



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 17.02.11

Kandidatnr.: 24

Antall ord: 7795

Sammendrag

Bakgrunn: 24 000 mennesker i Norge rammes av kreft hvert år. Forekomsten er økende og det regnes med at hvert tredje menneske her i landet vil få en eller annen form av sykdommen i løpet av sitt liv (Kreftforeningen, 2009). En kreftdiagnose kan oppleves som en trussel mot pasientens håp, og som sykepleier vil det være nødvendig å ha kunnskaper om hvordan hun kan styrke pasientens håp.

Hensikten: å få økt kunnskap om hva sykepleiere kan gjøre for å styrke håp hos kreftpasienter. Dette identifiseres i en rekke studier, samt Joyce Travelbees teori.

Metode: oppgaven er et litteraturstudie der jeg bruker eksisterende litteratur og forskningsartikler. Artiklene er funnet ved hjelp av søkemotorene Vård i Norden og CINHAL. Søkordene som er brukt er kreft, cancer, håp, hope, intervention, nurse og spirituality.

Resultat: god relasjon med mellom sykepleier og pasient er nødvendig for at sykepleier skal kunne gi god omsorg og styrke pasientens håp. Sykepleier kan gjennom relasjonen bidra med samtale, lytting, observasjon, god informasjon og humor. Dette, sammen med å fullføre mål, kan føre til at pasienten opplever følelsen av kontroll. Målene må ikke nødvendigvis være realistiske, fordi falskt håp eller palliativ usikkerhet også kan være terapeutisk. God smerte- og symptomlindring er også viktig for håpet. Like viktig er det å respektere pasientens tro slik at pasienten føler seg trygg og ser sammenheng i livet. Også spesifikke intervensjonsprogram kan bidra til at pasientens håp styrkes. Det er ikke bare sykepleier som kan styrke pasientens håp, men også pasientens pårørende er av stor betydning.

Konklusjon: sykepleier har en viktig oppgave når det gjelder å gi god omsorg som styrker pasientens håp. Gjennom denne kunnskapen kan hun gjøre en forskjell for den enkelte pasient.

Abstract

Background: 24 000 people in Norway are affected by cancer every year. The incidence is increasing and it is seen that every third person in this country will have some form of the disease during their life (Kreftforeningen, 2009). A cancer diagnosis can be perceived as a threat to the patient's hope, and it's important as a nurse to have knowledge of how she can improve the patient's hope.

Aim: to increase knowledge about what nurses can do to improve the hope in cancer patients. How this can be done is identified in a number of studies, as well as through Joyce Travelbee theory.

Method: it's a literature study. I use the existing literature and research articles. The articles are found using the search engines Vård i Norden and CINHAL. The keywords I used were cancer, hope, intervention, nurse and spirituality.

Result: good relationship between the nurse and patient is necessary for the nurse to be able to provide good care and improve the patients hope. Nurses can contribute through the relationship with the conversation, listening, observing, give good information and use humor. This, along with completing goals, can help the patient experiences a feeling of control. The goals should not necessarily be realistic, because false hope or palliative uncertainty can also be therapeutic. Good pain and symptom management are also important for hope. Equally important is it to respect the patient's faith so the patient feels safe and sees the context of life. Specific intervention programs can also improve the patient's hope. It's not just the nurse who can improve the patient's hope, but also the patient's relatives are of great importance.

Conclusion: the nurse has an important task when it comes to providing excellent care that improves the patient's hope. Through this knowledge, she can make a difference to the individual patient.

Innhold

1.0	INNLEDNING	1
1.1	Presentasjon av tema.....	1
1.2	Presentasjon av problemstilling	1
1.3	Bakgrunn av valg av tema.....	1
1.4	Avgrensing og presisering	2
1.5	Oppgavens disposisjon	3
2.0	TEORI	4
2.1	Kreft.....	4
2.2	Begrepet håp	4
2.3	Kommunikasjon.....	6
2.4	Joyce Travelbee	6
3.0	METODE	9
3.1	Litteraturstudie.....	9
3.2	Kildekritikk.....	9
3.3	Søkehistorie	10
4.0	TIDLIGERE FORSKNING	12
5.0	DRØFTING	14
5.1	Lindring av symptomer.....	15
5.2	Kommunikasjonens betydning	16
5.3	Mål og kontroll	17
5.4	Relasjoner	19
5.4.1	Relasjon mellom sykepleier og pasient.....	19
5.4.2	Relasjon mellom pårørende og pasient.....	21
5.5	Spirituelle og åndelige behov.....	22
6.0	KONKLUSJON	24
	Referanser	I

1.0 INNLEDNING

1.1 Presentasjon av tema

24 000 mennesker i Norge rammes av kreft hvert år. Forekomsten er økende og det regnes med at hvert tredje menneske her i landet vil få en eller annen form av sykdommen i løpet av sitt liv (Kreftforeningen, 2009). Dette betyr at alle kan bli berørt av kreft en eller annen gang, enten det gjelder oss selv eller en i vår nærhet. Kreft angår oss, direkte eller indirekte. Jeg har i denne bacheloroppgaven valgt å skrive om hvordan styrke håp hos mennesker som rammes av kreft med ønske om at den vil gi meg et bedre teoretisk grunnlag til å møte pasienter som er rammet av sykdom eller plager som gjør at de har behov for støtte til å mestre sin hverdag. Håp er noe som ligger i oss alle, enten vi er friske eller syke. Diagnosen og behandlingen av kreft kan medføre store problemer for pasienter og deres nærmeste når tilpasser seg en skremmende diagnose og en usikker fremtid. Den fysiske tilstanden med kroppsforandringer og smerter kan ta pasientens krefter, og kan utfordre pasientens tro og håp. Det er derfor nødvendig å finne veien på hvordan vi kan være til hjelp for kreftpasienter. I følge Faulkner & Maguire (1998) kan god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasientene og deres pårørende spille en stor rolle for å lette denne tilpasningen. Håndtering av symptomer og plager er av stor betydning for ivaretagelse av håp. Det psykiske og åndelige spiller også en stor rolle. Oppgaven vil kretse om begrepet håp, hva som hemmer håp, hva som styrke håp og hvilke tiltak som bør tas i bruk til den aktuelle problematikken.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan styrke håp hos kreftpasienter?

1.3 Bakgrunn av valg av tema

Jeg har gjennom min praksis møtt en del mennesker i livets siste fase. Ikke bare i skolesammenheng, men også privat. Det er ikke alltid like lett å forholde seg til et menneske som snart skal forlate livet, spesielt når det gjelder i forhold til kommunikasjon. Hva skal man prate om med et døende menneske? Fortiden? Nåtiden? Fremtiden? Alt

føles så vanskelig å prate om, nettopp på grunn av at jeg føler det kan vekke mange tanker hos pasienten. Jeg ønsker derfor å få mer kunnskap om hvordan jeg kan møte denne pasientgruppen på en god måte. Hovedgrunnen for valg av tema er min farmor. Hun ble syk i ung alder, bare 35 år. Onkel skulle stå som konfirmant, og midt oppi alle forberedelsene måtte farmor og farfar reise til Oslo og Radiumhospitalet. Lite visste hun om hvordan dette skulle prege resten av livet hennes. Hun fikk kort tid å leve og satt med svært dårlige kort på hand. I ettertid ser vi at hun har spilt kortene sine på en helt spesiell og beundringsmessig måte. Motet og energien hun ble fylt med skulle hun få bruk for resten av livet. Etter mange år med forskjellige behandlinger hadde hun og farfar mange gode år, men den dagen farfar ble 60 år lå farmor på sykehuset igjen. Samme dag fikk hun beskjed om at kreften var tilbake. Hun gav klar beskjed til doktoren og andre på avdelingen at farfar ikke skulle få vite dette. Han skulle hjem å feire dagen og den ville hun ikke ødelegge. Etter denne dagen hadde farmor mange tøffe stunder og dager, men å gi opp var ikke noe alternativ for henne. Humøret og livsmotet var fortsatt drivkraften og små hverdagslige ting rundt var nok til å glede henne. Hele familien har levd tett sammen og dette har bare øket på de siste årene. Farmor døde for tre år sidene, i en alder av 63, og jeg er veldig takknemlig for at vi fikk ha dette utrolig flotte mennesket med oss så lenge. Målet med denne oppgaven er på grunn min erfaring innenfor tema å få mer kunnskap om hvordan jeg kan hjelpe kreftpasienter til å ha det best mulig. Det er da viktig å fokusere på håp. Jeg vil også skrive litt om pårørende. Ikke bare på grunn av at jeg anser dem som en ressurs for pasienten, men også på grunn av dem også trenger hjelp med et døende familiemedlem.

1.4 Avgrensning og presisering

Personlig mener jeg at smerte og indre følelser er et likeverdige problem uavhengig av diagnose. Jeg velger derfor å skrive generelt om kreft i stedet for å gå inn på en konkret kreftdiagnose. Det fysiske og psykiske er en helhet i kreftsykepleien, og jeg retter dermed oppgaven mot begge aspekter når det gjelder håp. Årsaken til at jeg vektlegger håp skyldes min egen forståelse av håpets betydning for mennesker som erfarer alvorlig sykdom. Jeg har nå utført ett semester i USA og jeg føler at jeg nå er blitt flinkere til å prate med mennesker om vanskelige temaer. Der deltok jeg på et seminar som ble kalt Palliativ Sykepleie. Jeg hadde en sosialarbeider som partner, og vi besøkte en døende pasient fem

ganger. Jeg forventet at pasienten skulle være mer tilbaketrukket enn hva han var, kanskje på grunn av personlige vanskeligheter ved å prate om følelser, men han pratet om seg selv og døden med et språk og holdning som på en måte normaliserte det. Han var så åpen og det gjorde at jeg følte meg mer og mer komfortabel. Jeg vet at alle pasienter ikke er like åpen som denne pasienten var, og akkurat derfor vil jeg også presisere begrepet kommunikasjon og viktigheten av god kommunikasjon i forhold til håp. For å gjøre det enklere velger jeg å referere til sykepleier som hun og til pasient som han.

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er inndelt i teoridel, metodedel, tidligere forskning, drøftingsdel og konklusjon. I teoridelen står Joyce Travelbees teori og begrepene håp og kommunikasjon i fokus. I metodedelene beskriver jeg kort hva metode er, hva et litteraturstudie er, hvilken litteratur jeg bruker, hvordan jeg har funnet litteraturen og hva som er styrker og svakheter ved den. Etter metodedelen presenterer jeg hva tidligere forskning har funnet ut i forhold til min problemstilling. Drøftingsdelen har jeg delt inn i fem deler hvor jeg diskuterer hva jeg har funnet ut ved litteraturgjennomgangen. Siste del i oppgaven er konklusjonen, hvor jeg presiserer de viktigste funnene.

2.0 TEORI

2.1 Kreft

Kreft er en samlebetegnelse for mer enn 200 ulike krefttyper som alle arter seg forskjellig. Felles for alle typene er at de starter med ukontrollert celledeling. Det har da oppstått en feil i celledelingen slik at cellene ikke utfører oppgavene som de friske cellene ville ha gjort. Etter hvert opphopes kreftcellene i det organet hvor den ukontrollerte veksten startet og danner en kreftsvulst (Kreftforeningen, 2009). Selve årsaken til at dette skjer er ikke kartlagt, men arbeidsmiljø, livsstil og arvelighet er faktorer som kan øke risikoen. Den økende forekomsten kan bare delvis forklares med den økte levealderen i befolkningen (Valand & Fodstad, 2001).

Det varierer sterkt hvordan den individuelle kreftpasient opplever å få en kreftsykdom. Om sykdommen kan helbredes, hvilket stadium sykdommen er i, hvilke begrensninger man må leve med, hvilken behandling man må gjennomgå og forventet levetid er faktorer som er av stor betydning for hvor stor trussel pasienten opplever å stå overfor. Også pasientens livsfase, personlighet og den sosiale situasjonen de befinner seg i, vil spille en rolle. Mange kreftpasienter blir i dag helbredet, men likevel vil de fleste kreftpasienter måtte leve med en trussel om at de kan dø av sin sykdom. Mennesker reagerer på mange ulike måter i møtet med kreftsykdom og flere ulike reaksjoner kan oppstå samtidig. Uansett vil kreftdiagnosen føre med seg en krise. Pasienten føler seg da hjelpeløs og ute av stand til selv å ha kontroll over situasjonen (Kvåle, 2002).

2.2 Begrepet håp

Håpet defineres som ”*en dynamisk, fremtidsorientert prosess som reaksjon på vanskelige livsbegivenheter, og innebærer blant annet troen på at man vil være i stand til å håndtere og motvirke vanskeligheter* (Busch & Hirsch, 2007, s. 126).

Videre skriver Busch & Hirsch at håp er et av de mest sentrale begrepene for uhelbredelig syke pasienter, også for pårørende og behandlere. De fremhever håpet som en drivkraft,

livsforlengelse og lindring av alvorlige symptomer. Håp og håpløshet viser til menneskes opplevelse av den indre sinnstilstanden og en følelse av livskvalitet eller mangel på denne. Dette er ikke nødvendigvis avhenging av en prognose eller en forventet levetid (Busch & Hirsch, 2007).

Rustøen (2001) betrakter håp som den fundamentale kunnskapen og følelsen av at et er en utvei fra vanskelighetene, og at ting kan mestres. Hun fremhever håpet som en positiv ressurs som følelsen av det mulige, noe som igjen gir energi. Videre skriver hun at håp er noe som er overalt og alltid til stede. Alt vi gjør er på ulike måter basert på håp, og håp går utover øyeblikket her og nå. Håp er noe midt imellom kunnskap og vilje. Et menneske som har håp har kunnskaper og følelser om at livets stressfylte hendelser kan mestres, og vil ha en optimistisk konklusjon.

Kronisk syke kan oppleve ulike tap, som for eksempel tap av selvfølelse, tap av sikkerhet og kontroll og tap av roller og sosiale relasjoner. Disse tapene og en ofte uforutsigbar framtid kan føre til at det kronisk syke mennesket opplever håpløshet (Rustøen, 2001). Behandling av plagsomme symptomer hos uhelbredelig syke og døende mennesker av stor betydning for at den enkelte pasient kan oppleve en så stor grad av håp som mulig (Busch & Hirsch, 2007). Siden håp er en sentral faktor i alle menneskers liv, er dette en utfordring for blant annet sykepleieren. Håpet er viktig for menneskenes helse og velbefinnende. Det ligger både styrke og aktivitet i begrepet. Tilstedeværelsen av håp vil farge vår opplevelse av livet. Det kan gi oss glede, som igjen vil kunne føre til kreativitet og åpenhet som gir energi og vitalitet. Håpet trengs dersom livet skal oppleves som godt å leve (Rustøen, 2001).

Håpet henger også sammen med tro. Rustøen & Hanestad (1998) skriver at åndelig dimensjon og religiøs dimensjon ikke nødvendigvis er det samme. Mennesket har en åndelig dimensjon som dekker et bredere omfang enn hva religion gjør. Åndelighet defineres som en bevisst eller ubevisst tro som relaterer mennesket til verden og gir ens eksistens mening. Åndelighet kan dermed knyttes til både en religiøs og en eksistensiell dimensjon. Sistnevnte fokuserer på mål og mening med livet, mens den religiøse fokuserer

på forholdet til Gud (Rustøen, 2004). Håpet er sentralt i kristendommen, og Bibelen uttrykker at for alle dem som lever, er det håp. Tro kan være med på å styre pasientens forhold til framtiden. Det kan gi lindring på dødsleiet ved at personen har troen på det evige liv. Tro blir dermed en viktig faktor for håp, og pasienter vil ha hjelp av å diskutere trosspørsmål når håpet trues (Rustøen, 2001).

Busch & Hirsch sier at sjelesorg betyr ”å hjelpe mennesker til et sunt og sant forhold til seg selv, til andre mennesker og til Gud. Det handler om å hjelpe et menneske som har mistet forståelsen av livet sitt med å få en ny forståelse” (Busch & Hirsch, 2007, s. 133). Videre skriver de at forholdet til Gud ikke alltid kan løsriives fra forholdet til seg selv og andre mennesker. Troen på Gud fjerner ikke lidelse, smerter eller problemer, men det kan lindre dødsangsten ved å prate om pasientens gudsbilde. Pasienter kan ha forskjelligartede gudsbilder, som gud som nærværende, handlende, savnet, skjult eller fraværende. Sjelesorg tar utgangspunkt i pasientens ulike gudsbilder (Busch & Hirsch, 2007).

2.3 Kommunikasjon

Kommunikasjon kommer av det latinske ordet ”*communicare*” som betyr å gjøre noe felles (Eide & Eide, 2006). Faulkner & Maguire (1998) hevder at hvordan den syke mestere sin sykdom er avhenging av sykdommens alvor, vedkommendes mestringsmetoder og hvordan den som meddeler diagnosen kommuniserer. Og da menes kommuniserer, ikke informerer. De sier videre at å kommunisere vil si at man utveksler noe sammen og at det gis informasjon begge veier. Eide & Eide (2006) fremhever at profesjonell kommunikasjon ikke bare er verbal kommunikasjon, men innbefatter også aspekter som empati, etikk, fagkunnskaper rasjonalitet, målorientering, følelser, nåtid, fortid og fremtid.

2.4 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee har hatt, og har fortsatt, stor innflytelse innenfor norsk sykepleieutdanning. Hun retter sykepleietenkningens oppmerksomhet spesielt mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien. Travelbee vektlegger relasjonen, det vil si kommunikasjon og samhandling mellom sykepleier og pasient som sentralt i utøvelsen av

sykepleie. For å nå sykepleiens mål og hensikt må det etableres et virkelig menneske-til-menneske forhold. Travelbee sier at et slikt forhold ikke kan etableres mellom roller, men utelukkende mellom personer. Derfor må pasienten og sykepleieren komme over det stadiet de betrakter hverandre som roller, som ikke noe annet enn sykepleier og pasient. De må bevege seg inn i et nytt stadium der de for alvor ser hverandre og forholder seg til hverandre som unike personer (Kristoffersen, 2005).

Travelbee hevder at sykepleiens hensikt er å hjelpe individet, familien eller samfunnet med å forebygge eller mestre opplevelser knyttet til sykdom eller lidelse. Dette innebærer også å hjelpe det individuelle mennesket til å opprettholde håp og unngå håpløshet (Rustøen, 2004). I tillegg til dette hevder hun at mennesker i større grad vil mestre lidelse om håpet understøttes (Kristoffersen, 2005). Travelbee definerer håp slik:

Håp er en sjelelig tilstand som kjennetegnes av ønsket om å avslutte noe eller oppnå et mål, kombinert med en viss forventning om at det som er ønsket eller ettertraktet, er oppnåelig. En håpende person tror at livet på en eller annen måte vil bli forandret, det vil bli mer behagelig, meningsfylt eller glederikt, dersom man oppnår det han ønsker (Travelbee, 1999, s. 77).

Håp er altså en psykisk del inne i oss, som ønsker å oppnå et mål med en viss grad av forventning om å oppnå dette målet. Travelbee mener at håp er en motivasjon som gir energi til det syke mennesket og at håp i livet er en avgjørende faktor for det og ikke å gi opp. Hun mener at håp normalt ikke er til stede i vår bevissthet. Det fungerer som en underliggende fornemmelse og tro. Håpet vil i enkelte situasjoner bli viktigere og mer tydeligere enn i andre situasjoner. Lidelse vil være en bevisstgjørende faktor i forhold til håp (Travelbee, 1999).

Travelbee hevder at tro er nært knyttet til håp. Det vil si at man har tro på at andre er i stand til å hjelpe om nødvendig, og at man har tro på at man kan løse sine problemer (Rustøen, 2004). Hun sier at noen finner styrken til å akseptere sin situasjon gjennom religion (Travelbee, 1999). Hun påpeker at når man håper, da er oppmerksomheten rettet

mot en framtidig endring til det bedre. Nået kan være preget av fortvilelse, men håpet, som er rettet mot framtiden, hjelper til å gjøre nået utholdelig (Kristoffersen, 2005).

Travelbee hevder at kommunikasjon er det viktigste ”redskapet” for å etablere det hun kaller ”et menneske til menneske forhold” til pasienten (Kristoffersen, 2005). Hun fremhever at kommunikasjon er en prosess der mennesker formidler sine tanker og følelser til hverandre. Partene kommuniserer både med hjelp av ord (verbalt) og ved hjelp av mimikk, tonefall, bevegelser og berøring (nonverbalt). Gjennom kommunikasjonen blir sykepleieren kjent med pasienten som person. Travelbee hevder at det å bli kjent med pasienten som person, og å kunne identifisere hans særegne behov, er en forutsetning for å kunne planlegge og å utføre en sykepleie som er i samsvar med hans behov. Hun understreker også at det ikke finnes magiske fraser som sykepleieren kan bruke i vanskelige situasjoner. Det er viktigere å være fortrolig med sine metoder, å vite hvorfor man bruker dem og hva man ønsker å oppnå med dem (Kristoffersen, 2005).

3.0 METODE

Vilhelm Aubert definerer metode 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 (Dalland, 2006, s.71).

Dalland (2006) skriver videre at metode er vårt redskap i møte med noe vi vil undersøke og at det hjelper oss med å samle inn data. Mens Tranøy definerer metode som "en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare" (Dalland, 2006, s. 81).

3.1 Litteraturstudie

Et litteraturstudie kan ifølge Forsberg og Wengstrøm (2003) defineres slik; "*Et litteraturstudie innebærer å systematisk søke, kritisk granske og sammenfatte litteratur innenfor et emne eller problemområde*". Litteraturhistorie skal bestå av bakgrunn, formål, problemstillinger og innsamlingsmetode. Litteraturen er informasjonskilde, på samme måte som respondenten er informasjonskilde ved intervjuer. Dette innebærer at den litteraturen som brukes i litteraturbakgrunnen ikke kan være den samme som "innsamlingslitteraturen". Litteraturdata for resultatdegjørelsen bør hentes fra 5-6 vitenskapelige artikler eller andre relevante vitenskapelige rapporter. I drøftningsdelen settes "innsamlingsdata fra litteraturen" i dialog med "bakgrunnslitteraturen" og drøftes ut fra formål og spørsmålsstillinger (Olsson & Sørensen, 2003).

3.2 Kildekritikk

Dalland (2006) beskriver kildekritikk som å vurdere og å karakterisere den litteraturen og kildene som benyttes i oppgaven. Leseren skal få del i hvorfor man valgte denne litteraturen og hvordan man kom frem til litteraturen.

Jeg ønsker å bruke det nyeste innenfor forskning i min oppgave. Derfor bruker jeg for det meste fagbøker og artikler som ikke er eldre enn 10 år. Dette på grunn av at det skjer så pass mye innenfor forskning hvert år. Likevel velger jeg å bruke ”*Mellommenneskelige forhold i sykepleie*” fra 1999 av Joyce Travelbee. Innholdet i boken er relevant for oppgaven og det styrkes av Kristoffersen i ”*Grunnleggende Sykepleie, Bind 4, 2005*”. Jeg velger også å bruke en artikkel fra 1998, ”*Nursing interventions to increase hope in cancer patients*”. Innholdet i artikkelen støttes av mine andre artikler og jeg finner stoffet veldig relevant for oppgaven. Også ”*Å samtale med kreftpasienter og deres familier*” av Faulkner og Maguire er fra 1998. Siden kommunikasjon er et viktig begrep for min problemstilling, synes jeg også at denne boken er viktig for å kunne svare på den. Jeg har brukt søkedatabaser som jeg er kjent med gjennom skolen, Vård i Norden og CINAHL, ved å bruke søkerodene kreft/cancer, håp/hope, intervention, nurse og spirituality.

3.3 Søkehistorie

Jeg begynte det hele med å søke opp relevante bøker gjennom databasen BIBSYS på skolen. Ved å bruke søkeordene håp og kreft fikk jeg mange treff. Mye av utvalget var allerede utlånt, og jeg besøkte derfor i tillegg Kopervik Folkebibliotek. For å finne relevante artikler brukte jeg søkedatabasene Vård i Norden og CINAHL. Begge disse søkedatabasene har jeg tilgang til gjennom Høgskolen Stord/Haugesund. Jeg ble godt kjent med CINAHL da jeg var på utveksling i USA. Gjennom denne søkedatabasen kan jeg finne artikler som er publisert over hele verden og det må derfor søkes på engelsk. Søkeordene jeg brukte i Vård i Norden var håp og kreft. Ved å søke ”håp” fikk jeg 35 treff og fant artikkelen ”*Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienten ser det*”, mens ved å søke ”kreft” fikk jeg 19 treff. Hope og cancer var søkeordene jeg først brukte i CINAHL. Jeg fikk 7 842 treff ved å søke ”hope”, mens ved å søke ”cancer” fikk jeg hele 93 777. På grunn av store tall valgte jeg å kombinere ”hope” og ”cancer”, noe som gav meg ett treff på 1 146. For å begrense søket ytterligere merke jeg av hovedoverskrifter til ”hope” og ”cancer patients” og publikasjoner fra 2001 frem til dagens dato, klarte jeg å avgrense søket helt ned til 288. Jeg brukte derfra tiden godt for å finne artikkelen jeg ville ha. Jeg valgte til slutt ”*Hope and coping in patients with cancer diagnoses*”. Jeg kombinerte også søkeordene ”hope”, ”intervention” og ”nurse”. Dette gav meg bare 35 treff og jeg endte opp med artikkelen ”*Nursing interventions to increase hope in cancer patients*”. Jeg var

også på leit etter en artikkel som omhandlet tro. Jeg kombinerte søkeordene spirituality, hope og cancer og valgte publikasjoner fra 2001 frem til dagens dato i CINAHL og fikk 55 treff. *"Fostering hope in terminally ill patients"* var artikkelen jeg endte opp med. Til slutt søkte jeg i Sykepleien. Jeg brukte søkeordene "styrke" og "håp". Jeg fikk bare to treff. *"Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp?"* var artikkelen jeg valgte.

4.0 TIDLIGERE FORSKNING

“Hope and coping in patients with cancer diagnoses” er en kvantitativ studie av Barbara E. Felder der spørreskjema ble brukt. Denne studie utforsker håp og mestring hos pasienter med ulike kreftdiagnoser. Fire grupper av pasienter med mage/tarm, bryst, hode og nakke var med i undersøkelsen ved å utføre Herth Håp Skala, Jalowiec Mestring Skala og en grunnleggende demografisk form. 183 deltok og 71 % av disse hadde metastatisk eller residiverende sykdom. Funnene viser at graden av håp er høyt og er positivt relatert til mestring hos pasienter med kreft, uavhengig av krefttype, kjønn, alder, ekteskapelig status, utdanning, eller område av malignitet. Dette resultatet viser behovet for sykepleiere, slik at de fortsetter å inspirere til håp og hindrer tiltak som hemmer håp blant pasienter.

”Hvordan kan sykepleier styrke pasientens håp?” er et kvalitativt forskningsintervju av Vibeke Bruun Lorentsen. To palliative sykepleiere intervjues med åpne spørsmål om hva som styrker pasientens håp. Studien viser at opplevelsen av noe godt er viktig i forhold til det å gi pasienten håp til å leve og kjempe mot sykdommen. Studien kom fram til at det er de små tingene som har betydning for håpet. Eksempelvis at det å gi håp ikke handler om å stille pasienten, men heller måten det blir gjort på.

”Den omsorgsfulle sykepleier - slik pasienten ser det” er en kvalitativ studie skrevet av Kirsti Kvåle. Temaet som presenteres er: ”Egenskaper ved en sykepleier som får en pasient til å føle at vedkommende har omsorg for han/henne”. Studien er basert på Giorgi’s tilnærming til fenomenologien. 20 pasienter med ulike kreft diagnoser i ulike stadier og med ulik prognose intervjues. Funnene viser at pasientene er fornøyde med den omsorgen som blir gitt av alle sykepleierne i avdelingen, men likevel er de i stand til å identifisere en eller to sykepleiere som bryr seg mer om dem enn andre. Det synes å være grunnleggende i omsorgen at sykepleierne stopper og viser interesse for dem som medmennesker og enkeltindivider. Dette gir pasientene en opplevelse av sykepleierne bryr seg. Det kommer også frem at humor og glede hjelper til å holde tunge tanker borte.

”Fostering hope in terminally ill patients” er en kvantitativ studie skrevet av Jenny Buckley og Kaye Herth. Denne studien ble utført av Herth i USA, 1990. Målet med studien er å undersøke betydningen av håp og identifisere strategier som terminale pasienter bruker for å opprettholde og fremme håp. 16 voksne med palliativ behandling deltok i studien. De brukte bakgrunns data, Herth Hope Index og semi strukturerte spørsmål for å identifisere hva som styrker håp. Studien støtter Herth sin opprinnelige studie og viser at håp er til stede uavhengig av nærhet til døden.

“Nursing intervention to increase hope in cancer patients” er en kvalitativ studie av Tone Rustøen og Berit Rokne Hanestad. Studien beskriver et intervensjonsprogram som er utviklet for å styrke håpet hos nydiagnostiserte kreftpasienter. Målet er å øke pasientens mulighet for å leve et godt liv etter å ha mottatt kreftdiagnosen. Programmet ble delt inn i åtte økter der hver av dem fokuserte på aspekter av håp. Disse omfattet: troen på seg selv og ens egen evne, følelsesmessige reaksjoner, forhold til andre, aktivt engasjement, åndelige tro og verdier, og erkjennelsen av at det er en fremtid. Ved å fokusere på disse aspektene kom de frem til at kreftpasientens håp kan styrkes.

5.0 DRØFTING

Ordet kreft har en angstskapende virkning på folk flest. En kreftdiagnose innebærer ofte knuste framtidsplaner og trusselen om en smertefull og snarlig død. Den største påkjenningen er ofte uvissheten og den evige angsten for at kreften kan ha spredt seg eller kommer til å spre seg. Skyldfølelse er også av ulike grunner utbredt blant kreftpasienter. Noen føler skyld på grunn av røykevaner og lignende, mens andre har forestillinger om at det er en straff fra Gud for synder de har begått. Påkjenningen med å få en kreftdiagnose er selvsagt ikke like stor for alle, men det er for de aller fleste et sjokk. Mestringsferdighetene kan reduseres betraktelig og håpet kan på mange måter svekkes (Valand & Fodstad, 2001). Angst for smerter, for oppgivelse, for å bli isolert og for å bli avhenging av andre kan hemme håpet. Det kan også angst for å miste både fysisk og psykisk selvbilde, angst for negativ sykehuseopplevelse, angst for framtiden til de nærmeste og ikke minst angst for det ukjente, for døden (Valand & Fodstad, 2001; Felder, 2004).

Buckley & Herth (2004) identifiserer syv kategorier som fremmer håp og tre kategorier som hemmer håp. Å ha tilknytning til en annen, åndelig tro, oppnåelige mål og opprettholde selvstendighet, godt forhold til helsepersonell, humor/munterhet, personlig styrke og gode minner har betydning stor for å styrke håpet. Mens isolasjon og følelsen av å være forlatt, ukontrollert smerte og ubehag, og tilsynelatende mangel på interesse fra helsepersonell er faktorer som hemmer håpet.

Betydningen av håp hos kreftpasienter er godt dokumentert. utfordringen ligger nå i å gjøre sykepleiere mer klar over betydningen av å styrke håp i deres pasienter. Hvordan jeg som sykepleier kan styrke håpet hos kreftpasienter kan hentes ut fra definisjoner av håp og fra studier som viser hvilke områder pasienter selv opplever som vesentlige for at håpet kan styrkes. Ut i fra teorien ser man at begrepet håp er veldig sentralt hos kreftsyke pasienter, også hos pårørende og behandlere. Kvåle (2006) skriver at pasienter reagerer ulikt i krisesituasjoner og det kan være store individuelle ulikheter i evne til å mestre situasjonen.

5.1 Lindring av symptomer

God smerte- og symptomlindring er avgjørende for å opprettholde en håpefull tilstand. Helsepersonell bør fortsette å utvikle ferdigheter som tar sikte på å forutse og minimere potensielle problemer på disse områdene. Palliative behandling har vært banebrytende i kreftomsorgen og de som arbeider innenfor palliasjon har en rolle i å hjelpe til å sikre at kunnskapen om god smerte- og symptomlindring deles med kolleger i alle disipliner av helsevesenet (Buckley & Herth, 2004). Ukontrollerte smerter, tretthet, kvalme og andre plagsomme symptomer kan føre til oppgitthet og håpløshet. Fysisk symptomlindring av optimal karakter er dermed av stor betydning for å hindre en slik håpløshet (Busch & Hirsch, 2007).

Symptomlindring har stor betydning for pasientens daglige humør. Buckley & Herth (2004) identifiserer at humor og personlig styrke er viktig for å styrke pasientens håp. Jeg har i løpet av mine praksisperioder sett at flere pasienter opplever fatigue eller underernæring, ofte på grunn av behandlingen. Behandlingen kan eksempelvis gjøre pasienten slapp, kvalm og obstipert, noe som igjen kan påvirke både humøret og pasientens personlige styrke negativt. Sykepleieren bør ha generelle kunnskaper om kvalme og kvalmebehandling. Likeens må hun forsøke å finne ut hva som gjør den enkelte pasienten kvalm, og hvor utsatt vedkommende kan være. Sykepleien kan videre bygges på dette. Er pasienten kvalm, kan sykepleieren utforske hvordan pasienten reagerer på lys, lyder og lukter. Et sykepleietiltak kan være å sørge for ro og dempet belysning slik at pasienten ikke utsettes for sterke fysiske og psykiske stimuli. Sykepleieren kan også tilby Afipran mot kvalme. Impulser som stimulerer kvalmesenteret kan også skyldes opplevelse av angst og uro. Skal pasienten skal under cytostatika behandling og plages av synet av infusjonsposene, kan sykepleieren hjelpe han ved og ikke sette inn infusjonsstativ før behandlingen begynner. Obstipasjon er i følge Valand & Fodstad (2001) et vanlig problem for mange kreftsyke. Dette gir besvær og smerter. Det bør innhentes informasjon om pasientens tømmingsvaner og ut i fra dette, samt diagnose og situasjon, bestemme hva som bør prøves. Av egen erfaring skyldes obstipasjon hos kreftpasienter ofte endret aktivitetsnivå på grunn av slapphet, sykdommen eller behandlingen. Også redusert inntak av mat, fiber og væske. Sykepleieren kan støtte pasienten ved å informere om ulike tiltak, som for eksempel å drikke vann, gjerne en halv liter, før hvert måltid for å sette i gang

tarmtømmingsreflekser. Sunne oljer, mosjon og svisker er andre tiltak. Lindring av symptomer kan slik styrke pasientens humør og personlige styrke, og dermed styrke hans håp.

5.2 Kommunikasjonens betydning

Håp blir beskrevet som en følelse, og det å få en kreftdiagnose kan påvirke denne følelsen. Mange vil oppleve en krise. Å kunne gi uttrykk for sine følelser knyttet til eksempelvis usikkerhet og frykt vil for mange være en lettelse og en styrke. Buckley & Herth (2004) kom frem til at utilstrekkelig og tankeløs kommunikasjon svekker håpet. Det er viktig at personalet har gode ferdigheter innenfor kommunikasjon for å opprettholde en håpefull tilstand.

Respondentene i Lorentsen (2003) sa ingenting om at observasjon var vesentlig i forhold til å forstå pasienten, med ved all form for kommunikasjon, også ved lytting, er blikket til stedet. Observasjon er ikke bare kunnskap og begripelse. I tillegg gir man noe til et annet menneske. Blikk er etikk, det er en holdning. Kommunikasjon omhandler ikke bare å lytte og å observere. Måten man kommuniserer på, det vil si kroppsholdning, tonefall og mimikk, er også viktig i forhold til det å styrke pasientens håp. Merker pasienten en positiv holdning fra sykepleieren, kan håpet styrkes.

Sykepleiere kan bruke pasientfortellinger for å styrke pasientens håp. Tilbakeblikk kan være et hjelpemiddel for at pasienten finner fram til ting han vil bearbeide. Pasienten tar selv avgjørelsen om hva han vil gjøre med det han forteller. Samtaler som dette kan være terapeutisk i seg selv. Det kan oppstå et grunnlag for større forståelse og klarhet som dermed minker frykten. Når frykten er borte kommer håpet fram (Lorentsen, 2003). Fortellingene kan i seg selv styrke håpet, nettopp på grunn av at gode minner kan få håpet fram i en vanskelig situasjon (Lorentsen, 2003; Buckley & Herth, 2004)

Sykepleiere kan styrke pasientens håp ved å være tilstede, berøre, lytte, avklare verdier og gi realistiske forventninger. Å gi informasjon på en ærlig, respektfull og medfølende måte

kan øke graden av håp. Omvendt vil redusere graden av håp, som for eksempel ved å gi informasjon på en respektløs eller kald måte eller trivialisere situasjonen (Felder, 2004). Håp kan i denne forbindelsen, i følge Valand & Fodstad (2001), være så mangt; håp om helbredelse, håp om å få oppleve enda en jul eller håp om en smertefri natt. Falskt håp eller palliativ usikkerhet kan være terapeutisk, sier Felder (2004). Sykepleieren må da lytte aktivt for å skjelne om håpet er urealistisk. Sykepleierne i Lorentsen (2003) sier at urealistisk håp er nødvendig om pasienten skal kunne klare å leve i den vanskelige situasjonen som det er å ha en kreftsykdom. De er forsiktige med hva de sier til pasienter med urealistisk håp. De lytter mest og lar dem være i sin forestillingsverden. Sykepleierne poengterer at et urealistisk håp er en ressurs for å bevare håpet. Drømmer som dette bringer noe positivt inn i livet, som er vesentlig for håpet. Var pasienten informert om sin tilstand drømte sykepleierne sammen med han (Lorentsen, 2003). Dette vitner om at pasienten blir tatt på alvor, at han blir vist respekt (Buckley & Herth, 2004). Travelbee (1999) hevder at håpsprosessen er virkningsfull selv om pasientens håp er urealistisk og sannsynligvis ikke vil oppfylles. Valand & Fodstad (2001) derimot, sier at atmosfæren ikke skal gi urealistiske forventninger. Det er nemlig ikke sjelden at helsepersonell gir altfor optimistiske beskjeder. Slike hendelser ødelegger tilliten. Det vi sier må være sant, samtidig som svarene ikke bør frata pasienten alt håp (Hjort, 2008).

5.3 Mål og kontroll

Syke mennesker kan få en følelse av at alt sammen er håpløst. Håpløsheten handler i noen tilfeller om maktesløshet, om fortvilelsen over å miste kontrollen over livet og over kanskje ikke kunne utføre selv de mest grunnleggende ting i tilværelsen uten andres hjelp. Buckley & Herth (2004) hevder at pasientene opplever håp når selvstendighet blir ivaretatt. Det kan eksempelvis i en stellsituasjon tilrettelegges for at pasienten får stelle seg selv så mye som mulig. Sykepleieren kan hjelpe pasienten som føler at "alt sammen er håpløst" ved og "løse seg fra håpet". Det betyr å peke på realistiske gjøremål (Busch & Hirsch, 2007). Ved å hjelpe pasienten med å fullføre mål viser man pasienten respekt, noe som er en grunnleggende verdi i sykepleier-pasient relasjonen. Det er også vesentlig i forhold til å styrke pasientens håp. Målene viser at man har en framtid, og at man kan oppnå positive endringer i tiden som kommer (Rustøen, 2004). Om pasienten lykkes med å fullføre mål, gir det en følelse av kontroll, glede og håp. Det kan gi en indre styrke og energi og hjelpe

pasienten til å være oppmerksom på mulighetene istedenfor begrensningene (Lorentsen, 2003).

Likeverd er en sentral verdi i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Det er derfor viktig at avgjørelser blir tatt i fellesskap. Pasienten vil da føle at han fortsatt har kontroll over sitt liv og det vil frigjøre krefter og håp (Lorentsen, 2003). Håp gir energi og styrke til å bekjempe sykdommen, og en person med håp lar ikke ting bare skje uten kontroll (Travelbee, 1999). Derfor er håp viktig for handling og motivasjon. Jo større motivasjon, desto større er energien og kraften som kan mobiliseres. Å hjelpe kreftpasienter til å formulere mål er ofte beskrevet som et middel til å styrke håp (Rustøen & Hanestad, 1998; Buckley & Herth, 2004, Busch & Hirsch, 2007, Lorentsen, 2003).

Håp er en kraftkilde til å gå videre og menneskets evne og vilje til handling blir sentralt for håp. Pasienten kan finne det vanskelig å se at det finnes ressurser og lyspunkt i en kritisk situasjon. Sykepleieren kan styrke pasientens håp ved å oppmuntre han til å bruke egne ressurser og være engasjert i egen situasjon (Rustøen, 2001). Dette kan eksempelvis være å sette mål, be og planlegge energi for å sette en plan ut i livet. Det nytter ikke å sitte og vente på at noe skal skje. Sykepleieren kan forsøke å øke pasientens evne til å ta vare på seg selv slik at pasienten opplever en utvikling i riktig retning. Ved at pasienten trener opp ferdigheter kan ha oppleve å mestre å leve med de begrensningene sykdom medfører. Felder (2004) viser en positiv sammenheng mellom grad av håp og mestringsstil hos alle pasienter. Deltakerne brukte som regel optimistiske, konfronterende og unnvikende mestringsstiler, og fant disse mest effektive. Optimistiske mestringsstiler beskrives som de med et positivt syn, konfronterende stiler som de med konstruktiv problemløsning og unnvikende stiler som å fråtse i unngåelsesatferd. På grunn av individuelle reaksjoner og mestringsstiler er det viktig at vi har kunnskap om hva pasientene opplever som viktig for god omsorg. Gode hensikter og varme tanker er ikke nok for å kunne gi omsorg. Man må også forstå pasientenes behov.

Avslapping teknikker kan bedre evnen til å håndtere følelser, føre til støtte velvære og øke følelsen av kontroll. En følelse av kontroll kan også øke følelsen av å ta sine egne

avgjørelser. Å innse at man har et valg kan være viktig for følelsen av frihet, autonomi og kontroll, fordi et valg understreker at det er mer enn en vei ut av en vanskelig situasjon (Rustøen & Hanestad, 1998). Følelsen av kontroll er relatert til oppfatningen om at ens egen kunnskap og atferd kan påvirke hendelsesforløpet, og er en kilde til håp (Travelbee, 1999).

5.4 Relasjoner

Lorentsen (2003) fremhever at mennesker som inngår relasjoner med hverandre, finner meningen med livet. Livsmotet og livsmuligheten settes i spill i disse relasjonene. Her kan tilliten og gleden vokse fram. Det hevdes at håpet er avhengig av holdningen og atmosfæren rundt en, og omgivelsene til pasienten er dermed av stor betydning. Erfarer man at forholdene domineres av tro og håp, kan man oppleve at håpet styrkes (Rustøen, 2004).

5.4.1 Relasjon mellom sykepleier og pasient

Travelbee vektlegger at den profesjonelle sykepleieren har som oppgave å etablere et menneske-til-menneske forhold til pasientene, og at sykepleie er en mellommenneskelig prosess fordi det alltid dreier seg om møte mellom medmennesker (Travelbee, 1999). Sykepleieren utgjør en viktig del av pasientens miljø. Sykepleierens væremåte får dermed stor betydning for den enkelte opplevelse av håp. Rustøen (2004) hevder at sykepleiere med sin væremåte kan og bør utstråle ekte håp. Opplever pasienten at sykepleieren lover ting de ikke holder, vil det kunne svekke håpet.

Etablering av relasjoner i sykepleie er grunnlaget på verdier. Sykepleiens verdigrunnlag er humanistisk og altruistisk. Dette betyr at sykepleie som virksomhet bygger på et menneskesyn som er humanistisk, og på verdier som nestekjærighet, barmhjertighet og omsorg. Det er viktig at både pasient og pårørende har tillit til de faglige vurderingene og handlinger som sykepleieren gjør og til sykepleieren som person. Dette har med sykepleierens oppførsel og med hvordan vi framstår overfor andre mennesker. Det handler

om respekt og evnen til å forstå andre mennesker, noe som er avgjørende for om pasienten føler seg ivaretatt av sykepleieren (Kristoffersen, 2005).

Det er ofte slik at den syke, av ulike grunner, ikke kan gi uttrykk for sine egne ønsker. Behovet for samhandling med grunnlag i gode holdninger og en utviklet evne til empati er da særlig viktig. Kvåle (2006) fant ut i sin studie at de fleste pasientene kunne identifisere en eller to sykepleiere som var spesielt omsorgsfulle. Det kunne også noen av deltakerne i studien til Buckley & Herth (2004). Sykepleierne i Kvåle (2006) viser at de bryr seg om pasientene som enkeltindivider og medmennesker, noe som gir pasientene en opplevelse av tillit og trygghet. Pasientene beskrev møte med den omsorgsfulle sykepleieren som et møte mellom medmennesker som angikk hverandre, en relasjon. Travelbee mener at dette er noe av det mest grunnleggende i sykepleien (Travelbee, 1999). Videre i studien bekreftes viktigheten av å bry seg, ta seg tid til å snakke, gi informasjon og forklare og det å være smilende og ha humor. Det å bry seg omhandlet praktiske og konkrete handlinger, som å tilrettelegge for at pasientene fikk i seg mat og at de hadde det bra fysisk (Kvåle, 2006). Også Buckley & Herth (2004) identifiserer hvor mye de små tingene kan bety for pasienten. Eksempelvis at en sykepleier er høflig, er villig til å svare på spørsmål og bryr seg om å finne ut hvilket navn pasienten foretrekker, er punkter som siteres som viktige for å styrke håpet.

Forholdet til helsevesenet er viktig for pasientens håp. Det kan eksempelvis være viktig for pasientens håp at de blir møtt på en åpen og støttende måte av pleiepersonalet. Informasjon er viktig for håp, og sykepleieren kan styrke et håp ved hjelp av god og planlagt informasjon.. Å hjelpe en kreftpasient til å opprettholde håp og unngå håpløshet er en stor oppgave for den profesjonelle sykepleier. Hvis personen er omgitt av en atmosfære av tro og håp, kan de oppleve at deres egen følelse av håp styrkes (Buckley & Herth, 2004). Sykepleiernes atferd kan spille en viktig rolle for å inspirere og styrke håp fordi de er rundt pasienten dag og natt på et tidspunkt når pasienten har vært nydiagnostiserte, gjennomgår den primære behandlingen, eller er i behov for spesiell omsorg (Rustøen & Hanestad, 1998).

Kvåle (2006) påpeker at våre holdninger og handlinger er med på å gjøre våre medmenneskers verden ”lys eller mørk, truende eller trygg.” I møte med andre mennesker holder vi noe av deres liv i våre hender og noe i andre menneskers liv er prisgitt oss. Virker sykepleieren uinteressert og lite empatisk kan pasienten oppfatte situasjonen som håpløs og at den ikke er verdt videre innsats. Er hun derimot engasjert og medfølelse kan engasjementet smitte over på andre. Rustøen (2004) skriver at dette kan gi pasienten nye krefter og aktivisere håp. På denne måten kan sykepleierens atferd og tilstedeværelse spille en viktig rolle for både pasientens og pårørendes håp.

5.4.2 Relasjon mellom pårørende og pasient

Det er ikke bare pasientens tilknytning til sykepleieren som er av betydning i forhold til å styrke håpet. Også relasjoner til andre mennesker, som familie og venner, kan ha betydning. Lorentsen (2003) nevner familie kun som en ressurs for å hjelpe sykepleieren der hvor pasienten ikke kan meddele sine behov, mens Buckley & Herth (2004) beskriver familie og venner som viktige faktorer for å styrke håp. I sistnevnte studie hevder fem pasienter at meningsfulle relasjoner kan styrke håp direkte. Å være elsket og å gi kjærlighet ble nevnt som viktig for 13 av deltakerne. Det å være sammen med familie og nære venner var viktig for håpsprosessen. Betydningen av barn og barnebarn kom tydelig frem. Å se barn og barnebarn inspirerte håp hos pasientene. Det kan være, som Herth antydte i 1990, at den menneskelige tilstedeværelsen av familie og venner gjenoppretter den personlige verdigheten og bekreftelsen av å være, som er nødvendig for framveksten av håp (Buckley & Herth, 2004). Familie og venner kan minne pasienten på at han betyr noe for andre (Rustøen, 2004).

Jeg så hvordan vi som barnebarn styrket farmors håp. Alle barnebarna var edelsteinene til farmor. Selv om hun lå mye syk i sengen var vi stadig inne i døren å så om henne, og fikk gjerne en is med på kjøpet. Jeg ser foreldre og fagfolk som ikke inkluderer barn i diskusjoner og unngår å fortelle dem sannheten. Mange gjør dette for å beskytte dem. En slik utelukkelse kan føre til isolasjon og at barn ikke får den støtten de trenger. Dette kan lett føre til at fantasien tar over. Personlig mener jeg at barn har de samme behovene som voksne i å ville vite hva som skjer og bør derfor gis muligheten til å uttrykke sine følelser

og stille spørsmål. Å skape et barnevennlig miljø er et bra utgangspunkt, sier Buckley & Herth (2004). Dette kan styrke pasientens håp i tillegg til at barn får en mer positiv opplevelse til situasjonen.

En kreftdiagnose kan av ulike grunner føre til isolasjon fra familie og venner. Pasienten kan oppleve uvisshet i forhold til hvordan de vil reagere på sykdommen og om de vil trekke seg tilbake. Her er det viktig å yte hjelp og støtte til både pasienten og pårørende. Ett av møtene til Rustøen & Hanestad (1998) hadde som mål å øke bevisstheten om ens nettverk og dets styrke og svakheter. Relasjoner til familie og venner er to av de viktigste kildene til håp hos mennesker med kreft. I følge Travelbee (1999) kan mennesker nær pasienten gi verdifull støtte, og håp styrkes av kunnskapen om at andre vil hjelpe om nødvendig.

5.5 Spirituelle og åndelige behov

Det er ofte det religiøse aspektet som fokuseres på når det gjelder håp. Religiøs tro kan hjelpe når man føler seg motløs (Rustøen, 2004; Rustøen & Hanestad, 1998). Sykepleietiltak for å styrke kreftpasientens åndelige dimensjon er bønn, lytte til religiøse skrifter, lytte til andre be, lytte til religiøs musikk, delta i religiøse aktiviteter, snakke om følelser om Gud og besøk i åndelig fellesskap (Rustøen & Hanestad, 1998; Burkley & Herth, 2004). Åndelighet anses som en viktig dimensjon i mennesket uavhengig av individuell tro, men håpet må utledes fra individuelle tro. Her vil den enkeltes ide om meningen med livet spille en rolle. Sykepleieren i Rustøen & Hanestad (1998) snakket om verdier, begrepet åndelighet og siterte eksempler fra litteratur om verdier av betydning i en krise og verdier knyttet til å ha et mål i livet. Pasientene i gruppen ble oppfordret til å si hva åndelighet betydde for dem, hvilke verdier de mente var viktig og det som vanligvis ga dem styrke fellesskap.

Prestetjeneste kan oppleves støttende for pasienten. Prester og diakoner skal i følge (Rustøen, 2004) støtte mennesker uansett religiøs tilhørighet og tilhørighet til kirkesamfunn, gjennom den vanskelige tiden hvor døden er underveis.

Håp vil antagelig være knyttet til tro hos alle mennesker, selv om det vi tror på varierer. Alle har en form for tro, noe som går utover en selv og gir en visshet, tillit og et håp (Rustøen, 2004). Buckley & Herth (2004) identifiserer troen som en styrke for håpet. 15 av 16 deltakere følte at det å ha tro på en åndelig verden, styrket håpet. Pasienter identifiserte viktigheten ved å ha tro på hverandre og på de som gav dem omsorg. Tro var viktig for de fleste av deltakerne. Tro på Gud, tro på liv etter døden, tro på familie og venner og tro på fagfolk. Å tro var sentralt for deres håp og måten de uttrykte sin tro var unik for hver person. Rustøen (2004) skriver at håp er en sinnstilstand som ledsager tro og at tro er en visshet om det som ennå ikke er bevist, og kjennskapet til en reell mulighet. Det er en visjon av nåtiden, på samme måte som håpet. Troen bygger på livserfaring og evne til å forandre seg. Det er ingen bevis for at en bestemt tro eller gudsbilde fører til det sterkeste håp. Det er altså ikke hva slags trosretning man tilhører som er viktig når det gjelder å styrke håp, men at man har et trosinnhold eller klare verdier (Rustøen, 2004).

6.0 KONKLUSJON

Håp anses å være av stor betydning for mennesker diagnostisert med kreft, og det er dermed en viktig del av sykepleien. Håp blir truet i et menneskes liv ved sykdom og lidelse, men det vil alltid kunne styrkes uansett hvilke framtidsutsikter man måtte ha. Som sykepleier må man ha kunnskap om hva håp er, og hvilke faktorer som virker styrkende og svekkende, for at man kan hjelpe pasienter til å fatte nytt og styrket håp.

Det er flere faktorer som er viktige og som medvirker til at pasienten føler at håpet styrkes. Sykepleiere er i en unik posisjon til å styrke håp blant sine pasienter gjennom mellommenneskelige samhørighet, munterhet og humor, mot og ro, etablering av oppnåelige mål, åndelighet, samtale om gode minner og bekreftelse av pasientens personlige verdi. En god relasjon mellom sykepleier og pasient er da veldig viktig. Relasjonen bør bygge på verdier som nestekjærlighet, barmhjertighet og omsorg.

God kommunikasjon er viktig for at håpet skal styrkes. Dette innebærer sykepleieren lytter, observerer pasientens verbale og non-verbale signaler og møter pasienten med holdninger og kroppsspråk som uttrykk respekt. Dette kan bidra til at det oppstår det Travelbee kaller et menneske-til-menneske forhold. Sykepleieren kan da bruke seg selv terapeutisk i møte med pasienten.

Behandling, pleie og omsorg bør ha som hensikt å hjelpe pasienten til å bevare eller finne tilbake til sin selvrespekt og integritet som person, noe som er en forutsetning for at pasienten føler at han har en viss grad av kontroll over sitt eget liv. Også familie og venner, indre ressurser og åndelighet er av stor betydning når det gjelder å styrke håp. Sykepleier bør respektere pasientens tro slik at han føler seg trygg og ser sammenhengen i livet. Å være målfokusert og opprettholde selvstendighet står også sentralt. Målene må ikke nødvendigvis være realistiske. Forskning viser at urealistiske mål kan være en ressurs for å bevare håpet. Like viktig er det med god smerte- og symptomlindring slik at pasienten ikke opplever oppgivelse og håpløshet. Sykepleiere bør kunne lindre symptomer ved hjelp av

medikamenter og kunnskap om de ulike symptomer og hvordan de påvirker pasienten individuelt.

Forskning har vist til atferd som hindrer at håpet styrkes. Å oppleve at andre trekker seg unna fysisk eller emosjonelt, å ha ukontrollerte smerter eller plager og det å bli behandlet som en "ikke-person" av liten verdi er beskrevet av pasienter som trusler mot håp.

Referanser

Buckley Jenny, Herth K. Fostering hope in terminally ill patients [Elektronisk versjon] *Nursing Standard*, 19 (10), 33-41.

Busch, C. J. & Hirsch, A. (2007). Eksistensiell og åndelig omsorg. I: S. Kaasa (Red), *Palliasjon – Nordisk lærebok* (s. 115 – 141). Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.

Dalland, O. (2006). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Eide H. og Eide T. (2006) *Kommunikasjon i relasjoner* Gyldendal Norsk Forlag AS Oslo.

Engelking, C. & Cady, J. (2007). Cancer. I: S.L. Lewis, M.M. Heitkemper, S.R. Dirksen, P.G. O'Brien & L. Bucher, L (Red.). *Medical-Surgical nursing: assessment and management of clinical problems* (s.271-313). Mosby Elsevier.

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

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

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

Hjort, P. F. (2008). Pleie og omsorg ved livets slutt. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H.

Kaasa, S. (Red.). (2007). *Palliasjon: Nordisk lærebok*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kreftforeningen (2009) *Hva er kreft?* Hentet fra:

http://kreftforeningen.no/om_kreft/hva_er_kreft

Kristoffersen, N.J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: N.J, Kristoffersen (Red), F. Nortvedt (Red) & E.A. Skaug (Red). *Grunnleggende sykepleie* (bind 4). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N.J. & Breievne. G. (2005). Lidelse, håp og livsmot. I: N.J, Kristoffersen (Red), F. Nortvedt (Red) & E.A. Skaug (Red). *Grunnleggende sykepleie* (bind 3). Gyldendal Nors Forlag AS.

Kristoffersen, N.J. & Nortvedt, P. (2005). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I: N.J, Kristoffersen (Red), F. Nortvedt (Red) & E.A. Skaug (Red). *Grunnleggende sykepleie* (bind 1). Gyldendal Nors Forlag AS.

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

Ljoså, T. M, & Rustøen, T. (2008). Kronisk smerte, lidelse og håp. I: Gjengedal, E. & Hanestad, B.R. *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring* (60-102). Cappelen akademisk forlag.

Lorentsen V.B. (2003). Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp? *Sykepleieren*, 91(21), 38-41. Hentet fra:

http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p_document_id=121739

Olsson H. & Sörensen S. (2003) *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 447-455). Oslo: Gyldendal akademisk.

Rustøen, T, (2004). *Håp og livskvalitet: En utfordring for sykepleieren?* Gyldendal Norsk Forlag AS.

Rustøen, T. & Hanestad, H.R, (1998). Nursing intervention to increase hope in cancer patients. *Journal of Clinical Nursing*, 7 (1), 19-27

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

Valand, E. & Fodstad, G. (2003). Generell onkologisk sykepleie. I: Almås, H. *Klinisk sykepleie: bind 1*. Gyldendal akademisk.