



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# BACHELOR

---

## HÅP I KREFTOMSORGEN



(Bilde: lastet ned fra google)

Emnekode: SYKHB3001

Leveringsfrist: 23.02.09 kl. 14 00

Kandidatnr. 13

Ord: 7341

Utdanning: Sykepleie Høgskolen Stord/Haugesund

Kull 2006

## Abstract:

**Background:** Cancer is a disease which is increasing in size. In 2007 there was discovered 25 943 new cases of cancer, where about 10 000 dies every year.

**Aim:** In this study I focus on the hope in cancer patients and their next of kind in palliative care, and what nurses can do to promote hope.

**Method:** The method is a literature study where I collect data from exciting literature and research articles. Articles are found through search motors like Academic search premier. I use search words like hope, palliative care and nursing. I use 4 articles of 10 whit hope in the subject in the study.

**Result:** Trustful relationships and communication are important to promote hope in cancer patients and their next of kind. Control, dignity and meaning and pain and symptom relieve suffering and spiritually factors are important fore hope. Next of kind often feel more suffering than the patients. The nurse's behavior can influence the patients hope.

**Conclusion:** Communication skills are important to foster hope in patients and their next of kind.

**Bakgrunn:** Kreft er en sykdom som øker i størrelse. I 2007 ble det oppdaget 25 943 nye tilfeller av kreft, der omtrent 10 000 dør hvert år.

**Hensikt:** I dette studie fokuserer jeg på håpet hos kreftpasienter og deres pårørende i palliativ fase, og hva sykepleiere kan gjøre for å fremme håpet.

**Metode:** Metoden er et litteraturstudie der jeg samler inn data via eksisterende litteratur og forsknings artikler. Artikkene er funne gjennom søkemotorer som Academic search premier. Jeg bruker søke ord som hope, palliative care og sykepleie. Jeg bruker 4 artikler med håp som tema i studie.

**Resultat:** Tillitsfulle forhold/forbindelser og kommunikasjon er viktig for å fremme håpet i kreftpasienter og deres pårørende. Kontroll, verdighet, mening og smerte og symptomlindring er faktorer som fremkommer som viktig for håpet. Pårørende føler ofte mer lidelse enn pasientene. Sykepleiers væremåte kan ha betydning for pasientens håp.

**Konklusjon:** Kommunikasjonsferdigheter er viktig for å fremme håp hos pasienter og pårørende.

# HÅP

Håpet finnes alltid i de mørkeste kroker.

Håpet finnes alltid bak stengte dører.

Håpet finnes alltid bak hver tåre.

Et håp som driver vekk de tunge og mørke skyene.

Et håp som gir nytt liv.

Et håp som vekker deg fra søvnen.

Et håp som gir deg verdi.

Et håp som driver vekk frosten i ditt indre landskap.

Et håp som gjør deg levende.

Et håp som gir deg vinger.

Et håp som setter deg fri

Dikt av Ragnvald Sørheim, (03.01.2007)

# INNHOLDSLISTE

<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	1
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING .....	1
1.3 BEGRUNNELSE FOR VALG AV PROBLEMSTILLING .....	1
1.4 AVGRENSING OG PRESISERING .....	2
<b>2. TEORETISK RAMMEVERK.....</b>	<b>3</b>
2.1 HVA ER KREFT? .....	3
2.2 PASIENT OG PÅRØRENDE .....	3
2.3 PALLIATIV OMSORG.....	3
2.3.1 <i>Lindring</i> .....	4
2.4 HÅP SOM BEGREP.....	5
2.5 SAMHANDLING OG KOMMUNIKASJON .....	7
<b>3. METODE.....</b>	<b>9</b>
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE.....	9
3.2 SØKEHISTORIE .....	9
3.3 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER .....	10
3.4 KILDEKRITIKK .....	10
3.5 PRESENTASJON AV UTVALGTE ARTIKLER:.....	11
<b>4. DRØFTING.....</b>	<b>13</b>
4.1 HVA FREMKOMMER SOM VIKTIG FOR HÅPET HOS KREFTSYKE PASIENTER I PALLIATIV FASE? .....	13
4.2 HÅP I ET PÅRØRENDE PERSPEKTIV .....	16
4.3 KOMMUNIKASJON OG SAMHANDLINGENS BETYDNING FOR Å FREMME HÅPET? .....	19
<b>5. KONSEKVENSER FOR SYKEPLEIE.....</b>	<b>22</b>

## REFERANSELISTE

# **1. INNLEDNING**

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

I 2007 ble det oppdaget 25 943 nye tilfeller av kreft i Norge, noe som tilsier en økning på 6 % siden 2006 (Sildnes, 2008). Ifølge NOU (1999) dør omtrent 10 000 personer av kreft i året. Kreftsykdommene utgjør omtrent 22 % av alle dødsårsaker. Etter utført praksisperiode i kirurgisk avdeling, samt hjemmesykepleie, har jeg møtt mange med ulike kreftdiagnoser, og da spesielt med uhelbredelig utfall. Det er viktig at sykepleiere har gode oppdaterte kunnskaper om kreftsykdom, spesielt i en uhelbredelig fase, for å kunne tilfredstille pasientens og pårørendes behov. Jeg anser dette som viktig med tanke på å kunne bidra til at denne pasientgruppen kan oppleve håp og muligheten til et best mulig liv i den palliative fasen. Valget er også et resultat av mine antagelser om økt behov for sykepleie i fremtiden, da kreftsykdom tilsynelatende øker i omfang. Sykepleie innbefatter blant annet autonomi og samarbeid i omsorgen for mennesker, inkludert helsefremming og sykdomsforebygging, samt pleie av syke, funksjonshemmede og døende mennesker ifølge ICNs (2009) sykepleiedefinisjon.

## ***1.2 Presentasjon av problemstilling***

*Hvordan kan sykepleier fremme håpet hos kreftsyke pasienter og hans/hennes pårørende i palliativ fase?*

## ***1.3 Begrunnelse for valg av problemstilling***

Jeg har valgt problemstillingen ut ifra det målet at pasient og pårørende skal kunne ha det best mulig den siste tiden de har sammen. For å kunne nå det målet er det en forutsetning at pasienten kan mestre/akseptere å leve med kreftsykdommen. Med håp tenker jeg at det er det som er det viktigste å fokusere på for pasienter i denne situasjonen, da håpet er viktig for å mestre og å unngå vanskeligheter. Jeg har tatt med pårørende, da jeg anser disse som en ressurs for pasienten, men at de også kan ha et stort behov for hjelp av helsepersonell i den

situasjonen de befinner seg i med et døende familiemedlem. NOU (1999) presiserer at om en skal kunne gjøre den siste tiden best mulig for pasienten, så er det en forutsetning å ivareta de pårørendes behov, noe som anses å være en viktig del av pasientomsorgen. Jeg har tatt med pasienter med kreftsykdom, samt palliativ fase. I følge Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen (2007) starter den palliative fasen fra pasienten får konstatert uhelbredelig sykdom frem til vedkommende avgår med døden, vanligvis anses denne tiden å være opptil ni til tolv måneder.

#### ***1.4 Avgrensning og presisering***

Jeg går ikke inn på en bestemt kreftdiagnose, da jeg anser funksjonssvikt/smerte og indre følelser som et likeverdig problem uavhengig av diagnose. Fokuset rettes mest mot psykiske og eksistensielle/åndelige behov hos kreftpasienter, da dette er mest fremtredende for håpet. Erfaringsmessig ser jeg at pasientens indre følelser kan være vanskelig å komme inn på, der årsak kan ligge både hos pasient, pårørende og sykepleier. Jeg anser de pårørende som voksne og går ikke inn på barn og ungdom. Jeg viser til Travelbees sykepleiefilosofi for å belyse enkelte begreper. Artikkene presenteres kort under methodedel, der funn og resultater fremkommer i drøftingen. Det finnes ulike verktøy for å kartlegge håp, for eksempel Herth Hope Index (HHI), men jeg velger å ikke gå inn på dette.

I teksten omtales sykepleier også som helsepersonell. Pasient omtales i noen tilfeller som den syke. Pårørende som omsorgsytere eller familiemedlemmer.

## **2. TEORETISK RAMMEVERK**

### ***2.1 Hva er kreft?***

Kreft er en utbredt sykdom som kan oppstå i ulike deler av kroppen, samt i flere alvorlighetsgrader. I følge kreftforeningen (2007) er kreft en samlebetegnelse på ulike kreftsykdommer som arter seg forskjellig, men som starter med ukontrollert celledeling, noe som videre fører til at cellene ikke utfører oppgavene slik som friske celler vil gjøre. Etter hvert blir det en opphopning av kreftceller som danner grunnlaget for kreftsvulst. Ifølge Ilkjær (2005) er det flere faktorer som kan forringe livskvaliteten til pasienter med uhelbredelig kreftsykdom. Tap og svekkelse på grunn av nedbrytende prosesser i kroppen, tretthet, angst, depresjon, eksistensielle problemer, kakeksi, kvalme og oppkast, smerter, obstipasjon og diare, munntørrhet, pustebeviser er symptomer som ofte kan forekomme hos den døende pasient (Ilkjær, 2005). Utfordringen blir for mange med kronisk lidelse å lære å leve med sykdommen og den endrede livssituasjonen dette medfører (Storaker, 2005).

### ***2.2 Pasient og pårørende***

Kristoffersen (2007) refererer til Erikson og setter begrepet ”pasient” i sammenheng med begrepet ”lidelse”, og det lidende mennesket danner utgangspunktet for omsorg. Sammen med pasient følger som regel også pårørende. I følge pasientrettighetsloven (1999) er pårørende den eller de personer som pasienten selv utnevner. Dersom pasienten er ute av stand til å ta stilling til dette, skal den som har jevnlig kontakt med pasienten, der det nærmeste slektskapet står sentralt, være nærmeste pårørende (Lovdata)

### ***2.3 Palliativ omsorg***

WHO definerer palliativ omsorg som: *Palliativ omsorg (care) er den totale, aktive omsorgen for pasienter med sykdom som ikke responderer på kurativ behandling. Kontroll av smerter og symptomer og lindring av psykologiske, sosiale, og åndelige problemer er satt i høysetet. Målet med den palliative omsorgen er å oppnå høyest mulig livskvalitet for pasienten og vedkommendes familie* (Ilkjær, 2005, s 507).

Palliativ omsorg handler i hovedsak om å gi en helhetlig omsorg til pasienter med uhelbredelig sykdom, der lindring av plagene pasienten har står sentralt. Hovedmålet er at pasient og pårørende skal kunne mestre situasjonen de er i, slik at tilværelsen kan oppleves best mulig.

### **2.3.1 Lindring**

Sykepleierens lindrende funksjon har som mål å begrense omfanget av ulike typer belastninger som fysisk, psykisk, sosial eller åndelig karakter. Videre kan disse dimensjonene innbefatte ubehag, angst, smerte, lidelse, samt andre vonde og vanskelige opplevelser.

Lindring som medfører økt opplevelse av fysisk og psykisk velvære, påvirker pasientens tilstand positivt. Lindrende sykeleie kan innbefatte kroppslig stell, støtte, veiledning, tilrettelegging av miljø fysisk og psykososialt etter pasientens ønske, fjerne eller redusere smerte (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2006). Travellbee (2005) definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, familien eller samfunn med å forebygge, eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne mening i disse erfaringene (Storaker, 2005).

Lidelse knyttes til det enkelte menneskets reaksjon i møte med sykdom og tap. Lidelse kan oppleves ulikt fra person til person der mangel på akseptasjon kan slå ut i selvmødighet, bebreidelse, forvirring, depresjon, sinne, eller en holdning av likegyldighet. Ved å akseptere sin situasjon vil en kunne være i stand til å mestre påkjenninger, men kan likevel lide og oppleve angst og behov for hjelp. For noen kommer styrken til å akseptere sin situasjon gjennom religion (Travelbee, 2005). Følelsen av å være betydningsfull, og være verdifull er avgjørende for å oppleve mening, og mennesket trenger støtte og hjelp fra sine nærmeste og fra profesjonelle hjelpere for å utvikle og opprettholde dette. Å bli kjent med en pasient som en person, er helt avgjørende for å oppnå sykepleiens mål som er å lindre lidelse, og å fremme mestring. Samtaler om livet før sykdommen kan styrke selvfølelsen og identiteten (Travelbee, 2005)

Psykisk lidelse i form av angst og depresjon blir ofte sett på som en selvfølge hos kreftpasienter, der behandling kan utebli (Faulkner og Magurie, 1998). Angst skyldes en



opplevelse av trussel mot ens psykiske eksistens forårsaket av ubevisste indre impulser som kan provoseres av ytre hendelser (Reitan 2004).

## **2.4 Håp som begrep**

Håpet defineres som: ”*en dynamisk, fremtidsorientert prosess som reaksjon på vanskelige livsbegivenheter, og innebærer blant annet troen på at man vil være i stand til å håndtere og motvirke vanskeligheter* (Busch og Hirsch 2007:126). De viser til vitenskapelig litteratur som fremsetter at håpet er en faktor som har betydning for pasientens livskvalitet, som tenkes å påvirke helsetilstand og dødelighet.

Håp og håpløshet er begreper som viser til menneskets indre sinnstilstand, der håp anses som et av de mest sentrale begrep i forhold uhelbredelig syke pasienter, samt for pårørende og behandlere. Håpet ses på som nødvendig for drivkraft, livsforlengelse, lindring av alvorlige symptomer, samt for å kunne holde ut (Busch og Hirsch, 2007). Rustøen (2004) hevder at håpet er en følelse som kan påvirkes av holdninger og atmosfæren, og mener sykepleiers holdning/adferd og tilstedeværelse kan påvirke pasientens håp.

Tidligere forskning viser at pasientens håp kan være viktig for troen på seg selv og mestring av hverdagen, bevisstgjøre seg selv ved å sette ord på følelser, å se betydningen av sosialt nettverk, å være aktiv og engasjert der mål har stor betydning, finne styrke gjennom ulike måter for eksempel gjennom egen tro og verdier, å se at fremtiden er mulig og tro på en vei ut av vanskene (Rustøen). For noen kommer styrken til å akseptere sin situasjon gjennom religion (Travelbee, 2005)

Håp gir forventninger om at fremtiden vil ha noe med seg som kan oppleves som meningsfylt. For en alvorlig syk eller døende pasient kan et snev av kontakt, at noen lytter og forstår, muliggjøre håpet som et middel til å akseptere det som er eller vil komme. Håp kan ses på som et mål man ønsker å nå. Realistiske og kortsiktige mål styrker motivasjonen og viljen til forandring, og gjør handling og mestring lettere (Eide og Eide). Travelbee (2005) hevder at håpet kan gi styrke til å mestre tap, tragedier, mangler, kjedsommelighet, ensomhet og lidelse, og at håpet er en avgjørende faktor for ikke å gi opp.

I motsetning til håp trer håpløsheten frem i form av maktesløshet og fortvilelse av å miste kontrollen over livet sitt og kanskje ikke kunne utføre de mest grunnleggende ting. Håpløshet defineres som ”ikke fravær av håp, men en tilknytning til et håp man har mistet” (Busch og Hirsh, 2007).

For å oppnå høyest mulig livskvalitet må sykepleier femme faktorer som har betydning for håpet:

- optimal smerte- og symptomlindring
- følelsen av å være verdsatt
- betydningsfulle relasjoner til andre der for eksempel humor og erindringer (gjenoppleve gode minner) er ingredienser
- anerkjenne pasientens bekymringer
- klar informasjon
- ha realistiske mål
- tilstedeværelse av en aktiv åndelig tro og praksis (Busch og Hirsch, 2007).

Målet for all sykepleie er at pasienten skal få det best mulig, derfor blir livskvalitet også et sentralt begrep, og er fremtredende ved kreft. Livskvalitet defineres på ulike måter av ulike personer, eksempelvis Mastekaasa i Karoliussen og Smebye (2006) definerer subjektiv livskvalitet som enkeltindividers bevisst positive og negative, kognitive og følelsesmessige opplevelser. Dette knyttes opp mot velvære og generell tilfredshet.

WHO definerer livskvalitet som: ”*enkeltmenneskers oppfattning av sin posisjon i livet innenfor den kultur og det verdssystem de lever i, i forhold til sine mål og forventninger, hvordan de ønsker livet skal være, og hva de er opptatt av*” (Whal og Hanestad, 2007:31). Næss (2001) definerer livskvalitet som ”*En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisstkognitive og affektive opplevelser positive og lav i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er negative*” (NOVA - rapport 3/2001: 10).

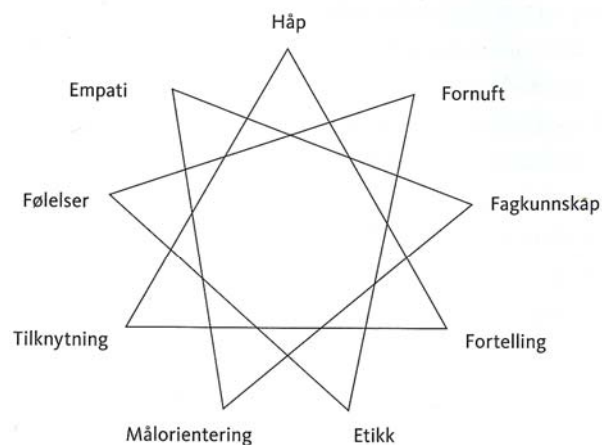
Livskvalitesbegrepet er betydningsfullt i sykepleien ved at det flytter oppmerksomheten fra sykdommen til menneskets hele liv, og sikrer på den måte en helhetlig sykepleie.(Rustøen, 2002).

## 2.5 Samhandling og kommunikasjon

Begrepet kommunikasjon betyr å gjøre noe felles, å ha kontakt med en annen ved å ta del i den andre. Vi kan kommunisere via blikk, bevegelser, lyder, verbalt og non verbalt (Eide og Eide, 2006).

Profesjonell kommunikasjon som brukes av fagpersoner har til hensikt å ivareta pasienten på en best mulig måte, der en har en hjelpende funksjon som sikter mot å nå målene (Eide og Eide, 2006). Den gode kommunikasjonen går ut på å bekrefte den andre verbalt eller nonverbalt, der en utfordrer til refleksjon og spørsmålsformuleringer, samt en hensiktsmessig oppbygging av samtalen, som kan innebefatte i å fortelle dårlige nyheter. Kommunikasjon og profesjonell tilstedeværelse er ingredienser som må til for å omgjøre en holdning av håpløshet om til håp. Dette kan fremgås ved å erkjenne pasientens følelse av håpløshet og bekymring (Busch og Hirsch, 2007). Det vil si å dele sorgen med pasienten slik at den ikke blir så tung å bære.

Figuren nedenfor viser triader med tre nivåer som er lagt over hverandre for å illustrere de sentrale aspekter på profesjonell kommunikasjon. Dette er en helhetlig modell for hjelpende kommunikasjon og viser grunnelementene (Eide og Eide, 2006).



Figur 2.4 Grunnelementer i hjelpende kommunikasjon

Informasjon om sykdom og behandling er ikke det eneste en pasient har behov for, men også informasjon om normale følelser og reaksjoner og muligheter. Dette kan bidra til at pasienten tar del i sin behandling/pleie, samt å fremme motivasjon (Rustøen, 2002). Målet med

profesjonell kommunikasjon er å hjelpe pasienten til å bruke sine ressurser for å bidra til myndiggjøring (empowerment) (Eide og Eide, 2006). God og planlagt informasjon kan styrke håpet og være med på å redusere usikkerhet og gi økt følelse av kontroll. Det er viktig for vår selvfølelse å oppleve at egne kunnskaper og handlinger kan påvirke resultatet (Rustøen, 2002).

Travelbee (2005) mener at kommunikasjon er det viktigste ”redskapet” for å etablere det hun kaller ”et menneske til menneske forhold” til pasienten. Profesjonell sykepleie innebærer å bruke seg selv terapeutisk, der en bruker sin egen personlighet på en slik måte at en bidrar til å redusere plagene hans. For å kunne bruke seg selv terapeutisk må en være klar over egen væremåte, det vil si å forstå seg selv, forstå menneskelig adferd der en kan forutse egen og andres adferd (Travelbee, 2005). Tveiten (2002) legger frem den didaktiske relasjonsmodellen som er satt sammen av ulike ingredienser som helsepersonell kan ta utgangspunkt i for å kunne oppnå en god relasjon/forbindelse til pasient eller pårørende. I følge Tveiten (2002) betyr didaktikk læring, undervisning, klargjøring og bevis. Ingrediensene innbefatter å legge til rette et egnet sted der en uforstyrret kan tale med pasient eller pårørende, legge til rette for god tid og vurdere hvor lenge pasienten orker, sørge for at pasienten får dekket sine behov for eksempel lindre sult, smerter som kan hindre i å motta informasjon/veiledning, vurdere tilnæringsmåter med tanke på tilstand og hva de kan klare å forstå, evaluere for å se om innholdet er forstått av mottaker.

Sykepleier må mestre sin situasjon for å kunne hjelpe syke til å mestre sin situasjon (Travelbee, 2005). En systematisk ”tilnærming” til pasienten fremstiller hun som å

- Kartlegge pasientens behov ved å observere, ved å bekrefte eller avkrefte sine antagelser.
- Vurdere egne begrensninger og eventuelt å henvise pasienten til andre helsearbeidere
- Lage en plan for hvordan sykepleien skal gjennomføres som omfatter metode, tidspunkt og ulike måter å møte pasienten på.
- Evaluere for å sikre om pasientens behov er ivaretatt.

## **3. METODE**

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

Metode er en fremgangsmåte for å løse problemer, samt å komme frem til ny kunnskap. Et hvert middel som benyttes i denne sammenheng anses som en metode, og hjelper oss til å samle inn data (Dalland, 2006). Metoden i denne oppgaven er avgrenset med et krav til å være et litteraturstudie, der forskningsartikler funnet i søkebasen, samt pensumlitteratur og annen relevant litteratur blir benyttet. Et litteraturstudie vil si at en bygger oppgaven etter litteratur som allerede finnes, der forskningsartikler regnes som innsamlingsdata og brukes for å redegjøre resultater (Olson og Sørensen, 2006).

### ***3.2 Søkehistorie***

For å innhente data setter jeg kriterier for hva som skal inkluderes eller ekskluderes. Jeg ser først og fremst på om stoffet omhandler voksne kreftpasienter i palliativ fase. Jeg har ekskludert artikler som omhandler demente med kreft i palliativ fase. Bøker som brukes holdes innenfor et tidsaspekt på ti år, det vil si bøker fra 1999, hvorav en bok er fra 1998. Denne boken velger jeg å bruke da jeg anser innholdet som relevant for oppgaven og at det styrkes av annen faglitteratur. Artiklene tilstrebes å ikke være eldre en fem år.

Jeg har brukt søkemotorer funnet gjennom HSHs bibliotekside. De mest brukte er Academic search premier, Pro Quest, Sve Med + og Vård i Norden og Ovid, der jeg i hovedsak har benyttet søkeord som hope, palliative care, nursing. Jeg bruker engelske søkeord fordi det er svært lite forskning som er publisert på norsk og vil dermed begrense muligheten til å finne relevante artikler (Nortvedt, 2007).

Ved å søke på enkle ord kan det komme opp svært mange artikler. Eksempelvis søkte jeg på hope gjennom Academic search premier og fikk 111 295 treff. Videre la jeg til palliative care og fikk 212 treff. Da jeg i tillegg la til nursing fikk jeg 102 treff. For å begrense søket ytterligere merket jeg av for scholarly journals (vitenskapelige tidsskrift) og publikasjoner fra 2004 og fremover, og fikk 85 treff. Av de 85 var det 10 artikler som hadde håp som tema, der

jeg plukket ut 5 artikler som var mest relevante for oppgaven. De fleste måtte bestilles gjennom Bibsys.

For å bygge opp om teoretisk rammeverk har jeg lånt relevant litteratur i form av bøker gjennom HSHs bibliotek, der bestillinger og reservasjoner er foretatt gjennom Bibsys. Bibsys er en felles bokkatalog for norske universitet og høyskoler (Dalland, 2006). For å finne frem til relevant litteratur har jeg gått gjennom litteraturlistene på aktuelle forskningsartikler, rapporter, aktuelle bøker og pensumlitteratur, samt pensumliste ved videreutdanning i palliasjon i Bergen og lenker knyttet til dette. I forhold til bøker så har jeg gjennomgått innholdsliste for å finne frem til relevante kapitler, samt stikkordslister, der jeg har lest store deler av kapitlene. I tillegg har jeg søkt på begreper, ord og forfattere gjennom Google for å se hva som har dukket opp.

### ***3.3 Forskningsetiske overveielser***

Jeg gjør et litteraturstudie som ikke omfatter intervju eller andre undersøkelser på andre mennesker. Ved en litteraturstudie er det funnene i faglitteraturen og forskningen vi velger å bruke som er basisen for oppgaven (Dalland, 2006). Av den grunn må jeg ta hensyn til forskerne og forfatterne brukt i oppgaven og tolke og gjengi stoffet på en best mulig korrekt måte. Det vil si at en ikke må presenteret stoffet som sitt eget, men gjengi stoffet riktig uten å kopiere, for å hindre at det kan oppfattes som plagiat/fusk. I tillegg tilstrebes det å bruke et forståelig språk for å sikre at informasjonen oppfattes korrekt av andre (Dalland, 2006).

I tillegg anses det som uetisk å kun presentere de artiklene og litteraturen som støtter forskerens syn (Dalland, 2006). Som forfatter av denne oppgaven må jeg få frem synspunkter fra forskjellige vinkler, for å fremstå best mulig reflektert over problemstillingen.

### ***3.4 Kildekritikk***

Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere den litteraturen og kildene som benyttes i oppgaven. Det vil si at en vurderer teori og forskningsresultater i den grad det er mulig, for å se om relevansen og gyldigheten er aktuell for problemstillingen (Dalland, 2006).

Primærkilder er bedre å bruke da resultatene publiseres for første gang i originale vitenskapelige tidsskrift. Disse artiklene skal være kritisk gransket før publisering og inneholde anerkjent form og struktur. Metoden vurderes kritisk ved å se om den inneholder et spesifikt formål, har beskrevet litteratursøkingen, beskrevet utvalgskriteriene, har kriterier for kritisk gransking av litteraturen, og om resultater og rekommanderinger er tydelig beskrevet (Forsberg og Wengstrøm, 2008). En annen måte er å vurdere etter IMRAD formatet, det vil si om artiklene er bygd opp etter introduksjon, metode, resultat, og (and) diskusjon. Om vi kan stole på resultatene ligger primært under metodedelen (Nordtvedt, 2007).

Sekundærlitteratur er basert på forskning og undersøkelser som er gjort av andre. Faren for feiltolkning kan gjøre seg gjeldende ved at forfatteren allerede har tolket innholdet fra før og at endringer er gjort underveis. Om mulig anbefales det å gå til primærkilden, eller å gjengi materialet forfatteren refererer til teknisk korrekt ved å bruke sitat. Dette for å sikre seg mot andres feiltolkninger eller unøyaktigheter (Dalland, 2006).

### ***3.5 Presentasjon av utvalgte artikler:***

Etter søk på Academic search premier kom jeg frem til flere artikler som omhandlet håpet i palliativ fase, hvorav de fleste kun var tilgjengelige gjennom bestilling på Bibsys. De mest relevante blir presentert her, som kanskje kan gi svar på problemstillingen.

#### **Holstlander og Duggleby (2008) An inner struggle for hope: insights from the diaries of bereaved family caregivers (Academic search premier/Bibsys).**

Tema i artikkelen ser på etterlatte sine opplevelser i forhold til å være omsorgsgivere, der målet er å kunne justere palliativt program for å muliggjøre optimal omsorg/pleie. Hensikten med studien er å undersøke erfaringene pårørende har med håp gjennom å delta ved å skrive dagbøker omhandlet håp.

#### **McClement (2008) Hope in advanced cancer patients. (Academic search premier, Bibsys).**

Denne studien summerer fremtredende bevis angående håp hos pasienter med fremtreden kreft og deres familier.

**Benzein og Saveman (2008) Health-promoting conversations about hope and suffering with couples in palliative care (Academis search premier, Bibsys).**

Studien ser på hvordan familier som lever med et døende familiemedlem møter eksistensielle utfordringer som trenger å bli møtt med omsorgsytere i en dialog. Undersøkelsen beskriver seks ektepars erfaringer ved å delta i en helsefremmende samtale innledet av sykepleier, om håp og lidelse gjennom hjemmebasert palliativ pleie.

**Benzein (2005).The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care (Academic search premier).**

Studien undersøker nivået og forbindelsen mellom håp, håpløshet og fatigue (tretthet/utmattelse) i forhold til pasienter og familiemedlemmer i palliativ fase.

**Holmberg (2006) Communication in palliative Home care – A Dying Son and His Mother. (Academic search premier).**

Artikkelen er basert på en dagbok skrevet av en mor, der sønnen var 36 år når han fikk kreftdiagnosen. Studien viser hvordan kommunikasjon kan påvirke ens tanker og avgjørelser og hvordan dette kan påvirke relasjonen mellom mor og sønn.



## 4. DRØFTING

Ut ifra teorien ser man at håpet fremkommer som et av de mest sentrale begrepene hos uhelbredelig kreftsyke pasienter, samt at dette er viktig for pårørende og sykepleiere. Ved å drøfte dette i forhold til litteratur og forskning, vil man kanskje få svar på problemstillingen som nevnt er: *Hvordan kan sykepleier fremme håpet til kreftpasienter og hans/hennes pårørende i palliativ fase?*

### ***4.1 Hva fremkommer som viktig for håpet hos kreftsyke pasienter i palliativ fase?***

Ved å få en kreftdiagnose med uhelbredelig utfall kan mange oppleve en krisereaksjon. I følge Bunkholdt (2003) består en krisereaksjon av en sjokkfase, reaksjonsfase og nyorienteringsfase. Sjokkfasen er preget av psykisk forsvar, der benekting kan være fremtredende. Reaksjonsfasen er der hvor følelsene og tankene begynner å arbeide, først urealistisk og etter hvert mer realistisk. Nyorienteringsfasen er der en bearbeider, som videre bidrar til en tilpassning til den nye livssituasjonen (Bunkholdt, 2003).

I punkt 2.2.1 trekker Travelbee frem at lidelse kan oppleves ulikt fra person til person der akseptasjon av sykdommen eller mangel på denne kan gjøre seg gjeldende. Holmberg (2006) trekker også dette frem i studien der benekting blir brukt som en mestringsstrategi, som et håp om å overleve i en situasjon der pasienten ikke vil innse at kjemoterapibehandlingen ikke lengre har noen nytteeffekt (Holmberg, 2006). Benekting er en form for fortrenging, noe som ikke er uvanlig hos alvorlig syke (Bunkholdt, 2003). Holmberg (2006) legger til at palliativt team støttet pasientens benekting, men gav samtidig forsiktig veiledning om situasjonen som bidro til at han innså/aksepterte at han var døende. Studien viser at ved å akseptere, kan en klare å tilpasse seg den nye livssituasjonen og å ta kontroll over de siste dagene av sitt liv (Holmberg, 2006). I punkt 2.3.1 trekkes det frem at akseptasjon muliggjør mestring.

Rustøen (2004) påpeker at selv om fortid og nåtid har stor betydning for livskvaliteten, vil forventningene til fremtiden være mest avgjørende. Det frem kommer i teoridel at håpet er fremtidrettet. Sykdom påvirker ofte selvbildet i negativ forstand ved tap av funksjon. God

sykepleie er å bekrefte pasienten der han er i tapsprosessen, uavhengig av funksjonsnivå og mestringsnivå (Rønning, Strand og Hjermsstad, 2007).

Mangel på retning og mål ses på som et hinder for håpet (punkt 2). Håpet kan styrkes ved å fokusere på pasientens ressurser (Rustøen, 2002). Ved å øke pasientens evne til å ta vare på seg selv, vil det oppleves som en utvikling i riktig retning, der en kan oppleve å mestre med de begrensningene sykdommen medfører. Å ha et mål foran seg, vil bidra til å holde fokuset på mulighetene og ikke begrensningene (Rustøen, 2002). Holmberg (2006) løfter frem sønnen i studien som i stedet for å bruke energi på å kjempe imot, brukte han heller tiden på å legge til rette for fremtiden til kona og datteren. Han rettet håpet mot dem han var glad i og deres fremtid. Schjødt m/flere (2007) viser til undersøkelser at 1/3 av voksne kreftpasienter og deres ektefeller, samt barn utvikler psykologiske problemer, der bekymring for hvordan familien skal klare seg videre ofte er mest fremtredende hos pasientene (Schjødt m/flere, 2007). På denne måten kan det settes realistiske mål der pasienter kan bruke sine kunnskaper til å kunne utføre det de måtte ønske eller har interesse for, selv om fysiske funksjoner er nedsatt. Norvoll (2004) henviser til Seim og Slettebø (1993) som mener at dersom pasientene får økt innflytelse og kontroll over egen situasjon, kan dette virke terapeutisk og helsefremmende. I tillegg kan økt kontroll og rådighet over egne ressurser føre til økt velferd og livskvalitet.

Punkt 2.3.1 viser at følelsen av å være betydningsfull og verdifull er avgjørende for å oppleve mening. I følge Molven (2003) bygger medvirkning på etiske prinsipper om å vise respekt for den enkelte persons integritet. Det innebærer at en selv skal få være med på å bestemme det som angår en selv både fysisk og psykisk, også om man havner i pasientrollen. Ifølge Pasientrettighetsloven (1999) § 3 – 1 har pasienten rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Dette forutsetter et samspill mellom pasient og sykepleier, der pasient selv bestemmer om han vil delta eller ikke. Sykepleier skal sørge for at denne retten blir ivaretatt (Lovdata). I følge Holmberg (2006) kommer det frem at tidligere studier viser at de fleste pasienter ønsker kontroll over behandlingsavgjørelser, der andre studier viser til at mindretallet overlater avgjørelsene til legen.

I punkt 2.4 fremkommer utilstrekkelig smerte og symptomlindring som et hinder for håpet. Punkt 2.1 viser de mange ulike symptomene en kreftpasient kan lide av, og jeg trekker frem noen av disse som trer best frem i studiene. I følge Rønning, Strand og Hjermsstad, (2007) kan en pasient med sterke fysiske smerter eller kvalme være lite tilgjengelig for helhetlig

tilnærming. Optimal symptomlindring bør prioriteres, samtidig som man vet at sjelelig smerte kan gjøre fysisk vondt. Undersøkelser viser at til nærmere døden pasienten er jo større behov for symptomlindring (Rønning, Strand og Hjermsstad, 2007). Det er alltid både fysiologiske og psykologiske faktorer som er med på å påvirke pasientens smerteopplevelser. Ved å ta hensyn til å vurdere begge to i en dialog sammen med pasienten kan man oppnå en optimal smertebehandling ifølge Rosen og Stiles (2007). For eksempel kan smerter føre til angst, samtidig som angst kan sette seg som smerte i kroppen (Kaasa, 2007). Fatigue kan føre til angst og angst/depresjon kan sette seg som tretthet og kraftløshet i kroppen (Schølberg, 2004). Plagsomme symptomer og dårlig smertelindring vil påvirke livskvaliteten. McClement (2008) bekrefter ut ifra studien at smerte er kjent som det som virker mest inn på alle dimensjoner av kreftpasienters livskvalitet. Kaasa (2007) vektlegger at ”psykisk smerte” som innbefatter angst og depresjon er en tileggsdiagnose til fysisk smerte, og presiserer viktigheten med psykologisk behandling også innen palliasjon.

Tomhet og manglende mening med livet er den viktigste årsaken til at angst oppstår. Å bli møtt med død, meningsløshet eller isolasjon er angstskapende (Hummelvoll, 2004). Det er valgmulighetene som skaper den eksistensielle angsten, noe som kommer til uttrykk ved menneskets oppmerksomhetsnivå. Noen mener at angst kommer av frustrasjon, ved at en ikke oppnår et ønsket mål (Hummelvoll, 2004). Psykiske problemer som angst og depresjon kan være underdiagnostisert, da mange kan anse dette som normalt når en er alvorlig syk som følge av kreft (Faulkner og Magurie, 1998). Pedersen og Smith (2007) hevder ut ifra studien at depresjon er underdiagnostisert og underbehandlet. Det fremkommer at 25 % av kreftpasientene lider av moderat til alvorlig depresjon. De presiserer viktigheten av å screene kreftpasienter, da enkelte symptomer kan komme fra kreftsykdommen. Serotoninhekkere anbefales som førstevalg ved depresjon på grunn av få bivirkninger. Der kreft med kort overlevelse dominerer anbefales psykostimulantia med effekt innen to døgn.

Fatigue (tretthet/kraftløshet) er det symptomet som anses å være det mest stressende og plagsomme som kan ramme kreftpasienter (Schølberg, 2004). Fatigue viste ikke å være en hindrende faktor for håp i studien, men dersom håpet ses på som å ”leve i håpet” som ligger opp til å ”håpe for noe” som relateres til aktivitet, kan fatigue virkelig være en faktor som kan hindre håpet. Fatigue er det mest ubehandlede symptomet på kreft ifølge Benzein (2005). Lette treningsprogram har vist seg å redusere fatigue, samt at dette også kan ha god virkning

på mild og moderat depresjon. Det blir også anbefalt aktivitet for tankene som å lese, høre på musikk eller være sammen med venner for å være opptatt med andre ting (Schølberg, 2004).

Spirituell velbefinnhet er også en viktig dominerende kvalitet for støttende omsorg for den døende. Åndelig/sjelelig smerte og lidelse som angriper den sosiale og psykologiske helhet hos en person vil tydelig vise seg som fysiske symptomer, psykologisk besvær, en krise for tro eller nedbrytning av sosiale forhold (McClement, 2008). Som helsepersonell må en være oppmerksom på den åndelige dimensjonen hos pasientene. Det må kartlegges hva tro betyr for pasienter og hvordan de kan få diskutert dette på best mulig måte (Rustøen, 2002).

Eksempelvis kan en tilby pasienten å få prate med en prest. Busch og Hirsch (2007) sier at dersom den åndelige og eksistensielle omsorgen uteblir, vil mange mennesker bli krenket og sviktet når døden nærmer seg, og helsearbeidere blir hindret i å utøve sin profesjonsetikk. McClements (2008) studie viser at de mest vanlige strategiene for håp pasientene brukte inkluderte religion og bønn, leve i øyeblikket, kontroll over symptomer, stillings kontroll, positiv tenking og fokus på positive minner.

Sykepleieren er en stor del av pasientens miljø og sykepleierens ”væremåte” vil ha betydning for den enkelte pasients håp. Det vil si at dersom sykepleier virker uinteressert og viser lite empati, kan pasienten få følelse av håpløshet og at hun/han ikke er verdt videre innsats. En medfølende og engasjert sykepleier kan derimot videreføre sitt engasjement på andre, som igjen kan bidra til nye krefter og åpne for håpet (Rustøen, 2002). Penz (2008) sier at håpet er beskrevet som en måte å føle på, tenke, oppføre seg på og en måte å ha forbindelse til seg selv og sin verden. Hun legger til at sykepleierens håp, muligens kan påvirke pleien de gir og kan bli en fremtidig konsekvens for pasientenes livskvalitet. Hun foreslår videre forskning rundt dette, da hun antar at håpet kan fungere som en ”mellommann” mellom sykepleieres utfordringer i arbeidet og positive utfall/resultat som arbeidsengasjement, sunt stress og følelsen av å realisere seg selv (Penz, 2008). For den som vet at tiden er tilmålt, er nærhet, trygghet, tilitt og håp en forutsetning for livskvalitet. Håp er en avgjørende livskraft og sykepleier kan bidra til å peke på muligheter i nær eller fjern fremtid (Rønning, Strand og Hjermestad, 2007)

#### ***4.2 Håp i et pårørende perspektiv***

Da jeg omtaler pårørende vil det i hovedsak dreie seg om sykepleie i hjemmet, da pårørendes rolle trer best frem her også ut ifra artiklene.

Pårørende fungerer som et bindeledd mellom fortid, nåtid og fremtid for kreftpasienten. De pårørende kan ivareta pasientens identitet og stimulere håp, livsmot og vilje på en helt annen måte enn helsepersonell og kan dermed være en ressurs for pasienten. De pårørende kan fungere som budbringere og kontaktpersoner (Reitan, 2004)

Samtidig som familie medlemmer kan være en resurs for pasienten, kan også hvert enkelt familiemedlem ha egne behov som bør tas hensyn til. I følge Rustøen (2004) er det viktig at pårørende får omsorg og oppfølging, for å kunne være en støtte for pasientene, samt for å styrke sin egen livskvalitet (Rustøen, 2004). McClement (2008) påpeker at forskning viser at omsorgsytere i familien opplever negative forandringer i sin egen psykiske og mentale helse, både gjennom sykdomsperioden og i sørge perioden. Skal en kunne hindre omsorgsgivere i familien i å bli fremtidige pasienter, må helse personellet forberede i å vurdere håpet i familiemedlemmer og finne hjelpende måter til å støtte opp om håpet (McClement, 2008). Rustøen (2004) viser til studie der ektemenn føler like mye stress i forhold til ektefellens kreftsykdom. De mest fremtredende stressfaktorene var frykten for å miste partneren, samt å se henne lide. Schjødt (2007) sier også at ektefelle/partner plages ofte over å ikke kunne lindre nok og føler hjelpeløshet over partnerens/pasientens psykiske plager. Reitan (2004) påpeker også den store belastningen pårørende kan oppleve på egen psykiske og fysiske helse, der angst, bekymring, nedsatt konsentrasjonsevne, dårlig matlyst og søvnløshet ofte kan være fremtredende.

For omsorgsytere i familien var håp en følelse av fred, mot, styrke og selvtillit (selvsikkerhet), som muliggjorde dem til å møte hver dag og se på fremtiden med et positivt syn. Hindringer for håpet var mangfoldige tap, ensomhet, bekymringer i forhold til psykisk helse. Håp ble fremmet gjennom positive tanker, forbindelser/relasjoner, og ved å ta vare på. Dagbøkene skaffet dem unik/enestående innsikt i erfaringene som inspirerte til praktiske måter å fremme håpet på ved smertelig tap/dødsfall (Holstlander og Duggelby, 2008). En studie viste at håp lå signifikant lavere blant familiemedlemmer enn blant pasientene. Funn viser at terminal sykdom påvirker familiemedlemmer på en negativ måte, der andre studier også bekrefter at familiemedlemmer lider mer enn pasientene (Benzein, 2005). Hun viser til tidligere forskning

som tilsier at håpløshet hos familiemedlemmer sammenfaller med utilstrekkelig informasjon og kommunikasjon, noe som kan være medvirkende faktor angående familiemedlemmers lave nivå av håp og høyt nivå av håpløshet og fatigue.

Eldre familiemedlemmer trenger støtte både emosjonelt og praktisk (Benzein, 2005). Et sterkt sosialt nettverk og opplevelse av frisk og religiøs velbefinnethet er faktorer som har fremmet håpet hos eldre, samt et viktig behov er å ha tid til seg selv borte fra hjemmet. I dag og i fremtiden er familiemedlemmer viktige personer i den palliative pleien spesielt i hjemmet (Benzein, 2005). Som student i hjemmesykepleiepraksis gav vi pårørende mulighet til å ta seg en tur ut mens vi var hos pasienten. ICN (punkt 1.1) og Travelbee (punkt 2.3.1) trekker frem at sykepleie innbefatter forebygging og helsefremming av sykdom. Jeg ser at dette ofte er lett å tenke på i forhold til pasienter, mens pårørende lett kan bli glemt. Jeg ser viktigheten ved å tenke på dette i forhold til pårørende da disse tilsynelatende kan pådra seg sykdom ved å være omsorgsgivere i palliativ fase. Reitan (2004) presiserer at helsevesenet kan ha forventninger til pårørende som hjelpere, men kan være lite oppmerksomme på at pårørende har sitt eget liv som gjør det vanskelig å tre inn i nye roller. Hun legger også vekt på at pårørendes innsats i mindre grad blir fremhevet, der det ikke alltid foreligger forståelse for at de også kan være slitne eller deprimerte (Reitan, 2004). Sand (2007) legger til at forskning viser at fristunder er pårørendes viktigste mestringsstrategi om de skal klare å være i et så krevende omsorgsansvar, samt at de verdsetter at sykepleier ser om de er slitne.

Ifølge studien gjort av Benzein og Saveman (2008) styrkes påstanden om at kommunikasjon har betydning for håpet. Å prate med sykepleier om eksistensielle problemer i kraft av håp og lidelse, gjorde at ekteparene i studien følte at de var en del av et tilistsforhold, og at det var en helbredende opplevelse. Det gav dem muligheten til å lette deres hjerter, samtidig som en vei til å lære å finne nye strategier til å til å mestre det daglige liv (Benzein og Saveman, 2008).

Benzein (2005) konkluderer med at sykepleierne i palliativt pleie bør være åpne og være våkne for familiemedlemmers situasjon og invitere til samtaler om deres håp, stille spørsmål om hva som utgjør deres håp og hvilke strategier som kan fremme deres opplevelse av håp. Dette er spesielt viktig for eldre familiemedlemmer sier han, da studien finner ut ifra familiemedlemmenes syn at desto høyere alder, desto lavere nivå av håp. Tidligere studier viser det motsatte, at eldre har høyere nivå av håp en yngre. Han indikerer for at dette bør utredes i videre forskning (Benzein, 2005). Utfallet av disse studiene kan muligens ha noe å

gjøre med deltakernes tilgjengelige ressurser og nettverk. Reitan (2004) presiserer viktigheten av å være klar over at ikke alle pasienter har nære pårørende, noe som medfører en risikosituasjon der de trenger ekstra støtte og oppmerksomhet.

Kvinner og menn kan ha ulike behov som pårørende til kreftpasienter. Mannlige ektefeller kan oppleve mangel på faktakunnskaper, mens kvinnelige ektefellers problemer er mer emosjonelle, og uttrykker behov for å prate om følelsene (Reitan, 2004).

### ***4.3 Kommunikasjon og samhandlingens betydning for å fremme håpet?***

Ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2007) pkt. 1, skal sykepleieren ivareta den enkelte pasients integritet, herunder retten til en helhetlig sykepleie og omsorg, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket. I tillegg skal sykepleier fremme pasientens muligheter til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.

Som vi ser fra ovenstående kapitler så kommer det frem at både pasient og pårørende anser kommunikasjon og gode relasjoner til helsepersonellet som viktig for håpet. Det kommer også frem at det er sykepleierens jobb å legge til rette for kommunikasjon i forhold til pasient og pårørende. For at sykepleier skal kunne takle dette er det en forutsetning at han/hun mestrer denne oppgaven. Kalfoss (2008) legger vekt på at sykepleieren må bevisstgjøre seg selv å erkjenne egne tanker og følelser, og se på hva som kan vanskeliggjøre kontakten mellom sykepleier – pasient og pårørende. Holmberg, (2006) presiserer viktigheten ved å tenke over hvordan informasjon blir gitt og hvordan ting blir sagt, settingen, bedømme pasient og familiemedlemmers kapasitet til å ta imot informasjon er avgjørende i palliativ omsorg. Den didaktiske relasjonsmodellen kan være en hjelp til å tenke over hva som bør foreligge for å sikre best resultat (punkt 2.5). Ifølge Beinzein og Saveman (2008) bør helsefremmende samtaler om håp og lidelse innlemmes som en naturlig del av et omsorgsforhold mellom helsepersonell og familier i den palliative sammenhengen/kontekst. Holmberg (2006) poengterer at familiemedlemmer må møtes individuelt og at de bør få tilbud om tid til å prate alene om deres behov, der også tidspunkt er viktig. Kalfoss (2007) legger til at sykepleierens største utfordring er å gi sykepleie til lidende og døende pasienter, samt å støtte deres pårørende og at disse møtene vil berøre sykepleieren følelsesmessig. Uten egen selvinnsikt,

kan en komme til å hemme pasienten og hans pårørende i deres forsøk på å mestre situasjonen.

Informasjon og samtale mellom sykepleier og pasient står i særstilling når det gjelder tiltakene. For eksempel kan informasjon føre til at pasienten ser på fatigue som normalt i forhold til kreft, i stedet som en forverring (Schølberg, 2004). Men som nevnt tidligere må en ikke overse symptomet. Ut ifra McClements (2008) studie fremkommer det at pasient og omsorgsgivere foretrekker en ærlig og eksakt informasjon, gitt på en empatisk og forståelsesfull måte. For dårlig kommunikasjon med helepersonell assosieres med utilstrekkelig smertelindring, høyere angst og depresjon, ineffektiv mestring, redusert livskvalitet og håpløshet (McClement, 2008). Lov om helsepersonell § 10 sier at den som yter helsehjelp har plikt til å gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasientrettighetsloven § 3-2 til § 3-4 (Lovdata). På den annen side trer pasientrettighetsloven § 3-2 inn som trekker frem pasientens rett til informasjon om sin helsetilstand og behandling, samt informasjon om mulige risikoer og bivirkninger (Lovdata).

Sykepleiers møte med alvorlig syke og pårørende krever gode kommunikasjonsferdigheter på det profesjonelle og private plan. Sykepleieren har medansvar for de vanskelige samtaleene om døden, forverring av tilstand, samt sentrale livstemaer som tro, håp og tvil. Sykepleier kan fungere som en initiativtaker til at pasient og pårørende greier å delta i beslutninger om egen situasjon. (Rønning, Strand og Hjermstad, 2007. I punkt 2.5 vises modell av grunnelementene som bør foreligge for å sikre hjelpende profesjonell kommunikasjon.

Pårørende peker på viktigheten av at sykepleier ikke var dømmende eller dominerte samtalen, samt at sykepleierne prøvde å forstå uten å fortelle hvordan de skulle leve sine liv, og at de får prate ferdig ifølge studie av Benzein og Saveman (2008). Sykepleier bør ha et familiefokusert syn og prate med pasient og familiemedlemmer samtidig, der samtalen bør fremheve interne og eksterne ressurser og aktivere tilgjengelige støttesystemer. På den måten kan familiemedlemmer støtte hverandre og dele gode øyeblikk (Benzen, 2008). Uti fra Holmbergs (2006) studie ble det vanskelig for moren å dele sønnens håp, noe som medførte at kommunikasjonen dem imellom gikk over til å omhandle praktiske ting. Sønnens håp og morens håpløshet ble barrierer til deres kommunikasjon (Holmberg, 2006). Da palliativt team kom på banen og ble involvert i sønnen pleie, støttet dem sønnen i hans fornektning og moren i hennes håpløshet. Kommunikasjonen mellom han og hans mor ble igjen åpen, nær og varm



og kunne dele sorgen og forberede en god og verdig død (Holmberg, 2006). Studien av McClement (2008) viser til funn som indikerer at verdighets terapi, er lovende som en kraftfull inngripen for å forbedre lidelse og besvær ved livets ende. Verdighets terapi går ut på å gå gjennom pasientens liv på en forenklet måte der den døende kan reflektere over betydningsfulle spørsmål eller prate om som de helst vil huske. Resultatet fra deltakerne viste en økende følelse av formål, mening og vilje til å leve. Graden av lidelse viste signifikant forbedring, og depressive symptomer ble redusert. Familiemedlemmene støttet også antagelsen om at pasientenes formål ble høyere, og ble hjulpet til å forberede døden og reduserte lidelse. Deltakerne gav også uttrykk for at verdighets terapi kan hjelpe deres familiemedlemmer. (McClement, 2008). Åpenhet muliggjør for støtte, mens fortielse hindrer for psykologisk tilnærming. De som får følelsesmessig støtte fra andre klarer seg bedre ifølge Faulkner og Margurie (1998).

Håpet kan fremmes hos uhelbredelig syke dersom behandling, pleie og omsorg er god nok (Busch og Hirsch, 2007). Både kunnskap, ferdigheter og holdninger er nødvendig for å gi et stell preget av omsorg og mest mulig smertefrihet.

Sykepleie omfatter å være nær, ivareta kroppsfunksjoner og godt stell for velværets skyld. Fagkunnskap og empati uttrykkes gjennom sykepleiers håndlag og nærheten til pasientens kropp gir store muligheter i kommunikasjon (Rønning, Strand og Hjermstad, 2007).

Samhandling skjer når sykepleier gir direkte fysisk omsorg, gir helsefremmende undervisning eller tilrettelegger den sykes aktiviteter (Travelbee, 2005).

## 5. KONSEKVENSER FOR SYKEPLEIE

Det fremgår av drøfting at håpet bidrar til mestring som videre muliggjør for en bedre livskvalitet. Håpet anses å være viktig for både pasient og pårørende, men lidelsen ser ut til å ramme pårørende mer enn pasienten, da pårørende i mange tilfeller pådrar seg sykdom som omsorgsytere. Det hentydes at sykepleiere må prioritere å ivareta pårørende da deres behov/lidelse lett kan overses, og da også med tanke på sykepleiers forebyggende og helsefremmende funksjon.

Kommunikasjon og samhandling fremkommer som et verktøy for tilnærming og som en hjelpende funksjon. Det er sykepleiers ansvar å legge til rette for kommunikasjon og at det er viktig at sykepleier lytter og forstår. Mangel på kommunikasjon kan være et hinder for håpet.

Muligheten er tilstede for at sykepleiers holdning, kan påvirke pasienten og fremme eller hemme håp. Det antydes at sykepleiers håp kan påvirke pleien og engasjementet i arbeidet. Dette kan indikere for behovet for videre forskning rundt dette feltet, Penz (2008) mener at teoriene på håp ikke sammenfaller med sykepleiere og pallisjon.

Smerte og symptomlindring fremkommer som viktig for å fremme håpet, det som kommer best frem er lindring av smerter og angst/depresjon og fatigue. Men jeg presiserer viktigheten av å vurdere alle symptomer og lindre disse på best mulig måte.

Spørsmålet er om det som kommer frem her kan la seg gjøre i praksis. Det som kan være et mulig hinder er mangel på tid. Det som ofte er fremtredende i praksis er at det ikke er satt av tid til psykisk omsorg. Tiden kan ofte bli beregnet til stellet og hvor lang tid det tar. Jeg antar at det kreves å være rimelig profesjonell dersom en skal klare å tilnærme seg pasienten på en god måte på kort tid. I tillegg kan mangel på kunnskap eller usikkerhet på seg selv vanskeliggjøre tilnærmingen.

Flere forskningsstudier inneholder små utvalg som gjør at det kan foreligge skjevheter ved at de med høyest håp er med i studiene. Faren for at de som har det vanskeligst ikke ønsker å delta i studier (Rustøen, 2002). Dette er også noe jeg må ta stilling til i forhold til de artiklene jeg har brukt i denne oppgave.

## REFERANSELISTE

Benzein E G (2005). The level of and relation between hope, hopelessness and fatigue in patients and family members in palliative care. *Palliative Medicine*, 19: 234 – 240. (Academic search premier).

Benzein E G og Saveman B I (2008) Health-promoting conversations about hope and suffering with couples in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, vol 14, No 8. (Academic search premier, tilgjengelig fra Bibsys).

Busch C J og Hirsch A (2007) Eksistensiell og åndelig omsorg I: Palliasjon – Nordisk lærebok. Kaasa (red.) s. 2115 - 141. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.

Dalland O (2006) Hva karakteriserer en metode I: Metode og oppgaveskriving for studenter s. 70 – 86. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo

Eide T og Eide H (2006) Grunnleggende begrep I: Kommunikasjon i praksis. Eide og Eide (red.) s. 32 – 74. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Faulkner A og Magurie (1998) Å samtale med kreftpasienter og deres familier. Tano Aschehoug.

Holmberg L (2006) Communication in palliative Home care – A Dying Son and His Mother. *Journal of hospice and palliative nursing*, Vol. 8, No. 1. (Academic search premier).

Holstlander L og Duggleby W (2008) An inner struggle for hope: insights from the diaries of bereaved family. *International Journal of palliative Nursing*. Vol 14, No 10. Tilgjengelig fra Academic search premier. Bibsys.

ICN (2009) International Council of Nursing (2009). *Advancing Nursing and Health World Wide 1899 – 2009*. Tilgjengelig fra: <http://www.icn.ch/abouticn.htm> [lest 05.02.09].

Ilkjær (2005). Sykepleie til den døende pasient. I: Sykepleieboken 1, grunnleggende sykepleie. Mekki og Pedersen (red.) s 479 – 535. Akribe AS, Oslo.

Kalfoss M H (2007) Møte med lidende og døende pasienter – sykepleierens møte med seg selv I: Klinisk sykepleie bind 1. Almås H (red.) s 48 - 64. Gyldendal Norsk Forlag AS

Kreftforeningen (2007) Hva er kreft. Tilgjengelig fra:  
[http://www.kreftforeningen.no/om\\_kreft/hva\\_er\\_kreft](http://www.kreftforeningen.no/om_kreft/hva_er_kreft) [lest 03.01.09].

Kristoffersen Kjell (2007) Lidelse og kronisk sykdom I: Å leve med kronisk sykdom – en varig kursending. Gjengedal og Hanestad (red.) s. 78 – 92. J.W. Cappelens Forlag AS, Oslo.

Kaasa S (2007) Smertediagnostikk. I: Palliasjon – Nordisk lærebok. Kaasa (red.) s. 285 – 310. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.

Kaasa S (2007) Smerte og smertebehandling. I: Palliasjon – Nordisk lærebok. Kaasa (red.) s. 259 – 269. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.

Loge J H, Bjordal K, Paulsen Ø og Kaasa S (2007) Den palliative konsultasjon I: Palliasjon – Nordisk lærebok. Kaasa (red.) s. 63 - 73. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo

Lov om pasientrettigheter. [LOV-1999-07-02-63](#). Pasientrettighetsloven (1999-07-02)  
Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html#3-2> [lest 14.01.09]

McClement (2008) Hope in advanced cancer patients. European journal of cancer 44, 1169 – 1174. ScienceDirect (Academic search premier, Bibsys).

Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon I kreftomsorgen (2007). Sosial- og Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra:  
[http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00021/Nasjonalt\\_handlingsp\\_21509a.pdf](http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00021/Nasjonalt_handlingsp_21509a.pdf) [lest 01.01.09].

Norsk sykepleierforbund (2007) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler.

NOU (1999:2) Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende. Helse- og sosialdepartementet. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1999/NOU-1999-2.html?id=141460> [lest. 03.01.09]

Nortvedt m/flere (2007) Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere. Norsk sykeleier forbund, Oslo.

Næss Siri (2001) i samarbeid med Mastekaasa, Moum og Sørensen. Livskvalitet som psykisk velvære. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA Rapport 3/2001. Tilgjengelig fra: [http://www.nova.no/asset/2749/1/2749\\_1.pdf](http://www.nova.no/asset/2749/1/2749_1.pdf) [lest 05.01.09].

Olson Henny og Sørensen Stefan (2006) Forskningsprosessen, kvalitative og kvantitative perspektiver. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.

Pedersen Lise og Smith B Morten (2007) Depresjon hos kreftpasienter – med fokus på kreftpasienter i den palliative fasen. Ugeskrift læger 169/44. Tilgjengelig fra: SveMed [lest 21.10.08]

Penz K (2008) Theories of hope: are they relevant for palliative care nurses and their practice? International Journal of Palliative Nursing. Vol 14, No 8. (Academic search premier,Bibsys)

Rosen og Stiles (2007) Smertebehandling og Psykologi. I: Palliasjon – Nordisk lærebok. Kaasa (red.) s. 407 - 420. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo

Rønning M, Strand E og Hjermsstad M (2007) Palliativ behandling utenfor sykehus – hjemmesykepleien. I: Palliasjon – Nordisk lærebok. Kaasa (red.) s. 213 – 227. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.

Rustøen (2002) Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren? Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.

Rustøen (2004) Livskvalitet. I: Kreftsyekepelie - Pasient – utfordring – handling. Reitan A M og Schølgerg T Kr (red.). s. 39 – 44. Akribe Forlag as. Oslo

Sand A M (2007) Se også meg – om å være pårørende til en syk. I: Klinisk sykepleie, bind 1. Almås H (red.) s. 31 – 47. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.

Sildnes Børge (2008) 2007 tallene: En av tre får kreft I løpet av livet. Kreftregisteret. Institutt for populasjonsbasert kreftforskning Tilgjengelig fra: <http://www.kreftregisteret.no/> [lest 01.01.09].

Schjødt B, Haugen D F, Straume M og Værholm R (2007) Familien. I: Palliasjon – Nordisk lærebok. Kaasa (red.) s. 89 - 114. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo

Storaker Jorunn Marie (2005) Sykepleieren i møte med pasient og pårørende. I: Sykepleieboken 1. Mekki og Pedersen (red.) Akribe AS, Oslo.

Sørheim (2007) Håp. Fotellinger.net – Dikt. Tilgjengelig fra: [http://fortellinger.net/tekster/dikt/ragnvald\\_sorheim/hap](http://fortellinger.net/tekster/dikt/ragnvald_sorheim/hap) [lest. 22.02.09]

Travelbee Joyce (2005) Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Gyldendal Norsk Forlag AS

Tveiten S (2002). Å legge til rette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring I: Pedagogikk i sykepleiepraksis. Tveiten S (red.) s. 47 – 64. Fagbokforlaget Vigmonstad & Bjørke AS.