

# MESTRING

*”Hvordan bør sykepleier forholde seg til pasienter som nylig har fått en kreftdiagnose”?*

BACHELOROPPGAVE SYKHB008



Sykepleierkull 2005  
Høgskolen Stord Haugesund  
Avdeling Haugesund, mars 2008  
Kandidatnummer 38

# Innholdsfortegnelse

<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>3</b>
1.1 Begrunnelse for valg av tema og presentasjon av problemstilling .....	3
1.2 Avgrensing og presisering.....	4
1.3 Oppgavens disposisjon.....	4
<b>2. METODE</b> .....	<b>6</b>
2.1 Valg av metode og vurdering av kildemateriell .....	6
<b>3. TEORIDEL</b> .....	<b>8</b>
3.1 Sykepleieteori .....	8
3.2 Krise .....	8
3.3 Pasientens behov i krise .....	11
3.4 Etiske aspekter i krisesituasjoner.....	13
3.5 Mestring .....	14
3.6 Sykepleie og mellommenneskelige relasjoner .....	16
3.7 Sykepleie i et støtteperspektiv.....	17
3.8 Kommunikasjonsteknikker.....	18
<b>4. RESULTAT</b> .....	<b>20</b>
4.1 Presentasjon av artikler .....	20
<b>5. DRØFTING</b> .....	<b>25</b>
5.1 Å være nær .....	25
5.2 Relasjon og tillit .....	25
5.3 Informasjon .....	27
5.4 Mestring .....	27
5.5 Håp .....	28
5.6 Kommunikasjonsferdigheter.....	29
5.7 Barrierer for sykepleier.....	30
<b>6. KONKLUSJON</b> .....	<b>33</b>
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>34</b>

# 1. Innledning

## 1.1 Begrunnelse for valg av tema og presentasjon av problemstilling

I 2006 fikk 24 488 mennesker i Norge diagnosen kreft. Prostatakreft er den mest utbredte sykdommen hos menn og brystkreft den vanligste kreftformen hos kvinner (Kreftregisteret, 2007). De fleste som hører ordet kreft vil bli skremt og redde fordi de assosierer dette med døden. Hvordan de takler den alvorlige beskjeden og mestrer situasjonen er veldig avhengig av hvordan helsepersonellet kommuniserer.

Som sykepleiestudent har jeg opplevd mange situasjoner og hørt mange historier om hvordan mange gruer seg til å ha samtale med pasienter med kreft. Replikkene som gikk igjen på lunsjrommet var: ”det er så synd på han!”, ”huff! dette er trist og tøft”, ”jeg vet ikke hva jeg skal si” osv. Vi er så livredd for å si noe som kan gjøre vondt verre. Det nytter ikke å si at dette går over. Kreft er en sykdom som man ikke kan være helt sikker på. Det fører med seg så mye smerte og lidelser som bare den syke og hans pårørende kjenner.

Ifølge yrkesetiske retningslinjer ICN er grunnlaget for all sykepleie å vise respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt. Men vi vet at det av og til oppstår etiske dilemmaer i møte med pasienter med kreft, og vi hører og leser i medier der pasienten ikke har blitt behandlet slik de yrkesetiske retningslinjene sier.

Dette er en sann historie som jeg er blitt fortalt, og som jeg mener illustrerer hvorfor denne oppgaven er så nødvendig og veldig aktuell i dag:

*”Jeg var innlagt på sykehuset og ventet på svar på en røntgenundersøkelse. Rommet jeg lå på hadde hvite upersonlige vegger, mellom meg og de 2 andre fremmede pasientene som lå der var det kun et tynt forheng. Jeg var trøtt og sliten etter flere prøver på sykehuset. Hodet verket og medisinene jeg fikk gjorde meg sløv. Plutselig var legen der midt i rommet foran meg og sa han hadde resultater fra røntgen. Høyt og tydelig sa han at de hadde funnet en svulst, men de var ikke sikker på om den var ondartet eller godartet. Det ble helt stille i rommet. Jeg visste at alle hadde hørt diagnosen. Jeg så legen, men jeg hørte ikke lenger hva han sa. Jeg fikk ikke*

*puste og var i sjokk. Når du føler deg bedre og kan komme deg ut av sengen kan du komme inn på kontoret mitt var det siste legen sa. Det var fortsatt helt stille i rommet. Ingen sa noe, til og med da sykepleieren kom inn sa hun ingenting. Viste ingen tegn på at hun hadde tid eller ville snakke med meg om det jeg nettopp hadde hørt. Hun visste, og hun unngikk meg. Aldri før har jeg følt meg så ensom. Jeg var usikker på om jeg ville klare å takle dette alene.”*

Dessverre er dette ikke en unik historie. Etter det jeg har erfart som sykepleiestudent på sykehuset om hvor utfordrende det er å møte pasienter med kreft, bestemte jeg meg for at problemstillingen måtte bli slik:

***”Hvordan bør sykepleier forholde seg til pasienter som nylig har fått en kreftdiagnose”?***

## **1.2 Avgrensing og presisering**

Oppgaven handler om kvinner og menn i voksen alder (30-65) som får en kreftdiagnose med usikker prognose. De har ikke problemer med kommunikasjon og er virkelighetsorienterte. Settingen skal være på sykehuset etter at pasienten har fått diagnosen. Sykepleie til barn, eldre og pårørende blir ikke omtalt her. På grunn av oppgavens begrensede omfang har jeg unnlatt å skrive om livskvalitet og åndelig behov. Legemiddelbehandling er også utelatt siden dette er en sykepleieroppgave. Det sentrale i oppgaven er hvordan sykepleieren skal forholde seg til pasienten i den tidlige fase, derfor er tema terminal omsorg ikke aktuelt i denne oppgaven.

Jeg vil presisere at gjennom oppgaven vil jeg bruke begrepet ”pasient” og ”pasienten” om kreftpasienten. Videre vil jeg forenkle språket med å kalle pasienten for ”han” og sykepleieren for ”hun”.

## **1.3 Oppgavens disposisjon**

Oppgaven er inndelt i metodedel, teoridel, resultatdel, drøftingsdel og konklusjon. I Metodedelen beskriver hva en metode er og hvilken metode som er blitt brukt, hvilken litteratur jeg bruker, hvordan jeg har funnet den, og hvordan jeg har stilt meg kritisk til den. Teoridelen er delt inn i 8 underkapitler. Her beskrives kriseteorier og hvordan pasienten kan

mestre denne situasjonen. I resultatdelen presenteres 8 artikler som er relevant til oppgaven. I drøftingsdelen diskuterer jeg de resultatene jeg har funnet ved litteraturgjennomgangen. Konklusjonen inneholder de viktigste funnene fra litteraturgjennomgangen.

## 2. Metode

### 2.1 Valg av metode og vurdering av kildemateriell

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med til arsenalet av metoder” (Dalland, 2002). Metoden beskriver hvordan vi bør gå frem for å skaffe eller prøve kunnskap. Når vi skal velge metode, bør vi begrunne valget med at den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig god måte.

Jeg hadde valget mellom å intervju personer som arbeider med kreftpasienter eller å gjennomgå tilgjengelig litteratur. Da det finnes mye litteratur om temaet, og mye av denne litteraturen er ny, innså jeg at jeg kunne lære mye ved å gjøre en litteraturstudie. En litteraturstudie bygges på en klar og tydelig problemformulering som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning og litteratur (Forsberg & Wengström, 2003: 27). Grunnlaget for denne litteraturstudien vil være en rekke artikler, bøker og lovtekster.

Bøker og artikler som ikke er mer enn 15 år gamle er blitt brukt for å sikre at resultatene er mest mulig oppdatert. Jeg benytter egne bøker og bøker fra biblioteket for å få en bredest mulig oversikt og få belyst flest mulig sider ved problemstillingen. I tillegg søkte jeg etter relevante artikler via høgskolebibliotekets fagressurser, blant annet SveMed, Medline, Ovid og PubMed. Jeg søkte også gjennom Google. Søkeordene var kreft (cancer), sykepleie (nursing), kritisk fase (critical fase), kommunikasjon (communication), tillit (trust), mestring (coping) og håp (hope). Jeg brukte ulike kombinasjoner av disse søkeordene for å innsnevre søkeresultatene og finne de mest aktuelle artiklene. Tilslutt fant jeg 8 artikler på Ovid.

Mine meninger, erfaringer og opplevelser vil til en viss grad avspeile seg i valg av litteratur. Det kan medføre en fare for at jeg ikke får belyst alle sider av saken. For å unngå dette har jeg forsøkt å være kritiske til mitt eget arbeid, og hele tiden forholde meg til den aktuelle problemstillingen.

Kildekritikk innebærer at vi kritisk vurderer og analyserer litteraturen vi har brukt. Leseren skal kunne se hvilke kriterier litteraturen er utvalgt etter (Dalland, 2002). Jeg har forsøkt å utøve kildekritikk overfor hver enkelt kilde. Det finnes dessuten ulike typer kilder som hver har sine sterke og svake sider.

Bøker om etikk og sykepleieteori er brukt for å finne hva som er sagt om relasjoner, empati og tillit hos mennesker og om sykepleieteorier. Slik litteratur er nyttig som bakgrunnsstoff og nødvendig for å finne fram til gjennomtenkte etiske prinsipper og se hvordan sykepleieteorier kan brukes til å belyse problemene, men disse bøkene er gjerne preget av tankekonstruksjoner og sier lite om fakta eller pasientenes konkrete behov. Fagbøker innen kreftsykepleie og kommunikasjon med kreftpasienter gir bedre oversikt og mer samlet framstilling enn originalartikler. Fagbøkene inneholder mulige feilkilder ved at de opprinnelige kildene kan være unøyaktig sitert. Leseren kan ikke selv utøve kildekritikk på samme måte som når han leser originalartikkelen. En originalartikkel er en artikkel som har stått i et referee-bedømt tidsskrift, det innebærer at den allerede før publisering har gjennomgått en kvalitetsvurdering ved anerkjente forskere innen feltet. Dette fjerner ikke behovet for at jeg selv må vurdere innholdet kritisk.

Rapporter utarbeidet for kompetansesentre, offentlige instanser og lignende har i motsetning til forskningsartiklene vanligvis ikke gjennomgått en ekstern faglig vurdering før publisering. Rapporter kan bygge på mindre sikre funn og må leses med kritikk. Lover og forskrifter gir sikre opplysninger om offentlige bestemmelser som gjelder i samfunnet. Men det kan være usikkert hvordan disse bestemmelsene skal tolkes i en konkret situasjon, og vi kan som sykepleiere oppleve situasjoner som ikke dekkes av gjeldende lover og forskrifter.

Ved en litteraturstudie er det hovedsakelig ett etisk aspekt som må tas hensyn til: hvordan jeg gjengir data. Litteraturen jeg bruker er produsert av andre, derfor må jeg skille tydelig mellom hva som er mine egne meninger og tolkninger, og hva forfatteren skriver. Ved henvisning til forfatternes konklusjoner må jeg gjengi disse korrekt. Jeg må også følge de oppgavetekniske retningslinjene om litteraturhenvisning av respekt for forfatterne.

## 3. Teoridel

### 3.1 Sykepleieteori

Joyce Travelbees (1999) definisjon på sykepleie er:

*”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene”.*

Travelbee sier videre at sykepleiedefinisjonen bygger på et eksistensialistisk menneskesyn og at lidelse og smerte er en del av livet man ikke kan unngå. Sykepleie består da i å hjelpe en som er syk eller lider til å finne en mening i det han gjennomlever. Dette oppnår man ved å skape en menneske-til-menneske-relasjon. Det overordnede mål og hensikt med sykepleie er å hjelpe pasienten til å mestre og å finne mening i de erfaringene som følger med lidelse og sykdom. Travellbee mener at man ved å støtte håpet hos mennesker som lider, får de hjelp til å mestre lidelsen i større grad enn det de ellers ville gjort.

### 3.2 Krise

I en kreftbrosjyre (2004) laget for den norske kreftforening står det at ved en kreftsykdom må den som er syk og de som står den syke nær, regne med å gjennomleve krisereaksjoner. I litteraturen skiller vi mellom *utviklingskrise* og *traumatisk krise*. I møte med pasienter som har kreft er kjennskap til *utviklingskriser* vesentlig av to grunner. For det første for å vite hvor pasienten befinner seg i sitt eget utviklingsforløp. Samtidig for å se hvilke erfaringer om sykdom, lidelse, sorg og død han bærer med seg i møte med alvorlig sykdom. Pasientens følelsesmessig opplevelser og reaksjoner på sykdom kan forsterkes når han rammes av en *traumatisk krise*, fordi han kan være i en fase i livet som utviklingsmessig er preget av forandring, usikkerhet og sårbarhet (Reitan 2004).

Hvis pasienten befinner seg i overgangen fra en fase til en annen i utviklingen, kan reaksjoner på en alvorlig sykdom bli sterkere enn ellers. En tenåring kan i utgangspunktet ha nok med det som kan oppleves som en krise han går gjennom for å bli voksen. Hvis en livstruende



sykdom dukker opp i familien eller hos en selv, er det normalt at de traumatiske reaksjonene blir mye sterkere. Opplevs overgangen til middelalderen som et tap, og pasienten får en alvorlig sykdom, vil følelsen av tap forsterkes. Opplevelse av tap eller trussel er en av de vanligste utløsende faktorer ved kriser (Cullberg 2003).

For å hjelpe på forståelsen av livets ulike kritiske faser, kan det være nyttig å støtte seg til psykolog Erik Erikson. Han har skissert åtte ulike utviklingskriser et menneske kan gjennomgå i løpet av livet: I spedbarnsalderen som er opp til ett år blir evnen til tillit/mistillit grunnlagt. Barnet lærer først å få tillit til verden gjennom morsskikkelsen. Grunnlaget for tillit er kunnskapen om at en vil få hjelp når en trenger det. Småbarnsalderen fra ett til tre år får selvstendighet/skam/tvil grunnlagt her. Førskolealderen fra tre til sju år utvikles initiativ/skyldfølelse. Skolealderen ni til tretten år er arbeidsevne/ mindreverd grunnlagt her. I pubertet/ ungdomsalder handler det om identitet og rolleforvirring. Erikson deler voksen alder i tre faser. I ung voksen alder står intimitet og isolasjon sentralt. Hvis puberteten er preget av rolleforvirring og en ikke har funnet en identitet, vil relasjoner til andre være vanskelig for en er opptatt av å finne seg selv. Middelalder fra 40 til 65 år handler om produktivitet/stagnasjon. Hovedtemaet er å skape noe som lever etter oss, å sette spor etter seg. Er livssituasjonen slik at vi opplever mangel på erfaringer vil grunnholdningen bli negativ som kalles stagnasjon. Alderdom handler utviklingskrisen om integritet og fortvilelse (Bunkholt 2005).

Den kjente svenske psykiateren Johan Cullberg (1994) definerer traumatisk krise som:

*”Individets psykiske situasjon ved en ytre hendelse av en slik art at pasientens fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet eller grunnleggende livsmuligheter blir truet”.*

Cullberg deler krisens forløp opp i fire faser: (1) *Sjokkfasen*. Sjokkfasen kan vare fra et kort øyeblikk til noen dager. I denne fasen prøver den rammende å holde virkeligheten fra seg, da den er for vanskelig å ta inn. (2) *Den reaktive fasen*. I denne fasen blir den som er rammet, tvunget til å åpne øynene for det som har skjedd eller kommer til å skje. Den kriserammede prøver å finne mening i den kaotiske situasjonen. (3) *Reparasjonsfasen eller bearbeidingsfasen* starter når pasienten greier å bli fremtidsrettet. I denne fasen prøver pasienten å godta det som er skjedd, og å leve med det. (4) *Nyorienteringsfasen* som ikke har noen slutt, lever den som er rammet, med arrene etter det som har skjedd, men det hindrer ikke ny orientering mot livet (Cullberg 2003).

Vanlige krisereaksjoner som er blitt beskrevet av kreftinfo (2004) kan være *sjokk*: "Det kan ikke være sant at jeg har kreft. Jeg kan ikke skjønne det. Legen må ha blandet prøvene". *Fortrengning*: "Det er ikke noe galt med meg. Jeg har ikke kreft". *Sinne*: "Hvorfor meg av alle mennesker? Og hvorfor akkurat nå? *Skyld, skam og anklager*: "Hvis det ikke hadde vært for ...så hadde ikke dette skjedd." "Hva har jeg gjort som skal straffes med denne sykdommen?" *Bitterhet*: "Det er greit for deg, du behøver ikke å utholde dette." *Isolasjon*: "Vær så snill, la meg for være alene." *Tretthet*: "Jeg er trøtt. Jeg orker ingenting."

Det er viktig at sykepleiere kjenner disse reaksjonene som kan oppstå, og legger merke til at pasientene ofte kan føle seg hjelpeløse og ute av stand til å ha kontroll over situasjonen. Dette kan forklare mange uventede handlinger fra pasientens side, og må bli møtt med forståelse (Kvåle 2002). Dorte Gram (2004) skriver at etter at kreftdiagnosen er stilt, vil pasienten være i en følelsesperiode preget av angst, fortvilelse, vrede/irritasjon, søvnbesvær, svingende konsentrasjonsevne og nedsatt appetitt. Med støtte fra familie og venner vil intensiteten av symptomene avta etter noen uker. Noen pasienter vil fortsatt ha høyt nivå av depresjon og angst, og i noen tilfelle så høy grad, at man kan betegne tilstanden som klinisk depresjon.

Klinisk depresjon ifølge WHO- diagnosesystem ICD- 10 er symptomer som: nedsatt stemningsleie, nedsatt energi og aktivitetsnivå, manglende eller nedsatt evne til å glede seg, manglende følelse av interesse, svekket konsentrasjonsevne og utalt tretthet. Søvnforstyrrelse, endret appetitt, lav selvtillit, tanker om skyld og utilstrekkelighet sees hos den som har depresjon. Symptomene må være tilstede minimum 2 uker for at diagnosen kan stilles (Cullberg 2003).

I følge Faulkner & Maguire (1998) vil en pasient som har fått en kreftdiagnose ikke klare å overvinne bestemte grunnleggende psykiske hinder som: usikkerhet om fremtiden, leting etter mening, tap av kontroll, behov for åpenhet, behov for følelsesmessig støtte og behov for medisinsk støtte, få større mulighet for å utvikle psykisk lidelse i form av angst og depresjon eller en blanding av begge deler. Kvåle (2004) skriver at angst synes å være mer utbredt hos kreftpasienter enn depresjon. Angst kommer når det foreligger en trussel om å miste noe som en har satt pris på og er glad i. Tap av en kroppsdel, tap av helse, tap av kontroll over livet, trussel om tap av relasjoner og tap av livet. Symptomer på angst er konstant anspent, nervøs eller ute av stand til å slappe av. Innsøvningsproblemer, irritabilitet, svette, skjelving, kvalme, dårlig konsentrasjon, ubesluttsomhet, og plutselig panikk (Cullberg 2003).

I Hummelvoll sin bok, "Helt ikke stykkevis og delt", står det at når vi møter uventede og store utfordringer som vi ikke er forberedt på i livet, vil dette oppleves stressende. Denne stressreaksjonen øker opplevelsen av angst og fire krisefaser vil kunne opptre (s 465). I fase 1 vil angsten stimulere pasientens vanlige mestringsmåter. I fase 2 kan personen bli engstelig når de vanlige måter å møte angsten ikke strekker til. I fase 3 vil personen prøve ut andre mestringsmåter eller prøve å redefinerer trusselen slik at de gamle mestringsmekanismene kan tre i funksjon igjen. I fase 4 vil angsten øke til panikk når en ikke har klart å løse problemet i fase 3. Enkelte kan da gå inn i en psykose. Hummelvoll (2005) har brukt utviklingskrise og traumatiskkrise til å inndele dette igjen i fire krisetyper: ulykkeskriser, livsfasekriser, rollekriser og flyttekriser. En kreftdiagnose vil komme under ulykkeskrise. Det handler om tap av selvbildet, angrep på ens identitet- samtidig som kreftdiagnosen er en trussel om å miste enda mer.

### **3.3 Pasientens behov i krise**

Kreftpasienter har mange forskjellige reaksjoner og behov gjennom krisens forløp. Reitan (2001) nevner fem behov som pasienten trenger i krise. (1) Det første behovet er å få *uttrykke tanker og følelser*. Det som skremmer mest ved en kreftdiagnose er tanken på spredning og død. Følelser som angst, redsel, fortvilelse, tristhet og sorg preger personen, men også sinne og aggresjon. (2) Det andre behovet er å *oppretholde relasjoner til andre*. Ved en sykehusinnleggelse og ved alvorlig sykdom kan ensomheten oppleves som stor. Da er det viktig at pasienten kan dele tanker og følelser med sine nærmeste. (3) Det tredje er behov for *informasjon*. I krisens akutte fase kan pasientens evne til informasjonsbearbeiding være nedsatt på grunn av blant annet forsvarsmekanismene slipper gjennom bare begrenset mengde informasjon. En bør derfor være utvelgende når det gjelder informasjon, og tenke over hva den kreftsyke har behov for å vite. Informasjonen bør tilpasses pasientens situasjon og være enkel og konkret. (4) Det fjerde behovet er *ny læring og mestring*. Pasienten utfordres til å lære nye sosiale roller og nye måter å mestre hverdagslivet på. Lære å tolke kroppens signaler og skaffe seg kunnskaper om sykdommen og behandling. (5) Det femte behovet er å *plassere sykdom og lidelse i eget liv*. Pasienten har fått en sykdom som er ukontrollbar og uforutsigelig. Mange spørsmål reiser seg. Det er viktig at det finnes sted der sykepleieren kan lytte til pasientenes historie, og det settes av tid til dette. Gjennom å fortelle sin

sykdomshistorie og ved å sette den inn i relasjoner til eget liv kan den kreftsyke prøve å skape mening og sammenheng i sin tilværelse. Menneskets evne til å fortelle om sine tanker og reaksjoner varierer sterkt. Kvinner og menn har forskjellig uttrykksmåter. En må vise stor respekt for det som er naturlig for pasienten.

Kriseterapi handler om å støtte pasientens egne helsefremmende ressurser og muligheter til mestring. Målet for sykepleieren er å støtte og gi omsorg til pasienten og hjelpe han til å

- opprettholde selvfølelse og identitet
- uttrykke tanker og følelser
- opprettholde relasjoner
- holde smerte og fortvilelse innenfor tolerable grenser
- møte de krav som situasjonen fordrer
- fremme egen mestring
- forebygge patologisk kriseutvikling

(Reitan 2004)

Psykisk førstehjelp til personer som har vært utsatt for traumatisk krise innebærer å møte personen på følgende punkter:

- vise medmenneskelighet
- la personen avreagere
- berolige og oppmuntre
- godta, ikke bebreide
- aktivisere
- gi mulighet for hvile, søvn
- legge vekt på at det dreier seg om naturlige reaksjoner på urimelige påkjenninger

(Eide & Eide 2007, Weitæth 1985)

I reaksjonsfasen er det sentrale for mestring å gjenopprette opplevelsen av forutsigbarhet og egen evne til å påvirke sin situasjon. Eide & Eide (2007) skriver hvordan sykepleier kan styrke ulike former for kontroll: instrumentell kontroll som er å løse problemer, kognitiv kontroll som er informasjon og undervisning, og emosjonell kontroll som innebærer psykososial støtte

### 3.4 Ethiske aspekter i krisesituasjoner

Mennesker i kriser har ofte vanskelig for å uttrykke sine tanker og følelser. I slike situasjoner er det lett for at helsepersonellet kan få makt over pasienten. Helsepersonellet sitter på mye informasjon som kan gjøre pasienten avhengig av personellet og bli sårbar. Pasientens medbestemmelse er nedfelt i pasientrettighetsloven i kapittel 3 om rett til informasjon og kapittel 4 om rett til å samtykke til behandling.

Pasientautonomi kan forstås på tre ulike måter: som prinsipp, en egenskap eller en rettighet (Slettebø 2006). Autonomi som prinsipp vil si at pasientens ønsker og behov blir respektert når medisinske eller helsefaglige avgjørelser skal fattes. Som en egenskap menes individets egenskap eller en kapasitet til å handle i tråd med egne planer og ønsker. Det kan variere fra ikke å ha autonomi til full autonomi, avhengig av den medisinske tilstanden til individet. Autonomi som rettighet vil si at pasienten har krav på å få sine valg respektert.

Paternalisme vil si at vi overtar og bestemmer noe for pasienten uten å ta hensyn til hans autonomi. Til nød kan ”svak paternalisme” godtas når pasienter åpenbart ikke er i stand til å vurdere hva som er til hans eget beste, men man skal hele tiden ha som hovedregel at paternalisme skal unngås, da det krenker pasientens autonomi og dermed også verdighet og integritet (Slettebø 2006).

Punkt 1 i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere handler om at all sykepleie skal være grunnlagt i respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. I punkt 1.1 står det at vi skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendig avgjørelser ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon og forsikre at informasjonen er forstått. Punkt 1.7 sier at vi skal unngå relasjoner som fører til utnyttelse av pasienten. Videre står det at sykepleier har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie (punkt 2). Til slutt står det at sykepleier skal vise respekt for kollegers og andres arbeid og er til støtte i vanskelige situasjoner. Sykepleie skal fremme et faglig og tverrfaglig samarbeid i alle deler av helsetjenesten (punkt 4.1).

### 3.5 Mestring

Mennesker har grunnleggende behov som omfatter behov for likevekt, behov av å makte og å tilfredsstillende betydningsfulle mellommenneskelige relasjoner, behov for å strekke til, mestring av konflikter, opplevelser av sammenheng og mening i livet. Vi bruker ressursene våre for å dekke behovet (Hummelvoll 2005). Når mennesker opplever en krise, utfordres evnen til mestring. Mestring innebærer hvordan en person takler eller gjennomlever en situasjon, en utfordring eller en påkjenning. Psykiateren R.S. Lazarus sier om mestring: ”Når våre viktige verdier eller mål blir utfordret, trues eller tilintetgjort opplever vi en stressituasjon på forskjellige vis”. Lazarus deler mestringstrategier opp i to overordnede kategorier: emosjonell fokusert mestring og problemfokusert mestring. Emosjonell mestring har som hensikt å bearbeide og kontrollere følelsesmessige reaksjoner på en stressende begivenhet/ situasjon. Eksempler på emosjonelt mestring kan være: bevisst forsøke å beherske følelser ved å tenke på noe annet, fokusere på behagelige tanker, belønne seg selv for å utholde smerten. Følelsesmessig bearbeide og reformulere problemet for eksempel dagdrømme, skrive dagbok, forsøke å redusere opplevelsen av stress for eksempel ved hjelp av avspenning, yoga, musikk eller lignende. Forsøk for å dempe symptomene med å drikke alkohol, røyke mer, trøstespise, overarbeide eller lignende er ikke positiv mestring. Problemfokusert mestring har som hensikt gjennom handling og atferd å løse eller tilpasse seg det problemet som foreligger. Problemfokusert mestring kan være: analysere årsakene til problemet. Definere og avgrense problemet. Ta forholdsregler for å forebygge fortsettelse av samme problem. Ta skritt til forandring i sitt eget liv for å løse problemene (Gram 2004).

En annen strategi er vurderingsfokusert mestring som har hensikt å endre den kognitive forståelsen av situasjonen. En slik mestringsstrategi er vanlig å bruke i truende situasjoner som for eksempel å få en kreftdiagnose. Å være mentalt forberedt styrker pasientens mestringsevne. Grunnleggende forutsetning for vurderingsorientert mestring er at pasienten har innhentet informasjon, kunnskaper og forståelse av et problem (Reitan 2004).

Mestringsstrategier hos kreftpasienter kategoriseres følgende av Gram (2004): *Fighting spirit* hvor pasienten aksepterer sin diagnose og har tro på sin evne til å kunne bekjempe den. Pasienten ønsker å delta aktivt i beslutninger vedrørende behandling og pleie. *Unngåelse/benektning* av sykdommens alvor. *Fatalisme* innebærer at pasienten har en

fatalistisk /resignert tilgang til sykdommen og opplever å være uten innflytelse på den. Konstant bekymret som referer til tanker vedrørende kreftsykdommen og får angst ved de minste fysiske symptomer som kan tolkes som tilbakefall. *Hjelpeløshet/ håpløshet* når pasienten er overveldet over kreftdiagnosen, har lyst til å gi opp og har en pessimistisk holdning til sin situasjon.

### **3.5.1 Håp og mestring**

En kreftdiagnose vil føre til en uforutsigbar fremtid for pasienten. Pasienten kan da oppleve håpløshet. Håp er viktig for menneskenes helse og velbefinnende (Rustøen 2001). Tone Rustøen i sin bok om "håp og livskvalitet" tar hun for seg Fromm og Lynch sine definisjoner på håp. Fromm sier at å håpe er en indre tilstand, en indre beredskap. Lynch hevder at håp er kunnskapen av at det er en vei ut av vanskeligheter med vekt på det kognitive via våre kunnskaper. Travelbee (1999) beskriver håp som noe vi har inni oss og at håp er en følelse av det mulige. Hun mener at håp har nær sammenheng til tillit, troen på at andre mennesker vil hjelpe når det er nødvendig. Felles for de alle er at håp er en følelse. Rustøen (2001) nevner at siden håp er en følelse vil det være naturlig at det følelsesmessige og det kognitive påvirke hverandre. Med det mener hun at hvordan man vurderer en situasjon, vil dette påvirke en følelse i situasjonen. Situasjoner som tap, trussel om tap, stress og kriser kan være en trussel mot håp. Blir håpet tatt fra oss, kan meningen med livet forsvinne (Rustøen 2001). Håpet danner et fundament for å mestre livsprosessen. Alt vi gjør er basert på håp. Jo viktigere et mål er for en, jo mer motivert vil en være for å nå målet. Håp vil gi krefter og styrke til å handle (Rustøen 2001, From 1971). Håp er framtidsrettet, og forventningene til fremtiden vil være av stor betydning for håp. I håpet ligger det at man kan se at det finnes en framtid selv om man må leve med sykdom og lidelse (Rustøen 2001, Eriksson 1987).

En studie gjort av Railegh hvor han kartla håp hos kronisk syke og kreftsyke fant han at de viktigste kildene til å opprette håp er familie, religiøse tro, venner, seg selv og hjelp fra profesjonelle. Strategier for å støtte eget håp var å være i aktivitet, bønner eller religion, tenke på andre ting, snakke med andre, lese og å uttrykke følelser (Rustøen 2001).

### **3.5.2 Styrke pasientens håp**

Travelbee (1999) sier at sykepleierens oppgave er å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet eller omvendt den som opplever håpløshet gjenvinner håp. For at sykepleier skal kunne hjelpe og styrke nytt håp hos pasienten, kreves det at sykepleie har kunnskaper om hva håp er, og hvilke faktorer som virker styrkende og svekkende (Rustøen 2001). Sykepleier kan gi følelsesmessig støtte, lytte, respektere pasienten og ha oppmerksomhet på pasientens følelser. Hensikten er at pasienten skal føle seg verdifull. Bekreftelse på sin eksistens er helt nødvendig for å kunne bevare håp. Gjennom ekte engasjement hvor sykepleier viser medfølelse og interesse, kan dette motivere og aktivisere håp hos pasienten. Sykepleier kan framkalle håp ved å oppmuntre pasientens til å bruke egne ressurser. Pasienten må ha tro på seg selv og sine evner. Sykepleier må bygge en relasjon med pasienten bygget på tillit og respekt. Når pasienten føler seg trygg og tror på at sykepleier kan være i stand til hjelpe, vil det fremme håpet hos pasienten. opplever pasienten at sykepleier lover ting de ikke holder, vil det kunne svekke håpet (Tavelbee 1999). Det sosiale nettverket er de viktigste kilder til håp hos mennesker med kreft. At en tror en får hjelp av familie eller andre viktige mennesker i ens liv hvis det blir nødvendig, anses viktig for håp. Sykepleier kan motivere pasienten til å lage et nettverkkart. Slik kan pasienten kan være oppmerksom på styrke og svakheter i ens nettverk. Det viktigste er å se det positive i nettverket (Rustøen 2001). Sykepleier kan øke eller styrke et håp ved hjelp av god og planlagt informasjon. Ikke alle er bevisste håpets betydning og dets betydning for helse og livskvalitet. Å informere om håpets betydning kan være nødvendig (Rustøen 2001).

### **3.6 Sykepleie og mellommenneskelige relasjoner**

Travelbee (1999) sier at sykepleieren må bruke seg selv terapeutisk i samhandling med pasienten, pleierens personlighet og kunnskap må brukes bevisst for å sikre en endring hos den som er syk. Menneske- til- menneske- forhold etableres etter at sykepleier og den hun har omsorg har gått gjennom 4 fire faser. Disse fasene er (1) det innledende møtet, (2) framvekst av identiteter, (3) empati og (4) sympati og medfølelse. Disse fasene kulminerer i gjensidig forståelse og kontakt.



Kommunikasjon er en prosess som gjør sykepleieren i stand til å etablere et menneske- til- menneske- forhold. Med det mener Travelbee (1999) et forhold der sykepleieren og den syke oppfatter hverandre som unike menneskelige individer, ikke som ”sykepleier” og ”pasient”. Interaksjon med den syke gir sykepleier anledning til å bli kjent med han som menneske og til å bestemme og ivareta hans behov, og dermed til å etablere et menneske- til -menneske- forhold. Sykepleierens atferd og handling avgjør om målene oppnås. Sykepleier må være i stand til å forstå hva den syke kommuniserer og bruke denne informasjonen i planleggingen av sykepleieintervensjoner. Sykepleier må dessuten vurdere og evaluere i hvilken grad sykepleierens mål og hensikt oppnås i interaksjonen.

### **3.7 Sykepleie i et støtteperspektiv**

#### **3.7.1 Emosjonell støtte**

Nærhet/ nærværenhet gir signaler om at sykepleier har tid for pasienten. Hun trenger ikke si noe med ord at hun er der for å hjelpe. Gjennom fysisk og åndelig nærvær kommunisere hun det. Viktige aspekter ved nærhet er at sykepleier viser medfølelse, kan lytte til pasienten og vise interesse (Nåden 1999). Å være tilgjengelig overfor pasienten medfører at den kreftsyke føler seg sett og bekreftet som person. Kroppspråket til sykepleier er viktig i sjokkfasen siden pasienten kan være forvirret og det er begrenset for hvor mye han forstår eller klare å ta innover seg (Reitan 2004). Det er viktig å vise respekt for pasientens integritet og menneskeverd og ikke trå over hans grenser for fysisk kontakt (Vetlesen 1996).

Det viktigste man kan gjøre for et menneske i krise, er å stille opp. Sykepleier kan lytte til samtale slik at pasienten kan uttrykke tanker og følelser og bearbeide den krisen han befinner seg i. Måte å bearbeide tanker og følelser er forskjellig hos mennesker. Noen bruker musikk og lyrikk, andre gjennom å fortelle eller skrive om sin lidelse, mens noen liker å dikte, male eller modellere. Helsefremmende ressurser hos pasienten er noe sykepleier må støtte opp under (Reitan 2004). Reitan (2004) nevner under emosjonell støtte å trøste pasient, tillate sinne og aggresjon, dele sorgen med pasienten. Å trøste pasient betyr her å ikke overtale personen til ikke være lei seg. Det får den kriserammende en følelse av manglende forståelse som kan medføre at han føler seg mer ensom. Mennesker i krise trenger ikke trøst for å slutte å gråte, men aksept for at det er lov til vise sterke følelser.

### **3.7.2 Praktisk støtte**

Pasientens problemer knyttet til helse og funksjonsvikt er sykepleierens ansvar, for eksempel hjelp til stell og personlig hygiene eller til å få mat og drikke. Praktisk handling kan også være å lære pasienten nye ferdigheter som er nødvendig for å mestre de utfordringer som kreft medfører for eksempel stille en utlagt tarm. I den akutte fasen av krisen, kan omsorgen for barn eller gamle være for tøft for pasienten. Avlastningstilbud bør foreslås og iverksettes der det er mulig. Ved å opprettholde hverdagslige aktiviteter, struktur i rundt hverdagen, kan livsmotet holdes ved like. På sykehuset kan sykepleie fremme balansen mellom aktivitet og hvile. Sykepleier må tilrettelegge for pårørende og nærstående personer for at de kan være hos pasienten for eksempel under kjemoterapi eller ved behov for overnatting. Pleiepersonalet bør finne et sted som gir ro og fred til å gi informasjon og veiledning av pasient. Rammene rundt informasjon, undervisning og veiledning har stor betydning for pasientens mulighet til mestring (Reitan 2004).

### **3.7.3 Sosial støtte**

Kvaliteten på sosiale nettverket betyr mye for hvordan pasienten kommer til å mestre krisen. Nettverket kan omfatte familie, venner, naboer, og arbeidskolleger. Sykepleier bør hjelpe pasienten til å opprettholde kontakt overfor sitt nettverk og be om hjelp når det er nødvendig, samt vurdere sin egen rolle i familien. Nettverk har stor betydning for at han skal føle seg verdifull og elsket. Det er viktig at pasienten føler seg inkludert. Sosiale aktiviteter kan hindre tilbaketrekking og isolasjon (Reitan 2004). Sykepleieren bør kartlegge pasientens sosiale situasjon. Han kan trenge orientering om sosiale rettigheter som sykemelding, økonomiske støtte, trygdeordninger og velferdspermisjon. Det kan være aktuelt å gjøre pasienten oppmerksom på rehabiliteringsenheter, pasientforeninger, sorggrupper og selvhjelpsgrupper.

## **3.8 Kommunikasjonsteknikker**

Kommunikasjonsteknikker er metoder som brukes for å nå både spesifikke og mer generelle mål med sykepleieintervensjon. Teknikkene er nyttige når en skal lære den syke å kjenne, når en skal etablere et forhold til vedkommende, og når en skal finne fram til og ivareta hans behov (Travelbee 1999). Kommunikasjon kan være nonverbal eller verbal. Ved å kommunisere nonverbal kan sykepleier møte den andre på en bekræftende, oppmuntrede og

bestyrkende måte som kan bygge opp tillit, trygghet og motivasjon. Nonverbal uttrykk kan formidles gjennom ulike kanaler. Det kan være ansiktsuttrykk, øyekontakt/uttrykk, kroppsholdning/kroppsspråk, stemmen (klang, styrke, intensitet), berøring, stillhet og ikke-ord, tempo (langsomhet og hurtighet) (Eide & Eide 2007).

Sykepleier bør bruke kommunikasjonsteknikker som gjør det mulig å utforske og frembringe frem innholdet i det pasienten kommuniserer. Følgende teknikker kan brukes er stille åpne spørsmål, gjenta utsagn og plukke opp nøkkelord, gi rom for bekreftelse og oppmuntring, samt aktiv lytting. Aktiv lytting innebærer å ha oppmerksomheten rettet mot den andre og følge opp det som observeres med ulike former for oppmuntring, støtte, spørsmål og kommentarer (Eide & Eide 2007). Faulkner & Maguire (1998) har utarbeidet en bok som beskriver hvordan man kan samtale med kreftpasienter og deres familier. Boken er en veiledning for hvordan man kan gå frem i en samtale som sørger for at pasienten får den informasjonen han har behov for, og ivaretar pasientens muligheter til å uttrykke sine reaksjoner. En god plan for samtale er å forberede samtalen, sette av tid til samtalen, se på pasienten som en samtalepartner, forsøke å finne ut hva pasienten vet om situasjonen, finne ut hva pasienten ønsker å vite, fortelle sannheten, avslutte samtale med å oppsummere og ha en plan for fremtiden.

## 4. Resultat

### 4.1 Presentasjon av artikler

Ut ifra database I Orvid har jeg funnet fram til åtte artikler som er relevant til oppgaven og som kanskje kan gi oss svar på hvordan sykepleier skal forholde seg til pasienter som har fått diagnosen kreft. Alle artikler var skrevet på engelsk. Der jeg har brukt sitater, har jeg brukt original språket.

#### **1. “Nurses experience of being present with a patient receiving a diagnose of cancer” (Dunniece & Slevin 2000)**

Denne artikkelen viser til en irsk undersøkelse. Sykepleier som hadde vært til stede da pasienten fikk vite diagnosen kreft ble intervjuet: *“I feel that it’s just as important to be there with them, to know that there is somebody there and they’re not just left on their own”*. Å være der for pasienten var ikke bare å være fysisk tilstede, men inkluderte også å gi informasjon, forklare, svare på spørsmål, lytte og være tilstede uten å si noe. Å være tilstede førte til at sykepleieren fikk se en personlig del av pasientens liv. Dette kan gi utspring til en sykepleie-pasient relasjon som må bygges på tillit.

#### **2. “Nurses attitude towards truthful communication with patients with cancer” (Georgaki med flere 2002)**

Denne artikkelen er en gresk studie hvor formålet var å finne ut om greske sykepleieres holdinger i forhold til kreftpasienter. Særlig gjaldt det å fortelle sannheten, pasientenes psykologiske tilstand og vanskeligheter de møter i kommunikasjon med denne pasientgruppen. Det er blitt brukt kvantitativ metode med spørsmål som er formulert etter relevant litteraturgjennomgang.

Resultat av studien viste at 75 prosent av deltagerne mente at noen pasienter bør få vite hele sannhet om sin sykdom. 89 prosent mente at sannheten om diagnosen bare skulle fortelles til de pårørende. 65 prosent prøvde å unngå å bruke ordet kreft når de snakket med pasienten, selv om pasienten kunne være klar over diagnosen. 25 prosent brukte ordet kreft av og til. 66

prosent syntes det var vanskelig å oppmuntre til samtale og snakke om sykdommen og døden, og mye av grunnen var at de ikke følt at de hadde god nok trening i kommunikasjonsferdigheter. 71 prosent av sykepleierne tror på at ærlighet er essensen for å bygge en terapeutisk relasjon til pasienten. 51 prosent tror at full informasjon til pasienten vil føre til at pasienten unngår fortvilelse, skuffelse og isolasjon.

I Hellas som i resten av verden viser forskning at sosial støtte er viktig i sykepleie til kreftpasienter. 89 prosent av sykepleierne i studien mente at det var best at pårørende fikk vite nyheten om diagnosen først og så kunne de fortelle dette videre til den syke. Grunnen til det er at pårørende kjenner pasienten bedre og kanskje vet best hvordan de skal takle reaksjonen til pasienten. Studien konkluderer med at sykepleier må forstå reaksjoner på sykdom og død og bruke kunnskapen i sykepleieplanlegging. Sykepleier må forstå effekten av sosial støtte og hvilken kulturinnflytelse den har på pasienten.

### **3. “Schering Plough Clinical Lecture Communication: It makes a difference” (Wilkinson 1999)**

Wilkinson konkluderer i sin studie at det er måten helsepersonellet kommuniserer med pasienten på som avgjør hvordan pasienten mestrer sin situasjon og sin sykdom. Helsepersonellet sin holding har en stor påvirkning på pasientens håp. Det kan være å ta seg tid til samtale, gi informasjon, bare være tilstede, være vennlig, hyggelig, hjelpsom, vise respekt og være ærlig. Sykepleier med negativt gemytt eller som er respektløs, har negativ påvirkning på pasientens håp. Det er mange ferdigheter som trengs for å ha god kommunikasjon med kreftpasienter. Wilkinson peker på at det kanskje er ferdigheter som å lytte, ta hint, stille åpne spørsmål og ha empati som er de viktigste. For å få gode kommunikasjonsferdigheter trengs det kurser og metoder som helsepersonellet kan øve på.

### **4. “Hope and coping in patients with cancer diagnoses” (Felder 2004)**

Pasienter fra 4 forskjellige kreftgrupper mage/tarm, brystkreft, hode og nakke var med i undersøkelsen. Det ble brukt Herth håp skala, Jalowiec mestrings skala og en basisk demografisk form som metode. Studien viser at det er høyt nivå av håp blant kreftpasienter, også hos dem med langtkommen kreft, og uansett kjønn, alder, etnisk bakgrunn, utdanning, sivil status og krefttype. Studien viser at det er en positiv sammenheng mellom håp og

mestring hos pasientene. Sykepleier kan styrke pasientens håp gjennom menneskelig relasjon, glede og humor, mot og klarhet, kjennskap til pasientens åndelige ståsted, oppmuntrende minner. Hun kan også få pasienten til å føle at han er verdifull og etablere/oppnå mål for pasientens mestring. Ved å pleie håp og med myke kommunikasjonsferdigheter, kan sykepleier utvide pasientens mestrings- repertoire.

##### **5. “Hope and related in variables in Italian cancer patients” (Vellone med flere 2006)**

Denne artikkelen er en studie gjort i Italia der formålet var å beskrive håp hos italienske kreftpasienter. Det ble sammenlignet grad av håp før og etter sykehus opphold og om håp hadde en sammenheng på livskvalitet og andre symptomer. Studien har brukt Nowotny Håp Skala (NHS) som også er blitt brukt i lignende studier i USA, Norge og Taiwan på kreftpasienter. Håp Relaterte Spørsmål Variabler (HRVQ) ble brukt for å se på faktorene funnet i litteraturen for å se om de har noen sammenheng med håp og kjedsomhet /mindre aktivitet. I studien kom det fram at det ikke var forskjell på graden av håp hos pasienter som var på sykehuset og for de som bodde hjemme. Begge hadde moderat håp. Faktorer som metastase behandling, kjønn, utdanning, sivilstatus, arbeid, bor med minst 1 person, alder, og familie hadde ingen betydning for NHS. NHS ble negativt påvirket når pasienten hadde høye verdier av psykologisk stress, fysiske symptomer, og ikke mulighet til aktivitet i det daglige livet. Pasienter som drev med aktivitet på fritiden hadde mer håp enn de som kjedet seg. Høye verdier av NHS hadde positiv effekt på HRVQ variabler som mestring, innstilling til sykdom, velvære, forhold til familien, forhold til profesjonelt helsepersonell, familiens støtte, venners støtte, helsepersonellens støtte. Også hvor fornøyd pasienten var med informasjonen fra helsepersonellet og komforten på sykehuset. Studien konkluderer med at høye verdier av NHS fører til mindre psykologisk stress, færre fysiske symptomer, mindre smerter, mer autonomi i aktivitet i det daglige livet og bedre livskvalitet.

På bakgrunn av studien avslutter forskerne med at sykepleier intervensjonen bør være slik at kreftpasienter opplever (1) håp, inkludert reduserte kreftsymptomer, smerter, angst og depresjon, (2) støtte pasienten og tilrettelegge kontakt med familie og venner, (3) informere og undervise pasienten om deres sykdom og behandling, (4) fremme pasientens selvstendighet, (5) fremme mestring og positiv innstilling til sykdommen, (6) redusere kjedsomhet ved å stimulere til aktivitet på sykehuset, (7) fremme komfort på sykehuset.

## **6. “Social support and coping in Turkish patients with cancer” (Tan 2007)**

Resultatet fra studien viser at det ikke er noe forskjell på mestring hos kreftpasienter med forskjellige krefttyper. Resultatet indikerer at uansett hvilke krefttyper pasienten har, vil de finne ulike måter å mestre situasjonen på. De fant at i det første stadiet av kreften var tendensen til å søke sosial støtte vanlig. Problemfokuset løsning var assosiert med sivilstatus, utdanning og helseforsikringer. Emosjonelt fokusert løsning var ikke assosiert med sivilstatus, utdanning og helseforsikringer. Det var en positiv sammenheng mellom problemfokuset løsning og sosial støtte. Problemfokuset løsning førte til optimisme og trygghet og søking av sosial støtte. Det var negativ sammenheng mellom emosjonelt fokusert løsning og sosial støtte. Når emosjonelt fokusert løsningsstrategi avtok, var det mer behov for sosial støtte. Pasienter med høy utdanning hadde mer problemfokusede løsninger og høyere grad av sosial støtte enn de andre. De som hadde lav utdanning brukte mer emosjonelt fokusede løsninger som strategi (kognitive/flukt/unngå). Pasienter i et forhold brukte oftere problemfokuset løsning enn pasienter som var skilt eller singel. Hos pasienter som var skilt og singel var verdien av sosial støtte høyere.

## **7. “Stress and coping strategies of patients with cancer” (Kim med flere 2002)**

Denne artikkelen beskriver en koreansk undersøkelse. Studien tok for seg forskjellige krefttyper og brukte Lazarus og Folkman sin mestringsstrategi som emosjonelt fokusert løsning eller problemfokuset løsning. I emosjonelt fokusert løsning kom disse løsningene best ut: *”Jeg skulle ønske situasjonen vil gå sin vei og på en måte komme meg over det”* etterfulgt med *”skulle ønske jeg kunne forandre hva som har skjedd eller hvordan jeg følte meg”* og *”har ønsker om hvordan ting kunne vært”*. I problem fokusert løsning kom dette best ut: *”jeg har profesjonell hjelp”*, etterfulgt av *”prøve å se på den positive side av ting”* og *”jeg tok det ut på andre mennesker”*.

Mestringsstrategi er i denne undersøkelsen knyttet til kjønn, utdanning, jobb, religion og det stadiet kreften er i. I begge mestringsstrategier; emosjonell og problemløsning, var det menn med utdanning over høgskole og som var i jobb, som kom best ut i forhold til mestring av stress. Hos pasienter av begge kjønn som hadde kreft i det reproduktive systemet, de som hadde kreft i 3 stadiet og kvinner, var stressnivået mye høyere. Kreftpasienter som var med i

dette studiet viste seg til å bruke mer emosjonelt fokusert løsning enn problem fokusert løsning.

## **8. “Barriers in providing psychosocial support for patients with cancer” (Botti med flere 2005)**

Denne artikkelen er basert på en kvalitativ australsk studie. Formålet med studiet var å identifisere nøkkelbegreper relatert til forutsetninger for effektiv psykososial støtte for voksne pasienter med hematologisk kreft. Fem temaer ble identifisert: ” *when is it a good time to talk?*”, ” *building relationship*”, ” *being drawn into the emotional world*”, ” *providing support through the patients journal*”, ” *breakdown in the communication process*”. Det som kom fram i studien var at når sykepleier trodde det var riktig tidspunkt for å snakke, så var det ikke sikkert at pasienten ville snakke. Sykepleierne opplever at det er på kveldstid og nattetid at pasientene har mer behov for å snakke. For å kunne gi psykososial støtte til pasienten må sykepleier trengse seg inn på pasientens omgivelser og gjøre nødvendig arbeid for å opprette dialog med pasienten. Sykepleiers jobbmengde, hvor mange års erfaring med sykepleie, og timingen på pasientens behov er potensielle barrierer for å fremme adekvat psykososial støtte. Alle deltagerne var enig i at forholdet til pasienten må bygges på tillit. Primærsykepleier var den som kjente pasienten best og dermed lettere fikk pasientens tillit enn sykepleier som jobbet deltid og kjente pasienten dårlig. Sykepleier som jobber med hematologisk kreft innrømmer at de føler seg emosjonelt utbrent når de blir dratt inn i pasientens emosjonelle verden. De må sette grenser for at de ikke skal bli utbrente.

Det er to ting som sykepleier mener kan føre til brudd på kommunikasjonsprosessen. Det ene er når legene og de som har medisinsk ansvar holder sykepleierne utenfor når de skal informere pasienten om for eksempel diagnosen. Det andre er når sykepleier får vite om pasientens diagnose før pasienten vet det selv. Dette setter sykepleier i en ukomfortabel posisjon når de har omsorg for pasienten.



## 5. Drøfting

### 5.1 Å være nær

Studie gjort av Dunniece & Slevin har gitt oss et innblikk i hvordan en sykepleier opplever situasjonen når en pasient har fått en kreft diagnose. Samtlige sykepleiere sier at det å være der med pasienten gjorde følelsesmessig inntrykk både på det personlige og profesjonelle plan. Jeg har selv opplevd å være nær en pasient med kreft og kan si på vegne av meg selv og noen andre sykepleiere som jeg har møtt, at dette er noe det tøffeste en kan møte i sykepleien fordi du blir så følelsesmessig involvert når du har omsorg for en kreftpasient.

Å være der og komme nær pasienten var sentrale temaer som ble reflekter i den australske studien. Å være der for pasienten innebærer å være fysisk og psykisk tilstede. Når sykepleier er til stede og er tilgjengelig gir dette pasienten en mulighet til å få støtte og hjelp, gjennom informasjon, spørsmål, forklaringer og lytting. I flere fagbøker står det at etter å ha fått en kreftdiagnose trenger en pasient å få uttrykke tanker og følelser. Følelser som angst, redsel, fortvilelse, tristhet og sorg preger personen, men også sinne og aggresjon. Hvilke reaksjoner og måter pasienten uttrykker seg på er veldig individuelt etter en kreftdiagnose. Nærhet er en kommunikasjonsform som er både verbal og ordløs. Det beste en sykepleier kan gjøre i forhold til kriseterapi, er å møte pasienten med forståelse og samtidig lytte og la pasienten avreagere. En kan gi emosjonell støtte som å trøste pasienten, tillate sinne og aggresjon, dele sorgen med pasienten. Det er viktig at pasienten føler at det er aksept for å vise sterke følelser. Flere av artiklene viser positive tegn på at det faller naturlig for sykepleier å være tilstede og være en omsorgs person. Litteraturen sier at å samtale og lytte til pasienter som snakker om ting som assosierer med sykdommen og død er viktig og vanskelig. Sykepleier som viser medmenneskelighet og klarer å vise at de ønsker å høre mer om hva pasienten forteller vil sannsynlig oppnå pasientens tillit. Det at sykepleier er tilgjengelig og er hundre prosent konsentrert om pasienten når hun er tilstedet, gir pasienten trygghet, ro og tillit.

### 5.2 Relasjon og tillit

Å bygge en sykepleier- pasient relasjon med tillit som grunnleggende verdi var det overordnede målet for sykepleierne i de fleste studiene. I sykepleierteorien er Joyce

Travellbee ikke tilhenger av begrepet sykepleie-pasient relasjon fordi hun mener mennesker er unike og må sees på som individer. Travelbee foretrekker begrepet menneske- til- menneske- forhold hvor sykepleier og pasient har gått gjennom 4 fire faser: det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati og sympati og medfølelse for å oppnå målet gjensidig forståelse og kontakt.

Tillit er ifølge den danske filosofen Løgstrup noe som hører til å være menneske. At vi tror på den andres ord. Troen på at andre hjelper en dersom det er nødvendig er knyttet til tillit. Dette blir utviklet i spedbarnsalderen gjennom morsfiguren. Sykepleierens holdning og uttrykk er vesentlig betydning for pasientens tillit. Gjennom holdning, handling og troverdighet fra første møtet med pasienten kan relasjon med tillit bygges. Sykepleierens holdning til pasienten *”jeg er her for å hjelpe deg, du er i gode hender”* vil ifølge mange forskere svært sannsynlig være av betydning for pasientens øyeblikkelig tillit til sykepleier. Når en sykepleier er til stede og er interessert i pasienten som menneske gjennom varme, respekt, empati og ekthet vil dette fremme tillit og trygghet.

Begrepet tillit er nevnt i artikkel 8 av Botti med flere (2005) der primær sykepleiere fikk en større grad pasientens tillit i motsetning til de sykepleiere som jobbet deltid. Å få pasientens tillit innebærer at en kjenner pasienten sin situasjon, sin medisinske syke historie og behandling. En skal da ha bygget en relasjon med pasienten hvor pasienten føler seg trygg. Tillit bygger på respekt og ærlighet. Dette begrepet er veldig sentralt og står skrevet i de fleste litteratur jeg har lest. Den greske artikkelen kan bekrefte med at hele 71 prosent av sykepleierne tror på at ærlighet er essensen for å bygge et terapeutisk relasjon til pasienten. Videre i denne greske artikkelen sier hele 89 prosent av sykepleierne at sannheten om diagnosen bare skulle fortelles til de pårørende. Det at så mange mente at pårørende burde få vite diagnosen først var fordi at pårørende kjente pasienten best og kunne takle situasjonen bedre enn sykepleier. Jeg tolker dette som at sykepleiere i Hellas er usikre på sine ferdigheter og overlater ansvaret mest mulig på pårørende. Det er lite profesjonelt og samtidig uetisk med tanke på pasientens rettigheter som rett til informasjon som angår ens diagnose, behandling, prognose, og rett til fri adgang til sin medisinske journal, rett til å ha medvirkning til anbefalt behandling og nekting av behandling. En slik studie avviker fra det jeg har lest i litteraturen om tillit og ærlighet.

## 5.3 Informasjon

I yrkesetiske retningslinjer ICN punkt 1.2 står det at sykepleier skal fremme pasientens muligheter til å ta selvstendig avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre at informasjonen er forstått. I krisens akutte fase kan pasientens evne til informasjonsbearbeiding være nedsatt på grunn av blant annet sjokk slik at pasienten får med seg begrenset mengde informasjon (Cullberg 2003). Flere steder beskriver nettopp dette som Cullberg sier at ved sjokk så oppfatter ikke pasienten alt som blir sagt av informasjon. En bør derfor være utvelgende når det gjelder informasjon, og tenke over hva den kreftsyke har behov for å vite. Informasjonen bør tilpasses pasientens situasjon og være enkel og konkret. Informasjon til pasienten er en viktig oppgave i sykepleien. Informasjonen som sykepleieren gir har mye å si for pasientens trygghet. Ifølge artikkelen til Georgaki tror halvparten av sykepleierne at full informasjon til pasienten vil føre til at pasienten unngår fortvilelse, skuffelse og isolasjon.

Artikkelen til Botti med flere (2005) tar opp etiske dilemmaer som sykepleier kan komme opp i som når de vet diagnosen før pasienten vet det selv. Samtlige sykepleiere i studien sa at det følte veldig ukomfortabelt når de hadde omsorg over pasienten. Pasientrettighetsloven i kapittel 3 står det at pasient har rett til informasjon. Man skal hele tiden ha som hovedregel at paternalisme skal unngås fordi det krenker pasientens autonomi og dermed også verdighet og integritet

## 5.4 Mestring

Flere steder i litteraturen står det at fortvilelse, skuffelse og isolasjon er vanlige reaksjoner etter en kreftdiagnose. Når pasienten ikke mestrer denne fasen, vil dette på sikt føre til alvorlig angst og depresjon. I en krise blir menneskets evne til å takle krisen utfordret. Lazarus sin modell er blitt anvendt i to av artiklene hvor emosjonelt fokusert løsning og problem fokusert løsning ble brukt. Når det gjaldt støtte og mestring hos tyrkiske pasienter var de med høy utdanning flinkere til å bruke problemfokusert løsning enn de med lav utdanning. De med lavere utdanning brukte mer emosjonelt fokusert løsning og hadde mye behov for sosial støtte. Hos koreanske kreftpasienter brukte deltagerne mer emosjonelt

fokusert løsning. Menn med høy utdanning brukte mer problemfokuset løsning. Stressnivået hos kreftpasientene var høyest hos kvinner, pasienter av begge kjønn som hadde kreft i det reproduktive systemet, og kreft i det tredje stadiet. Tan (2007) fant at problemfokuset løsning førte til optimisme og trygghet, og utnytting av sosial støtte, mens emosjonelt fokusert løsning førte til at pasienten viste større behov for sosial støtte. Dette stemmer med det jeg har funnet i litteraturen. Pasienter som klarte å mestre situasjonen sin gjennom problemfokuset mestring, oppnådde optimisme og trygghet. Hensikten med problemfokuset mestring er å løse eller tilpasse seg det problemet som foreligger. Pasienter som mestret det å ha en kreftdiagnose dårlig, var mer avhengig av sitt sosiale nettverk. Emosjonell mestring har kun til hensikt å bearbeide og kontrollere følelsesmessige reaksjoner på en stressende begivenhet/situasjon. Disse to studiene viser at mestringsstrategi er knyttet til kjønn, utdanning, jobb, religion og kreftstadiet. Forskerne tror at pasienter med høyere utdanning har bedre forståelse for situasjonen og kan bruke informasjon effektivt og da forbedre sin mestring. Forutsetning for vurderingsorientert mestring er at pasienten har innhentet informasjon og fått kunnskaper og forståelse for problemet.

## 5.5 Håp

Det fins et velkjent uttrykk som ofte blir brukt i hverdagstalen: *"så lenge det er liv er det håp"*. Etter å ha lest de forskjellige artiklene vil jeg snu på replikken og si: *"så lenge det er håp er det liv"*.

Håpet danner et fundament for å mestre livsprosessen. Håp vil gi krefter og styrke til å handle, skrev jeg tidligere. Studiene som omhandler håp og mestring bekrefter at det er en sammenheng mellom disse. Det er måten helsepersonellet kommuniserer med pasienten på, som avgjør hvordan pasienten mestrer sin situasjon og sin sykdom. Sykepleier med negativt gemytt eller som viser liten respekt har negativ påvirkning på pasientens håp. To forskere skriver litt forskjellig om hvordan sykepleier kan styrke pasientens håp. Wilkinson, som er blitt mye brukt som referanser i forskning, skriver at gjennom å ta seg tid til samtale, gi informasjon, bare være tilstede, være vennlig, hyggelig, hjelpsom, vise respekt og være ærlig vil pasienten få styrket håp. Den andre forskeren, fra Pennsylvania, Felder, formulerer litt annerledes men er fortsatt inne på det samme. Hun sier at sykepleier kan gi håp gjennom menneskelig relasjon, glede og humor, mot og klarhet, oppmuntrende minner, få pasienten til

å føle seg verdifull. Å føle seg verdifull blir også beskrevet at Rustøen som viktig for at pasienten skal ha troen på seg selv og kunne bruke sine ressurser.

Studiet gjort på kreftpasienter i Italia viser at håp fører til færre plager av alle typer (som omtalt på side 21). Derfor bør sykepleiers intervensjon fremme pasientens selvstendighet og mestring slik at han opplever håp. Rustøen er blitt mye brukt her i Norge i sykepleie-utdanningen. Hun har forsket på håp og livskvalitet hos pasienter. I hennes bok ”håp og livskvalitet” står det at for å støtte/opprette håp hos pasienten er det viktig at en sykepleier har evnen til å utføre en rekke positive aktiviteter i tråd med det som er omtalt på side 16. I de fleste kildene jeg har anvendt står det at først og fremst må sykepleier bygge en relasjon med pasienten basert på tillit og respekt, som også Rustøen har nevnt. Når det er en relasjon, et bånd mellom to mennesker er det lettere å samarbeide og kommunisere. Når sykepleier er engasjert og hun virkelig tror selv at det fins håp vil dette kanskje smitte over på pasienten på en positiv måte. Motsatt vil være at sykepleier har en negativ holding som kan føre til at pasienten mister håpet.

Pasienter som ikke har mulighet til aktivitet i det daglige livet har mer symptomer på psykologisk stress. Dette stemmer overens med det jeg har funnet hos Gram og hos Reitan. Pasienter som driver med aktivitet på fritiden har mer håp enn de som kjeder seg. Det er viktig at pasienten føler seg inkludert. Sosiale aktiviteter kan hindre tilbaketrekking og isolasjon. Ved å opprettholde hverdagslige aktiviteter, struktur i hverdagen, kan livsmotet holdes ved like. På sykehuset kan sykepleier fremme balansen mellom aktivitet og hvile. Sykepleier kan motivere pasienten til å lage et nettverkkart fordi det sosiale nettverket er den viktigste kilden til håp hos mennesker med kreft. Dette står det mye om i litteraturen. At pasienten tror han får hjelp av familie eller andre viktige mennesker i hans liv, hvis det blir nødvendig, anses viktig for håp. Nettverk har stor betydning for at en skal føle seg verdifull og elsket.

## **5.6 Kommunikasjonsferdigheter**

I samtlige av de ovenfor nevnte åtte artiklene er det brukt begreper som innebærer kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. En opprømsing av begreper viser mangfoldet i kunsten å kommunisere: informasjon, forklare, svare på spørsmål, lytte og være til stede uten

å si noe, fortelle sannhet, oppmuntre til samtale, snakke om sykdom, tid til samtale, gi informasjon, myk kommunikasjonsferdighet, informere og undervise. Kjennskap til begrepene og evne til å utnytte kunnskapen om kommunikasjon er viktig for enhver sykepleier. Trening i dette arbeidsområdet, vil også påvirke sykepleierens holdning til pasienten.

Artiklene beskriver litt om hvordan sykepleierens holdning skal være i møtet med pasienten. Positive holdninger som å være vennlig, hyggelig, hjelpsom, vise respekt og være ærlig i møte med pasienten ble vektlagt hos Wilkinson (1999). Mens hos Felder (2004) skal sykepleier kunne spre glede og humor og få pasienten til å føle at han er verdifull. Det er i dag gjort mye forskning på kreftpasienter, og det som kreftpasienter rangerer høyest hos sykepleieren er måten hun kommuniserer på og gir informasjon. Ved å kommunisere nonverbalt kan sykepleier møte den andre på en bekreftende, oppmuntrede og bestyrkende måte som kan bygge opp tillit og trygghet. Kommunikasjonsferdigheter som å lytte, ta hint, stille åpne spørsmål og vise empati er viktige. Åpne spørsmål, gjenta utsagn og plukke opp nøkkelord, gi rom for bekreftelse og oppmuntring, samt aktiv lytting gi sykepleier mulighet til å utforske og bringe frem innholdet i det pasienten kommuniserer. Faulkner & Maguire (1998) er veldig kjent og aktuell her i Norden innenfor kreftsykepleie og hos leger. I boken "hvordan samtale med kreftpasienten og deres pårørende" er det mange gode eksempler på hvordan man kan gå fram når man skal ha samtale med pasienten. En god samtale innebærer å forberede samtalen, sette av tid til samtalen, se på pasienten som en samtalepartner, forsøke å finne ut hva pasienten vet om situasjonen, finne ut hva pasienten ønsker å vite, fortelle sannheten, avslutte samtale med å oppsummere og ha en plan for fremtiden.

Funnene i studie til Kim med flere (2002), Tan (2007), Vellone med flere (2006), Felder (2004), Wilkinson og Georgaki med flere (2002) viser at kommunikasjon og informasjon er alfa og omega i sykepleie til pasienter med kreft.. De fleste skriver at det er stort behov for mer undervisning innen kommunikasjon med kreftpasienter. Det ser ut til at Peter Maguire og Suzie Wilkinson sin forskning er særlig viktig med hensyn til kommunikasjon.

## **5.7 Barrierer for sykepleier**

Botti med flere (2005) har en studie som peker på at potensielle barrierer for sykepleier med tanke på å kunne gi tilfredsstillende psykososial støtte er: jobbmengde, hvor mange års

erfaring med sykepleie og timingen på pasientens behov. Sykepleierens jobbmengde og hvor mange sykepleiere som er på skift, er helt avgjørende for hvor mye tid hun har til rådighet for hver enkelt pasient. I et intervju som Botti refererer til, sa en sykepleier det slik: *”Even if you are busy we like to be honest with people and just say I can’t right now but I will come back because sometimes we just can’t and that’s a reality”*. Jeg har selv erfart på sykehuset at det på dagtid er så mye aktiviteter og mange mennesker at kreft pasienter har mindre behov for å snakke. Behovet er sannsynligvis til stede, men alt som foregår opptar trolig pasienten slik at behovet ikke kommer til overflaten. På kveldsvakt og nattevakt derimot ringte ringeklokken mye oftere. Jeg kjente igjen situasjonen som sykepleiere i den australske studien opplevde; at det var ofte på kvelden og nattskiftet at pasienten hadde mest behov for å snakke. Dette tror jeg kommer av at pasienten har mer tid til sine egne tanker.

Utbrenthet er også en barriere. Det er lett for at en kan bli utbrent i omsorgsyrker. Sykepleier som jobber med kreftpasienter blir ofte dratt inn i pasientens emosjonelle verden. Det har vært mye forskning på ubehagelige temaer som gjelder liv og død og kreft. Det er et velkjent fenomen at kvinner i omsorgsyrke har stor risiko for å bli fysisk og psykisk utbrent. Når en jobber med kreftpasienter og hele tiden føler at jobbmengden er for stor, og at en ikke har tid til å prate og lytte til pasienten, vil dette tære på samvittigheten. Sykepleieren som er bevisst tanken på hvordan hun kan hjelpe pasienten og hans pårørende, og samtidig ta vare på seg selv, vil kanskje på sikt unngå å bli utbrente. I forskningen går det igjen at sykepleiere som har erfaring og føler seg komfortabel med vanskelige temaer i kreftsykepleien, har lettere for å oppmuntre pasienten til samtale. Faulkner & Maguire (1998) legger stor fokus på at sykepleier som jobber med kreftpasienter må være flinke til å ta vare på seg selv uten at det går utover pasienten. De mener at sykepleier ikke må distansere seg fra pasienten slik at pasientens behov blir oversett. Den australske studien er et godt eksempel på at man må være ærlig når sannheten er at man ikke har tid. Vi kan tenke oss at en pasient står der gråtende og er veldig redd, mens du må gi de andre pasientene medisinen. Da sier du ikke: ”jeg kan ikke nå. Jeg må gi de andre pasientene medisinen først”. Altfor mange pasienter sier at sykepleiere på sykehuset har det så travelt at ingen får nødvendig oppmerksomhet. Men hva om sykepleier sier: ”jeg kan ikke nå. Jeg må gi de andre pasientene medisinen først. Når jeg er ferdig vil jeg gjerne komme tilbake til deg og gi deg min fulle oppmerksomhet. Er det greit for deg?”. Første eksemplet er en enveis dialog hvor sykepleier sier sånn som det er at hun har mye å gjøre. Andre eksemplet fører til toveis kommunikasjon hvor sykepleier først sier at hun har en del ting hun må gjøre, men samtidig spør hun om det er greit at hun kommer tilbake

når hun er ferdig. Det siste eksemplet er riktig ifølge litteraturen for hvordan en sykepleier skal gå fram i møte og samtale med pasienten; være tilgjengelig, være ærlig, gi god informasjon, lytte, gi støtte.



## 6. Konklusjon

Jeg finner å kunne sammenfatte funnene mine som beskrevet nedenfor, i forhold til problemstillingen:

*”hvordan sykepleier bør forholde seg til pasienter som nylig har fått en kreftdiagnose”*

Sykepleiere bør:

(1) være tilstede, være tilgjengelig, (2) bygge relasjon gjennom tillit og respekt, (3) fremme håp, (4) fremme pasientens mestring og innstilling til egen sykdommen, (5) gi støtte til pasienten og tilrettelegge for pasientens kontakt med hans sosiale nettverk, (6) gi god informasjon tilpasset pasienten, (7) kommunisere på en bekreftende, oppmuntrede og bestyrkende måte som kan bygge opp tillit, trygghet og motivasjon og (8) ha kunnskap om krisereaksjoner og møte pasienten med forståelse.

Disse funnene er basert på studier gjort i Korea, Italia, Hellas, Tyrkia og Irland, der språk, kultur og historie er svært ulike. Likevel ser vi at det er ting som er felles, nemlig at sykepleier uttrykker ansvarsfølelse, ser den syke som medmenneske og føler plikt til å hjelpe og gi omsorg til den svake.

Kommunikasjon er det viktigste verktøyet en sykepleier har for å få en relasjon til pasienten. Kunsten å kommunisere med kreftpasienter er ikke lett. Det er tydelig at samtlige forskere av de åtte artiklene er enig at mer utdanning i kommunikasjon vil føre til at sykepleierer blir bedre rustet i møte med denne pasientgruppen.

## Litteraturliste

Botti, M., Endacott, R., Watts, R., Caims, J., Lewis, K., Kenny, Amanda, K. (2005) **Barriers in providing psychosocial support for patients with cancer**. Cancer Nursing. Vol 29 (4), 309-316

Bunkholdt, V. (2005) **Psykologi en innføring for helse-og sosialarbeidere**. Universitetsforlaget, Oslo

Cullberg, J. (2003) **Dynamisk Psykiatri**. Johan Cullberg og Tano Aschehoug

Cullberg, J. (1994) **Mennesker i krise og utvikling**. H Aschehoug, Oslo

Dunniece, U., Slevin, E. (2000) **Nurses experience of being present with a patient receiving a diagnosis of cancer**. Journal of Advancing Nursing. Vol 32 (3), 611-618

Eide, H., Eide, T. (2007) **Kommunikasjon i relasjoner**. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

Faulkner, A., Maguire, P. (1998) **Å samtale med kreftpasienter og deres familier**. Ann Faulkner, Peter Maguire og Tano Aschehoug

Felder, B.E. (2004) **Hope and coping in patients with cancer diagnoses**. Cancer Nursing. Vol 27 (4), 320-324

Forsberg, C., Wengström, Y. (2003) **Att göra systematiska litteraturstudier**, Stockholm, Forfattarna och Bokförlaget Natur og Kultur

Georgaki, S., Kalaidopoulou, O., Liarmakopoulos, I., Mystakidou, K. (2002) **Nurses attitude towards truthful communication with patients with cancer**. Cancer Nursing. Vol 25 (6), 436- 441

Gram, D. (2004). **Psykologiske reaktioner på kræft**. I boken Kræftens psykologi redigert av Zachariae, B. og Mehlsen, M.Y. Hans Reitzels Forlag, København

Hummelvoll, J.K. (2005) **Helt- ikke stykkevis og delt**. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo

ICN yrkesetiske retningslinjer tilgjengelig på:

<http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Etikk/Norsk%20Sykepleierforbunds%20NSFs%20Yrkesetiske%20retningslinjer.pdf> [Internett] lest 08.02.08

Kim, H.S., Yeom, H-A., Seo, Y-S., Kim, N-C., Yoo, Y-S. (2002) **Stress and coping strategies of patients with cancer**. Cancer Nursing. Vol 25 (6), 425- 431

Kreftinfo (2004) **Om krisereaksjoner og mestring for pasienter og pårørende**. Den Norske Kreftforeningen

Kreftregisteret tilgjengelig på:

<http://www.kreftregisteret.no/ramme.htm?start.htm> [Internett] lest 08.02.08

Kvåle, K. (2002) **Sykepleie til mennesker med kreft**. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

Nåden, D. (1999) **Når sykepleier er kunstøvelse**. Universitetsforlaget AS, Oslo

Reitan, A.M. (2001) **Krise og mestring. Kommunikasjon**. I Reitan A.M, red, kreftsykepleie, Akribe Forlag, Gjøvik

Rustøen, T. (2001) **Håp og livskvalitet**. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

Slettebø, Å., Nortvedt, P red. (2006) **Etikk for helsefag**. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo

Tan, M. (2007) **Social support and coping in Turkish patients with cancer**. Cancer Nursing. Vol 30 (6), 498- 504

Travelbee, J. (1999) **Mellommenneskelige forhold i sykepleie**. Universitetsforlaget AS, Oslo

Vellone, E., Pega, M.L., Galletti, C., Cohen, M.Z. (2006) **Hope and related in variables in Italian cancer patients**. Cancer Nursing. Vol 29 (5), 356- 366

Vetlesen, A.J. (1996) **Nærhetsetikk**. Ad Notam Gyldendal, Oslo

Wilkinson S (1998) **Schering Plough Clinical Lecture. Communication: It makes a difference**. Cancer nursing. Vol 22 (1), 17-20