



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	16-05-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	24-05-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 BSS9 1 H 2019 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 411

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 7803

**Egenerklæring \*:** Ja

**Jeg bekrefter at jeg har** Ja

**registrert oppgavetittelen**

**på norsk og engelsk i**

**StudentWeb og vet at**

**denne vil stå på**

**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 22

**Andre medlemmer i gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Sykepleiers rolle ved ivaretagelse av pasienter med malignt melanom

Nursing care of patients with malignant melanoma

**Kandidatnummer: 411**

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap, institutt

For helse- og omsorgsvitenskap

24.05.2019

Antall ord: 7803

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

## **Abstract**

### **Assignment Topic**

The number of patients diagnosed with malignant melanoma is increasing. The purpose of this assignment is to understand the specific supportive care and experience of this patient group. Specifically regarding how nurses can help this group through treatment with support and care.

### **Topic Question**

How can nurses take care of patients with malignant melanoma during treatment?

### **Method**

In this assignment, literature study was chosen as a method. Literature and research was collected by searching in the databases of Cinahl, Medline and Pubmed. The keywords used during the search were: «Melanoma», «skin Neoplasms», «Skin cancer», «psychological support», «communication», «nurse-patient relations», «uncertainty», «psychological stress» and «coping».

Inclusion criteria: Qualitative research articles in English or the Nordic languages. Articles published in 2008 or later with download options and adults over 18 years of age. Exclusion criteria: Quantitative research articles. Other languages than English or the Nordic languages. Articles published earlier than 2008, adults under 18 and articles that could not be downloaded are not included.

### **Result**

After analyzing, assessing and interpreting the included research articles, a thematic presentation of the findings was set up to explain the issue. Based on this, three distinct themes presented themselves : «Malignant melanoma related concerns», «Support needs in patients with malignant melanoma» and «Nurses as a resource in treatment».

### **Conclusion**

Nurses are seen as an valuable resource and the main support for patients with malignant melanoma during treatment. One of the most important tasks for nurses is to see each patient as a unique individual with specific needs and problems. It is important to build a good and caring relationship with the patients. Clear and continual information on diagnosis, treatment and prognosis is fundamental to creating a more understandable and manageable situation for the patient.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>4</b>
<b>2.0 Teori</b> .....	<b>5</b>
2.1 <i>Malignt melanom</i> .....	5
2.1.1 Behandling av malignt melanom .....	6
2.2 <i>Kreftpasienters utfordringer ved en alvorlig diagnose</i> .....	7
2.2.1 Psykiske og fysiske belastninger ved å få en kreftdiagnose .....	7
2.2.2 Krise og krisereaksjoner .....	8
2.2.3 Sykepleier i møte med kriserammede .....	9
2.3 <i>Joyce Travelbees mellommenneskelige sykepleieteori</i> .....	10
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>11</b>
3.1 <i>Litteratursøk</i> .....	11
3.2 <i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i> .....	13
3.3 <i>Analyse og syntese</i> .....	13
3.5 <i>Kildekritikk</i> .....	14
3.6 <i>Metodekritikk</i> .....	14
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>15</b>
4.1 <i>Malignt melanom relaterte bekymringer</i> .....	15
4.2 <i>Støttebehov hos pasienter med malignt melanom</i> .....	17
4.3 <i>Sykepleier som ressurs i behandlingsforløpet</i> .....	18
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>20</b>
5.1 <i>Pasientens håndtering av diagnosen</i> .....	20
5.2 <i>Psykiske og fysiske behov som følge av diagnosen</i> .....	21
5.3 <i>Sykepleiers rolle ved ivaretagelse av pasienter med malignt melanom</i> .....	23
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>26</b>
<b>Referanseliste</b> .....	<b>27</b>
<b>Vedlegg</b> .....	<b>29</b>
Vedlegg 1 - <i>PICO</i> .....	29
Vedlegg 2 - <i>Litteraturmatrise</i> .....	30
Vedlegg 3 - <i>Flytdiagram</i> .....	31

## 1.0 Innledning

I 2015 ble pakkeforløpet for føflekkreft (malignt melanom) innført. Pakkeforløpet er nasjonale standardiserte pasientforløp, hvor målet er raskest mulig utredning og behandlingsstart uten unødvendig ventetid. Pakkeforløpet skal bidra til trygghet og forutsigbarhet for pasienter og pårørende. Etter kreftregisteret ble opprettet i 1952 ser man at forekomsten av malignt melanom er blant de kreftsykdommene med størst økning. Denne kreftformen rammer forholdsvis ganske mange unge mennesker, hvor dødsfall fører til tap av mange leveår. Ved tidlig diagnose er prognosen god, men man ser at de som overlever malignt melanom har økt fare for en ny primær kreftdiagnose. Den vanligste og høyeste risikoen er å få et nytt melanom, men de har også har en forhøyet risiko for en rekke andre kreftformer (Helsedirektoratet, 2018). Når det gjelder malignt melanom kan det ta alt fra 14-35 dager fra man blir henvist fra fastlege til en har besluttet hvilken behandling som skal startes opp (Helsedirektoratet,2018).

Tidligere forskning viser at pasienter med malignt melanom opplever mye usikkerhet. De opplever følelsesmessige reaksjoner som angst, frykt og redsel. Tanken på økt fare for å få et nytt malignt melanom er også noe som skaper stor usikkerhet for denne gruppen (Bird et al. 2015). Pasienter med en slik alvorlig diagnose har ofte et stort behov for informasjon og undervisning om diagnose, behandling og prognose da det gjerne oppstår mange spørsmål i en ny og utfordrende situasjon. I følge sykepleierens yrkesetiske retningslinjer skal sykepleier ivareta behov for helhetlig omsorg til hver enkelt pasient. Sykepleier skal understøtte mestring, håp og livsmot hos pasientene, samt bidra aktivt for å imøtekomme sårbare pasientgrupper med deres spesielle behov for helse og omsorgstjeneste (Norske Sykepleier forbund, 2016).

Når man rammes av en alvorlig sykdom er det helt naturlig at man opplever psykiske reaksjoner (Reitan, 2017, s.82). De fleste kreftpasienter lever med en trussel om at de kan dø av sin sykdom (Kvåle, 2002, s.21-22). I en slik turbulent periode av livet trenger man dyktige sykepleiere som kan ivareta den enkeltes utfordringer og behov. Derfor er det viktig med kunnskap om hvordan sykepleier kan ivareta denne pasientgruppen. På grunn av dette lyder problemstillingen slik:

«Hvordan kan sykepleiere ivareta pasienter som er i en behandlingsfase for malignt melanom?»

## 2.0 Teori

### 2.1 Malignt melanom

Malignt melanom, også kalt ondartet føflekkreft, er den mest alvorlige formen for hudkreft. Det er en ondartet svulst som utvikles fra de pigmentdannede cellene i huden som heter melanocytter. Kreftformen oppstår som regel i huden, men kan i noen tilfeller forekomme i slimhinner (kreftregisteret,2018). Eksisterende føflekker som endrer form, farge, størrelse, eller har uregelmessig grense mot huden rundt er faresignaler som man skal være oppmerksom på. Hudforandringer som prikker, klør, blør eller gjør vondt er også atypisk og bør sjekkes hos lege. Et annet viktig tegn på ondartet føflekkreft er at det dukker opp nye føflekker som endrer seg i form, farge og størrelse (Helsebibloteket,2015).

I 2017 ble det registrert 2222 tilfeller av malignt melanom i Norge (Kreftregisteret,2018a). Kreftformen ble også registrert på 5.plass over hyppigst forekommende kreftformer (Kreftregisteret,2018b). Kreftregisteret registrerte i 2017 en påfallende økning i antall malignt melanom diagnoser for begge kjønn, hvorav 1055 var kvinner og 1167 var menn (Kreftregisteret, 2018a). Den viktigste enkeltårsaken antas å være UV-B-indusert hudskade, som hyppigst ses i form av gjentatte solforbrenninger. Betydningen av ultrafiolett lys (UV-A) er mer omdiskutert, men hyppig bruk av UV-A-solarium er vist å øke risikoen for melanom. Økningen kan også ses i sammenheng med nye ferievaner og mer fritid. Hyppig utsettelse for UV-stråling fra sol kan gjøre at det oppstår forandringer i melanocytterne. Dette kan påvirke cellene til å vokse unormalt og bli til kreftceller. Medfødte genmutasjoner som fører til svekket DNA-represjon i solskadet hud forekommer ganske ofte, og 5-10 % av alle melanomer ses å være arvelig (Holsen & Ingebretsen, 2016, s.522-523).

Det finnes ulike stadier ved malignt melanom som angir hvor utbredt kreften er. Stadiene kan deles inn fra 1 til 5. Ved stadium 1 er utviklingen i en veldig tidlig fase og påvirker kun det øverste laget av huden. Ved stadium 5 har kreften spredd seg til andre organer og pasienten har generelt dårlig prognose. Stadiene mellom 1 og 5 handler om kreftens utvikling fra det mildeste til det verste stadige

(Helsediretoratet,2018). Malignt melanom er en kreftform som kan forebygges og det viktigste tiltaket er å unngå solforbrenning. Man bør unngå solen når den er på det sterkeste mellom 12-15 og benytte seg av både kjemisk og fysisk solbeskyttelse i form av solkrem med faktor 15-20 som beskytter mot både UV-B og UV-A-stråling samt lette klær som dekker huden (Holsen & Ingebretsen, 2016, s.523). Et annet forebyggende tiltak er jevnlig hud-undersøkelser, hvor man ser etter «usikre» føflekker og bør spesielt gjøres dersom en er disponert for arvelig melanom (Holsen & Ingebretsen, 2016, s.523).

### **2.1.1 Behandling av malignt melanom**

Kreftforløpet er forskjellig fra pasient til pasient. Det må tas hensyn til pasientens krefttype, om sykdom er kurativ eller om sykdommen har videreutviklet seg og har dårlig prognose. Pasientens kreftforløp kan dermed være en hendelse med kort og rask kurativ behandling uten at det påvirker livet i stor grad, men det kan også være en hendelse som varer livet ut og dermed gir større påkjenninger (Lorentsen & Grov, 2016, s.398). Siden det er mange faktorer som spiller inn på prognosen, er det viktig at både pasient og pårørende er klar over at framtidsutsikten ikke er den samme for alle som rammes av malignt melanom (Kvåle, 2002, s.169).

Ved malignt melanom avhenger prognosen av svulstens tykkelse og ses å være best ved tykkelse mindre enn 1mm. Kirurgi er i prinsippet den eneste og viktigste kurative behandlingen. Tykkelsen på melanomet avgjør hvor mye av normalvevet rundt som blir fjernet. Dette skal alltid gjøres med god margin og alle pasienter kontrolleres ofte i 3-5 år etter utført inngrep. Malignt melanom kan metastasere til lymfeknuter, hjernen, huden, lever, lungene, og skjelett. Dersom det mistenkes spredning må det tas ytterlige prøver for å kartlegge videre behandling (Holsen & Ingebretsen, 2016, s.523). Ved lymfeknutemetastaser blir også kirurgisk behandling brukt der en fjerner lymfeknutene for å gjøre pasienten tumorfri. Ved en videre spredning vurderes strålebehandling, men nyere forskning viser at det er enorme variasjoner i strålefølsomheten fra tumor til tumor og fra pasient til pasient (Kvåle, 2002, s.169). Når metastasene ikke kan behandles kirurgisk og ikke er egnet for stråleterapi kan cytostatikabehandling noen ganger ha effekt (Holsen & Ingebretsen, 2016, s.523). Økt kunnskap om malignt melanom i befolkningen og hos helsepersonell kan



medvirke til tidligere oppdagelse slik at man kommer i gang med behandling i et tidlig stadium og dermed får bedre prognose (Holsen & Ingebretsen, 2016, s.523).

## **2.2 Kreftpasienters utfordringer ved en alvorlig diagnose**

Når man rammes av en alvorlig diagnose som kreft kan dette for mange oppleves som en belastning. Det er en krevende situasjon og pasienten står ovenfor en rekke utfordringer (Reitan, 2017,s.34). De må blant annet forholde seg til store mengder av informasjon om diagnosen og behandlingsopplegget, de må noen ganger gjennom kompleks behandling, de må håndtere både senskader og bivirkninger som oppstår, de lever med en risiko om tilbakefall av sykdommen, og enkelte må forberede seg på døden både i nær og fjern framtid. Kreftpasienter befinner seg i en kompleks situasjon (Reitan, 2017,s.32).

### **2.2.1 Psykiske og fysiske belastninger ved å få en kreftdiagnose**

Menneskets grunnleggende behov kan deles inn i psykososiale, fysiske, seksuelle og åndelige. Disse behovene kan også ses på som allmennmenneskelige og fundamentale som påvirkes ved sykdom og helsesvikt. De psykososiale behovene handler om menneskets psyke og den mentale helsen. Hvordan pasientene opplever sin sykdom kan hele tiden endres. Det kan skifte mellom visshet og uvisshet, trygghet og utrygghet og håp og håpløshet. I en slik prosess kan det oppstå en rekke eksistensielle spørsmål som kan utløse angst, frykt, sinne eller depresjon (Stubberud,2013, s.14-22). I forbindelse med en kreftdiagnose får man også ofte fysiske forandringer. Vekttap, smerter, kvalme og synlige forandringer på kroppen etter eventuelle operasjoner. Arrdannelse og hudforandringer er vanlig. En kreftdiagnose kan skape varige forandringer i forhold til vår egen kropp. Et endret kroppsbilde kan by på ringvirkninger for mange som ofte er i negativ retning og virker inn på selvbilde og selvfølelsen. Problemene kan vise seg i form av fysisk eller praktisk art eller føre til psykiske problemer (Schjølberg, 2017, s.135-137).

Hvordan den enkelte kreftpasient opplever å få en kreftsykdom, kan i stor grad variere. Hvilke stadium sykdommen er i, om sykdommen kan helbredes, hvor lenge en kan forvente å leve, hvilke begrensninger en må leve med og hvilken behandling en må gjennomgå, er av stor betydning for hvor stor trussel pasienten opplever å stå

oven for. Pasientens personlighet, den sosiale situasjonen en befinner seg i og livsfase vil også ha betydning. I dag blir mange kreftpasienter helbredet og man vet at en uhelbredelig kreftsykdom ikke er ensbetydende med at man vil dø i løpet av kort tid. Likevel må de fleste kreftpasienter leve med en trussel om at de kan dø av sin sykdom. Mange kreftpasienter vil som følge av sin kreftdiagnose kunne oppleve psykiske problemer og ses spesielt rundt diagnostetidspunktet, ved metastaser, residiv og i terminalstadiet av sykdommen (Kvåle, 2002, s.21-22).

### **2.2.2 Krise og krisereaksjoner**

En krise kan defineres som en forstyrrelse av det normale livet som kommer uventet og akutt og med en usedvanlig stryke og intensitet (Reitan, 2017, s.82). Alvorlig somatisk sykdom skaper som regel alltid krise i et menneskes liv. De som blir rammet av en alvorlig sykdom, får ofte en langvarig lidelse som påvirker den psykiske helsen spesielt, men også den generelle livskvaliteten (Skarstein, 1998, s. 35). Reaksjonene kan starte før man har fått diagnosen. Før man søker hjelp hos lege kan man gjerne allerede ha merket at noe er galt med kroppen og begynt å føle på uro og engstelse. Etter legebesøket kommer det ofte en tid med mye venting før man kan si hvor alvorlig sykdommen er. Uvisshet og venting skaper rom for tanker og fantasier, hvor man ser at de fleste tenker på det verste (Skarstein, 1998, s.36-37). Når man blir diagnostisert med en alvorlig sykdom, kan man dele de psykiske reaksjonene inn i tre faser. Akuttfasen er den første fasen som også er kaldt sjokkfasen. Det er ofte her pasienten får beskjed om sykdommen. Dette kan føre til et følelsesmessig kaos. Denne perioden kan preges av frykt for å dø, redsel for endret selvbilde og mye bekymringer rundt familiesituasjonen, arbeid og økonomi. I denne fasen kan pasienten ofte oppleve et stort behov for informasjon, oppmuntring og støtte. Den andre fasen er apatifasen. I denne fasen ser man at pasienten har fått en bedre og mer gradvis forståelse for egen sykdom og konsekvenser. Dette fører ofte til tunge og depressive tanker som kan prege denne fasen. Støtte som opprettholder håp og kampvilje er viktig for pasienten (Skarstein, 1998, s.37-38). Siste fase er nyorienteringsfasen. Her har pasientene fått bearbeidet de vanskeligste psykiske reaksjonene fra de to første fasene. Det viktigste fokuset blir nå å kjempe mot sykdommen og prøve å se muligheter i framtiden med håp og overlevelse som mål. Felles for de tre psykiske reaksjons fasene er at pasientene kan føle og oppleve

en sterk sorgreaksjon som kan påvirke både håp om bedring og helbredelse (Skarstein, 1998, s.39).

### **2.2.3 Sykepleier i møte med kriserammede**

Hvordan sykepleier møter pasienten har stor betydning for hvordan den syke opplever å bli ivaretatt. Opplevelsen av at sykepleier er til stede, har god evne til å lytte, har mot og evne til å være nær og la seg berøre bidrar til å skape trygghet som gjør det lettere for pasienten å åpne seg og skape en god samtale. For å skape et godt møte mellom sykepleier og pasienten er det nødvendig at sykepleier ser og bekrefter pasienten samt viser interesse ovenfor det pasienten sier som et unikt individ (Lorentsen & Grov, 2016,s. 419). Gode, omsorgsfulle relasjoner mellom pasienten og sykepleier ses også å ha betydning for opplevelsen av livskvalitet og helse. For å kunne hjelpe pasienter i en vanskelig og ny situasjon er det viktig at helsepersonell har kjennskap til psykiske aspekter og reaksjoner ved livstruende og alvorlig sykdom (Lorentsen & Grov, 2016,s.398). Det blir også viktig at sykepleier prøver å forstå hvordan pasienten opplever det å være syk for å kunne ivareta deres behov (Stubberud,2013, s.14-22). Hver enkelt pasient er unik med sin egen opplevelse av sykdommen og hvordan den påvirker livet (Reitan, 2017, s.35).

Som sykepleier benytter man seg av profesjonell og helsefaglig kommunikasjon som tar sikte på å alltid være hjelpende. Kommunikasjon kan defineres som utveksling av tegn og ord mellom to eller flere parter. Profesjonell, hjelpende kommunikasjon har som mål å forebygge og fremme helse, gjenopprette og å lindre lidelser (Eide & Eide, 2007, s. 17-18). Når mennesker opplever alvorlige og vanskelige livshendelser kan mange få behov for medmenneskelig kontakt, støtte og noen og dele tanker og følelser med. God kommunikasjon kan hjelpe pasienten til å bearbeide reaksjoner, mestre sykdom og krisen bedre. Det er viktig med tilstrekkelig og god informasjon om sykdom og behandling for å skape en mer forutsigbar og forståelig situasjon ( Eide & Eide, 2007, s.166).

### 2.3 Joyce Travelbees mellommenneskelige sykepleieteori

Joyce Travelbee (1926-1973) var en kjent sykepleieteoretiker som arbeidet som psykiatrisk sykepleier og lærer ved sykepleierutdanningen. Joyce Travelbee var i sin teori opptatt av de mellommenneskelige aspektene ved sykepleie. Hun var opptatt av at mennesket er et unikt individ som hele livet er i vekst, endring og utvikling. Hun var også i sin sykepleieteori opptatt av å etablere menneske-til-menneske-forhold og ikke «sykepleier-pasient»-forhold (Travelbee, 2001, s. 5-6).

Travelbee mente at kvaliteten på sykepleie avhenger av at sykepleier og pasient forhold er dannet på et menneske-til-menneske-forhold. Et slikt forhold bygger på at sykepleier og den syke forholder seg til hverandre som unike individer og ikke «sykepleier» og «pasient». Hun mente at et forhold hvor man så på hverandre som sykepleier og pasient gjorde at man ikke nådde helt fram til hverandre og når man først klarer å se forbi dette kan en oppleve den andre som menneske og at det oppstår en reell kontakt (Travelbee, 2001, s.171). Menneske-til-menneske-forhold er en gjensidig prosess hvor både sykepleier og den syke danner et forhold seg i mellom, hvor ansvaret for å danne og opprettholde forholdet ligger hos den profesjonelle sykepleier (Travelbee, 2001, s.171-178). Menneske-til-menneske-forhold er et virkemiddel som tar sikte på å hjelpe et individ og familien med å forebygge, mestre sykdom og lidelse samt hjelpe med å finne meningen i disse erfaringene (Travelbee, 2001, s.178-179). Som profesjonell sykepleier har man et stort ansvar for å hjelpe den syke både med de fysiske, psykiske eller åndelige plagene. Det er viktig at sykepleier yter omsorg for personen og ikke bare den syke kroppsdelen. En innsiktsfull sykepleier som har forståelse for at sykdom kan være meningsfylte erfaringer, og klarer å bygge opp et genuint forhold til den syke vil kunne være i stand til å hjelpe de syke som lider da det kan være svært utfordrende å mestre de problemene som oppstår når man blir syk ( Travelbee, 2001, s.221-222). For å akseptere og mestre sykdom må sykepleier hjelpe den syke til å finne mening med sykdommen og ofte ser man at en setter mer pris på livet i etterkant av sykdom. Ved å få den syke til å forstå at han er verdifull og uerstattelig vil kunne gi en følelse av nødvendighet og at ens liv betyr noe. Dette er noe den enkelte og familiene gjerne trenger hjelp med over tid. Noen ganger ser man at den syke ikke blir sett og ikke har mulighet til å prate med noen og kan dermed oppleve å bli psykologisk forlatt, noe

som kan føre til at man føler at hele situasjonene blir meningsløse, uforklarlig og man kjenner på en enorm ensomhet (Travelbee, 2001, s. 225-227).

### 3.0 Metode

Metode kan ses på som en systematisk framgangsmåte for å samle inn kunnskap og informasjon for å kunne belyse en problemstilling (Thidemann, 2015, s. 76).

I denne oppgaven er det brukt litteraturstudie som metode. Litteraturstudie er en metode som brukes for å systematisere kunnskap fra skriftlige kilder. Dette betyr at man må samle inn litteratur, kritisk gjennomgå den og til slutt sammenfatte det hele. Hensikten med litteraturstudiet er å gi leseren god forståelse og en oppdatert kunnskap på det området som problemstillingen etterspør. Det er også viktig at det framkommer hvordan en har kommet fram til kunnskapen (Thidemann, 2015, s.79-80).

### 3.1 Litteratursøk

Ved forberedelse til litteratursøket ble det laget et PICO-skjema for å få en presis og søkbar problemstilling (se vedlegg 1). For å finne litteratur og opparbeide en god søkestrategi ble det laget en oversikt over hvilke emneord/søkeord som var relevant å bruke for videre å kombinere disse til søk i ulike databaser (Thidemann, 2015,s.84-87).

#### Emneordene / søkeordene som ble brukt var:

*«Melanoma», «Skin Neoplasms», «Skin cancer»,  
«Psychological support», «Communication»,  
«Nurse-patient relations», «Uncertainty»,  
«Psychological stress», «Coping»*

Det ble gjennomført litteratursøk i ulike søkemotorer som Cinahl, Medline og PubMed. Cinahl (Cumulative index of nursing and Allied Health) ble relevant å bruke da denne database har hovedvekt på sykepleie. Her finner man forskningsartikler, avhandlinger, bøker og bokkapitler. Databasen er spesielt god på kvalitativ forskning

og stoff om pasienterfaringer som passer godt til oppgaven da det er ønskelig med pasientens opplevelse av hva som er viktig for at sykepleier skal ivareta dem (Thidemann, 2015, s.85). Hensikten med den kvalitative metoden er å få kunnskap om menneskelige egenskaper, som opplevelse, meninger, tanker, erfaringer, holdninger og forventninger. Kvantitative metoden tar sikte på data som målbare enheter og tall. Harde og objektive data som gir faktakunnskap og passer bra når man lurer på hvor mye eller hvor ofte. Kvantitativ forskning blir ikke aktuelt å bruke ettersom dette ikke er noe oppgaven etterspør (Thidemann, 2015, s.78). Medline og PubMed er også sentrale databaser innen helsefag og ses på som de mest brukte databasene for helsepersonell. Disse databasene inneholder hovedsakelig forskningsartikler som dekker sykepleie, medisin og odontologi (Thidemann, 2015, s.85).

For å gjennomføre litteratursøket ble de bestemte emneordene som tidligere nevnt kombinert i de ulike databasene. MeSh ( Medical Subject Headings) fungerer som et standard emneordsystem og benyttes i blant annet i Medline og PubMed. Emneordene beskriver innholdet i artikler og blir søkeord i basene. Ved bruk av emneordsystemet vil man få god kontroll over søkene sine. Det søkes først på et og et ord og kombineres deretter med AND eller OR. Ved bruk av AND mellom søkeordene finner man forskning der både søkeord 1 og søkeord 2 forekommer samtidig. Ved bruk av OR får man treff på enten søkeord 1 eller søkeord 2 eller begge (Thidemann, 2015, s.88). Etter søkene ble overskriftene på artiklene lest og dersom de hadde relevans for oppgaven ble sammendraget også lest. Hvis inklusjonskriteriene passet ble hele artikkelen lest. Oversikt over søkehistorikken er satt opp i et flytdiagram (vedlegg 3).

### **3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

For å avgrense mengde og finne litteratur som var relevant for problemstillingen ble det definert inklusjon og eksklusjonskriterier (Thidemann, 2015, s.84).

#### **Inklusjonskriterier:**

- Engelsk eller nordisk språk
- Forskningsartikler publisert i 2008 eller senere
- Kvalitativ forskningsartikler
- Full tekst med nedlastningsmulighet
- Voksne over 18 år

#### **Eksklusjonskriterier:**

- Ikke engelsk eller nordisk språk
- Forskningsartikler publisert tidligere enn 2008
- Ikke nedlastningsmulighet og ikke gratis tilgang
- Kvantitative forskningsartikler
- Voksne under 18 år

### **3.3 Analyse og syntese**

I arbeidet med å analysere de inkluderte artiklene, ble det benyttet en litteraturmatrise. Litteraturmatrisen består av fem deler med oversikt over forfatter og årstall, tittel, metode og utvalg og resultat. Her ble det notert viktig informasjon fra hver artikkel. Dette ble gjort for å få en god oversikt over hovedelementene i den enkelte artikkel. Problemstillingen var en sentral del og et godt hjelpemiddel under analyseringen av artiklene. Denne ble brukt som et grunnlag for å være bevist på relevant informasjon for oppgaven (Thidemann, 2015, s. 89-92). Litteraturmatrise er vedlagt (vedlegg 2).

Etter å ha analysert, vurdert og tolket de inkluderte forskningsartiklene ble det satt opp en tematisk presentasjon av funnene for å belyse problemstillingen (Thidemann, 2015, s. 58). Ut i fra dette ble det laget tre hoved overskrifter «Malignt melanom relaterte bekymringer», «Støttebehov hos pasienter med malignt melanom» og «Sykepleier som ressurs i behandlingsforløpet».

### **3.5 Kildekritikk**

For kritisk vurdering av de inkluderte forskningsartiklene ble det benyttet sjekklister for kvalitativ forskning via Helsebiblotekt ( Helsebiblotekt, 2016). Artiklene som er inkludert er alle fagfellevurdert og publisert i anerkjente tidsskrifter som Journal of Clinical Nursing, European Journal of Oncology Nursing og Supportive Care in Cancer. Artiklene er fra 2013-2015, mindre enn 10 år gamle som indikerer på at forskningen i denne oppgaven er ny og oppdatert. Alle artiklene er skrevet på engelsk og oversatt til norsk. Det må derfor tas høyde for at det kan ha forekommet feiltolkning i forhold til det forfatteren har prøvd å få fram. De inkluderte forskningsartiklene er kvalitative studier hvor det er utført individuelle intervju og ikke i grupper. Dette kan ses på som en fordel da det gjerne er lettere å åpne seg opp og fortelle om følelser en til en framfor for en gruppe med flere pasienter.

### **3.6 Metodekritikk**

Ved kritisk refleksjon og vurdering av eget arbeid etter endt litteratursøk, ser man viktigheten av å finne riktige søkeord og kombinasjoner av disse for og få best mulig treff. Ved å velge andre søkeord og kombinasjoner kunne man fått andre søketreff som kunne resultert i andre artikler som var mer relevant. Hvilke databaser man har valgt å søke i kan også ha betydning for hvilke artikler man har funnet, og kan ha resultert i at man går glipp av aktuelle forskningsartikler. En av de fire forskningsartiklene som er brukt i forbindelse med oppgaven tar ikke høyde for direkte forskning på diagnosen malignt melanom, men artiklene tar høyde for forskning innen generell kreftstudie. I de artiklene som omhandler malignt melanom framkommer det at det foreligger lite tidligere forskning på diagnosen og pasientenes spesifikke behov for støtte. Da det kun er i de senere årene det har vært gjort forskning og studier på dette, resulterte det i få forskningsartikler som passet til min problemstilling. Det ble derfor relevant å inkludere et studie som omhandler støtte og omsorgsbehov generelt for kreftpasienter med ulike former for kreft. Da det ikke framkommer i artikkelen hvilke kreft diagnose deltakeren i undersøkelsen hadde, kan man hypotetisk sett ta utgangspunkt i at grunnlaget for støtte vil være tilnærmet likt hos pasienter med ulike former for kreft. Artikkelen er brukt for å underbygge og gi tilførsel på det som allerede framkommer i forskning som er gjort på malignt



melanom. Det blir tatt høyde for at alle mennesker er individuelle individer som har ulike behov, men at mye av behovet for støtte kan være det samme.

## 4.0 Resultat

Litteraturstudiet inkluderer i alt fire kvalitative studier. Funnene fra artiklene blir presentert tematisk i tre deler og det benyttes sitater fra artikkeltekstene for å understøtte presentasjonen (Thidemann, 2015, s 107-108).

### 4.1 Malignt melanom relaterte bekymringer

Tre av de inkluderte artiklene tar for seg malignt melanom relaterte bekymringer. I Bird et al. (2015) sin artikkel «*Coping with melanoma-related worry: a qualitative study of the experiences and support needs of patients with malignant melanoma*» kommer det fram at deltakerne følte seg redd, skremt, overveldet, og kjente på følelsen av å ikke lengre være modig spesielt ved diagnostidspunktet. Tanken om at melanomet kunne komme tilbake opplevdes som en stor usikkerhet. Usikkerheten gjorde at de tenkte mye på tilbakefall og døden. Da de tenkte på framtiden og døden ønsket de å gjøre mest mulig ut av den tiden de hadde igjen. Angst var også noe de fleste deltakerne kjente på, men var i størst grad i begynnelsen av behandlingen. Med tiden følte de seg sikrere på sykdommen og en pasient opplyser om at selvundersøkelser hadde blitt redusert over tid da hans sikkerhet hadde økt. Deltakerne kunne gjerne gå med på å redusere antall sykehusbesøk for kontroll, men ville ikke at det skulle stoppe totalt.

Malignt melanom relaterte bekymringer forekommer også i studien til Hajdarevic et al. (2014) som viser at det er en eksistensiell prosess folk går igjennom. Å bli diagnostisert med ondartet melanom førte med seg følelsen av å være i vakuum, grunnløs og tom. Å være tom og i vakuum opplevdes som å være tom i hodet, og skapte dermed vanskeligheter med å tenke og leve. Diagnosen og ordet kreft ble beskrevet som « å bli slått med en knyttneve » og fikk dem til å lure på om dette var slutten på livet. Også her dukker kaos og usikkerhet opp. Usikkerheten bærer preg av mange spørsmål uten svar. En pasient beskrev sin opplevelse slik:

*«Jeg ble tom i hodet mitt da jeg fikk diagnosen. Jeg har forståelse for at pasienter i denne situasjonen noen ganger blir forvirret, selv om jeg ikke ble det selv. Jeg følte*

*meg tom i hodet. Jeg ble helt blek og visste ikke hva jeg skulle spørre om»* (Hajdarevic et al., 2014, s.357).

En annen pasient beskrev situasjonen slik:

*«Denne perioden er en slag vakuumhistorie som var ekstremt ubehagelig. Du prøver å ikke tenke på det, men noen ganger overvelder tankene deg og du lurere på hva det hele handler om»* (Hajdarevic et al. 2014, s.357).

Videre i studien til Stamataki et al. (2014) er usikkerhet dominerende for pasientene og har bidratt til følelse av frykt, angst og dårlig humør. Mange av deltakerne følte seg hjelpeløs og frustrert fordi de ikke kunne bli behandlet for å redusere risikoen for tilbakevending, men måtte bare følge med om det kom nye føflekker eller klumper i huden. For noen deltakere hadde selve operasjonen ført til endre kroppsbilde. De var ikke forberede på utseende og størrelsen på arret, selv etter å ha snakket med helsepersonell før operasjonen. Dette førte til at noen ikke ville vise arret i offentlighet og ikke lenge gå i bikini. Frykt for solen var også et tema som ble diskutert mye og påvirket hverdagen til pasientene. En deltaker beskriver sin redsel slik:

*«Jeg er livredd for å gå ut i solen, med mindre jeg har et tykt lag med beskyttelse på»* (Stamataki et al., 2014, s.784 ).

Deltakerne opplevde også frykt for å diskutere deres bekymringer rundt diagnosen da de var redd for å skyve bort partnere og familie. En pasient fortalte at:

*«Jeg må være litt forsiktig. Hvis jeg alltid hadde fortalt henne alt om mine bekymringer, ville hun blitt veldig lei og sagt du må slutte å klage ellers er dette forholde slutt. Så jeg tror at hvis jeg ikke er forsiktig, vil det kunne påvirke forholdet»* (Stamataki et al., 2014, s.784-785).

Å få en alvorlig diagnose skaper mange mulige bekymringsområder for pasienten og ikke bare bekymringer for selve diagnosen.

## 4.2 Støttebehov hos pasienter med malignt melanom

I artikkelen Bird. et al. (2015) konkluderes det med at støttebehovet hos melanompasienter kan være forskjellig fra personer med andre typer hudkreft og svulster. Det belyses at malignt melanom diagnosen ofte har blitt forsket på i generelle kreftstudier og at det fra tidligere foreligger lite bevis og forskning om hvilke støttebehov og erfaringer disse pasientene har med å ha melanom.

I studien er det tre viktig hovedtema for hvordan pasientene håndterte og kontrollerte sine melanom relaterte bekymringer. Pasientene hadde et behov for at deres bekymringer ble trodd og oppfattet som å være ekte av helsepersonell, venner og slektninger. Pasientene følte at melanom ikke ble sett på som like alvorlig som andre kreftformer, slik at deres frykt ikke ble anerkjent av andre. Å få helsepersonell til å validere deres bekymringer ble sett på som en lettelse. Følelsesmessig støtte og noen å dele byrden med resulterte i å redusere bekymringene forbundet med melanomdiagnosen. Å gjøre noe for å hjelpe seg selv for å hindre gjentakelse var også til hjelp med å redusere bekymringer.

Ved å bli diagnostisert med ondartet melanom finner de i studien til Hajdarevic et al. (2014) at denne prosessen framkaller mange eksistensielle bekymringer som økende bevissthet om ens eksistens og livets brutalitet . Det kan være krevende å opprettholde motet og få pasienten til å uttrykke deres eksistensielle bekymring for sykdom og død. Hjelp til pasientenes eksistensielle lidelser er like viktig som lindring av andre symptomer og må tas opp med pasienten som en viktig del av deres støttebehov.

I følge studien til Stamataki et al. (2014) er det også gjort lite forskning fra tidligere på de spesifikke støtte og omsorgsbehovene til denne gruppen av pasienter. Forståelse for at disse pasientene kan ha andre behov enn ved andre kreftformer er viktig å se på for å yte optimal støtte for denne gruppen. Følelsesmessig støtte ble sett på som et viktig omsorgsbehov. De bærer på mye usikkerhet og manglende følelsesmessig støtte bidro ofte til mer angst og håpløshet i forhold til deres framtid. Noen av pasientene opplevde bivirkninger av behandlingen som lymfødem, tretthet og smerte. I forhold til det ønsket pasientene betryggelse og hjelp til å takle deres symptomer. Støtte fra nære relasjoner som familie og jobb ble sett på som nødvendige, men her

opplevde noen manglende støtte spesielt fra arbeidskollega som gjerne ikke hadde særlig mye kunnskap om sykdommen.

### **4.3 Sykepleier som ressurs i behandlingsforløpet**

I studien til Bird et al. (2015) formidles det at sykepleier spiller en viktig rolle for pasientenes omsorg. Ofte velges sykepleier som en hovedkilde til støtte da de har mye å gjøre med pasienten og tillater dem å bygge et trygt forhold dem i mellom. Dette gjør at det er viktig at sykepleieren gjenkjenner når de blir valgt ut for denne rollen slik at de kan møte pasientens støttebehov og dermed være en ressurs. Mange av pasientene ønsket også hjelp til selvhjelp. Sykepleier blir her viktig i forhold til undervisning i selvundersøkelser og hvordan de kan forhindre tilbakefall, noe som kan være med på å lette bekymringene og håndtere situasjonene bedre.

Studien til Hajdarevic et al. (2014) konkluderer med at pasientene går gjennom en tøff periode hvor mange eksistensielle spørsmål oppstår og her er det viktig at helsepersonell er oppmerksom slik at disse pasientene får tilstrekkelig støtte. Skal helsepersonell være en ressurs er det viktig at de vet om pasientenes eksistensielle bekymringer og lidelser, slik at de kan hjelpe dem gjennom det på best mulig måte og for å unngå unødvendige belastninger og usikkerhet. Sykepleier må tørre å gå inn i situasjonen og lytte til hva pasientene føler og tenker på for å kunne hjelpe. Skal helsepersonell være til støtte tar også Stamataki et al. (2014) opp at helsepersonell må være oppmerksom og se etter helsemessige og psykososiale behov hos pasientene slik at det er mulig å henvise dem videre slik at de får rett hjelp og tjenester som henger sammen med deres individuelle behov.

Psykososial støtte og informasjon som var lagt på nivå til pasienten med mulighet om å spørre spørsmål var viktig. Det er også viktig at informasjonen som blir gitt er gitt til rett tid med god kvalitet slik at pasienten får med seg det som blir sagt. Det er avgjørende at leger og sykepleiere bruker nok tid på pasientene slik at de føler seg sett. Det verste for mange pasienter var når de ikke følte seg sett som denne pasienten uttrykker her:

*«Det er ikke meningen å være frekk, de er veldig flink på kreftavdelingen. Men med en gang jeg var ferdig operert sa de: da er du klar, da kan du dra hjem. Bare oppsøk klinikken når stingene skal fjernes. Det var på ingen måte noen å prate med. Men når*

*min svoger fikk leukemi var det helsepersonell tilstede hele tiden. Selv om jeg også hadde kreft, virket det ikke som om noen brydde seg» (Stamataki et al., 2014, s.786-786).*

Dette viser viktigheten av at vi som sykepleiere tar oss tid til å se hver enkelt pasient og deres individuelle behov for å kunne hjelpe dem gjennom en tøff tid.

Kvåle & Synnes (2013) kommer i sin studie «*Understanding cancer patient`s reflections on good nursing care in light of Antonovsky`s theory*» fram til at pasientene opplevde venner og familie som de viktigste støttespillerne. Sykepleier og leger ble også sett på som en viktig ressurs og kilde til støtte når det trengtes. Pasientene opplevde det ofte vanskelig å snakke om følelser rundt framtiden. De ønsket å bli sett på som mennesker med ulike livsinteresser framfor kreftpasienter. Det å snakke om hverdagslige ting var med på å normalisere situasjonen og skapte håp for framtiden. Pasientene ønsket å ha et vennskapelig forhold til sykepleierne, der kommunikasjon om hva som fortsatt ga dem mening i livet ble sett på som et viktig aspekt for god omsorg. Det var også viktig for pasientene at de fikk tilstrekkelig informasjon fra sykepleierne som behandlet dem. Tilstrekkelig informasjon var avgjørende for hvordan de håndterte sykdommen. De ønsket å møte en sykepleier som de kunne stole på som hadde erfaring og kunnskap om deres sykdom og fikk dem til å føle seg trygg. En pasient beskrev det slikt:

*«Det er godt å spørre en sykepleier som har kunnskap. Det er viktig at hun kjenner meg og min sykdom. Noen av sykepleierne er redd for å fortelle meg for mye, men jeg vil ha fakta om sykdommen min. Hvis jeg nektes det, har jeg ikke behov for å snakke med en sykepleier» (Kvåle og Synnes, 2013,s. 817).*

Selv om det er viktig med tilstrekkelig informasjon, er det også viktig å respektere hvert individs evne til å takle den informasjonen som blir gitt og ikke la det bli en overbelastning og byrde.

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Pasientens håndtering av diagnosen

Pasienter med malignt melanom opplever ofte å stå ovenfor en rekke utfordringer og påkjenninger. Når man rammes av en alvorlig sykdom er det helt naturlig at man får psykiske reaksjoner (Reitan, 2017, s.82). Stamataki et al. (2014) viser i studien at pasientene uttrykker at de opplever frykt, angst og frustrasjon ved diagnosetidspunktet. I studien ser man også at usikkerhet er dominerende for pasientene (Stamataki et al.,2014). Usikkerhet, uvisshet og venting kan gi grobunn til å tenke, og man kan tenke det verste (Skarstein, 1998, s. 36). Når man får en alvorlig somatisk sykdom skaper dette som regel alltid krise i et menneskes liv (Skarstein, 1998,s. 36). En krise kan oppleves som en forstyrrelse av det normale livet. Ved en krisereaksjon går pasientene gjerne gjennom flere ulike faser i krisehåndteringen.

Den første fasen, kaldt akutfasen er særlig preget av et følelsesmessig kaos (Skarstein, 1998, s.38). Denne fasen kan blandt annet preges av frykt for å dø, som vi ser i studien til Hajdarevic et al. (2014) der deltagerne opplever eksistensielle bekymringer som øker bevisstheten om liv og død. Dette skaper et stort behov for informasjon om sykdom og konsekvenser. Dette tar oss videre til apatifasen som kan by på tunge og depressive tanker som følge av økt kunnskap (Skarstein,1998, s.37-38).

Mange av deltakerne i Stamataki et al. (2014) sin studie følte seg både hjelpeløs og frustrert da de fikk en bedre forståelse for egen sykdom, spesielt med tanke på at de ikke kunne bli behandlet for å redusere risikoen for tilbakevending, men bare måtte følge med på om det kom nye hudforandringer. Når man har bearbeidet de vanskeligste psykiske reaksjonen, blir det viktigste fokuset å prøve å se muligheter for framtiden med håp og overlevelse som mål og kalles nyorienteringsfasen (Skarstein, 1998, s.39). Dette påpekes av pasientene i studien til Kvåle & Synnes (2013) som ønsket å snakke om hverdagslige ting. Å snakke om hverdagslige ting var med på å normalisere situasjonen de befant seg i og skapte håp for framtiden. De ulike fasene kan være med på at opplevelsen av sykdommen hele tiden kan

endres og det kan tenkes at pasientene veksler mye mellom visshet og uvisshet, trygghet og utrygghet (Stubberud, 2013, s.21).

I studien til Hajdarevic et al. (2014) dukker også temaet følelsesmessige kaos og usikkerhet opp. Det framkommer at pasientene gjennomgår en eksistensiell prosess som byr på spørsmål om liv og død. De lurte på: «hvorfør meg?» Mange pasienter opplever situasjonen så stekt at de ikke klarer å dra nytte av tidligere mestringsmåter og føler seg hjelpeløs og ute av stand til å ha kontroll over sin egen situasjon (Kvåle, 2002, s.22). Ser man på sykepleie teorien til Travelbee er det særlig under sykdom og lidelse behovet for å finne svar på vanskelige spørsmål om liv og død melder seg med full kraft (Travelbee, 2001, s.225-226).

Det å være i krise ses ikke på som en sykdom, men en naturlig eksistensiell opplevelse som alle mennesker på et eller annet tidspunkt kan møte på (Reitan, 2017, s.82). Hvordan den enkelte pasient opplever å få en kreftsykdom, kan i stor grad variere. Det er flere faktorer som virker inn på hvor stor trussel pasienten opplever å stå ovenfor. Dette kan være om sykdommen kan helbredes, hvor lenge en kan forvente å leve, hvilke behandling en må gjennomgå og hvilket stadium sykdommen er i. Pasientens personlighet, livsfase og hvilken sosial situasjon en befinner seg i er også med på å bestemme hvordan pasienten takler sin sykdom (Kvåle, 2002, s.21-22). Dette gjør at det er viktig å se hvert enkelt individ som Travelbee vektlegger i sin teori om at mennesket er et unikt individ som hele tiden er i vekst, endring og utvikling (Travelbee, 2001, s.5-6).

## **5.2 Psykiske og fysiske behov som følge av diagnosen**

Pasienter som rammes av kreft er i en sårbar og stressende situasjon (Lorentsen & Grov, 2016, s. 398). Både i studien til Bird et al. (2015) og Stamataki et al. (2014) ser vi at støttebehovet hos disse pasientene kan være forskjellige fra andre typer hudkreft og svulster. Skal man klare å utøve optimal støtte til denne gruppen er det derfor viktig å ha en forståelse for at det kan foreligge andre viktige behov for disse pasientene enn ved andre kreftformer. I Bird et al. (2015) uttrykker pasientene et behov for at deres bekymringer ble trodd og at de ofte følte at denne diagnosen ikke ble sett på som like alvorlig som andre krefttyper. Bekymringer rundt tanken på at melanomet

kan komme tilbake er spesielt med på å skape uro hos pasientene, grunnet den økt fare for en ny primær kreftdiagnose og en rekke andre kreftformer. Som Travelbee påpeker er det viktig at sykepleier hjelper den syke igjennom sykdommen. Skal man lykkes med dette er det en forutsetning at vi får pasientene til å forstå at de fremdeles er verdifulle med tanke på de oppgavene i livet som bare akkurat hun eller han kan utføre. Når man føler seg verdifull føler man seg ofte også nødvendig. Når man føler seg nødvendig for noe eller noen kan dette gi en følelse av at ens liv betyr noe, men som sagt ser man noen ganger at den syke kan bli psykologisk forlat der de ikke blir sett eller får mulighet til å snakke om tanker og følelser noe som gjør at situasjonen kan oppfattes utrolig ensom og meningsløs (Travelbee, 2001, s. 225-227).

Videre finner de i studien til Hajdarevic et al. (2014) viktigheten av å få hjelp til pasientens eksistensielle lidelser som nettopp kan handler om dette med meningsløshet og opplevelse av verdiløshet. For mange er det å få kreft en dramatisk eksistensiell erfaring assosiert med lidelse og død. Hvordan den syke opplever at de eksistensielle behovene blir ivaretatt kommer an på kvalitet det er i møte mellom sykepleier og pasienten. Pasientens opplevelse av at sykepleier er tilstede, har evne til å lytte og la seg berøre kan gjøre det lettere å fortelle om slike følelser (Lorentsen & Grov ,2016,s. 398). Som profesjonell sykepleier har man et stort ansvar for å hjelpe den syke både med fysiske, psykiske eller åndelige plager (Travelbee, 2001, s.221-222). Dette gjør at sykepleier må se mer enn den syke kroppsdelen. Sykepleier må være i stand til å yte omsorg for hele personen og sørge for en helhetlig tilnærming til den syke (Skarstein, 1998, s. 36). Er sykepleier i stand til å skape gode og omsorgsfulle relasjoner ser vi at dette kan ha betydning for opplevelsen av livskvalitet og helse (Lorentsen & Grov, 2016,s.398).

Som følge av diagnosen oppstår det også fysiske behov som er viktig å ivareta. I studien til Stamataki et al. (2014) opplevde noen av pasientene bivirkninger av behandlingen som lymfødem, tretthet og smerter. Det finnes ulike stadier ved maligt melanom som angir hvor utbedre kreften er. Stadiene deles inn i 1-5.

Stadiene mellom 1 og 5 handler om kreftens utvikling fra det mildeste til det verste stadige (Helsediretoratet,2018). Pasienten har gjerne ulike utfordringer og behov i behandlingsforløpet med tanke på hvor utbred kreften er og hvilke behandling man



mottar. Pasientene får ofte behov for betryggelse og hjelp til å takle deres symptomer av sykepleier (Stamataki et al. 2014). Videre kommer det også fram at noen deltakere opplevde endret kroppsbilde etter selve operasjonen. Selv etter å ha snakket med helsepersonell før operasjonen, var de ikke forberedt på utseende og størrelse på arret. En synlig fysisk forandring som følge av sykdommen kan gi et endret kroppsbilde, med store ringvirkninger blant annet dårlig selvbilde og selvfølelse. Det er viktig at disse behovene også ivaretas som en del av en helhetlig tilnærming.

### **5.3 Sykepleiers rolle ved ivaretagelse av pasienter med malignt melanom.**

I studien til Bird et al. (2015) formidler pasientene at sykepleier spiller en viktig rolle for pasientenes omsorg. Ofte velges nettopp sykepleier som en hovedkilde til støtte da de har mye med dem å gjøre, noe som gjør at det er viktig at sykepleier er tilstede og oppdage dette slik at de kan være en ressurs. Som tidligere nevnt i 5.1 viser studien til Stamataki et al. (2014) at pasientene opplever mye frykt, angst og frustrasjon når de ble rammet av malignt melanom.

Når mennesker opplever alvorlige og vanskelige livshendelser får de ofte behov for medmenneskelig kontakt, støtte og noen å dele tanker og følelser med ( Eide & Eide, 2007, s.166). Ofte ser man at pasienter har mange spørsmål og blir disse ubesvar kan det føre til unødvendige belastninger og usikkerhet. Sykepleier har en viktig rolle når det kommer til undervisning om sykdommen , selvundersøkelser og hvordan forhindre tilbakefall. Økt kunnskap reduserte ofte bekymringene og gjorde det lettere å håndtere situasjonen (Bird et al. 2015). Et viktig forebyggende tiltak er jevnlig hudundersøkelse, hvor man sjekker kroppen fra topp til tå for føflekker som kan være i faresonen. Dette vil kunne bidra til at man oppdager sykdommen i et tidlig stadium og dermed får en bedre prognose (Holsen & Ingebretsen, 2016, s.523).

Videre i studien til Kvåle & Synnes (2013) uttrykker pasientene at de ønsket sykepleiere som hadde erfaring og kunnskap om deres sykdom samt tilstrekkelig informasjon fra de sykepleierne som behandlet dem. Vi vet at det er viktig med tilstrekkelig og god informasjon om sykdom og behandling for å skape mer forutsigbarhet og en forståelig situasjon ( Eide & Eide, 2007, s.166). I og med at vi

vet at alle pasienter takler sykdom på ulik måte blir det imidlertid også viktig å respektere hver pasients evne til å takle informasjon og ikke la dette blir en byrde og overbelastning (Kvåle & Synnes, 2013). Som oftest er det legene på avdelingene som har ansvar for å informere pasientene om diagnose, prognose og behandling. Sykepleier har et viktig ansvar for å følge opp informasjon som gis av lege. Det er også viktig å følge opp de reaksjonene som oppstår hos pasienten, både ved positive og negative tilbakemeldinger. En sykepleier som tørr å være i situasjonen med pasienten, spør om vanskelige ting og våger å være sammen med pasienten i taushet når det trengs er grunnleggende for å kunne hjelpe kreftpasienter gjennom en vanskelig tid (Schjølberg, 2013, s. 109).

Selv om ansvaret for å informere pasientene ligger hos legen, vet gjerne sykepleierne ofte utfallet på undersøkelser og prøver, men må tilbakeholde informasjon som kunne være med på å skape visshet og en mer forståelig situasjon for pasienten. Det kan tenkes at dette er med på å skape en utfordrende situasjon for sykepleier (Schjølberg, 2013, s.109). Gjennom møte med pasientens lidelse, møter også sykepleier veldig ofte på sin egen sårbarhet. Når man arbeider tett på alvorlig sykdom og kreft er det viktig at sykepleier bearbeide egne reaksjoner og holdninger, slik at man ikke signaliserer egen kreftangst og pessimisme til behandlingen, selv om signalene er ikke-verbale. Det å bearbeide egne følelser og tanker etter møte med pasienter og pårørende kan gi sykepleier en unik mulighet til å forbedre den omsorgen hun eller han gir i møte med den kreftsyke og gjøre det mindre truende og møte andres sårbarhet (Lorentsen & Grov, 2016,s.398).

Pasientene i Kvåles & Synnes (2013) ønsket også å ha et vennskapelig forhold til sykepleierne, der de kunne snakke om hverdagslige ting. Travelbee var opptatt av at sykepleiere skulle etablerte menneske-til-menneske-forhold framfor «sykepleier-pasient»-forhold. Med menneske-til-menneske-forhold skaper den profesjonelle sykepleier et genuint forhold til pasienten, hvor man kan oppleve den andre som et unikt menneske og at det oppstår en reell kontakt. Dette forholdet tar sikte på å hjelpe et individ og familien med å forebygge, mestre og lindre sykdom (Travelbee, 2001, s.171-178).

Et menneske-til-menneske-forhold er derimot ikke et venneforhold. I et venneforhold har begges behov betydning, mens her er fokuset på sykepleiebehovene hos den

syke. Venneforhold og menneske-til-menneske-forhold vil skille seg fra hverandre i forhold til partenes kvalifikasjoner, krav og forpliktelser (Trabelbee, 2001,s.184-185).

Det blir derfor viktig å skille mellom å være profesjonell og privat. Noen ganger opplever pasienter at sykepleier har det travelt noe som kan medføre at pasienten ikke tørr å ta initiativ til en prat selv om de ønsker det. Det blir mye kommunikasjon relatert til gjøremål og prosedyrer, noe som gjør det ekstra viktig å se behovet pasienten kan ha for å snakke om dagligdagse ting. Å snakke om hverdagslige ting som familie og livsinteresser kan være med på å normalisere situasjonen og skape håp for framtiden. En sykepleier som tar seg tid til å sette seg ned å slå av en liten prat, verdsettes høyt (Stubberud,2013,s.81).

## 6.0 Konklusjon

Sykepleier spiller en viktig rolle ved ivaretagelse av pasienter som er i en behandlingsfase for malignt melanom. En av de viktigste oppgavene sykepleier har er å se hver enkelt pasient som et unikt individ med sine spesifikke behov og problemer. Alle reagerer ulikt når man får en alvorlig diagnose og dette er viktig å ta stilling til. Skal sykepleier klare å ivareta pasientenes behov må det skapes gode og omsorgsfulle relasjoner. Gode relasjoner kan skapes ved at sykepleier er tilstede, har god evne til å lytte og har evne til å være nær og la seg berøre av pasientens situasjon. Sykepleier må både se og bekrefte pasientens psykiske og fysiske behov for å utøve helhetlig sykepleie. Det er grunnleggende at pasienten får tilstrekkelige og tilpasset informasjon gjennom hele behandlingsforløpet for å skape forutsigbarhet og en mer forståelig situasjon. Det oppstår ofte mange spørsmål i forhold til diagnose, behandling og prognose og blir disse ubesvart kan dette føre til unødvendig belastning og usikkerhet.

Malignt melanom er blant de kreftsykdommene med størst økning de siste årene, det vil derfor være nødvendig med mer forskning på området. Det er viktig å sette et like stort fokus på denne gruppen som ved andre kreftformer. Økt kunnskap om diagnosen blant befolkningen og helsepersonell kan bidra til tidligere oppdagelse av usikre føflekker slik at man kommer i behandling ved et tidlig stadium og får en bedre prognose.

## Referanseliste

- Bird, J., Coleman, P. & Danson, S. (2015). Coping with melanoma-related worry: a qualitative study of the experiences and support needs of patients with malignant melanoma. *Journal of Clinical Nursing*, 24(7-8), 937-947. <https://doi.org/10.1111/jocn.12758>
- Eide, . & Eide, . (2007) Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk, 2 rev. Oslo, Gyldendal Akademisk
- Hajdarevic, S., Rasmussen, B. H. & Hörnsten, Å. (2014). You never know when your last day will come and your trip will be over – Existential expressions from a melanoma diagnosis. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(4), 355-361. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.03.015>
- Helsebiblotekt (2015) Føflekkreft- malignt melanom. Hentet 4.oktober 2018 fra: <https://www.helsebibloteket.no/pasientinformasjon/kreft/foflekkreft-malignt-melanom>
- Helsebiblotekt (2016) Sjekklistene. Hentet 6.februar 2019 fra: <https://www.helsebibloteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistene>
- Helsedirektoratet (2018) Pakkeforløp for Malignt melanom. Hentet 3.november. 2018 fra: [https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1468/IS-2723\\_Handlingsprogram\\_maligne\\_melanomer.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1468/IS-2723_Handlingsprogram_maligne_melanomer.pdf)
- Holsen, D. & Ingebretsen, H (2016). Sykdommer i huden. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), Sykdom og behandling (s.507-525) Oslo: Gyldendal akademisk
- Kreftregisteret (2018a) føflekkreft. Hentet.4.oktober 2018 fra: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/Foflekkreft/>
- Kreftregisteret (2018b) Fakta om kreft. Hentet 4.oktober 2018 fra: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/>
- Kreftforeningen (2018) Psykiske reaksjoner. Hentet 11.oktober fra: <https://kreftforeningen.no/rad-og-rettigheter/mestre-livet-med-kreft/psykiske-reaksjoner-og-sorg/>
- Kvåle, K (2002) *Sykepleie til mennesker med kreft*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kvåle, K. & Synnes, O. (2013). Understanding cancer patients' reflections on good nursing care in light of Antonovsky's theory. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 814-819. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.07.003>

- Lorentsen, B. V & Grov, K .E (2016) Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I Stubberud, D.-G, Grønseth, R, Almås, H.(Red) Klinisk sykepleie 2. (utg.5) Oslo: Gyldendal akademisk.
- Norsk Sykepleier Forbund (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, hentet 4. Oktober 2018 fra:  
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Reitan, A.M. (2017). Psykologisk krise og mestringsmuligheter. I A.M Reitan & T.K Schjølberg (Red), *Kreftsykepleie: pasient- utfordringer- handling* (s. 82-100) (4.utg). Oslo: Cappelen Damm akademisk
- Reitan, A.M. (2017). Kreftsykepleie. I A.M Reitan & T.K Schjølberg (Red), *Kreftsykepleie: pasient- utfordringer- handling* (s. 33-47) (4.utg). Oslo: Cappelen Damm akademisk
- Schjølberg, T.K. (2017). Endret kroppsbilde. I A.M Reitan & T.K Schjølberg (Red), *Kreftsykepleie: pasient- utfordringer- handling* (s. 132-143) (4.utg). Oslo: Cappelen Damm akademisk
- Schjølberg, T. K. (2013). Sykepleie til pasienter med kreft. I U. Knutstad (Red.), *Sykepleieboken 3: Utøvelse av klinisk sykepleie* (2.utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Skarstein, J. (1998). Mentale og følelsesmessige reaksjoner ved alvorlig sykdom. I K. Ronge (Red.), *Mitt liv - mitt håp: mennesker i møte med alvorlig sykdom og skade* (s. 35-44). Oslo: Grøndahl Dreyer.
- Stamataki, Z., Brunton, L., Lorigan, P., Green, A. C., Newton-Bishop, J. & Molassiotis, A. (2014). Assessing the impact of diagnosis and the related supportive care needs in patients with cutaneous melanoma. *Supportive Care in Cancer*, 23(3), 779-789. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2414-x>
- Stubberud, D.-G. (2013). Pasientens psykososiale behov: konsekvenser for sykepleierens funksjon og ansvar. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforl.
- Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk

## Vedlegg

### Vedlegg 1 - PICO

Populasjon/ Patient/ Problem	Intervention	Comparison	Outcome
Hvilke pasientgruppe eller populasjon handler dette om?	Hvilke tiltak eller eksponering er vi interessert i?	Evt. Hva sammenligner vi med?	Hvilke resultat/utfall er av interesse?
Patients with malignant melanoma	Psychosocial support Communication Nursing Interaction		

## Vedlegg 2 - Litteratormatrise

Forfatter/årstall	Tittel	Mål	Metode/utvalg	Resultat
J.Bird P.Coleman S.Danson 2015	Coping whit melanoma-related worry: a qualitative study of the experiences and support needs of patients whit malignant melanoma	Å undersøke hvilke erfaringer pasienter med malignt melanom har i forhold til støttebehov og hvordan de opplever at deres behov blir møtt.	Dybdeintervju gjennomført med 11 pasienter. 6 damer og 5 menn med diagnosen malignt melanom.	Resultatet viser at pasientene har behov for at deres bekymringer relatert til sykdommen blir trodd, samt noen å dele byrden med var viktig. Pasientene ønsker også hjelp til selv hjelp.
S.Hajdarevic B.H.Rasmussen Å.Hörnsten 2014	You never know when your last day will come and your trip will be over- Existential expressions form a melanoma diagnosis	Å undersøke hvilke eksistensiell erfaringer pasienter diagnostert med ondartet melanom har.	Hermeneutisk tilnærming der 30 pasienter ble intervjuet, 15 kvinner og 15 menn. Pasientene hadde samme diagnose, men i ulike stadier.	Resultatet viser at å bli diagnostisert med malignt melanom gjør at man går gjennom en eksistensiell prosess med usikkerhet, prøver å finne balanse og skaffe fotfeste med mening i livet.
Z. Stamataki, L. Brunton, P. Lorigan, A.C. Green, J. Newton-Bishop, A. Molassiotis, 2014	Assessing the impact of diagnosis and the related supportive care needs in patients whit cutaneous melanoma	Å undersøke hvilke virkning/utfall som oppstår ved å bli diagnostisert med melanom og hvilke spesifikke omsorgsstøtte denne gruppen trenger.	Kvalitativ metode og Semi-strukturerte intervju av totalt 15 pasienter, 8 kvinner og 7 menn.	Resultatene viser 4 viktige hovedområder.  Følelsesmessig utfall som usikkerhet og frykt for sol. Påvirkning på familie og arbeidsforhold. Symptomer som smerte og lymfødems innvirkning på pasientenes daglige liv. Tilstrekkelig Informasjon og å bli sett av helsepersonell var viktig.
K. Kvåle O. Synnes, 2013	Understanding cancer patient's reflections on good nursing care in light of Antonovsky's theory	Å reflektere over hvorvidt og hvordan helsepersonell ved å gi god omsorg kan fungere som vitale ressurser i en stressende livssituasjon og bidra til fremmelse og opprettholde deres følelse av sammenheng.	Hermeneutisk tilnærming. Tjue pasienter ble intervjuet, hvor 10 var kvinner og 10 var menn. Deltagerne hadde ulike kreftdiagnoser i forskjellige stadier og prognoser.	Resultatet viser at helsepersonell kan ved å gi god informasjon og lytte til pasienten støtte pasientenes meningsfullhet samt lindring av fysisk lidelse kan bidra til å fremme og opprettholde deres håndterbarhet. Leger, sykepleiere, venner og familie kan ses på som en viktig ressurs når det er nødvendig.



### Vedlegg 3 - Flytdiagram

\* Se eksklusjonskriterier i metodekapittel 3.2

