



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 – Bachelor oppgåve

Eksamensform: Heime eksamen

Leveringsfrist: 17.02.11

Kandidat nr.: 11

Antall ord: 8869

Bacheloroppgåve i sjukepleie

Februar 2010

Nyoppdaga kreft og håp



Bilde er henta 08.01.10 frå http://ingunnsbog.blogg.no/1278598273_hva_betyr_egentlig_tr.html

Korleis kan sjukepleiaren bidra til å fremme håpet hos pasientar med nyoppdaga kreft?

Samandrag:

Bakgrunn: Som ein ser rammar kreft stadig fleire mennesker, ein vil då som sjukepleiar før eller seinare møte denne pasientgruppa i ulike samanhengar. Å få ein kreftdiagnose vil etter mi meining vera ein trussel mot livsmotet og håpet, som vil vera ein føresetnad for det å kunna meistra sjukdommen. Sjukepleiaren kan møte på vanskelige situasjonar når det gjeld følelsemessige tema som død, frykt og angst, og det kan vera vanskelig å vite kva ein skal snakke med ein kreftpasient om.

Hensikt: Å finne fram til kva sjukepleiaren kan gjere for å styrka håpet til pasientar med nydiagnostisert kreft. Problemstillinga er formulert slik: *Korleis kan sjukepleiaren bidra til å fremma håpet hos pasientar med nyoppdaga kreft?*

Metode: Systematisk litteraturstudie der ein samlar inn data via eksisterande litteratur og forskingsartiklar. Artiklane fant eg gjennom søkemotorane CINAHL, Ovid, PubMed, Ebscohost, Medline, ProQuest og SweMed+. Søkeorda eg har brukt er cancer, hope, patient, nursing, critical phase, newly diagnosed.

Funn: Sjukepleiaren kan fremma håpet med sin tilstadeværelse, måten ein optrer på og spesifikke intervensjonsprogram for pasientar med nyoppdaga kreft. Utifrå litteraturen ser ein at det som fremmar graden av håp hos pasientane er at sjukepleiaren er imøtekommande, aktiv, sympatiske, hyggeleg, har humor, er positiv, tar seg tid til pasienten, måten dei snakka på og gjev støtte, og evna til å lytta. Gode sjukepleiarar var og dei som brydde seg, og formidla informasjonen på ein omsorgsfull måte. Dei møtte pasienten som medmenneske i staden for bare pasientar.

Summary:

Background: More and more people are facing a cancer disease today, and we will as nurses meet these people in different settings and stages of their disease. In my perspective, a cancer diagnosis will be a serious threat to a person`s hope and courage to live, but these factors will also be vital in facing such a diagnosis. The nurse can meet difficult situations when it comes to emotional issues such as death, fear and anxiety, and it may be difficult to know what they should talk about with a cancer patient.

Objective: To find out what the nurse can do to strengthen the hope to patients with newly diagnosed cancer. I formulated the problem like this: How can the nurse help to promote hope in patients with newly discovered cancer?

Method: The method is a literature study where I collect data from exciting literature and research articles. Articles are found through search motors like CINAHL, Ovid, PubMed, Ebscohost, Medline, and ProQuest SweMed +. I use search words like cancer, hope, patient, nursing, critical phase, newly diagnosed.

Findings: The nurse can contribute to strengthened hope to the patient with his presence, the way one acts and specific intervention program for patients with newly discovered cancer. The literature express that nurses can promotes the degree of hope in patients to be accommodating, active, sympathetic, pleasant, have humor, be positive, take time to the patient, the way they spoke and give support, and ability to listen . Good nurses are those who cared, and convey information in a caring manner. They meet the patient as human being, rather than patients. It was pointed that if the patient experienced trust, respect, presence and security to the nurse, it helps to promote hope to the patient.

Innhald

1.0 Innleiing	1
1.1 Bakgrunn for val av tema og hensikt	1
1.2 Presentasjon av problemstilling	1
1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling.....	2
1.4 Oppgåvas oppbygging	2
2.0 Begrepsmessig rammeverk	3
2.1 Kva er kreft?	3
2.1.1 Årsak til kreft	3
2.1.2 Symptom hos kreftpasientar	4
2.1.3 Behandling av kreftpasientar	4
2.2 Omgrepet Håp	5
2.2.1 Håp knytt til kreftpasientar	6
2.3 Omgrepet Krise.....	7
2.4 Omgrepet Livskvalitet.....	8
2.5 Sjukepleiarfagleg perspektiv	8
2.5.1 Kva er sjukepleie?	9
2.5.2 Menneske- til menneske- forholdet i sjukepleie.....	9
3.0 Metode	11
3.1 Kva er metode?	11
3.2 Kvantitative og kvalitative metodar	11
3.3 Litteraturstudie som metode	11
3.4 Fordelar og ulempar ved litteraturstudie.....	12
3.5 Litteratur søk og val av litteratur.....	12
3.6 Kjeldekritikk.....	13
3.7 Etiske aspekt.....	14
3.8 Presentasjon av Artiklar	14
3.9 Presentasjon av bøker	16
4.0 Korleis kan sjukepleiaren bidra til å fremme håpet hos pasientar med nyoppdaga kreft?	18

4.1 Kva følelsar og reaksjonar inneber det å få diagnosen kreft?	18
4.2 Kva betydning har håpet for pasientar med nyoppdaga kreft?	19
4.3 Kva faktorar fremmar og hemmar håpet hos pasientar med nyoppdaga kreft?	20
4.3.1 Informasjon, sosial støtte og kontroll	20
4.3.2 Håp og håpløyse	22
4.3.3 Fysiske aspekt	22
4.4 Kva kan sjukepleiaren gjera for å fremma håpet hos pasientar med nyoppdaga kreft?	23
4.4.1 Tilstadeværelse og interpersonlege forhold	23
4.4.2 Den omsorgsfulle sjukepleiaren	24
4.4.3 Informasjon, meistring og mening	26
4.4.4 Spesifikke intervensjonsprogram for å fremma håp	26
5.0 Avslutning	28
6.0 Kjelder	29

1.0 Innleiing

1.1 Bakgrunn for val av tema og hensikt

I 2008 fekk 26 121 personar kreft, og berekningar frå kreftregisteret viser at antall kreft tilfeller kjem til å auka med ca. 30 % fram mot år 2020. Den forventa aukande kreftførekomsten heng saman med større befolkning, høgare levealder og auka risiko for enkelte kreftformer. Livsstilsfaktorar som overvekt, lav fysisk aktivitet og tobakksrøyking er og medvekerande faktorar som forklarar kreftaukinga (Kreftforeningen, 2009).

Som ein ser utifrå fakta frå Kreftforeningen er kreft ein aukande sjukdom blant befolkninga. Ein vil då som sjukepleiar før eller seinare møte denne pasientgruppa i ulike samanhengar. Temaet eg har valt i denne oppgåva er kreft og håp. Frå tidlegare praksis har eg erfart at kommunikasjon med kreftpasientar kan være vanskelig. Ein blir redd for å sei noko gale og trække over pasienten sine personlege grenser når det kjem til følelsemessige tema som død, frykt og angst. Eg opplev at det blir vanskelig å vite kva ein skal snakke om med ein kreftpasient, og dette vekker mange tankar. Både frå personlege erfaringar, og erfaringar i praksis har eg sett dei store forskjellane mellom pasientar som har håp om framtida, og dei som gir opp håpet tidlig i sjukdomsperioden. Ein kreftdiagnose kan vere ein stor trussel mot pasientens liv. Slik eg ser det vil det då vere heilt avgjerande at ein pasient med nyoppdaga kreft oppretthelder håpet om framtida. Som sjukepleiar vil ein hjelpe pasienten på ein best mogleg måte, og derfor ynskjer eg å finne ut meir om korleis sjukepleiaren kan bidra til at håpet hos kreft pasientane kan holdast oppe, og at pasienten har det best mogleg.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Korleis kan sjukepleiaren bidra til å fremme håpet hos pasientar med nyoppdaga kreft?

1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling

Eg vil konsentrera meg om kreftpasientar på somatisk sjukehus som nylig har fått ein kreftdiagnose. Aldersgruppa eg vil holde meg innanfor er pasientar over 18 år og oppover. Å få diagnosen kreft vil gje mange ulike fysiologiske forandringar, som vil vere forskjellige i forhold til kva krefttype ein har. Grunnen til at eg ikkje har valgt ein spesiell kreft type er at eg ser på kreftdiagnosen som den same når ein tenkjer på det felles psykologiske, i forhold til kreft og håp. Når ein får diagnosen kreft er det mange som forbinder den med døden, og det er likt for alle kreftpasientar. Kvar og ein må halde motet oppe for å kjempe imot kreften. I denne oppgåva ønskjer eg også å fokusere på kreftpasientar som nylig har fått diagnosen, og som kan oppleve ei krise. Eg vil fokusere på håp i forhold til kreftpasientar, og korleis ein som sjukepleiar kan være med på å fremme håpet hos pasientar med nyoppdaga kreft i ein situasjon som kan virke ganske håplaus.

1.4 Oppgåvas oppbygging

I denne oppgåva vil eg presentera følgjande ein teoridel, den aktuelle pasientgruppa, kreftførekost, årsaker, symptom og behandling, samt definere begrepa håp, krise og livskvalitet. Joyce Travelbee sin sjukepleiarteori blir og presentert i teoridelen, hennas haldningar og synspunkt vil ligga til grunne for drøftinga. Deretter følgjer ein methodedel der eg har definert metode begrepet, ulike metodar, kjeldekritikk og litteraturstudie som metode for oppgåva. Kva bøker, forskingsartiklar og korleis eg har gått fram for å finna relevant litteratur og forskning blir og presentert her. I drøftingsdelen blir forskning, teori og mine egne synspunkt diskutert mot kvarandre og blir kort oppsummert i ei avslutning.

2.0 Begrepsmessig rammeverk

2.1 Kva er kreft?

Kroppens celler blir fornya kontinuerlig ved celledeling og nedbryting av gamle celler.

Dersom det oppstår skade på arvematerialet, mutasjonar, kan dette føra til ubalanse som førar til auka cellevekst og redusert cellenedbryting. Når DNA-et blir endra får cella ein ny eigenskap som vil føra til ukontrollert vekst og evna til invasjon og metastasering, dette gjev ein auka risiko for svulst eller tumor(Bertelsen, 2000).

Vi skil mellom godarta (benigne) og vondarta (maligne) svulstar. Godarta svulstar veks langsamt utan å infiltrera omkringliggende vev og blir ikkje spreidd til andre organ. Det kan likevel førekomma komplikasjonar som at svulstane trykker på tilgrensande organ, produserer hormon eller stoppar passasje gjennom eit røyrorgan. I vondarta svulstar, *kreftsvulstar*, har cellene evna til å invadera (infiltrere) tilgrensande vev. Forbindelsane i kreftcellene er ofte svake, slik at enkelcellene lett kan riva seg laus, dette fører då til spreiding(Bertelsen, 2000).

2.1.1 Årsak til kreft

Når forholdet mellom cellevekst og celle død blir forstyrra aukar faren for kreft utviklig. Bakgrunnen for kreftutviklinga er skader oppstått i DNA, gen skader, mutasjon. Resultatet er at genets funksjon blir auka eller kopla ut. Dersom visse gen i ei normal cella endrast, aukar risikoen for å utvikla kreftceller. Oppsummert kan ein seia at årsaka til kreft er:

- Auka cellevekst som følgje av inaktivitet av gen som kodar hemming av cellevekst, og auka aktivitet for genet som kodar for cellevekst.
- Redusert cellevekst som følgje av auka aktivitet av gen som kodar for cellevekst, og inaktivering av gen som kodar for auka cellevekst.
- Sviktande DNA-reparasjon som følgje av inaktivering av gen som koder for DNA-reparasjonsprotein(Bertelesen, 2000).

Det er og viktig å poengtera at ein enkel mutasjon av eit kreft gen ikkje er tilstrekkelig for å gje kreft utviklig, det må fleire mutasjonar til. Tobakksrøyk, asbest, kjemikaliar, metall, stråling, hormon og alder er nokre eksempel på kreftutløysande faktorar(Bertelesen, 2000).

2.1.2 Symptom hos kreftpasientar

Det er som regel symptom som dyspnè, smerter, infeksjonar, blødings episodar eller trøttleik som får pasientane til å oppsøka lege. Symptoma på kreft variere frå krefttype til krefttype, og ein kan ikkje åleine stilla diagnosen kreft på grunn av symptoma. Det er og viktig å påpeike at personar med same diagnose kreft ikkje treng ha dei same symptoma. Symptoma kan vere ein trussel mot kampen om å overleve og det å ha håp om framtida. Dei vanlegaste symptoma ein ser hos kreftpasientar er anemi, som tydar lav blodprosent, hyppige infeksjonar, smerter, trøttleik og dyspnè(Ottesen & Jørgensen, 2002).

2.1.3 Behandling av kreftpasientar

Ein deler vanlegvis kreft behandlinga inn i kurativ- og palliativ behandling. Den kurative behandlinga går ut på å helbreda pasienten, og målsetjinga for behandlinga er helbredelse ved behandlingsstart. Palliativ behandling går derimot ut på å lindra symptoma, symptom førebygging, ein forlenga oppleving eller ein kombinasjon av desse faktorane. Målsetjinga for palliativ behandling er knytt til pasientens sjukdomsoppleving der og då, og førebygging av plagsame symptom i framtida, og ei forlenga framtid(Schjølberg, 2008).

Ved alle ulike kreftbehandlingsmetodar kan det oppstå bieffektar som seinskadar, eller akuttskadar som kan gå på bekostning av ein funksjon eller eit organ. Det kan være eit etisk dilemma å veta kva råd ein skal gi til pasienten, men ein må sjå på heilskapen av behandlingsprosessen, og prognosen for den type kreftdiagnose(Schjølberg, 2008).

Kirurgi har ein viktig posisjon ved den primære behandlinga av ein lokalisert sjukdom. Hensikta med eit kirurgisk inngrep er at ein vil fjerna alt av det sjuke vevet, utan å gjere skade på normale strukturar. Kirurgi har først og fremst ein kurativ målsetjing, men kan og ha ein sentral plass i den palliative behandlinga(Schjølberg, 2008).

Kjemoterapi som og blir kalla cytostatika- eller cellegiftsbehandling har som mål å drepa eller hemma kreftcellene i utvikling eller deling. Cytostatikaen går til angrep på dei sjuke cellene i kroppen som har høg delingsaktivitet, mens dei friske ikkje blir påverka i heiletatt(Schjøberg, 2008).

Strålebehandling er nest etter kirurgi den viktigaste behandlinga mot kreft. Strålebehandling blir brukt både som kurativ og palliativt mål. Målet med behandlinga er å drepe maligne celler og bevare friske celler(Schjøberg, 2008).

Hormonbehandling har liten helbredane effekt åleine, men blir som regel brukt ilag med cytostatiak behandling, og er eit viktig bidrag til det endelege behandlingresultatet(Schjøberg, 2008).

2.2 Omgrepet Håp

Å ha eit håp er framtidsretta, og det blir påverka av ytre faktorar og hendingar. Håpet tilhøyrer likevel det enkelte menneske, og utviklar seg innanfrå og i forhold til andre menneske. Håpet hos menneske er avhengig av ei notid, som blir opplevd som meiningsfullt, og verdt å tru på(Giersing, 2002).

Håpet blir betrakta som ein tilstand som er influert av eksterne faktorar som sjukdom, krise, tap og endring i livet. Eit sterkt håp kan gje styrke og mot til å handtera vanskelige situasjonar. Håpet involvere mange tankar, følelsar og handlingar som blir endra over tid. Håp kan vere den fundamentale kunnskapen om, og kjensla av at det er ein veg ut av vanskeleghetane. Følelsen av håp gjev energi, og eit sterkt håp kan gje styrke og mot til å takla vanskelege situasjonar(Rustøen, 2007).

Rustøen (2001) skriv vidare at håpet er ein sentral faktor i alle menneskes liv, og kan vere ein utfordring blant sjukepleiarane. Håpet er viktig for alle menneskes helse og velbefinnande, og håpet er nødvendig dersom ein skal oppleve livet som godt å leva. Håp kan gje oss glede som vil føra til openhet og kreativitet som gjev energi og vitalitet. Håpet vil gje styrke og mot til å ha tru på morgondagen.

Håp er ein mental tilstand, med ynskje om å oppfylla eit mål, og ha ein forventning om at det som ein ynskjer eller etterstreba ligg innanfor det som er oppnåelige. Håpet gjer menneske i

stand til å meistra vanskelege og vonde situasjonar, tap, tragediar, nederlag, einsamhet og liding. For å få styrke til å overvinna hindringane er det impulsen av håp som gjer det motiverande. (Travelbee, 1999).

Travelbee (1999) beskriver 6 kjenneteikn ved håp: Håp er relatert til val, mot, uthaldenhet, tillit, det er framtidsretta og det knyttes til avhengighet av andre. At håpet er relatert til *val* betyr at pasienten har valmoglegheit i ein vanskelig situasjon, og gjev kjensla av å ha alternativ eller utvegar i situasjonen, som gjev oppleving av fridom og autonomi hos menneske. *Motet* gjev pasienten styrke til å handla aktivt og gjera noko i forhold til sin situasjon, i staden for å flykta frå vanskelegheitane. *Uthaldenhet* er evna til å prøva om og om igjen, for å fortsetta å løysa sine problem, endra status eller lindra sine plager. Uthaldenhet er ein eigenskap som gjer at ein tåler vanskelege opplevingar over lengre tid utan å gje opp og mista motet, dette krev truleg ein stor viljeinnsats. Med *tillit* meiner ein at trua på at andre mennesker er i stand til å yta hjelp i andres nød, og at dei truleg vil gjera det. Den som har håp står ovanfor oppgåva med å ta sitt "her og nå" i bruk på ein slik måte at han strukturerar og byggjer framtida for å oppnå det han håpar på. At håpet er *framtidsretta* betyr at ein ser fram til forandringar i framtida, og at situasjonen skal bli betre enn nåtida. Håpet blir knytt til *avhengighet* av andre, ein forventning eller tru på at andre mennesker vil hjelpa til, når eins egne ressursar ikkje strekker til (Travelbee, 1999).

Den som opplever håpløyse er utan håp. Han prøver ikkje å meistra vanskelegheitane og løysa problema. Det er vanskelig for dei som opplever håpløyse å førstilla seg tilgjengelege valmoglegheter, og ein manglar som regel initiativ og motivasjon for å gå inn for å endra livet. Ein opplever det som om at ein er overvelda av problem, og har vondt for å tenkje på framtida. Frustrasjonen som kan utvikle seg ved å ikkje sjå ein veg ut av vanskelegheitane er aggresjon, desperasjon eller pessimisme (Travelbee, 1999).

2.2.1 Håp knytt til kreftpasientar

Referert i Rustøen (2001) beskriv Travelbee håp som ei kjensla, og det å få ein kreftdiagnose vil kunna påverka denne kjensla. Det vil gje lettelse og styrke dersom ein er i stand til å gi uttrykk for sine følelsar knytta til usikkerhet og frykt. Eigenskapar som optimisme, mot og følelsen av kontroll er betydingsfulle i ein slik fase i livet.

Rustøen (2001) referer til Scanlon som hevdar at sjukepleiaren kan gje følelsmessig støtte, respektera pasienten, lytta og ha oppmerksamheten på pasientens følelsar. Dette kan gje pasienten ei kjensle av verdifullhet(Rustøen, 2001).

For at sjukepleiaren skal kunne fremma håpet hos kreftpasientar er det viktig å styrka pasientens samhörighet med seg sjølv, ein må vere imøtekommande for åndelige behov, diskutera hensikt og mål med behandlinga, bidra til at ting blir positivt oppfatta, stryka pasientens personlighet, hjelpe pasienten til å fremma gode minner og bidra til å fremma eit lyst sinnelag ved hjelp av humor(Utne og Rustøen, 2010).

Hensikta med sjukepleie er å hjelpa pasienten og hans pårørnde med å meistra eller førebygga opplevingar knytta til sjukdomen eller lidinga, og å hjelpa pasienten eller pårørnde til å finna meining med desse opplevingane. For at sjukepleiren skal kunna hjelpa pasientar med å fatta nytt og styrka håp, er det viktig at sjukepleiaren har kunnskap om kva som verkar styrkande og svekkande mot håpet(Rustøen, 2001).

2.3 Omgrepet Krise

Omgrepet krise tydar ei avgjerande vending, ei skjebnesvanger endring eller ei plutselig forandring. Når mennesker kjem inn i ein livssituasjon der tidlegare erfaringar og innlærte reaksjonar ikkje strekker til for å kunna forstå og beherska situasjonen, befinn menneske seg i ein krisetilstand(Cullberg, 2007).

Cullberg(2007) skil mellom to hovudårsakar til kriser, den traumatiske krise, og utviklingskriser, eller livskriser. Traumatiske kriser handlar om plutselige og uventa vanskelege *ytre påkjenningar*. Dette kan innebera ein trussel mot tryggleiken, sosial identitet, eins fysiske eksistens eller mot moglegheta til å innrette seg tilværelsen. Utviklingskriser eller livskriser derimot er ofte meir samansette enn dei traumatiske krisene. Dei kan verta utløyst av hendingar som tilhøyrer dagleglivet, men som i nokon individuelle tilfeller kan bli overmektige.

Ein kan dele den traumatiskekrisa inn i fire fasar: sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidings fasen og nyorienteringsfasen. Sjokkfasen variere frå eit kort øyeblikk til nokre døgn. Individet

vil vanlegvis halde verkelegheta på avstand, fordi ein ikkje klarar å "ta inn" det som har skjedd og bearbeida det(Cullberg, 2007).

Sjokk- og reaksjonsfasen utgjer tilsamen krisas akutte fase. Reaksjonsfasen begynner som regel der den ramma blir tvinga til å opna augene for det som har skjedd eller skal skje. Ein må integrera verkelegheta så funksjonelt som mogleg, og individets forsvarsmekanismar blir aktivert(Cullberg, 2007).

Cullberg (2007) seier vidare at når den akutte fasen er over begynner bearbeidingsfasen. Då byrjar pasienten å bli framtidssretta igjen. Pasienten vil i denne fasen prøva å godta sin situasjonen, og lære seg nye sosiale roller som følgje av situasjonen.

2.4 Omgrepet Livskvalitet

Livskvalitet blir definert som *"en persons egenopplevelse av positive og negative sider ved livet i sin alminnelighet. Det kan ses på som en syntese av positive og negative opplevelser, ubehag, glede og nedstemthet, og av vonde og gode følelser"*(NOU 1999: 2).

Rustøen (2001) skriv at livskvalitet handlar om det enkelt menneske opplever av å ha det godt eller dårlig. Livskvalitet er eit subjektivt omgrep, der det må tas utgangspunkt i den enkelt menneskets oppleving av situasjonen. For at mennesker skal kunna oppleva håp i livet er det viktig at personen har det bra og opplever livskvalitet. Livskvalitet og håp påverkar kvarandre. Dersom livskvaliteten ikkje er tilstades kan det vera vanskelig å kunna oppretthalda håpet om framtida, og omvendt.

Det er individuelt korleis ein person opplever livskvalitet. Pasientane opplever ulike gradar av livskvalitet i forhold til effekten av behandlinga, symptom og biverknadar, og det samsvarer ikkje alltid med den vurderinga som helsepersonallet eller pårørande opplever. Pasienten veit sjølv korleis han har det og kan setje ord på følelsane sine(Ribu, 2010).

2.5 Sjukepleiarfagleg perspektiv

Joyce Travelbees har hatt stor betydning for norsk sjukepleiarutdanning, og har det framleis. Eg synes Travelbees sine teoriar og haldningar passar godt til temaet eg har valt i denne

oppgåva. Travelbee (1999) sin sjukepleiarteori blir brukt i denne oppgåva som ein del av det teoretiske grunnlaget.

2.5.1 Kva er sjukepleie?

Travelbee (1999, s. 29) definerer sjukepleietenking som:

”Sjukepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å førebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene.”

Med omgrepet ”mellommenneskelig” meiner Travelbee (1999) at sjukepleie alltid handlar om kontakt med menneske. Menneska ein sjukepleiar står overfor, er omfatta sjuke og friske individ, deira familie, besøkande, personalet og medlemmer av andre gruppe helsearbeidarar. Med omgrepet ”prosess” meiner ein dei erfaringane og hendingane som sjukepleiaren opplever, og som blir utvikla og endra over tid. I alle sjukepleiarsituasjonar inngår det ein forandring. Forandringa skjer som resultat av det eine individets innverknad på det andre. Sjukepleiaren skal vere i stand til å frambringa forandringar på ein målretta, innsiktsfull og omtenkjam måte. Sjukepleiaren står ovanfor ein hjelpande prosess, ved å observera, overvåka pleia til den enkelte og registra. Føremålet er at sjukepleiaren skal hjelpa individet, familie og samfunnet ved å fremma helse og førebygga sjukdom. Ho seier og at omgrepet helse er viktig fordi sjukepleie handlar om å hjelpa den enkelte til å førebygga eller meistra sjukdom og liding eller bidra til å oppretthalda ein best mogleg helsetilstand.

2.5.2 Menneske- til menneske- forholdet i sjukepleie

Eit menneske- til menneske- forhold i sjukepleie er ein eller fleire opplevingar og erfaringar som blir delt mellom den sjuke og sjukepleiaren. Vesentlig kjenneteikn til opplevingane og erfaringane er at individet, familien eller samfunnets sjukepleiarbehov blir ivaretatt. Eit vesentlig kjenneteikn er at sjukepleiaren og pasienten oppfattar og forholder seg til kvarande som unike menneskelege individ. Travelbee (1999) meiner at omgrepa ”sjukepleiar” og ”pasient” ikkje kan nå heilt fram til kvarandre. Det er først når den enkelte individ i interaksjonar opplever den andre som eit menneske at ein reell kontakt oppstår. Eit

slikt forhold er i ein sjukepleiar situasjon eit viktig verkemiddel som gjer det mogleg å oppfylle sjukepleiarens sine mål og hensikt. Å hjelpe eit individ med førebygging av sjukdom og liding, er med på å finna meining i desse erfaringane. Travelbee (1999) påpeikar at kommunikasjon er ein interaksjon som gjev sjukepleiaren moglegheit til å bli kjent med den sjuke, for dermed å etablera eit menneske- til menneske- forhold for å ivareta den sjuke sine behov.

Travelbee (1999) tar sterk avstand frå pasient- sjukepleiar begrepet, men eg har likevel valt å bruke dette begrepet i oppgåva for enkelheitsskuld.

3.0 Metode

3.1 Kva er metode?

Vilber Aubert definerar metode sitert i Dalland (2007, s. 83) som:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilken som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder(1985: 196).”

Metode er redskapet ein brukar dersom ein vil undersøkje. Metodar fortel oss korleis ein bør gå fram for å framskaffa eller etterprøva kunnskap. Begrunnelsen for å velja ein bestemt metode er at vi meiner den vil gje oss best mogleg kunnskap og data for å få ein fagleg og interessant svar på problemstillinga/spørsmålet(Dalland, 2007).

3.2 Kvantitative og kvalitative metodar

Vi skil mellom kvantitative og kvalitative metodar. Den kvantitative metoden går i bredda og kan gje oss eit lite antall opplysningar om mange undersøkingseinhetar. Den tar sikte på å forme informasjonen til målbare einhetar. Den kvalitative metoden går i dybden, og gjev oss mange opplysningar om få undersøkingseinhetar. Datasamlinga i denne metoden skjer i direkte kontakt med feltet, gjerne ved intervju utan faste svar alternativ, og tar sikte på å få fram samanheng og heilskap(Dalland, 2007). Begge metodane tar sikte på å gje ein betre forståing av samhandling og handling innanfor det samfunnet me lever i, i forhold til enkeltmenneske, grupper og institusjonar(Dalland, 2007).

3.3 Litteraturstudie som metode

Kva data ein ynskjer og kva studie ein ynskjer å føreta seg er avhengig av kva ein bruker som informasjonskjelde. I følgje Olsson og Sørensen (2003) er litteraturen ein informasjonskjelde slik som respondenten er informasjonskjelda ved intervju. Den litteraturen som er i litteraturbakgrunnen kan ikkje vera den same som i innsamlingslitteraturen. Litteratordata for resultatdelen i oppgåva blir vanlegvis henta frå 5-6 vitenskaplege artiklar eller andre relevante vitenskaplege rapportar. Innsamlingsdata frå litteraturen setter ein i drøftingsdelen

av oppgåva ilag med bakgrunns litteraturen, da drøfter ein ut ifrå føremål og spørsmålstillingar.

Forsberg og Wergström (2008) skriv at for å kunna gjera systematiske litteraturstudiar må det finnast tilstrekkelig med studiar som er av god kvalitet som kan gi eit godt underlag for bedømingar og resultat. Dei beskriver også systematiske litteraturstudiar som å gå ut frå eit tydig formulert spørsmål, som ein besvarar ved å identifisera, velja, vurdere og analysere relevante forskingsartiklar om emnet.

I denne oppgåva har eg tatt med dei forskingsartiklane med størst relevans for problemstillinga. På grunn av oppgåvas tidsbegrensing og omfang er antallet av forskning lågt samanlikna med systematiske litteraturstudiar.

3.4 Fordelar og ulemper ved litteraturstudie

Ei positiv side ved metoden litteraturstudie er at ein får raskt og effektivt tilgang på aktuell litteratur, samt mykje kunnskap innan eit emne på kort tid, og det er lett å oppspore kjeldene igjen (Forsberg og Wergström, 2008).

Dei negative sida ved litteraturstudie som metode er at ein har avgrensa tilgang på relevant forskning samtidig som at utvalet blir gjort selektivt, det vil seia at det ofte avkortast til det som støttar seg på eigne standpunkt (Forsberg og Wergström, 2008).

3.5 Litteratur søk og val av litteratur

For og finna fram til relevant forskingslitteratur har eg søkt i HSH sin helsefaglege artikkelbase, og gjort søk i dei ulike søkemotorane der. Kriteria eg har hatt for artiklane var at dei ikkje skulle vera meir enn 10 år gamle, skulle omhandla pasientar med nydiagnostisert kreft, håp, håpløys, omsorg eller livskvalitet. Av søkemotorar har eg brukt CINAHL, Ovid, PubMed, Ebscohost, Medline, ProQuest og SweMed+. Eg har også brukt individuelle søk av artiklar eg har funne i referanselister i andre relaterte bacheloroppgåver, desse søka har eg gjort i alle BIBSYS- bibliotek. Søkeorda eg har nytta meg av er cancer, hope, patient, nursing, critical phase, newly diagnosed. Då eg søkte etter artiklar avgrensa eg dei frå dei frå dei 10 siste åra, og valte "kun full tekst". I EBSCOhost brukte eg søkeorda *Cancer-Hope-Critical*

phase, då fekk eg 4 treff, men det var kun ein artikkel som passa til mi oppgåva. I same søkemotor fann eg og ein artikkel, men med søke orda *Cancer-Hope-Newly diagnosed* som gav meg 10 treff. *Cancer-Hope-Nursing* gav meg flest treff på 152 artiklar, men det var få som var relevant for oppgåva mi.

Artiklane som eg søkte opp manuelt har eg funne i ProQuest og SveMed+, hovudsakleg i tidskriftene *International Journal for Human Caring*, *Oncology Nursing Forum*, *Journal of Advanced Nursing* og *Cancer Nursing*.

Artiklane eg har valgt vekk har enten vore for gamle eller har ingen relevans for temaet i oppgåva. Mange av artiklar eg fant omhandla den palliative fase, mens i mi oppgåva fokuserte eg meir på den akutte. Eg har likevel brukt artiklar som omhandlar den palliative fase for eg anser dei som relevante. Eg har funne både kvantitative og kvalitative forskings artiklar som eg bruker i oppgåva. Artikkelen "*Den omsorgsfulle sykepleier: Slik pasienten ser det.*" seier ingen ting om håp i forhold til kreft pasientar, eg har likevel valgt å bruke den sidan eg kan knytta den opp til relevant forskingslitteratur eg har funne, og meiner personlig at god omsorg fremmar håpet hos pasientar.

3.6 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk er den metoden som vert brukt for å fastslå om ei kjelde er sann eller ikkje.

Kjeldekritikk tyder å vurdera å karakterisera den litteraturen som er nytta i oppgåva.

Kritikken må heile tida sjåast i lys av kva kjeldene skal belysa. Hensikta med kjeldekritikk er å gi lesaren dei refleksjonane ein har gjort seg om kva relevans og gyldenhet litteraturen har når det gjeld problemstillinga. Kjeldekritikk skal visa at ein er i stand til å forholde seg kritisk til dei kjeldemateriala ein har funne og bruker i oppgåva(Dalland, 2007).

Rustøens (1989) doktoravhandling er egentlig litt for gammal i forhold til kriteriane mine. Eg har likevel valt å bruke den fordi eg synes den passa godt inn i oppgåva og belyste temaet.

Resultatet i denne artikkelen fell og ilag med nyare forskning om dette temaet.

I bakgrunns litteraturen har eg har brukt mest mogleg primærkjelder, men har og tillatt meg å bruke nokon sekundærkjelder. Dei fleste bøkene er under 10 år gamle, bortsett frå

Travelbees sin norske versjon som vart utgitt i 1999, Bertelsen si bok om Patologi frå 2000 og Helse- og omsorgsdepartementet sin definisjon av livskvalitet frå 1999.

3.7 Etiske aspekt

Etikk handlar om normer for riktig og god livsførsel, etikken skal gje oss veiledning og grunnlag for vurderingar før ein handlar. Etiske utfordringar er knytta til alle ledd i ein undersøking, frå planlegging til gjennomføring og formidling av resultatet. Ein skal ikkje endra teksten til noko anna enn det forfattaren framstiller, men ivareta forfattaren sitt arbeid(Dalland, 2007).

Det er gjeven ut retningslinjer for god medisinsk forskning der dei seier at juks og uhederlighet ikkje skal førekomma. Det betyr at ein ikkje skal vrenge på forskingsprosessen eller laga plagiat av data. I litteraturstudiar er det viktig å velja studiar som er godkjente av etisk komitè(Forsberg & Wengstöm, 2008).

Eg har brukt sjekklister frå Nasjonalt kunnskapssenter for helstjenesta(2006) for å vurdere forskingsartikklane eg har brukt.

3.8 Presentasjon av Artiklar

Kvåle, K. (2005):

Hensikta var å finne ut kva pasientane opplever som den omsorgsfulle sjukepleiar. Funn: At sjukepleiaren var til å stola på, aktive, oppmerksame på pasientens behov for trøst, og er hyggelege. At pasientane opplever tryggleik, får rett informasjon og er positive.

Lindholm, L., Holmberg, M., Mäkelä, C. (2005)

Hensikta med studien var å auke forståing av betydninga håp og håpløyse og kva betydning det har for kvinner som lid av brystkreft. Funn: Håpet gjev indre fred og ein følelse av tillit og fridom. Helsearbeidarar kan oppmuntre til håp ved å være positive og ha sjølvtilit. Utryggleik og usikkerhet hemmar håpet.

Anne M. (2007)

Hensikta med denne studien var å beskrive opplevinga av håpet blant kvinner med eggstokk-kreft. Funn: Diagnosen innebar store omveltningar i livet, håpet stod sentralt for å finna meining i situasjonen. Informasjon med helsearbeidarar hadde betydning for å omforme dødstrusselen. Støtte frå familie, venner og andre kreft pasientar fremma håp.

Herth, K. (2000).

Hensikta var å undersøka om eit spesifikt sjukepleiar-intervensjonsprogram ville styrka håpet og livskvaliteten hos pasientar med første tilbakefall av kreft,. Funn: Sjukepleiaren kan fremma håpet hos pasientar med tilbakevendande kreft gjennom spesifiserte intervensjonsprogram. Å møtast i grupper og motta sjukdomsrelatert informasjon er ikkje nok til å fremma håpet.

Lorentsen, V. B. (2003).

Hensikta var å få kunnskap om kva håpsfremmande intervensjonar sjukepleiaren kan bruka for å styrka håpet hos kreftpasientar. Funn: At pasienten oppleve noko godt, betydninga av nærvær er viktig. Sjukepleiaren viser tillit, openhet, respekt og glede. Måten ein kommuniserar, lyttar og observerar, og å har blikket på, samt å hjelpa pasienten med å fullføra mål og ha kontroll.

Chen, M. L. (2003).

Hensikta var å undersøka sjukdoms effekt/status på grad av håp hos pasientar med kreft. Samanlikna nivået av håp hos kreftpasientar med smerter/utan smerter. Kva dimensjonar ved smerte kan assosierast med håp hos pasientar med kreft. Funn: Ingen forskjell i grad av håp hos pasientar med smerter som utan smerter. Dei som såg på smertene som ein utfordring hadde større grad av håp enn dei som hadde meir negative assosiasjonar med smerter.

Rutsøen, T., Wiklund, I., Hanestad, B. R. & Moum, T. (1998).

Hensikta var å evaluera effekten av sjukepleiarhandlingar på håp og livskvalitet hos pasientar med kreft. Funn: Håp er viktig i forhold til livskvalitet. Det kom og fram at det er mulig å auka

kjensla av håp til nydiagnostiserte kreftpasientar, som peiker på at det er ei viktig rolla for sjukepleiaren.

Hammer, K., Mogensen, O. & Hall, E. O. C. (2009)

Hensikta var å undersøka korleis kvinner med nydiagnostisert kreft opplever håp. Funn: I den akutte fasen veksla det mellom håp og håpløyse. Håp vert opplevd som ein vilje til å vere i live, og finna meining i situasjonen. Profesjonell behandling, omsorg, tillit, å utføra daglegdagse ting og positiv atmosfære styrka håpet.

Reynolds, M. A. H. (2008).

Hensikta var å definera omgrepet håp og korleis opplevinga av håp var hos pasientar i eit avansert stadium av kreften. Funn: Avhengighet av ei sterk åndeleg tru. Vedlikehald av positive holdningar. Innkvartering av kreft symptom. Påverka håpet: fysiske symptom, åndeleg tru, andre mennesker og personlege eigenskapar. Trøttleik, kvalme og smerte hemma håpet hos pasientane.

Mattioli, J.L, Pepinski, R. & Chappy, S.L. (2008).

Hensikta var å beskriva betydning av håp og sosial støtte hos pasientar som blei behandla med kjemoterapi. Funn: Pasientane fokuserte på eit større bilde, og tilpassa seg diagnosen og lærte å leva med den. Håpet var hjelpemiddelet i generell støtte og velvære, støtte frå familie, venner og helsepersonell var verdifullt for pasientane.

3.9 Presentasjon av bøker

Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet –en utfordring for sykepleieren?*

I denne boka presentere sjukepleiar og forskar Tone Rustøen ulike definisjonar på håp og livskvalitet og det blir drøfta måtar å betrakta desse på eit livsløpsperspektiv. Ho utdjupar korleis sjukepleiaren kan bidra til håp og livskvalitet i møte med pasienten. Boka er skreve for studentar i sjukepleiarens grunn- og vidareutdanningar.

Esbensen, B. A (red) (2008). *Mennesker med kræft - Sygepleje i et tværfagligt perspektiv.*

Denne boka understrekar den viktige betydninga av sjukepleiarens møte med kreftsjuke pasientar, der ein prioritere livet som det er, og ikkje utelukkar kreftpasienten i relasjon til ein diagnose. Den vektlegger dei sjukepleiarfaglige problemstillingane uansett i kva behandlingsstadium pasienten finn seg i.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelig forhold i sykepleie.*

Sjukepleiarteoretikaren Joyce Travelbee presenterar i denne boka sin teori om sjukepleiarens mellommenneskelege aspekt. Ho presenterer ein interaksjonsprosess, og fokusere på relasjonar mellom pasienten og sjukepleiaren. Boka er viktig for grunnlagstenkning i sjukepleien, og av betydning for utvikling av fagleg identitet hos sjukepleiarar og sjukepleiarstudentar.

4.0 Korleis kan sjukepleiaren bidra til å fremme håpet hos pasientar med nyoppdaga kreft?

I drøftingsdelen blir funna i forskingsartiklane, og det litteraturen seier om funna, drøfta opp mot kvarandre, både likhetar og ulikhetar. Eg har valt å dele drøftingsdelen inn i:

- Kva følelsar og reaksjonar inneber det å få diagnosen kreft?
- Kva betydning har håpet for pasientar med nyoppdaga kreft?
- Kva faktorar fremmar og hemmar håpet hos pasientar med nyoppdaga kreft?
- Kva kan sjukepleiaren gjera for å fremma håpet hos pasientar med nyoppdaga kreft?

4.1 Kva følelsar og reaksjonar inneber det å få diagnosen kreft?

Anne M.(2007) sine funn seier at det å få ein kreftdiagnose innebere store omveltingar i livet, og at det var nødvendig at håpet stod sentralt for å finna ein mening i situasjonen. Den største bekymringa var tanken på at ein kunne dø, det var difor viktig å omforme denne trusselen.

Når eit menneske får diagnosen kreft er det veldig forskjellig på korleis kvar enkelt person opplever diagnosen, og korleis dei taklar sjukdommen. Det er nødvendig at ein ser på individets bakgrunn, tidlegare erfaringar med alvorlege sjukdommar, sosiale vilkår og relasjonar til helsepersonellet. Mennesker som vert ramma av kreft opplever tilstanden som skremmande og angstprovoserande. Kreft blir av dei fleste oppfatta med noko negativt, og ein sjukdom med dårleg prognose. Tankane som sterke smerter, liding og død er det mange forbinder med å få kreft. Det finnes mange uriktige myter om kreft, og mange har uriktige førestellingar og tankar om sjukdommen. Reaksjonane ein får etter stilt diagnose er også avhengig av levemåte, sosialt nettverk og kulturell bakgrunn(Brich, 2002).

Giersing (2002) skriv at det å få ein kreftdiagnose vil dele opp livet i ein tid *før*, og ein tid *etter*. Uansett kva funksjonsnedsettelse eller symptom ein har, vil dette påverka det enkelt menneskes tilværelse. Når ein får diagnose kreft vil alt bli forandra og annerledes enn kva det var før diagnosen vart stilt. Då ein får diagnosen kjem det ein ny verkelegheit, og forstyrrar alt det ein hadde frå før av, og ein kan få kjensla av å miste kontroll over sitt eige liv. Dei fleste vil oppleva ei krise der ein føler at alt er kaos. Det å leve i *nuet* kan bli svært

vanskelig å forholde seg til fordi ein fryktar framtida og lengtar tilbake til fortida. Ein kan føle seg einsam, og ynskja om andres hjelp og støtte blir større, mens ein samtidig ser deiras avgrensingar til å hjelpe, fordi kreftdiagnosen blir framand for dei. Kreftpasienten blir konfrontert med einsamhet som menneske, og samtidig må instilla seg på ein ny avhengighet både ovanfor familie og av profesjonelle helsearbeidarar.

I følgje Cullberg (2007, jf. Pkt. 2.3) og Giersing (2002, sjå ovanfor) vil det å få ein alvorleg sjukdom kanskje medføre at pasienten opplever ei traumatisk krise. Cullberg (2007) skriv at ei traumatisk krise er ein trussel mot tryggleiken, den sosiale identiteten eller mot moglegheita til å innretta seg til tilværelsen. I sjokkfasen vil ein ikkje kunna ta innover seg det som har skjedd og bearbeida det, ein kan ha vanskar med å huske kva som har skjedd og kva som blir sagt, dette er det viktig at helsearbeidarane veit om i forhold til informasjonen som vert gitt. I sjokkfasen kan nåken pasientar oppføra seg utanom det vanlige. Når sjokkfasen begynnar å gå over blir pasientens forsvarsmekanismar mobilisert, og det kan bli vanskelig for omgivelsane å forholde seg til det.

4.2 Kva betydning har håpet for pasientar med nyoppdaga kreft?

Rustøen (2007, jf. Pkt. 2.2.) seier at eit sterkt håp kan gje styrke og mot til å handtere vanskelige situasjonar som sjukdom, det å ha tru på at det finnes ein veg ut av vanskeleghetane. Håpet involvere mange tankar, følelsar og handlingar som blir endra over tid, og å ha håp i slike situasjonar kan vera avgjerande for å ikkje gje opp. Vidare seier ho at graden av håp vil gje meir styrke og mot til å ha tru på morgondagen.

Både funna i Hammer, Mogensen & Hall (2009) og Annes (2007) sine studiar viser at det er viktig at håpet er tilstades når ein får diagnosen. Håpet vart opplevd som ein vilje til å vere i livet og finna ein meining med situasjonen. Det kom og fram at håpet var viktig i forhold til tilknytning av familien og kjærleik. Reynolds (2008) drar og fram i sin studie at håpet blant kreftpasientar blei assosiert med gode følelsar, og med eigenskapar som optimisme.

Mattioli, Pepinski & Chappy(2008) konkluder med at kreftpasientar fokuserte på eit større bilde og levde meir i nuet. Pasientane skjerma seg mot dei negative konsekvensane, og var opptatt av at diagnosen ikkje skulle kontrollere livet deira. Det kom og fram at håp bidrog til generell helse og velvære. Familien, venner og helsearbeidarar var viktige faktorar som

fremma håpet hos pasientane i arbeidet om å takla sin sjukdom og behandling. Å få tilbodet eller muligheita til å snakka med andre var viktig i forhold til å meistra livet.

Giersing(2002) seier at håpet er framtidretta. Håpet tilhøyrer det enkelt menneske som samtidig blir påverka av ytra faktorar og hendingar. Ho seier at håpet er avhengig av notida, og at det blir opplevd som verdt å tru på og meiningsfullt. Vidare skriv ho at håpet er ein dynamisk prosess som vil endra seg over tid. Det håpet ein kan ha då ein får diagnosen kan vere at ein håper på å bli helbreda, men etter som tida går kan det endre seg. Ein håper på at sjukdommen vil halde seg i ro ,og at ein får leve lengst mogleg eller at ein får oppleve noko som betyr mykje for ein. Pasienten må forholde seg til ein livssituasjon med forandringar i sjukdomsprosessen. Pasienten vil dra kjensla på å oppleve håp og håpløyse.

4.3 Kva faktorar fremmar og hemmar håpet hos pasientar med nyoppdaga kreft?

4.3.1 Informasjon, sosial støtte og kontroll

Når ein blir ramma av ein alvorleg diagnose som kreft, vil truleg håpet blir trua hos vedkommande. Teorien omkring håp er stort sett eingje om at håpet er framtidretta og det innebere trua på at ein skal få det betre(jf. Pkt. 2.2). Når ein får diagnosen blir framtida usikker, ein blir sjuk, ein veit ikkje kva diagnosen inneberer, og ein klarar kanskje ikkje det ein tilvanlegvis klarar. Ein vil stille seg sjølv mange spørsmål, og ein blir redd for å døy.

Kreft blir ofte oppfatta synonymt med lidelse, smerter og død. Nokon vil oppleve angst for å mista kontroll over seg sjølv, og at sjukdommen kjem ut av kontroll. Kreftsjukdommen rammar ikkje bare pasienten men heile familien blir involvert(Schjølberg, 2008).

Anne M.(2007) og Kvåle (2005) skriv at for å omforme dødstrusselen, spelte informasjon frå helsearbeidarane ein betyding. At pasienten får god informasjon og blir forklart nøye om diagnosen er og med på å fremma håpet. Anne M. (2007) påpeikar og at det viktigaste var støtte og omsorg frå familie, venner og andre kreftpasientar. Mens Kvåle(2005) poengterte at oppleving av tillit og tryggleik i sjukdomsperioden fremmar håpet.

Dei viktigast kjelda for å oppretthalda håpet er familie, religiøs tru, venner, seg sjølv og hjelp frå profesjonelle. Strategiar dei sjølv tok i bruk for å støtta sitt eige håp var å vera i aktivitet,

bønn/religion, snakka med andre, tenka på andre ting, lesa og uttrykka følelsar(Rustøen, 2001).

Rustøen (2007) skriv at definisjonen av håp kan delast inn i fira sentrale faktorar: *erfaringsmessige faktorar, realsjonelle faktorar, åndelege faktorar og kognitive faktorar*. Desse faktorane vert knytta til kronisk sjuke menneskjer, og korleis sjukepleiaren kan styrka graden av håp innanfor desse faktorane.

Her vil eg trekka fram dei *Rasjonelle faktorar* som handlar om forholdet til familie, venner og helsearbeidarar. Menneske som står ein nær er ofte ein verdifull støtte i vanskelige situasjonar. Håpet kan bli styrka av vissheten om at andre stiller opp, og hjelper dersom det er nødvendig. Familien bør bli involvert i pasientens sine tankar og planar for framtida. Det kan og vere nødvendig for sjukepleiaren å minna pårørande på at dei har ei viktig rolle i å fremma håpet til pasienten(Rustøen, 2007).

Eg vil og dra fram Reynolds (2008) sine funn som er at familiemedlemmer som ikkje hadde forståing for situasjonen til pasienten var ein trussel mot håpet.

Rustøen(2007) nemner ovanfor at sjukepleiaren må minne pårørande på å vere positive og fremme håpet til pasienten. Dette kan vere vanskelig for pårørande då dei kanskje er slitne sjølve på grunn av tunge omsorgsoppgåver, og det å sjå sin nærmaste lida. Derfor meiner eg at sjukepleiaren også må vere tilstades for pårørande når det gjeld fremming av håp. Dei kan ha behov for nokon å snakke med og lytta til deira følelsar rundt situasjonen. Dette trur eg vil være med på å fremme håpet til dei pårørande, som igjen gjer det lettare for dei å vere positive og fremma håpet til pasienten.

Travelbee(1999, jf. Pkt. 2.2) seier at den som har håp trur på visse val og føler han har alternativ eller utveggar i situasjonen som gjev oppleving av fridom og autonomi hos menneske. Følelsen av å ha fridom til å velje, gjev fridomen til å ha kontroll og bestemma sjølv over situasjonen. Å ha mot gjev pasienten styrke til å handla aktivt og gjera noko i forhold til sin situasjon, i staden for å flykta frå vanskelegheitane. Uthaldenheit er evna til å prøva om og om igjen for å fortsetta å løysa sine problem, endra status eller tilstand eller lindra sine plager. Å ha tillit er å ha trua på at andre menneskjer er i stand til å yta hjelp i andres nød, og at dei truleg vil gjera det. Trua på ei betre framtid vil gjera situasjonen meir

utholdlig. Håpet blir knytt til avhengigheit av andre, ein forventning eller tru på at andre menneskje vil hjelpa til når eins eigne ressursar ikkje strekker til. Ho påpeiker og at håp er relatert til ynskjer, ein kan føle ein trong til å oppnå ein ting, situasjon, å fullføra ei oppgåva eller få ein oppleving(Travelbee, 1999).

Hammer et al. (2009) sine funn samanfaller med Travelbee sin teori som viser at det å kunna utføra daglegdagse ting, og ha ein tilknytning til Gud gjorde at dei fekk ein personlig positiv indre energi som gav styrke og viljestyrke. Både Hammer et. al.(2009) og Lindholm, Holmberg & Mäkelä (2005) konkluderte med at håpet blir aktivert gjennom planlegging av framtida, tenka positive tankar, responsen på ønskjer og lengsel inspirerer håpet.

4.3.2 Håp og håpløyse

Når livet er meiningslaust er det også håplaut. Å tapa meininga med livet er defor å miste håpet. Menneske er sjølv skaparen av si eiga meining og må derfor sjølv erkjenna håpet. Sjukdom og fysisk svekkelse truar håpet, og det gjer også opplevinga som einsomhet, negativ tenking og ukontrollerbare smerter og lidelse. Håpløshet kan definerast som negative forventningar. Håpløshet betyr at ein ikkje har noko å sjå fram til, ein trur ikkje at ein vil klara å løysa problema og nå måla sine(Lohne, 2010).

Lindholm et. al.(2005) sine funn viser at håp og håpløyse forutsett kvarandre og blir endra på ulike stadium. Håpløyse blir knytt til frykt, engstelse og tvil, mens håpet blir knytt til ein indre fred, fridom og kjensla av tillit. Det blir lagt vekt på at positive holdningar er viktig for håpet, mens utryggleik og usikkerhet hemmar håpet. Trusselen om døden opnar opp for håpet, og gjer det mogleg for å motta håp. Det som er viktig er at ein får håp ved å ikkje ignorera håpløysa.

4.3.3 Fysiske aspekt

I pkt. 2.1.2 nemner eg symptom ein kan få ved diagnosen kreft. Dei ulike symptoma kan etter mitt syn vere ein truande faktor mot håpet. Reynolds (2008) skriv at symptom som fatigue, kvalme og smerte var ein trussel mot det å håpa.

I Chen (2003) sin studie blei det derimot konkludert med at det er ingen forskjell i grad av håp hos pasientar med smerte eller utan. Det viste seg likevel at pasientens oppfatning av meininga i forhold til smertene hadde innverknad på graden av håp. Dei som assosierte smerter med noko negativt opplevde mindre grad av håp. Sjukdommens stadium i seg sjølv hadde ingen betydning for håpet, men den forventade behandlingseffekten hadde større betydning for håpet. Dette tolkar eg som om at sjukepleiaren må hjelpa og støtta pasienten med å finna meiningar og meistre situasjonen som ein er kommen opp i.

Dette samantfall også med Travelbees sin sjukepleiarteori (1999 jf. Pkt. 2.5.1) der ho seier at sjukepleiaren skal hjelpe kvar enkelt med å meistre sjukdommen eller lidinga. Det bør etter mi meining vere ein viktig del av oppgåva til sjukepleiaren å lindre smerter slik at pasienten får ein betre kvardag.

4.4 Kva kan sjukepleiaren gjera for å fremma håpet hos pasientar med nyoppdaga kreft?

”Den profesjonelle sykepleierens oppgåve er å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet. Omvendt er det også den profesjonelle sykepleierens oppgåve å hjelpe den som opplever håpløshet til å gjennvinne håp.” seier Travelbee (1999, s. 123)

Sjukepleiar rolla blir i litteraturen framstilt som svært viktig for å fremma håpet hos pasientane, og gje dei støtte undervegs i sjukdomsperioden. Sjukepleiaren kan fremma håpet med sin tilstadeværelse, måten ein opptrer på, og intervensjonsprogram for pasientar med nyoppdaga kreft(jf. Pkt. 2.2.1).

4.4.1 Tilstadeværelse og interpersonlege forhold

Sjukepleiaren utgjør vanlegvis ein viktig del av pasientens miljø, og sjukepleiaren sin tilstadeværelse og væremåte har betydning for den enkeltes oppleving av håp. Dersom sjukepleiaren virke lite empatisk og uinteressert, kan det bli oppfatta som om at pasientens situasjon ikkje er verdt ein vidare innsats og at situasjonen er håplaus. Dersom sjukepleiaren derimot er engasjert kan det smitte over på pasienten og gje nye krefter og aktivisera håpet. Derfor spelar sjukepleiaren si rolle og adferd ei viktig rolle for pasienten og pårørandes sitt

håp. Håpet er knytta til avhengighet av andre, håpet er relatert til ønskjer, henger saman med val og er nært knytta til tillit, uthaldenhet og mot(Rustøen, 2001).

Funna i Lorentsen(2003) si forskning viser at det som fremmar håpet hos pasienten er at pasienten får oppleve noko godt, det kan vere ei god natt søvn, mindre smerter og kvalme, og få tilrettelagt eit stell som kjennes godt. Det blir og poengtert at betydinga av nærvær og at ein opprettar ein relasjon, og tillit til pasienten spelar ei viktig rolle. Sjukepleiaren skal hjelpe pasienten til å nå mål og samtidig ha ei positiv holdning. Heile måten ein kommuniserar på, kroppsholdning, tonefall, observera, lytta og ansiktsuttrykka var med på å styrka pasientens håp.

I Reynolds (2008) og Lindholm et.al.(2005) sine studiar blei det trekt fram at helsepersonell som var gode lyttarar, hadde humor, var positive, hadde sjølvtilit, og som samtidig behandla dei som fullverdige menneskjer var ein viktig faktor som fremma håpet.

Hammer et. al.(2009) konkluderar med at håpet blir styrka dersom dei får profesjonell behandling, omsorg, kjensla av at ein var i tygge hender, positiv atmosfære blant sjukepleiarane og at fagfolk er i stand til å realisera håp ved å aktivera tankar og følelsar.

Det er og viktig å få med at for at eit menneske skal kunna oppleve håp er det viktig at personen har det bra og opplever livskvalitet. Livskvalitet og håp påverkar kvarandre. Dersom livskvaliteten ikkje er tilstades kan det vera vanskelig å kunna oppretthalda håpet om framtida, og omvendt. Livskvalitet handlar om det kvart enkelt menneske opplever som godt eller dårleg. Forskinga sine funn viser at det som styrkar håpet er å oppleve livet som meningsfullt, ha kontroll og dra kjensla av å meistre noko. Etter mi meining blir det då viktig for sjukepleiarane å bidra til at pasienten opplever noko godt, som i tillegg kan bidra til å styrka håpet(jf. Pkt. 2.4).

4.4.2 Den omsorgsfulle sjukepleiaren

Kvåle (2005) undersøkte kva som kjenneteikna ein omsorgsfull sjukepleiar. Funna var at sjukepleiarane var imøtekommande, aktiv, sympatiske, hyggeleg og at dei hadde humor. Tok seg tid til å pasienten, måten dei snakka på og gav støtte, og evna til å lytta. Gode

sjukepleiarar var og dei som brydde seg, og formidla informasjonen på ein omsorgsfull måte, og dei møtte pasienten som medmenneske i staden for bare pasientar.

Referert i Rustøen (2007) skriv Farran mfl. At håp er nært knytta til omsorg, og sjukepleiarens tilstadeværelse kan være med på å styrka pasientens håp. Både den profesjonelle rolla sjukepleiaren har, ferdighetar knytta til interpersonlege forhold, og respekten pasientar og pårørande har for sjukepleiarens ferdighetar. Dette kan forklara sjukepleiarens mulighetar til å påverka og styrka håpet hos pasientar og pårørande.

Rustøen (2007) trekker fram ein studie gjort av Koopmeiners og kollegar, der legar og sjukepleiarar var dei gruppene av helsearbeidarar som bidrog mest til å styrka håpet. Måten helsearbeidarane styrka håpet på var ved å ta seg tid til å snakka, gi informasjon, vera vennleg, høfleg, hjelpsam og omsorgsfull, bare "vere der" og vise respekt og ærlegheit. Det som reduserte håpet var måten informasjonen vart gjeven på.

I ein travel kvardag som dei fleste sjukepleiarane opplever, kan det bli lite tid til å setje seg ned for å snakke og lytte til pasienten sine følelsar. Mangen pasientar vil nok tenkje tanken *"sjukepleiarane har så dårleg tid, eg vil ikkje forstyrre"*, her meiner eg at som sjukepleiar må ein forsikra pasienten om at ein har tid, og at det er ein del av jobben til sjukepleiaren. Dette vil eg tru kan fortsatt vera vanskelig for pasienten, men dersom sjukepleiaren viser det fysiske at ein har tid til å snakke, som å setje seg ned, gjerne bare fem minuttar ilag med pasienten, vil ein då oppretta ein relasjon som og faktisk viser at sjukepleiaren har tid. Eg meiner at det blir viktig at sjukepleiarane prioritere oppgåvene sine, slik at alle pasientar får denne moglegheita.

Travelbee (1999) seier at sjukepleiaren styrkar håpet hos pasientar med å gjera seg tilgjengeleg, villig til å hjelpa og lytta. Sjukepleiaren gjev kvalifisert og medfølande omsorg og er obsvant for teikn på psykiske- og fysiske plager. For å styrka håpet må sjukepleiaren vere oppmerksam på pasientens velvære og fysiske behov. Sjukepleiaren skal sjå sjølv kva behov den sjuke har, og dersom ein er usikker skal ein spørje vedkommande. Sidan håp er beslekta med val, bør sjukepleiaren så sant det er mogleg la den sjuke få ta beslutningar sjølv angående sin eigen pleie. Sjukepleiaren kan ikkje gje håp til andre, men kan legge til rette for at den sjuke skal kunne oppleva håp. Trevelbee(1999) skriv og at det å oppretta ein tillit til den sjuke er viktig.

4.4.3 Informasjon, meistring og meining

Cullberg (jf. Pkt. 4.1) seier at i den akutte fasen er det vanskelig for pasienten og ta inn over seg alt som har skjedd og kva som blir sagt, dette er det viktig at helsearbeidarane veit om i forhold til informasjonen som vert gitt.

Litteraturen seier at informasjon er ein viktig faktor for å styrka håpet (Jf. Pkt. 4.3.1). Eg meiner det er viktig for helsearbeidarane å gjenta informasjonen som vart gjeven når pasienten har roa seg, og det største sjokket byrjar å gå over. Sjukepleiaren bør be pasienten om å gjenta informasjonen som er gitt for å forsikra seg om at pasienten forstår det som vert sagt.

Travelbee (1999, jf. Pkt. 2.5.1) påpeikar at eit mellom menneskelig forhold til pasienten alltid handlar om kontakt med andre menneskjer. Det blir då sjukepleiaren si oppgåve å hjelpa individet ved å førebygga sjukdom, fremma helsa og finna meining og meistra sjukdommen til pasienten. Dette gjer sjukepleiaren ved å etabler eit menneske – til – menneske forhold til pasienten. Håpet var sentralt i denne samanhengen, og vert knytta til sjukepleiarens mål og hensikt. Kvåle (2006) sine funn samanfaller med Travelbee(1999) sin sjukepleiar teori, der det kjem fram at sjukepleiaren må møte pasientane som sine medmenneske i staden for bare pasientar.

4.4.4 Spesifikke intervensjonsprogram for å fremma håp.

Rustøen, Wiklund, Hanestad & Moum (1998) og Herth (2000) sine studiar tok sikte på å prøva ut spesifikke sjukepleiarintervensjonsprogram for å fremma håpet hos pasientar med nydiagnostisert kreft og pasientar med tilbakevendande kreft. Intervensjonsprogramma i desse studiane er nesten det same, men får likevel ulike resultat. Rustøen et.al.,(1989) finner at graden av håp hos pasientar med nydiagnostisert kreft aukar etter intervensjon, men etter 6 veker gjekk graden av håp blant deltakarane ned igjen, og at intervensjonen ikkje hadde noko påverknad av graden av livskvalitet.

Herth (2000) finn at deltakarane hadde betydeleg høgare grad av håp og livskvalitet enn dei andre gruppene etter intervensjon, og at graden av håp hold seg høgt oppe i 9 månadar etter intervensjonsprogrammet.

Ein av grunnane til at det var forskjell i resultatene i desse to studiane kan vere at pasientar med nydiagnostisert kreft har større grad av håp i utgangspunktet, enn hos pasientar med tilbakevendande kreft. Det vert dermed mindre rom for forbetring i graden av håp blant nydiagnostiserte kreftpasientar. Andre studiar viser likevel at det ikkje er noko markant forskjell av graden av håpet til nydiagnostiserte kreft pasientar som dei med tilbakevendande kreft.

Rustøen et.al.,(1989) påpeikar at grunnen til så stor grad av håp blant deltakarane var at mange trekte seg, og nekta å delta i studien på grunn av at dei var deprimerte eller engstelige. Ein annan grunn kan og vere at deltakarane gjer kognitive tilpassingar, og justerer sine verdiar når dei står ovanfor ein livstruande sjukdom. Håpet kan og vere eit resultat av fornektning som er eit vanlig fenomen. Derimot i Herth (2000) sin studie var det få deltakarar som trekte seg før studien begynte og eit lågt antall under studien. I begge studiane vart det brukt måleinstrument, det som kan ha påverka resultatene er at Herth (2000) sin studie omfatta eit breitt spekter av etiske grupper i forhold til Rustøen et.al.,(1989) sin studie.

Utifrå dei to overnemte studiane meiner eg at det går an å fremme håpet hos pasientar med kreft gjennom eit spesifikt intervensjonsprogram. Sjukepleiaren som skal ha eit slikt intervensjonsprogram bør bli godt opplært, og vere i stand til å takla uventa situasjonar som kan oppstå. Eg ser det som positivt å møta andre mennesker i same situasjon gjennom eit intervensjonsprogram. Det kan gje dei ein ekstra tryggleik og det å ha muligheita til å dela erfaringar, følelsar og snakka med andre i same situasjon. Eg trur det kan vere med på å fremma håpet og livsmotet hos den enkelte pasienten. Det å føle at ein ikkje er "åleine" i situasjonen, trur eg blir ein viktig faktor. Det er og viktig å påpeika at det er individuelt for kvar einskilt om dei vil delta eller ei på slike intervensjonsprogram, det er ikkje sikkert det passar like bra for alle, og måten sjukepleiaren fremmer håpet på hos pasienten må vera retta til kvar einskild sitt behov.

I følgje Rustøen et.al., og Herth sine studiar er ikkje generell informasjon tilstrekkelig for å fremma håpet hos pasienten, men kombinert med eit godt samhald og gode samtaler om ulike aspekt ved håp trur eg dette vil få positive følgjar i forhold til håp og livskvalitet.

5.0 Avslutning

Sjuepleiarane spelar utan tvil ein stor rolle når det gjeld å fremma håpet til pasientar med nydiagnostisert kreft. For å veta kva ein som sjukepleiar kan gjera for å fremma håpet hos kreft pasientar må ein først og fremst få eit innblikk i kva håp er, og kva faktorar som hemmar eller styrkar håpet. Det vil vere individuelt kva håpet inneberer for pasientane, uansett kva håpet betyr for pasienten må sjukepleiaren vera tilstades og støtta pasienten. Det er viktig at sjukepleiaren er imøtekommande og ser kva behov pasienten har.

Hovudsakleg kan sjukepleiaren fremma håpet ved å møte pasientane som medmenneske, omtenkksomhet, visa respekt, sin væremåte, interesse, ta seg tid til å snakke og lytte til pasienten, formidla informasjon og forklara på ein omsorgsfull måte, samt å gje emosjonell støtte. Sosial støtte viser seg å vera viktig for håpet, derfor blir ivaretaking av pårørande og ein viktig faktor. Det er og viktig at sjukepleiarane har humor, sjølvtilit og bidrar til at pasienten får kjensla av ei meining i situasjonen. Dersom ein opplever kontroll og meistring i kvardagen styrkar det håpet til pasienten.

Eg meiner sjukepleiaren bør få betre kunnskap om kva faktorar som fremmar håpet blant kreftpasientar. Behandla dei som medmenneske ved å gje god omsorg, rom for samtale, hjelpe dei til å nå mål og fokusera på muligheter og ressursar, og samt å nytte seg av spesifikke intervensjonsprogram i praksis.

6.0 Kjelder

- Anne M. (2007). Transforming the Death Sentence: Elements og Hope in Women With Advanced Ovarian Cancer. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 34 (6), 70-81.
- Bertelsen, B. I. (2000). Patologi: *Menneskestes sykdommer*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Birch, N. (2002). At få kræft. I.: B. A. Esbensen (red). *Mennesker med kræft - Sygepleje i et tværfagligt perspektiv*. (s. 19 - 29) København, Danmark: Munksgaard Danmark.
- Chen, M. L. (2003). Pain and hope in patients with cancer: a role of cognition. *Cancer Nursing*, Vol. 26(1), 61 – 67.
- Cullberg, J. (2007). *Mennesker i krise og utvikling*. Oslo: Universitetsforlag.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk forlag.
- Forsberg, C. & Wengstöm, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokörlaget Natur och Kultur.
- Giersing, U. (2002). Når mennesket trues på livet. I: B. A. Esbensen (red). *Mennesker med kræft - Sygepleje i et tværfagligt perspektiv*. (s. 31 - 45) København, Danmark: Munksgaard Danmark.
- Hammer, K., Mogensen, O. & Hall, E. O. C. (2009). Hope as experienced in women newly diagnosed with gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing* 13 274 - 278.
- Herth, K. (2000). Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1431-1441.
- Kreftforeningen (23.12.2009). *Hva er kreft: Fakta om kreft og oppdaterte tall på kreft i Norge*. Henta 8. Januar 2011 frå:
http://www.kreftforeningen.no/om_kreft/hva_er_kreft

- Kvåle, K. (2005). Den omsorgsfulle sykepleier: Slik pasienten ser det. *Vård i Norden*, 26 (1), 15-19.
- Lindholm, L., Holmberg, M., Mäkelä, C. (2005). Hope and hopelessness - Nourishment for the Patient`s Vitality. *International Journal for Human Caring*, Vol.9 (4), 33-38
- Lohne, V. (2010). Håp og håpløshet, I: U. Knutstad (red), *Sykepleieboken 2: Sentrale begreper i klinisk sykepleie* (s. 108 - 123). Oslo Akribe.
- Lorentsen, V. B. (2003). Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp? *Sykepleien* 91(21):38-41.
- Mattioli, J.L, Pepinski, R. & Chappy, S.L. (2008). The meaning of hope and social support in patients receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum* Vol. 35(5) 822 – 829.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006). *Sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning*. Henta 20. januar 2011 frå:
<http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/2031.cms>
- NOU 1999: 2 (1999). *Livshjelp: Sentrale begrep: Livskvalitet*. Helse- og omsorgsdepartementet. Henta 11. Januar 2011 frå:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-19992/5.html?id=141465>
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo. Gyldendal akademisk Forlag.
- Ottesen, S. S. & Jørgensen, L. (2002). Fysiske problemstillinger. I: B. A. Esbensen (red). *Mennesker med kræft – Sygepleje i et tværfagligt perspektiv*.(s. 257 - 303) København, Danmark: Munksgaard Danmark.
- Reynolds, M. A. H. (2008). Hope in adults, ages 20 – 59, with advanced stage cancer. *Palliative and Supportive Care* Vol. 6 (3): 259 – 264.
- Ribu, L. (2010). Livskvalitet. I: Reitan, A. M. & Schjølberg, T. K. (red). *Kreftsykepleie: Pasient - utfordring – handling* (s. 48 - 61). Oslo: Akribe.

Rustøen, T. (2007). Håp hos kronisk syke mennesker. I: E. Gjengedal & B. R. Hannestad (red.), *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursending* (s.93 - 102). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet –en utfordring for sykepleieren?* Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Schjøelberg, T. K. (2008). Sykepleie til pasienter med kreft, I: U. Knutstad (red), *Sykepleieboken 3: Klinisk sykepleie* (s. 81 - 129). Oslo: Akribe.

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

Utne, I. & Rustøen, T. (2010). Håp hos mennesker med kreft. I: Reitan, A. M. & Schjøelberg, T. K. (red). *Kreftsykepleie: Pasient – utfordring – handling* (s. 62 - 71). Oslo: Akribe.