



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sykepleie, forskning og fagutvikling

Vurdering: Bacheloroppgave

Kandidatnr: 31

Leveringsfrist: 17.02.2011 kl. 14.00

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær

Veileder: Benny Huser

Antall ord: 8753

Bacheloroppgave i sykepleie

2011

Kreft og mestring



http://i3.squidocdn.com/resize/squidoo_images/-1/lens7823271_1256915658coping-with-colon-cancer.jpg

Hvordan kan sykepleier bidra til å fremme mestring hos nydiagnostiserte kreftpasienter?

Sammendrag

Bakgrunn: Rundt 26000 personer blir årlig rammet av kreft i Norge. Videre er det er en forventet økning på 30 % krefttilfeller i Norge frem mot 2020 (*Kreftforeningen, 2009*). Som følge av at så mange blir rammet av kreft hvert år, er det stor sannsynlighet for at vi som sykepleiere kommer bort i pasienter som har blitt nydiagnostisert med kreft.

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan sykepleier kan bidra til å fremme mestring hos nydiagnostiserte kreftpasienter.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie. Dette vil si at for å skrive denne oppgaven har det blitt tatt i bruk litteratur og forskningsartikler som allerede finnes om emnet.

Resultat: I oppgaven har jeg sett på hva sykepleier kan gjøre for å fremme mestring hos kreftpasienten, samt hvordan pasient opplever mestring. Både i litteratur og forskningsartiklene kom det frem at pasient kan oppleve mestring gjennom kommunikasjon, informasjon og håp. Så på grunnlag av det har jeg sett på ulike sykepleietiltak som aktiv lytting, hjelpende nonverbal kommunikasjon, gjengiving av informasjon, skape relasjoner og tilstedeværelse.

Abstract

Background: Yearly, around 26000 people are diagnosed with cancer in Norway. By 2020 these numbers are expected to increase by 30% (*Kreftforeningen, 2009*). As a result of these increasing numbers it is highly likely that we as nurses will encounter patients newly diagnosed with cancer.

Purpose: The purpose of this assignment is to enhance knowledge when it comes to how nurses may contribute in the progression of newly diagnosed cancer patients.

Method: This assignment is a literary study which means that in order to write it, literature and research articles already written on the subject has been used.

Result: In this assignment I have looked at what nurses can do to help cancer patients cope as well as how these patients deal with their diagnosis. Literature and research articles show that patients cope better through communication, information and hope. On the basis of this I have looked at several procedures nurses may use such as active listening, positive non-verbal communication, repetition of information, creating relations as well as simply being there for the patient.

Innhold

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling.....	1
1.3 Begrunnelse for valg, avgrensing og presisering av problemstillingen.....	1
1.4 Mål med Bacheloroppgaven	2
1.5 Oppgavens disposisjon	3
2.0 Teori	4
2.1 Sykepleieteori	4
2.3 Sentrale begreper	5
2.3.1 Kreft	5
2.3.2 Krise	5
2.3.3 Mestring	6
2.3.4 Kommunikasjon.....	7
2.3.5 Informasjon	7
2.3.6 Håp.....	8
3.0 Metode.....	10
3.1 Definisjon av metode.....	10
3.2 Litteraturstudie.....	10
3.3 Fremgangsmåte.....	10
3.4 Kildekritikk.....	12
3.5 Etske vurderinger.....	12
4.0 Resultat/funn	13
4.1 Oppsummering av funn i artiklene	13
4.2 Presentasjon av artikler.....	13
5.0 Drøfting	16
5.1 Formidling av en kreftdiagnose	16

5.2 Betydningen av kommunikasjon	17
5.3 Betydningen av informasjon.....	20
5.4 Betydningen av håp	22
6.0 Avslutning	24
7.0 Referanser.....	25
Vedlegg 1	i
Vedlegg 2	iv

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I følge kreftforeningen (2009) var det 26 121 personer i Norge som fikk kreft i 2008. Tallene viser at der var 14 000 menn og 12 121 kvinner som fikk kreft i løpet av det året. Det er forekomst av kreft i alle aldersgrupper, men de fleste nordmenn som blir rammet av kreft er eldre enn 50 år. Videre blir det beskrevet i kreftforeningen (2009) at det er en forventet økning på 30 % krefttilfeller i Norge frem mot 2020.

Som følge av at så mange blir rammet av kreft hvert år, er det stor sannsynlighet for at vi som sykepleiere kommer bort i pasienter som har blitt nydiagnostisert med kreft. I min ene sykehuspraksis var jeg på en medisinsk avdeling. Her fikk jeg oppleve at en del av pasientene fikk vite at de hadde en kreftdiagnose. En ting som utmerket seg etter at pasienten hadde fått denne diagnosen var at sykepleierne ble usikre på hvordan de skulle forholde seg til pasientene og hvordan de skulle være til hjelp. Et eksempel jeg husker veldig godt var: Jeg og kontaktsykepleieren min var med på legevisitt. Vi kom inn på rommet til en pasient som skulle få vite at hun var rammet av en kreftdiagnose. Kvinnen var helt overbevist om at hun bare var obstipert, så derfor trodde hun ikke på det legen fortalte. Etter hun hadde fått diagnosen ble hun liggendes i sengen i flere dager uten å gi uttrykk for noe. Jeg spurte om vi ikke skulle gjøre noe for denne kvinnen, men jeg fikk som svar at det var vell ikke noe vi kunne gjøre? Hun hadde fått denne diagnosen å ville hun ha hjelp kunne hun ringe i snoren. På pauserommet hørte jeg også at det var mange av de ansatte som lurte på hvordan de kunne hjelpe henne. Men det var ingen som hadde noe svar på det.

1.2 Problemstilling

Problemstillingen min lyder som følger: Hvordan kan sykepleier bidra til å fremme mestring hos nydiagnostiserte kreftpasienter?

1.3 Begrunnelse for valg, avgrensing og presisering av problemstillingen

Pasienter som blir nydiagnostiserte med kreft på sykehus kan til tider få beskjeden gjennom en upersonlig legevisitt. Kvinnen som jeg forteller om i historien min er nok ikke den eneste som har blitt sittende alene, etter at hun hadde fått beskjeden om at hun var rammet av kreft. Hun ringte aldri i snoren, og dermed var det ingen som tok seg tid til å snakke med henne. Dette kan blant annet skyldes at en del sykepleiere kan oppleve en arbeidsdag som er fylt med

mange gjøremål, og slik kan denne pasientgruppen bli nedprioritert. Dermed blir mange pasienter sittende alene med alle tankene om fremtiden, som kommer etter å ha fått nyheten om en alvorlig diagnose. Håpet til denne pasientgruppen kan også bli svekket, og da må sykepleiere hjelper dem ut av den eventuelle håpløsheten de måtte føle. De kan også ha et stort behov for å ha noen hos seg å dele og bearbeide tankene sine. Videre kan kreftpasient ha behov for informasjon, og dermed må sykepleiere må være flinke å gi dem den informasjonen de trenger. Mange vil også trenge god omsorg fra sykepleiere mens de gjennomgår deler av kriseforløpet.

Jeg har valgt å fokusere på voksne pasienter med en nyoppdaget kreftdiagnose med en usikker prognose. Med nydiagnostisert kreft menes at pasienten nettopp har fått diagnosen, og har ikke vært rammet av kreft tidligere. Problemstillingen omhandler den generelle kreftpasienten på medisinsk avdeling, og er derfor ikke knyttet opp til en spesiell kreftdiagnose. Videre er pasientene virkelighetsorienterte og har ikke problem med å kommunisere. På grunn av oppgavens begrensede omfang har jeg valgt ikke å inkludere områder som omfatter pårørende, det åndelige behovet eller symptomlindrende tiltak til kreftpasienten.

Jeg har valgt å avgrense oppgaven ved å fokusere på den tiden pasienten er på sykehus, fra han får diagnosen til han blir utskrevet for første gang. I følge statistisk sentralbyrå (2010) er den gjennomsnittelige liggetiden på norske sykehus på 4,6 dager. I lys av dette går jeg dermed ut i fra at pasientene som er nydiagnostiserte med kreft har en liggetid på sykehuset i ca. 5 dager. Dermed vil jeg bare ta for meg de to første fasene i kriseforløpet til Cullberg, siden de kan vare opptil 6 uker.

1.4 Mål med Bacheloroppgaven

Målet med oppgaven er å fordype meg i hvordan vi som sykepleiere kan bidra til å hjelpe pasienten å mestre sin nye livssituasjon etter å ha fått vite at de har en kreftdiagnose. Dette fordi jeg som student kom bort i situasjoner der jeg følte at disse pasientene ikke fikk noe oppfølging etter de hadde fått diagnosen. Jeg ønsker å tilegne meg selv og andre lesere kunnskaper innen dette feltet, slik jeg kan styrke min egen og andres faglige kompetanse. Dermed kan denne oppgaven være med på at man stiller bedre forberedt til det neste møte med den nydiagnostiserte kreftpasienten.

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven fortsetter med en teoridel, der jeg presenterer Joyce Travelbees sykepleieteori. Denne teorien vil også bli brukt som et grunnlag for oppgaven. Videre i teoridelen vil jeg presentere sentrale begreper for oppgaven som mestring, kommunikasjon, informasjon og håp. I metodedelen blir metodebegrepet beskrevet, samt litteraturstudie, siden dette er metoden som er brukt i oppgaven. Jeg viser også framgangsmåte for å finne forskningsartiklene som jeg har valgt å bruke, samt har vedlegg for framgangsmåte og oppsummering av forskningsartiklene. I resultatdelen kommer det først en oppsummering av artiklene, deretter blir artiklene presentert hver for seg. I drøftingen blir litteratur, forskningsartiklene og mine egne synspunkt diskutert i forhold til problemstillingen. Til slutt følger en oppsummering av oppgaven i avslutningen.

2.0 Teori

2.1 Sykepleieteori

Jeg har valgt å anvende Joyce Travelbee sin sykepleieteori til denne oppgaven. Dette fordi hun fokuserer på blant annet mestring, håp og kommunikasjon mellom sykepleier og pasient i sin teori. Dette er sentrale tema for min oppgave. Jeg støtter meg også til Reitan (2010b) som skriver at kreftpasienter står overfor mange nye utfordringer som må mestres både i forbindelse med kreftdiagnosen og behandling. Det er også naturlig at denne pasientgruppen ofte får krisereaksjoner etter de har fått vite at de er rammet av kreft. I følge Travelbee (2001) skal vi som sykepleiere møte pasienter i situasjonene der de opplever problem eller krise. Sykepleier skal også hjelpe pasientene til å kunne mestre sykdom og lidelse, der håp kan være et hjelpemiddel for mestring.

Joyce Travelbee (2001) definerer sykepleien som en mellommenneskelig prosess der målet til sykepleier er å hjelpe pasienten til å forebygge eller mestre erfaringer som kommer av sykdom og lidelse, og også finne mening i disse erfaringene. Hvert enkelt menneske vil i følge Travelbee oppleve lidelse og smerte som en del av livet. Hun gir også uttrykk for at hvert enkelt individ er en unik person, der ulike situasjoner kan oppleves forskjellig fra pasient til pasient (Travelbee, 2001).

I følge Travelbee (2001) er sykepleiere, som jobber på sykehus, primært opptatt av å hjelpe pasient med og komme seg etter sykdom, og eventuelt hjelpe pasient til å gjenvinne full helse. Gjennom å etablere en tilknytning til den syke, der sykepleier formidler at pasient blir forstått og ikke er alene, er en måte sykepleier hjelper pasient til å mestre sykdom og lidelse.

Gjennom god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient blir det dannet et menneske-til-menneskeforhold. Et sånt forhold kan bli beskrevet som erfaringer mellom sykepleier og pasient. Dette vil altså si at gjennom disse erfaringene blir sykepleier bedre kjent med pasient, og dermed kan gi en god individuell pleie. Travelbee (2001) mener at en dyktig sykepleiers oppgave er å planlegge, tilrettelegge og lede interaksjonen med pasienten, slik at det tjener sykepleiers mål og hensikt. Så gjennom et menneske-til-menneske-forhold kan man i følge Travelbee (2001) oppfylle sykepleiers mål og hensikt, der man hjelper pasient til å forebygge og mestre sykdom.

Travelbee (2001) mener at det ikke er nok at sykepleier ser det objektive i pasientens situasjon, men også det subjektive, der sykepleier forstår sykdom som en menneskelig erfaring. Dermed kan en dyktig sykepleier forstå at et av de største problemene til pasienten vil være hans egen oppfatning av sykdommen på bakgrunn av hvordan dette vil påvirke han og familien hans.

Håpet gjør mennesker i stand til å mestre situasjoner som blir sett på som vonde og vanskelige. Videre sier Travelbee (2001) at håpet er knyttet til forventninger om at andre vil hjelpe i situasjoner der man selv ikke har indre ressurser til å strekke til. Håp kommer også av at visse valg, alternativer eller utveier, står åpne for ham. Dermed blir sykepleiers oppgave å hjelpe pasient med å oppleve håp og unngå håpløshet. For opplever pasient håpløshet er han uten håp, og dette fører til at han ikke forsøker å løse problem eller mestre det som er vanskelig i livet. Sykepleier kan fremme håp hos pasient ved å være tilgjengelig og villig til å hjelpe han. Dette kan for eksempel være at sykepleier er tilgjengelig når pasient vil snakke om sykdommen.

2.3 Sentrale begreper

2.3.1 Kreft

I kroppen har vi flere milliarder celler som formerer seg ved deling. Ved kreft deler disse cellene seg ukontrollert og utfører ikke de oppgavene som de friske cellene gjør. Etter hvert skjer det en opphopning av kreftceller i det organet der den ukontrollerte veksten startet, og dette blir til en kreftsvulst. Disse kreftcellene, kan i motsetning til celler i godartete svulster, vokse inn i andre organ. De ondartede kreftcellene kan også spre seg via blodet eller lymfesystemet. Den medisinske behandlingen varierer, ut i fra hvor kreften er i kroppen og hva krefttype det er. De vanligste behandlingsformene er kirurgi, cytostatikabehandling og strålebehandling. Disse behandlingene kan både brukes i kombinasjon eller hver for seg (Lorentsen og Grov, 2010).

2.3.2 Krise

For de fleste er beskjeden om at de er rammet av en kreftdiagnose preget av sterke reaksjoner. Beskjeden om en slik diagnose setter i gang et alarm- og katastrofesystem som gjør at mange er langt borte fra sitt rasjonelle jeg (Myskja, 2005). Ordet krise kan bli sett på som en vanskelig situasjon, et avgjørende vendepunkt eller en plutselig forandring. I følge Renolen (2008) vil alle mennesker oppleve små og store kriser gjennom livet. Man kan skille mellom to ulike typer kriser, livskrise og traumetisk krise. Livskriser kommer av naturlig utviklinger

gjennom livet som pubertet, få barn og alderdom. Traumatiske kriser kommer som følge av ekstraordinære påkjenninger som sykdom eller ulykke (*Eide og Eide, 2007*).

Når et menneske rammes av en krise vil de, i følge Johan Cullbergs kriseteori, gå gjennom fire ulike faser. Hver fase har sine kjennetegn og ulike utfordringer. Han mener at de ikke alltid kan skilles fra hverandre, og at de av og til kan gå inni hverandre (*Cullberg, 2007*). Som nevnt tidligere vil jeg bare gå inn i de to første fasene til Cullberg. Den første fasen, som kalles sjokkfase, varer fra et kort øyeblikk til noen døgn. Kjennetegn på denne fasen vil være at pasienten kjenner en uvirkelighetsfølelse og kan ha problem med å huske hva som blir sagt. Den rammede kan ha reaksjoner som voldsomme følelsesmessige utbrudd, gjenta seg selv, snakke om likegyldige ting, til å ligge lydløs og urørlig (*Cullberg, 2007*). Det sykepleier kan gjøre for å hjelpe pasient gjennom reaksjonene er gi god allmenn omsorg. Det er også viktig å passe på at eventuell informasjon som blir gitt i denne fasen blir repetert i senere forløp (*Renolen, 2008*). Den andre fasen blir omtalt som reaksjonsfasen og kan vare inntil seks uker. Her begynner den kriserammede å ta virkeligheten innover seg og begynner å vise følelser. Mange prøver også å finne en mening i kaoset og har behov for å prate med noen (*Cullberg, 2007*). En av sykepleiers oppgave vil dermed bli å være åpen for samtale med pasient, der han kan få erkjenne følelsene sine (*Renolen, 2008*). Disse to fasene, sjokkfasen og reaksjonsfasen, utgjør den akutte fasen i kriseomløpet (*Cullberg, 2007*).

2.3.3 Mestring

Å mestre kan forklares med å greie, ha tak på, eller beherske ulike situasjoner. Mestring kan bli delt inn i to hovedtyper, problemfokuset mestring og emosjonellfokuset mestring. Ved å ha en problemfokuset mestringsstrategi vil man endre eller håndtere det som oppleves belastende i miljøet. Gjennom en emosjonellfokuset mestringsstrategi har man som hensikt å endre eller håndtere egne følelser som oppstår i forhold til belastningen (*Hanssen og Natvig, 2007*). Hver enkelts evne til mestring blir påvirket av faktorer som kjønn, personlige forutsetninger, motstandskraft mot påkjenninger og tidligere erfaringer med stress, kriser og sykdom. Det har og vist seg at pasienter som tror på muligheter, for mestring og bedring, greier seg bedre enn andre. For at pasient skal oppleve mestring kan sykepleier samtale med pasient, la pasient få uttrykke tanker, følelser og reaksjoner, oppfordre til aktiv bruk av livsfortellinger, samt formidle informasjon og kunnskap til pasient (*Reitan, 2010c*).

2.3.4 Kommunikasjon

Gjennom kommunikasjon kan man bli bedre kjent med pasienten, og dermed greie å forstå og møte pasientens behov. Slik kan man som sykepleier hjelpe pasienten med å mestre sykdom på en bedre måte (*Reitan, 2010a*). Kommunikasjon kan også hjelpe pasienten til å bearbeide reaksjoner og krisen som kan komme som følge av kreftsykdommen (*Eide og Eide, 2007*).

Begrepet kommunikasjon betyr å gjøre noe felles eller å delaktiggjøre en annen. Dette kan bli gjort med å utveksle meningsfulle tegn mellom to eller flere parter. Videre kan kommunikasjon bli delt inn i to hovedtyper, verbal og nonverbal kommunikasjon. Den verbale kommunikasjonen uttrykkes vi gjennom ord og skrift. Nonverbale uttrykksformer kan være ansiktsuttrykk, kroppsholdning og stemmeklang. Sykepleier kan bruke hjelpende nonverbal kommunikasjon i dialog med pasient. Dette gjøres ved at sykepleier har øyekontakt med pasient, uten å stirre, har en åpen kroppsholdning uten kryssede armer eller ben, og lener seg fremover mot pasient. Slik signaliserer sykepleier gjennom det nonverbale at hun er innstilt på å lytte og hjelpe. Å dette kan gjøre at pasient føler seg trygg og ivaretatt (*Eide og Eide, 2007*).

Som sykepleier skal man utøve profesjonell, helsefaglig kommunikasjon til pasient. Dette vil si at den skal være faglig velbegrunnet og til hjelp for pasient. Evnen til aktiv lytting er en av de viktigste ferdighetene i å utøve profesjonell, hjelpende kommunikasjon. Dette fordi at gjennom denne type kommunikasjon kan sykepleier få den kreftrammede til å åpne seg. Sykepleier kan starte en samtale med å gi pasient et åpent spørsmål, deretter må pasient få god tid til å svare. Gjennom aktiv lytting viser sykepleier gjennom nonverbal adferd at man er oppmerksom på pasient og gir små verbale oppmuntringer som viser at hun følger med. Under samtalen kan sykepleier stille spørsmål som kan være til hjelp for å utdype det pasienten snakker om (*Eide og Eide, 2007*).

2.3.5 Informasjon

Pasienten må føle at han har kognitiv kontroll, som vil si at han har tilgang på nødvendig informasjon. Hvis pasient får manglende informasjon om sykdom og behandling kan dette være med på å skape utrygghet og forvirring (*Eide og Eide, 2007*). Pasientrettighetsloven § 3-2 omhandler pasienten rett til informasjon. Her kommer det frem at pasient har rett til informasjon som er nødvendig for at han skal ha innsikt i egen helsetilstand og hva helsehjelpen som han skal motta inneholder. I helsepersonelloven (1999) § 10 står det beskrevet at den som yter helsehjelpen har krav på å gi denne informasjonen til pasient. Med

dette menes at blant annet sykepleier har rett på å formidle kunnskap til pasient om sykdom, diagnostiske prøver, undersøkelser, behandling og eventuelle bivirkninger eller komplikasjoner som kan oppstå som følge av behandling (*Reitan, 2010c*).

I tillegg til faktakunnskap om sykdom må sykepleier gi pasient sensorisk kunnskap. Dette vil si at pasient får informasjon om hvordan undersøkelser og behandling kan kjennes ut for dem. Som tidligere nevnt er pasienter som nettopp har fått vite at de er rammet av kreft i en akutt fase av krisen. Det gjør at pasientens evne til kognitiv informasjonsbearbeiding er redusert. Derfor må sykepleier tenke på hva som skal gis av informasjon og hvordan den skal gis til pasient, ut i fra hva den kriserammede har behov for å vite (*Reitan, 2010c*).

I pasientrettighetsloven (1999) § 3-5 står det beskrevet at informasjonen skal være tilpasset mottakerens forutsetninger og bli gitt på en hensynsfull måte. Videre i pasientrettighetsloven § 3-5, andre ledd, har helsepersonell et ansvar for å sikre at pasienten har forstått innholdet og betydningene av informasjonen. Sykepleier må også være imøtekommende med eventuelle spørsmål og problem som pasienten måtte ha (*Eide og Eide, 2007*).

I pasientrettighetsloven (1999) § 3-2, andre ledd, står det beskrevet at pasient kan motsi seg å få informasjon om sykdom. Dette skal da aksepteres av sykepleier, så lenge det ikke informasjonen er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen.

2.3.6 Håp

Mange kreftpasienter mener at håp er en av den beste mestringsstrategien når det kommer til sykdommen (*Reitan, 2010c*). Håp innebærer en positiv forventning til noe som kan være mulig på kort eller lengre sikt. Dette betyr ikke at håp er en forventning om at problemer skal løses, men at man har tro og tillit på at fremtiden vil ha noe meningsfylt med seg (*Eide og Eide, 2007*). I følge Renolen (2008) finnes det to forskjellige former for håp, nemlig universelt og spesifisert håp. Det universelle håpet handler om å ha en generell tro på fremtiden, og er ikke tidfestet, objektavhengig eller personavhengig. Når det kommer til spesifikt håp er det knyttet til noe bestemt som man kan håpe på, for eksempel at en behandlingsform skal virke. Det er det universelle håpet som holder motet oppe hvis det spesifikke håpet er truet. Gjennom å håpe kan pasienter som lider av alvorlig sykdom hente frem både indre og ytre ressurser, slik de kan greie å se positivt fremover og mestre utfordringene som vil oppstå. Gjennom at pasienten har et sterkt håp kan han hente energi og styrke til å greie å møte motstanden som følger av sykdom (*Renolen, 2008*). I følge Myskja (2005) mener pasientene selv at håpet har vært til hjelp for å overleve etter de har fått en

kreftdiagnose. Sykepleier må være klar over at de kan formidle håp til pasient gjennom atferd, holdning og ordbruk i samtaler og informasjonsformidling (*Lorentsen og Grov, 2010*).

3.0 Metode

3.1 Definisjon av metode

I følge Dalland (2007) er metode en fremgangsmåte og et middel man bruker for å finne den informasjonen eller kunnskap som man trenger. På denne måten kan man belyse det spørsmålet man ønsker svar på, ved å bruke metode som et redskap for innhenting av informasjon. I følge Olsson og Sørensen (2003) er metode grunnlaget for å påvirke, beskrive, forutsi eller forandre de allerede eksisterende forhold.

3.2 Litteraturstudie

I følge Olsson og Sørensen (2003) skal en litteraturstudie anvende litteratur som informasjonskilde. Videre skal et litteraturstudium bestå av bakgrunn, formål, problemstilling, metode og resultat. Målet skal altså ikke være å fremstille ny kunnskap om temaet, men å anvende den kunnskapen som allerede finnes (Dalland, 2007). En systematisk litteraturstudie blir beskrevet av Forsberg og Wengström (2008) som å gå ut i fra et tydelig formulert spørsmål, der man systematisk besvarer oppgaven ved å identifisere, velge, vurdere og analyserer relevante forskningslitteratur om emnet.

Jeg har anvendt systematisk litteraturstudie for å besvare denne bacheloroppgaven, grunnet det står i retningslinjene. Gjennom systematisk litteraturstudie har jeg formulert min egen problemstilling, innhentet, vurdert og analysert relevant forskning for å besvare temaet i oppgaven.

3.3 Fremgangsmåte

Jeg har søkt etter relevante artikler gjennom HSH sine søkedatabaser. Der brukte jeg søkedatabasene SveMed+, Cinahl og Ovid. Jeg brukte søkeordene cancer, neoplasm, patients, nursing, nurs*, coping, hope, communication, empathy, psychosocial support og health care quality. Jeg brukte ordenen først enkeltvis i hver søkedatabase, før jeg kombinerte søkene jeg hadde gjort. På denne måten kunne jeg finne de mest aktuelle artiklene til min problemstilling (se vedlegg 1).

Jeg hadde visse inklusjonskriterier for at forskningsartiklene skulle være relevante for min oppgave. De skulle blant annet handle om den generelle kreftpasienten, så derfor prøvde jeg å finne artikler som ikke var basert på en spesifikk kreftdiagnose. Videre ville jeg de skulle

omhandle temaene informasjon, kommunikasjon og håp. Jeg hadde også bestemt meg for at blant artiklene skulle det både være sykepleiefokusert vinkling og pasientfokusert vinkling.

Jeg begynte med å lese sammendraget av artikkelen, hvis dette viste seg å være aktuelt for min oppgave leste jeg videre på introduksjon, design og metode. Hvis den fortsatt var relevant leste jeg hele artikkelen for å få en helhet. Deretter vurderte jeg kvaliteten på artiklene ved å bruke en sjekklister. Etter å ha sett over artiklene som kom i de forskjellige søkene, stod jeg igjen med 5 artikler som jeg vurderte som seriøse og relevante for min problemstilling. Til slutt satt jeg de aktuelle forskningsartiklene opp i en tabell (se vedlegg 2).

Artikkelen ”Essensielle fenomen i kreftomsorga” (*Halding, 2003*) ble valgt fordi den handler om hvordan den generelle kreftpasientens opplever møtet med helsepersonell. Dette er nyttig til min oppgave fordi man får vite hva kreftpasientene mener er god omsorg og hva som er fravær av omsorg i sykepleien.

“Barriers in Providing Psychosocial Support for Patients With Cancer” (*Botti, et al., 2006*) valgte jeg fordi den handler om hvordan sykepleiere kan gi god psykososial omsorg til kreftpasientene. Her kommer det også frem ulike utsagn som pasienter har sagt til sykepleierne sine. På denne måten kan denne artikkelen gi meg et innblikk i både sykepleiers og pasientens utfordringer når det kommer til psykososial omsorg.

Videre valgte jeg forskningsartikkelen ”Narrativer i samtaler mellom kreftsykepleier og pasient” (*Thorsnes og Brataas, 2008*) grunnet dens fokus på samtaleteknikker mellom sykepleier og pasient, samt hvordan fortellinger fra pasienter kan være en del av å mestre kreftdiagnosen.

Forskningsartikkelen “Listening to the voices of patients with cancer, their advocates and their nurses: A hermeneutic-phenomenological study of quality nursing care” (*Charalambous, Papadopoulos & Beadsmoore 2008*) valgte jeg fordi den handler om hvordan kreftpasienter opplever kvaliteten på sykepleien. Slik får jeg et innblikk i synspunkter fra pasienter, siden det kommer frem hva de mener er viktig for god kvalitet på sykepleien som de mottar.

Til slutt valgte jeg forskningsartikkelen ”Hope and coping in patients with cancer diagnoses” (*Felder, B. E., 2004*). Dette blant annet fordi den kommer inn på hvordan håpet kan påvirke mestringsveien til kreftpasienter, noe som er svært sentralt i min oppgave.

3.4 Kildekritikk

Når man søker etter en artikkel på internett er det viktig at man alltid stiller seg kritisk til kilden og vurderer om den kan bli beregnet som seriøs eller ikke (*Bertnes, 2005*). Dette fordi at hvem som helst kan publisere stoff på nettet. Når man skal vurdere en artikkel sin seriøsitet må man tenke på den faglige autoriteten som ligger bak, hva fagområde det gjelder, hvordan innholdet blir presentert og om informasjonen er troverdig. Følger man disse punktene kan man altså vurdere om stoffet kan bli regnet som seriøst (*Bertnes, 2005*). Ut i fra egne erfaringer er også sjekklistene gode å bruke for å vurdere kvaliteten av artikkelen. Videre har jeg valgt å ikke bruke litteratur som er eldre enn 10 år, dette fordi jeg vil ha den nyeste innen litteratur i min oppgave.

3.5 Etiske vurderinger

Jeg har brukt Høgskolen Stord/Haugesund sine generelle retningslinjer for oppgaveskriving i denne oppgaven. Her kommer det blant annet frem at man skal tolke og gjengi stoffet på en mest mulig korrekt måte, uten at man gjør plagiat av det forskere og forfattere har skrevet. I følge Forsberg og Wengstrøm (*2008*) skal man ta etiske hensyn når det kommer til utvalg og resultat av det litterære studiet. Dette kan man blant annet gjøre ved å velge artikler og forskning som følger prinsippene til de etiske retningslinjene som er godkjent fra en etisk komité (*Olsson & Sørensen, 2003*). Jeg har tatt etiske hensyn når det kommer til utvalg av forskningsartiklene som blir brukt i oppgaven, dette fordi alle er godkjent av en etisk komité.

4.0 Resultat/funn

4.1 Oppsummering av funn i artiklene

Artiklene jeg har valgt å bruke omhandler temaer som mestring, håp, omsorg, kommunikasjon og informasjon. Gjennom artiklene får man et innblikk i at pasientene opplever å bli ivaretatt og ha noen å snakke med som god omsorgen fra sykepleier. Videre beskrev pasientene det å få informasjon og kunne bevare håpet som viktig for dem når de har fått en kreftdiagnose. Noen av artiklene har også tatt utgangspunkt i hva sykepleier mener er viktig for å kunne utøve god sykepleie. Dette var blant annet å få pasientens tillit, slik at hun kunne legge til rette for individuell sykepleie. Det blir også belyst at en god dialog med pasient kan føre til at han åpner seg for sykepleier, og dermed kan hun komme nærmere pasient. På denne måten blir det lettere for sykepleier å vite hva som er viktig i pasientens liv, og at hun på best mulig måte kan hjelpe han i den situasjonen han er i. Videre får man et innblikk i at håp kan øke pasientens opplevelse av mestring, og hvordan sykepleier kan hjelpe pasient med opplevelsen av håp.

4.2 Presentasjon av artikler

Essensielle fenomen i kreftomsorga (Halding, A-G., 2003).

Denne artikkelen er bygd på en fenomenologisk studie. Her blir pasientperspektiv på omsorg utdypet, gjennom pasientens egne erfaringer fra kreftsykdom og kreftbehandling. Til denne studien ble 12 tilfeldige informanter intervjuet. Alle pasientene hadde både gode og dårlige omsorgserfaringer i de ulike fasene av kreftsykdommen. Funnene som kom frem var at den gode omsorgen omhandlet å bli ivaretatt, ha noen å snakke med og få håp og krefter. Det de 12 informantene mente var fravær av omsorg var ingen oppfølging, ingen tid til gråt eller samtale, ikke få ta del i kunnskap og mangel på uttrykk av empati. Noe av det som ble nevnt i artikkelen var at pasient følte at det var viktig at han kjente sykepleier og omvent, siden dette førte til at han var mer fortrolig i samtalene. Videre kom det frem at pasientene mente at det var få av hjelperne som har stimulert håpet deres direkte. De fleste i denne undersøkelsen mente også at de har fått for lite informasjon og den informasjonen de har fått har vært upersonlig rettet mot dem.

Barriers in Providing Psychosocial Support for Patients With Cancer (Botti, M., Endacott, R., Watts, R., Cairns, J., Lewis, K. & Kenny, A., 2006).

Det ble brukt kvalitativ metode for å gjennomføre denne australske studien. Hensikten med denne studien var å komme frem til ulike problemstillinger som sykepleiere opplever når de skal gi psykososial omsorg til pasienter med hematologisk kreft. 15 erfarne sykepleiere ble delt inn i to ulike grupper, og gjennom gruppeintervju ble informasjonen innhentet. Det var fem tema som kom frem under intervjuene: Når er det en god tid for å snakke med pasient, hvordan bygge forhold til pasient, bli trukket inn i den emosjonelle verden til pasienten, gi støtte gjennom pasientens reise og brudd i kommunikasjonsprosessen. Blant annet kom det frem at pasient og sykepleier hadde ulike syn på når det var best tid å snakke. Sykepleier følte at den beste tiden var når de utførte oppgaver som stell, mens pasienten mente at de hadde et ekstra behov for samtale om natten. Videre kom det frem at for å bygge et forhold med pasienten var det viktig at sykepleier fikk hans tillit. Det kom også frem at arbeidsmengden til sykepleier kan være et brudd for kommunikasjonsprosessen mellom henne og pasient.

Narrativer i samtaler mellom kreftsykepleier og pasient (Thorsnes, S. M. & Brataas, H. V., 2008).

Hensikten med denne kvalitative studien var å få mer kunnskap om hvordan sykepleiere kan samtale med pasient slik at fortellinger begynner og utvikles. Det var 8 sykepleiere og 8 pasienter som var med i denne studien, der pasientene var i 4 forskjellige behandlingssituasjoner. Dermed var det både nydiagnostiserte pasientene som skulle starte med behandling, de som har hatt kirurgi og skulle ha videre behandling, de som skulle ha behandling etter oppdaget spredning, samt en som fikk vite at han ikke hadde spredning og slapp behandling, som var med i studien. Funnene viste at pasienter som nylig hadde fått diagnosen og nettopp hadde begynt behandling hadde ingen fullstendig fortelling. De virket usikre i sin nye livssituasjon. Sykepleierens fokus var mer rettet mot den medisinske behandlingen heller enn sykepleiefaglig. De fleste pasientene som hadde kommt lengre ut i behandlingen hadde fullstendige fortellinger. Sykepleier var her aktivt med på å hjelpe pasient i prosessen med meningskaping. Dette skjedde gjennom at sykepleier gjennomførte speiling og aktiv spørring, slik at pasient kunne knytte tidligere erfaringer av sykdom, til informasjon om spredning av kreftsykdommen.

Listening to the voices of patients with cancer, their advocates and their nurses: A hermeneutic-phenomenological study of quality nursing care (*Charalambous, A., Papadopoulos, R. & Beadsmoore, A., 2008*).

Hensikten med denne hermeneutisk-fenomenologiske studien var å undersøke kreftpasienter i Kypros sine erfaringer i forhold til kvalitet på sykepleien. Det deltok 25 kreftpasienter, 20 kreftsykepleiere og 6 sentrale talsmenn fra kreftforeninger i studien. Det som var viktig for pasientene når det kom til god kvalitet på sykepleie var å bli behandlet for kreft i lett tilgjengelige tjenester, bli tatt hånd om av sykepleiere som kan kommunisere og gi emosjonell støtte til pasientene, få helserelevant informasjon fra sykepleier, bli tatt vare på av sykepleiere med klinisk kompetanse, få lagt til rette for sine religiøse og åndelige behov, bli tatt hånd om av sykepleiere som fremmer felles beslutninger og at familien får ta del i sykdomsprosessen. For å gå nærmere inn på noen av disse temaene som kom frem i studien, kan det nevnes at helsepersonell ofte undervurderer pasientens ønske til helserelevant informasjon. Videre ble kommunikasjon mellom sykepleier og pasient sett på som en viktig del av omsorgen.

Hope and coping in patients with cancer diagnoses (*Felder, B. E., 2004*).

Denne beskrivende correlationale studien har som hensikt å utforske nivåer av håp og mestring hos pasienter med ulike kreftdiagnoser, for å se om nivåer av håp og mestring er knyttet til de ulike krefttypene. I denne studien der 183 personer deltok ble kjønnene likt representerte. Videre var det ulik alder, sivilstand, utdanningsnivå og etnisk opprinnelse. Gjennom resultatene kom det frem at pasientene hadde et høyt nivå av håp uansett diagnose. Det viste seg også å være en positiv sammenheng mellom grad av håp og mestring. Det sykepleier blant annet kan gjøre for å fremme håp hos pasienter med kreft er å gi informasjon på en ærlig, respektfull og medfølende, aktiv lytting, humor og hjelpe pasient å sette seg realistiske mål.

5.0 Drøfting

I denne delen vil jeg anvende relevant teori, forskningsartikler, samt egne erfaringer og drøfte hvordan sykepleier kan bidra til å fremme mestring hos nydiagnostiserte kreftpasienter, opp mot temaene kommunikasjon, informasjon og håp. Jeg har valgt de tre temaene fordi jeg opplevde at kreftpasientene ikke fikk oppfølging på disse områdene når de var innlagt.

5.1 Formidling av en kreftdiagnose

I forhold til erfaringer jeg har gjort meg i praksis har jeg mange ganger opplevd at pasientene får formidlet kreftdiagnosen under en kort og upersonlig legevisitt. Jeg opplevde det som svært frustrerende at pasienten ble sittende igjen alene etter å ha fått diagnosen kreft. Halding (2003) sin studie støtter min erfaring ved å si at diagnosen ofte blir gitt i en knapp og sakelig formidlingsform gjennom en legevisitt, der fokus er rettet mot sykdommen med en medisinsk tilnærming. En slik formidling fører til at den syke distanserer seg fra alt det andre og bare fokuserer på det medisinske ved sykdommen. Som følge av dette kan det bli vanskeligere for pasienten å finne mening med sykdom og dermed kunne mestre det han står overfor (Halding, 2003). Så hva kan sykepleier på en medisinsk avdeling gjøre for at formidlingen av kreftdiagnosen til pasient skal bedres? Siden det er legen som formidler diagnosen, mener jeg at sykepleiers ansvar vil bli å være til stede for pasienten etter formidlingen. Så selv om diagnosen blir gitt på en kort og sakelig måte, kan vi som sykepleiere støtte pasienten med de eventuelle problemene han måtte få i etterkant. Et sykepleietiltak kan være å avtale samtale med pasient før sykepleier går videre på legevisitten. Så hvordan opplever pasient å bli informert om at de har en kreftdiagnose? Myskja (2005) sier at mange pasienter ikke vil greie å glemme inntrykket fra sitt møte med helsepersonell i det de får kreftdiagnosen. Både måten de blir tatt imot og hvilke ord som blir sagt vil brenne seg inn i minnet til pasientene for alltid. I løpet av noen minutter blir pasientens liv snudd på hode, og det vil bli satt i gang et alarm og katastrofesystem som gjør at mange er langt borte fra sitt rasjonelle jeg. Dette vil si at mange opplever å komme i en psykologisk krise som går ut over deres evne til mestring (Reitan, 2010b). Det at pasienter kommer i en psykologisk krise blir belyst i Halding (2003) sin studie. Det blir også sagt at måten diagnosen blir lagt frem for pasient påvirker også risikoen for sterke psykiske reaksjoner i etterkant av formidlingen. Dette vil da altså si at sykepleier har et ansvar å hjelpe pasient gjennom den psykologiske krisen som kan dukke opp etter formidlingen av diagnosen.

I følge Travelbee (2001) er sykepleiere, som jobber på sykehus, primært opptatt av å hjelpe pasient med og komme seg etter sykdom, og eventuelt hjelpe pasient til å gjenvinne full helse. Gjennom å etablere en tilknytning til den syke, der sykepleier formidler at pasient blir forstått og ikke er alene, er en måte sykepleier hjelper pasient til å mestre sykdom og lidelse. De erfaringene jeg gjorde meg når det kom til nydiagnostiserte kreftpasienter og mangelen på hjelp fra sykepleiere i etterkant, støtter ikke opp under Travelbee sin sykepleieteori. Blant annet fordi pasienten ikke ble møtt med forståelse og støtte fra sykepleier, siden han ble sittende alene etter han fikk diagnosen. Så hva kan sykepleier gjøre for å hjelpe kreftpasienten å mestre sin nye situasjon? Sykepleier kan blant annet samtale med pasient, la pasient få uttrykke tanker, følelser og reaksjoner, oppfordre til aktiv bruk av livsfortellinger, formidle informasjon og kunnskap. Dette kan være med på at pasient opplever mestring etter å ha fått en kreftdiagnose (Reitan, 2010c). Videre rangerer kreftpasienter håp og egen kontroll over sykdom som de beste mestringsstrategiene (Reitan, 2010b). Derfor har sykepleier et ansvar for å legge til rette for at pasient kan oppleve håp og få kontroll over sin egen situasjon. Det har vist seg at pasienter som tror på muligheter, for mestring og bedring, greier seg bedre enn andre (Reitan, 2010c). Så for at sykepleier skal bidra til å fremme mestring hos pasient med en nyoppdaget kreftdiagnose vil jeg videre ta for meg temaene kommunikasjon, informasjon og håp.

5.2 Betydningen av kommunikasjon

Etter å ha fått en kreftdiagnose opplevde jeg at denne pasientgruppen hadde mange ulike måter å håndtere beskjeden. Noen ble helt stille, mens andre gråt og noen ville at jeg skulle sette meg ned litt å holde dem i hånden. Disse reaksjonene passer godt til Cullberg sin beskrivelse om krisereaksjoner i den akutte fasen, der det blir beskrevet at pasienten har ulike reaksjoner, som kan gå på følelsesmessige utbrudd og forsvarsmekanismer som isolering av følelser (Cullberg, 2007). Så hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon hjelpe pasientene å fremme mestring når de gjennomgår krise? Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient som en viktig del av kreftomsorgen (Charalambous, Papadopoulos & Beadsmoore, 2008). Dette fordi kommunikasjon kan hjelpe pasienten til å bearbeide reaksjoner og krisen som kan komme som følge av kreftsykdommen, og gjennom kommunikasjon kan pasient lettere mestre sykdommens utfordringer (Eide og Eide, 2007). I følge Travelbee (2001) vil det sykepleier kommuniserer til pasient enten være til hjelp ved å mestre den lange ensomheten med sykdom og lidelse, eller så kan det forsterke og øke hans opplevelse av isolasjon og av å være alene. På en annen side må sykepleiere gå lyttende inn i

situasjonen og møter pasienten der han er etter han har fått kreftdiagnosen (*Myskja, 2005*). En ting sykepleiere må tenke på er hva de formidler gjennom nonverbal kommunikasjon. Dette kommer også Travelbee (*2001*) innpå i sin sykepleieteori der hun sier at det sykepleier tenker om pasient, vil alltid kommuniseres til vedkommende. Dette gjelder også intensjonene til sykepleier, om hun vil prøve å hjelpe pasient eller ikke. I henhold til Thorsnes og Brataas (*2008*) studie blir det beskrevet at sykepleier er flinke til å vise interesse, støtte og aksept gjennom samtaler til kreftpasientene. Sykepleier viste nærhet og hadde åpne samtaler om de psykososiale reaksjonene som pasientene opplevde. Det var svært få samtaler mellom sykepleier og pasient når jeg var i praksis på medisinsk avdeling. Den kreftsyke pasienten ble sittende alene, og fikk ikke den støtten og aksepten som han trengte. Sett i slikt lys mener jeg derfor at sykepleier må tenke på hva man formidler gjennom både den verbal og nonverbal kommunikasjonen. Pasient har behov for en sykepleier som viser interesse, støtte og aksept gjennom samtaler. Dette kan bidra til å fremme mestring hos nydiagnostiserte kreftpasienter.

Mange kreftsyke pasienter kan ha ønske om samtale med sykepleier, der hun kan høre på fortellingene som han måtte ha. Dette blir også belyst i Thorsnes og Brataas (*2008*) studie, samt at fortellinger kan være med å hjelpe pasient å skape mening og forstå sykdomssituasjonen sin. Videre viser studien at meningen pasienten får gjennom å fortelle historier kan være med på å fremme mestring i situasjonen til den kreftsyke pasient (*Thorsnes og Brataas, 2008*). Det er også viktig for sykepleier å ta seg tid til å høre på fortellingene pasienten måtte ha. For gjennom samtaler og fortellinger har sykepleier en mulighet til å bli kjent med pasient, slik hun kan ivareta pasientens behov, og dermed fremme mestring hos den nydiagnostiserte kreftpasienten. Så hvordan kan sykepleier få pasient til å fortelle? Sykepleier kan gjennom aktiv lytting og hjelpende nonverbal kommunikasjon få den kreftrammede til å åpne seg (*Eide og Eide, 2007*). Funnene i Thorsnes og Brataas (*2008*) studie viser at måten å starte en fortelling fra pasienten er ved at sykepleier inviterer til samtale om livssituasjonen, eller ved at pasienten selv begynner med ulike bekymringsmeldinger, som går over til fortellinger om hvordan han opplever sin situasjon. Dermed er det lettere for sykepleier å forstå og møte pasientens behov. Dette fører til at det kan bli lettere å hjelpe pasienten med å mestre sykdom (*Reitan, 2010a*). På en annen side viser det seg at sykepleiere ikke lytter aktivt når det kommer til pasientens livsfortellinger når de har nyopplaget kreft. Dette kan komme av at sykepleier har mange andre oppgaver som skal gjennomføres og føler disse samtalene kan ta for lang tid (*Thorsnes og Brataas, 2008*). Den profesjonelle sykepleier skal gå bevisst inn for at kommunikasjonen skal nå følgende mål: bli kjent med pasient, å identifisere og

ivareta den sykes sykepleiebehov og oppfylle sykepleiers mål og hensikt (*Travelbee, 2001*). Derfor mener jeg at sykepleier må ta seg tid til å høre på pasientens fortellinger, siden det er en unik mulighet å bli kjent med pasient og dermed vite hva han trenger hjelp til. Dette kan dermed være en del som skal til for å fremme mestring rundt kreftsykdommen.

Under min praksis på medisinsk avdeling fant jeg ut at man som sykepleierstudent hadde en unik mulighet til å bli kjent med pasientene. Det viste seg at om jeg hadde ansvar for et rom med tre pasienter flere dager på rad, ble det lettere for kreftpasientene å snakke med meg. Dette belyses av studien til Halding (*2003*) der hun sier at det er viktig for de kreftsyke at de er kjent med sykepleieren. Dette fordi det blir lettere for pasientene å fortelle sykepleier om behovene de måtte ha. Men hvordan kan sykepleiere bruke kommunikasjon til å bygge et forhold til kreftpasienten? For å bygge et forhold mellom sykepleier og pasient skal man først få pasientens tillit. Dette kan skje gjennom daglig kontakt mellom sykepleier og kreftpasienten gjennom for eksempel ulike sykepleieoppgaver (*Botti et al., 2006*). Dette støttes av *Travelbees (2001)* sykepleieteori der hun sier at gjennom kommunikasjon mellom sykepleier og pasient blir det dannet et menneske-til-menneskeforhold. Dette er en gjensidig prosess som blir bygd opp dag for dag etter hvert som sykepleier samhandler med pasient. *Travelbee* mener at menneske-til-menneske-forholdet er virkemiddelet som gjør det mulig å gjennomføre sykepleiers mål og hensikt, der man hjelper pasient til å forebygge og mestre sykdom.

En annen sykepleieoppgave, som kan bidra til å fremme mestring hos nydiagnostiserte kreftpasienter, er å sette av tid til samtale med pasient, der de kan kommunisere uforstyrret. Men når er det en god tid til å snakke? I følge sykepleiere er den beste tiden for kontakt med pasient når de utfører pleieoppgaver som stell (*Botti et al., 2006*). Noe av grunnen til at dette er en god tid for sykepleier å prate med pasient er fordi de samtidig får gjøre en sykepleieroppgave. Jeg har erfart at i en travel hverdag kan kommunikasjon bli sett på som unyttig, og derfor nedprioritert av sykepleier. Dette mener jeg blir feil, siden kommunikasjon er en viktig kilde til å fremme mestring hos den kreftsyke pasienten. Sett fra pasienten sin side mente mange at de hadde et ekstra behov for å snakke med noen om natten (*Botti et al., 2006*). Ute i praksis oppdaget jeg at pasienter har større behov for å prate med sykepleiere ved nattestid, fordi det har blitt stille på rommet og da får pasienter bedre tid til å tenke. Det som var et stort problem når det kommer til nattestid på medisinsk avdeling var at det bare var en sykepleier på vakt. Dette førte til at det ikke var så stor mulighet til å kunne ta seg tid til å snakke med pasientene, siden det var så mye annet som skulle gjøres. Min erfaring støttes av

studien til Botti et al. (2006), der det sagt at arbeidsmengden til sykepleieren sett på som et problem for kommunikasjon mellom sykepleier og kreftpasienten. Pasientene følte at grunnet arbeidsmengden til sykepleier ble et hinder for å spørre om de hadde tid til å snakke. På bakgrunn av funnene til Botti et al. (2006) mener jeg at sykepleier må sette av tid til pasient, der hun kan sette seg ned og kommunisere uforstyrret med den kreftsyke. Har hun ikke tid når pasient spør om å få snakke, må hun avtale et annet tidspunkt som passer for begge parter. Slik kan kommunikasjon være en kilde til mestring hos pasient, blant annet fordi han da kan fortelle eventuelle tanker og bekymringer til sykepleier. Slik kan sykepleier være med på å hjelpe han å løse de eventuelle problemene som han opplever i forhold til sykdommen.

5.3 Betydningen av informasjon

Det å få en kreftdiagnose fører til at pasientene må forholde seg til ny kunnskap om sykdom og behandling og fortolke sin nye situasjon (*Thorsnes og Brataas, 2008*). I pasientrettighetsloven (1999) § 3-2 står det beskrevet at pasient har rett til informasjon som er nødvendig for at han skal ha innsikt i egen helsetilstand og hva helsehjelpen som han skal motta inneholder. I studien til Halding (2003) mener de fleste pasientene at de får for lite informasjon om sykdommen og følgene av den. Dermed er pasientene lite forberedt på blant annet behandlingen som venter. Men hvem har ansvar for å informere pasient? I helsepersonelloven (1999) § 10 står det beskrevet at den som yter helsehjelpen har krav på å gi denne informasjonen til pasient. Med dette menes at blant annet sykepleier har rett på å formidle kunnskap til pasient om sykdom, diagnostiske prøver, undersøkelser, behandling og eventuelle bivirkninger eller komplikasjoner som kan oppstå som følge av behandling (*Reitan, 2010c*). På en annen side står det beskrevet i pasientrettighetsloven (1999) § 3-2, andre ledd, at pasient kan motsi seg å få informasjon om sykdom. Dette skal da aksepteres av sykepleier, så lenge informasjonen ikke er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen. I følge studiene er det ikke beskrevet noe om at pasienten ønsker å motsi seg å få informasjon, men det viser det seg at pasienter får for lite informasjon om sin sykdom. Jeg føler det er svært oppsiktsvekkende at sykepleiere gir for lite informasjon til pasient, selv om det er lovfestet at pasienten har rett på informasjon. Gjennom å få relevant informasjon om sin situasjon kan dette være med på at pasient kan mestre sykdommen (*Thorsnes og Brataas, 2008*). Dette fordi han da kan få en oversikt over egen helsetilstand og følger av sykdommen, og dermed får han en oversikt over hva som skal mestres.

I Charalambous, Papadopoulos og Beadsmoore (2008) studie kommer det frem at helsepersonell ofte undervurderer pasientens ønske om helserelatert informasjon. Dette blir

støttet av Halding (2003) sin studie, samt at den hevdet at det eksisterer ”informasjonsgjerrighet” i helsevesenet. Videre kommer det frem at den informasjonen pasientene har fått av helsepersonell har til tider virket upersonlig rettet mot dem. Travelbee (2001) sin sykepleieteori legger vekt på at hvert enkelt individ er en unik person, der ulike situasjoner kan oppleves forskjellig fra pasient til pasient. Det er derfor viktig at blant annet sykepleiere blir flinkere til å informere og gjøre informasjonen personlig rettet mot pasient. Men hvorfor er det så viktig for pasient å få informasjon fra sykepleier? Pasientene vil gjerne ha informasjon fra sykepleier fordi de da opplever at myndiggjøringen styrkes, og kan dermed være med i ulike beslutningsprosesser i ulike situasjoner, som igjen fører til opplevelse av mestring (Reitan, 2010c). På en annen side viser det seg i følge Charalambous et al. (2008) sin studie at sykepleiere kan ignorere pasientene sine meninger. Sett i slikt lys må sykepleiere bli flinkere til å lytte til pasienter å ta felles beslutninger sammen med dem. Dette fordi sykepleier da kan være med å fremme mestring hos kreftpasienten, ved at han føler han blir tatt på alvor når det kommer til ulike beslutninger som omhandler hans liv.

I praksis opplevde jeg at sykepleier brukte for mange faguttrykk når hun informerte pasient. Mitt syn blir støttet av Charalambous, Papadopoulos og Beadsmoore (2008) sin forskning der det kommer frem at når pasientene får informasjon bruker sykepleiere for mange faguttrykk, som gjør at pasientene ikke forstår innholdet i informasjonen. I pasientrettighetsloven (1999) § 3-5 står det beskrevet at informasjonen skal være tilpasset mottakerens forutsetninger og bli gitt på en hensynsfull måte. Derfor mener jeg at sykepleier som gir informasjon må også sikre seg at pasient har forstått innholdet og betydningen av informasjonen. På en annen side kan det være andre ting som gjør at kreftpasienten ikke får med seg informasjonen sykepleier formidler. Sykepleier må blant annet tenke på at pasienten kan være i et kriseforløp. I sjokkfasen kan det være vanskelig for den nydiagnostiserte kreftpasienten å ta inn ny informasjon (Cullberg, 2007). Ut i fra egne erfaringer er det nødvendig å gjengi informasjon på et senere tidspunkt, samt gi pasient brosjyrer som han lese i dersom det er noe han lurer på. Dette fordi den informasjonen som har blitt gitt i løpet av de første dagene, kan ha blitt glemt av pasient. Sykepleier må også formidle til pasient at han kan søke etter informasjon, som å spørre henne dersom det er noe han lurer på. Dermed kan det bli lettere for sykepleier å tilpasse informasjonen hun skal gi til kreftpasienten. Hvis pasient får manglende informasjon om sykdom og behandling kan dette være med på å skape utrygghet og forvirring, og det blir vanskeligere å mestre utfordringene (Eide og Eide, 2007).

I Thorsnes og Brataas (2008) sin studie viste deltakerne som var nydiagnostisert med kreft usikkerhet rundt sin livssituasjon. Selv om pasientene gav uttrykk for denne usikkerheten hadde sykepleierne hovedfokus på den medisinske informasjonen som han trengte før han fikk behandling. Ut i fra egne erfaringer kan pasienter ha problem med å ta inn ny informasjon dersom det er noe som bekymrer dem. Derfor skal sykepleier være imøtekommende med eventuelle spørsmål og problem som pasienten måtte ha (Eide og Eide, 2007). I tillegg til faktakunnskap om sykdom, må sykepleier gi pasient sensorisk kunnskap (Reitan, 2010c). Dermed får pasienten både medisinsk informasjon, samt informasjon som kan være knyttet opp til usikkerheten han føler. Dette kan være med på å øke mestringsevnen til den kreftsyke. På en annen side kan aktiv lytting fra sykepleier gjøre at kreftpasienten har mulighet til å kunne fortelle sin sykdomshistorie, samt knytte den opp til eventuell informasjon sykepleier måtte ha om sykdom og behandling (Thorsnes og Brataas, 2008). Dette fører til at pasient kan bearbeide og finne mening med sykdom og behandling, og dermed lettere mestre sykdommen.

5.4 Betydningen av håp

I praksis hørte jeg ofte kreftpasientene si at gjennom å bevare håpet kom de seg igjennom den vanskelige tiden. Så hvorfor er håp så viktig for kreftpasienten? Håpet gjør kreftpasientene i stand til å mestre situasjoner som blir sett på som vonde og vanskelige (Travelbee, 2001). Faktisk mener mange kreftpasienter at håp er en av den beste mestringsstrategien når det kommer til sykdommen (Reitan, 2010b). Gjennom å håpe kan pasienter som lider av alvorlig sykdom hente frem både indre og ytre ressurser, slik de kan greie å se positivt fremover og mestre utfordringene som vil oppstå (Renolen, 2008). Videre knytter pasientene forventninger om at andre vil hjelpe i situasjoner der de selv ikke har indre ressurser til å strekke til (Travelbee, 2001). Så hva kan sykepleier gjøre for å fremme håp til pasient? Sykepleier har et ansvar for å hjelpe pasienten til å oppleve håp, og dermed unngå håpløshet (Travelbee, 2001). Dette kan blant annet gjøres ved at sykepleier hjelper pasient til å håpe, å gjøre at han får indre ressurser som strekker til. Felder (2004) mener at sykepleier kan øke nivået av håp til kreftpasienten ved å gi informasjon på en ærlig, respektfull og medfølende måte. På en annen side viser det seg at få av informantene i studien til Halding (2003) har erfart å få håpet stimulert direkte fra blant annet sykepleiere. Til tross for dette kommer det frem i studien til Felder (2004) at nivået av håp er høyt blant kreftpasienter, uansett kreftform, kjønn, alder, etnisitet, utdanningsnivå og sivilstatus. Kanskje pasientene får stimulert håpet gjennom sykepleietiltak som de ikke tenker over kan være med på å få dem til å håpe? I følge Felder

(2004) mener han at sykepleiere er i en unik posisjon til å fremme håp til sine kreftpasienter. Dette kan blant annet skje gjennom menneskelige relasjoner og ved bruk av humor, vise ro og etablere oppnåelige mål for pasient. Videre kan sykepleier inspirere til håp gjennom tilstedeværelse, berøring og aktiv lytting (Felder, 2004). Det at sykepleier stimulerer håpet gjennom de overnevnte tiltakene, kan kanskje være en grunn til at pasienter ikke merker at sykepleier går inn for å stimulere håpet. Men på bakgrunn av mine erfaringer fra praksis, der pasientene ble etterlatt til seg selv, mener jeg at sykepleiere må bli flinkere til å stimulere håpet blant de kreftsyke. Dette blant annet fordi håpet er en av de viktigste mestringsstrategiene for de nydiagnostiserte kreftpasientene.

6.0 Avslutning

I følge Travelbee (2001) sin sykepleieteori skal man som sykepleier hjelpe pasienten til å mestre sin sykdom, samt finne mening med disse erfaringene. En av tingene som kan hjelpe pasient å mestre sin sykdom er god kommunikasjon mellom han og sykepleier. Det har blant annet kommet frem i både litteratur og forskningsartikler at kommunikasjon kan være med på å hjelpe pasienten gjennom krisen han opplever som følge av kreftsykdommen, samt være med å mestre sykdommens utfordringer. Sykepleier må derfor være å sette av tid til samtale med pasient, der sykepleier utøver profesjonell helsefaglig kommunikasjon, gjennom aktiv lytting og hjelpende nonverbal kommunikasjon. Dette kan blant annet være med på at pasient åpner seg og begynner å fortelle. Videre er informasjon en viktig kilde til at pasient skal kunne mestre sin sykdom. Gjennom at sykepleier både informerer om faktakunnskap og sensorisk kunnskap kan pasient lettere mestre sykdommen og de utfordringer som kan oppstå. Sykepleier må også gi informasjon som er tilpasset mottaker, samt tenker på at pasient kan være i en akutt fase av krisen og kan ha problem med å ta til seg informasjon, som fører til at hun må repetere informasjonen til pasient når han er mer mottakelig. Til slutt har temaet håp vært en viktig del av kreftpasientens mestringsevne. Gjennom å håpe kan de nydiagnostiserte kreftpasientene hente frem både indre og ytre ressurser, slik de kan greie å se positivt fremover og mestre utfordringene som vil oppstå. Sykepleier kan fremme håpet gjennom medfølelse, tilstedeværelse, humor og aktiv lytting. Sett i slikt lys vil jeg derfor konkludere med at kommunikasjon, informasjon og håp er viktige kilder for at sykepleier kan fremme mestring hos nydiagnostiserte kreftpasienter.

Arbeidet med denne oppgaven har gitt meg en bedre innsikt i hvordan sykepleiere kan fremme mestring hos nydiagnostiserte kreftpasienter. Jeg håper også at de som leser denne oppgaven sitter igjen med ny kunnskap som de kan ha nytte av i arbeidet med kreftpasienter. Gjennom å få økt kunnskap om hva som fremmer mestring hos nydiagnostiserte kreftpasienter, og føre dette over til praksis, kan man hjelpe til at pasientene ikke blir sittende alene, men får den oppfølgingen som de behøver.

7.0 Referanser

- Bertnes, P. A. (2005). *Faglig informasjon på internett*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Botti, M., Endacott, R., Watts, R., Cairns, J., Lewis, K. & Kenny, A. (2006). Barriers in Providing Psychosocial Support for Patients With Cancer [Elektronisk versjon]. *Cancer Nursing*, 29(4), 309-316.
- Brataas, H. V & Thorsnes S. L. (2008). Narrativer i samtaler mellom kreftsykepleier og pasient [Elektronisk versjon]. *Vård i Norden*, 28(4), 14-18.
- Charalambous, A., Papadopoulos, R. & Beadsmoore, A. (2008). Listening to the voices of patients with cancer, their advocates and their nurses: A hermeneutic-phenomenological study of quality nursing care [Elektronisk versjon]. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(5), 436-442.
- Cullberg, J. (2007). *Mennesker i krise og utvikling*. (W. Nygaard, overs.). Gjøvik: Aschehoug & Co.
- Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Felder, B. E. (2004). Hope and coping in patients with cancer diagnoses [Elektronisk versjon]. *Cancer Nursing: an International Journal for Cancer Care*, 27(4), 320-324.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *At göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.
- Halding, A. G. (2003) Essensielle fenomener i kreftomsorga [Elektronisk versjon]. *Vård i Norden*, 23(4), 24-28.
- Hanssen, T. A. & Natvig, G.K.(2007). I: Gjengedal, E. & Hanestad, B.R. (Red.) *Å leve med kronisk sykdom*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS.
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell av 2. juni 1999. Hentet 20. januar 2011 fra <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html>.

- Kreftforeningen (23.12.2009). *Hva er kreft?: Fakta om kreft og oppdaterte tall på kreft i Norge*. Hentet 2. januar 2011 fra: http://www.kreftforeningen.no/om_kreft/hva_er_kreft.
- Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2010) *Generell sykepleie ved kreftsykdommer*. I: Almås, H., Stubberud, D. G. & Grønseth, R. (red). *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Myskja, A. (2005). *Leve med kreft – hvordan styrke håp og livsmot*. Oslo: Cappelens Forlag AS.
- Olsson, H. & Sørensen S. (2003) *Forskningsprosessen – kvalitativ og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Pasientrettighetsloven (1999). Lov om pasientrettigheter av juni 1999. Hentet 20. januar 2011 fra <http://www.lovdatabank.no/all/hl-19990702-063.html>.
- Reitan, A. M. (2010a) *Kommunikasjon*. I: Reitan, A.M. & Schølberg, T. K. *Kreftsykepleie – pasient, utfordring, handling*. Oslo: Akribe AS.
- Reitan, A. M. (2010b) *Krise og Mestring*. I: Reitan, A.M. & Schølberg, T. K. *Kreftsykepleie – pasient, utfordring, handling*. Oslo: Akribe AS.
- Reitan, A. M. (2010c). *Mestring*. I: Knutstad, U. (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie (bind 2)*. Oslo: Akribe AS.
- Renolen, Å. (2008) *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Statistisk sentralbyrå (2010). *Døgnopphold, liggedager og gjennomsnittelig liggetid ved somatiske sykehus, etter kjønn*. Hentet den 21.01.11 fra <http://www.ssb.no/aarbok/tab/tab-137.html>.
- Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vedlegg 1

SveMed +		
S1	Cancer	6898
S2	Patients	15421
S3	Health care quality	40221
S4	Empathy	453
S1 + S2 + S3 + S4		11

Gjennom dette søket, som ble gjennomført den 14.12.10, i SveMed + valgte jeg artikkelen ”Essensielle fenomener i kreftomsorga”. Dette var artikkel nr. 8 av 11.

Ovid (Embase 1996-2011)		
S1	Cancer	1040550
S2	Nurs*	251209
S3	Patients	2474410
S4	Psychosocial support	1328
S1 + S2 + S3 + S4		60

Gjennom søket jeg utførte i Ovid, den 19.01.11, valgte jeg forskningsartikkelen “Barriers in Providing Psychosocial Support for Patients With Cancer”. Dette var artikkel nr. 27 av 60.

SveMed +		
S1	Cancer	6898
S2	Communication	5552

S3	Nursing	7585
S4	Patients	15421
S1 + S2 + S3 +S4		32

Dette søket ble utført den 10.12.10, der jeg valgte ut artikkelen ”Narrativer i samtaler mellom kreftsykepleier og pasient”. Dette var artikkel nr. 6 av 32.

Ovid (Embase 1996-2011)		
S1	Neoplasm	69704
S2	Nurs*	251209
S3	Patients	2474410
S4	Communication	146615
S5	Health care quality	110554
S1 + S2 + S3 + S4 + S5		24

Gjennom dette søket som jeg utførte den 14.12.10, fant jeg forskningsartikkelen “Listening to the voices of patients with cancer, their advocates and their nurses: A hermeneutic-phenomenological study of quality nursing care”. Dette var artikkel nr. 8 av 24.

CINAHL (2000-2010)		
S1	Cancer	75714
S2	Coping	14290
S3	Hope	5826
S4	Patients	293356
S5	Nurs*	299826

S1 + S2 + S3 + S4 + S5		35
------------------------	--	----

Dette søket ble utført den 24.01.11, der jeg valgte ut forskningsartikkelen "Hope and coping in patients with cancer diagnoses". Dette var artikkel nr. 5 av 35.

Vedlegg 2

Tittel	Hensikt	Metode og data-innsamling	Utvalg	Resultat	Diskusjon	Konklusjon
Forfatter År						
Halding, A-G. (2003). <i>Essensielle fenomen i kreftomsorga</i> . Vård i Norden, 23(4), 24-28.	Hensikten med denne studien var å utforske kreftoverlevende sine omsorgserfaringer ved kreftsykdom.	Denne artikkelen er bygd på en fenomenologisk studie, der de ble brukt pasienterfaringer ved kreftsykdom. Det ble utarbeidet en intervjuguide, som hadde følgende tema: å leve med kreft, hverdagen, hjelpebehov,	Det ble gjort intervju av 12 tilfeldig utvalgte informanter. Blant disse var det fem menn og sju kvinner i alderen 43-70 år. Inklusjonskriteriene var at de skulle være over 18 år og levd med kreftdiagnosen i	Alle pasientene hadde både gode og dårlige omsorgserfaringer i de ulike fasene av kreftsykdommen. Blant annet hadde kreftsykdommen gjort at de kjente seg sårbare med mangel på kontroll. Det kom også frem at de hadde kjent seg avhengig av behandlingsapparatet grunnet mangel på	Helsepersonell må tenkte på hvordan de formidler kreftdiagnosen til pasient. Er man knapp og saklig kan dette minke håpet til pasient, og kan føre til sterke psykiske reaksjoner etterpå. Videre har de behov for noen som kan være tilstede og lytte aktivt og vise	I følge denne studien viser funnene at det er viktig med et godt omsorgstilbud. Men de intervju har både positive og negative omsorgserfaringer. Derfor er det nødvendig å sette større fokus på de kreftrammede sin totalsituasjon for å

		hjelpetilbud og hjelpeapparatet.	et halvt år til 3 år.	kunnskap og krefter. Videre kommer det frem at den gode omsorg er å bli ivaretatt, ha noen å snakke med og få håp og krefter i fra. Fravær av omsorg er hvis ingen følger opp, ingen tid til kommunikasjon, lite informasjon og mangel på empati.	emosjonell støtte. Viser ikke helsepersonell uttrykk for empati føler pasient seg av liten verdi. Det er også viktig at helsepersonell tar seg tid til pasient. Hvis ikke kan pasient ha problem med å uttrykke sine behov.	bedre kreftomsorgen.
Botti, M., Endacott, R., Watts, R., Cairns, J., Lewis, K. & Kenny, A. (2006). <i>Barriers in</i>	Hensikten med denne australske studien var å identifisere problemstillinger som sykepleiere, med mer enn 3 års	Det ble brukt kvalitativ metode for å gjennomføre studien. Datainnsamlingen ble innhentet gjennom gruppeintervju,	Det deltok 15 erfarne sykepleiere, som ble delt inn i to fokusgrupper. Alle deltakerne var kvinner, som hadde mer enn 3	Det var fem tema som kom frem under intervjuene: Når er det en god tid for å snakke med pasient, bygge forhold til pasient, bli trukket inn i den emosjonelle verden til	Det kom frem at hver enkel pasient har ulike behov, som forandrer seg etter hvert i sykdomsprosessen. Den høyre arbeidsmengden	Ut i fra funnene i denne studien viser det seg at de psykososiale behovene til pasienter med hematologisk er varierende. For at

<i>Providing Psychosocial Support for Patients With Cancer. Cancer Nursing, 29(4), 309-316.</i>	erfaring, opplever i møtet med å gi psykososial omsorg til pasienter med hematologisk kreft.	som ble utført gjennom to økter. Studien har blitt godkjent av en etisk komité.	års erfaring innenfor sykepleie.	pasienten, gi støtte gjennom pasientens reise og brudd i kommunikasjonsprosessen	gjorde det vanskelig for sykepleier å ha en samtale med pasient. Videre beskrev sykepleierne at de trenger mer kunnskap og ferdigheter i å gi psykososial omsorg og kommunikasjon.	sykepleier skal gi den beste psykososiale omsorgen er det viktig med erfaring og kompetanse innen dette feltet.
Thorsnes, S. M. & Brataas, H. V. (2008). <i>Narrativer i samtaler mellom kreftsykepleier og pasient. Vård i Norden, 28(4), 14-18.</i>	Hensikten med denne studien er å få mer kunnskap om hvordan sykepleiere kan samtale med pasient slik at fortellinger begynner og	Dette er en kvalitativ fortolkende studie. Det ble gjennomført førstegangs samtale mellom kreftsykepleier og pasient. Begge parter var kjent og hadde	Utvalget bestod av 8 pasienter og 8 kreftsykepleiere. Pasientene var 4 kvinner og 4 menn, med ulike kreftdiagnose. Pasientene var i 4 forskjellige behandlingssituasjoner.	Pasienter som nylig hadde fått diagnosen og nettopp hadde begynt behandling forekom ingen fullstendig fortelling. De virket usikre i sin nye livssituasjon. Sykepleierens fokus var mer rettet mot den medisinske	Sykepleier må tenke på å gi både medisinsk og sykepleiefaglig informasjon til nydiagnostiserte pasienter som skal starte behandling. Uansett sykdomsforløp må sykepleier gi klare	Denne studien gav innsikt i kontekster for pasientens fortellinger under samtale med sykepleier. Det er behov for mer forskning for å få kunnskap om fortellinger til

	utvikles.	akseptert at det ble gjort lydopptak av samtalen. Studien har blitt godkjent av en etisk komité.	Inklusjonskriterier for kreftsykepleier var at de skulle ha vært videreutdannet og jobbet minimum 1 år innen kreftsykepleie.	behandlingen heller enn sykepleiefaglig. De som hadde kommet lengre ut i behandlingen hadde fullstendige fortellinger. Sykepleier var her aktivt med på å hjelpe pasient i prosessen med meningsskaping.	invitasjoner for at pasient skal fortelle. Videre er det viktig at sykepleier oppdager gjentatte bekymringsmeldinger fra pasient, siden dette får han til å fortelle.	pasienten, og hva dette kan bety for utvikling av forståelse og mestring av kreftdiagnosen.
Charalambous, A., Papadopoulos, R. & Beadsmoore, A. (2008). <i>Listening to the voices of patients with cancer, their</i>	Hensikten med denne studien var å undersøke kreftpasienter sine erfaringer i forhold til kvalitet på sykepleien.	Denne artikkelen er bygd på en hermeneutisk-fenomenologisk studie. Studien fant sted ved tre store sykehus i Kypros. Data ble innhentet gjennom intervju	Det deltok 25 kreftpasienter, 20 kreftsykepleiere og 6 sentrale talsmenn fra kreftforeninger i studien. Inklusjonskriterier for pasientene var at de skulle være	Dette var viktig for pasientene: Bli behandlet for kreft i lett tilgjengelige tjenester. Å bli tatt hånd om av sykepleiere som kan kommunisere og gi emosjonell støtte til	Pasienten mente kommunikasjon var en viktig del av omsorgen som sykepleier gir. Pasientene mente også at de ikke fikk nok informasjon under sykehusoppholdet.	Resultatet av denne studien viser at pasient og sykepleiere kan ha ulike syn på kvaliteten av pleie og omsorg. Videre kom det frem at sykepleierne prøvde å være

<p><i>advocates and their nurses: A hermeneutic-phenomenological study of quality nursing care.</i></p> <p>European Journal of Oncology Nursing, 12(5), 436-442.</p>		<p>av pasienter, deretter ble intervjuene tolket og analysert. Studien er godkjent av en etisk komité.</p>	<p>mellom 21-68 år, ha en kreftdiagnose og gjennomgått sykehusbehandling. Sykepleierne måtte være videreutdannet til kreftsykepleiere og ha minst et år erfaring.</p>	<p>pasientene.</p> <p>Å få helserelevant informasjon fra sykepleier.</p> <p>Å bli tatt vare på av sykepleiere med klinisk kompetanse.</p> <p>Å få sine religiøse og åndelige behov.</p> <p>Å bli tatt hånd om av sykepleiere som fremmer felles beslutninger.</p> <p>Viktighet av familie.</p>	<p>Videre mente de at det var viktig at sykepleier var støttende, viste forståelse, trøstende og hjelpsomme. Familie kan også være til stor hjelp når pasientene prøver å mestre sykdommen å lete etter håp. Men dette er trolig avhengig av pasientens relasjoner med familien.</p>	<p>profesjonelle med å analysere alt ut i fra vitenskapelige forklaringer. Men pasientene syntes det er de små tingene som teller, slik som enkle handlinger som å holde pasientens hånd og lytte.</p>
<p>Felder, B. E. (2004). <i>Hope and coping in patients with</i></p>	<p>Hensikten med denne studien er å utforske nivåer av håp og</p>	<p>Dette er en beskrivende correlational studie. Pasienter</p>	<p>Inklusjonskriteriene var at kreftpasientene skulle være over</p>	<p>Resultatene av studien viste at det ikke var noen stor forskjell i nivåer av håp og</p>	<p>I denne studien ble kjønnene likt representert, samt mange kreftdiagnoser</p>	<p>Sykepleiere er i en unik posisjon til å fremme håp til sine pasienter</p>

<p><i>cancer diagnoses.</i> Cancer Nursing: an International Journal for Cancer Care, 27(4), 320-324.</p>	<p>mestring hos pasienter med ulike kreftdiagnoser, for å se om nivåer av håp og mestring er knyttet til de ulike krefttypene.</p>	<p>fra 4 forskjellige kreftgrupper var med i undersøkelsen. Studien har blitt godkjent av en etisk komité.</p>	<p>18 år, engelsktalende og kunne lese. Av de 204 pasientene som fikk spørsmål om å delta, var det 183 som takket ja.</p>	<p>mestring hos pasienter med ulike kreftdiagnoser. Men det viste seg å være en positiv sammenheng mellom grad av håp og mestring.</p>	<p>ble inkludert. Dette gjør at man får et bredt resultat innen kunnskap om håp, mestring og kreft.</p>	<p>gjennom mellommenneskelige prosesser. Ved å fremme pasientens håp og gjennom gode kommunikasjonsferdigheter, kan sykepleier hjelpe pasientene til å utvide deres evne til mestring.</p>
---	--	--	---	--	---	--