtanke for de pårørende og sørger for at pasienten og de pårørende får tilbragt mest mulig tid sammen (Kristoffersen og Nortvedt 2011:111; Travelbee 1999:259-260). Slike tiltak kan ivareta sosiale og psykiske behov og kan øke livskvaliteten både til pasient og pårørende – noe som for øvrig påpekes av Verdens helseorganisasjon som viktig i den palliative pleien (Aass m.fl. 2015). På en annen side kan det være viktig å spørre pasienten hvem han ønsker å ha hos seg og om han orker besøk, siden dagsformen kan være svært varierende (Bertelsen

m.fl. 2011). Det kan også hende at sosiale situasjoner legger en demper på pasientens håp, da han kan bli minnet på at egne ressurser er mangelfulle sammenliknet med andres (Rydahl-Hansen 2005).

Studien til Sachs m.fl. (2012) avdekket at noen pasienter følte seg forpliktet til å være håpefull for andres skyld, og at pasientene i slike tilfeller brukte et såkalt «offentlig håp» (2012:125). Én pasient beskrev at han pleide å skjule komplekse følelser for familie og venner på denne måten. Ønsket om å ta vare på sine nærmeste ved å opptre med et håpefullt ytre, kan undergrave behovet pasienten selv har for å få aksept for situasjonen han er i. Slike forhold kan resultere i at pasienten mister evnen til å identifisere og fokusere på realistiske og nye mål av håp (ibid.). Det at «offentlige håp» kan stå i veien for andre håp som er av større betydning for pasienten, vil derfor være viktig å avdekke. Dersom sykepleieren mistenker at pasienten opptre med «offentlige håp» kan hun, gjennom det Travelbee (1999) kaller terapeutisk og disiplinert bruk av seg selv, fortelle pasienten hva hun observerer hos ham og spørre ham om antakelsene hun har om ham er korrekt. Slike kommunikasjonsferdigheter er helt sentralt i etableringen av menneske-til-menneske-forholdet, og sykepleieren kan på denne måten avdekke viktig informasjon omkring pasientens håp og omkring hans opplevelse av tilværelsen (Travelbee1999). Kartleggingsskjema vil også kunne være et godt verktøy i arbeidet med å få et riktig bilde av pasientens håp, og for å fange opp pasienter som har det vanskelig (Utne og Rustøen 2010).

Studier viser at det er visse samtaletemaer kreftpasienter helst vil unngå å snakke med sykepleieren om når de er innlagt på sykehus. Disse temaene dreier seg om sykdom og fremtid (Kvåle 2007). Studien til Elliott og Olver (2007) fant primært ut at *døden* var et tema pasientene ønsket å unngå. Pasientene hevdet temaet påvirket håpene deres negativt, og hindret dem å bruke håpet som en ressurs i kampen for livet. For at sykepleier skal kunne fremme håp, indikerer disse studiene at samtaler om vanskelige temaer bør skje med varsomhet, og på pasientens initiativ. På en annen side kan samtaler om pasientens fortid være virkningsfullt for håpet. Studien til Buckley og Herth (2004) hentydet at oppløftende minner fremmer håp. Det kan derfor være hensiktsmessig for sykepleieren å rette fokus på pasientens minner fra livet før sykdommen, da disse kan være oppløftende og gode å støtte seg til når håpet skal fremmes i nåtid.

Et annet viktig tiltak som sykepleieren kan ta i bruk for å fremme håp er å se til at pasienter får anledning til å være sammen med andre pasienter i samme situasjon på sykehuset. I slike



sosiale sammenhenger ser man at humor fremmer håp ved at pasientene åpner opp for humoristiske og lettsindige samtaler om elendige framtidsutsikter (Buckley og Herth 2004). Det kan der i mot være upassende fra sykepleiers side å ta initiativ til en slik type galgenhumor som forskningen har funnet mellom pasientene. Det synes også lite hensiktsmessig at sykepleier skal ta den rollen. Til tross for dette – funnene indikerer at humor er viktig, så man kan anta at det ikke er noe i veien for å bruke humor i relasjon med uhelbredelig syke pasienter, så lenge det skjer i passende anledninger og på pasientens initiativ og premisser.

## 5.2 Aksept og håp

Da emosjoner og kriser vil ha innvirkning på håpet – noe Dufault og Martocchio understreker i sin definisjon av håp som et påvirkelig fenomen, bør sykepleieren ha kunnskap om ulike krise- eller sorgfaser som mange kreftpasienter gjennomgår i løpet av sykdomsforløpet. Mange spør; «hvorfors har sykdommen rammet akkurat meg?». I følge Travelbee (1999) er aksept den minst vanlige reaksjonen på sykdom og lidelse. På en annen side viser funn at aksept i høy grad er forbundet med muligheten til å *kunne* håpe (Mok m.fl. 2010; Sachs m.fl. 2012). For å fremme håp bør derfor sykepleieren hjelpe pasienten gjennom de ulike krise- og sorgfasene slik at han, i mer eller mindre grad, blir i stand til å akseptere at han er uhelbredelig syk (Kübler-Ross 2008). Forutsetninger for at pasienten skal klare å bearbeide fasene og komme til stadiet hvor han aksepterer, er i følge Eide og Eide (2007:171) at sykepleieren skaper et tillitsforhold og samarbeider med ham. Dette innebærer å gi tilstrekkelig informasjon både om sykdom, behandling og om «vanlige» følelsesreaksjoner (ibid.). I følge Travelbee kan sykepleieren hjelpe pasienten med å finne mening og aksept dersom hun greier å opprettholde menneske-til-menneskeforholdet og dersom hun forsøker å avdekke og imøtekomme pasientens behov (1999:230,239). Sykepleieren bør likevel huske at selv om pasienten greier å akseptere sykdommen, vil han trenge hjelp og støtte til å mestre kommende påkjenninger (Travelbee 1999). Sachs m.fl. (2012) fant i sin studie ut at når pasientene klarte å akseptere sykdommen, så klarte de også og å finne mer passende mestringsstrategier og utvikle mer realistiske håp for fremtiden. Hos disse pasientene innebar aksept en realistisk forståelse av prognosen. Til tross for dette virket aksept å gi mer glede i tilværelsen – som én pasient uttrykte «..there is no cure, but I am hopeful that I have as wonderful a time as possible» (ibid.:124). Dette utsagnet kan støtte Travelbees (1999) påstand

om at alle kan hjelpes til å finne mening i sykdom selv om håp om helbredelse ikke er mulig. Hvilke reaksjonsmønstre man kan forvente hos den enkelte, vil antakeligvis avhenge av hvor lenge pasienten har vært uhelbredelig syk, og hvor aggressiv krefttypen er. Det å hjelpe noen til å nå stadiet med aksept kan derfor tenkes å være mer utfordrende hos noen pasienter. Som Kübler-Ross (2008) understreker, forutsetter aksept at døden ikke skjer brått.

For at sykepleieren skal kunne fremme håp og hjelpe pasienten gjennom de ulike krise- og sorgfasene, er det viktig ikke å glemme at kreftpasienter i palliativ fase også ofte har fysiologiske plager og smerter som må lindres (se blant annet Bertelsen m.fl. 2011). Aktiv og målrettet symptomlindring er derfor et viktig prinsipp innen palliativ pleie som sykepleier må vite om, siden lindring eller fravær av smerter kan øke pasienters håp (Aass m.fl. 2015; Mok m.fl. 2010; Sachs m.fl. 2012). Dårlig smertekontroll og nedsatt funksjonsevne kan der i mot forårsake håpløshet (Buckley og Herth 2004; Mok m.fl. 2010; Sachs m.fl. 2012). I visse tilfeller kan pasienter oppleve så voldsomme smerter og kvalme at de ønsker å dø (Buckley og Herth 2004). En kan dermed anta at sykepleiers lindring av pasientens fysiske plager er helt grunnleggende for å fremme håp. Pasientens situasjon «her og nå» vil kunne påvirke opplevelsen av håpet samt framtidsaspektet som ligger i håp (Dufault og Martocchio 2001). Travelbee (1999) hevder på sin side at håp spinner ut av en utilfredshet i tilværelsen her og nå. Hennes definisjon kan med andre ord ikke relateres til funnene fra studiene nevnt ovenfor, da pasientenes fysiologiske utilfredshet på ingen måte fremmet håpet.

I noen tilfeller kan kreft knyttes til livsstil (Kreftregisteret 2016) og i den forbindelse kan noen føle at sykdommen er selvforskyldt (Kristoffersen, Breievne og Nordtvedt 2011:252). Andre kan føle at sykdommen er en straff (Travelbee 1999). Det å finne mening i sykdommen kan tenkes å være vanskelig, men i følge Travelbee (1999) er håp nettopp knyttet til det å finne mening i noe. Pasienter kan finne både mening og aksept i egen sykdom gjennom religion eller individuelle ikke-religiøse meningsdefinisjoner (Kristoffersen 2011). Buckley og Herth (2004) fant i sin studie ut at tro på en gud, på en åndelig verden, på et liv etter døden, på familie, på venner og på profesjonelle var helt sentralt for håpet, og de ulike uttrykkene for tro var veldig individuelle. At sykepleier evner å tilby samtaler omkring eksistensielle og åndelige spørsmål kan være viktige håpsfremmende tiltak, og slike samtaler kan være like viktig for troende som for ikke-troende pasienter (Kristoffersen, Breievne og Nordtvedt 2011:280). I følge Dufault og Martocchio er håpet blant annet knyttet til handling på et religiøst plan (Rustøen 2001). Med utgangspunkt i dette, vil det derfor være essensielt at sykepleier legger til rette for at pasienter som ønsker det får praktisert sin religionsutøvelse.

For eksempel kan sykepleier lese i bibelen eller andre tekster av betydning for pasienten, og hun kan be sammen med pasienten dersom hun er komfortabel med det. For noen pasienter kan det være et viktig behov å kunne samtale med personer som *ikke* er tilknyttet personene som tar del i den daglige omsorgen. Sykepleieren kan derfor også sørge for at pasienten får deltatt på gudstjenester og religiøse ritualer, eller sørge for at pasienten kan snakke med prest, psykolog, diakoner, besøksvenner eller andre, hvis han ønsker det (ibid.:282).

Sykepleiere bør være oppmerksom på hvordan ulike kulturer og religioner påvirker håp i dagens multikulturelle samfunn. Eksempelvis viser forskning at håp i kinesisk kultur er knyttet til aktivt å gi slipp på kontroll, mens håp i euroamerikansk kultur derimot er knyttet til selvstendighet og kontroll (Mok m.fl. 2010). Sykepleier må derfor ha pasientens livssyn og kulturelle bakgrunn i mente når hun kartlegger hva som fremmer håp hos den enkelte pasient.

### **5.3 Håp i form av mål og ønsker for fremtiden**

Dufault og Martocchio (Rustøen 2001) og Travelbee (1999) hevder at håp er knyttet til fremtiden. Dette samsvarer med funn fra alle forskningsartiklene. I forskningen ble håp for fremtiden presentert både som konkrete og oppnåelige mål, og som mer eller mindre urealistiske ønsker. Mens Travelbee trekker paralleller mellom håp og mål, og ønsker, trekker Dufault og Martocchio paralleller mellom håp og handling. Jeg har valgt å se på disse tre faktorene – ønsker, mål og handling – under ett, da jeg mener alle kan knyttes til fremtidsaspektet.

I Buckley og Herths (2004) studie hadde håpet en klar sammenheng med selvstendighet og egne målsettinger, og å oppnå mål var en kilde til velvære. For kreftpasienter har både sykdommen i seg selv og behandlingen store fysiske konsekvenser og for mange er utmattelse et problem som svekker egne ressurser og hindrer livsutfoldelse (Bertelsen m.fl. 2011; Rydahl-Hansen 2005). At sykepleieren får kjennskap til målene er derfor avgjørende for å kunne fremme håpet til den enkelte. Studien til Buckley og Herth (2004) forklarte videre at håpene ble mindre ambisiøse hvis pasientens fysiske tilstand forverret seg. Én pasient forklarte at han endret håpene til små hverdags-mål, slik som å greie å kle på seg selv. Det vil derfor synes å være viktig at sykepleieren er oppmerksom på kreftpasienters varierende dagsform og at hun finner balansen mellom det å hjelpe og det å fremme pasientens selvstendighet (se også Buckley og Herth 2004; Rydahl-Hansen 2005). For å fremme håp,

bør altså sykepleieren sørge for at pasienten får brukt kreftene sine på det som er viktig for ham.

[L]ast week I got into hopelessness...I wouldn't cry. I would do nothing. I wouldn't talk. I wouldn't eat...I thought I would die by now, and because of that I gave over hope totally. I was just lying there waiting to die (Sachs m.fl. 2012:124).

For å snu håpløshet til håp hos pasienten, er det grunn til å tro at en intellektuell og terapeutisk bruk av seg selv vil være gode verktøy. Travelbee (1999) nevner blant annet speiling av følelser og gjentakelse av viktige ord som nyttige teknikker for å fange opp hva pasienten opplever som håpløst. Teknikkene kan brukes til å forstå hva som plager pasienten og dermed hjelpe sykepleier med å finne nye håp hos pasienten i form av mål for fremtiden. Mange kreftpasienter er bekymret for hvordan de skal mestre fremtiden (Utne 2010). Håpet kan i disse tilfeller være et sentralt element for å kunne skape forandring og for å gjøre livet mer levelig (Rustøen 2001). For å komme seg vekk fra håpløshetens truende fase beskrev pasientene i studien til Sachs m.fl. (2012) at de brukte håpet som verktøy for å bevege seg mot mer positive følelser, handlinger og mål. Håpene kunne dreie seg om å oppnå delmål og om å delta på viktige begivenheter før ens død. Det er dermed grunn til å tro at sykepleier, i den grad det er mulig, bør samarbeide med pasienten så han kan nå sine delmål, og samtale om begivenhetene han ønsker å ta del i, for å oppmuntre håpet hos ham.

Bruken av håp formulert som et verb i sykepleierens kommunikasjon med pasienten antas også å ha en effekt, og kan hjelpe pasienten med å rette fokus fra negative aspekter til positive aspekter i livet (Eliott og Olver 2007). Formulering av håp som verb – *å håpe* - innebærer en aktiv handling fra pasientens side, og pasienten får gjennom dette bekreftet sin deltakelse i livets aktiviteter. En substantivformulering av håp – *et håp* – er der i mot knyttet til negative aspekter som fokus på døden eller en negativ fremtid. Her blir pasienten gjenstand for tilfeldigheter og hvor håp ikke finnes (ibid.). Sykepleieren bør med andre ord være oppmerksom på formuleringer av håp-begrepet hos både seg selv og pasienten, da formuleringene har mye å si for hvordan pasienten betrakter seg selv, sin situasjon og fremtiden gjennom håpet.

Dufault og Martocchio (Rustøen 2001) hevder i den kognitive dimensjonen at håp avhenger av hvordan man oppfatter situasjonen, og at den håpende kan håpe til han ser at håpet ikke har mulighet i virkeligheten. Studien til og Buckley og Herth (2004) motbeviser i noe grad Dufault og Martocchios beskrivelse av håp på dette punktet. I deres studie hadde én pasient håp for tre år fremover i tid, men døde allerede 8 timer etter intervjuet. Denne pasientens håp

kan knyttes til Travelbees (1999) forklaring av «magiske håp» eller ønsker. I følge Travelbee (1999) kan magiske håp kan være virkningsfulle og bidra til tilfredshet, selv om det er usannsynlig at håpene skal skje. Man kan spørre seg om man skal underbygge slike håp, realitetsorientere eller forsøke å finne andre mer realistiske håp sammen med pasienten. Martocchio og Dufault (Rustøen 2001) hevder man må ta utgangspunkt i den som håper sin virkelighet, og som Yates (gjengitt av Rustøen 2001) hevder, vil virkeligheten til en som er syk være veldig annerledes fra hvordan andre opplever den. Er det én gang fantasien bør få løpe løpsk er det når døden er nært forestående. Det er grunn til å tro at realitetsorientering i en slik situasjon, og før øvrig i andre tilfeller hvor pasienter har *lengre* tid igjen å leve, ville vært synonymt med å ta vekk pasientens håp.

Sett i lys av teoretikere og forskning er sykepleierens viktigste oppgave når det gjelder å fremme håp å være tilstede i pasientens mentale univers i forhold til hvor han er i egen sykdom, og pleien til uhelbredelig syke kreftpasienten bør handle om å skape et univers med små håp i form av mål eller ønsker som kan bidra til å fremme livskvalitet i pasientens *nå* og nære fremtid.

## 6 Konklusjon

Oppgaven har belyst hvordan sykepleier kan fremme håp, og hvilke faktorer som bidrar til å fremme håpet til uhelbredelig syke kreftpasienter. Håpshindrende faktorer er også belyst.

Oppgaven har vist at sykepleierens holdning og handlinger kan avgjøre om pasienten opplever håp eller håpløshet. Dersom sykepleier tar i bruk kommunikasjonsferdigheter, og viser oppriktig engasjement og interesse for pasienten kan hun fremme håp. Gjennom informasjon, samarbeid og tillit kan sykepleieren i tillegg hjelpe pasienten med å akseptere sykdommen og på denne måten fremme håp. Oppgavens drøfting viser også at sosiale relasjoner til andre enn sykepleier er svært viktig for håpet. Sykepleieren bør sørge for at pasienten får tilbragt tid sammen med familie og venner, og gjøre det mulig for ham å møte andre pasienter i samme situasjon på sykehuset dersom pasientens dagsform og ønsker tillater det. Sykepleieren kan, og bør, skape et tillitsforhold så pasienten får mulighet til å åpne sine innerste tanker med henne – tanker som pasienten kanskje ikke tør å dele med sine nærmeste, og høflighet og engasjement i samtaler omkring pasientens livshistorie er viktig for å fremme håp. Håpstruende følelser som isolasjon og ensomhet kan hindres ved at sykepleier svarer på spørsmål, lytter og er tilgjengelig. Oppgaven viser på en annen side at samtaler om vanskelige temaer som fremtid og død bør skje med varsomhet, da dette kan bidra til å svekke pasientens håp. Lindring av pasientens fysiske plager viser seg å være grunnleggende for å fremme håp, fordi smerter fører til håpløshet.

At sykepleier får kjennskap til pasientens håp er sentralt, og det er viktig at sykepleieren hjelper pasienten med å nå realistiske mål. Like viktig er det at pasienten får brukt sine ressurser på hva som er viktig for ham, og at sykepleier finner balansen mellom det å hjelpe og det å fremme pasientens selvstendighet. For å fremme håp kan sykepleier også erkjenne pasientens ønsker og drømmer.

Oppgaven har vist at kultur og religion kan påvirke pasienters perspektiver på håp. Pasienter kan finne både aksept, håp og mening i egen sykdom gjennom religion eller andre ikke-religiøse meningsdefinisjoner. Sykepleieren bør derfor legge til rette for at pasienten får utøvd sin religionspraksis, eller annet som er av betydning for ham, til tross for at han er på sykehus.

Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg lært at håp berører veldig mange aspekter i livet til en som er uhelbredelig syk, og at håpet er viktig for pasienten slik at han holder ut å leve med sykdommen så lenge han lever.

## Litteraturliste

- Aass, N., Haugen Faksvåg, D., Rosland J.H., Jordhøy, M. Dønnem, T. Knudsen, A.K. (2015). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet 29.januar 2016 fra:  
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt%20handlingsprogram%20for%20palliasjon%20i%20kreftomsorgen-IS-2285.pdf>
- Bertelsen, B., Hornslien, K., Thoresen, L. (2011). Svulster I: S. Ørn, J. Mjell og E. Bach-Gransmo (red.). *Sykdom og behandling*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Buckley, J., Herth, K. (2004). Fostering hope in terminally ill patients. *Nursing Standard*, 19 (10):33-41. Hentet fra Cinahl
- Cancer in Norway 2014 (2014). Hentet 22.januar 2016 fra:  
<http://www.kreftregisteret.no/Global/Cancer%20in%20Norway/2014/CiN-sammendrag.pdf>
- Chi, G. C. (2007). The role of hope in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 34 (2): 415-424. doi: 10.1188/07.ONF.415-424
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Dysthe, O., Hertzberg, F., og Hoel L., T. (2010). *Skrive for å lære – skriving i høyere utdanning*. 2. utg. Oslo: Abstract forlag
- Eide, H. og Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk
- Elliott, J.A. Olver, I.N. (2007). Hope and hoping in the talk of dying cancer patients. *Social Science & Medicine*, 64 (1):138-149. doi:10.1016/j.socscimed.2006.08.029
- Fredriksen, K. og Beedholm, K. (2012). Litteraturreview I: S. Glasdam (red.). *Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. 1. utg. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
- Glasdam, S. (2012). Jura og etik – ved studier af og på mennesker inden for sundhedsområdet I: S. Glasdam (red.). *Bachelorprosjekter indenfor det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. 1. utg. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
- Herth, K. (1989). The relationship between level of hope and level of coping response and other variables in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 16 (1): 67–72. Sammendrag hentet fra Cinahl
- Hørmann, E. (2012). Litteratursøgning I: S. Glasdam (red.) *Bachelorprosjekter indenfor det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. 1. utg. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck

Kreftregisteret (2016). *Fakta om kreft* Hentet 22. januar 2016 fra:  
<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/>

Kristoffersen, N.J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie I: N.J. Kristoffersen, F. Nordtvedt og E.-A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie 1*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N.J., Breievne, G., Nordtvedt, F. (2011). Lidelse, mening og håp. I: N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt og E.-A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie 3*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. (2011). I: N.J. Kristoffersen, F. Nordtvedt og E.-A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie 1*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kübler-Ross, E. (2008). *On Death and Dying: What the Dying have to Teach Doctors, Nurses, Clergy and Their Own Families* (40th ed.). Taylor & Francis. E-bok, hentet den 20.januar 2016 fra: [http://bibsys-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/primo\\_library/libweb/action/display.do?tabs=viewOnlineTab&ct=display&fn=search&doc=BIBSYS\\_ILS71528933650002201&indx=5&recIds=BIBSYS\\_ILS71528933650002201&recIdxs=4&elementId=4&renderMode=poppedOut&displayMode=full&frbrVersion=5&dscnt=0&scp.scps=scope%3A%28SC\\_OPEN\\_ACCESS%29%2Cscope%3A%28%22DIAKON%22%29%2Cprimo\\_central\\_multiple\\_fe&tb=t&vid=DIAKON&mode=Basic&srt=rank&tab=default\\_tab&institute=&dum=true&vl\(freeText0\)=Hope%20and%20dying&fromLogin=true&dstmp=1454243852714](http://bibsys-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/primo_library/libweb/action/display.do?tabs=viewOnlineTab&ct=display&fn=search&doc=BIBSYS_ILS71528933650002201&indx=5&recIds=BIBSYS_ILS71528933650002201&recIdxs=4&elementId=4&renderMode=poppedOut&displayMode=full&frbrVersion=5&dscnt=0&scp.scps=scope%3A%28SC_OPEN_ACCESS%29%2Cscope%3A%28%22DIAKON%22%29%2Cprimo_central_multiple_fe&tb=t&vid=DIAKON&mode=Basic&srt=rank&tab=default_tab&institute=&dum=true&vl(freeText0)=Hope%20and%20dying&fromLogin=true&dstmp=1454243852714)

Kvåle, K. (2007). Do cancer patients always want to talk about difficult emotions? A qualitative study of cancer inpatients communication needs. *European Journal of Oncology Nursing*, 11 (4):320–327. doi:10.1016/j.ejon.2007.01.002

Lorentsen, V.B. og Grov, E. K. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I: H. Almås, D.G. Stubberud og R. Grønseth *Klinisk sykepleie 2*. 4. utg. Oslo: Gyldendal akademisk

Mathisen, J. (2011). Sykepleie ved livets avslutning. I: N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt og E.-A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie 3*. 1 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Moadel, A., Morgan, C., Fatone, A., Grennan, J., Carter, J., Laruffa, G., et al. (1999). Seeking meaning and hope: Self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psycho- Oncology*, 8 (5): 378–385. doi: 10.1002/(SICI)1099-1611(199909/10)8:5<378::AID-PON406>3.0.CO;2-A

Mok, E., Lam, W.M., Chan, L.N., Lau, K.P., Ng, J.S.C., Chan K.S., (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. Hentet fra Cinahl

Myskja, A. (2005). *Leve med kreft; Hvordan styrke håp og livsmot*. Oslo: Cappelen Forlag

Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?* 1. utg. Oslo: Gyldendal akademisk



Rydahl-Hansen, S. (2005). Hospitalized patients experienced suffering in life with incurable cancer. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19 (3):213–222. doi: 10.1111/j.1471-6712.2005.00335.x

Sachs, E., Kolva, E., Pessin, H., Rosenfeld, B., Breitbart, W. (2013). On Sinking and Swimming: The Dialectic of Hope, Hopelessness, and Acceptance in Terminal Cancer. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 30 (2):121-127. doi:http://ezproxy.diastud.no:2079/10.1177/1049909112445371

Thidemann, I.J. (2015). *Bachelor- oppgaven for sykepleierstudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget. (Oversatt til norsk ved K. M. Thorbjørnsen)

Utne, I. (2010). Pasienters opplevelser og reaksjoner på å få kreft I: U. Knutstad (red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie Sykepleieboken 2*. 3. utg. Oslo: Akribe

Utne, I. og Rustøen, T. (2010). Håp hos mennesker med kreft I: A.M. Reitan og T.K. Schjølberg (red.). *Kreftsykepleie pasient-utfordring-handling*. 3. utg. Oslo: Akribe

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011). Oslo: Norsk sykepleierforbund. Hentet den 22.januar 2016 fra: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)