



*Hvordan kan sykepleiere bidra til  
å styrke håp hos pasienter som nylig  
er diagnostisert med kreft?*

Kandidatnummer: 133

VID vitenskapelige høgskole

Diakonhjemmet Oslo

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 13SYKDEL

Antall ord: 10 999

Innleveringsfrist: 29.09.16

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Sykepleiere har en sentral håpsfremmende rolle. Friske mennesker tenker ikke så ofte på håp, men ved alvorlig sykdom blir håpet mer gjeldende. Håp gir motivasjon, glede, styrke, trivsel, livsmot og bedre livskvalitet. I tillegg kan håp påvirke sykdomsforløpet.

**Hensikt:** Å finne ut hvordan sykepleiere kan styrke håp hos nydiagnostiserte kreftpasienter i aldersgruppen 18-70 år.

**Metode:** Litteraturstudie.

**Funn:** For at sykepleiere skal kunne fremme håp hos nydiagnostiserte kreftpasienter må sykepleierne ha gode kunnskaper om sykdom og behandling, lidelse og mestring. Gode kommunikasjonsferdigheter og evnen til å bygge en god relasjon er også av betydning. Ulike håpsfremmende metoder ble identifisert, det samme gjelder faktorer som kan true håpet. Behovet for håpsfremmende arbeid ble også bekreftet. Med dette som grunnlag presenteres et forslag for hvordan sykepleiere kan gå frem for å utøve håpsfremmende sykepleie på kreftpasienter som er innlagt på sykehus.

**Nøkkelord:** Håp, kreft, lidelse, mestring, nydiagnostiserte kreftpasienter, kirurgisk sengepost.

*Håp er  
å finne veier  
ut fra avveier.*

*Håp er  
å ligge nede  
men likevel være  
oppreist i seg selv.*

*Håp er  
å tillate seg  
å være oppgitt,  
men aldri gi opp.*

*Håp er  
å strekke seg  
mot noe større  
enn seg selv.*

(Ragnhild Bakke Waale)

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning .....</b>	<b>6</b>
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema.....	6
1.2 Presentasjon og presisering av problemstilling.....	7
1.3 Avgrensninger .....	7
1.4 Definisjon av begreper .....	8
1.5 Oppgavens relevans.....	8
1.6 Oppgavens oppbygning.....	9
<b>2.0 Teori.....</b>	<b>10</b>
2.1 Håp .....	10
2.1.1 Begrepet håp .....	10
2.2 Sykepleie .....	11
2.2.2 Håpsfremmende sykepleie .....	11
2.3 Pasient .....	14
2.3.1 Nyoppdaget kreft .....	14
2.3.2 Håpets betydning.....	15
2.3.3 Faktorer som påvirker håpet.....	15
2.4 Kreft .....	16
2.4.1 Hvordan kreft oppstår .....	16
2.4.2 Årsaker til kreft.....	16
2.4.3 Behandling .....	17
2.4.4 Forekomst.....	17
<b>3.0 Metode .....</b>	<b>18</b>
3.1 Kvalitativ og kvantitativ metode .....	18
3.2 Valg av metode.....	18
3.2.1 Litteraturstudie som metode.....	19
3.3 Innsamling av data .....	20
3.3.2 Kildesøking, kildekritikk og søkehistorikk.....	20
3.4 Etske overveielser .....	21
3.5 Vurdering av egen rolle.....	22

<b>4.0 Funn</b> .....	<b>23</b>
4.1 Artikkel 1.....	23
4.2 Artikkel 2.....	24
4.3 Artikkel 3.....	25
4.4 Artikkel 4.....	26
4.5 Artikkel 5.....	27
<b>5.0 Drøfting</b> .....	<b>28</b>
5.1 Preoperativ fase .....	28
5.1.1 Forberedelser .....	29
5.1.2 Første samtale .....	32
5.2 Postoperativ fase .....	33
5.2.1 Andre samtale.....	34
5.2.2 Tredje samtale .....	35
5.2.3 Fjerde samtale.....	37
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>39</b>
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>41</b>
<b>Vedlegg</b> .....	<b>44</b>

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

Ved siden av sykepleierstudiet jobber jeg på en gastrokirurgisk sengepost hvor mennesker med kreft er godt representert. Noen av disse menneskene har fått diagnosen ved en tidligere anledning, og legges inn elektivt. Andre kommer inn for utredning av ulike plager, og får diagnosen mens de er hos oss. Noen får gjennomført kirurgiske inngrep med hensikt å kurere sykdom. Andre kan ikke bli friske, men opereres for å lindre plager. Enkelte trekker sine siste åndedrag hos oss.

Det å få kreft er svært skremmende. Fra det ene sekundet til det andre er livet snudd på hodet. Livet blir skjørt, og det er ikke lenger en selvfølge å bli gammel. Å møte den store kjærligheten. Å se sine barn og barnebarn vokse opp. Alle planene som er lagt for framtiden settes på vent. I verste fall vil de aldri kunne gjennomføres.

Det krever styrke å kjempe mot kreftsykdom. Fysisk styrke. Psykisk styrke. Viljestyrke. For å finne styrke når alvorlig sykdom rammer, må håpet være til stede. Håp om bedring. Håp om at innsatsen som legges ned i kampen mot sykdommen, gir gode resultater. Mennesker håndterer sykdom ulikt. Noen er positive og klare for kamp. Andre virker å gi opp veldig raskt. Da min bestemor fikk kreft sa hun: ”Mange mennesker lurer på hvorfor akkurat de blir syke. Jeg spør: hvorfor ikke meg?” Bestemor var tapper. Hun kjempet med nebb og klør. Og selv om hun var plaget av sykdom og kroniske smerter store deler av livet, klagde hun aldri.

Dette vekker nysgjerrigheten i meg. Hvorfor opplever mennesker å rammes av alvorlig sykdom så ulikt? Har det sammenheng med at mennesker har ulike evner til å opprettholde håpet om å bli frisk? Og i så fall – kan kunnskap om sykdom og behandling, lidelse og mestring bidra til at jeg som sykepleier kan styrke pasientens håp i en vanskelig tid?

Det er både spennende og utfordrende å jobbe med kreftpasienter. Kreftsykdom kommer gjerne snikende, og er mange ganger nådeløs. Jeg har møtt pasienter som kommer til oss for utredning for sine lette plager, og som et par uker senere sendes videre til annen institusjon for lindrende behandling. Dette er svært skremmende, og oppleves veldig urettferdig.

Jeg ønsker er å bli en dyktig og ressurssterk sykepleier som kan ta vare på mine kreftpasienter. Gode kunnskaper om sykdom og behandling er selvsagt av stor betydning, men er likevel ikke nok. Det å kunne snakke med pasienter om eksistensielle spørsmål, det å tørre å bevege seg inn på temaer som er vanskelige, er vel så viktig. Sannsynligvis har mange pasienter behov for å snakke med helsepersonell om sine tanker rundt sykdommen, om framtiden, sannsynlighet for, tro og håp om bedring. Og antakeligvis, etter egne erfaringer å bedømme, dekkes ikke dette behovet i tilstrekkelig grad av dagens sykepleiere.

## 1.2 Presentasjon og presisering av problemstilling

Mitt ønske er å kunne bidra til å styrke pasienters håp når håpet trues av sykdom og lidelse. For å bli god på dette, trengs mer kunnskap om hva som styrker og svekker håp hos pasienter. Hva som kjennetegner sykepleiere som er dyktige til å styrke andres håp er også nødvendig. Målet er å finne konkrete tiltak som sykepleiere kan bruke i en hektisk hverdag.

Problemstilling:

---

*”Hvordan kan sykepleiere bidra til å styrke håp hos pasienter som nylig er diagnostisert med kreft?”*

---

## 1.3 Avgrensninger

I utgangspunktet var planen å avgrense oppgaven til å omhandle nydiagnostiserte pasienter med kolorektal kreft fordi dette har vært mitt fagfelt de siste årene. Grunnet lite forskning på pasientgruppen, måtte oppgaven utvides til å gjelde pasienter som nylig har fått kreft på generell basis. Dette vil sannsynligvis ikke gjøre store utslag på oppgaven i sin helhet, da man kan anta at håpet påvirkes på omtrent samme måte ved nyoppdaget kreft, uavhengig av hvor kreftsvulsten sitter. Samtidig vil jeg tro prognose spiller en viktig rolle, men dette er ikke fokuset for denne oppgaven. Tiltakene som presenteres er ment å gjennomføres mens pasientene er innlagt på kirurgisk sengepost. Pasientene er mellom 18 og 70 år, mottar kurativ behandling og er anslagsvis innlagt på avdelingen i 6-7 dager.

## 1.4 Definisjon av begreper

**Sykepleie:** Sykepleie er et profesjonsfag som går ut på å fremme helse og forebygge sykdom. Sykepleie skal være kunnskapsbasert og skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. Sykepleieren skal ta hånd om hver enkelt pasients behov for helhetlig omsorg, samt støtte opp om håp, mestring og livsmot ([www.nsf.no](http://www.nsf.no)).

**Håp:** Håp er en sammensatt dynamisk livskraft karakterisert ved en forventning om å oppnå noe positivt selv om det ligger en viss grad av usikkerhet i bunnen. Det vedkommende håper på er av personlig betydning og er realistisk å oppnå (Dufault og Martocchio 1985:380).

**Pasient:** En pasient er et menneske som er gammelt eller sykt og som trenger hjelp til å mestre sykdom, ta hånd om sine grunnleggende behov og/eller mestre opplevelser og erfaringer i forbindelse med sine plager (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011:16).

**Kreft:** Kreft er en fellesbetegnelse på sykdommer som kjennetegnes ved ukontrollert celledeling av syke celler. De syke cellene kan sammen danne en kreftsvulst, en svulst som kan vokse inn i omkringliggende vev og organer, samt metastasere til andre steder i kroppen ([www.kreftregisteret.no](http://www.kreftregisteret.no)).

## 1.5 Oppgavens relevans

I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleie er en av sykepleiernes oppgaver å støtte opp om pasientens håp, mestring og livsmot ([www.nsf.no](http://www.nsf.no)). En norsk studie, skrevet av Sægrov og Halding, viser at kreftpasienter har behov for å snakke med sykepleiere om sine bekymringer, tanker og følelser. Pasientene hevder videre at dette behovet ikke dekkes i tilstrekkelig grad av det norske helsevesen (Sægrov og Halding 2004:149). Studien kan tyde på at også samtaler om håp nedprioriteres.

Opplevelse av håp og mening er sentrale motiverende faktorer for kreftpasienter, og gjør at pasientene mestrer det som er vondt og vanskelig på en bedre måte. Friske mennesker tenker ikke så ofte på håp, men når sykdom rammer blir håpet mer gjeldende. Håp er vist å øke pasienters livskvalitet, og kan også påvirke sykdomsforløpet (Kristoffersen, Breievne og Nortvedt 2011:265,269-270, Herth 2000:1436). Av den grunn mener jeg problemstillingen og oppgaven er relevant for sykepleiere.



## 1.6 Oppgavens oppbygning

Oppgaven har fire hoveddeler. Først presenteres teori om håp, sykepleie, pasient og kreft i oppgavens teoridel. Her beskrives håp som begrep, håpsfremmende sykepleie, nødvendigheten av å ha håp når man er kreftsyk og generell kunnskap om kreftsykdom.

Deretter finner du en metodedel som presenterer valg av metode, hvordan kildene er vurdert, etiske overveielser og vurdering av egen rolle.

Videre presenteres fem forskningsartikler som belyser temaet. Disse er skjematisk fremstilt i funndelen.

Til slutt diskuteres teori og forskning opp mot hverandre og egne erfaringer i drøftingsdelen. Drøftingen er inndelt i en preoperativ og en postoperativ fase, og tar utgangspunkt i forberedelser etterfulgt av fire samtaler mellom sykepleier og pasient. Dette oppsettet er et forslag fra min side. I fjerde samtale inviteres pårørende med.

For å bedre flyten i oppgaven er sykepleieren skrevet i hokjønn, mens pasienten skrives i hankjønn.

## 2.0 Teori

I denne delen av oppgaven presenteres først håp som fenomen. Ulike definisjoner av håp tas med for å øke forståelsen for hva som ligger i begrepet. Deretter beskrives sykepleie som profesjon. I tillegg presenteres mulige fremgangsmåter som sykepleiere kan bruke for å fremme håp hos pasienter. Her trekkes Jan Kåre Hummelvolls tanker inn. Hummelvoll har mye erfaring innen psykisk sykepleie, og brenner for at sykepleiere løfter blikket opp fra selve sykdommen og ser hele mennesket. Men hvem er pasienter og hva ligger i betegnelsen pasient? Dette beskrives i kapittel 2.3. Til slutt finner du teori om kreft som sykdom.

### 2.1 Håp

Håp er av betydning for helsen vår. Håp gir oss glede, styrke, trivsel og livsmot. (Rustøen 2001:42). En kreftsyk kvinne skrev:

Kanskje kan jeg si om ti eller tjue år – hvis jeg lever – at å få kreft var den mest betydningsfulle erfaringen i mitt liv. Jeg kan ikke si det nå. Ennå må jeg leve med usikkerhet, men den er ikke lenger altoppslukende. Jeg har funnet nye veier jeg vil gå. Jeg sitter igjen med det beste et menneske kan ha: Håp (Tuft 1986:176-177).

#### 2.1.1 Begrepet håp

Det finnes mange ulike definisjoner av håpsbegrepet. Dufault og Martocchio, Stotland, Marcel, Fromm og Lynch refereres gjerne til i så måte. For å få litt mer klarhet i håpsbegrepet, presenteres deres tanker rundt temaet.

Dufault og Martocchio beskriver håp som en sammensatt dynamisk livskraft karakterisert ved en forventning om å oppnå noe positivt selv om det ligger en viss grad av usikkerhet i bunnen. Det vedkommende håper på er av personlig betydning og er realistisk å oppnå (Dufault og Martocchio 1985:380). Ezra Stotland beskriver håp som noe vi har ønske om, ser frem til og har tro på. Håpet er sterkt knyttet til motivasjon. Har vi håp, vil motivasjonen øke. Og er motivasjonen høy, vil vi legge inn en bedre innsats for å nå målet. Gabriel Marcel mener håpet er det som gjør at vi fortsetter å utvikle oss og ikke gir opp. Dagens situasjon godtas ikke som endelig, vi kan gjøre fremtiden bedre. Livet vårt er laget av håp, og håpet kan kun

gå tapt med livet selv. Eric Fromm knytter håp til tro, og ser på håpet som en indre beredskap som gir krefter og styrke til handling. William F. Lynch beskriver håp som en ressurs som gir oss kunnskaper til og følelser av å kunne mestre livets utfordringer (Utne og Rustøen 2010:62-63). Samlet sett øker disse beskrivelsene forståelsen av det komplekse begrepet håp.

## 2.2 Sykepleie

Ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skal sykepleiere jobbe for å fremme helse og forebygge sykdom. Sykepleie skal være kunnskapsbasert og skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. Sykepleieren skal ta hånd om hver enkelt pasients behov for helhetlig omsorg, samt støtte opp om pasientens håp, mestring og livsmot (www.nsf.no). Håpsfremmende arbeid er altså en betydningsfull del av helhetlig sykepleie.

WHO definerte i 1948 begrepet helse slik:

Helse er en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosial velvære og ikke bare fravær av sykdom og lidelse (www.regjeringen.no).

Jan Kåre Hummelvoll, en norsk psykiatrisk sykepleier, vektlegger omsorg som et av de mest sentrale elementene i sykepleieryrket. Han mener sykepleieren skal yte passende omsorg, det vil si å tilpasse mengden omsorg til den enkelte. For å klare dette må sykepleieren identifisere pasientens individuelle behov. Dette gjøres ved å aktivt gå inn for å forstå pasientens tanker og følelser. Sykepleieren samarbeider med pasienten, møter pasienten på et likeverdig grunnlag og kartlegger alle pasientens problemområder. På den måten kan sykepleieren, ved hjelp av faglig kunnskap og erfaring, yte helhetlig omsorg ut fra pasientens fysiske, psykiske og sosiale behov (Hummelvoll 2012:23,28,34).

### 2.2.2 Håpsfremmende sykepleie

Sykepleiere har en sentral rolle når det gjelder å fremme eller frata pasienter håp. Dagens korte liggetid på sykehus, samt det stadige jaget etter å jobbe raskt og effektivt, gjør det vanskelig for pasient og sykepleier å skape et meningsfull terapeutisk forhold (Pipe, Kelly, LeBrun, Schmidt, Alerton og Robinson 2008:248). Likevel kan sykepleieren gjøre mye, og seks elementer er sentrale i så måte: sykepleierens personlige egenskaper, informasjon, samtale om håp og mål, symptomlindring og ivaretagelse av åndelige behov.

## **Personlige egenskaper**

Sykepleiere som møter nydiagnostiserte kreftpasienter bør utstråle håp, forventning og tro på bedring. Videre bør sykepleiere viser empati, engasjement og positivitet (Rustøen 2001:101). Det å oppleve at sykepleieren virkelig er interessert og bryr seg om en, kan styrke en og gi mot til å kjempe videre (Hummelvoll 2012:23). Ved å være til stede for pasienten, ved å lytte, støtte og oppmuntre, viser sykepleieren at pasienten ikke er alene. Dette kan gi pasienten følelse av egenverd, og kan ha positive effekter ikke bare under innleggelsen, men også etter utskrivelse (Saurasunet 2008:233, Pipe m.fl. 2008:252). Bruk av humor kan også bidra til å styrke håpet ved å fremme en munter stemning i alt som er vanskelig. Humor brukes med varsomhet og tilpasses pasienten (Utne og Rustøen 2010:69). Motsatt vil en uempatisk og lite interessert innstilling til pasienten kunne gjøre at pasienten tror det ikke er håp for ham og at han ikke er verd innsatsen som trengs (Rustøen 2001:101).

## **Informasjon**

Kreftpasienter har ofte et stort behov for informasjon og kunnskap. Behovet kan omhandle sykdom, prognose, behandling, bivirkninger og symptomer, psykiske reaksjoner og praktiske forhold. Økt kunnskap gir mange en følelse av kontroll og mestring (Eide og Eide 2007:292). Pasienter har krav til å få den informasjonen som trengs for å forstå sin helsetilstand, behandlingsinnhold, mulige risikoer og bivirkninger ([www.lovdata.no](http://www.lovdata.no)). Dette må etterleves.

Informasjon bør tilpasses pasientens behov. Den bør være så fullstendig som mulig, samtidig som det tas hensyn til pasientens evne til å huske og forstå. Mange pasienter er i sjokk like etter de har fått en kreftdiagnose, noe som ofte krever gjentakelse av informasjon. Før sykepleieren skal informere pasient og pårørende, bør hun forberede seg. Dette omhandler ikke bare hvordan informasjonen skal formidles, men også innsikt i pasientens situasjon og generelle kunnskaper om sykdom og behandling (Eide og Eide 2007:292).

Hvordan sykepleieren formidler informasjon er helt avgjørende for om pasientens håp styrkes eller svekkes (Lorentsen og Grov 2010:414). Tilbyr sykepleieren støtte og opplæring, samt lytter og svarer på spørsmål på en empatisk og ikke-dømmende møte, kan pasientens håp styrkes (Lichwala 2014:268).

## **Håp**

Hummelvoll mener håpet er helt avgjørende for hvordan vi takler lidelse, og at pasientens håp derfor må kartlegges. Dette gjøres i samarbeid med pasienten (Hummelvoll 2012:29). Et spørreskjema kan gi et godt bilde av håpet, og kan fange opp dem som har det vanskelig. To skjema for håpskartlegging er tilgjengelig på norsk: Nowotnys håpsskala og Herths håpsindeks (HHI). HHI består av 12 spørsmål, og gir mellom 12 og 48 poeng, hvor høyere skår tilsier sterkere håp. HHI er brukt i studiene presentert i kapittel 4.1 og 4.2, og brukes også som utgangspunkt i drøftingen. Derfor legges det ved, du finner det i vedlegg 1. Resultatet kan brukes som utgangspunkt for videre samtale.

Sykepleieren må huske at pasienter er ulike, og at vi derfor må trå varsomt når vi kartlegger. Det som er riktig fremgangsmåte for én pasient, kan være helt feil for en annen (Utne og Rustøen 2010:64,65,69). Dersom pasientens håp er svekket, må sykepleieren hjelpe pasienten til å styrke håpet. Er håpet urealistisk, bør sykepleieren komme med alternative forslag, forslag som også pasienten kan slå seg til ro med. Sykepleieren opptrer realistisk, men er samtidig optimistisk (Hummelvoll 2012:43).

## **Målsettinger**

Målsettinger for fremtiden gjør at vi ser muligheter for å oppleve oppturer i tiden som kommer (Rustøen 2001:51-53). Når pasientens problemområder og håp er kartlagt, kan sykepleieren og pasienten i fellesskap bli enige om sykepleiens mål og retning. Hummelvoll fremhever autonomiprinsippet, og mener empowerment, deltakelse, samarbeid, partnerskap og ansvarsdeling er nødvendig for å fremme helse. Ved å diskutere mulige fremgangsmåter, samt fokusere på pasientens sterke sider og mestringsstrategier, kan håpet styrkes (Hummelvoll 2012:28,43).

Målene må være motiverende, realistiske og ha utgangspunkt i pasientens viktighetsområder (Bredland, Linge og Vik 2011:89). Hensikten med behandlingen må komme klart frem, slik at pasienten ikke blir villedet. Det samme gjelder fordeler og ulemper ved ulike tiltak. For noen pasienter blir det etter hvert nødvendig å endre målene. Da må sykepleieren støtte pasienten og hjelpe ham til å finne nye mål og noe positivt i endringen (Utne og Rustøen 2010:69).

## **Symptomlindring**

Forskning viser at symptomer, som for eksempel smerte, kvalme og fatigue, truer håpet til kreftpasienter. Symptomene er svært plagsomme, og mange er redde for å ikke motta adekvat behandling. Ved å kartlegge og behandle pasientens symptomer, vil pasientens håp styrkes og stressnivå reduseres (Lichwala 2014:268, Sand, Olsson og Strang 2009:16). Gode kunnskaper om symptomlindring gir pasienter trygghet (Lorentsen og Grov 2010:402).

## **Åndelige behov**

Når sykdom rammer, kan åndelige og eksistensielle spørsmål dukke opp. Vi kan undre oss over meningen med livet, og om det er en mening ved at vi ble syke. Saursaunet spør: Hva betyr det at andre bryr seg om min tro, mitt håp og det som betyr noe for meg? Hva betyr det at andre bryr seg om å finne ut av det? Hva betyr det at mennesker har respekt for meg? Ved å snakke med pasienten om eksistensielle tema, vil pasienten føle seg imøtekommet og verdsatt (Saursaunet 2008:236). Sykepleieren bør åpne for at pasienten kan diskutere åndelige og eksistensielle spørsmål, samt utføre religiøse aktiviteter (Utne og Rustøen 2010:69).

## **2.3 Pasient**

En pasient er et menneske som er i behov for sykepleie og medisinsk behandling når alder eller sykdom gjør at hans egne ressurser ikke lenger er nok for å ta hånd om grunnleggende behov, og for å mestre opplevelser og erfaringer knyttet til sykdom og tap av kontroll (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011:16).

### **2.3.1 Nyoppdaget kreft**

Det å få en kreftdiagnose gjør at livet og framtiden plutselig blir usikker, utrygg og uforutsigbar. Pasienten havner i en krise, en reaksjon som kan inndeles i fire faser. Den første fasen kalles sjokkfasen, og kjennetegnes ved at pasienten lever i fornektelse og ikke tar inn over seg hva som har skjedd. Denne fasen er som regel kortvarig. Den neste fasen kalles reaksjonsfasen. Her slipper pasientens følelser til (Eide og Eide 2007:167). Vanlige følelser som oppstår i forbindelse med kriser er sinne, aggresjon, fortvilelse, tristhet og depresjon (Myskja 2005:20). Den tredje fasen kalles bearbeidelsesfasen. Her jobber pasienten gradvis med det som er vanskelig. Nyorienteringsfasen er den fjerde og siste fasen. I denne fasen bestemmer pasienten seg for hvordan han skal leve livet ut fra de mulighetene han har.

Hvorvidt pasienten klarer å jobbe seg gjennom disse fasene eller ei, avhenger av hans tanker og følelser. Hvis den kreftsyke pasienten tror han vil dø, vil han sannsynligvis angripe situasjonen på en helt annen måte enn om han tror han kan overleve. En hensiktsmessig mestringsstrategi forutsetter positiv tankegang (Eide og Eide 2007:167,172,192).

### **2.3.2 Håpets betydning**

Opplevelse av håp og mening motiverer kreftpasienter, og gjør at de klarer å mestre det som er vondt og vanskelig. Friske mennesker tenker ikke så ofte på håp, men når sykdom rammer blir håpet mer gjeldende. Håp er vist å øke pasienters livskvalitet ved å gi glede, styrke, trivsel og livsmot, og kan også påvirke sykdomsforløpet (Rustøen 2001:42, Herth 2000:1436, Kristoffersen, Breievne og Nortvedt 2011:265,269-270).

### **2.3.3 Faktorer som påvirker håpet**

Håp påvirkes av ulike elementer. Tap, stress og kriser kan føre oss inn i lidelse. Opplever vi mye lidelse, vil håpet settes på prøve (Rustøen 2001:54). Et eksempel på dette kan være å bli diagnostisert med kreft. Følelser som redsel, usikkerhet og tvil vil virke negativt inn på håpet. Motsatt vil håpet styrkes av optimisme og tro på bedring. Våre oppfatninger, vurderinger og tanker rundt sykdommen er av stor betydning. Her kommer tidligere erfaringer og mestringsstrategier inn (Rustøen 2001:47). Hvorvidt vi har håp eller ikke, vil videre påvirke våre handlinger og beslutninger. Velger vi å gjøre det som er godt for oss, eller gjør vi det motsatte? Ønsker vi å gjøre alt i vår makt for å bli kreftfri, eller gir vi opp før kampen er over? Uten håp blir det meningsløst å gjøre noe som helst (Rustøen 2001:50).

Pasienten kan selv støtte opp om eget håp ved å være i aktivitet, drive med hobbyer, be eller dyrke religion, snakke med andre og gi uttrykk for egne tanker og følelser (Rustøen 2001:97). Lystbetonte aktiviteter og gode opplevelser kan gi mennesket håp. Håp om et bedre liv. Håp til å kjempe (Saurasnet 2008:233). Ved å bruke egne ressurser, for eksempel til å gå en tur, spille et spill eller ta seg en forfriskende dusj, oppstår det rom for mestringsfølelse og en følelse av fremgang i håpløsheten (Rustøen 2001:101). Pasientens målbevissthet, mot og sinnsro kan også styrkes av dette. I tillegg kan det være godt å snakke om gode minner. Minnene kan brukes til å finne mening med livet, lette på stemningen og til å snakke om dagens situasjon og framtiden (Utne og Rustøen 2010:69, Lichwala 2014:268).

Gode relasjoner er nødvendige for vår evne til å finne håp i sykdom og lidelse. Gjensidig avhengighet og nærhet gir en følelse av tilhørighet og egenverd. Nære familiemedlemmer og venner gir oss trygghet og er villige til å lytte, støtte og hjelpe. Mennesker som står oss nærme gir oss ikke minst noe å leve for. Kjæledyr kan også bidra til å finne trøst, gi håp og vilje til å kjempe (Rustøen 2001:51-53). Motsatt vil fysisk eller emosjonell isolasjon true håpet. Ved å være med sine nære og kjære, kan pasientens samhørighet med andre, så vel som seg selv, styrkes (Utne og Rustøen 2010:69).

## **2.4 Kreft**

Kreft er en fellesbetegnelse på sykdommer som kjennetegnes ved ukontrollert celledeling av syke celler. De syke cellene kan vokse inn i omkringliggende vev og organer, samt metastasere til andre steder i kroppen ([www.kreftregisteret.no](http://www.kreftregisteret.no)).

### **2.4.1 Hvordan kreft oppstår**

Kreftsykdom begynner på molekylært og cellulært nivå, men setter etter hvert i gang en kaskade av prosesser i kroppen. Gjennom celledeling produserer kroppen hele tiden nye celler for å erstatte de som naturlig dør. For at nye celler skal produseres, dobles cellenes DNA. Deretter deles cellene i to. Syke celler dannes ved at det oppstår en feil i DNA-syntesefase. Slike feil kan oppstå spontant eller på grunn av ytre faktorer. Hvis dette skjer kan enten cellene reparere feilen, eller utføre selvstyrt celledød (Nome 2010:367,370).

Dersom cellene ikke klarer å reparere feil eller utføre selvstyrt celledød, får vi syke celler. For at syke celler skal utvikle seg til kreftceller og videre til malign sykdom, må det likevel flere genskader til i samme celle. Videre må de syke cellenes ondartede egenskaper kunne nedarves til sine datterceller. Dersom syke celler overlever celledelingsprosessen, kan de over tid utvikle nye egenskaper. Eksempler på slike egenskaper er ukontrollert cellevekst, invasiv vekst og metastasering. Veksthastigheten kan variere. Noen svulster vokser raskt, andre vokser langsomt (Nome 2010:370).

### **2.4.2 Årsaker til kreft**

Medfødte, arvelige faktorer er av betydning for kreftutvikling. Det samme gjelder personlig atferd og livsstil. De vanligste kreftdisponerende faktorene er røyking, dårlig kosthold, høyt alkoholinntak og overdreven soling. Fedme disponerer også (Nome 2010:372).



### 2.4.3 Behandling

Kreftbehandling deles i to: kurativ behandling, som har som mål å gjøre pasienten kreftfri, og palliativ behandling, som tilbys pasienter som ikke kan bli friske. Palliasjon sikter mot å forlenge liv, samt forebygge og lindre plager. Kirurgi, strålebehandling og cytostatika er vanlige behandlingsformer ved kreft. Behandlingen som tilbys hver enkelt, avhenger av type kreftsykdom, samt hvor langt i forløpet sykdommen har kommet (Nome 2010:382,383)

### 2.4.4 Forekomst

I følge Kreftregisteret var det 31 651 nye krefttilfeller i Norge i 2014. 46,2 % av disse var kvinner, 53,8 % var menn ([www.kreftregisteret.no](http://www.kreftregisteret.no)). Samme året døde 11 087 nordmenn av kreftsykdom ([www.statistikkbank.fhi.no](http://www.statistikkbank.fhi.no)). Lenge har vi hatt en økning i antall nye krefttilfeller per år, og denne utviklingen er forventet å fortsette. Dette skyldes blant annet at andelen eldre i befolkningen vokser, og at vi utsetter oss for ulike kreftdisponerende faktorer (Tretli 2012:39).

Mennesker i alle aldersgrupper kan få kreft. Barn rammes oftest av blodkreft og kreft i hjernen. Hos kvinner er brystkreft, tykktarmskreft og endetarmskreft de vanligste. Hos menn ser vi hyppigst prostatakreft, tykktarmskreft og endetarmskreft. Kreftsykdom er årsaken til litt over 20 % av alle dødsfall i Norge (Bertelsen, Hornslien og Thoresen 2011:127).

## 3.0 Metode

Wilhelm Aubert beskriver metode slik:

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

### 3.1 Kvalitativ og kvantitativ metode

Metoder kan inndeles i kvalitative og kvantitative metoder. Kvantitative metoder gir oss numerisk data, data som kan tallfestes. Eksempler på dette kan være forekomst av sykdom i en befolkning, samlet femårsoverlevelse for ulike sykdommer og tallfestet endring i det en undersøker. I funndelen finner du tre kvantitative forskningsstudier (kapittel 4,1, 4,2 og 4,5).

Kvalitative metoder har som hensikt å beskrive og analysere ikke-målbar informasjon om opplevelser rundt et tema, dette være tanker, meninger, erfaringer osv. (Dalland 2012:112). I kvalitative studier (og enkelte kvantitative studier) er det ikke et mål å velge en stikkprøve av mennesker i befolkningen. Utvalget skal være spesifikt og rettet mot problemstillingen (Forsberg og Wengström 2013:140). Oppgaven tar med én kvalitativ studie i funndelen (kapittel 4,3).

### 3.2 Valg av metode

Når en problemstilling skal undersøkes, anbefales det å velge én bestemt metode for innhenting av data. En egnet metode gir god, relevant og pålitelig informasjon som sier noe om problemstillingen (Dalland 2012:111). Virkeligheten kan alltid beskrives fra ulike perspektiver, og alle perspektiver er ikke like relevante for problemstillingen. Forskeren velger hva slags perspektiv som skal brukes, og derfor er forskerens perspektiv og ståsted avgjørende for hva slags kunnskap som kommer frem i arbeidet (Malterud 2011:26). Dette gjelder også denne oppgaven.

Oppgaven er bygd opp som en litteraturstudie fordi jeg ønsker at funnene skal baseres på forskning. Studiene som tas med, tar utgangspunkt i kreftpasienter og helsepersonell som jobber med kreftpasienter. Studiene har et deltakerantall på mellom 12 og 194 personer. Et lite deltakerantall gjør at forskerne kan gå mer i dybden på hver enkelt deltaker. Samtidig kan man risikere at funnene ikke er representative for hele pasientgruppen og at betydningsfull informasjon uteblir. Mange deltakere gir større pålitelighet. Samtidig er det vanskeligere å gå i dybden på hver enkelt deltaker når antallet er høyt (Dalland 2012:165). Denne oppgaven tar for seg studier med både få og mange deltakere for å øke påliteligheten.

### **3.2.1 Litteraturstudie som metode**

Litteraturstudie er en metode som går ut på å innhente, analysere og sammenligne data som allerede eksisterer. Når man gjør en litteraturstudie, velger man systematisk hvilken litteratur som skal brukes. Først finner man all relevant litteratur på området. Deretter vurderes det enkelte arbeid, før man til slutt bestemmer om det skal tas med (Fredriksen, Beedholm og Glasdam 2015:53). Litteraturstudier kan benytte både kvantitativ og kvalitativ forskning, noe jeg har valgt å gjøre. Dette anser jeg som en styrke, da datamaterialet blir mer helhetlig.

Forutsetningen for å skrive en god litteraturstudie er at det finnes forskning som belyser problemstillingen, dette fordi litteraturen som tas med må være relevant for problemstillingen. For å få et godt drøftingsgrunnlag bør man dessuten benytte ulike kilder, slik at ulike synspunkter og metoder presenteres (Fredriksen m.fl. 2015:55). Samtlige forskninger presentert i funndelen er skrevet av forskjellige forfattere.

Noen ganger gjennomføres en litteraturstudie som en innledning til en studie, for å plassere studien i den faglige kontekst og argumentere for behovet for forskningen. Andre ganger gjøres litteraturstudier for å samle, kartlegge eller få en oversikt over bestemte tema (Fredriksen m.fl. 2015:53). Videre kan litteraturstudier brukes for å finne mangler ved forskning, mangler som kan danne grunnlag for videre forskning (Fredriksen m.fl. 2015:54). I funndelen finner du en litteraturstudie, også kalt oversiktsartikkel eller review (kapittel 4.4).

### 3.3 Innsamling av data

Forskningsartiklene presentert i funndelen består av to ulike intervensjonsstudier med hensikt å fremme håp hos kreftpasienter, to studier som kartlegger kreftpasienters opplevelse av å leve med kreftsykdom og møte helsevesenet, og en oversiktsartikkel hvor temaet er håpets rolle hos kreftpasienter. Samlet sett kan disse studiene belyse hvordan sykepleiere i praksis kan jobbe for å opprettholde, styrke eller gjenopprette håp hos kreftpasienter.

#### 3.3.2 Kildesøking, kildekritikk og søkehistorikk

Vitenskapelige artikler settes øverst i kildehierarkiet. Deretter kommer fagbøker og lærebøker (Dalland 2012:71). I funndelen er vitenskapelige artikler brukt, i teoridelen er både vitenskapelige artikler og fag- og lærebøker benyttet. Data i både teori- og funndelen er samlet inn fra ulike kilder. I drøftingen diskuteres disse opp mot hverandre.

Å finne relevante vitenskapelige artikler viste seg å være både tidkrevende og utfordrende. I hovedsak er CINAHL brukt som database. I tillegg ble det utført søk i SweMed og på sykepleien.no i håp om å finne artikler skrevet på norsk, svensk eller dansk. Dette viste seg å være vanskelig, og oppgaven bruker derfor bare forskningsartikler skrevet på engelsk. To av studiene presentert i funndelen er dog gjennomført i Norge. Søkeordene som ble brukt var cancer/kreft, hope/håp, intervention, nursing, patient experience, coping og quality of life. Begrensningene ble satt til peer reviewed/fagfelleurdert, research article/forskningsartikkel, full text og år 2000-2016. I første omgang forsøkte jeg å begrense søket til vitenskapelige artikler publisert i 2006 eller senere. Dette ga bare to studier, derfor måtte søket utvides til publikasjoner fra og med år 2000. Dalland hevder at eldre forskning fortsatt er aktuell i enkelte fagområder (Dalland 2012:77). Dette gjelder sannsynligvis dette fagfeltet, da det relativt sett ikke finnes så mye forskning om håp hos kreftpasienter. En oversikt over søkehistorikk finner du i vedlegg 2. Fag- og lærebøker ble funnet på skolens bibliotek. Egnet materiale ble funnet ved å søke i bibliotekets database, samt se på kildelistene til fagbøker, litteraturstudier, masteroppgaver og bacheloroppgaver.

Kildekritikk går ut på å vurdere og evaluere kildene som brukes (Dalland 2012:67). Det er forsket mye på kreft og en del på håp. Et kjapt søk på CINAHL viser 154.523 treff på søkeordet "cancer" og 12.457 treff dersom man søker på "hope", uten bruk av begrensninger. Utfordringen ble i første omgang å finne treff som omhandlet håp hos kreftpasienter, deretter å filtrere ut hva som var relevant for problemstillingen. Det finnes en del forskning om håp

hos kreftpasienter i palliativ fase. I tillegg er det forsket en del på håp hos brystkreftpasienter. Denne oppgaven omhandler pasienter i behandlende fase, og tar ikke for seg en spesiell krefttype. Derfor er det brukt studier med deltakere med ulike kreftsykdommer, deltakere som fortrinnsvis er nylig diagnostiserte.

Til slutt måtte forskningens kvalitet vurderes. I dette arbeidet ble tidsskriftene som artiklene var publisert i sjekket og evaluert. Etter min mening er Journal of Advanced Nursing, European Journal of Cancer Care, European Journal of Oncology Nursing og Oncology Nursing Forum gode og relevante tidsskrifter. I tillegg ble det satt et krav at studiene var fagfelle-vurderte (peer reviewed) forskningsartikler (research article). Antall siteringer sier noe om kvaliteten på forskningen. Siteringer ble sjekket i google scholar. Studien presentert i kapittel 1 er sitert 201 ganger, studien i kapittel 2 har 19 siteringer, studien i kapittel 3 er sitert 102 ganger og studien i kapittel 4 har 99 siteringer (scholar.google.no).

### **3.4 Etiske overveielser**

Alle som skriver en empirisk oppgave hvor det gjennomføres en datasamling, er forpliktet til å forholde seg til gjeldende etiske retningslinjer og juridiske lover. I en bacheloroppgave driver man ikke forskning på høyt akademisk nivå. Likevel brukes studier som mennesker har deltatt i, og av den grunn stilles samme krav til bachelorstudenter (Glasdam 2015:27). Studiene brukt i denne oppgaven har anonymisert sine deltakere. De er dessuten fagfelle-vurderte og publisert i store vitenskapelige tidsskrifter. Dette gir meg en trygghet i at etiske overveielser er gjennomført.

Det er ikke lov å kopiere andres arbeid og utgi det som sitt eget. Dette kalles plagiat (Dalland 2012:80). For å unngå dette er den benyttede teorien satt sammen og omformulert etter beste evne. Skolens retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie er fulgt.

### 3.5 Vurdering av egen rolle

Jeg har selv lest og vurdert forskningsartiklene og fag- og lærebøkene brukt i oppgaven. Etter min mening videreformidles informasjonen på en god og redelig måte. Likevel kan ikke misforståelser og mistolkninger utelukkes.

Det å søke etter vitenskapelige artikler og teori fra fagbøker krever både øvelse og erfaring. Jeg har tilegnet meg en del kunnskap om dette, men er ingen ekspert. Det kan derfor tenkes at gode kilder og relevant informasjon er oversett eller rett og slett ikke funnet.

## 4.0 Funn

Nedenfor finner du en presentasjon av funnene mine. Studiene er presentert ved hjelp av oversiktlige skjema hvor essensen av resultatene er beskrevet. De er fremstilt i IMRAD-struktur. IMRAD står for innledning, metode, resultat og drøfting, og er den vanligste oppbygningen av vitenskapelige artikler.

### 4.1 Artikkel 1

<b>Tittel:</b> Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer
<b>Forfatter:</b> Kaye Herth (USA, 2000)
<b>Hensikt:</b> Utforske effekten av et spesifikt program for å styrke håp og livskvalitet.
<b>Utvalg:</b> 115 nydiagnostiserte kreftpasienter, tilfeldig inndelt i en intervensjonsgruppe (38), en gruppe som fikk informasjon om kreft og behandling (37) og en kontrollgruppe (40).
<b>Metode:</b> Kvantitativ studie. Deltakerne i intervensjons- og informasjonsgruppen ble inndelt i grupper på 8-10 stykker. Det ble holdt åtte 2-timers møter. ble kartlagt ved hjelp av HHI før oppstart, umiddelbart etterpå og etter 3, 6 og 9 måneder.
<b>Resultat:</b> <u>Første møte:</u> Informasjon om opplegget. <u>Andre møte:</u> Frykter, spørsmål, forventninger og håp. <u>Tredje møte:</u> Håp og hva som truer håpet. <u>Fjerde møte:</u> Nære relasjoner inviteres med. Gjensidig avhengighet, gode relasjonsmetoder, støttegrupper. <u>Femte møte:</u> Meningen med livet, døden og lidelse, styrker og håpsfremmende løsninger. <u>Sjette og sjuende møte:</u> Kognitive strategier, energisparingsteknikker og målsettingsmetoder. Positive sider ved hygge, gode minner og positiv holdning. <u>Åttende møte:</u> Oppsummering, plan for framtiden. Resultat av studien: <ul style="list-style-type: none"><li>• Håpet var lavt i alle gruppene ved oppstart.</li><li>• Håpet var signifikant bedre to uker etter intervensjonen for intervensjonsgruppen sammenlignet med informasjonsgruppen og kontrollgruppen, spesielt med tanke på indre kontakt med seg selv og med andre og positiv holdning.</li><li>• 3, 6 og 9 måneder etter intervensjonen så man en liten nedgang i håp i alle grupper, men håpet var signifikant høyere hos intervensjonsgruppen enn de andre gruppene.</li></ul>

## 4.2 Artikkel 2

**Tittel:** A longitudinal study of the effects of a hope intervention on levels of hope and psychological distress in a community-based sample of oncology patients

**Forfattere:** Tone Rustøen, Bruce A. Cooper og Christine Miaskowski (Norge/USA, 2011)

**Hensikt:** Utforske effekten av et spesifikt program for å styrke håp.

**Utvalg:** 194 norske kreftpasienter. Deltakerne ble rekruttert ved at de selv kontaktet Kreftforeningen for støtte, eller fordi de tok kontakt etter å ha sett en reklame om kurset.

**Metode:** Kvantitativ studie. Grupper på 5-12 stykker. Åtte 2-timers møter, ledet av Rustøen og en kreftsykepleier. Data ble innhentet før intervensjonen, like etterpå, etter 3 og 12 måneder.

**Resultat:** Tro på seg selv: Fokus på egen tankegang, egne ressurser og muligheter, tidligere problemløsningsmetoder, mulige problemer og løsningsstrategier. Følelser: Fokus på normale krisereaksjoner, krisefaser, faktorer som kan virke inn på krisen, følelser, avslappingsmetoder. Relasjoner: Fokus på betydningen av gode relasjoner, vanlige kommunikasjonsutfordringer, deltakernes sosiale nettverk, seksualitetsproblemer. Aktivitet: Fokus på fysisk aktivitet, mental trening, målsettinger, fatigue, søvnproblemer. Åndelighet og verdier: Fokus på åndelighet, verdier, kilder til styrke. Framtiden: Ønsker for videre behandling, retten til informasjon, planer for fremtiden.

Resultat av studien:

- Før oppstart var gjennomsnittlig HHI 36,1.
- HHI økte signifikant etter intervensjonen, og var høyest like etterpå (36,7). Den falt litt etter det, men ble aldri så lav som før oppstart.
- Tilbakemeldinger: Håpsintervensjonen var nyttig, det var fint å møte andre i samme situasjon, samt å sette ord på egne følelser. Deltakerne fikk økt selvtillit, bedre forholdet til sine nærmeste og mer kontakt med følelsene.



### 4.3 Artikkel 3

**Tittel:** What is it like living with the diagnosis of cancer?

**Forfattere:** S. Sægrov og A.G. Halding (Norge, 2004)

**Hensikt:** Tre undersøkelser ble gjort: 1. Kartlegging av tilgjengelige oppfølgingsprogrammer. 2. Kartlegging av deltakernes vurdering av egen helse og livskvalitet, oppfølgingsprogrammer og oppfølging fra helsevesenet. 3. Dybdeintervju for å få innsikt i pasientenes erfaringer om å leve med kreft.

**Utvalg:** 12 kreftpasienter, diagnostisert 6 måneder – 3 år før intervensjonen.

**Metode:** Kvalitativ studie. Dybdeintervju. Deltakerne ble hver for seg intervjuet én gang, intervjuene varte i 1-1,5 time.

**Resultat:** Ventetiden: Vanskelig å vente på diagnosen, udekket behov for samtale.

Måten beskjeden blir gitt på: Mange opplevde at diagnosen ble gitt på en svært dårlig måte.

Liten mulighet til samtale, lite informasjon om sykdom. Behandlingsperioden: Behandling, symptomer og komplikasjoner var utfordrende. Liten mulighet til samtale.

Relasjoner: Behov for å snakke om bekymringer og hjelpebehov, men ville ikke snakke med sine nærmeste om dette. Godt å snakke med andre kreftsyke, men savnet informasjon om støttegrupper. Etter behandlingen: Fysisk og mental slitenhet, liten oppfølging, lite informasjon om finansiell og sosial støtte.

Framtiden og hverdagsutfordringer: De fleste taklet denne tiden bra, men var redde for tilbakefall.

#### 4.4 Artikkel 4

**Tittel:** The role of hope in patients with cancer

**Forfattere:** G.C.H.L. Chi (USA, 2007)

**Hensikt:** Å sammenstille litteratur, finne generaliseringer og identifisere problemer knyttet til håp hos kreftpasienter som bør forskes mer på.

**Utvalg:** 26 forskningsartikler med sykepleieperspektiv publisert fra 1982 til 2005 hentet fra MEDLINE, CINAHL og PsycINFO.

**Metode:** Oversiktsartikkel. Forfatteren samlet sammen, oppsummerte, tolket og vurderte eksisterende forskning. Nøkkelord: coping, empowerment, transcendent, living og hope intervention, alle linket opp mot kreft.

**Resultat:** Hva som truer håpet: å miste kontrollen over eget liv, dårligere helse, redsel, plagsomme symptomer, ensomhet, krefttype (prognose) og sykdomslengde.

Hvordan sykdommen håndteres: støtte fra familie og venner, religion og åndelig velvære, aksept av sykdommen, finne mening med livet, leve så normalt som mulig, effektive mestringsstrategier. Håpsfremmende strategier: Kjempe mot sykdommen, tenke positivt, se fremover, lage målsettinger, finne mening med livet, leve dag for dag, opprettholde kontroll over eget liv, gjøre ting, være med familie og venner, ha det gøy, snakke, religion, positive minner og snakke med mennesker som har overlevd kreftsykdom, økte kunnskaper.

Håpsfremmende sykepleie: tilstedeværelse, omsorg, vennlighet, positivitet, ærlighet, hjelpsomhet, respektfullhet, informasjonsgivning, svare på spørsmål.

## 4.5 Artikkel 5

**Tittel:** Resilience and unmet supportive care needs in patients with cancer during early treatment: A descriptive study

**Forfattere:** C. Dubey, J. De Maria, C. Hoeppli, D.C. Betticher og M. Eicher (Sveits, 2015)

**Hensikt:** Å beskrive resiliens (evnen til å håndtere stress og katastrofer) og behovet for støttende omsorg hos nydiagnostiserte kreftpasienter.

**Utvalg:** 68 pasienter diagnostisert 4-15 uker før studieoppstart. Verdiene sammenlignes med verdier fra et utvalg friske mennesker.

**Metode:** Kvantitativ studie. To spørreskjema, et for resilienskartlegging og et for kartlegging av behov for støttende omsorg. Svarene ble analysert, sammenhenger ble vurdert.

**Resultat:** Kreftsyke hadde lavere resiliensskår enn friske mennesker. Man så også variasjoner når det gjaldt alder, enslighet og hvorvidt kreften hadde metastasert. Mange deltakere var redde for spredning, syntes det var vanskelig å forholde seg til en usikker framtid, var bekymret for sine nærmeste og var redde fordi behandlingen var utenfor deres kontroll og fordi de kunne dø. De hadde behov for (skriftlig) informasjon om sykdomshåndtering og om vanlige utfordringer/symptomer. Det ble observert stor grad av sammenheng mellom resiliens og behov for støtte.

## 5.0 Drøfting

I dette kapitlet drøftes litteraturen presentert i teoridelen opp mot funn og egne erfaringer. Oppgaven deles inn i to hoveddeler, preoperativ og postoperativ fase, for å knytte oppgaven til praksis. Drøftingen starter med å diskutere de følelsesmessige reaksjonene på å få en kreftdiagnose. Mennesker er unike, og reagerer ulikt på alvorlig sykdom. Dette må sykepleieren være klar over.

Deretter presenteres og diskuteres et konkret forslag for håpsfremmende sykepleie. Forslaget bygger på studiene presentert i kapittel 4.1 og 4.2, som begge studerer effekten av å snakke med kreftsyke om håp (Herth 2000:1434, Rustøen, Cooper og Miaskowski 2011:352).

Opplegget starter med forberedelser som må gjøres i forkant av håpsfremmende samtaler. Dette omhandler både generelle forberedelser som bør gjøres på avdelingen med ledelsen i spissen, og individuelle forberedelser som hver enkelt sykepleier bør gjøre. Til slutt presenteres fire samtaler som holdes mellom sykepleier og pasient. Forslaget tar utgangspunkt i at pasienten blir inneliggende på avdelingen i 6-7 dager, selv om dette ikke alltid er tilfellet i praksis. Tanken er at man alltid kan starte opplegget, selv om det er en viss sjanse for at det ikke kan ferdigstilles for hver og en av pasientene. Målet er at samtalene vil styrke pasientens håp, samt forberede ham på utskrivelse og videre opprettholdelse av håpet.

### 5.1 Preoperativ fase

På en kirurgisk sengepost finner man pasienter med mange forskjellige sykdommer, deriblant pasienter med kreft. Noen pasienter har allerede fått påvist kreft og legges inn elektivt for kirurgisk fjerning av svulsten(e), enten med mål om å bli frist eller å lindre symptomer hvis de ikke kan bli friske. Andre pasienter legges inn på sykehus for utredning av ulike årsaker. Disse pasientene vet ikke at de har kreft, men kan selvsagt være bekymret for det.

De aller fleste kjenner noen som har eller har hatt kreft, og forbinder gjerne sykdommen med lidelse, både i fysisk og mental forstand. Kreftsykdommen er ofte nådeløs, og årlig dør mange som følge av kreft ([www.statistikkbank.fhi.no](http://www.statistikkbank.fhi.no)). Slik Eide og Eide beskriver, er det en stor psykisk påkjenning å få en kreftdiagnose. Mange blir svært redde, og de fleste havner i en såkalt krisetilstand (Eide og Eide 2007:167). Denne tilstanden, som består av fire faser, gjør

noe med et menneske. Myskja hevder at sinne, aggresjon, fortvilelse, tristhet og depresjon er følelser som gjerne oppstår i forbindelse med kriser (Myskja 2005:20). Som sykepleier er det betydningsfullt å ha generell kunnskap om hvordan det er å være i en krise. Samtidig må sykepleieren huske at hver enkelt pasient er unik, og at alle følelser og tanker er reelle og betydningsfulle. Ved å løfte blikket opp fra lærebøkene og til den enkelte pasient, kan sykepleieren utforske den enkelte.

Jeg har sett ulike reaksjoner på det å få en kreftdiagnose. Noen pasienter har behov for å vise følelsene sine. De kan bli oppgitte og irriterte, og kan ha relativt kort lunte. Andre går mer inn i seg selv. De blir triste og deprimerte, men vil ikke snakke om det. For noen daler formen fra dag til dag, og dette oppleves ofte veldig frustrerende. Etter en uke, eller til og med dager, kan pasienten gå fra å klare seg selv til å bli avhengig av hjelp fra andre. Jeg har også møtt pasienter som sier de hadde mistanke om kreft, og at de ble lettet over å få en diagnose. Disse pasientene har kanskje ikke en like sterk opplevelse av krisen, og noen kan nærmest umiddelbart gå inn i bearbeidelsesfasen. De er klare for behandling og for å gjøre en jobb for å bli friske. Poenget er at sykepleieren må se hver enkelt pasient, og jobbe ut fra hvor pasienten befinner seg.

### **5.1.1 Forberedelser**

Forberedelsene inndeles i to grupper, hvor generelle forberedelser forankres i ledelsen og gjøres på avdelingen, og individuelle forberedelser gjøres av hver og en av sykepleierne.

#### **Generelle forberedelser**

Forskning viser at kreftpasienter har behov for å snakke med helsepersonell. En norsk studie, skrevet av Sægrov og Halding, viser at kreftpasienter trenger å snakke om hva som uroer dem, samt å få hjelp hvis det er noe de lurer på eller ikke klarer selv. Deltakerne i studien hevder dette behovet ikke dekkes i tilstrekkelig grad i norske sykehus (Sægrov og Halding 2004:149). En sveitsisk studie viser det samme. Studien, som blant annet er skrevet av Dubey, viser at mange pasienter med kreft har behov for å snakke om tanker og følelser rundt det å være kreftsyk, om det å gå en usikker framtid i møte og sjansen for at kreftcellene sprer seg. Flere har også behov for å snakke om sykdommen på generell basis, om hvordan de skal forholde seg til det å være syk og om vanlige utfordringer i forbindelse med sykdommen. (Dubey, De Maria, Hoeppli, Betticher og Eicher 2015:585-587).

Arbeidsdagene på kirurgisk sengepost er hektiske, og det kan ofte være utfordrende å komme gjennom det ”normale” programmet med medisiner, overvåkning av vitalia, stell, legevisitt og andre gjøremål. Egne erfaringer viser at psykiske og sosiale behov ofte nedprioriteres til fordel for medisinske og fysiske. Pipe m.fl. snakker også om dette, og bemerker samtidig det stadige jaget etter å jobbe raskt og effektivt (Pipe m.fl. 2008:248). Samlet sett vanskeliggjør dette oppfølging av pasientens psykiske behov.

Så hvordan skal det bli rom for at sykepleierne skal kunne snakke med pasienter om psykiske behov og tema som for eksempel håp, mening og tro? Her bør ledelsen involveres, og det bør bli en universal enighet på avdelingen om at pasientens psykiske behov er vel så viktige som de fysiske, og at håpsfremmende arbeid skal tilbys alle kreftpasienter. Et argument som kan brukes for å få godkjenning fra ledelsen, er at yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier at sykepleiere skal støtte opp om håp, mestring og livsmot ([www.nsf.no](http://www.nsf.no)). Andre argumenter vil være at håp er vist å holde pasienters mot oppe ved alvorlig sykdom, at håp øker pasientens livskvalitet og at tilstedeværelse av håp kan virke inn på sykdomsforløpet (Herth 2000:1436).

Med ledelsen på lag, kan det legges en plan for gjennomføring av håpsfremmende sykepleie i praksis. Jeg foreslår at hver enkelt kreftpasient få utdelt en primærsykepleier som har ansvar for pasientens psykiske problemområder og håpsfremmende sykepleie. På den måten blir det enklere å følge opp kreftpasientene, samtidig som pasientene får færre sykepleiere å forholde seg til. Oppfølgingen kan også gjennomføres av ulike sykepleiere, men dette forutsetter at sykepleierne er flinke til å dokumentere hva som allerede er gjennomgått og snakket om.

Det kan være utfordrende å snakke med pasienter om håp, og for mange sykepleiere er dette arbeidet relativt nytt. Avdelingen bør derfor lage egne retningslinjer for håpsfremmende sykepleie. Retningslinjene bør inneholde et verktøy for kartlegging av håp, for eksempel Herths håps-indeks (vedlegg 1), samt en konkret plan for hva som skal snakkes om i de ulike samtalene. Her foreslås det i alt fire samtaler. Med gode retningslinjer vil sannsynligheten være større for at jobben gjøres på en tilfredsstillende måte. I tillegg kan det være en idé å lage en brosjyre som pasientene kan få etter siste samtale, slik både Herth og Rustøen m.fl. gjorde i sine studier (Herth 2000:1434, Rustøen m.fl. 2011:353). Brosjyren bør inneholde nøkkelpunktene i samtalene, en plan for hvordan pasienten selv kan gå videre med håpsfremmende arbeid og en oversikt over organisasjoner som tilbyr støtte til kreftpasienter.

Men hvordan skal sykepleierne få tid til disse samtalerne? Sykepleiere er vant til å nyttiggjøre seg tiden sammen med pasientene. En del av samtaletemaene kan derfor gjennomgås mens sykepleieren uansett er inne hos pasienten. Samtidig tenker jeg dette kan bli lite fruktbart, siden sykepleieren kanskje blir nødt til å avbryte midt i et tema. Jeg tror derfor det vil være best om det settes av tid til samtale når andre gjøremål er unnagjort. Dette kan løses ved at sykepleieren avtaler med sine kollegaer når hun vil gjennomføre en samtale. Mens samtalen pågår, kan sykepleierens andre pasienter fordeles på de andre sykepleierne. Dermed kan sykepleieren gå inn til pasienten uten å bli forstyrret. Erfaringsmessig ser jeg at kveldene ofte er roligere enn dagvaktene, og samtalerne kan derfor også gjennomføres da.

Selv om både Herth og Rustøen m.fl. valgte å gjennomføre totimers møter, og Hummelvoll, som setter samtaler svært høyt, antakeligvis hadde foretrukket lengre tid, tenker jeg en times samtale er passende. Dette begrunnes med at samtalen utføres på kun én pasient, mens Herth og Rustøen m.fl. inviterte pasienter til å delta i grupper, noe som gir mindre tid til hver enkelt (Herth 2000:1434, Rustøen m.fl. 2011:352). Bruker man lengre tid risikerer man at pasienten blir sliten og mister konsentrasjonen. I tillegg vil sykepleierens arbeid hope seg opp.

Etter hver samtale må sykepleieren dokumentere hva som er gjennomgått og snakket om. Dette muliggjør at andre kan steppe inn og fortsette arbeidet. Når pasienten skrives ut av sykehuset bør håpsfremmende sykepleie være en del av sykepleiersammenfatningen, slik at andre institusjoner eller bydelens kreftsykepleier lettere kan følge opp arbeidet.

### **Individuelle forberedelser**

Mange kreftpasienter legges inn på kirurgisk sengepost før de opereres, og allerede da bør pasientene få en primærsykepleier som tar seg tid til å snakke med dem. Pasientene kan ha ulike bekymringer og spørsmål, og vet kanskje ikke nok om verken sykdom, behandling eller framtidsutsikter. Slik jeg ser det er det helt nødvendig at pasienten vet nok om selve sykdommen før han kan begynne å tenke på håp om og tro på bedring. Vet han ikke hva han har i vente, og hva som skal til for å bli frisk, blir det ikke enkelt å se et lys i tunellen.

Men før sykepleieren kan snakke med pasienten, må hun forberede seg. For det første må hun innhente informasjon om pasienten. Innkostjournal, lege- og sykepleienotater, beskrivelser av ulike undersøkelser og blodprøver er i så måte av betydning. Sykepleieren må vite hvilken

diagnose pasienten har, og må selvsagt også ha gode kunnskaper om sykdommen hans. Bl.a. må hun være stødig på vanlige symptomer, behandling, bivirkninger og prognose.

I tillegg bør sykepleieren reflektere over eget verdigrunnlag og personlige egenskaper. Er hun åpen, empatisk, omsorgsfull og trygg på seg selv, eller er hun usikker eller har lett for å bli utålmodig og lettere oppgitt? Enten vi ønsker det eller ei, fanges sykepleierens utstråling lett opp av pasienter. Og sykepleierens holdninger og væremåte er betydningsfull, det viser flere kilder. Rustøen mener sykepleieren bør være empatisk, positiv og engasjert, samt vise at hun har håp, forventning og tro på at pasienten kan bli bedre (Rustøen 2001:101). Saursaunet vektlegger sykepleierens evne til å lytte, støtte og oppmuntre (Saursaunet 2008:233).

Sykepleieren bør være oppmerksom på dette, og må gå inn i samtalene etter beste evne. Samtidig er sykepleieren bare et menneske, og har både gode og dårlige dager som alle andre. Kanskje er hun sliten og har mye å tenke på. Kanskje møter hun personlige utfordringer på hjemmebane eller i jobbsammenheng. Kanskje er hun midt i sin egen krise. Utfordringer av ulike slag gjør det tidvis vanskelig å yte god og helhetlig omsorg for andre. Sykepleieren bør evne å legge vekk egne bekymringer når hun møter pasienten, slik at hun klarer å være til stede for ham.

Til slutt bør sykepleieren legge en plan for hvordan opplegget skal gjennomføres, og bør titte på sin egen turnus og sette av tid til pasienten dagene fremover. Hvor lenge pasientene er inneliggende på sykehus varierer. Erfaringsmessig ser jeg imidlertid at kreftpasienter blir noen dager. I denne oppgaven tas det høyde for at pasienten blir i 6-7 dager. En god plan vil derfor være at sykepleieren setter av tid til samtale ca. annenhver dag, den første allerede første gang hun møter pasienten. På den måten rekker hun 3-4 samtaler før pasienten reiser. Man kunne med fordel gjennomført flere samtaler. Samtidig må opplegget være gjennomførbart i en kultur hvor liggetiden blir kortere og kortere.

### **5.1.2 Første samtale**

Pasientrettighetsloven sier at pasienten skal ha den informasjonen som trengs for å forstå sin helsetilstand og innhold i helsehjelpen ([www.lovdatab.no](http://www.lovdatab.no)). Informasjonen skal gis på pasientens egne premisser, og skal være så helhetlig som mulig samtidig som det tas hensyn til pasientens evne til å forstå (Eide og Eide 2007:292). Ved å gi informasjon og svare på spørsmål, bidrar sykepleieren til å styrke pasientens håp (Chi 2007:421). Første gang



sykepleieren møter pasienten bør hun derfor først presentere seg selv, for så å åpne opp for spørsmål om sykdom og behandling.

Deretter kan sykepleieren begynne å snakke om håp. Men hvordan kommer hun inn på dette på en naturlig måte? Jeg tenker det er greit å begynne med å spørre pasienten hvordan han har det og hvordan han opplever det å ha blitt syk. Sykepleiere som er glad i og trygg på å bruke humor, kan gjerne gjøre det. God humor tilpasset hver enkelt pasient, kan gjøre stemningen muntrere og ufarliggjøre situasjonen (Utne og Rustøen 2010:69). Her må man imidlertid trå varsomt, da ikke alle pasienter setter pris på det. Deretter kan sykepleieren gå videre og fortelle om håpets betydning ved alvorlig sykdom og opplegget som tilbys. Nortvedt skriver at opplevelsen av håp og mening er sentrale motiverende faktorer for pasienter med kreft. Er håpet til stede, er det enklere å mestre det som er vondt og vanskelig (Kristoffersen, Breivne og Nortvedt 2011:265,269-270). Pasientens håp påvirker handlingene og beslutningene hans, og nettopp derfor bør pasientens håp være tilstede (Rustøen 2001:50).

Opplegget kan ikke være obligatorisk, men bør være et tilbud som pasienten selv kan avgjøre om han vil gjennomføre eller ei. Er han interessert i å følge programmet, legges det opp en plan for gjennomføringen. Mange pasienter liker struktur. Det kan derfor være en idé å sette datoer for samtalene allerede nå. Tidspunkt for samtalene kan være vanskelig å spikre dager i forveien, men dersom pasienten blir informert om når sykepleieren jobber, har han noe å forholde seg til. Nøyaktig tidspunkt kan avtales i begynnelsen av hver vakt. Hvor lenge pasienten faktisk blir på avdelingen kan man imidlertid ikke si med sikkerhet. Planen legges derfor opp med forbehold om endringer dersom pasienten skrives ut tidligere enn først antatt.

## 5.2 Postoperativ fase

Andre gang sykepleieren og pasienten møtes, har pasienten vært under kniven, og er forhåpentligvis på god vei til å komme seg etter operasjonen. Mange kreftpasienter opplever komplikasjoner som smerte, kvalme og fatigue, enten som følge av sykdommen i seg selv eller det omfattende kirurgisk inngrepet de har gjennomgått. Slike symptomer kan bidra til å sette pasientens håp på prøve. Men blir plagene tatt på alvor og behandlet, kan kreftpasienters håp styrkes samtidig som stressnivået hans reduseres (Lichwala 2014:268, Sand m.fl. 2009:16). Sykepleieren må derfor i første rekke kartlegge og behandle pasientens symptomer, og bør dessuten forsikre seg om at pasienten er uthvilt og klar for samtale før de setter i gang.

### 5.2.1 Andre samtale

Tema for denne samtalen er pasientens bekymringer, spørsmål, forventninger og håp, slik også Herth valgte å legge opp andre møte i sin studie (Herth 2000:1434). I tillegg åpnes det opp for å snakke om åndelige og eksistensielle tema.

I Norge er det kultur for å ikke snakke om tanker og følelser, dette viser Sægrov og Halding gjennom en kvalitativ studie hvor norske kreftpasienter ble intervjuet. Mange pasienter vegrer seg for å åpne seg for andre fordi de er redd for at situasjonen skal bli ukomfortabel for den andre, og fordi de ikke vil plage andre med sine problemer. Ved å snakke med en erfaren sykepleier, vil pasienten kunne hente motivasjon, håp og styrke, samt stille spørsmål hvis det er noe han lurer på (Sægrov og Halding 2004:149). Sykepleierens oppgave blir derfor å få pasienten til å åpne seg. Sykepleieren bør forsikre pasienten om at alle tema er ok å snakke om og at ingen spørsmål er for dumme. Hun må i tillegg bekrefte de ulike følelsesmessige reaksjonene pasienten har, samt informere ham om at dette er helt normale måter å tenke på. Sykepleieren bør dessuten forsikre pasienten om at hun har taushetsplikt, og at hun ikke vil bringe informasjonen videre til utenforstående.

Ved hjelp av et kartleggingsverktøy kan sykepleieren innhente informasjon om pasientens håp. Herths håps-indeks (vedlegg 1) er et brukervennlig, oversiktlig og enkelt verktøy som etter min mening er velegnet til dette formålet. Når skjemaet er fylt ut vil sykepleieren få en enkel oversikt over hvor pasientens håp eventuelt trues. Dette vil være et godt utgangspunkt for det videre arbeidet, i tillegg til å være en inngangsport for å få pasienten til å snakke om eget håp. Etter at pasienten har fortalt om håpet sitt, kan sykepleieren oppfordre ham til å sette ord på egne følelser i forhold til kreftdiagnosen. Sykepleieren bør her samarbeide med pasienten, møte ham på et likeverdig grunnlag og kartlegge alle pasientens problemområder, slik Hummelvoll skriver (Hummelvoll 2012:34).

Til slutt kan sykepleieren åpne for å diskutere åndelige og eksistensielle tema. Dette vil, i følge Saurset, gjøre at pasienten føler seg imøtekommet og verdsatt (Saurset 2008:236). Dersom pasienten har en religiøs tro, kan han finne støtte i troen. Sykepleieren kan tilby samtaler om dette, eller be om hjelp fra sykehusets prest. Erfaringsmessig vegrer enkelte pasienter seg for å snakke med prest. Samtidig er prester dyktige samtalepartnere som kan tilby god støtte. Pasienten trenger ikke være religiøs for å motta dette tilbudet, da fokuset ikke

nødvendigvis ligger på religion, men gjerne på livet i sin helhet og eksistensielle tema. Før samtalen avsluttes, bør man oppsummere det som er snakket om.

### 5.2.2 Tredje samtale

Tema for tredje samtale er å snakke om hva som er vist å styrke og true pasienters håp på generell basis, for så å gå mer i dybden på pasientens eget håp. Deretter samarbeider sykepleieren og pasienten om å lage realistiske og gode målsettinger for pasientens framtid.

Rustøen skriver at håpet settes på prøve hvis vi opplever mye lidelse i form av tap, stress eller kriser. Videre forteller hun at våre oppfatninger, vurderinger og tanker rundt lidelsen er av betydning. Blir vi redd, usikker og tvilende, slik mange nydiagnostiserte kreftpasienter naturligvis blir, kan håpet settes på prøve. Klarer vi imidlertid å tenke positivt og har tro på bedring, vil håpet kunne opprettholdes eller styrkes (Rustøen 2001:47,54). Pasientens prognose vil sannsynligvis ha mye å si for håpet. Er det stor sannsynlighet for at han blir frisk, er det enklere å håpe. Er det derimot liten sannsynlighet for overlevelse, vil det være vanskeligere å holde håpet oppe. For pasienter med dårlig prognose, bør sykepleierne legge inn en større innsats i å holde håpet ved like.

Litteraturen viser til ulike faktorer som kan bidra til styrket håp. For det første er det nyttig at pasienten har tilstrekkelig kunnskaper om sykdommen sin, dette var et av temaene i første samtale. Sosialt samvær er hyggelig, og gir en følelse av tilhørighet og egenverd. Og ved å gjøre lystbetonte aktiviteter, klarer pasienten å distansere seg fra sykdommen, samtidig som han får mestringsfølelse og en følelse av fremgang i håpløsheten (Rustøen 2001:51,97,101). Andre strategier kan være å akseptere sykdommen, finne effektive mestringsstrategier og mening med livet, leve så normalt som mulig og ha det gøy (Chi 2007:420). Det å gjøre seg mindre avhengig av andre, for eksempel ved å stelle seg selv, er også vist seg positivt for håpet (Rustøen 2001:101). Her må man samtidig ta hensyn til egne evner. Mange kreftpasienter har lite energi, og for disse pasientene er det best å bruke energien på det som gir mest mulig glede i hverdagen. Erfaringsmessig ser jeg noen ganger pasienter som er fast bestemt på å stelle seg selv, til tross for at de har svært lite energi. Dersom dette resulterer i at pasientene ikke har energi til å være sammen med sine nærmeste, til å spise, trene og gjøre hyggelige ting, blir det helt feil.

Etter å ha snakket om dette, bør sykepleieren igjen bevege seg inn på pasientens eget håp. Har han gjort seg opp noen flere tanker om temaet siden forrige samtale? Hva tror han kan true håpet hans? Finnes det noen områder i livet som gir ham håp? Og hva kan han selv gjøre for å styrke eller opprettholde håpet? Her bør fokuset ligge på å øke troen på seg selv og egne evner, slik Rustøen m.fl. skriver (Rustøen m.fl. 2011:352). Tidligere erfaringer og mestringsstrategier spiller i så måte en betydningsfull rolle, og bør kartlegges (Rustøen 2001:47). Kanskje har pasienten gjennomgått truende livssituasjoner før? Hva gjorde han i så fall for å håndtere det? Og kan noen av mestringsstrategiene være hjelpsomme nå som han er blitt syk?

I slutten av denne samtalen er det hensiktsmessig å snakke om mål. Sykepleieren har en sentral rolle i å hjelpe pasienten til å definere mål, mål som er motiverende og realistiske, og som har grobunn i hva pasienten synes er aller viktigst for ham (Bredland m.fl. 2011:89). Sykepleieren bør derfor motivere pasienten til å tenke over hva han virkelig ønsker. Samtidig må hun gi pasienten den informasjonen han trenger for å ta gode valg for seg selv, slik yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier ([www.nsf.no](http://www.nsf.no)). Når målene er fastsatt, hjelper sykepleieren pasienten til å legge en plan for hvordan målene skal nås, og fordeler og ulemper ved ulike tiltak diskuteres (Utne og Rustøen 2010:69). Ved å samarbeide med pasienten om dette, opprettholdes autonomiprinsippet, noe som i følge Hummelvoll virker helsefremmende (Hummelvoll 2012:28).

Ezra Stotland knytter håpet opp mot motivasjon. Har vi håp, vil motivasjonen vår øke. Og er motivasjonen høy, vil vi legge inn en bedre innsats for å nå målet (Utne og Rustøen 2010:62). Det overordnede målet er selvsagt å bli frisk, men det kan være motiverende å også ha mindre og mer kortsiktige mål. Eksempler på mål kan være å stabilisere vekten, å trene seg opp til å håndtere dagligdagse utfordringer, å ha energi til å være sammen med barna, å ta opp igjen gamle hobbyer og å snakke med mennesker man har mistet kontakten med og som man savner.

For enkelte pasienter kan det etter hvert bli nødvendig å endre målene sine, da de ikke lar seg oppnå. Denne muligheten må sykepleieren informere pasienten om. Og dersom målene må endres mens pasienten fortsatt er innlagt på avdelingen, har sykepleieren som oppgave å støtte pasienten og hjelpe ham til å finne noe positivt i endringen og lage nye målsettinger (Utne og Rustøen 2010:69). I slutten av samtalen bør hovedpunktene oppsummeres.

### 5.2.3 Fjerde samtale

Fjerde og siste samtale tar for seg relasjoner med andre, og derfor er det naturlig at pårørende inviteres med, slik Herth gjorde i sin studie (Herth 2000:1434). Behovet for å ha en åpen og god dialog vektlegges, og man bør snakke om hvordan den gode relasjonen opprettholdes, både på generell og individuell basis. Rustøen beskriver hvorfor det er nødvendig å ha gode relasjoner når sykdom rammer. Familie og venner gir trygghet, og ønsker ofte å lytte, støtte og hjelpe. De gir oss håp og noe å leve for (Rustøen 2001:51-53). Motsatt vil isolasjon true håpet (Utne og Rustøen 2010:69). Samtidig vil enkelte mennesker ha behov for mer alenetid enn andre, og dette må andre forsøke å respektere.

Men hva er så en fruktbar og god relasjon? Det som er riktig for et menneske kan være helt feil for et annet. Derfor er det nødvendig å diskutere dette, slik at alle føler seg hørt og at uheldige misforståelser unngås. Dette kan imidlertid være et vanskelig samtaleemne. Noen familier har selvsagt en god relasjon og er vant til å snakke sammen. Andre synes det er vanskelig å snakke om følelser, og gjør dette sjeldent. Det finnes ingen fasitsvar når det gjelder gode relasjoner. Sykepleieren bør likevel hjelpe pasienten og hans nærmeste i gang med diskusjonen, samt komme med gode råd når det trengs. Sykepleieren bør minne om at pasienten er avhengig av sine nærmeste for å holde håpet oppe, men at også pårørende er avhengig av pasienten for å få en trygg og god framtid.

Pårørende kan ofte være svært redde for den som er syk, og har derfor et stort behov for å være sammen med ham hele tiden, hjelpe ham, snakke med ham. En norsk studie skrevet av Sægrov og Halding viser at pasienter setter pris på sine nærmeste, men at de samtidig er redde for å plage dem for mye og for at pårørende får det vanskeligere hvis de må bære på pasientens tanker, følelser og frykter i tillegg til sine egne. Pasientene fortalte videre at de kunne ønske helsepersonell hjelp dem til å komme i kontakt med andre kreftpasienter og med mennesker som har blitt frisk fra sin kreftsykdom fordi de selv var for slitne til å lete (Sægrov og Halding 2004:149). Sykepleieren bør derfor informere pasienten om hvilke tilbud som finnes i pasientens nærmiljø. Kreftforeningen holder møter, konferanser og foredrag for kreftpasienter og pårørende i alle landets fylker. I Oslo holdes det regelmessig et møte som kalles ”møtested Oslo Øst” Dette er et tilbud for pasienter som har kreft og som ønsker et pusterom i hverdagen, med ulike tema hvert gang. I tillegg holdes det tidvis andre møter og foredrag, som for eksempel ”sofaprat om kreft og sex”, ”stor konferanse for kvinner med

blærekreft” og ”foredrag: ha det så godt som mulig”. De fleste av disse tilbudene er gratis, og man finner en oversikt på kreftforeningens hjemmeside ([www.kreftforeningen.no](http://www.kreftforeningen.no)).

Ved behov for videre oppfølging etter hjemreise, kan sykepleieren henvise pasienten til poliklinisk time hos kreftsykepleier hvor håp er et av temaene. Noen pasienter reiser videre til annen institusjon etter de er ferdigbehandlet på sykehuset. For disse vil det være en god idé å delegere arbeidet videre til den aktuelle institusjonen. Dette krever imidlertid en utfyllende sykepleiersammenfatning som beskriver hva som er gjort, og hva som kan jobbes mer med. Dersom pasienten ved en senere anledning legges inn igjen på avdelingen, bør sykepleieren ta tak i temaet på ny. I så måte er det nødvendig å se på eventuelle endringer i håp og framtidsutsikter siden sist.

## 6.0 Konklusjon

Sykepleiere har ansvar for, og kan gjøre mye for å fremme håp hos nydiagnostiserte kreftpasienter. Håpsfremmende sykepleie bør derfor bli en naturlig del av sykepleiernes arbeidsoppgaver. Det bør legges en plan for hvordan sykepleierne skal få tid til å drive håpsfremmende arbeid ved siden av annen sykepleie, og dette bør forankres i ledelsen. Med gode retningslinjer og godt samarbeid mellom sykepleierne, vil håpsfremmende arbeid være mulig i en ellers travel hverdag.

Håpsfremmende sykepleie krever gode kunnskaper om sykdom og behandling, lidelse og mestring. Denne kunnskapen må videreformidles til pasienten, slik at han er trygg på planen videre og at det er mulig for ham å bli kreftfri. I tillegg må sykepleieren ha tilstrekkelig informasjon om pasienten, slik at hun kan støtte og veilede ham på best mulig måte. I møte med pasienten må sykepleieren være trygg på seg selv som menneske og sykepleier. Hun bør være åpen, empatisk, omsorgsfull, positiv, engasjert og oppmuntrende, og må i tillegg evne å legge bort egne bekymringer. Dette, sammen med gode kommunikasjonsferdigheter og evnen til å bygge gode relasjoner med andre, vil bidra til å gjøre håpsfremmende arbeid mulig.

Mennesker er forskjellige, og reagerer også ulikt på sykdom og lidelse. Sykepleieren må respektere dette, og møte pasienten på et likeverdig grunnlag. Håpsfremmende arbeid kan legges opp på ulike måter, men sentrale elementer bør være med. Det bør snakkes om hvorfor håp er av betydning når man rammes av alvorlig sykdom. Videre bør pasientens håp kartlegges, slik at man ser hva som eventuelt truer håpet. Det bør også komme klart frem hva som gir pasienten styrke og håp, det være seg familie, venner, økte kunnskaper om sykdom, lystbetonte aktiviteter eller å leve så normalt som mulig. Målsettinger for framtiden, samt en plan for å nå disse målene vil også være fruktbart. Verdien av å ha tro på seg selv og egne evner bør vektlegges. Det samme gjelder verdien av gode relasjoner, og man kan med fordel lage en plan for hvordan pasienten og hans nærmeste kan optimalisere forholdet. I tillegg bør pasienten informeres om hvor han kan henvende seg for ekstern støtte etter utskrivelse, da dette vil kunne gi ham trygghet i at han ikke trenger å være alene om å leve med kreftsykdom. Denne informasjonen kan gjerne formidles i en brosjyre hvor også de sentrale håpsfremmende temaene repeteres.

Per dags dato finnes det lite eller ingen forskning som ser på effekten av håpsfremmende sykepleie rettet spesifikt mot kreftpasienter inneliggende på sykehus. Hvorvidt et opplegg som dette er gjennomførbart, og hvilke effekt det eventuelt vil ha på pasientene, vites derfor ikke. Likevel er det grunn til å tro at det vil øke pasientenes forståelse for hva håp er og betydningen av å ha håp for framtiden. Forhåpentligvis vil det også bidra til å styrke håpet og øke viljen til å se framover og jobbe for en bedre framtid. Sannsynligvis vil pasientene dessuten sette pris på at sykepleierne tar seg tid til å snakke om psykiske aspekter ved det å rammes av alvorlig sykdom.



## Litteraturliste

### Bøker

Aubert V. (1985). *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Bertelsen B, Hornslien K og Thoresen L. (2011). Svulster. I: Ørn S, Mjell J, Bach-Gansmo E (red.). *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bredland EL, Linge OA og Vik K. (2011). *Det handler om verdighet og deltakelse*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide H og Eide T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fredriksen K, Beedholm K og Glasdam S. (2015). Litteraturreview. I: Glasdam S. (red.). *Bachelorprosjekter indenfor det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. 2. utg. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S.

Forsberg C, Wengström Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdnandsforskning*. 3. utg. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur & Kultur.

Glasdam S. (2015). *Bachelorprosjekter indenfor det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. 2. utg. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S.

Hummelvoll JK. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 7. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

NJ, Breievne G og Nortvedt F. (2011). Lidelse, mening og håp. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F og Skaug EA (red.). *Grunnleggende sykepleie 3*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen NJ, Nortvedt F og Skaug EA. (2011). *Grunnleggende sykepleie 1*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lorentsen VB og Grov EK. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I: Almås, Stabberud og Grønseth (red.). *Klinisk sykepleie 2*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Malterud K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Myskja A. (2005). *Leve med kreft. Hvordan styrke håp og livsmot*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS.
- Nome O. (2010). Generell onkologi. I: Reitan AM og Schjølberg TK (red.). *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling*. 3. utg. Oslo: Akribe AS.
- Rustøen T. (2001). *Håp og livskvalitet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Saurasunet A. (2008). Sykepleiens livssynsdimensjon: Tro, håp og kjærlighet som mestringsstrategi. I: Kjølsvik I. og Holmen J. (red.). *Helse – frelse*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Tretli S. (2012). Forekomst av kreft. I: Kåresen R og Wist E (red.). *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Tuft H. (1986). *Min kreft – mitt ansvar*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Utne I og Rustøen T. (2010). Håp hos mennesker med kreft. I: Reitan AM og Schjølberg TK (red.). *Kreftsykepleie. Pasient – utfordring – handling*. 3. utg. Oslo: Akribe AS.

### Vitenskapelige artikler

- Chi GCHL. The Role of Hope in Patients With Cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2007; 34 (2): 415-424. (artikkel 4)
- Dubey C, De Maria J, Hoeppli C, Betticher D.C og Eigher M. Resilience and unmet supportive care needs in patients with cancer during early treatment: A descriptive study. 2015; 19: 582-588. (artikkel 5)
- Dufault K. og Martocchio B. Hope: It's spheres and dimensions. *Nursing Clinics of North America*, 1985; 20: 379-391.
- Herth K. Enhancing hope in people with a first recurrence of cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 2000; 32 (6): 1431-1441. (artikkel 1)

Lichwala R. Fostering Hope in the Patient With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 2014; 18 (3): 267-269.

Pipe TB, Kelly A, LeBrun G, Schmidt D, Alterton P og Robinson C. A Prospective Descriptive Study Exploring Hope, Spiritual Well-Being, and Quality of Life in Hospitalized Patients. *MEDSURG Nursing*; 2008; 17 (4): 247-257.

Rustøen T, Cooper BA og Miaskowski C. A longitudinal study of the effects of a hope intervention on levels of hope and psychological distress in a community-based sample of oncology patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 2011; 15: 351-357. (artikkel 2)

Sand L, Olsson M og Strang P. Coping strategies in the presence of one's own impending death from cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2009; 37 (1): 13-22

Sægrov S og Halding AG. What is it like living with the diagnosis of cancer? *European Journal of Cancer Care*, 2004; 13: 145-153 (artikkel 3)

## Nettsider

<https://www.kreftforeningen.no/vare-tilbud/moteplasser-kurs-og-grupper/> (lest 19.09.16)

<https://www.kreftregisteret.no/Registrene/Kreftstatistikk/> (lest 17.06.16)

[https://www.lovdatabank.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://www.lovdatabank.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3) (lest 20.08.16)

<https://www.mammaunnimor.blogspot.no/2010/09/livets-fartsdumper-pa-et-perlekjede.html>  
(dikt, lest 17.06.16)

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> (lest 29.08.16)

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/internasjonalt-helsesamarbeid/innsikt/verdens-helseorganisasjon-who/id435126/> (lest 29.08.16)

<https://www.statistikkbank.fhi.no/dar/> (lest 12.09.16)

## Vedlegg

### Vedlegg 1: Herths Håps-indeks

	<b>Veldig uenig</b>	<b>Uenig</b>	<b>Enig</b>	<b>Veldig enig</b>
1. Jeg ser positivt på livet.				
2. Jeg har kort- og/eller langsiktige mål.				
3. Jeg føler meg helt alene.				
4. Jeg ser en lysning i tunnelen.				
5. Jeg har en tro som gir trøst.				
6. Jeg er redd for hva framtiden bringer.				
7. Jeg kan huske lykkelige/gode stunder.				
8. Jeg har en indre styrke.				
9. Jeg er i stand til å gi og motta omsorg/kjærlighet.				
10. Jeg har en følelse av retning i livet mitt.				
11. Jeg tror at hver dag har sine muligheter.				
12. Jeg føler at mitt liv har verdi.				

## Vedlegg 2: Søkehistorikk

Database	Søkeord	Antall treff	Relevante treff	Begrensninger
CINAHL	cancer	10 513	-	- peer reviewed - research article - full text - 2000-2016
CINAHL	hope	943	-	Samme
CINAHL	cancer and hope	162	Artikkel 2 og 4	Samme
CINAHL	cancer and hope and nurs*	77	Artikkel 1	Samme
CINAHL	hope and nurs*	337	-	Samme
CINAHL	cancer and hope and intervention	31	-	Samme
CINAHL	Hope and intervention	182	-	Samme
CINAHL	cancer and patient experience	163	-	Samme
CINAHL	cancer and hope and coping	39	Artikkel 3	Samme
CINAHL	cancer and hope and quality of life	36	-	Samme
CINAHL	cancer and quality of life	1 260	-	Samme

CINAHL	cancer and supportive care needs	138	Artikkel 5	Samme
CINAHL	Hope and quality of life	108	-	Samme
SweMed	Håp	17	-	- peer reviewed - läs online
SweMed	Håp og kreft	2	-	Samme
Sykepleien	Håp	0	-	- forsknings- artikkel - fagfelleverdert
Sykepleien	Kreft	0	-	Samme