



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 17.02.11

Kandidatnr.: 14

Antall ord: 7371

Bacheloroppgave

Håp og kreft

..håp i livets slutfase

Sammendrag

I 2008 fikk 26 121 personer i Norge kreft. Kreft kan ramme mennesker i alle aldre, men det er spesielt de eldre som er utsatt for sykdommen. Grunnet en ventende eldrebølge, vil sykepleiere møte på flere og flere kreftpasienter i hverdagen på sykehus og sykehjem. Temaet for oppgaven er håp, og hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap om hvordan sykepleier kan bidra til å styrke håpet hos pasienter med langtkommen kreft. Pasientgruppen som er valgt i dette studiet er voksne menn og kvinner med langtkommen kreft. Oppgaven er skrevet som et litteraturstudie, der jeg bruker andres forskning for å finne svar på min problemstilling.

Funnene i studiet viser at god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er vesentlig for å opprettholde håpet. Det har også kommet frem at det er de "små tingene" sykepleierne gjør, som styrker håpet til pasientene. Videre er det viktig at pasienten får ha god kontakt med venner og familie, at det tilrettelegges for åndelige behov. Det kom også frem at bruk av humor i riktig setting kan bidra til økt håp.

Summary

In 2008, 26 121 people in Norway got diagnosed with cancer. Cancer can affect people in all ages, but elderly people are specially exposed. The population of elderly people increases every year, and nurses will meet more and more cancer patients in nursing homes and hospitals. The purpose of this study was to increase my knowledge on how nurses can contribute to hope in patients with final stage cancer. The sample in this study are adult men and women with final stage cancer. The thesis is a study of literature, where I use other peoples findings to find answers.

The findings in this study shows that good communication between nurses and patients is necessary to maintain hope. Findings from other studies shows that it is "the small things" nurses do, that matters for the patients. It is also important that the patient gets to have good contact with friends and family, and that nurses facilitates patients to have religious beliefs. The use of humour in the right setting can also contribute to increase patients hope.

Innholdsfortegnelse

<u>1.0 Innledning</u>	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	6
1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling.....	7
1.3 Oppgavens hensikt.....	7
1.4 Oppgavens oppbygning.....	7
<u>2.0 Begrepsmessig rammeverk</u>	9
2.1 Hva er kreft?.....	9
2.2 Palliativ pleie.....	10
2.3 Sykepleiefaglig perspektiv.....	10
2.4 Kommunikasjon.....	11
2.5 Håp.....	13
2.5.1 Hva er håp i sykepleiesammenheng?.....	14
2.5.2 Håpløshet.....	15
<u>3.0 Metode</u>	16
3.1 Hva er metode?.....	16
3.2 Litteraturstudie som metode.....	16
3.3 Metodens sterke og svake sider.....	17
3.4 Litteratursøk og valg av litteratur.....	17
3.5 Kildekritikk.....	18
3.6 Etske aspekter.....	19
3.7 Presentasjon av utvalgt forskningslitteratur.....	20
<u>4.0 "Hvordan kan sykepleier bidra til å styrke håpet hos pasienter med langtkommen kreftsykdom?"</u>	23
4.1 Syv strategier for å styrke håpet.....	23
4.1.1 Støtte fra familie og venner.....	23
4.1.2 Troen på noe åndelig.....	24
4.1.3 Å sette mål og beholde sin selvstendighet.....	25
4.1.4 Å ha et godt forhold til helsepersonell.....	26
4.1.5 Personlige egenskaper og oppløftende minner.....	29
4.1.6 Bruk av humor.....	29
<u>5.0 Avslutning</u>	31
<u>Referanseliste</u>	32

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Jeg har valgt å skrive om pasienter med langtkommen kreftsykdom. I mine praksisperioder på sykehjem og sykehus både i Norge og Australia har jeg møtt på flere pasienter med som har vært rammet av kreft. Disse har gjort et sterkt inntrykk på meg. De fleste av disse pasientene har vært eldre mennesker, men jeg har også møtt på unge voksne. Jeg skriver denne oppgaven for å sette lys på hvordan det er å leve med langtkommen kreft, og hvordan man som sykepleier kan hjelpe disse pasientene ved å bidra til håp.

Å bli diagnostisert med kreftsykdom kan gi pasienten mange utfordringer. Kreft innebærer ofte stor risiko for å dø, og dette kan gi skremmende fremtidsutsikter for pasienten og de pårørende. Som helsepersonell er det viktig å fremme håpet hos pasienten, og hjelpe han til å mestre situasjonen (Valand & Fodstad, 2001).

I følge Valand & Fodstad (2001) er forekomsten av kreft i Norge økende. Som fremtidig sykepleier kommer jeg til å møte kreftpasienter i min hverdag på sykehus, sykehjem eller i hjemmetjeneste. Dette er også en grunn til at temaet opptar meg.

Problemstillingen min for oppgaven er: *Hvordan kan sykepleier bidra til å styrke håpet hos pasienter med langtkommen kreftsykdom?*

1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til voksne kvinner og menn fra 25 år og oppover med langtkommen kreftsykdom. Jeg vil fokusere på hvordan sykepleier kan gi bidra til håp hos pasienter med langtkommen kreft. Dette er fordi jeg mener det er den viktigste oppgaven man som sykepleier har når man er i kontakt med personer med denne diagnosen. Jeg kommer ikke til å avgrense pasientgruppen ut i fra om de er på sykehus, sykehjem eller i hjemmet. Dette er fordi jeg mener at alle pasienter med diagnosen har de samme behovene for å mestre hverdagen.

Jeg har valgt å fokusere mest på pasienten i denne oppgaven. Ikke fordi de pårørende ikke har behov for sykepleie, men fordi det hadde blitt for omfattende i denne oppgaven. Å fremme håpet til kreftpasienten vil være det som er mest sentralt i denne oppgaven.

1.3 Oppgavens hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å finne ut hvordan sykepleier kan bidra til å styrke håpet hos pasienter med langtkommen kreft. Kreft er en sykdom som rammer mange mennesker, og sykepleiere vil møte disse pasientene i flere kliniske settinger. Jeg mener at håpet alltid er sentralt i et menneskets liv, nettopp derfor ønsker jeg å belyse hva håp er i livets slutfase.

1.4 Oppgavens oppbygning

Denne oppgaven er delt inn i en teoridel og en drøftningsdel. I teoridelen skriver jeg om det begrepsmessige rammeverket. Her vil det være ulike definisjoner og teori jeg har valgt for å finne svar på problemstillingen min. Oppgaven inneholder også et metodekapittel. I dette kapittelet skriver jeg litt om metoden jeg har valgt, og hvordan jeg har gått frem for å finne litteratur til oppgaven. Forskningslitteraturen jeg har valgt vil også komme i dette kapittelet. Etter

metodekapittelet kommer det et drøftningskapittel. Tittelen på dette kapittelet er problemstillingen jeg har valgt. Her vil jeg drøfte utvalgt forskningslitteratur opp i mot teorien jeg har presentert i begrepsmessig rammeverk. Helt til slutt kommer det en avslutning. Avslutningen vil være en kort oppsummering av oppgaven.

2.0 Begrepsmessig rammeverk.

2.1 Hva er kreft?

Denne oppgaven omhandler mennesker med kreft. I dette avsnittet ønsker jeg å skrive litt om hva som skjer når man blir rammet av kreft, hvorfor personer kan bli rammet av sykdommen, og hvordan kreft kan behandles.

Kroppen er bygd opp av forskjellige typer celler som har ulike egenskaper avhengig av hvilken funksjon de har. Når en celle dør eller blir skadet produseres det hele veien nye celler som erstatter de gamle. De nye cellene blir til ved at cellene dobler sitt arvestoff (DNA) og deler seg i to (Kreftforeningen, 2009). Kreft karakteriseres ved at det er en forstyrrelse i celledelingen, og cellene vokser ukontrollert (Jakobsen, 2001). Etter hvert som kreftcellene deler seg, skjer det en opphopning av kreftceller i organet der den ukontrollerte veksten startet og dette danner en svulst. Svulsten kan trenge inn i vev som ikke er dens eget og lage nye kreftsvulster. Disse svulstene kalles metastaser. Den kan også spre seg dersom kreftcellene løsriver seg og føres med lymfene eller blodårene til andre, friske deler av kroppen (Kreftforeningen, 2009).

I følge Jacobsen et. al (2001) kan kreft forårsakes av både ytre og indre faktorer eller en kombinasjon av disse. Ytre faktorer kan være for eksempel stråling, og indre faktorer kan være arvelige forhold, hormonell påvirkning eller immunologiske forhold.

I 2008 fikk 26 121 personer kreft i Norge. Prostatakreft er den vanligste kreftformen blant menn, og brystkreft er den vanligste hos kvinner. Kreft kan ramme personer i alle aldre, men eldre mennesker er spesielt utsatt. Over halvparten av krefttilfeller skjer etter fylte 70 år. I 2020 vil antall tilfeller kreft øke med ca. 30%. Dette henger bla. sammen med økt befolkningsvekst og økt levealder. Livsstilsfaktorer som overvekt, nedsatt aktivitet og tobakksrøyking er også faktorer som forklarer økningen (Kreftforeningen, 2008).

Mange behandlingsprinsipper blir benyttet ved kreft. Behandlingen tar sikte på å fjerne sykdommen mekanisk eller uskadeliggjøre kreftcellene i et anatomisk avgrenset område. De vanligste metodene er operasjoner, behandling med cellegift, hormoner og ionisk strålebehandling. Ca. halvparten av kreftpasienter helbredes ved hjelp av disse behandlingene (Nome, 2010).

2.2 Palliativ pleie

I de tilfeller hvor kurativ behandling ikke lenger er realistisk setter man i gang med palliativ behandling (Nome, 2010). I følge Verdens Helse Organisasjon (WHO) dreier palliativ behandling seg blant annet om:

- Å være smertefri og være fri for andre ubehagelige symptomer.
- Å la være og fremkalle eller forsinke døden.
- Å ta vare på åndelige og psykologiske behov hos den utsatte og pårørende.
- Å tilby et støtteapparat som hjelper den utsatte å leve et mest mulig aktivt liv inntil døden.

2.3 Sykepleiefaglig perspektiv

Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee vil være sentral i denne oppgaven. Jeg har valgt å gjøre henne sentral fordi begrepene håp og kommunikasjon står tett sammen i hennes sykepleieteori.

"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" (Travelbee, 1999. s. 29).

Travelbee er opptatt av at det skal være et menneske til menneske forhold mellom sykepleieren og pasienten. Det vil si at pasient og sykepleier deler opplevelser seg i mellom. Sykepleieren skal ha kunnskap og hun skal kunne

bruke seg selv terapeutisk. For å gjøre dette er det vesentlig at man vet hvordan ens egen adferd virker inn på andre. Man må gi slipp på stereotype reaksjoner og etablere nye, virksomme relasjoner til andre. Man må bruke sin egen personlighet bevisst og målrettet i forsøk på å etablere et forhold til pasienten. Pasienten er et menneske på lik måte som sykepleieren, og det er viktig å være bevisst på det.

Travelbee mener at alle mennesker er unike. Alle vil på et stadium i livet oppleve sykdom eller lidelse, men hver enkelt av oss vil takle det forskjellig. Det er derfor enkeltmenneskets egen opplevelse av sykdommen og lidelsen som er viktig. Som sykepleier skal man se på hele mennesket – og ikke bare diagnosen.

2.4 Kommunikasjon

Jeg har også valgt å vektlegge kommunikasjon i denne oppgaven. Dette gjør jeg fordi jeg mener at god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient vil være med på å fremme håpet hos pasienten.

Kommunikasjon inngår som et sentralt element i alt omsorgsarbeid (Kristoffersen, 2001). Ordet kommunikasjon kommer fra latin, *communis* og betyr *å ha felles*. Kommunikasjon er en nødvendig forutsetning for fellesskapet (Hummelvoll, 2008). Reitan (2010) sier at god kommunikasjon og samhandling er grunnleggende for å utøve god sykepleie til kreftpasienter. Kommunikasjon er et godt verktøy for å formidle informasjon, men det gir også en gylden mulighet for å bli kjent med pasienten.

Når vi kommuniserer med andre utleverer vi oss selv. Utlevertheten og sårbarheten øker når noe står på spill. utfordringen til sykepleieren blir å møte pasienten på en god måte. Sykepleierens moral og etikk kommer til uttrykk ved hjelp av hennes væremåte og kroppsspråk, så vel som det hun sier eller gjør (Brinchmann, 2007). Når man arbeider med mennesker spiller kommunikasjon en stor rolle. Kommunikasjon kan foregå på forskjellige måter, for eksempel ved

verbal kommunikasjon og nonverbal kommunikasjon. Verbal kommunikasjon vil si at vi formidler noe ved hjelp av språket vårt. Non verbal kommunikasjon betyr at vi utveksler signaler gjennom kroppsholdning, mimikk, stemmebruk, berøring eller bevegelser (Eide & Eide, 2007).

Formålet med kommunikasjon er å bli kjent med pasienten og bygge opp et tillitsforhold. Kommunikasjon kan også ta sikte på å gi eller få informasjon. Ved å ha gode samtaleferdigheter kan man få frem detaljert informasjon slik at man kan planlegge best mulige tiltak for pasienten. Noen ganger havner man opp i vanskelige samtalesituasjoner. Da kan god kommunikasjon bidra til økt trygghet (Eide & Eide, 2007).

Lineær kommunikasjon går ut på å at sykepleieren sender ut et budskap som mottas av pasienten. Pasienten responderer og sender et svar tilbake som viser at han har forstått budskapet. Denne formen for kommunikasjon er nyttig dersom man skal gi en enkel beskjed til pasienten. Skal man derimot komme med dårlige nyheter, bør man velge en annen form for kommunikasjon. Den prosessuelle kommunikasjonsmodellen sier at for å forstå hverandre må man ha evne til å sette seg inn i andres virkelighet. For å oppnå en felles forståelse av hvordan kreftpasienter opplever sin sykdom må sykepleieren også forstå hva sykdommen betyr for pasienten. Man skal dele, meddele, gjøre noe kjent og gjøre noe sammen. Man har en dialog der man veksler på å snakke og lytte. Dette krever aktiv deltakelse fra begge parter. Man skal ikke bare være opptatt av budskapet, men også av hverandre (Reitan, 2010).

Joyce Travelbee (1999) mener det viktigste redskapet en sykepleier har, er kommunikasjon. Ved å kommunisere etablerer man "et menneske til menneske" forhold til pasienten. Kommunikasjon er en handling og en prosess. Den involverer alltid fysisk og mental aktivitet hos avsender og mottaker. Sykepleieren kommuniserer for å motivere syke mennesker. Gjennom kommunikasjon formidler hun omsorg for pasienten. Den syke kommuniserer tilbake gjennom sin oppfatning av sykepleieren, det vil si hvilken grad pasienten

betrakter sykepleieren som et hjelpende menneske. Kommunikasjon kan brukes til å føre mennesker nærmere hverandre eller støte dem bort (Travelbee, 1999).

2.5 Håp

I dette avsnittet vil jeg skrive litt om definisjonen på håp, og hvordan ulike forfattere ser på fenomenet. Jeg vil også skrive om hva håpet har å si i sykepleiesammenheng, og jeg vil også belyse begrepet håpløshet.

"Håp er en flerdimensjonal dynamisk livskraft som er karakterisert ved en tillitt til fremtiden som en kan feste tiltro til, men som likevel kan være usikker med hensyn til å oppnå et fremtidig gode, som for den som håper, er realistisk mulig og personlig betydningsfullt" (Default og Martocchio i Utne og Rustøen, 2010, s. 63).

Begrepet håp har et positivt innhold og fokuserer på fremtiden. *Håpet* har både en innholdskomponent og en retningskomponent. Innholdet knytter seg til hva man håper på, mens retningen er knyttet til fremtiden. Innholdet i håpet er subjektivt og individuelt og kan forandre seg over tid (Lohne, 2005). Det vil alltid være usikkerhet knyttet til fremtiden, og definisjonen trekker frem at det pasienten håper på, må være realistisk og viktig for vedkommende. Sykdom og lidelse kan aktualisere håp og hva det innebærer for oss (Utne og Rustøen, 2010).

I de senere år har interessen for fenomenet håp vært økende. Håp er viktig for pasienter med nydiagnostisert kreft, for pasienter med tilbakefall av kreft, og for pasienter med langt fremskreden sykdom. Å få en alvorlig sykdom som kreft vil aktualisere betydningen av håp (Utne og Rustøen, 2010).

I følge Eriksson trenger pasienten en opplevelse av håp og innsikt i sine fremtidige muligheter til å kunne fungere. Håpet innebærer en tilfredsstillende av ønsker og vilje, noe som vil kunne gi mening i lidelsen (Lohne, 2005). Håpet kan hjelpe pasienten til å akseptere sin situasjon, samtidig som det øker kroppens

helingsprosesser, fordi håpet aktiverer styrke og mot til å gå inn i det ukjente (Lohne, 2005).

2.5.1 Hva er håp i sykepleiesammenheng?

"Hensikten med sykepleie er å hjelpe pasienten til å oppleve velvære og trygghet til tross for sykdom og helsesvikt, eller til en fredfull død" (Lohne, 2005 s.).

Håpet er drivkraften i sykepleiefaget, fordi det produserer helende prosesser i pasientene. Som sykepleier skal man støtte pasienten til å erkjenne at en positiv fremtid er mulig. Sykepleieren har en unik mulighet til å frata eller fremme pasientens håp. For å styrke pasientens håp må sykepleieren ha kunnskaper om hva håpet betyr for pasienten og hvordan man kan oppnå håp (Lohne, 2005). Sykepleieren møter mennesker i mange av livets avgjørende øyeblikk. Mennesker som har behov for sykepleie omfatter alle aldersgrupper, friske og utsatte, akutt eller kronisk syke (Lohne, 2005).

I følge Travelbee er det den profesjonelle sykepleiers rolle å hjelpe syke mennesker til å oppleve håp for å mestre sykdom og lidelse. Håpet kan gi styrke til å mestre tap, tragedier, mangler, kjedsommelighet, ensomhet og lidelse , og håpet kan være en helt avgjørende faktor for å ikke gi opp. Hun sier at håpet sannsynligvis er den viktigste faktoren som gjør et menneske i stand til å bære byrdene av sykdom og lidelse. Håp er sterkt relatert til avhengighet av andre, man er avhengig av hjelp og samarbeid for å overleve. Dette gjelder spesielt syke mennesker (Travelbee, 1999).

Ut fra sykepleiens fokus kan man aldri si at "nå er det ikke noe mer å gjøre for pasienten". Selv om pasienten er døende er det alltid noe man kan gjøre. Når det ikke lenger er mulig å kurere en sykdom er "resten" opp til sykepleieren (Lohne, 2005). I følge Travelbee (1999) er det sykepleierens rolle å fremme velvære og å forebygge eller lindre sykdom og lidelse. Lohne (2005) sier at håpet ikke nødvendigvis fokuserer på at man skal bli frisk. Håpet kan være kortsiktig, som

for eksempel håpet om å få en god natts søvn, eller om å kunne ta farvel med sine nærmeste i ro og verdighet. Håpet har en fantastisk dimensjon som kan bidra til å gjøre livet mer levelig, eller til at den døende kan få en lettere død. Håp og sykepleie forenes og består så lenge livet eksisterer.

2.5.2 Håpløshet

Kronisk syke mennesker kan oppleve tap av kontroll over kroppsfunksjoner, tap av roller og sosiale relasjoner, tap av sikkerhet og kontroll og tap av uavhengighet. På grunn av disse tapene og den usikre fremtiden, kan det syke mennesket oppleve håpløshet (Rustøen, 2004). Det motsatte av håp er håpløshet (Lohne, 2005). Håpløshet defineres som *"ikke fravær av håp, men en tilknytning til et håp man har mistet"* (Bush & Hirsh, 2007). Det beskriver en tilstand der man har negative forventninger til fremtiden. Mennesker som opplever håpløshet kan mangle evne til å handle, man føler seg hjelpeløs. Håpløshet kan komme av tomhet, tretthet, ensomhet og sårbarhet. Dette er fenomener som kan inngå i våre allmenne livserfaringer, men det er summen og varigheten som fører til håpløshet (Lohne, 2005).

Travelbee (1999) skriver at de som opplever håpløshet ikke forsøker å løse eller mestre vanskeligheter i livet fordi de ikke tror at det er mulig å få til forandringer. De er orientert mot stunden her og nå, ikke mot fremtiden. Mennesker som ikke har håp blir overveldet av problemene og har vondt for i det hele tatt å tenke på fremtiden. Man kan føle seg hjelpeløs og dette kan føre til adferdsreaksjoner som aggresjon, apati eller pessimisme. For å føle håpløshet må en ha opplevd håp og deretter ha mistet det. Det oppstår mest sannsynlig når den syke har lidd mentalt, fysisk eller åndelig over alt for lang tid uten hjelp i lidelsen. Travelbee (1999) skriver videre at det er den profesjonelle sykepleiers oppgave å hjelpe pasienten til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet. Man skal også hjelpe den som opplever håpløshet, til å gjenvinne håpet.

2.0 Metode

I dette kapittelet kommer jeg til å skrive om hva en metode er, og hva som kjennetegner metoden jeg har brukt i denne oppgaven. Her vil jeg også skrive om hvordan jeg har funnet frem til litteratur, og hvilke etiske hensyn jeg har tatt.

3.1 Hva er metode?

"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" (Aubert i Dalland, 2008. s. 83).

I følge Olsson og Sørensen (2003) krever forskningsprosessen en nøye gjennomgang og vurdering av tidligere arbeider på området. Alt forskningsarbeid tar utgangspunkt i ett eller flere spørsmål, problemer eller ideer som forskeren griper fatt i. Man bruker kvalitative eller kvantitative metoder for å finne data.

Kvalitativ forskningsmetode er en subjektiv metode som går i dybden hos få undersøkelsespersoner. Forskeren er ofte selv med og samler inn datamateriale. Det blir et slags jeg – du forhold mellom forskeren og informanten der man går i dybden hos hvert enkelt individ. I kvantitativ metode holder man en slags distanse til undersøkelsesobjektet. Metoden er systematisk og strukturert og benytter seg ofte av spørreskjema. Denne forskningen tar sikte på å beskrive og forklare utfallet av målingene. Forskeren vil stå utenfor og være nøytral. Det blir et slags jeg – de forhold (Olsson og Sørensen, 2003).

3.2 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven skrives som et litteraturstudie. Det som kjennetegner denne typen studie, er at man ser på tidligere forskning innenfor området. Et litteraturstudie skal inneholde det samme som alle andre oppgaver: bakgrunn, formål, problemstilling og innsamlingsmetode. Litteraturen som man leser blir innsamlingsdata, på samme måte som respondenten er ved et kvalitativt intervju

(Olsson og Sørensen, 2003). Et litteraturstudie er å systematisk søke, granske litteraturen kritisk, og å holde litteraturen innenfor valgt problemstilling eller tema (Forsberg og Wengstrøm, 2008). Det er vanlig å bruke 5 – 6 vitenskapelige artikler eller andre relevante vitenskapelige rapporter i et litteraturstudie. Når man kommer til drøftningsdelen setter man innsamlingsdata i dialog med bagrunnslitteraturen og drøfter ut i fra problemstillingen man har valgt (Olsson og Sørensen, 2003).

3.3 Metodens sterke og svake sider

Når man skriver et litteraturstudie har man tilgang på forskning som allerede har blitt gjort innenfor valgt område (Dalland, 2008). Denne forskningen er lett tilgjengelig i forskjellige databaser på internett. Dette gjør det også lett å for meg å finne tilbake til kildene mine. En annen fordel med litteraturstudie er at man lettere kan se på emnet fra forskjellige sider. Svake sider med metoden kan være at det finnes lite relevant forskning innenfor området. Forskeren kan også velge utvalg som støtter hans synspunkt (Forsberg og Wengström, 2008).

3.4 Litteratursøk og valg av litteratur

For å finne frem til relevant litteratur har jeg benyttet meg av biblioteket ved HSH. Bøkene bestilte og reserverte jeg ved hjelp av BIBSYS. BIBSYS er en felles bokkatalog for norske universiteter og høyskoler (Dalland, 2008). Søkeord som jeg har brukt er: håp, palliativ, kreft og kommunikasjon. Jeg har også benyttet meg av en god del pensumlitteratur for sykepleie og helsefag i Haugesund og Stord. I bøkene har jeg gått gjennom innholdslisten for å finne frem til kapitler jeg kunne bruke. Jeg har også benyttet meg av stikkordsregisteret i bøkene for å finne frem til stoff som har vært relevant for meg.

Jeg har brukt databaser som har vært tilgjengelige fra HSH biblioteket. Jeg har også hatt tilgang til databaser gjennom universitetet jeg gikk på i Australia. Databasene jeg brukte var: Ovid, CINAHL, ScienceDirect, PubMed, MedLine,

SveMed+ og ProQuest. Jeg søkte også på artikler på Sykepleien. Artiklene jeg har brukt i denne oppgaven kommer fra CINAHL, ProQuest og PubMed. Jeg har også tatt med en artikkel fra sykepleien.

Jeg forsøkte først å bruke norske søkeord. Jeg fant fort ut at det fantes lite relevant forskning publisert på norsk, så jeg benyttet meg av engelske søkeord. Jeg brukte hovedsaklig søkeord som: cancer, palliative care, hope, nursing, interventions. Jeg fant mange artikler, men etter å ha gått gjennom sammendragene var det mange som ikke var relevante for min oppgave. Jeg filtrerte søket mitt til voksne og til pasienter med langtkommen kreft. For å begrense søket ytterligere markerte jeg av for vitenskapelige tidsskrift.

3.5 Kildekritikk

”Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes” (Dalland, 2008, s. 72). Man skal altså vurdere teori og forskningslitteratur for å se om relevansen og gyldigheten er aktuell for problemstillingen som er valgt.

Primærkilden er den opprinnelige kilden til stoffet vi leser. Når vi leser et kapittel eller en artikkel kommer vi ofte over noe vi ønsker å bruke. Ofte er enkelte forfattere lite tilgjengelige og leses ofte i andres bearbeiding. Dette kaller vi for sekundærlitteratur eller sekundærkilder. Det beste er å bruke primærlitteratur, da sikrer man seg mot å arve andres feiltolkninger eller unøyaktigheter (Dalland, 2008). Primærartikler skal være kritisk gransket før de publiseres og skal også inneholde anerkjent form og struktur. Dette kan en finne ut ved å se om undersøkelsen har et spesifikt formål, om forfatteren har beskrevet litteratursøkingen og utvalgskriteriene, har kritisert forskning og om resultatet er tydelig beskrevet. Man kan også vurdere artikler etter IMRAD prinsippet. IMRAD står for: innledning, metode, resultat og diskusjon. Leser man metod delen i artikkelen finner man raskt ut om resultatene er til å stole på (Forsberg og Wengstrøm, 2008).

Jeg har forsøkt å bruke litteratur som ikke er mer enn 10 år gammel. Allikevel har det vært vanskelig å finne nyere artikler som har vært relevante for min problemstilling. Jeg har blant annet valgt å bruke en artikkel som er fra 1997. Grunnen til at jeg valgte å ta med denne artikkelen er at den var veldig sentral i forhold til problemstillingen min. Jeg har også brukt blant annet Travelbees bok fra 1999 som kilde, dette er fordi jeg mener at hennes syn på sykepleie fremdeles er like aktuell.

3.6 Etske aspekter

Det etiske i denne oppgaven blir å tolke forskningen på en etisk måte. Når man skriver et litteraturstudie er det viktig å ta hensyn til etiske overveielser (Forsberg og Wengstrøm, 2003). I følge Dalland (2008) skal man ivareta forskerens arbeid på en god måte. Arbeidet til forfatteren skal ikke tolkes på en annen måte enn hvordan forfatteren fremstiller det i teksten. Man skal heller ikke ta ære for forskerens arbeid, derfor er det viktig å huske på rett kildehenvisning. Forsberg og Wengstrøm (2003) sier at det er viktig at man velger studier som har blitt godkjent av etisk komitee, der etiske overveielser har blitt utført av forskerne.

Som fremtidig sykepleier der jeg vil ha ansvar for pasienter og etiske krav som stilles til yrket, ser jeg viktigheten av å bruke god forskningsetikk. Når jeg har skrevet denne oppgaven har jeg forsøkt å referere så nøyaktig og presist som mulig. Jeg har beholdt forskernes funn, og ikke tolket funnene på noen annen måte enn det som kommer frem i studiene. Artikkelen jeg har brukt er stort sett gått gjennom etisk komité. Unntaket er en artikkel fra sykepleien. Av praktiske årsaker kommer jeg til å omtale sykepleieren som hunkjønn, og pasienten som hankjønn i denne oppgaven.

3.7 Presentasjon av utvalgt forskningslitteratur

Lorentsen (2003) Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp?

Studiet har bakgrunn som et kvalitativt forskningsintervju med to sykepleiere på en sykehusavdeling som primært driver med palliativ behandling. Hensikten med undersøkelsen var å forstå hvordan sykepleiere kan hjelpe pasienten med å styrke håpet. I studiet kom det frem at det er de enkle, hverdagslige tingene som spiller en rolle. Hvordan man steller en pasient kan bety mye for opplevelsen av godt eller vondt. Å ha et godt håndlag som viser pasienten at han fremdeles er et individ til tross for sykdommen er vesentlig for håpet. Man skal også kommunisere på en måte som viser at man faktisk bryr seg. Som sykepleier skal man lytte til det pasienten har å si, på godt og vondt. Det kan gi pasienten en følelse av verdi som kan hjelpe han ut av håpløsheten. Å ha kontroll over seg selv kan være med på å styrke håpet. Å være i stand til å være delaktig så lenge som mulig er også viktig for å styrke håpet.

Buckley & Herth (2004) Fostering hope in terminally ill patients.

Hensikten med studiet var å utforske meningen med håpet og hvilke strategier terminale pasienter har for å vedlikeholde håpet i slutfasen av livet. Det ble funnet sju strategier for å opprettholde håp: Støtte fra familie og venner, troen på noe åndelig, beholde sin selvstendighet, ha et godt forhold til helsepersonell, humor, personlige egenskaper og oppløftende minner. Det ble også funnet tre elementer som hindret håpet. Disse var: å bli forlatt og isolert, å ha ukontrollert smerte og devaluering av sin personlighet.

Ebright & Lyon (2002) Understanding hope and factors that enhance hope in women with breast cancer.

73 kvinner mellom 20 og 73 år deltok i undersøkelsen. Alle var førstegangsdiagnostisert med brystkreft. Hensikten med studiet var å finne ut om sosial støtte og samtaler påvirket hvordan kvinnene opplevde å leve med brystkreft. Det kom frem i undersøkelsen at det var viktig å ha et nært forhold til sykepleierne for å oppnå håp. Kvinnene satte pris på sykepleiere som støttet og oppmuntret dem. Det kom også frem at det var viktig at sykepleieren

oppmuntret til å bruke sin religiøse tro. Tilgang til prest, bibel og musikk ble ansett som viktig av disse kvinnene.

Reynolds (2008) Hope in adults, ages 20 – 59, with advanced stage cancer.

12 pasienter fra USA deltok i denne kvalitative studien. To var menn og ti var kvinner. Antatt levealder hos alle undersøkelsespersonene var under 12 måneder. Studiet tok sikte på å finne ut hvordan de tolket begrepet håp, hva som bidro til håp i deres situasjon, hva de håpte på, og om håpet forandret seg hos dem over tid. Det kom frem at alle personene hadde håp til tross for sin håpløse situasjon. Håpet dreier seg om å nå et individuelt mål. Som sykepleier er det viktig å identifisere hvilke mål hver enkelt pasient med kreftdiagnose har, og lage tiltak ut i fra det.

Koopmeiners et.al (1997) How Healthcare Professionals Contribute to Hope in Patients With Cancer.

I denne kvalitative studien ønsket forskerne å finne ut av hvordan helsepersonell kunne bidra til å øke og redusere håpet hos pasienter, og i tilfelle, hvordan. 32 personer var med i undersøkelsen og alle mottok palliativ behandling. Det kom frem i studien at helsepersonell i stor grad er med på å påvirke eller redusere håpet hos pasienter. Hvordan man oppfører seg og hvordan man gir informasjon har mye å si for hvordan pasienten opplever helsepersonell. Sykepleiere kan bidra til håp hos pasienter med kreft ved å ta seg tid til å snakke og være til stede. Det kom også frem at pasientene satte pris på at sykepleierne var vennlige, varme og at de viste vennlige gester.

Dean & Gregory (2005) More than Trivial: Strategies for Using Humour in Palliative Care:

Forskerne ønsket å finne ut av hvordan humor og latter påvirket pasientene i en palliativ setting. Studiet kom frem til blant annet at helsearbeidere og pasienter brukte humor til å bygge forhold til hverandre, og til å uttrykke følsomheter.

Humor kombinert med pleie og sensitivitet viste seg å være terapeutisk i palliativ omsorg.

4.0 "Hvordan kan sykepleier bidra til å styrke håpet hos pasienter med langtkommen kreftsykdom?"

I dette kapitlet kommer jeg til å drøfte funnene i artiklene jeg har valgt opp i mot teorien. Jeg kommer også til å ta med egne kliniske erfaringer fra praksis.

4.1 Syv strategier for å styrke håpet

I studiet til Buckley og Herth (2004) ble det funnet sju strategier for å styrke håpet. I denne drøftningsdelen kommer jeg til å legge vekt på disse strategiene, og drøfte funnene fra artikkelen med andre studier og teori jeg har skrevet om i begrepsmessig rammeverk.

4.1.1 Støtte fra familie og venner

Alle undersøkelsespersonene i Buckley og Herths studie var enig i at støtten de fikk fra familie og venner var viktig for å opprettholde håpet. Det å bli elsket og å elske tilbake var viktig for håpsprosessen. Når de så sine barn og barnebarn, gav det dem et håp for deres fremtid. Dette var oppløftende for mange av undersøkelsespersonene. I følge Rustøen (2004) er tilknytningen til andre med på å opprettholde håpet. Andre mennesker, spesielt dem en står nær, kan gi støtte og oppmuntring, være villige til å lytte til en og gi en trygghet. Det å ha noen rundt seg kan minne en på at man har noen å leve for, og at man ikke må gi opp. Travelbee (1999) sier at håp er sterkt relatert til avhengighet av andre. Håpet er alltid knyttet til forventningen om at andre vil komme til hjelp. Den som har håp befinner seg i en avhengig posisjon der hjelp fra andre blir akseptert. I studiet til Lorentzen (2003) kom det også frem at relasjoner med mennesker øker livsmotet til den syke.

I en av mine sykehuspraksiser på onkologisk avdeling møtte jeg på en mann med kreft. Han hadde bare noen uker igjen før han skulle dø. Denne mannen hadde et

stort nett av venner og familie som tilbrakte de siste ukene sammen med han. Han hadde enerom med en ekstra seng, slik at han kunne ha besøk døgnet rundt. Da jeg spurte ham om hva som holdt ham oppe, svarte han blant annet at det var nærværet av venner og familie. De kom med oppløftende ord og nyheter utenfor rommet hans på sykehuset. Dette var med på å øke livsmotet og håpet hos denne pasienten. Sykepleier bør man legge til rette for at pasienten kan ha god kontakt med sine nærmeste. I dette tilfellet la sykepleierne på avdelingen til rette for at familien kunne være tilstede døgnet rundt. Familien fikk også tilbud om å bestille mat fra sykehusets kantine, og de ble tilbudt drikke regelmessig.

4.1.2 Troen på noe åndelig

Buckley og Herth (2004) skriver også at det å ha tro på noe åndelig er med på å styrke håpet hos pasientene. 15 av 16 av undersøkelsespersonene i studiet følte at det å ha en religiøs tro oppmuntret til håp. Det å tro på at det finnes et liv etter døden, troen på at det finnes en Gud. Hver enkelt person hadde forskjellige oppfatninger av hva "tro" var. I følge Nowotny (1989) henger håp sterkt sammen med det å ha en tro til Gud eller høyere makter (Rustøen, 2004). Tro er en betydningsfull faktor som kan styre pasientens forhold til fremtiden. Håpet har en sentral plass i kristendommen og religionen uttrykker at "der det er liv, er det håp". Håpet også en del av den bibelske triangelen tro, håp og kjærlighet. Troen på et liv etter døden står sterkt i kristendommen. Tro blir en viktig del for håp for disse personene. Møter man på dem i klinisk praksis som sykepleier, er det viktig å diskutere trosspørsmål når håpet er truet (Rustøen, 2004). Alle mennesker har en slags tro, selv om det vi tror på vil variere. Troen går utover en selv og gir en visshet, tillit og et håp (Eriksson i Rustøen, 2004). Rustøen skriver videre at tro er det viktigste for å oppnå håp. Allikevel er det ingenting som tyder på at håpet er knyttet til en bestemt tro eller religiøs overbevisning (Rustøen, 2004). Håpet er den sinnstilstanden som ledsager tro, og troen er vissheten om det som enda ikke har blitt bevist. Troen blir på denne måten vissheten om det usikre (Fromm i Rustøen, 2005). I studiet til Ebright og Lyon (2002) kom det frem at kvinnene i undersøkelsen satte pris på at sykepleierne satte i gang tiltak

som oppmuntret dem til å bruke sin religiøse tro. Å legge til rette for et komfortabelt miljø der kvinnene kunne uttrykke sin religiøse tro ble sett på som viktig. Dette kan gjøres ved å ha bibel, prest og spirituell musikk tilgjengelig for pasientene (Ebright & Lyon, 2002).

4.1.3 Å sette mål og beholde sin selvstendighet

I studiet til Buckley og Herth (2004) kom det også frem til at det var viktig å sette seg mål og opprettholde mest mulig selvstendighet. 11 av 16 undersøkelsespersoner mente at det var viktig å jobbe fremover mot egne mål og når man oppnådde dette, var det en kilde til glede. Slike mål kan være å dra på en reise eller å besøke noen, men målene kan også være mindre. En av pasientene i undersøkelsen hadde som mål å være i stand til å kle seg selv hver dag. Forfatterne foreslår sykepleietiltak som det å oppmuntre til et partnerskap mellom sykepleier og pasient som tar sikte på å gi kontrollen over til pasienten. De sier også at sykepleiere må finne en balanse mellom selvstendighet og hjelp fra andre når pasientene lider av fatigue (utmattethet, tretthet).

Rustøen (2004) sier at det å ha mål i livet er vesentlig for håp. Målene vi setter oss tydeliggjør at vi har en fremtid, og at vi enda kan oppnå positive endringer i tiden som kommer. Setter man seg klare mål tvinger man seg selv til å se sin egen situasjon og tenke hva man ønsker å prioritere. Gjør man noe som oppleves som meningsfullt, vil dette også kunne styrke håpet. Selv om tiden og livet er begrenset kan det minne oss på at vi fremdeles har muligheter. En fremtid er en fremtid uansett hvor langt frem den strekker seg. I studiet til Lorentzen (2003) kom det frem at mål og kontroll er svært viktig for pasienter med kreft. Dersom pasienten har oppnådd et gjøremål gir det en følelse av kontroll. Sykepleierne i studiet var opptatt av å hjelpe pasientene med å fullføre personlige mål. Det å være minst mulig avhengig av og bevare kontrollen over daglige aktiviteter var noe disse sykepleierne anså som viktig for pasientene. Når man ikke lenger har kontroll over ens egen vannlating og når man ikke lenger kan spise på egenhånd, svekkes kontrollen (Lorentzen, 2003). Hvis sykepleier og pasient danner en

relasjon der avgjørelser tas sammen og likeverd er en sentral verdi, vil pasienten føle at han fremdeles har kontroll over sitt eget liv. Dette vil kunne frigjøre krefter og håp hos vedkommende.

Studiet til Reynolds (2008) kom frem til at mål for å oppnå håp var individuelle og unike for hver enkelt pasient. Som sykepleier er det viktig å identifisere hver enkelt pasients mål, og derifra planlegge realistiske tiltak for å nå disse målene. Dette støttes blant annet av Travelbee (1999) som sier at alle mennesker er unike. Hun mener at sykepleier skal se på enkeltmennesket – og ikke bare diagnosen. Koopmeiners et. al (1997) sier at det alltid vil finnes mål. Selv om pasienten har fått beskjed om at han har svært kort tid igjen å leve, kan man som sykepleier hjelpe pasienten å nå realistiske mål. Slike mål kan for eksempel være håpet om å være smertefri, fri for kvalme og oppkast, eller å dra på en aller siste fisketur.

4.1.4 Å ha et godt forhold til helsepersonell

I Buckley og Herths (2002) studie sa 13 av 16 undersøkelsespersoner at det var viktig å ha et godt forhold til helsepersonell. Det var de små tingene som ble verdsatt. De satte pris på at helsepersonellet var høflige, var villige til å svare på eventuelle spørsmål og for eksempel det å bli kalt etter foretrukket navn (Herth & Buckley, 2002). Trygghet er viktig for mennesker med sykdom. Tryggheten utvikles gjennom positive livserfaringer, som igjen er med på å danne relasjoner til andre og til omgivelsene. Sykepleiere er en viktig del av omgivelsene for pasientene, og sykepleiere kan fort enten styrke eller svekke pasientens håp, fordi håpet også påvirkes av omgivelsene. Hvis pasienten har redusert utholdenhet, kan sykepleieren motivere pasienten til å gjenvinne motivasjonen. Dette er i følge Lynch fordi mennesker skaper håp hos hverandre. Håpet er som regel alltid sentrert i et "vi" og ikke i et "jeg" (Lohne, 2005).

I Koopmeiners et. al studie fra 1997, kom det frem at pasientene satte pris på at helsepersonell var tilstede. Dette kunne helsepersonell vise ved å sitte seg ned å

snakke med pasientene, uten at de hadde det travelt. En av pasientene i studien forklarte at han hadde en primær sykepleier som tok seg av ham. De snakket om nedturer, men også om hverdagslige ting som jakt, fiske, familie osv. Pasientene følte at håpet deres økte når betjeningen "bare var der" for dem. 41% av deltakerne sa at måten de ble gitt informasjon på, påvirket håpet deres. Håpet økte når informasjonen ble gitt på en sensitiv måte og at statistikk og hendelsesforløp ble formidlet på en medmenneskelig måte. Det var også viktig for dem at de fikk rom til å komme med eventuelle spørsmål som de hadde. De satte også pris på at sykepleierne tok seg tid til vennlige gester. En av undersøkelsespersonene sa at de små berøringene hun fikk virkelig spilte en rolle (Koopmeiners et. al, 1997). Berøring er en form for nonverbal kommunikasjon (Eide & Eide, 2007). Håkonsen (1999) sier at berøring er en grunnleggende form for kommunikasjon. Berøring kan signalisere nærhet og føre partene nærmere hverandre. En klem eller et klapp på kinnet vil føles forskjellig avhengig av hver enkelt personlighet, og personens humør. Derfor blir det viktig at sykepleieren leser konteksten til hver enkelt situasjon før hun berører pasienten.

I Lorentzens (2003) studie kom det frem at det er de små, hverdagslige tingene som spiller en rolle. Hvordan man steller en pasient kan bety mye for opplevelsen av godt eller vondt. Dersom sykepleiere har et godt håndlag som viser pasienten at han fremdeles betyr noe til tross for sykdommen, kan dette bidra til å styrke håpet. Måten sykepleieren hjelper pasienten opp av sengen på, og måten hun vrir opp kluten betyr utrolig mye for pasientens opplevelse av hjelpen han får. Sykepleiere skal stryke over en hånd eller panne med omtanke, og hun skal uttrykke at hun skal ta vare på pasienten. Dette nærværende håndlaget gir pasienten en følelse av å bli behandlet som et individ som fremdeles har egenverdi. Dette er vesentlig for at pasienten skal føle håp.

Det kom også frem i studiet til Lorentzen (2003) at det er viktig at sykepleierne lytter til det pasienten har å si. Dette kan få pasienten til å føle seg verdifull, og hjelpe han ut av håpløsheten. I følge Kristoffersen (2001) er evnen til å lytte kjernen i all kommunikasjon. Skal kommunikasjonen være god, kan vi ikke bare

være opptatt av å føre ordet selv; vi må også kunne tie, ta pauser og unngå å avbryte. Aktiv lytting innebærer at vi retter oppmerksomheten mot den vi snakker med, og prøver å få tak i det vedkommende prøver å formidle. Dette kan sykepleier gjøre ved hjelp av et godt kroppsspråk.

Studiet til Lorentzen (2003) påpeker også at det er viktig at sykepleierne er til stede både fysisk og psykisk. Det hjelper ikke at sykepleieren er tilstede med sin kropp, hvis tankene er et helt annet sted. Når sykepleieren er tilstede med kropp og sjel, viser hun at hun tåler deres desperasjon og motløshet, og dette kan gi pasienten en følelse av at det går an å komme seg ut av håpløsheten.

Det er i relasjoner med andre at mennesket finner en mening med livet. I teoridelen skrev jeg om Travelbees syn på menneske- til menneske forholdet til pasienten. For å oppnå dette forholdet må sykepleieren bruke sin egen personlighet bevisst og målrettet for å etablere et nært forhold til pasienten. Ut i fra hennes teori skal sykepleieren se på pasienten som et menneske – ikke en pasient (Travelbee, 1999).

Jeg mener at empati er et vesentlig element for alle profesjonelle sykepleiere. I teoridelen skrev jeg om den prosessuelle relasjonsmodellen der sykepleieren setter seg inn i kreftpasientens situasjon. Holm (2005) sier at empati er evnen til å forstå menneskers følelser og psykiske situasjon. Det er viktig at sykepleier genuint interesserer seg for hvordan pasienten har det. Evnen til å formidle denne kommunikasjonen er en viktig komponent i en profesjonell holdning (Holm, 2005). Den prosessuelle relasjonsmodellen vil være den beste modellen å bruke, spesielt når det gjelder kommunikasjon med mennesker som lider av livstruende sykdom.

4.1.5 Personlige egenskaper og oppløftende minner

I studiet til Buckley og Herth (2002) kom det også frem at det var viktig å være positiv. Dette ble sett på som en personlig egenskap hos undersøkelsespersonene. 12 av pasientene i studiet bekreftet at det var viktig å se optimistisk til tross for sin tragiske sykdom.

Også det å sette pris på oppløftende minner ble ansett som en strategi for å styrke håpet. "Å huske ens yngre dager" så ut til å være en ressurs hos pasientene. Familie og venner kan være med på å mimre tilbake til de gode minnene de har hatt sammen. Dette kan gjøres ved å lytte til musikk, se på bilder osv. Dersom pasienten har et fotoalbum i nattbordskuffen, kan han også invitere sykepleieren til å delta i denne aktiviteten. En av pasientene i studiet fortalte at han hadde en CD med favorittmusikken liggende på rommet. Når sykepleierne kom for å stelle han, satte han på musikken for å mimre tilbake til viktige hendelser i livet hans. Dette så ut til å styrke håpet til denne pasienten (Buckley og Herth, 2002). Det er viktig at sykepleier legger til rette for at pasienten får lov til å dele oppløftene minner med helsepersonellet. Dette gir også sykepleieren muligheten til å bli bedre kjent med pasienten på det personlige plan. Jeg mener at dette er med på å styrke menneske- til menneske relasjonen som Travelbee (1999) sier er viktig for å utøve god sykepleie.

4.1.6 Bruk av humor

Buckley og Herths (2002) studie kom også frem til at bruken av humor var en strategi for å styrke håpet. En av deltakerne i studiet sa at det hjalp å være i godt selskap der man kunne le sammen av uheldige situasjoner. Gleden og det gode humøret fikk ham til å klare seg gjennom dagen. I et studie Herth utførte i 1990 kom det frem at humor var en av de viktigste ressursene når døden nærmer seg. (Buckley og Herth, 2002).

Forskningsartikkelen til Dean og Gregory (2005) sier at humor og latter har en viktig funksjon i palliativ omsorg. Mennesker bruker humor til å kommunisere med hverandre. Humoren er også en stor del av manges liv og personlighet og kan skape bånd mellom mennesker. Som sykepleier tenker man kanskje ikke at humor kan hjelpe pasienter i livets slutfase. Hverdagen til disse pasientene kan være preget av sorg, smerte og usikkerhet. Å bryte stemningen ved hjelp av humor kan hjelpe pasientene i en dyster hverdag. Det kan få dem til å glemme alvor et lite øyeblikk. Allikevel er det veldig viktig at sykepleieren kjenner sine begrensninger. Det er ikke i alle situasjoner humor bør brukes. Mennesker er forskjellige og vi tolker også humoren forskjellig. Skal man sykepleier bruke humor i kommunikasjonen med pasienter, må man se på situasjonen og individet. Dette krever gode kommunikasjonsferdigheter fra sykepleieren.

5.0 Avslutning

Dette studiet viser at det finnes forskjellige strategier for å opprettholde håpet hos pasienter med langtkommen kreft. I forholdet mellom pasient og sykepleier, blir det kommunikasjonen mellom dem som er det viktigste. Sykepleier må bygge gode relasjoner med pasienten. Det stilles krav til gode kommunikasjonsferdigheter hos sykepleieren i kontakten med kreftsyke mennesker. Hvordan vi henvender oss til pasienten, snakker med pasienten, og hvilket kroppsspråk vi viser, er avgjørende for hvordan pasienter oppfatter oss sykepleiere. Menneske- til menneske forholdet mellom pasient og sykepleier blir her viktig. Sykepleier må bruke sin personlighet bevisst i kontakten med disse pasientene. Ved å ta seg tid til å sitte seg ned med pasienten, lytte til det han har og si, og oppriktig bry seg om pasienten, da vil håpet styrkes. Samtalene trenger ikke å dreie seg om sykdom og lidelse, de kan også handle om hverdagslige ting som jakt og fiske. Dette kan vise pasientene at sykepleierne tar seg tid til dem, og at de virkelig bryr seg. I kommunikasjonen kan sykepleier også bruke humor. Bruker man humor på riktig måte, kan pasienten se bort fra alvoret et lite øyeblikk. Det viser seg også at det er de små, hverdagslige tingene som spiller en rolle for opplevelsen av godt eller vondt. Et håndlag er ikke bare et håndlag, et stell er ikke bare et stell. Dersom disse tingene blir gjort med omtanke og kjærlighet, vil håpet til pasienten kunne styrkes.

Referanseliste

- Brinchmann, B.S. (2007) *Etikk i sykepleien*. Gyldendal Akademiske Forlag, Oslo.
- Buckley, J. & Herth, K. (2004) *Fostering hope in terminally ill patients*. *Nursing standard*. (19):33 – 41.
- Busch, C. & Hirsch, A. (2007) Eksistensiell og åndelig omsorg. I: Kaasa (red) *Palliasjon – nordisk lærebok*. Gyldendal Akademiske Forlag, Oslo.
- Dalland, O. (2008) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal akademiske forlag, Oslo.
- Dean, R.A.K & Gregory, D.M. (2005) *More Than Trivial: Strategies for Using Humor in Palliative Care*. *Cancer Nursing*. (28):292 – 300.
- Eide, H. & Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Gyldendal Akademiske Forlag, Oslo.
- Ebright, P.R & Lyon, B. (2002) *Understanding hope and factors that enhance hope in women with breast cancer*. *Ebright* (29):561-568.
- Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Natur och kultur, Stockholm.
- Holm, U. (2005) *Empati – å forstå menneskers følelser*. Gyldendal Akademiske Forlag, Oslo.
- Hummelvoll, J.K. (2008) *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Gyldendal Akademiske Forlag, Oslo.

- Håkonsen, K.J. (1999) *Mestring og Relasjon – Psykologi Med Eksempler fra Sykepleie*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Jakobsen, D., Kjeldsen, S.E., Ingvaldsen, B., Lund, K. & Solheim, K. (2001) *Sykdomslære: indremedisin, kirurgi og anestesi*. Gyldendal Akademiske Forlag, Oslo.
- Koopmeiners, L., White, J., Gutknecht, S., Ceronsky, C., Nickelson K., Drew, D., Mackey K.W. & Kreitzer M.J (1997) *How Healthcare Professionals Contribute to Hope in Patients With Cancer*. *Oncology Nursing Forum* (24):1507 – 1513.
- Kreftforeningen (2008) *Om kreft: Hva er kreft?* Tilgjengelig fra: [http://www.kreftforeningen.no/om kreft/hva er kreft/hva er kreft 273 1](http://www.kreftforeningen.no/om_kreft/hva_er_kreft/hva_er_kreft_273_1) (Hentet 11/1/2010).
- Kristoffersen, L.B. (2001) *Psykologi og etikk for helse og sosialfag*. Gyldendal Akademiske Forlag, Oslo.
- Lohne, V. (2005) Håp og håpløshet. I: Nielsen, B.K & Knutstad (red.) , U. *Sykepleieboken 2, Teoretisk-metodisk grunnlag for klinisk sykepleie*. (s. 182 – 198). Akribe forlag, Oslo.
- Lorentsen, V.B. (2003) *Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp?* *Sykepleien*, 2003 91 (21):38 – 41
- Nome, O. (2010) *Generell Onkologi. I: Reitan, A.M & Schjølberg, K. (red.) Kreftsykepleie. Pasient – Utfordring – Handling*. Akribe Forlag, Oslo.
- Olsson, H. & Sørensen, S. (2003) *Forskningsprosessen, kvalitative og kvantitative perspektiver*. Gyldendal Akademiske Forlag, Oslo.

- Reitan, A.M (2004) Krise og mestring. I: Reitan, A.M & Schjølberg, K. (red.) *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling*. Akribe Forlag, Oslo.
- Reitan, A.M. (2010) Kommunikasjon. I: Reitan, A.M & Schjølberg, K. (red.) *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling*. Akribe Forlag, Oslo.
- Reynolds M.A.H (2008) *Hope in adults, ages 20 – 59, with advanced stage cancer. Palliative and Supportive Care* (6):259 – 264.
- Rustøen, T. (2004) *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?* Gyldendal Akademiske Forlag, Oslo.
- Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Utne, I. & Rustøen, T. (2010) Håp hos mennesker med kreft. I: Reitan, A.M. & Schjølberg T.K (red.) *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling*. Akribe forlag, Oslo.
- Valand, E. & Fodstad, G. (2001) Generell onkologisk sykepleie. I: Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie bind 1*. Gyldendal Akademiske forlag, Oslo.
- WHO (2011) *WHO Definition of Palliative Care*. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (Hentet 1/2/2011)
- *Bilde på forside er hentet fra www.google.com.