



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 18.02.10

Kandidatnr.: 23

Antall ord: 7675

Bacheloroppgave i sykepleie

Februar 2010

Det finnes en vei ut av vanskelighetene.

Nyoppdaget kreft og håp.



hope

where there is life, there is hope.

Bildet er hentet 16.02.10 fra: http://bilder.vgb.no/28083/4col/img_47b4bee347233.jpg

*Hvordan kan man som sykepleier bidra til å fremme håp
hos pasienter med nyoppdaget kreft?*

Innhold

Sammendrag:	5
Summary:	5
1. Innledning.....	6
1.1. Bakgrunn for valg av tema:	6
1.2. Problemstilling:.....	6
1.3. Avgrensning og presisering:	6
1.4. Oppgavens disposisjon	7
2. Begrepsmessig rammeverk	8
2.1. Hva er kreft?	8
2.1.1. Risikofaktorer i forhold til kreftutvikling	8
2.1.2. Symptomer ved kreft.....	8
2.1.3. Behandling.....	9
2.2. Krise	10
2.3. Håp	11
2.4. Joyce Travelbees sykepleieteorier.....	12
2.4.1. Hva er sykepleie?.....	12
2.4.2. Menneske- til- menneske- forholdet i sykepleien.....	13
3. Metode.....	14
3.1. Hva er metode?	14
3.2. Kvantitative og kvalitative metoder	15
3.3. Litteraturstudie som metode	15
3.3.1. Fordeler og ulemper ved litteraturstudier	15
3.3.2. Ethiske aspekter ved litteraturstudier.....	16
3.4. Litteratursøk og valg av litteratur.....	16
3.5. Kildekritikk.....	17
4. Drøfting	18
4.1. Hvilke følelser og reaksjoner kan det innebære å få en kreftdiagnose?.....	18

4.2.	Hvilken betydning har håpet for pasienter med nyoppdaget kreft?	19
4.3.	Hva kan hemme og fremme håpet hos pasienter med nyoppdaget kreft?	19
4.3.1.	Kreftdiagnosen	19
4.3.2.	Fysiske aspekter, mening og mestring	20
4.3.3.	Interpersonlige forhold	21
4.3.4.	Behandlingstilbud	21
4.4.	Hva kan sykepleiere gjøre for å fremme håp hos pasienter med nyoppdaget kreft?.....	22
4.4.1.	Mestring og mening	22
4.4.2.	Tilstedeværelse og personlige egenskaper	22
4.4.3.	Sykepleiehandlinger i forhold til erfaringsmessige, relasjonelle, åndelige og kognitive aspekter ved håp.	24
4.4.4.	Spesifikke intervensjonsprogrammer for å fremme håp.	25
5.	Avslutning	26
	Referanseliste	27
	Vedlegg:	29

Sammendrag:

Kreft rammer stadig flere mennesker, og som sykepleiere vil vi komme til å møte mennesker som er rammet av sykdommen i ulike sykdomsstadier og situasjoner. Slik jeg ser det er en kreftdiagnose en alvorlig trussel mot et menneskes håp og livsmot, samtidig som dette også er helt avgjørende i møtet med sykdommen. Hensikten med denne studien var å undersøke hva tidligere forskningslitteratur sier om hvilken betydning håpet har for kreftpasienter i den aller første fasen, og hvordan sykepleiere kan bidra til å fremme håp hos pasienter med nyoppdaget kreft. Problemet er formulert slik: *Hvordan kan man som sykepleier bidra til å fremme håp hos pasienter med nyoppdaget kreft?* Det framgår fra litteraturen at sykepleiere kan bidra til å fremme håp hos pasientene med sin væremåte og personlige egenskaper, eller særlige tiltak med sikte på å fremme håp. Ved å møte den syke som et medmenneske, ta seg tid til å snakke, lytte, være ærlig og oppriktig, gi informasjon og forklare på en omsorgsfull måte, gi emosjonell støtte, være høflig, vennlig og hjelpsom kan sykepleieren fremme håp. Å hjelpe pasienten med å finne mening, muligheter, mål, ressurser og valgmuligheter vil også virke fremmende for håpet. Spesifikke intervensjonsprogram med grupper, designet for å fremme håp, kan bidra til økt opplevelse av håp hos pasientene.

Summary:

More and more people are facing a cancer disease today, and we will as nurses meet these people in different settings and stages of their disease. In my perspective, a cancer diagnosis will be a serious threat to a person's hope and courage to live, but these factors will also be vital in facing such a diagnosis. The purpose of this study was to look into what former research literature say about importance of hope in patients with recently diagnosed cancer, and how nurses can contribute to enhancing hope in these patients. I formulated the problem like this: *How can nurses contribute to enhancing hope in patients with recently diagnosed cancer?* The literature expresses that nurses can contribute to hope in these patients by their presence and way of being, or by special interventions designed to enhance hope. The nurse can enhance hope by meeting the patients as fellow- beings, taking the time to talk and listen, by being honest, sincere, give information and explanations in a good and caring way, and give emotional support, being polite, kind and helpful. To help the patient to find meaning, opportunities, goals, resources and options will also help enhancing hope. Special group- intervention programs designed to enhance hope can also make the patients experience a greater feeling of hope.

1. Innledning

1.1. Bakgrunn for valg av tema:

I 2008 ble 21 121 personer i Norge rammet av kreft. 190 865 personer i Norge lever med en kreftsykdom, og det forventes en økning på 26 % mot 2020. Man regner med at økt kreftforekomst henger sammen med økt befolkning, økt levealder og økt risiko for enkelte kreftformer (Kreftforeningen 2009). Av dette ser vi at store deler av befolkningen berøres av kreftsykdommen, om man selv får diagnosen, eller om noen av ens nærmeste rammes av sykdommen. Dette er også som vi ser et voksende problem. Som sykepleiere vil vi derfor kunne møte denne pasientgruppen i ulike sammenhenger og ved ulike institusjoner og avdelinger. Man vil før eller senere måtte forholde seg til pasienter eller pårørende til noen som er rammet av sykdommen.

Jeg har selv møtt flere av disse pasientene, og kommet opp i utfordrende situasjoner i forhold til hvordan jeg best kan forholde meg til og kommunisere med denne pasientgruppen. Og jeg tror ikke jeg er alene om det. Det kan være vondt og ubehagelig å nærme seg temaer som død, smerte, angst og frykt. Man er redd for å si noe galt, overskride personlige grenser, og samtidig kan man være redd for ikke å kunne yte nok for pasienten.

Jeg ønsket i denne anledningen å undersøke hvordan vi som helsearbeidere best mulig kan hjelpe denne pasientgruppen i den vanskelige tiden som følger en kreftdiagnose. Slik jeg ser det vil en kreftdiagnose være en alvorlig trussel mot pasientenes håp og livsmot, samtidig som jeg ser det som helt avgjørende å opprettholde håpet når man står overfor en slik sykdom. Jeg ønsker derfor å fokusere på håpet hos pasienter som nylig har fått en kreftdiagnose, og hvordan helsearbeidere kan bidra til å fremme håpet hos disse pasientene.

1.2. Problemstilling:

Hvordan kan man som sykepleier bidra til å fremme håp hos pasienter med nyoppdaget kreft?

1.3. Avgrensning og presisering:

Jeg vil konsentrere meg om voksne pasienter på somatisk sykehus som nylig har fått en kreftdiagnose. Med voksne pasienter mener jeg pasienter over 18 år. Jeg ønsker å fokusere

på den aller første tiden i forløpet, da pasienten akkurat har blitt rammet av en kreftdiagnose og kan befinne seg i en krise. Jeg vil fokusere på håp, hvilken betydning det har for pasienten, og hvordan man som sykepleier kan bidra til å fremme håp i noe som kan virke som en ellers håpløs situasjon.

Ulike krefttyper medfører forskjellige kroppslige forandringer, prognoser og behandlingsopplegg. I denne oppgaven vil jeg ikke bruke spesifikke kreftdiagnoser, annet enn eventuelt i eksempler for å belyse et poeng. Jeg vil i stedet fokusere mer på de psykiske aspektene som følger det å få en kreftdiagnose, som ofte er felles for de ulike kreftformene.

Travelbees (1999) sykepleieteorier brukes i denne oppgaven som en del av det teoretiske grunnlaget. Hun fraviker fra begrepene *sykepleier* og *pasient*, da hun ser dem som stigmatiserende, og mener at man skal møtes som unike mennesker i stedet for i rollene som sykepleier og pasient. Jeg ser meg enig i at stigmatisering og fordommer bør unngås i møtet mellom sykepleier og pasient, og at man derfor bør legge disse rollene til side og møtes som individer. Jeg velger likevel å bruke begrepene ”sykepleier” og ”pasient” i denne oppgaven av praktiske kommunikasjons hensyn.

1.4. Oppgavens disposisjon

I det følgende vil jeg presentere en teoridel, der den aktuelle pasientgruppen, samt begreper, som håp og krise blir beskrevet. Joyce Travelbees sykepleieteorier presenteres også i teoridelen, og hennes holdninger og teorier vil ligge til grunn i drøftingen. Dernest følger en metodedel, hvor metodebegrepet beskrives, og litteraturstudie beskrives som metode for oppgaven. Hvordan jeg har gått fram for å finne fram til litteratur beskrives også her. Forskningsartiklene jeg har brukt i oppgaven presenteres i et skjema som legges ved som vedlegg. Det refereres til denne i litteraturdelen under metodekapitlet, og det vil derfor ikke være en egen resultatdel i oppgaven, da det ville blitt mye gjentakelse. I drøftingsdelen diskuteres problemstillingen i forhold til teorien og forskningsartiklene, samt i forhold til mine egne synspunkt, før det oppsummeres i en avslutning.

2. Begrepsmessig rammeverk

2.1. Hva er kreft?

Kroppens celler fornyes kontinuerlig ved celledeling og nedbryting av ”gamle” celler. Under celledelingen kan det oppstå skade på arvematerialet, mutasjoner, som kan føre til ubalanse i dette forholdet i form av økt cellevekst eller redusert nedbryting. Resultatet er økt risiko for utvikling av svulst eller tumor, som er en samling celler som vokser ukontrollert ved celledeling. *Prognosen* betegner leveutsiktene ved en kreftsykdom. Den avhenger blant annet av typen tumor, tumorens aggressivitet og omfanget av spredning i kroppen (Bertelsen 2007).

Vi skiller mellom godartede (benigne) og ondartede (maligne) svulster. Godartede svulster vokser langsomt, infiltrerer ikke omkringliggende vev og spres ikke i kroppen. Slike svulster er normalt ikke livstruende. De kan likevel påvirke den enkeltes helse betydelig ved å trykke på tilgrensende organer eller vev, stoppe passasje gjennom et rørorgan eller den kan produsere hormoner. Ondartede svulster, *kreftsvulster*, kjennetegnes ved at de ofte vokser hurtig og inn i omliggende vev, og kan spres til andre deler av kroppen. Slike svulster kan spres ved metastasering, det vil si at kreftceller trenger inn i blod- eller lymfekar, og transporteres til andre deler av kroppen, hvor de danner dattersvulster, metastaser. Spredning kan også skje ved at kreftceller løsrives fra hovedtumoren, og trenger inn i tilgrensende vev (Bertelsen 2007).

2.1.1. Risikofaktorer i forhold til kreftutvikling

En rekke faktorer, kalt karsinogener, kan framkalle ukontrollert vekst hos hvilken som helst celle i kroppen. Disse forårsaker mutasjoner i gener som har med cellens vekstregulering å gjøre. Tobakksrøyk er den viktigste risikofaktoren for kreft. Videre er asbestpåvirkning, diverse kjemikalier og metaller, stråling, parasitter, hormoner, virus og alder viktige karsinogener (Bertelsen 2007).

2.1.2. Symptomer ved kreft

Symptomer oppleves ulikt fra person til person, og ulike krefttyper kan medføre ulike plager og symptomer. Symptomene endres også i forhold til sykdomsutviklingen. Generelle plager som tretthet, smerter, vekttap, dyspné, infeksjoner og blødninger, er ofte det som bringer pasienten til å oppsøke lege i utgangspunktet, før man får stilt kreftdiagnosen. Utover

i sykdomsforløpet kan pasienten både oppleve symptomer relatert til kreftsykdommen, og som bivirkninger av behandlingsregimer, samt tilleggsykdommer som for eksempel hjertesykdom. Det er derfor avgjørende å vite noe om årsaken til pasientens plager, dersom helsepersonell skal kunne hjelpe vedkommende. Man skal også være klar over at symptomene kan være svært belastende og energikrevende for den ofte allerede energifattige kreftpasienten. Vanlige symptomer hos kreftpasienter er anemi, infeksjoner, dyspné, maligne smerter, tretthet og utmattelse, vekttap og nedsatt appetitt (Ottesen & Jørgensen 2002).

2.1.3. Behandling

Vi deler vanligvis behandlingsmetodene for kreft inn i kurativ og palliativ behandling. Kurativ behandling har som målsetting å helbrede kreftpasienten, og vil alltid innlede behandlingen. Palliativ behandling tar derimot sikte på å lindre og forebygge symptomer, og/eller forlenge overlevelse. Behandlingsmetodene kan brukes alene eller i kombinasjon med hverandre (Schjølberg 2008).

All kreftbehandling kan medføre bivirkninger, akutte skader eller senskader som kan medføre tap av kroppslige funksjoner. Når man skal velge behandlingsregime må man derfor ta til vurdering hvilke bivirkninger som kan forventes, og hva som kan aksepteres sett i forhold til forventet resultat av behandlingen (Schjølberg 2008).

Kirurgi er en vanlig behandlingsform både med kurativ og palliativ hensikt. Hensikten med det kirurgiske inngrepet er å fjerne alt affisert vev med minst mulig konsekvenser for normale strukturer i kroppen. I noen tilfeller er det imidlertid ikke mulig å fjerne alt det syke vevet. Inngrepet får da en mer palliativ hensikt, der målet blir å fjerne *mest mulig* affisert vev, slik at man kan oppnå lokal kontroll over sykdommen, eller at man kan oppnå et bedre resultat med stråle- eller cellegiftbehandling (Schjølberg 2008).

Kjemoterapibehandling kalles også cellegiftbehandling eller cytostatikabehandling. Prinsippet ved slik behandling er å utnytte forskjellen mellom syke og friske celler når det gjelder mulighet for reparasjon, slik at maligne celler, som har høy delingsaktivitet dør eller hemmes, mens celler som har lavere delingsaktivitet ikke påvirkes. Bivirkninger som følge av denne behandlingsmetoden kommer av at andre, friske celler som også har høy delingsaktivitet, også påvirkes. Celler i tarmen, samt hvite blodceller som produseres i beinmargen er eksempler på slike celler, og forklarer den økte faren for infeksjoner og fordøyelsesmessig ubehag pasienten kan oppleve (Schjølberg 2008).

Stråleterapi er en viktig behandlingsmetode for kreft, og brukes både kurativt og palliativt. Stråling vil si overføring av energi og/ eller masse, og brukes hovedsakelig som lokal behandling. Målet er å bruke stråling som vil drepe maligne celler, og bevare friskt vev (Schølberg 2008).

Hormonbehandling brukes som regel i tillegg til cytostatikabehandling eller andre behandlingsmetoder, da det alene ikke kan helbrede sykdom. Det regnes likevel som et viktig supplement for det endelige resultatet (Schjølberg 2008).

2.2. Krise

Krisebegrepet stammer opprinnelig fra det greske ordet *krisis*, som betyr avgjørende vending, skjebnesvanger endring eller plutselig forandring (Cullberg 2007). Cullberg (2007) sier at mennesker befinner seg i en krisetilstand når de er kommet inn i en livssituasjon der tidligere erfaringer og innlærte reaksjoner ikke strekker til for å kunne forstå og beherske situasjonen.

Cullberg (2007) skiller mellom to hovedårsaker til kriser, det han kaller traumatiske kriser, og utviklingskriser, eller livskriser. Traumatiske kriser handler om plutselige og uventede vanskelige *ytre påkjenninger*, som sykdom, død i nær familie, oppsigelse fra arbeidet og lignende. Slike faktorer kan innebære en trussel mot ens fysiske eksistens, trygghet og sosiale identitet. Utviklingskriser er ofte mer sammensatte enn de traumatiske krisene. Det handler om mer indre faktorer, ofte hendelser som tilhører det daglige livet, som å få barn, bli pensjonist og lignende. I noen tilfeller blir slike overganger i livet overveldende, og det medfører visse reaksjoner.

Cullberg (2007) deler den traumatiske krisens forløp i fire faser: sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen. Fasene er ikke klart atskilt, og en av fasene kan mangle helt, eller være vevd inn i en annen fase. Det er heller ikke et fast forløp, men kan betraktes som et hjelpemiddel for å orientere oss i krisens forløp.

Sjokkfasen kan vare fra et kort øyeblikk til noen døgn. Personen har da ikke tatt innover seg det som har skjedd, og prøver å holde virkeligheten unna. Man kan senere ha problemer med å huske ting som ble sagt og gjort i denne perioden. Personen kan også oppleve unormale reaksjoner og oppførsel (Cullberg 2007).

Reaksjonsfasen utgjør sammen med sjokkfasen, den akutte fasen i krisen. Det er vanlig å si at reaksjonsfasen begynner idet vedkommende blir nødt til å åpne øynene for det

som har skjedd. I denne fasen mobiliseres personens forsvarsmekanismer, som er ubevisste psykiske reaksjoner som skal redusere opplevelsen av og bevisstheten om trussel og fare (Cullberg 2007).

Bearbeidingsfasen begynner vanligvis når den akutte fasen slutter. Denne fasen kan vare et halvt til ett år etter sjokket. Personen blir nå mer framtidsrettet igjen, i motsetning til tidligere faser, da han var nærmest besatt av sjokket og fortiden. Personen vil i denne fasen prøve å godta sin situasjon og lære seg nye sosiale roller som følger av denne situasjonen (Cullberg 2007).

Cullberg (2007) beskriver den siste fasen, nyorienteringsfasen, ved at vedkommende nå lever videre med et arr som følge av kriseopplevelsen. Dette arret forsvinner ikke, men det vil heller ikke hindre vanlige livskontakter. Han sier at en krise blir en del av livet, og den skal ikke glemmes eller innkapsles. Noen opplever at hendelsen har fått ny betydning i senere livsperioder.

2.3. Håp

Håp kan beskrives som en følelse, erfaring, behov og som en dynamisk egenskap. Håp kan også defineres som den fundamentale kunnskapen om og følelsen av at det finnes en vei ut av vanskelighetene, som er viktig i møte med kriser eller tap. Det har blitt hevdet at følelsen av håp mobiliserer energi, og gir mot og styrke til å takle vanskelige situasjoner (Rustøen 2007).

Giersing (2002) sier at håp er framtidsrettet, men at det også i stor grad er avhengig av en meningsfull nåtid, som er verdt å tro på. Hun sier også at håp er en dynamisk prosess, som utvikles og endres over tid.

Rustøen (2007) sier at håp kan knyttes til mestring, for eksempel av kronisk sykdom, og at det kan beskrives som en viktig faktor for livskvalitet. Hun sier videre at håp kan gi styrke til å takle påkjenninger som tap, mangler, ensomhet og lidelse. Ved sykdom kan håpet være avgjørende for ikke å gi opp. Håp er subjektivt, og ulike mennesker opplever håp ulikt, og kan ha forskjellige kilder til håp.

Håp kan ses på som positive forventninger for fremtiden. Håpløshet derimot, kan betegnes som fravær av håp, og opplevelse av negative forventninger for fremtiden. Det fokuseres i håpløse tilfeller på begrensninger og hjelpeløshet, mens håpet på den andre siden uttrykker muligheter. Vi kan si at effekten av slik håpløshet er ”å gi opp”. Man kan i slike

tilfeller oppleve ”paralyse”, det vil si at man mister evnen til å handle, samt tomhet, ensomhet, tretthet, sårbarhet, oppgitthet og hjelpeløshet. Håpløsheten kan være midlertidig, men kan også gå over i en mer vanepreget tilstand dersom den varer over lengre tid (Lohne 2005).

Travelbee (1999) beskriver håp som det å ønske å oppnå eller avslutte et mål, som er mer eller mindre oppnåelig. Håpet innebærer en tro på at ens tilværelse vil bli bedre, mer meningsfylt, glederikt, eller behagelig dersom man når sine mål eller ønsker. Grunnlaget for å opprettholde og utvikle håp er knyttet til tryggheten det ligger i å vite at man vil motta hjelp fra andre når man trenger det.

Travelbee (1999) beskriver 6 kjennetegn ved håp: det er framtidsrettet, det knyttes til avhengighet av andre, valg, mot, utholdenhet og tillit. At håpet er framtidsrettet betyr at man ser fram til forandringer i framtiden, den skal bli noe bedre enn nåtiden. Denne troen på en bedre framtid kan gjøre en vanskelig nåtidssituasjon mer utholdelig. Håpet knyttes alltid til avhengighet av andre, det vil si en tro på eller forventning om at andre mennesker vil hjelpe til når ens egne ressurser ikke strekker til. Håp relateres også til det å ha valgmuligheter og å kunne velge. Dette vil gi mennesket en følelse av autonomi, frihet, selvstendighet og kontroll over sitt eget liv. I håpet ligger det ønsker, men Travelbee (1999) sier at ønsker er mindre oppnåelige enn det som vi regner for håpet. Tilliten i håpet kan knyttes til avhengigheten til andre. Den som håper har tro på og tillit til at andre vil hjelpe til når det trengs. Utholdenheten gjør at den håpende ikke gir opp, men prøver igjen og igjen for å oppnå sine mål. Motet gir vedkommende styrke til å handle aktivt og å gjøre noe i forhold til sin situasjon, i stedet for å flykte fra vanskelighetene.

2.4. Joyce Travelbees sykepleieteorier

Joyce Travelbees sykepleieteorier er velkjente og har hatt stor betydning i sykepleierutdanningen. Jeg synes hennes teorier og holdninger passer veldig bra inn i denne oppgaven, og ønsker derfor å bruke disse for å belyse temaet.

2.4.1. Hva er sykepleie?

Travelbee (1999, side 29) definerer sykepleie slik:

”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 finne mening i disse erfaringene.”

Med begrepet ”mellommenneskelig” mener Travelbee (1999) at sykepleie alltid handler om kontakt mellom mennesker. Sykepleie beskrives som en *prosess* for å understreke at sykepleiehandlinger er dynamiske erfaringer, som vil utvikles og endres over tid. Travelbee (1999) sier videre at de menneskene som inngår i de mellommenneskelige møtene, alltid vil påvirke hverandre, og at sykepleieren skal være i stand til å frembringe forandring på en omsorgsfull, målrettet og innsiktsfull måte. Sykepleieren hjelper individer og familier som er rammet av sykdom og lidelse ved å forebygge sykdom og fremme helse. Hun kan hjelpe samfunnet ved å påvirke samfunnsmedlemmenes helse på ulike måter. Hun kan for eksempel delta i avdekkingen av potensielle helsefarer, og organiseringen av samfunnet, slik at tiltak i forhold til disse farene kan iverksettes.

Sykepleieren skal i følge Travelbee (1999) forebygge sykdom og fremme helse. Men noen ganger kan ikke sykdom forebygges, og alle mennesker vil før eller senere avvike fra en god helsetilstand. Hun sier derfor at det er sykepleierens oppgave å hjelpe individer eller familier til å *mestre* eller holde ut sykdom og lidelse når det rammer. Helsefremmende undervisning går ut på å hjelpe syke personer til å finne mening i sykdommen og i tiltak som må igangsettes for å kontrollere symptomer og bevare helse. Selv i de mest meningsløse situasjonene, der mennesker er alvorlig eller terminalt syke, er det sykepleierens oppgave å hjelpe vedkommende til å finne mening i sin situasjon. For å nå målene for sykepleien, er det nødvendig å vite hvordan den syke selv stiller seg til sin sykdom, og hvilke holdninger som er fremtredende hos mennesket.

2.4.2. Menneske- til- menneske- forholdet i sykepleien

Travelbee (1999) legger vekt på etableringen av et menneske- til- menneske- forhold for å oppnå målene for sykepleien (jf. Pkt. 2.4.1.). Dette forholdet beskrives som en eller flere erfaringer eller opplevelser som deles av sykepleieren og den som har behov for sykepleie. Det er en gjensidig prosess, der begge parter bidrar til å bygge opp forholdet. Det anses likevel som sykepleierens ansvar å etablere og opprettholde menneske- til- menneske- forholdet til den syke. Det som kjennetegner disse erfaringene/ opplevelsene er at individer, familier eller samfunn får dekket sine behov for sykepleie. Sykepleieren etablerer og oppretter et menneske- til menneske- forhold målbevisst, og bruker seg selv og sine kunnskaper

terapeutisk for å dekke behovene for sykepleie. Sykepleieren bruker seg selv terapeutisk når hun tar i bruk sin personlighet og kunnskaper hun innehar, for å fremme en forandring som vil lindre den sykes plager. Hun bruker da personligheten sin bevisst og målrettet for å oppnå et menneske- til menneske- forhold til pasienten eller den som trenger helsehjelp.

Det presiseres at et menneske- til- menneske- forhold fraviker fra et pasient-sykepleier- forhold. Enhver oppfattelse den enkelte måtte ha overfor den andre på bakgrunn av stereotypier og roller, må tilsidelegges i etableringen av et menneske- til- menneske- forhold, og man må møtes som unike enkeltmennesker. Det er bare under slike forhold, sier Travelbee (1999), at et genuint forhold mellom disse virkelig kan etableres.

All kontakt sykepleieren har med den syke, kan bidra til etableringen av et menneske- til- menneske- forhold, særlig dersom hun bevisst går inn for å bli kjent med vedkommende. Travelbee (1999) beskriver også 4 faser i etableringen av et menneske- til menneske- forhold: det første, innledende møtet, framvekst av identiteter, empati og sympati, som vil resultere i kontakt og gjensidig forståelse.

3. Metode

3.1. Hva er metode?

Vilhelm Auberts definisjon av metode sitert i Dalland (2007, s. 81) lyder slik:

”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 i arsenalet av metoder”

Metoden er altså redskapet vårt når vi ønsker å undersøke noe. Valget av metode avhenger av hva det er vi ønsker å finne ut av, slik at man oppnår gode data og belyser temaet på en faglig interessant måte (Dalland 2007).

3.2. Kvantitative og kvalitative metoder

Vi skiller mellom kvalitative og kvantitative metoder. Vi kan si at kvantitative metoder går i bredden av et tema, og tar sikte på å forme dataene om til målbare enheter. Kvalitative metoder derimot, går i dybden av temaet, og søker å få frem det særegne, dra sammenhenger og ha et helhetsperspektiv (Dalland, 2007).

I denne oppgaven bruker jeg både kvalitative og kvantitative forskningsartikler.

3.3. Litteraturstudie som metode

Hva man bruker som informasjonskilde avhenger av hvilke data man ønsker og hvilken studie man ønsker å foreta. Litteraturstudier bruker i følge Olsson og Sørensen (2003) litteratur som informasjonskilde. De sier at man bør bruke et tilstrekkelig antall relevante vitenskapelige artikler, vanligvis 5-6 artikler, for å belyse temaet i resultat- og drøftingsdelen, opp mot annen litteratur i teoridelen, dvs. bakgrunns litteraturen. Forsberg og Wengström (2008) beskriver systematiske litteraturstudier som å gå ut fra et tydelig formulert spørsmål som man besvarer systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning om emnet.

Denne bacheloroppgaven er inspirert av en systematisk litteraturstudie. I forhold til ovennevnte beskrivelse, vil det derfor si at jeg skal formulere en problemstilling, og hente fram, vurdere og å analysere relevant forskningslitteratur som jeg skal bruke for å belyse emnet mitt.

3.3.1. Fordeler og ulemper ved litteraturstudier

Fordeler med litteraturstudier som metode er at man kan få store mengder data i løpet av relativt kort tid, i motsetning til metoder som bruker datainnsamlingsformer som for eksempel intervju eller spørreskjema. En annen fordel er at hvem som helst lett kan se tilbake på kildene, og vurdere dem opp mot problemstillingen. Resultatdelen kan altså etterprøves i gode oppgaver (Dalland 2007, Olsson & Sørensen 2006).

Ulemper med litteraturstudie som metode kan være at utvelgelser av litteraturen ofte blir subjektive, der forskeren velger ut forskning som en syns passer best. Man kan velge litteratur som understøtter ens eget synspunkt eller hypotese, eller man kan velge kun norske artikler og lignende. Litteraturen man bygger studien på kan også være sekundærkilder, med forfatterens tolkninger av informasjon (Dalland 2007, Olsson & Sørensen 2006).

3.3.2. Etske aspekter ved litteraturstudier

Etske hensyn i forhold til litteraturstudier er blant annet å referere til riktige referanser, og ikke utgi noe ”lånt” for å være ens eget, også kalt plagiat. I tillegg skal man velge artikler som er godkjente fra etiske komiteer eller som det er gjort etiske overveielser i forhold til (Dalland 2007, Olsson & Sørensen 2006).

3.4. Litteratursøk og valg av litteratur

For å finne fram til aktuell forskningslitteratur har jeg gjennom bibliotekets helsefagressurser gjort søk via ulike søkemotorer. Kriterier jeg hadde for artiklene var blant annet at de helst ikke skulle være eldre enn 10 år, og at de skulle omhandle sykepleie til kreftpasienter, hovedsakelig i den akutte fasen, og omhandle håp, omsorg, mestring eller livskvalitet i forhold til denne pasientgruppen. Artikler ble valgt bort hovedsakelig på grunn av alder eller ikke relevans for temaet, da svært mange artikler handlet om kreft i en palliativ fase, mens jeg ønsket å fokusere på den akutte fasen. Noen artikler var likevel relevante nok til at de kunne brukes, selv om de omhandlet palliativ behandling.

Av søkemotorer har jeg brukt ProQuest, Medline, Amed, Vård i Norden og Ovid. Jeg lagte meg en liste med søkeord på forhånd, som jeg brukte i ulike kombinasjoner da jeg søkte i de ulike søkemotorene: cancer, cancer patient, nurse/ nursing, interventions, newly/recently diagnosed, acute phase, critical phase, hope, coping, health care professionals, nurse- patient-relation. De beste og flest treff i alle søkemotorene fikk jeg da jeg kombinerte søkeordene ”cancer and hope and nursing”, i søkemotorene Amed, Medline og ProQuest. Søkeordene ”newly diagnosed, critical phase, nurse patient relation etc”, fikk ingen eller få relevante treff.

I Amed fikk jeg 28 treff med kombinasjonen ”cancer and hope and nursing”. 2 av disse var relevante for min oppgave, men jeg valgte bare å bruke den ene, da den andre var for gammel (1997). I ProQuest fikk jeg 157 treff med samme kombinasjon. Jeg valgte ”kun full tekst” og ”scholarly journals” for å redusere artiklene til et litt mer oversiktlig antall. Jeg fikk da 34 artikler. Av disse var 7 relevante for min oppgave. I Medline med de samme søkeordene, fikk jeg 42 treff i full tekst. Av disse var 5 relevante for oppgaven.

Jeg brukte også referanselistene i artiklene jeg hadde funnet, for å søke mer spesifikt etter flere artikler som kunne være relevante for oppgaven. Gjennom Bibsys, Ovid, EBSCO, ProQuest og Medline fant jeg fram til relevante tidsskrifter, som Oncology Nursing Forum og Cancer Nursing, og fant noen artikler som jeg kunne bruke.

Jeg har brukt både kvalitative og kvantitative forskningsartikler, samt en litteraturgjennomgang (review). Har også brukt en artikkel fra Tone Rustøens doktorgrad.

Jeg har valgt ut 8 artikler som jeg mener er relevante i forhold til mitt tema, og som jeg mener kan belyse problemstillingen min på en god måte. Det henvises til Vedlegg 1, hvor artiklene jeg har valgt ut til denne oppgaven presenteres.

Når det gjelder bøker brukt i denne oppgaven, så har jeg brukt både pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. Jeg har hovedsakelig brukt Bibsys til å finne fram til aktuelle bøker, og lett litt selv på biblioteket. Jeg har brukt bøker om kreft, kreftsykepleie, patologi, kriser, sykepleieteori, kronisk sykdom og metode.

3.5. Kildekritikk

I denne oppgaven er det brukt studier fra flere land, blant annet Norge, Taiwan og USA. Dette kan gi oppgaven et mer internasjonalt perspektiv på temaet, da de enkelte studiene ikke nødvendigvis tar kulturelle hensyn.

Ikke alle artiklene og studiene uttrykker eksplisitt at de er godkjent av etisk komité. De fleste uttrykker likevel etiske vurderinger som har blitt gjort av forskerne selv eller av andre i forhold til studien. I og med at alle artiklene er trykt i anerkjente tidsskrifter hvor det mest sannsynlig er et kriterium med etiske vurderinger før trykking, regner jeg med at det er gjort visse etiske vurderinger i forhold til dem. Jeg ser det likevel som en liten svakhet i de artiklene som ikke uttrykker slik godkjenning. Temaene passer bra til oppgaven, og resultatene sammenfaller i stor grad, og jeg velger derfor å bruke dem.

Rustøens doktoravhandling er egentlig litt for gammel i forhold til artikler som jeg ønsket å bruke (1998). Jeg synes likevel den passet godt inn i oppgaven, og jeg ønsket å ha den med for å belyse temaet, da dens resultater i stor grad sammenfaller med nyere studier. Det var også interessant å sammenligne denne studien med Herths studie, som er ganske lik Rustøens, men som får andre konklusjoner.

Jeg har brukt mest mulig primærkilder når det gjelder bøker til bakgrunns litteratur, men noen bøker er også sekundærkilder. Ingen av bøkene er eldre enn 10 år gamle, bortsett fra den norske versjonen av Travelbee, som ble utgitt i 1999.

4. Drøfting

4.1. Hvilke følelser og reaksjoner kan det innebære å få en kreftdiagnose?

Nina Birch (2002) peker på at det å få en kreftdiagnose er for de aller fleste svært skremmende og angstprovoserende. Hun sier at det finnes mange myter om kreft, og mange har uriktige forestillinger og tanker om sykdommen. Dette kan videre ha betydning for hvordan mennesker reagerer på å få en kreftdiagnose, eller å være pårørende til noen som rammes av sykdommen. Hvordan folk vil reagere avhenger også av personlighet, tidligere erfaring med krise og sykdom, levemåte, sosialt nettverk og kulturell bakgrunn.

Giersing (2002) sier at kreftdiagnosen vil dele opp livet i perioden *før* og *etter*. Perioden før diagnosen preges ofte av usikkerhet, uvitenhet, engstelse eller forestillinger. Det å få diagnosen vil medføre store omveltninger i en persons liv. Man blir en alvorlig syk pasient, en "kreftpasient". Dette medfører en rekke tanker, følelser og oppfatninger. Mange opplever krise i denne første tiden. *Nuet* kan bli vanskelig å forholde seg til, da man frykter fremtiden, og lengter tilbake til fortiden. Man kan oppleve ensomhet, da man ønsker andres støtte og hjelp, men ser deres begrensninger i form av hjelpeløshet og fremmedhet overfor sykdommen. Pasienten må omstille seg til en tilværelse hvor han er mer avhengig av andre, både pårørende og profesjonelle helsearbeidere. Det vil være svært utfordrende for pasienten å ta til seg en kreftdiagnose, selv om det er snakk om gode prognoser og behandlingstilbud. Giersing (2002) sier at tilstanden er kronisk, og forklarer det med at selv om sykdommen helbredes, så vil personen alltid bære med seg bevisstheten om diagnosen, og frykten for tilbakefall.

Ifølge Cullberg (2007, jf. Pkt. 2.2.) og Giersing (2002, se ovenfor) vil det å rammes av alvorlig sykdom kunne føre til at vedkommende opplever en traumatisk krise. Man vil ifølge Cullberg (2007) i den akutte fasen ha problemer med å ta inn over seg det som har skjedd, man er forvirret, redd, og situasjonen virker kaotisk. Krisens akutfase kan i noen tilfeller medføre reaksjoner som fraviker fra vedkommendes normale oppførsel, alt fra skrik og brøl til fullstendig paralyse. Når personen begynner å ta hendelsen inn over seg, ser vi ofte en mobilisering av forsvarsmekanismer, som kan være vanskelig for omgivelsene å forholde seg til. Det kan være fornektning, misbruk av alkohol eller tablett, ukontrollerte affektutbrudd etc.

4.2. Hvilken betydning har håpet for pasienter med nyoppdaget kreft?

Rustøen (2007, jf. Pkt. 2.3.) peker på at håp kan mobilisere energi og gi styrke til å takle påkjenninger som for eksempel sykdom, ved at det innebærer en tro på at det finnes en vei ut av vanskelighetene. Håpet kan i slike situasjoner være avgjørende for ikke å gi opp.

I Annes (2007, jf. Vedlegg 1) undersøkelse av håp blant kvinner med eggstokkreft, kom det fram at håpet var en svært sentral faktor da de ble rammet av sykdommen, som betød store omveltninger i livene deres. Håp var nødvendig for å finne mening i situasjonen.

Giersing (2002) sier at håpet er fremtidsrettet, men at det også i stor grad er avhengig av en meningsfull nåtid, som er verdt å tro på. Hun sier at håp er en dynamisk prosess, som utvikles og endres over tid. Ved diagnosetidspunktet vil kreftpasientens håp kunne knytte seg til troen på å bli frisk. Etter hvert kan håpet endres til å ønske at sykdomsutviklingen bremses, eller for eksempel kunne se barnet sitt gifte seg. Pasienten må forholde seg til en livssituasjon med forandringer som følger sykdomsutviklingen. Pasienten kan veksle mellom håp og håpløshet.

Mattioli, Repinski & Chappy (2008, jf. Vedlegg 1) konkluderer i sin studie i forhold til pasienter som mottok cellegiftbehandling, at håp bidrar til generell helse og velvære, og at støtte fra familie, venner og helsearbeidere var sentralt i arbeidet med å takle sin sykdom og behandling. Ut fra resultatene av undersøkelsen ble det så tolket at helsearbeidere er en viktig kilde til pasienters håp og støtte.

4.3. Hva kan hemme og fremme håpet hos pasienter med nyoppdaget kreft?

4.3.1. Kreftdiagnosen

Teorien omkring begrepet håp er stort sett enig i at håpet er fremtidsrettet, at det innebærer en tro på at man skal få det bedre (jf. Pkt 2.3.). Når man rammes av en alvorlig diagnose som kreft, kan det tenkes at håpet virkelig trues hos vedkommende. Fremtiden blir plutselig usikker. Man blir *syk*. Hva innebærer det? Vil man overleve?

Lin et al. (2003) har undersøkt hvilken betydning det å få stilt kreftdiagnosen ville ha for håpet, ved å sammenligne opplevelse av håp hos pasienter som var informerte om sin kreftdiagnose, og pasienter som ikke var informerte. Det viste seg at opplevelsen av håp var høyere hos dem som var informerte om sin diagnose, enn de som ikke var det (jf. Vedlegg 1).

Slik jeg ser det kan det bety at i mange tilfeller kan det faktisk være lettende å få stilt en diagnose, man får noe konkret å forholde seg til. Man kan arbeide seg gjennom det og begynne å se framover igjen, begynne å håpe på helbredelse og lindring av sine plager. Dersom man ikke vet at man har en kreftsykdom, men likevel føler seg syk, kan man bli usikker og engstelig. Man kan ha negative og håpløse forestillinger om fremtiden, da det kan være vanskelig å se for seg bedring dersom man ikke vet hva som er galt, og dermed ikke får noen behandling.

4.3.2. Fysiske aspekter, mening og mestring

Jeg nevner i pkt. 2.1.2. og 2.1.3. ulike symptomer og bivirkninger ved kreft og behandling. Dette kan etter mitt syn være truende faktorer for håpet. Chen (2003, jf. Vedlegg 1) konkluderer imidlertid i sin studie med at smerter ikke nødvendigvis har negativ betydning for kreftpasienters håp, slik man gjerne skulle trodd. Denne studien fant ingen forskjell i opplevelse av håp hos kreftpasienter med og uten smerter. Det viste seg imidlertid at pasientens assosiasjoner til smertene hadde betydning for håpet. De som fant en mening med smertene, som for eksempel så på dem som en utfordring de måtte gjennom, hadde høyere grad av håp enn de som hadde mer negative assosiasjoner og holdninger til smertene. Sykdomsstadium i seg selv viste seg heller ikke nødvendigvis å ha betydning for håpet. Hvilken behandlingseffekt pasienten forventet hadde større betydning.

Jeg tolker disse resultatene slik at sykepleieren bør hjelpe den syke til å finne mening i plager han har, som *ikke kan* lindres ytterligere eller helbredes. Dette sammenfaller også med blant annet Travelbees (1999, jf. Pkt. 2.4.) sykepleieteorier, som vektlegger at sykepleieren skal hjelpe pasienten til mestring av og å finne mening i sykdom og lidelse. Det bør imidlertid etter mitt syn fortsatt være sykepleierens prioritet å lindre pasientens plager så sant det er mulig.

Resultatene ovenfor støtter annen litteratur om håp som sier at det er en *subjektiv* opplevelse og en *dynamisk* prosess. Sykdomsstadium og kliniske undersøkelser er objektive mål, og sier lite om hvordan pasienten selv *opplever* sin situasjon. Perspektivet på livet vil

endres med tid og omgivelser, og det samme vil håpet. Håpet vil bety noe annet for en frisk person enn en person som nylig har blitt rammet av alvorlig sykdom, og igjen noe annet for en person med fremskredet sykdom. Håpet vil også variere med den enkelte person, med blant annet hvilke erfaringer han bærer med seg, mestringsstrategier, assosiasjoner og holdninger (jf. Pkt. 2.3.).

4.3.3. Interpersonlige forhold

Rustøen (2007) peker på ulike studier som har undersøkt kilder til håp og strategier brukt av kronisk syke pasienter for å opprettholde håp. Studiene legger vekt på interpersonlige forhold med venner, familie og helsepersonell, åndelige forhold, som bønn og religion, og kognitive forhold, som å sette seg mål og fokusere på andre ting enn sykdommen, som viktige for håpet. Pasientene mobiliserte flere kilder til håp og kom fram til strategier for å fremme håp på egen hånd, men helsearbeidernes rolle ble også betraktet som viktig i denne sammenheng. Anne (2007, jf. Vedlegg 1) kommer i sin studie fram til lignende resultater i forhold til hva pasienter med eggstokkreft mente var sentralt for håpet. Støtte fra venner, familie, og andre kreftpasienter, samt å ha en følelse av kontroll, var for dem viktig for opplevelse av håp.

Helsevesenet inntar en viktig posisjon i kreftpasientens liv. Det kan representere håp for helbredelse og hjelp, samtidig som det kan virke nytt og skremmende, og kan dermed være en truende faktor for håpet (Giersing 2002).

4.3.4. Behandlingstilbud

Giersing (2002) peker på at behandlingstilbud for kreft både kan fremme og hemme håp hos pasienter og pårørende. Håpet kan knyttes til ønsket om helbredelse, at sykdomsutviklingen bremses eller stanses, eller at symptomer og lidelse kan lindres eller fjernes. Når det finnes behandlingsmåter, reduseres følelsen av hjelpeløshet hos både pasient, pårørende og helsearbeidere, som alle ønsker å hjelpe og gjøre noe i forhold til sykdommen. Pasienten kan føle trygghet og orden i en ellers kaotisk hverdag når han blir overvåket av kvalifisert helsepersonell i sykdomsforløpet. Usikkerhet og engstelse kan derfor oppstå dersom et behandlingsopplegg avsluttes, og pasienten står alene. Pasienten kan oppleve motsetningsfylte følelser i forhold til behandlingen, da behandlingen i seg selv kan gi svært ubehagelige symptomer, og i noen tilfeller være fysisk nedbrytende. Pasienten befinner seg dermed i et paradoks: det som gjør ham frisk, gjør ham også syk.

4.4. Hva kan sykepleiere gjøre for å fremme håp hos pasienter med nyoppdaget kreft?

Sykepleieren blir i litteraturen framstilt som en viktig kilde til håp i forhold til sine pasienter (jf. Pkt. 2.3. og Vedlegg 1). Særlig Rustøen (2007) og Travelbee (1999) knytter håpet til sykepleierens funksjon og omsorg. Sykepleieren kan gjennom sin tilstedeværelse, væremåte og intervensjonsprogram fremme håpet hos pasienter med nyoppdaget kreft. Jeg vil utdype det i det følgende.

4.4.1. Mestring og mening

Travelbee (1999) fokuserer særlig på de mellommenneskelige aspektene i sykepleieryrket. Hun mener blant annet at ethvert menneske er unikt, og at alle mennesker før eller senere vil oppleve lidelse og tap. Det vil være sykepleierens oppgave å hjelpe syke og lidende til å mestre og å finne mening i situasjonen han eller hun befinner seg i. Dette gjør sykepleieren gjennom å etablere et menneske- til- menneske- forhold til pasienten. Håpet settes sentralt i denne sammenhengen, og knyttes til sykepleiers mål og hensikt. Når man skal hjelpe den syke til mestring og å finne mening, er det avgjørende å understøtte håpet.

4.4.2. Tilstedeværelse og personlige egenskaper

Rustøen (2007) knytter håpet til omsorg, og trekker derfor inn sykepleierens funksjon i denne sammenhengen. Hun sier at sykepleieren kan være med å påvirke pasientenes håp gjennom sin tilstedeværelse. Hun har mulighet for å påvirke håpet hos pasient og pårørende gjennom den profesjonelle rollen hun innehar, hennes ferdigheter i interpersonlige forhold, og gjennom respekten pasient og pårørende har overfor hennes ferdigheter. Rustøen (2007) trekker fram en studie av Koopmeiers og kolleger, som sier at leger og sykepleiere var de helsearbeiderne som bidro mest til å styrke håpet. Å ta seg tid til å snakke, gi informasjon, være høflig, vennlig, omsorgsfull, hjelpsom, vise respekt og ærlighet viste seg å være de viktigste måtene helsearbeiderne kunne fremme håp på. Det som i størst grad kunne svekke håpet til pasientene på, var måten informasjon ble gitt på.

Rchaida, Casteré, Blaeser og Gastmans' (2009) og Kvåles (2006) studier om hva kreftpasienter mener kjennetegner gode, omsorgsfulle sykepleiere viser sammenfallende resultater som Rustøens funn ovenfor. Å være ærlig, vise empati, høflighet, snillhet, varme, humor og mildhet var viktige egenskaper ved gode sykepleiere. Gode sykepleiere var også oppriktige, vennlige, viste respekt, tok seg tid til å snakke med dem, formidlet informasjon på en god og omsorgfull måte, samt viste at de brydde seg om dem, og de møtte pasientene som medmennesker i stedet for bare som pasienter. Sykepleierne var interesserte, gav emosjonell støtte, og fant sammen med pasientene positive betydninger, muligheter og håp i ellers håpløse situasjoner. Dette fremmet håp hos pasientene (jf. Vedlegg 1).

Dette sammenfaller med Travelbees (1999, jf. Pkt. 2.4.2.) teorier om menneske- til- menneske- forholdet. Å møte syke mennesker som enkeltindivider, og tilsidelegge stereotypier er ifølge henne avgjørende for at sykepleiers hensikt skal oppnås. Det er en gjensidig prosess, men Travelbee (1999) anser det likevel som sykepleierens ansvar å etablere og opprettholde et slikt forhold til den syke, forholdsvis gjennom fire faser: det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati og sympati, og kontakt og gjensidig forståelse.

Slik jeg ser det vil det å bli rammet av en kreftsykdom være en sterk påkjenning, og sykdommen kan representere en trussel mot livet slik en kjenner det. Nydiagnostiserte kreftpasienter bør derfor anses som en sårbar gruppe som kan oppleve å gjennomgå en krise. Dette er det viktig for helsepersonell og andre som samhandler med vedkommende å være klar over, da det vil påvirke hans følelsesmessige, tankemessige og atferdsmessige reaksjoner. I forhold til helsepersonell vil noe av det viktigste i denne sammenheng være informasjonsformidling. Ifølge Cullberg (2007, jf. Pkt. 2.2.) kan det være vanskelig for vedkommende å huske ting som blir sagt og gjort i sjokkfasen av en krise. Det kan derfor tenkes at pasienten vil ha behov for at informasjonen gjentas når han har begynt å ta inn over seg det som har skjedd, og er bedre rustet til å motta og forstå informasjon. Det kan være nyttig å be pasienten fortelle hva han har forstått med informasjonen, for å forsikre seg om at innholdet er forstått riktig. Cullberg (2007) påpeker også viktigheten av god omsorg i denne første fasen av krisen. Å være der for pasienten, bry seg, vise interesse og kroppslig kontakt som å holde i hånden, er gode omsorgshandlinger som fremmer trygghet og, som jeg ser det, håp.

4.4.3. Sykepleiehandlinger i forhold til erfaringsmessige, relasjonelle, åndelige og kognitive aspekter ved håp.

Rustøen (2007) peker på fire faktorer som viser seg å være sentrale i ulike definisjoner av håp: erfaringsmessige faktorer, relasjonelle faktorer, åndelige faktorer og kognitive faktorer. Hun knytter disse faktorene til kronisk sykdom, og peker på hvordan sykepleiere i forhold til disse faktorene best kan fremme håp hos kronisk syke personer.

Erfaringsmessige faktorer har med hvilke erfaringer den enkelte gjør seg i forhold til helse og håp. Det er av stor betydning hvordan sykdommen oppfattes av den enkelte, da den kan true håpet til vedkommende. Sykepleieren bør identifisere håp og håpløshet hos pasientene, samt fremme omgivelser som åpner for pasientens erfaringer og spørsmål, og som gir rom for uttrykk av følelser, samt at forventninger og håp kan bli satt ord på (Rustøen 2007).

Relasjonelle faktorer handler om forholdet til venner, familie og helsearbeidere. I vanskelige perioder kan nære personer være viktig støtte, og å vite at de vil være der og stille opp, kan styrke håpet. Sykepleieren kan hjelpe pasienten med kartlegging av sitt sosiale nettverk, og se verdien av dette. Det kan være nødvendig at sykepleieren minner pårørende på sin rolle som støttespillere overfor pasienten, men det er viktig å være klar over at de vil ha ulike forutsetninger for å ivareta denne rollen. Sykepleieren vil også kunne fremme håp hos pasienten med sin væremåte, da hun tilbringer mye tid med pasienten i perioder. Hennes tilstedeværelse har derfor stor betydning. Ved å opptre på en omsorgsfull måte, vise de syke at hun har tro på dem, være til stede, tilgjengelig, lytte, og ved å gi de syke tid og mulighet til å sette ord på egne tanker og følelser, kan hun fremme håp hos pasienten (Rustøen 2007).

Som nevnt ovenfor sier Rustøen (2007) at sykepleieren kan måtte minne pårørende om sin rolle som støttespillere ovenfor den syke. Jeg ser det derfor som avgjørende at sykepleieren også ivaretar pårørendes behov, og bidrar til å fremme også deres håp. Slik kan de være best mulig rustet til å innta en støttende rolle overfor den syke, og håpet til den syke kan ivaretas best mulig. Slik jeg ser det er det også viktig å fremme håp hos pårørende, da deres opplevelse av håp kan påvirke pasientens håp.

Åndelige faktorer kan være avgjørende for håpet hos pasientene. Økt bevissthet og diskusjon rundt verdier, ulike kilder til styrke og håp, og ens egen åndelighet vil være vesentlig på dette området (Rustøen 2007).

Kognitive faktorer handler blant annet om målsetning, ressurser, tidsorientering og kontroll. Sykepleieren kan gi pasientene valgmuligheter, som kan gi en følelse av delaktighet i og kontroll over egen situasjon. Det fokuseres på muligheter i stedet for begrensninger. Å

sette seg oppnåelige mål kan også være avgjørende for vedkommendes selvfølelse og følelse av kontroll over sin situasjon. Sykepleieren kan hjelpe pasienten til å sette seg mål, og hun kan også hjelpe pasienten til å se sine egne ressurser og muligheter for å oppnå sine mål (Rustøen 2007).

4.4.4. Spesifikke intervensjonsprogrammer for å fremme håp.

Rustøen, Wiklund, Hanestad og Moum (1998) og Herth (2000) (jf. Vedlegg 1) prøver ut spesifikke sykepleie- intervensjonsprogram for å fremme håp hos forholdsvis nydiagnostiserte kreftpasienter, og pasienter med tilbakevendende kreft (jf. Vedlegg 1). Intervensjonsprogrammene i disse studiene har mange likheter, men får likevel ulike konklusjoner. Rustøen et al. (1998) finner at håpet hos nydiagnostiserte kreftpasienter økte rett etter intervensjonen, men at det så ble redusert igjen, og intervensjonen hadde ikke betydning for livskvaliteten. Herth (2000) på den annen side, kom i sin studie fram til at håpet økte betydelig etter intervensjonen, og holdt seg høyt i opptil 9 måneder.

Forskjellene kan skyldes at håpet blant nydiagnostiserte kreftpasienter kan være høyere i utgangspunktet, enn hos pasienter som lider av tilbakevendende kreftdiagnose. Det er dermed mindre rom for forbedringer hos de nydiagnostiserte pasientene, en såkalt "takeffekt". Andre studier viser likevel at det ikke er forskjell i håpet til nydiagnostiserte pasienter, og pasienter med tilbakevendende kreft (Herth 2000). Rustøen et al. (1998) påpeker at resultatene kan være påvirket av at de mest deprimerte og engstelige pasientene ikke deltok i undersøkelsen. I Herths (2000) studie var det imidlertid et lavt antall inviterte som ikke ønsket å delta, samt et lavt antall som trakk seg underveis, i forhold til i Rustøens et al. (1998) studie. Det ble også brukt ulike måleinstrumenter i studiene, samt at Herths (2000) studie omfatter et større mangfold etniske grupper enn Rustøens et al. (1998), og det kan ha påvirket resultatene. Intervensjonsprogrammene er også litt ulike, da de fokuserer på noe ulike aspekter av håp. Rustøen et al. (1998) fokuserer kun på affektive aspekter ved håp, mens Herth (2000) fokuserer på erfaringsmessige, åndelige, relasjonelle og kognitive aspekter ved håp, som kan ha gitt deltakerne flere strategier for å opprettholde og øke sitt håp.

Ut i fra de ovennevnte studiene vil jeg si at det nok er mulig for sykepleiere å fremme håp hos nydiagnostiserte kreftpasienter gjennom et spesifikt intervensjonsprogram som tar sikte på å fremme håp. Ut fra resultatene kan det også se ut til å ha best effekt dersom man fokuserer på flere aspekter ved håp, både erfaringsmessige, åndelige, relasjonelle og kognitive. Man bør hjelpe deltakerne til å utvikle gode strategier for å opprettholde og øke sitt

håp i vanskelige situasjoner. Sykepleieren som skal lede slike intervensjonsprogrammer bør være godt opplært og i stand til å takle ulike situasjoner som kan oppstå. Jeg anser det som positivt for mennesker i en slik situasjon å ha mulighet til å delta i grupper hvor de møter andre mennesker i samme eller lignende situasjoner, og hvor man kan snakke om det som angår en, og få hjelp og støtte i en vanskelig situasjon. Ifølge Rustøen et al. og Herths studier (se ovenfor) er ikke samholdet og generell informasjon tilstrekkelig for å fremme håp hos pasientene, men kombinert med gode samtaler i forhold til ulike aspekter ved håp, vil jeg tro det vil få positive følger for håp og livskvalitet.

5. Avslutning

Litteraturen forteller oss at sykepleiere har en viktig rolle i forhold til å fremme håp hos pasienter med nyoppdaget kreftdiagnose. Hovedsakelig kan hun fremme håp med sin væremåte, ved å møte pasientene som medmennesker, vise respekt, omtensksomhet, interesse, være ærlig og oppriktig, ta seg tid til å snakke med dem, lytte, formidle informasjon og forklare på en omsorgsfull måte, og gi emosjonell støtte. Hennes humør og sans for humor viser seg også å ha betydning for pasientenes håp. Ivaretagelse av pårørende vil ha betydning for både pasientens og pårørendes håp, da sosial støtte viser seg å være viktig for håpet. Sykepleieren kan hjelpe pasienten til å finne mening i situasjonen, fokusere på mål, muligheter, ressurser og valgmuligheter, og på denne måten fremme håp hos pasientene. Man kan også bidra til å fremme håp gjennom spesifikke intervensjonsprogrammer designet for å fremme håp. Sykepleieren som skal lede slike program må imidlertid være godt forberedt og i stand til å mestre ulike situasjoner som kan oppstå under møtene for at intervensjonen skal få ønsket virkning.

Referanseliste

Anne, M. (2007). Transforming the death sentence: Elements of hope in women with advanced ovarian cancer [Elektronisk utgave]. *Oncology Nursing Forum*, 34 (6), 70-81.

Bertelsen, B. I. (2007). Patologi: *Menneskets sykdommer*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Birch, N. (2002). At få kræft. I: B. A. Esbensen (red.), *Mennesker med kræft: sygepleje i et tværfagligt perspektiv*. København, Danmark: Munksgaard Danmark.

Chen, M. L. (2003). Pain and hope in patients with cancer: a role of cognition [Elektronisk utgave]. *Cancer Nursing*, 26 (1), 61- 67.

Cullberg, J. (2007). *Mennesker i krise og utvikling*. Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Forsberg, C. og Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.

Giersing, U. (2002). Når mennesker trues på livet. I: B. A. Esbensen (red.), *Mennesker med kræft: sygepleje i et tværfagligt perspektiv*. København, Danmark: Munksgaard Danmark

Herth, K. (2000). Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Journal of advanced nursing*, 32 (6), 1431- 1441.

Kreftforeningen (23.12.2009). *Hva er kreft: Fakta om kreft og oppdaterte tall på kreft i Norge*. Hentet 7. januar 2010 fra: http://kreftforeningen.no/om_kreft/hva_er_kreft

Kvåle, K. (2006). Den omsorgsfulle sykepleier: slik pasienter ser det. *Vård i Norden*, 26 (1), 15-19.

Lin, C. C., Tsai, H. F., Chiou, J. F., Lai, Y. H., Kao, C. C. & Tsou, T. S. (2003). Changes in levels of hope after diagnostic disclosure among Taiwanese patients with cancer [Elektronisk utgave]. *Cancer Nursing*, 26 (2), 155- 160.

Lohne, V. (2005). Håp og håpløshet. I: U. Knutstad & B. K. Nielsen (red.), *Sykepleieboken 2: Teoretisk metodisk grunnlag for klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe.

Mattioli, J. L., Repinski, R. & Chappy, S. L. (2008). The meaning of hope and social support in patients receiving chemotherapy [Elektronisk utgave]. *Oncology Nursing Forum*, 35 (5), 822- 829.

Olsson, H. og Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Ottesen, S. S. & Jørgensen, L. (2002). Fysiske problemstillinger. I: B. A. Esbensen (red.), *Mennesker med kræft: sygepleje i et tværfagligt perspektiv*. København, Danmark: Munksgaard Danmark.

Rchaidia, L., Casteré, B. D., Blaeser, L. & Gastmans, C. (2009). Cancer patients' perceptions of the good nurse: a literature review [Elektronisk utgave]. *Nursing Ethics*, 16 (5), 528- 542.

Rustøen, T. (2007). Håp hos kronisk syke mennesker. I: E. Gjengedal & B. R. Hanestad (red.), *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursending*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Rustøen T., Wiklund, I., Hanestad, B. R. & Moum T. (1998). Nursing intervention to increase hope and quality of life in newly diagnosed cancer patients [Elektronisk utgave]. *Cancer Nursing*, 21 (4), 235-245.

Schjølberg, T. K. (2008). Sykepleie til pasienter med kreft. I: U. Knutstad (red), *Sykepleieboken 3: klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe.

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

Vedlegg:

Vedlegg 1: Presentasjon av forskningsartikler.

Vedlegg 1: Presentasjon av forskningsartikler.

Tittel: Forfatter(e): Tidsskrift: Årstall:	Hensikt: Problem- stilling(er):	Metode: (Metode, design, utvalg, måle-instrumenter med mer)	Resultater/ Funn	Styrker/ svakheter
Anne, M. (2007). Transforming the death sentence: Elements of hope in women with advanced ovarian cancer. <i>Oncology nursing forum</i> , 34 (6), 70-81.	Hensikten med denne studien var å beskrive opplevelsen av håp blant kvinner med eggstokk-kreft, stadium 3 eller 4.	Dette var en kvalitativ studie som brukte intervju som primær informasjonskilde. 20 kvinner med eggstokk- kreft ble intervjuet, og fylte ut skjema med personopplysninger, demografiske forhold, sykdom og behandlingsrelaterte spørsmål. Disse kvinnene hadde diagnosen eggstokk- kreft i stadium 3 eller 4, hadde fullført innledende cellegiftskur, og hadde ingen tegn til tilbakefall ved intervjutidspunktet. Intervjuguiden var utviklet av forskeren, og bestod av åpne spørsmål om kvinnes opplevelse av håp. Spørsmålene bygget på litteratur om håp, samt innspill	Kvinnene opplevde det svært vanskelig å få diagnosen, og det innebar store omveltninger i livet deres. Håp stod sentralt i denne sammenhengen, og var nødvendig for å finne mening i situasjonen. Den største bekymringen blant kvinnene viste seg å være å møte dødsdommen. Det viktigste i forhold til å takle dette, var å omforme dødstrusselen. Man gjennomgikk 3 faser etter diagnosetidspunktet: sjokkfasen, ettersjokk, og gjenoppbygging/ rehabilitering. Informasjon med helsearbeidere og spirituelle faktorer hadde betydning for kvinnes	Styrker: <ul style="list-style-type: none"> - Resultatene sammenfaller i stor grad med allerede eksisterende litteratur på området. - Studien er vurdert i forhold til etiske retningslinjer. Svakheter: <ul style="list-style-type: none"> - Studien baseres på ett intervju med hver pasient, på 1,5-2 timer. Det kan være nødvendig med flere møter, slik at intervjueren kan skape en nærmere relasjon til intervjuobjektet, og man ville fått lengre

		fra helsearbeidere med erfaring med denne metoden.	evne til å omforme dødstrusselen. Støtte fra familie, venner og andre kreftpasienter, samt følelse av kontroll viste seg å ha stor betydning for opplevelse av håp.	tid til å snakke om temaet, kanskje gått mer i dybden av hvert tema. Man kan få mer presise data om man følger opp pasienten over tid, enn når man ber henne huske tilbake i tid.
Rustøen T., Wiklund, I., Hanestad, B. R. & Moum T. (1998). Nursing intervention to increase hope and quality of life in newly diagnosed cancer patients. <i>Cancer Nursing</i> 21 (4), 235-245.	Hensikten med denne studien var å evaluere sykepleietiltak som tar sikte på å fremme håp og livskvalitet hos kreftpasienter. Problemstillingen var som følger: Vil sykepleierintervensjon designet for å fremme håp hos nydiagnostiserte kreftpasienter virkelig føre til en økt følelse av håp og forbedret livskvalitet hos disse pasientene? (Min oversettelse)	Dette er en kvantitativ kohortstudie, fordi resultatene kan gjøres om til målbare enheter, det er relativt mange undersøkelsespersoner, og disse følges over et gitt tidsrom. Voksne menn og kvinner som hadde mottatt en kreftdiagnose i løpet av det siste året, som snakket og forstod norsk, bodde i Oslo-området, og som ikke var terminalt syke, ble spurt om å delta i undersøkelsen. Av 465 som ble spurt, sa 131 pasienter ja til å delta. Pasientene ble delt inn i 3 grupper. Den første gruppen var den eksperimentelle gruppen, som var en støttegruppe som hadde til hensikt å fremme håp. Den andre gruppen deltok i "Learning to live with cancer"-	Spørreskjemaene som ble utfylt av deltakerne før intervensjon, viste at det ikke var betydelige forskjeller mellom gruppene i forhold til håp og livskvalitet. 87 % viste seg å være håpefulle eller moderat håpefulle, 8 % opplevde lavt håp, men ingen opplevde håpløshet. 2 uker etter intervensjon viste "håpgruppen" betydelig økning i følelse av håp, sammenlignet med de andre gruppene. Det var små endringer i livskvalitet, men ikke som nådde statistiske betydeligheter. etter 6 måneder hadde gjennomsnittsverdien for håp gått ned noe i "håpgruppen", men hadde	Styrker: <ul style="list-style-type: none"> - Det ble brukt rimelige inkluderings- og ekskluderingskriterier i utvelgelsen - Måleinstrumentene som ble brukt er veldokumenterte - Innholdet i håpintervensjonen bygget i stor grad på ulike deler av NHS for å sikre at intervensjonen var relevant og at det var et gyldig måleinstrument for håp Svakheter: <ul style="list-style-type: none"> - Utvalget var relativt lite på grunn av stort frafall. 131 personer

		<p>programmet. Den siste gruppen ble ikke utsatt for andre tiltak enn vanlig omsorg og sykehusoppfølging. Deltakerne svarte på spørreskjemaer to ganger før, og 2 ganger etter intervensjon. En sykepleier med erfaring i å lede denne typen støttegrupper, var gruppeleder, og forsker deltok også på møtene. Nowotny håp skala (NHS) ble brukt som måleinstrument for håp. To spørreskjemaer ble brukt for å måle livskvalitet. Det ene heter Ferrans and Powers Quality of life index (QLI), og det andre heter Cancer rehabilitation and evaluation systems, short form (CARES-SF). Intervensjonen bestod av en 8 uker lang periode, med et 2 timer langt møte en gang i uken.</p>	<p>økt i kontrollgruppen. Det var ingen betydelige endringer i livskvalitet i gruppene. Undersøkelsen konkluderer med at det er mulig for sykepleiere å fremme håp hos nydiagnostiserte kreftpasienter, men at det ikke nødvendigvis forbedrer livskvaliteten. Det blir også poengtert at mer forskning trengs på området.</p>	<p>deltok, noe som tilsier 28 % av personene som oppfylte inkluderingkriteriene. Dette kan ha hatt betydning for resultatene, da man vanskelig kan si noe om hvilke pasienter som valgte ikke å delta, og fordi et større utvalg nok hadde gitt mer omfattende resultater.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ”Tak- effekt”: deltakerne scoret høyt på håp før intervensjon, og det gav dermed lite rom for forbedring etter intervensjon. Det gjør det vanskelig å vurdere den virkelige effekten av tiltaket. - Studien er 12 år gammel, og er derfor litt gammel forskningsmessig.
<p>Herth, K. (2000). Enhancing hope in people with a</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke hvilken effekt et spesifikt sykepleie-</p>	<p>Dette er en kvantitativ forskningsmetode, med spørreskjema som datainnsamlingsmetode. Det</p>	<p>Deltakerne i ”håp-gruppen” hadde betydelig høyere grad av håp enn de andre gruppene, både 2 uker, samt</p>	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Studien omfatter et bredt spekter av etniske grupper, og

<p>first recurrence of cancer. <i>Journal of advanced nursing, Vol. 32 (6), 1431- 1441.</i></p>	<p>intervensjonsprogram, designet for å fremme håp blant pasienter med første tilbakefall av kreft, ville ha på håp og livskvalitet.</p>	<p>var 5 inkluderingskriterier for deltakelse: de skulle være over 18 år gamle, ha fått en tilbakevendende kreftdiagnose innen de siste 2 mnd., være mentalt klare og orienterte, kunne lese og skrive engelsk, og man skulle motta kreftbehandling med sikte på tilbakegang for andre gang. 115 deltakere ble delt inn i 3 grupper: en "håp- gruppe", som deltok i intervensjonsprogrammet som skulle fremme håp, en gruppe som deltok i møter der det ble gitt informasjon om kreft og behandling, og en kontrollgruppe, som ikke ble utsatt for noen form for intervensjon annet enn vanlig pleie og behandling i forbindelse med sykehuset. Håp- intervensjonen bestod av åtte 2 timer lange møter i en 8-ukers periode. Background data form (BDF), Herth health index (HHI) og Cancer rehabilitation and evaluation systems, short form (CARES-SF), var spørreskjemaene som ble brukt</p>	<p>3, 6 og 9 måneder etter intervensjonen. Også livskvaliteten økte betydelig hos "håp-gruppen" 2 uker etter intervensjonen, og holdt seg høy ved senere målinger. Dette var forventet, da håp av forsker ble regnet som en viktig mestringsstrategi for å fremme livskvalitet. Studien foreslår at sykepleiere virkelig kan bidra til økt håp hos pasienter med tilbakevendende kreft, gjennom spesifiserte intervensjonsprogram. Den foreslår også at det å møtes i grupper, og motta sykdomsrelatert informasjon ikke er nok for å fremme håp hos disse pasientene. At håp kan påvirke livskvaliteten blir også pekt på her, da "håp- gruppen" også hadde høyere grad av livskvalitet enn de andre gruppene.</p>	<p>alder og kjønn var relativt jevnt fordelt blant utvalget.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det var relativt få deltakere som trakk seg fra undersøkelsen (5%) - Det er gjort etiske vurderinger i forhold til studien og den er godkjent av etisk komité <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - I forhold til min oppgave er det et minus at denne studien omhandler pasienter med tilbakevendende kreft, i stedet for nydiagnostiserte pasienter.
---	--	---	---	--

		i datainnsamlingen. De ble utfylt av deltakerne rett før intervensjon, 2 uker etter intervensjon, så 3, 6 og 9 måneder etter intervensjonen.		
Lin, C. C., Tsai, H. F., Chiou, J. F., Lai, Y, H., Kao, C. C. & Tsou, T. S. (2003). Changes of levels of hope after diagnostic disclosure among Taiwanese patients with cancer. <i>Cancer Nursing</i> , 26 (2), 155- 160.	Hensiktene med denne studien var å undersøke om det var forskjell i opplevelsen av håp hos pasienter som var informert om sin kreftdiagnose, i forhold til pasienter som ikke var informerte, og å undersøke graden av håp 3, 6 og 12 måneder etter avsløringen av kreftdiagnosen. Problemstilling er formulert som 3 spørsmål: 1: I hvilken grad blir kreftdiagnoser avslørt til pasienter i Taiwan? 2: Hvordan er sammenhengen mellom avsløring av kreftdiagnose og grad av håp hos kreftpasienter i Taiwan? 3: Hvordan er sammenhengen mellom tid siden diagnose, og	Metoden er kvantitativ beskrivende, og forskningsmetoden er en tverrsnittsstudie med spørreskjema. Herth håp skala, oversatt til Mandarin og Taiwansk, samt demografiske og sykdomsrelaterte spørreskjema ble brukt i datasamlingen. Studien inkluderer både inneliggende og polikliniske pasienter over 18 år, som har en kreftdiagnose, og som kan kommunisere på Mandarin eller Taiwansk. Deltakerne ble bedt om å svare selvstendig og uavhengig på spørreskjemaene, men fikk hjelp til høytlesning og opptak av svarene dersom de hadde vanskelig for å lese og/ eller skrive.	124 pasienter deltok i undersøkelsen. Ikke-inneliggende pasienter viste seg å ha en høyere grad av håp enn inneliggende pasienter. Også yrkesaktive pasienter opplevde høyere håp enn arbeidsledige. Ellers var det ingen forskjeller i grad av håp i forhold til kjønn, alder, sivilstatus, religiøs tilknytning eller krefttype. Resultatet på spørsmål 1 i problemstillingen var at 79 % av deltakerne var informerte om sin diagnose, mens 21 % rapporterte at de ikke var informerte. Resultat på spørsmål 2 var at pasientene som var informerte hadde høyere grad av håp enn ikke-informerte. Det siste spørsmålet resulterte i at opplevelsen av håp avtok etter hvert som tiden siden	Styrker: <ul style="list-style-type: none"> - Det er den første studien som har blitt gjort i forhold til Taiwanske kreftpasienter i forhold til avsløring av diagnose og håp. - Studien avkrefter tidligere oppfatninger i Taiwan om at avsløringer av kreftdiagnoser vil redusere håpet. Svakheter: <ul style="list-style-type: none"> - Kan ikke se at den er godkjent av etisk komité, men i og med at den er trykket i <i>Cancer Nursing</i>, forutsetter jeg at det er gjort etiske vurderinger i forhold til studien. - Ut fra måten deltakerne svarte på, ble det antatt om di

	<p>håp hos kreftpasienter i Taiwan? Bakgrunnen er at leger i Taiwan nøler med å fortelle pasientene sine om kreftdiagnosen, fordi de er redde for reaksjonen i forhold til krise og håp, eller fordi de går ut i fra at pasientene ikke ønsker å vite om sin kreftsykdom fordi de ikke ønsker å møte denne trusselen. Det er også en vanlig oppfatning i Taiwan at pårørende skal få bestemme om pasienten skal få vite det eller ikke.</p>		diagnosen økte.	<p>var klar over sin diagnose eller ikke. Synes det er et litt vagt grunnlag for en slik studie.</p>
<p>Chen, M. L. (2003). Pain and hope in patients with cancer: a role of cognition. <i>Cancer Nursing</i>, Vol. 26 (1), 61-67.</p>	<p>Hensikten med denne studien er tredelt: 1: å undersøke sykdomsstatus' effekt på grad av håp hos pasienter med kreft. 2: å sammenligne grad av håp hos kreftpasienter med og uten smerter. 3: å bestemme hvilke aspekter ved smerter</p>	<p>Kvantitativ metode med tverrsnittstudie som design og spørreskjema som datainnsamlingsmetode, ble brukt i denne studien. 226 personer fullførte undersøkelsen, som for øvrig ble gjort i Taiwan. Inkluderingskriterier var at man måtte være over 18 år gammel, være klar over sin</p>	<p>Studien fant ingen forskjell i grad av håp hos pasienter med og uten smerter, noe som indikerer at smerter ikke influerer på opplevelsen av håp. Pasientenes oppfatning av mening i forhold til smertene, altså kognitive forhold, viste seg likevel å innvirke på graden av håp hos pasientene. De som fant</p>	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Studien samsvarer i noen grad med tideligere studier, men har også kommet fram til nye konklusjoner - Data ble samlet på tidspunkt som var passende for pasienten. <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dette er en

	<p>som kan assosieres med håp hos pasienter med smerter.</p>	<p>kreftdiagnose, ikke ha hjernemetastaser, og å være i stand til å kommunisere på kinesisk.</p> <p>Herth håp skala (HHS) ble brukt til å måle grad av håp.</p> <p>The Pain Assessment Form (PAF) er et spørreskjema som ble utformet av forfatteren, og som kartla sensoriske aspekter ved pasientenes smerte (lokalisasjon, intensitet etc.).</p> <p>The Perceived Meaning of Cancer Pain Inventory (PMCPPI), også utformet av forfatteren, kartla hvilken mening pasientene tilla sine smerter.</p> <p>The Karnofsky Performance Scale (KPS) ble brukt i undersøkelsen av pasientenes funksjonelle status.</p> <p>Et siste spørreskjema utformet av forfatteren ble brukt for å kartlegge demografiske og sykdoms- og behandlingsrelaterte forhold, som alder, kjønn, diagnose, behandling etc.</p> <p>Deltakerne ble delt inn i en "smertegruppe" og en "smertefri gruppe", etter om de svarte at de hadde hatt smerter</p>	<p>mening i smertene, som for eksempel så på det som en utfordring, hadde høyere grad av håp, enn de som hadde mer negative assosiasjoner til smertene.</p> <p>Forventet behandlingseffekt, og ikke sykdomsstadium i seg selv, viste seg også å innvirke på håpet. Dette kan knyttes til at forventet behandlingseffekt er en subjektiv oppfatning, mens sykdomsstadiet er objektive mål, som ikke sier noe om pasientens opplevelser av sin situasjon.</p>	<p>tverrsnittsstudie, og forfatteren ser det selv som en begrensning, da håp er en dynamisk prosess som endres over tid.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Studien er ikke godkjent av etisk komité, men den er godkjent av nemnder ved begge institusjonene undersøkelsen ble utført ved. Informert samtykke ble også overholdt.
--	--	---	---	---

		den siste uken før undersøkelsen eller ikke. Begge grupper besvarte HHS og KPS, mens bare "smertegruppen" besvarte PAF og PMCPI. Alle spørreskjema var utformet eller oversatt til kinesisk.		
Mattioli, J. L., Repinski, R. & Chappy, S. L. (2008). The meaning of hope and social support in patients receiving chemotherapy. <i>Oncology Nursing Forum</i> , Vol. 35 (5), 822-829.	Hensikten med studien var å undersøke og beskrive betydningen av håp og sosial støtte hos pasienter som mottok cellegiftbehandling.	Beskrivende kvalitativ studie, med intervju som datainnsamlingsmetode, ble brukt i studien. Inkluderingskriterer for deltakelse var at man skulle være over 18 år gammel, være diagnostisert med en kreftdiagnose og gjennomgå cellegiftbehandling, være i stand til å snakke engelsk og villig til å delta i undersøkelsen. Forskerne brukte en intervjuguide med åpne spørsmål, samt et demografisk skjema for å samle data.	Fire tema kom fram i undersøkelsen av betydningen håp og sosial støtte hadde for pasientene: å fokusere på den større sammenhengen representerte tilpasning til diagnosen og å lære å leve med den. Å søke ly i stormen betegnet det å beskytte seg selv fra negative aspekter ved sykdommen. Å tilstrebe normalitet betegnet deltakernes ønske om å fortsette livet sitt med å drive med aktiviteter på samme måte som før de fikk diagnosen. Å strekke ut for hjelp, og å vite at man ikke er alene i situasjonen illustrerte ønsket om å søke etter blant annet hjelp, tro, håp og støtte fra helsearbeidere og andre. Studien konkluderer med at håp bidrar til generell helse	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det er gjort etiske vurderinger i forhold til studien, men er ikke godkjent av etisk komité. - Studiens resultater sammenfaller i stor grad med resultater fra tidligere studier. <p>Svakheter:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deltakerne i undersøkelsen var fra den samme onkologiske praksisen, kan ha vært mer ressurssterke enn andre grupper mennesker, og var ganske mobile og selvstendige. Det betyr at utvalget kan ha vært snevert, og andre grupper mennesker, med mindre ressurser og andre kulturelle

			og velvære. Støtte fra familie, venner og helsearbeidere var viktig for deltakerne i arbeidet med å takle sin sykdom og behandling. Forfatterne tolket ut fra resultatene at helsearbeidere er en viktig kilde til pasienters håp og støtte.	<p>bakgrunner kan ha hatt andre oppfatninger av betydningen av håp og sosial støtte.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Noen deltakere hadde en partner med seg under intervjuet, som kan ha påvirket svarene. - Intervjuene ble ikke gjennomført i ideelle omgivelser, da intervjuer og deltaker satt i et hjørne av en onkologisk avdeling med andre pasienter til stede i samme rom. Avbrytelser forekom også. Det kan ha påvirket svarene.
Rchaidia, L., Casteré, B. D., Blaeser, L. & Gastmans, C. (2009). Cancer patients' perceptions of the good nurse: a literature review. <i>Nursing Ethics</i> , Vol. 16 (5), 528-542.	Hensikten med denne studien var å analysere pasienters oppfatninger om hva som kjennetegner en god sykepleier, basert på deres erfaringer. Problemstillingen var som følger: Hva er kreftpasienters oppfatning av hva som kjennetegner en god	Metoden brukt i denne artikkelen er en litteraturgjennomgang, også kalt review. Databasene Medline, Cinahl, Cochrane Library, Invert og PsycINFO ble brukt i søken etter relevante artikler publisert mellom 1998 og 2008. Inkluderingskriterier var at artiklene skulle beskrive resultater av empiriske studier, tydelig uttrykke kreftpasienters	Resultatene av litteraturgjennomgangen ble delt i to grupper: sykepleieres holdninger og deres kunnskaper og ferdigheter. Gode sykepleiere så sine pasienter som individer, ikke stereotypier. De var oppriktige, vennlige og respektfulle, og pasientene ble da i stand til å	<p>Styrker:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Litteraturen omfatter studier fra 3 kontinenter, som gir den et internasjonalt preg. - Studiene som er brukt støtter opp om hverandres resultat. - Det er gjort etiske overveielser i forhold til litteraturen som er

	sykepleier?	oppfatninger av eller erfaringer med gode sykepleiere, være publisert på engelsk, fransk, tysk eller nederlandsk, og de skulle inkludere pasienter over 17 år som har mottatt sykepleie på grunn av kreftdiagnose. Denne litteraturgjennomgangen bygger på 12 forskningsartikler basert på 11 studier, da to artikler er utkommet fra den samme studien. 6 av studiene var kvalitative, mens 5 var kvantitative.	oppretholde selvrespekt. Sykepleierne var interessert, og gav emosjonell støtte til sine pasienter og fant positive betydninger, muligheter og håp i situasjoner, noe som fostret håp hos pasientene. Å være ærlig med pasientene viste seg å være en av de viktigste egenskapene ved en god sykepleier. Andre egenskaper hos gode sykepleiere, som empati, varme, snillhet, smil, mildhet, humor og høflighet var også viktig. Mer praktiske egenskaper, som kommunikasjon, informasjonsformidling, behovskartlegging, tekniske ferdigheter, iverksettelse av tiltak, samt å innse sine egne begrensninger var viktig for kreftpasientene. En god sykepleier bidro til håp, pågangsmot, trygghet og tillit.	brukt i denne artikkelen. Svakheter: <ul style="list-style-type: none"> - Det er relativt få studier som inngår i denne litteraturgjennomgangen. - Studiene som er brukt har metodologiske begrensninger, som gjør at man vanskelig kan trekke konklusjoner fra denne litteraturgjennomgangen.
Kvåle, K. (2006). Den omsorgsfulle sykepleier: slik	Denne artikkelen er en del av en større studie som tar sikte på å undersøke hva	Det er brukt en kvalitativ metode, med intervju som metode for å samle data. Inkluderingskriterier var at	Deltakerne pekte på i hovedsak fire aspekter ved den omsorgsfulle sykepleieren: at de brydde	Styrker: <ul style="list-style-type: none"> - Studien er utført etter etiske regler for forskning, og godkjent

<p>pasienter ser det. <i>Vård i Norden,</i> 26 (1), 15-19.</p>	<p>inneliggende kreftpasienter mener er viktig for opplevelse av omsorg. Hensikten med denne delstudien var å undersøke hvilke egenskaper ved en sykepleier som får en pasient til å føle at vedkommende har omsorg for ham/ henne.</p>	<p>deltakerne skulle ha en kreftdiagnose og være informert om den, være mellom 25 og 80 år, innlagt på sykehus til utredning eller behandling, være klare og orienterte, og i god nok allmenntilstand til at det ble regnet som forsvarlig at de deltok i undersøkelsen. 20 pasienter deltok i undersøkelsen, 10 menn og 10 kvinner.</p>	<p>seg om dem, tok seg tid til å snakke, formidlet informasjon og forklarte, og at de var smilende, glade, hadde godt humør og humor. Sykepleierne møtte pasientene sine som medmennesker i stedet for bare som pasienter.</p>	<p>av etisk komité. Melding ble også gitt til datatilsynet.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Studiens resultater sammenfaller med andre studier.