



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Hvordan kan sykepleier bidra til å fremme håp hos kreftpasienter med dårlig prognose?

How can the nurse contribute to foster hope in cancer patients with bad prognosis?

Solvor Lyngstad

Totalt antall sider inkludert forsiden: 36

Molde, 07.05.09



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Hvordan kan sykepleier bidra til å fremme håp hos kreftpasienter med alvorlig prognose?

Tittel på engelsk: How can the nurse contribute to foster hope in cancer patients with bad prognosis?

Forfatter(e): Solvor Lyngstad

Fagkode: SAE 00

Studiepoeng: 12

Årstall: 2009

Veileder: Gerd-Unni Stavik

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja: **Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?** ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 07.05.09

Antall ord: 11643

Forord

Håp

Håp, hva er det? Håp er å ikke gi opp, uansett hvor svart alt virker.

Håp er å le selv om man helst bare vil gråte

Håp er å tro på en lysere hverdag selv når alt bare er tungt

Håp er å vite at det er lysere der fremme bare man fortsetter litt til..

Anonym

I forbindelse med denne hovedoppgaven vil jeg rette en stor takk til kreftsykepleier i Oppdal Kommune, for at hun tok seg tid til å jobbe sammen med meg og diskutere problemstilling og oppgave. Samtidig vil jeg rette en takk til veileder Gerd-Unni Stavik, for god hjelp og raske tilbakemeldinger i et travelt semester.

Innhold

1.0 INNLEDNING.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling	1
1.2 Avgrensning	1
1.3 Formålet med oppgaven.....	2
2.0 METODE.....	3
2.1 Litteratursøk	3
2.2 Kildekritikk	3
2.3 Valg av sykepleieteoretiker.....	4
2.4 Intervju og samtale	4
3.0 TEORETISK REFERANSERAMME.....	7
3.1 Generelt om kreft.	7
3.2 Psykiske belastninger ved å få en kreftdiagnose.....	8
3.3 Håp	9
3.4 Dimensjoner av håp.....	10
3.5 Fagområdet og aktuell forskning	11
3.6 Forskningsartikler	12
4.0 DRØFTING	19
4.1 Informasjon og kommunikasjon i diagnostiseringsfasen.....	20
4.2 Å jobbe med kreftpasienter – Samtale med kreftsykepleier	23
4.3 Ung eller gammel med kreft.	24
4.4 Smerter og ubehag knyttet til kreftsykdommen	24
4.5 Målsetting - å nå målene en setter seg	26
4.6 Pasientens religiøse behov	27
4.7 Humor som virkemiddel	28
4.8 Gode opplevelser.....	29
4.9 Relasjoner.....	30
5.0 KONKLUSJON	32

1.0 INNLEDNING

Kreft er en diagnose som de fleste av oss har mange tanker forbundet med. Vi kjenner vel alle noen som enten har en kreftdiagnose, har overlevd en kreftdiagnose, eller som er døde av kreft. Kreft rammer mennesker i forskjellige samfunnslag, alder, og kjønn, og det er lett for at fokuset blir på hvor mange som dør av kreft, i stedet for hvor mange som faktisk overlever. Kreft er for mange ensbetydende med død, men i dag er forskningen kommet såpass langt at tallene er mye mer optimistiske enn hva de var før. I dag kan man leve lenge på tross av at man har en kreftdiagnose, og mange fler enn før overlever og forblir kreftfrie.

Denne oppgaven handler om hvordan sykepleier kan bruke sin posisjon til å styrke håpet hos kreftpasienter med dårlig prognose, og hvilke tiltak som bidrar til å fremme håp.

Videre tar også oppgaven for seg hva som vil være viktig for pasienter i en slik situasjon, og hva sykepleier bør bidra med for å gjøre hverdagen så god og håpefull som mulig.

1. 1 Bakgrunn for valg av problemstilling

Jeg valgte dette temaet mye fordi jeg har møtt mange kreftpasienter i løpet av mine tre år som sykepleiestudent, samt at jeg har selv opplevd å miste en venn til kreften. Jeg mener og tror at viktigheten av et optimistisk syn på denne diagnosen er vesentlig for å takle et langt og tungt sykdomsforløp. En annen ting er at det finnes utrolig mye litteratur rundt dette med håp, og jeg tror det viser mer enn noe annet hvor viktig akkurat dette temaet er.

Problemstillingen jeg har kommet frem til for dette temaet er som følger:

Hvordan kan sykepleieren bidra til å fremme håp i arbeidet med kreftpasienter med alvorlig prognose?

1.2 Avgrensning

Med kreftpasienter mener jeg pasienter som har en kreftdiagnose med en dårlig prognose, og som har, eller har hatt et langt og tungt sykdomsforløp. Jeg har valgt å fokusere på voksne, mye fordi jeg tror det er litt annerledes å jobbe med barn, og dette var ikke noe jeg hadde så lyst å skrive om. Likevel tror jeg det er mange likhetstrekk i arbeidet med kreftsyke barn og voksne, men disse har jeg ikke dekket i denne oppgaven. Uavhengig av hva slags avdeling eller del av helsesektoren man jobber i, kan man møte pasienter med

kreft. Noen møter man på ulike avdelinger på sykehuset, på sykehjem eller i hjemmesykepleien. Jeg har valgt å ikke spesifisere mer enn dette, slik at de pasientene som blir nevnt i denne oppgaven er uavhengig av avdeling og arbeidssted. Det er også viktig å presisere at jeg skriver en bacheloroppgave, som vil si at jeg ikke har noen videre kunnskap om kreft annet enn generell sykepleie, og ikke som en spesialsykepleier. Tiltakene jeg diskuterer i denne oppgaven er tiltak som enhver sykepleier kan utføre, uten å ha videreutdanning i kreftsykepleie. Temaet i denne oppgaven baserer seg på sykepleierens arbeid med kreftpasienter, og hvordan en som sykepleier kan bidra til å fremme håpet hos pasienter med en alvorlig kreftdiagnose. Når man skriver om et slikt tema vil det også være naturlig å nevne hvilke handlinger og tiltak som derimot *ikke* fremmer håp hos slike pasienter. Flere av de artiklene jeg valgte å bruke i oppgaven nevner både fremmende og hindrende tiltak i forhold til dette. I oppgaven har jeg valgt å fokusere på mer generelle tiltak, som for eksempel kommunikasjon, informasjon og møte med pårørende, i stedet for spesifikke tiltak som for eksempel snuregime eller avlastning.

1.3 Formålet med oppgaven

Ett av kravene for å få godkjent sjette semester ved sykepleierutdanningen er godkjent bacheloroppgave. Denne oppgaven teller som en skriftlig eksamen, og teller tolv studiepoeng.

Formålet med oppgaven blir å undersøke begrepet håp, og lære mer om hva sykepleier kan bidra med for å fremme håpet.

2.0 METODE

Å velge tema for bacheloroppgaven var en vanskelig oppgave. Med et så stort spenn på hva man kan skrive om var det rett og slett for mange muligheter, og vanskelig å bestemme seg. Da jeg tok femte semester i USA var en av oppgavene det semesteret å skrive en oppgave som lignet noe på bacheloroppgaven, bare i et litt mindre format. Jeg snakket litt med veilederen min der, og sammen fant vi ut at det kunne være interessant å skrive om håp.

Siden jeg hadde denne store oppgaven sist semester fokuserte jeg på det samme temaet, og har derfor skrevet en oppgave om det samme temaet, som jeg tenker å bruke som grunnlag for hovedoppgaven.

2.1 Litteratursøk

Å finne litteratur om dette emnet viste seg å være ganske enkelt. Jeg fant mange treff når jeg søkte i diverse databaser. Likevel var det ikke like enkelt å finne litteratur som fokuserte på akkurat det jeg lette etter. Derfor ble det mye lesing av artikler, før jeg fant de forskningsartiklene jeg syntes det var aktuelt å bruke.

Jeg prøvde og feilet litt når det gjaldt søkeord, men til slutt kom jeg frem til at det beste var å bruke nurs*, hope, cancer, eller nurs*, hope, og oncology. Det meste av litteratursøket gjorde jeg mens jeg fortsatt var i USA, og derfor brukte jeg databasen CINAHL, fordi dette var enklest fra datamaskinene der. Vi fikk også en del undervisning om hvordan man søker i CINAHL, så derfor har jeg hovedsakelig brukt denne databasen.

Mye av litteraturen jeg fant fokuserte på spesifikke diagnoser, slik som kreft i livmorhals eller akutt myelogen leukemi. Jeg valgte å fokusere på kreft generelt, så jeg har derfor gått litt bort fra disse diagnosene, annet enn å nevne dem i forbindelse med forskningslitteratur.

2.2 Kildekritikk

Ikke all litteraturen jeg fant var like aktuell for min oppgave. Noen av artiklene jeg fant handlet mer om spesifikke sykdomstilstander eller diagnoser, og håp var bare et ord som var nevnt. Siden håp er et nokså diffust begrep var det mye litteratur rundt emnet, men ikke fullt så mye som dreide seg om det jeg ville undersøke. Å finne gode kilder i forhold til en så stor oppgave er en krevende jobb. For det første er de fleste artiklene veldig lange,

så det krever både tid og arbeid å lese gjennom stoffet. For det andre skal innholdet passe godt med problemstillingen, og dette var nokså utfordrende.

Mange av artiklene jeg har valgt å bruke handler mye om hvilke handlinger som fremmer håp, og som eventuelt hindrer håp blant pasienter. Flere av artiklene jeg har valgt er basert på undersøkelser gjort blant flere kreftpasienter, om hva som bidrar til å fremme og hindre håp hos dem.

Ved søk i BIBSYS fant jeg også flere hovedoppgaver skrevet om det samme temaet som jeg har valgt, men med en litt annen vinkling. Jeg har derimot ikke lest disse, fordi de er fra forskjellige skolebibliotek rundt om i landet.

Jeg hadde også lyst å bruke noe litteratur som ikke var direkte forskningslitteratur, og derfor brukte jeg Amazon.com, for å se hva slags bøker jeg kunne finne om emnet håp og kreft.

Jeg fant mange ulike titler, men jeg valgte å se nærmere på en bok som er skrevet av en allmennpraktiserende lege i Louisiana, USA. Denne kvinnen har selv overlevd kreft, og boken er derfor både faktabasert, og basert på hennes egne opplevelser og erfaringer.

Boken fokuserer også mye på håp. En slik type bok vil selvfølgelig være veldig erfaringsbasert, og er ingen fasit på hvordan man som pasient vil oppleve en slik alvorlig diagnose, men jeg syntes det var interessant å lese dem, mye for å forstå hvordan en kreftdiagnose kan påvirke livet.

2.3 Valg av sykepleieteoretiker

Å finne en sykepleieteoretiker som var passende i denne sammenhengen var også noe jeg måtte bruke litt tid på. Likevel var jeg heldig, fordi et av kapitlene i Sykepleieboken 2 (Knutstad og Nielsen, 2006) heter Håp og Håpløshet, og passet veldig godt å bruke som litteratur i hovedoppgaven. Her nevnes Joyce Travelbee som en av de store teoretikerne i forhold til håp, og jeg begynte å søke etter litteratur av henne jeg kunne bruke. Jeg kom frem til boken Mellommenneskelige forhold i sykepleie (2005), der Travelbee skriver om håpet, og hvor viktig det er for pasientene.

2.4 Intervju og samtale

I tillegg til all litteraturen jeg fant om emnet, valgte jeg å kontakte kreftsykepleier i kommunen der jeg bor. Jeg tenkte det var greit å kontakte noen som hadde litt erfaring på

emnet, for å høre hva slags synspunkt hun hadde på ting. I følge Dalland (2000) er et intervju et møte mellom mennesker, og både intervjuer og den som skal intervjues har forventninger til dette møtet. Førsteintrykket er gjerne allerede etablert når en møter til intervjuet, fordi det forut for møtet har vært en forespørsel som har etterlatt et inntrykk. Siden denne henvendelsen betyr så mye, bør en legge stor vekt både på den informasjon som gis, og på hensikten med intervjuet (Dalland, 2000).

Etter at jeg kontaktet kreftsykepleier for intervju, utarbeidet jeg en mal for intervjuet, og sendte spørsmålene til henne per mail, ca en uke før intervjuet. Jeg sendte også problemstilling med avgrensning, slik at hun kunne se hva jeg ville skrive om, og hva jeg ville få ut av intervjuet.

Spørsmålene jeg ville stille henne var som følger:

- Først og fremst, hva består jobben din som kreftsykepleier i Oppdal Kommune av?
- Som kreftsykepleier, hvilke tiltak utfører du i forhold til å styrke håp hos pasienter med kreft?
- Mye av litteraturen jeg har funnet om dette temaet nevner pårørende som en viktig støtte i forhold til å bevare håpet i en lang og tung sykdomsperiode. Gjør du noe spesielt i forhold til pårørende, eller jobber du hovedsakelig med pasienten?
- Hva slags betydning tror du håp har for en kreftsyk pasient?
- Hva tror du er det viktigste jeg som nyutdannet sykepleier kan gjøre for at pasienter med en kreftdiagnose kan bevare håpet, og kanskje også bidra til å fremme håpet?

Jeg funderte litt på hvordan jeg skulle legge frem funnene fra denne samtalen. Skulle jeg ha de i teorikapittelet, eller skulle jeg nevne de i drøftingsdelen? Kanskje kunne jeg også hatt et vedlegg i oppgaven der samtalen er notert. Etter hvert bestemte jeg meg for at jeg ville nevne denne samtalen og funnene fra denne i drøftingsdelen.

I tillegg til å snakke med denne kreftsykepleieren kikket jeg litt rundt på Kreftforeningen's nettsider. På denne nettsiden ligger det masse informasjon om kreft, samt en spørretjeneste der en kan stille spørsmål til flere kreftsykepleiere. Jeg var usikker på om jeg skulle ta kontakt via denne spørretjenesten, eller om jeg kanskje da blokkerte for noen som virkelig hadde spørsmål og bekymringer. Likevel valgte jeg å logge meg inn på denne spørretjenesten, og spurte litt rundt emnet håp. En av kreftsykepleierne sendte meg en fin artikkel fra Sykepleien det kunne være aktuelt å bruke, samt at vi diskuterte emnet litt. Før jeg begynte å skrive drøftingskapittelet laget jeg meg et tankekart der jeg nevnte emner jeg ville ha med i drøftingsdelen. Etter å ha lest flere forskningsartikler kom jeg frem til et

par emner og tema som ofte går igjen i flere av artiklene, og derfor systematiserte jeg denne teorien, og kom frem til flere tema som jeg ville bruke som grunnlag for drøftingsdelen.

Emnene jeg kom frem til var:

- Ung og gammel kreftpasient
- Singel eller ikke singel
- Målsetting, å nå målene en setter seg
- Følelse av kontroll
- Åndelige behov
- Relasjoner, venner, familie
- Kommunikasjon med sykepleier
- Informasjon
- Humor
- Smertelindring
- Ubehag
- Målsetting og mestring
- Gode opplevelser

3.0 TEORETISK REFERANSERAMME

I denne delen av oppgaven har jeg forsøkt å dele teorien inn i ulike delemner. Jeg kommer til å skrive litt om diagnosen kreft, om forekomst og behandling, fenomenet håp, hva sykepleieteoretiker mener om emnet håp, samt aktuell forskning rundt dette temaet. I tillegg til at det meste av teorien kommer her, vil jeg også nevne noe ny teori i drøftingsdelen.

3.1 Generelt om kreft.

Etter hjerte og karsykdommer er kreft den vanligste dødsårsaken i Norge. Ca 10 000 mennesker i vårt land dør av kreft hvert år. Av disse dør ca 6000 innen ett år etter at diagnosen er stilt. Betegnelsen cancer eller kreft brukes om ondartet (malign) svulst. Kreft karakteriseres av forstyrrelse i celledelingen, celledifferensieringen og vevsorganiseringen (Jacobsen et.al, 2006).

Det er i dag ca 130 000 kvinner og menn som lever etter å ha fått en kreftdiagnose (Kvåle, 2001:20).

Kreft kan forårsakes av både ytre og indre faktorer eller en kombinasjon av disse. Av ytre faktorer kan nevnes stråling og andre fysiske påvirkninger, mikroorganismer, og kjemiske stoffer. Indre faktorer er arvelige forhold, hormonell påvirkning og immunologiske forhold (Jacobsen et.al, 2006:23).

Allmennsymptomene ved kreft kan ikke helt forklares, men kan skyldes flere forhold, for eksempel anemi, produksjon av toksiske stoffer i kreftceller og stort energiforbruk i kreftvev. Avmagring er et typisk symptom, likeså slapphet, smerter og ofte feber. Endrete avførings- eller vannlatingsvaner, sår som ikke vil gro, unormal blødning, palpabel svulst, svelgevansker, stort vekttap over kort tid, vedvarende hoste eller heshet kan være varsel om kreftutvikling (Jacobsen et.al, 2006:27).

God utredning som gir rett diagnose, er nødvendig for å kunne gi den enkelte pasient riktig behandling og pleie. Behandlingsformer som kjemoterapi, strålebehandling, hormonbehandling og immunterapi har i dag gjort mange former for kreftsykdommer til helbredelige eller kroniske sykdommer istedenfor uunngåelig dødelige. Økt livskvalitet og forlenget levetid kan også være oppnåelig ved hjelp av disse behandlingsformene. De enkelte kreftsykdommene har svært ulik prognose. En bruker begrepene kurativ om behandling som har til hensikt å helbrede pasienten, og palliativ behandling når hensikten

er å forebygge eller lindre symptomer, eller forlenge livet for en kortere eller lengre periode.

Enkelte kreftsykdommer kan oppdages tidlig ved masseundersøkelser (screening). Systematiske masseundersøkelser kan være nyttige dersom en vet at når sykdommen oppdages tidlig, vil prognosen være mye bedre enn om sykdommen oppdages etter at den gir symptomer. Masseundersøkelser er fortsatt omdiskutert for flere typer kreftsykdommer, men systematisk mammografiscreening er i Norge etablert for kvinner i alderen 50-70 år (Kvåle, 2001:20).

3.2 Psykiske belastninger ved å få en kreftdiagnose

Hvordan den enkelte kreftpasient opplever å få en kreftsykdom, varierer mye. Om sykdommen kan helbredes, hvilket stadium sykdommen er i, hvor lenge en kan forvente å leve, hvilke begrensninger en må leve med, og hvilken behandling en må gjennomgå er av stor betydning for hvor stor trussel pasienten opplever å stå overfor. Pasientenes livsfase, personlighet og den sosiale situasjonen de befinner seg i, vil også ha betydning. Selv om mange kreftpasienter i dag blir helbredet og en uhelbredelig kreftsykdom ikke er ensbetydende med at døden inntreffer i løpet av kort tid, vil de fleste kreftpasienter likevel måtte leve med en trussel om at de kan dø av sin sykdom. Som følge av en kreftdiagnose vil mange kreftpasienter oppleve psykiske problemer. Booth et al. (1994) hevder at 20 % av alle nydiagnostiserte kreftpasienter vil erfare langvarig psykisk stress (Kvåle, 2001). I følge Massie og Holland (1990) er psykisk stress generelt mest uttalt rundt diagnosetidspunktet, ved residiv og metastaser, og i terminalstadiet av sykdommen (Kvåle, 2001).

For både pasient og pårørende kan en kreftdiagnose være veldig skremmende. Tiden fra diagnosen er stilt og til behandling kan starte kan være en utrolig påkjenning, og det er viktig at sykepleier tar hensyn til dette. Ikke alle pasienter og pårørende er mottakelige for informasjon like etter at de har fått stilt en slik diagnose, og sykepleier bør ta seg god tid, og la nyheten synke litt inn før informasjon gis.

For pasient og pårørende handler det om å bli møtt der hvor de er i situasjonen, Det betyr at sykepleieren må kunne se, høre, forstå og ta pasient og pårørende på alvor. I dette ligger det en stor utfordring. Sykepleieren må da fokusere på det konkret sansbare i situasjonen. Hun må også trene opp sin egen evne til å tyde situasjonen ut fra et sykepleiefaglig ståsted,

slik at hun kan handle ut fra pasientens og pårørendes behov for omsorg (Mekki og Pedersen, 2005: 589).

3.3 Håp

“The opposite of hope, hopelessness, is a devastating emotion that saps the psyche in a profound way. It takes away energy, purpose and the strength to interact with others when this is so important. There is always hope, even when it is grounded by stark reality” (Givler, 2003:79).

I følge Travelbee kan alle oppleve å tape håpet i perioder av livet. Mange ulike typer sykdommer vil medføre lidelse blant annet ved at fremtiden vil bli usikker. Da håp er knyttet til fremtiden, vil håp være en viktig faktor for all pleie og omsorg. Hensikten med sykepleie er å hjelpe individet, familien eller samfunnet med å forebygge eller mestre opplevelser knyttet til sykdom eller lidelse, og hvis nødvendig å assistere individet og familien til å finne en mening i disse opplevelsene (Rustøen, 2001).

Dette innebærer også å hjelpe enkeltmennesket til å opprettholde håp og unngå håpløshet. For at sykepleieren kan hjelpe pasienter til å fatte nytt og styrket håp, kreves det at sykepleieren har kunnskap om hva håp er, og hvilke faktorer som virker styrkende og svekkende. Håp kan ikke bare gis bort til andre. I og med at det er et indre anliggende, må det letes frem i en selv. Ved siden av dette er det mange forhold som påvirker håp.

Omgivelsene til pasientene er av stor betydning, og det hevdes at håpet er avhengig av holdningene og atmosfæren rundt en. (Rustøen, 2001:100).

Mennesker som har behov for sykepleie, er potensielt eller reelt truet av sykdom og lidelse. Slike truende livsfenomener setter livsmot og livslyst på prøve. Forskning har dokumentert at mennesker som håper, lever lenger og bedre enn de som ikke håper, fordi tap av håp (håpløshet) blant annet fremmer utvikling av patologiske prosesser og kan resultere i suicidal atferd). Det er derfor blant annet håpet som avgjør hvordan den enkelte velger å forholde seg til sine vanskeligheter (Knutstad og Nielsen, 2006:183).

Håpet har både en innholdskomponent og en retningskomponent. Håpets innhold knytter seg til hva man håper på, mens retningen er knyttet til tiden (framtiden). Slik blir håp en fremtidsorientering med et positivt innhold. Håp kan derfor både beskrives som et substantiv og som et verb. Substansen (eller innholdet) er positivt for den som håper, mens

verbet å håpe er knyttet til de erfaringene og opplevelsene som det å håpe gir (Knutstad og Nielsen, 2006: 185).

Håp kan være så mangt, avhengig av diagnose, fysisk form og eventuelt alder. En 90åring på sykehjem vil kanskje ha andre håp enn en 20åring som har kreft. For en eldre person vil håpet kanskje være et håp om å få dø uten smerter, å få leve frem til sommeren, eller å få oppleve sønnens bryllup. For en yngre person som i utgangspunktet skulle hatt fremtiden foran seg vil det være mer naturlig å håpe at man overlever, og en dag blir frisk. I følge Rustøen (2001) sier Travelbee (1971) at selv om pasientens håp ofte er urealistisk og sannsynligvis ikke vil oppfylles, så er håpsprosessen virkningsfull. Videre hevder hun at håpet kan gi styrke til å mestre tap, tragedier, mangler, kjedsommelighet, ensomhet og lidelse, og håpet kan være en helt avgjørende faktor for ikke å gi opp.

Travelbee mener også at håp er et flerdimensjonalt fenomen, og hun hevder derfor at håp har følgende karakteristika: Håp er sterkt knyttet til avhengighet av andre, håp er fremtidsorientert, håp henger sammen med valg, håp er relatert til ønske, håp er nært knyttet til utholdenhet, tillit og mot (Rustøen, 2001:46).

3.4 Dimensjoner av håp

Rustøen ser også nærmere på de seks ulike dimensjonene av håp, utarbeidet av Dufault og Martacchio:

Den affektive dimensjonen fokuserer på fornemmelser og følelser som deler av håpsprosessen. Den håpende personen vil ha tillit til seg selv og til at det kan gå bra. Følelser her kan være optimisme, og det å se lys i enden av tunnelen. Samtidig vil man også føle noe usikkerhet, da håp er knyttet til fremtiden (Rustøen, 2001:47).

Den kognitive dimensjonen ser på hvordan den enkelte tenker, ønsker, forestiller seg, tror, husker, lærer, generaliserer og bedømmer i forhold til håp. I følge Dufault og Martocchio er et vesentlig område hvordan man vurderer virkeligheten i forhold til håp. Dette avhenger av hva man oppfatter, og hvordan man vurderer den situasjonen man er i. Man vil håpe på noe til man eksempelvis ser at dette ikke lenger har muligheter i virkeligheten. Man vil da lete etter bevis for fortsatt håp. Imens endres håpet sakte, eller man fokuserer på andre håp. (Rustøen, 2001:48).

Handlingsdimensjonen fokuserer på den håpendes handlingsorientering. Handlingen kan foregå på det psykologiske, fysiske, sosiale eller religiøse planet. Dufault og Martocchio hevder at handling innenfor det psykologiske planet kan være mentale aktiviteter som å

planlegge og å ta avgjørelser (Rustøen, 2001). Handling eller aktivitet på det fysiske området kan eksempelvis være å spise riktig kost og få tilstrekkelig mosjon og hvile. *Tilknytning til andre* er en dimensjon som fokuserer på betydningen av å være involvert i andre for å opprettholde håp. Dufault og Martacchio understreker både sosial interaksjon, gjensidig avhengighet og nærhet til andre. Relasjonene her kan være til andre mennesker, til Gud, eller til andre levende ting som kjæledyr og natur. I følge Rustøen (2001) understreker både Travelbee (1971) og Nowotny (1989) betydningen av andre mennesker og et sosialt nettverk for håp. Andre mennesker, særlig dem en står nær, kan gi støtte og oppmuntring, være villige til å lytte til en, og gi en trygghet. Tilstedeværelsen av andre kan minne en på at en har noen å leve for, og at man ikke må gi opp. Lynch hevder at forhold med gjensidighet skaper en indre frihet hos mennesket. Når mennesker er avhengige av hverandre, kan de håpe på hverandre (Rustøen 2001: 51).

Tidsaspektet i håp er en dimensjon som retter søkelyset mot den håpendes erfaringer av tid, når det gjelder både fortid, nåtid og fremtid. Håp er i sin natur fremtidsrettet, men både tidligere erfaringer og hvordan man har det i dag, vil påvirke håp. På denne måten må hele tidsdimensjonen inkluderes. Rustøen (2001) viser til Tatarkiewicz som hevder at både fortid, nåtid og fremtid viktig for livskvalitet, men våre forventninger til fremtiden er mest betydningsfulle.

I følge Eriksson er håpet knyttet til fremtid og forandring, og forventninger til fremtiden vil være av stor betydning for håp I håpet ligger det at man kan se at det finnes en fremtid selv om man må leve med sykdom og lidelse (Rustøen, 2001).

Den kontekstuelle dimensjonen fokuserer på livssituasjoner som omgir, påvirker og er en del av menneskets håp. Situasjoner som tap, trussel om tap, stress og kriser kan være en trussel mot håp. Dette innebærer at håp blir sett på som et fenomen som er påvirkelig av omgivelsene rundt mennesket (Rustøen, 2001).

3.5 Fagområdet og aktuell forskning

De siste årene har det vært gjort mye forskning rundt kreft, og både medisin og teknologi har kommet såpass langt at det er langt flere behandlingsmuligheter i dag enn for noen år siden.

Tall fra Kreftforeningen viser at de hvert år bruker halvparten av inntektene sine til kreftforskning: *Pengene fordeles på ulike områder, både til nye søknader og allerede igangsatte prosjekter. Denne innsatsen gjør Kreftforeningen til landets desidert største*

bidragsgiver innen forskningen på vår største folkesykdom.

(www.kreftforeningen.no/forskning/fordeling_av_forskningsmidler)

Rundt emnet håp har det også vært gjort mye forskning de siste årene. De artiklene jeg har valgt å bruke i oppgaven er fortrinnsvis skrevet på engelsk, men en av artiklene er basert på en studie gjort i Norge.

3.6 Forskningsartikler

Cope (2000) har skrevet artikkelen *Facilitating Hope in Patients With Cancer*, som er basert på en studie gjort av Rustøen og Wiklund for å beskrive graden av håp blant 131 pasienter med nylig diagnostisert kreft. Flere av de artiklene jeg har funnet nevner denne studien, og refererer til denne. Deltagerne i studien svarte på en spørreundersøkelse, som inneholdt to spørsmål angående livskvalitet, samt Nowotny's Håpsskala.

Nowotny Hope Scale (NHS) is designed to measure hope in a general adult population after a stressful event, and has been employed primarily in cancer patients. NHS is a 29-item scale with items scored on a 4-point Likert Scale ranging from 4, strongly agree, to 1, strongly disagree. It consists of six subscales:

- *Confidence*
- *Relates to others*
- *Future is possible*
- *Spiritual beliefs*
- *Active involvement*
- *Comes from within*

The total score range is from 29 to 116, with a high score indicating high hope. Cut-off scores are developed for four levels of hope. (<http://www.hqlo.com/content/3/1/31>)

Majoriteten av deltagerne var kvinner, hadde mindre enn 12 år med utdanning, bodde sammen med ektefelle, en annen voksen, foreldre eller barn, hadde fått kreftdiagnosen i løpet av de åtte siste månedene, og mottok ingen behandling mens studien foregikk. Resultatene viste at deltagerne følte seg håpefulle, eller moderat håpefulle, og bare 8 % indikerte et lavt nivå med håp (Cope, D, 2000).

Fostering hope in terminally ill patients (Buckley og Herth, 2004) er en forskningsartikkel basert på en studie som undersøkte betydningen av håp, identifiserte strategier som terminale pasienter bruker for å bevare og fremme håp i den siste fasen av livet, og undersøkte forandringer i håp under den døende fasen. Undersøkelsen ville også se på resultatene av en Amerikansk studie som utforsket betydningen av håp og identifiserte strategier for å fremme håp, og om denne studien kunne brukes i England. 16 voksne som mottok palliativ behandling deltok i studien. Det viste seg at håpet forble på tross av at disse pasientene var terminale. Basert på intervju ble syv håpfremmende kategorier, og tre håpshindrende kategorier identifisert.

Artikkelen nevner en undersøkelse av Korner (1970) og McGee (1984) der det ble dokumentert sammenheng mellom håp og overlevelse i tyske konsentrasjonsleiere under 2. Verdenskrig. En psykiater ved navn Frankl (1964) skrev om sine opplevelser som en fange i konsentrasjonsleir og viktigheten av å beholde håpe under slike forhold. Artikkelen nevner Herth (1990) som den første personen til å undersøke håp blant pasienter som mottok palliativ pleie, og til å identifisere strategier som fremmer og hindrer håp. Disse strategiene er viktig for sykepleiere som ofte har hovedansvaret for pleien av terminale pasienter, og er i en strategisk posisjon når det gjelder å fremme eller hindre håp.

Herth's studie (1990) undersøkte håp blant 30 pasienter som mottok palliativ pleie. Studien identifiserte syv håpfremmende kategorier og tre kategorier som hindrer håp. Dette ble sammenlignet med en studie gjort av Post-White et al (1996), der fem tema ble identifisert.

Kategorier som fremmer håp:

Herth (1990)	Post-White et al (1996)
Interpersonlige forbindelser	Bekreftende relasjoner
Oppnåelige mål	Forventning om å overleve
Spirituell base	Finne mening
Personlige kjennetegn	Leve i nuet
Oppløftende minner	Bruk av indre ressurser

Bekreftelse av verd	
Optimisme	

* Fri oversettelse fra artikkel

Kategorier som hindrer håp:

Herth (1990)	
Å bli forlatt og isolert	
Ukontrollerbare smerter og ubehag	
Devaluering av egen person	

* Fri oversettelse fra artikkel

Transforming the Death Sentence: Elements of Hope in Women With Advanced Ovarian Cancer (Reb, 2006) er en artikkel som har fokusert på eggstokkreft, og å undersøke opplevelsen av håp hos kvinner med en slik diagnose. Deltagerne i undersøkelsen var 20 kvinner i alderen 42-73 som hadde fullført cellegift, og hadde ingen tegn på bedring. Deltagerne fikk utdelt en intervjuguide med spørsmål de skulle svare på. Spørsmålene var som følger:

- Hva betyr ordet håp for deg personlig?
- Fortell om din opplevelse av håp før du ble diagnostisert med kreft.
- Kan du identifisere opplevelser, mennesker, eller situasjoner som har påvirket håpet hos deg siden du fikk diagnosen kreft?
- Fortell om din opplevelse av håp siden du fikk diagnosen eggstokkreft.
- Beskriv forandringer i håp siden du fikk diagnosen.

- Hva gir deg mest håp akkurat nå?
- Noen kvinner har nevnt bekymringer relatert til deres diagnose eller situasjon som truer håpet. Kan du beskrive noen opplevelser som har fått deg til å føle deg mindre håpefull?
- Er det noe annet du vil legge til om din opplevelse av håp?

De fleste kvinnene hadde vært friske før de fikk diagnosen, og fikk en endret livssituasjon da de fikk nyhetene. Mange av kvinnene nevnte utfordringer knyttet til å leve i usikkerhet og frykt for døden. De rapporterte også at den alvorlige prognosen ikke gikk opp for dem før etter en stund, da den første tiden ble brukte til å takle den største frykten, døden. Undersøkelsen så også på de ulike fasene når man mottar et dødsbudskap. De tre fasene var sjokk, realitetsorientering, og rekonstruksjon (å leve tross den nye virkeligheten). I sjokkfasen handlet det mest om å overleve kaoset som oppstod ved å få en diagnose, samt å kjenne på hvilken trussel dette utgjorde. Fase nummer to handlet mest om å mobilisere krefter til å kjempe mot sykdommen, samt erkjenne frykten. Fase nummer tre handlet mer om å fortsette å leve på tross av en ny virkelighet. Denne fasen bestod i å takle å leve i usikkerhet, samt å lete etter mening med livet. Kvinnene beskrev håp som en følelse som forandret seg over tid, og assosierte den med evnen til å leve som normalt, delta i meningsfulle aktiviteter og overleve sykdommen. De fleste kvinnene uttalte at håpet måtte forsterkes, og beskrev ulike strategier og situasjoner som støttet og truet håpet deres. Håpet spilte en nøkkelrolle når det gjaldt å omdanne dødsbudskapet, og var nødvendig for å finne mening. Kvinnene opplevde store tap og nederlag knyttet til det å ha eggstokkreft, og håpet endret seg mye i løpet av sykdomsprosessen. De fleste kvinnene nevnte støtte fra familie, venner, og andre som hadde overlevd kreft som en viktig faktor for håp. Mange av kvinnene nevnte også at de unngikk personer eller situasjoner som truet håpet deres. Mange av kvinnene ble også optimistiske når de sammenlignet seg selv med andre kvinner som hadde overlevd sykdommen. Noen av kvinnene valgte bevisst å unngå støttegrupper, mens andre ble inspirert av å kommunisere med andre overlevende. De fleste kvinnene i studien rapporterte at spirituelle og åndelige behov, det å ha noe å tro på, samt å ha bekreftende relasjoner med andre mennesker var viktig for graden av håp. Kvinnene fant mening i å tro, samt at dette var viktig i en stressende sykdomsperiode. Artikkelen nevner også at andre studier har konkludert med at åndelige behov er viktig for håp, og at håp er knyttet til vitsen eller meningen med livet. Kvinnene rapporterte også at det å sette seg

realistiske mål, og nå dem var viktig for deres grad av håp. Deltagerne i studiet fokuserte på prioriteringer, og å leve så normalt som mulig. Likevel var det mange som følte seg ukomfortable når det gjaldt å planlegge lenger frem i tid, muligens på grunn av usikkerheten som kom med å leve med en slik sykdom.

En annen viktig faktor kvinnene nevnte når det gjaldt håp var å føle at en har kontroll. Kvinnene beskrev ulike opplevelser som støttet og truet deres følelse av kontroll. Å kontrollere informasjonen om eggstokkreft var en strategi som hjalp kvinnene til en følelse av kontroll. Kvinnene i studien unngikk også noen typer truende informasjon, fordi de følte at dette truet håpet deres. Forholdet til pleiepersonalet og kommunikasjonen mellom pasient og pleier var tema som var viktige for kvinnene når det kom til å bevare håp. Artikkelen sier også at pleiere kan opptre støttende overfor pasientene når det gjelder å informere om diagnose og behandling. Flere av kvinnene rapporterte også stress i påvente av diagnose, og artikkelen hevder at i slike situasjoner er det viktig å være nøye med informasjonen, og kommunisere på en slik måte at pasienten forstår. Artikkelen nevner også direkte tiltak en kan gjøre i forhold til kreftpasienter som nylig har fått en diagnose, og har behov for informasjon:

- Lytte til bekymringer pasienten har og balanser kommunikasjonen eller informasjonen med deres behov for å opprettholde håpet.
- Informere om støttegrupper, andre pasienter en kan snakke med, eller kommunale ressurser.
- Informere om ulike nettsider og andre informasjonskilder. Klargjør informasjon der pasienten er usikker.
- Legg frem valg og motiver til aktiv involvering når det gjelder å ta avgjørelser.

Hope and Hopelessness- Nourishment for the Patient's Vitality (Lindholm et.al, 2005) er skrevet av tre svenske sykepleiere, og hovedmålet med artikkelen var å forstå hvordan håp og håpløshet kan påvirke pasientens livskraft. Dette undersøkte de ved å la femti kvinner med brystkreft fortelle sin historie, og deretter tolke historiene ved hjelp av Eriksson's teori om helse og lidelse. Eriksson ser på helse som en helhet, ikke bare fravær av sykdom.

Helse er viktig for helheten av kropp og sjel, og for å bli, være og gjøre. Hun ser også på helse og lidelse som to motpoler. Med livskraft mener hun en styrke for å føle velbehag, for å ønske og savne, viljestyrke og energi, samt styrken til å leve.

Kvinnene ble stilt en rekke spørsmål de måtte svare på, og målet var å finne ut viktigheten av håp for kvinner med brystkreft. Følgende spørsmål ble stilt:

- Hva er mønsteret av håp og håpløshet?
- Hva betyr håp for en kvinne med brystkreft?
- Hvilke kilder fremmer håp?
- Hva fremmer håpløshet?
- Hvordan kan pleiepersonalet fremme håp?
- Hva er sammenhengen mellom håp, håpløshet og livskraft?

Artikkelen fant at håp og håpløshet går side om side i et sykdomsforløp med brystkreft. Når diagnosen ble stilt tenkte de fleste kvinnene på døden, og at sykdommen var ensbetydende med død. Følelsen av å bli utelatt eller holdt utenfor medisinske samtaler var også en viktig faktor som bidro til å hindre håp. De fleste kvinnene sa også at følelsen av å være en av hundre var veldig skuffende, og dette var med på å fremme håpløshet. Ett viktig tiltak for å fremme håp som ble nevnt var å få snakke med andre kvinner i samme situasjon, og å få dele følelser og opplevelser med noen som forstår. Håpets karakter endres og tar nye former fra og med den dagen kvinnen blir diagnostisert med brystkreft, og flere situasjoner ble nevnt som hindrende for håp. Likevel øker håpet raskt igjen dersom det blir pleid.

The Role of Hope in Patients With Cancer (Chi, 2006) er en artikkel som ser på litteraturen som er skrevet om håp i forbindelse med kreftpasienter. Artikkelen tar for seg ulike studier om håp, og ser på ulike tiltak en som sykepleier kan iverksette for å styrke pasientens håp. Meningen med artikkelen er å dra frem konklusjoner fra forskningslitteraturen, trekke frem en generell slutning, samt å identifisere saker som bør bli vurdert i fremtiden når det gjelder dette temaet.

Artikkelen hevder at håp er en effektiv strategi for pasienter med kreft, som tilbyr styrke til å hjelpe dem å takle den vanskelige situasjonen, og å oppnå ønskede mål. Håp retter seg mot fremtiden og kan bli brukt på forskjellige måter. Håp kan også ses på som personlig viljestyrke. Positive holdninger og tanker hos både pasient og sykepleier, på tross av en vanskelig situasjon er viktige metoder for å fremme håp. Håp er antageligvis det viktigste elementet i livene til pasienter og familiemedlemmer som strever med å takle en kreftdiagnose.

Artikkelen fant at sykepleiere har stor innflytelsesevne på pasienter og pårørende når det gjelder håp. Artikkelen nevner en studie av Young-Brockopp, gjort i 1982 som identifiserte pasientens fem store behov: håp, ærlighet, informasjon, å få uttrykke seg emosjonelt, og å få snakke om bekymringer knyttet til døden.

4.0 DRØFTING

I mitt arbeid med denne oppgaven fant jeg flere dikt som jeg syntes var ganske aktuelle. Et av disse har jeg tenkt å starte med i drøftingen, mye fordi nettopp dette diktet satte tankene i sving hos meg. Diktet fant jeg i Gjertsen (1980) og det er fritt oversatt av Ruth Johnston, fra boka *Interpersonal Aspects of Nursing* (1971).

Lytt søster!

*Jeg var sulten og greide ikke å spise selv
du satte matbrettet slik at jeg ikke
kunne nå det på nattbordet,
senere diskuterte du mitt næringsbehov på gruppemøtet.*

*Jeg var tørst og hjelpeløs, men du glemte
å gi beskjed til pleieren at hun måtte
huske å fylle vannglasset mitt
senere skrev du i rapporten at jeg
nektet å ta drikke til meg.*

*Jeg var ensom og redd, men du
lot meg være alene, fordi jeg var så
samarbeidsvillig og aldri ba om noe.*

*Jeg var et "sykepleierproblem", du diskuterte
teoretisk årsaken til min sykdom, men
du så ikke inn til meg en gang.*

*Du trodde jeg var døende og ikke kunne høre-
du sa du håpet jeg ikke ville dø før du var
ferdig med dagen, for du skulle ut om kvelden
og hadde time hos frisøren.*

*Du virker så velutdannet, fører deg så vel
og er så prikkfri i din nystrøkne uniform.*

*Når jeg snakker virker det som du lytter,
- men du hører ikke på meg.*

*Hjelp meg, bry deg om hva som skjer med meg
- jeg er så trett, så ensom, og så veldig redd.
Snakk til meg, kom meg i møte, ta hånden min.
La det som skjer med meg, angå deg.
Vær så snill søster- lytt.*

Dette diktet rørte noe i meg, og det fikk meg til å reflektere over vår rolle som sykepleier, og hvordan man møter den døende pasient.

I denne delen av oppgaven vil jeg se nærmere på teorien, og drøfte denne ut fra problemstillingen. Jeg vil se nærmere på sykepleien til disse pasientene, og belyse teorien jeg allerede har funnet. Drøftingen vil også inneholde funnene fra samtale med kreftsykepleier, og egne erfaringer og case vil også bli brukt.

Etter å ha lest flere forskningsartikler om det samme temaet har jeg kommet frem til flere deler jeg gjerne vil ha med i drøftingsdelen. Mange av temaene kommer igjen i flere artikler, og det er disse temaene jeg vil fokusere på, og belyse. I drøftingen vil jeg forsøke å svare på problemstillingen, samtidig som jeg fokuserer på teorien, og belyser denne.

4.1 Informasjon og kommunikasjon i diagnostiseringsfasen

Mekki og Pedersen (2005) skriver om viktigheten av at pasient og pårørende blir møtt hvor de er i situasjonen når en diagnose blir stilt. Sykepleieren må kunne se, forstå, høre og ta pasient og pårørende på alvor.

Flere av de artiklene jeg har funnet i forbindelse med denne oppgaven finner at håp og håpløshet går side om side i et sykdomsforløp med en kreftdiagnose. En slik diagnose betyr for det mange at en faktisk må reflektere over eget liv, død og konsekvenser dersom det verste skulle skje. Når en som sykepleier jobber med pasienter som nylig har blitt diagnostisert med en slik alvorlig diagnose, vil det være vesentlig at pasienten får tid til å la informasjonen synke inn. Mange av pasientene i de ulike artiklene nevner at de følte de fikk altfor mye informasjon på en gang, og at de på det tidspunktet ikke klarte å tenke på

annet enn diagnosen, og på den måten gikk glipp av veldig mye informasjon, rett og slett fordi de ikke følte de greide å bearbeide det.

Eide og Eide (1996) skriver om den utfordringen det er å skulle fortelle dårlige nyheter. I følge Eide og Eide er det å fortelle en dårlig nyhet en prosess som gjennomløper flere faser. For det første må pasienten eller den pårørende forberedes og varsles om at det kommer en dårlig nyhet. Så må nyheten fortelles på en entydig og allikevel skånsom måte. Mottageren vil ofte ha behov for emosjonell støtte og kanskje også noe praktisk hjelp. Det kan oppstå behov for klargjøring av implikasjoner, eventuelt med avtale om oppfølging i etterkant. Avslutningen av en slik samtale vil alltid være viktig. Vi kan altså dele denne prosessen inn i fem faser:

- Begynnelse: forberedelse
- Formidling
- Emosjonell støtte
- Praktisk hjelp
- Avslutning

Ifølge Eide og Eide er det viktigste i forberedelsesfasen at man skaper en situasjon hvor mottageren er best mulig i stand til å ta imot nyheten. Med dette innebærer det at man finner et egnet sted for å snakke uforstyrret. Det bør også være rom for at mottager kan sette seg ned.

Dårlige nyheter bør formidles konkret og direkte uten rom for misforståelse. (Eide og Eide, 1996)

Dårlige nyheter knyttet til diagnose skal formidles av lege, men det er ofte sykepleierens oppgave å informere om konsekvenser av diagnose og behandling. Det er også sykepleieren som tilbringer mest tid sammen med pasienten, og som i de fleste tilfeller vil være pasientens emosjonelle støtte. På den andre siden vil nok mange pasienter ha behov for å snakke med legen, men i de fleste tilfeller vil nok samtaler mellom pasient og lege hovedsakelig dreie seg om diagnose og behandling. Travelbee (2005) skriver om sykepleierens rolle i arbeidet med alvorlige syke pasienter. Hun skriver at sykepleieren er på "arenaen", mye mer enn andre helsearbeidere, og at sykepleieren må kunne håndtere alle problemer som har alvorlig innvirkning på den sykes velvære.

På den ene siden er det viktig at sykepleier tar seg tid til å være sammen med pasienten i en slik alvorlig diagnostiseringsfase, og lytter til pasientens bekymringer og tanker rundt diagnose og sykdom. Aktiv lytting innebærer å ha oppmerksomheten fokusert på den andre

og å følge opp det som observeres med ulike former for oppmuntring, støtte, spørsmål og kommentarer. Aktiv lytting er en forutsetning for en god hjelpende samtale. Ved å være henvendt -verbalt og nonverbalt, kan vi vise interesse, omsorg og oppmerksomhet på en slik måte at den andre føler seg ivaretatt. Dette kan føre til at den andre åpner seg og deler det som ligger ham på hjertet (Eide og Eide, 1996).

Mange pasienter vil nok synes det er vanskelig å åpne seg for familiemedlemmer og venner, og kanskje spesielt i forhold til tanker rundt døden. I slike tilfeller er det viktig at sykepleier tilbyr seg å være samtalepartner, og åpent går inn for å prate med pasienten. På den andre siden er vi alle ulike, og vi har ulike behov, til og med når vi er syke. Mange synes det er godt å få snakke med noen, mens andre igjen vil kanskje holde tankene for seg selv, og har ikke det samme behovet for samtale. Allerede i første semester lærte vi om Kari Martinsen, og hennes begrep om å være sanselig tilstede. Med dette menes at sykepleier må bruke alle sine sanser i arbeidet med pasienten, slik at hun kan oppfatte signaler eller tegn om smerte, lidelse eller behov pasienten bør få oppfylt. Noen vil kanskje synes det er nok å snakke om dagligdagse ting, mens andre synes det er betryggende at sykepleier sitter hos dem når de skal sove eller lignende. I alle slike tilfeller er det viktig at sykepleieren tar hensyn til pasienten, og at samtale og støtte går på pasientens premisser. Ingen skal tvinges til å snakke, og man må være forsiktig med hvor man trør. Her må sykepleier være varsom, så hun ikke trækker over pasientens grenser. På den ene siden er det viktig at sykepleier opptrer på pasientens premisser, men samtidig er det viktig at pasienten får tilbud om samtale, slik at han har muligheten dersom det skulle bli aktuelt. Enkelte pasienter behøver kanskje heller ikke prate så mye, men lar sykepleier stå for praten, og synes det fungerer godt.

Reb (2007) hevder i sin artikkel at forholdet til pleiepersonalet og kommunikasjonen mellom pasient og pleier var tema som var viktig for kvinnene i studien når det kom til å bevare håp. Flere av disse kvinnene rapporterte stress i påvente av diagnose, og mener at i slike situasjoner må sykepleier være nøye med informasjonen, og kommunisere på en slik måte at det ikke er rom for misforståelser. Sykepleier må også informere om støttegrupper eller andre pasienter en kan snakke med. Støttegrupper kan være gode steder for å diskutere ulike erfaringer, tanker og bekymringer rundt sykdommen, og mange pasienter kan ha god nytte av dette. Samtidig er nok dette kanskje ikke løsningen for alle, så her må en også tilpasse tiltakene etter pasientens behov for informasjon, og hans behov for å opprettholde håpet.

4.2 Å jobbe med kreftpasienter – Samtale med kreftsykepleier

I løpet av arbeidet med bacheloroppgaven hadde jeg flere samtaler med Kreftsykepleier i Oppdal Kommune. Hun har en 20 % stilling, og samarbeider med Seksjon Lindrende Behandling ved St. Olavs Hospital, som er et kompetansesenter for lindrende behandling. Som kreftsykepleier har hun en variert jobb som i all hovedsak går på pasientens premisser. Hun drar på en del hjemmebesøk, og har samtaler med både pasient og pårørende. Per i dag har hun kontakt med totalt 15 kreftpasienter, som alle har blitt henvist til henne fra tilsynslege eller fastlege.

Jeg ønsket å snakke med henne for å høre litt hvordan hun bruker håp i sitt arbeid som Onkologisk Sykepleier, og hva slags betydning hun tror dette har for pasientene. Når det gjelder håp fokuserer hun mye på kontakten med pasientene. Håp kan være så mangt, og kan være forskjellig fra pasient til pasient. Noen pasienter håper kanskje å få leve til sommeren eller til sønnens konfirmasjon, mens andre har et håp om å bli frisk. Mange har et håp om å få dø uten smerter, mens andre har et håp om å få være hjemme lengst mulig, og å få slippe sykehus eller sykehjemsplass. Betydningen av håp for kreftpasienter er vesentlig, og hun opplever at tar man bort håpet mister man alt liv, og vilje til å kjempe.

Travelbee (2005) mener at den som mangler håp ikke ser noen utsikter til forandringer eller forbedringer i livet, og heller ingen løsninger på problemene, eller veier ut av vanskelighetene. På den andre siden kan det å klamre seg til et lite håp være urealistisk, spesielt for pasienter med en dårlig prognose. Kanskje er det ikke riktig å håpe for mye, i frykt for å bli skuffet? Kreftsykepleier jeg snakket med mener kunnskap og forståelse for sykdom og behandling er viktig i arbeidet med kreftpasienter, og at man som sykepleier bør tørre å stille spørsmål ved sykdommen. Hun nevner også målsetting som en viktig faktor til håp. Pasient og pårørende bør sette seg små delmål, og deretter forsøke å nå målene, fordi dette gir en mestringsfølelse, og kan bidra til at en lang sykdomsperiode blir lettere å takle. Jeg tror at en positiv innstilling til kreftsykdommen er veldig viktig for å overleve, og det er derfor det er så viktig at sykepleier bidrar til at pasienten kan få styrket håpet.

4.3 Ung eller gammel med kreft.

Rustøen og Wiklund's (1999) studie der 131 pasienter med nylig diagnostisert kreft ble intervjuet fant at den mest positive faktoren for å fremme håp hos disse pasientene var om de bodde alene eller var samboere. Yngre pasienter spesielt opplevde å ha mindre håp da de bodde alene. Artikkelen nevner at yngre pasienter har større planer for fremtiden, og har ennå ikke rukket å nå de målene de har satt seg, og dette kan bidra til at håpet blir mindre hos disse pasientene, fordi de føler de ikke har fått gjennomført noe. Dersom jeg tar meg selv som eksempel, og jeg hadde fått kreft i ung alder hadde jeg sett veldig mørkt på dette, mye fordi jeg ikke har erfart så mange oppturer og nedturer. Jeg har nylig begynt mitt voksne liv, og har derfor ikke den "sekken" med erfaringer og opplevelser som en voksen pasient ville ha hatt. I tillegg til at jeg er ung er jeg singel, og har ikke barn. Jeg har selvfølgelig familie og venner som ville ha stilt opp for meg, men jeg tror mye av den viktigste støtten består i å ha en kjæreste, ektemann eller samboer. Jeg har heller ikke etablert mitt eget hjem, og er fortsatt ganske avhengig av mine foreldre, og det trygge hjemmet jeg er vokst opp i. På den andre siden er jeg ung og livsglad, og villig til å kjempe mot eventuelle sykdommer. Jeg har et godt støtteapparat i ryggen, i form av venner og familie, og jeg er ikke klar for å gi opp livet i så ung alder. Økonomiske faktorer tror jeg også er vesentlig for håp. Dersom en vet at en har verdier nok til å klare seg er nok det en faktor som bidrar til å gjøre det lettere å kjempe mot kreft. Alle disse faktorene tror jeg er viktige for å opprettholde håp. Det er viktig at sykepleier opptrer som en samtalepartner og en støtte for slike pasienter. Det kan også være spesielt nyttig for unge kreftpasienter å ha noen likesinnede å snakke med. Kanskje kan en ungdomsgruppe med kreftpasienter være noe i slike situasjoner? Sykepleier og pasient bør sammen fokusere på fremtid, og sykepleier bør tilrettelegge slik at pasienten kan føle seg motivert for å kjempe, og dermed også håpe.

4.4 Smerter og ubehag knyttet til kreftsykdommen

De fleste artiklene jeg fant til denne oppgaven hevdet at håp og håpløshet var flytende begrep, som forandret seg i løpet av sykdomsperioden. I følge Kreftsykepleieren jeg snakket med er ikke håpet statisk, men noe som hele tiden er i endring. I en diagnostiseringsfase vil nok de fleste føle håpløshet, mye fordi de tror kreft er ensbetydende med død. En annen faktor som ofte ble nevnt var følelsen av å bli holdt

utenfor, eller følelsen av å miste kontrollen. Dette var en faktor som bidro til håpløshet. Når en har blitt diagnostisert med slik en alvorlig diagnose som kreft, og spesielt når prognosen er dårlig vil nok de fleste føle at de ikke lenger har kontroll over egen kropp. En annen faktor som bidrar til denne følelsen er smerter og ubehag, og mange frykter for akkurat dette med smerter. Det er utrolig viktig at sykepleier bidrar til at pasienten er godt smertelindret, og samtidig er komfortabel. Vi har alle ulike oppfatninger av hva som er komfortabelt, så en god kommunikasjon med pasient er viktig. Travelbee (2005) hevder at det er den profesjonelle sykepleierens rolle å gi den hjelp det er behov for, uten å måtte bli bedt om det. Hun skriver også at hvis sykepleieren ikke er sikker på hva det er den syke trenger, skal hun spørre vedkommende. Et annet område sykepleier bør fokusere på er hygiene. Følelsen av å være ren og velstelt er viktig, selv om man er syk. Dette kan bidra til at pasienten føler at han har litt kontroll over sin egen situasjon likevel.

Mange kreftpasienter har også ubehag knyttet til tørste og tørrhet i munnen, og slike behov må tilfredstilles. Pasienten må jevnlig tilbys drikke og fukting av munnen, og han må også få beskjed om at han kan ringe på alarmen dersom det er noe han trenger. Kreftsykepleier nevnte spesielt dette med væskebehandling til pasienter med langt kommet kreftsykdom. Det er mange faktorer som spiller inn når det gjelder væskebehandling, og om det er hensiktsmessig å sette i gang med slik behandling. En metode som blir brukt mye er subkutan infusjon, der en kan få en liten mengde væske rett i vevet, i stedet for intravenøst. Slike tiltak er det viktig at sykepleier holder seg oppdatert på, slik at hun kan gjøre sykdomsforløpet så behagelig som mulig for pasienten. Hun nevnte spesielt dette med å holde seg oppdatert på prosedyrer, aktuell forskning og behandlingsmåter. Hun anså dette som svært viktig i sin jobb som kreftsykepleier, fordi hun da kunne foreslå ting for pasienten, eller svare på spørsmål pasienten måtte ha. Kunnskap er viktig, og er kanskje en viktig faktor til å bidra til større håp.

Florence Nightingale skrev i sin bok *Notes on Nursing* (1859) at sykepleier alltid må sitte innen pasientens synsfelt, slik at han ikke behøver å dreie hodet smertefullt for å se på deg når du snakker til ham (Jacobsen et.al, 2006). Det er også viktig å legge ting til rette for at pasienten skal nå dem, slik som for eksempel vannglass etc. Dersom pasienten er i stand til å drikke selv, kan det være like hensiktsmessig å sette frem vannglass og sørge for at pasienten når det, enn å la pasienten ringe i snora hver gang han vil ha vann. Mange pasienter synes terskelen for å ringe på alarmen er veldig høy, fordi de ser at sykepleieren har mye å gjøre, og at presset på avdelingen er høyt.

Selv om arbeidspresset på avdelingen er høyt, er det viktig at sykepleier anstrenger seg for å ikke vise pasienten dette. Pasienten må ikke føle at han er en byrde for sykepleier, så sykepleier må opptre rolig og avslappet inne hos pasienten. Det kan også være hensiktsmessig å avtale med en annen pleier at hun tar alarmene dersom det ringer når en er inne hos alvorlig syke pasienter. Dersom det ringer i alarmen under stell eller andre pleiesituasjoner kan pasienten føle seg stresset, og at han er en belastning for sykepleier. På den andre siden kan det kanskje være godt for pasienten å se at han ikke er alene på avdelingen, og oppleve at det er flere som er syke og er avhengige av sykepleierens hjelp. Travelbee (2005) mener at håp er sterkt relatert til avhengighet av andre, og deres hjelp. Å måtte ta imot hjelp eller være avhengig av andre er sterkt opprivende for enkelte (Travelbee 2005: 118). I vår kultur synes avhengighet, i betydningen å "ligge andre til byrde", å være mer skremmende for mange enn døden. Den som har håp, befinner seg derfor i en avhengig posisjon der hjelp fra andre blir akseptert. (Travelbee, 2005: 119) Travelbee skriver her om noe veldig aktuelt, på tross av at boken ble utgitt for første gang i 1966. Det å være avhengig av andre for å mestre de ting man før mestret selv kan nok for mange være veldig vanskelig. I en slik situasjon er det svært viktig at sykepleier fokuserer på de ting pasienten faktisk mestrer, fremfor de ting sykepleier må hjelpe til med, eller utføre.

4.5 Målsetting - å nå målene en setter seg

I følge Herth's studie fra 1990 er det å ha oppnåelige mål en viktig faktor som bidrar til å fremme håp. Rustøen (2001) hevder at å ha mål i livet er vesentlig for håp. Målene tydeliggjør at vi har en framtid, og at vi kan oppnå positive endringer i tiden som kommer. Med klare mål blir man tvunget til å innse sin situasjon, og tenke gjennom hva man vil prioritere. Å ha noe å utføre som oppleves meningsfullt, vil også kunne styrke håpet. Det kan minne oss på at tiden foran oss har muligheter i seg til tross for at den er begrenset. En framtid er en framtid uansett hvor langt fram den strekker seg. Håpet er viktig om det er "stort" eller "lite", kort eller langsiktig. De fleste kvinnene undersøkt i de ulike artiklene jeg brukte, nevnte også dette med målsetting. Å sette seg små delmål, for så å nå dem viste seg å være vesentlig for en følelse av mestring, og virket derfor også på optimismen og håpet.

Samtidig som det var lettere for pasienten å sette seg små delmål, var det også enklere for dem å fokusere mer på her og nå, enn å fokusere på noe fryktelig langt frem i tid.

Sykdomsforløpet virket da noe lettere å takle, fordi man tar bolk for bolk, og fokuserer på å nå de små målene, i stedet for å fokusere på de målene som virker uoverkommelige.

Målsetting handler også mye om mestring, og følelse av mestring.

Mestring innebærer å forholde seg til den belastende situasjonen på måter som gjenoppretter mening og sammenheng, bidrar til å bearbeide de følelsesmessige reaksjonene og eventuelt også til å løse de vanskelighetene man står ovenfor (Eide og Eide, 2000).

Alvorlige og vanskelige livshendelser kalles ofte med en fellesbetegnelse for kriser.

Personer i krise har behov for støtte, medmenneskelig kontakt og noen å dele tanker og følelser med. God kommunikasjon kan hjelpe pasienten til å bearbeide reaksjoner og mestre sykdom og krise bedre. Samtidig er det viktig for pasienter å få god og tilstrekkelig informasjon om sykdom og behandling. Også dette bidrar til å gjøre situasjonen mer forståelig og skape forutsigbarhet og mening (Eide og Eide, 2000).

Flere av emnene i denne oppgaven går mye over i hverandre, og flere av artiklene og litteraturen jeg har brukt fokuserer mye på støtte og god kommunikasjon. Slik som Eide og Eide nevner i sitt kapittel om mestring er det vesentlig for pasienten at sykepleier opptrer støttende og medmenneskelig, og bidrar til god kommunikasjon og informasjon. Dette er med på å skape en mestringsfølelse. Målsetting og å nå de målene en setter seg er viktig for følelsen av mestring, og videre optimisme i forhold til sykdommen.

I følge en fagartikkel fra Sykepleien, nr 21 (2003) er det å hjelpe pasienten til å nå målene sine en måte å vise respekt for pasienten på, samt en metode for å styrke håpet.

4.6 Pasientens religiøse behov

Det er ikke sjelden at pasientens religiøse behov forsterkes ved tanken på den forestående død. Gjertsen (1980) nevner Sørby (1978) som i sin undersøkelse kom frem til at 18,4 % av pasientene fikk større religiøse behov etter at de ble syke. Dette gjaldt pasienter som hadde et relativt langt sykeleie. Hos pasienter som hadde et kort sykeleie ble bare 8,2 % mer opptatt av religion i løpet av sykdomstiden. De fleste mennesker forbinder død og religion med hverandre. Den eneste brukbare måten mange finner å kunne løse de tanke- og følelsesmessige problemer døden reiser på, er i lys av religionene. Mange pasienter føler trang til å snakke ut om sine åndelige behov og problemer med en prest eller annen sjelesørger (Gjertsen, 1980: 50).

Nowotny (1989) hevder at håp henger sammen med tro, Gud eller en høyere væren. Tro er en betydningsfull faktor som kan styre pasientens forhold til fremtiden. Håp blir ofte knyttet til tro uttrykt i den bibelske treklangen tro, håp og kjærlighet. Håpet har en sentral plass i kristendommen, og Bibelen uttrykker at for alle dem som lever, er det håp (Rustøen, 2002: 52).

Mange av artiklene jeg har lest og brukt til denne oppgaven nevner religiøse behov som en faktor for å fremme behov. Å tro på noe bidrar til håp, og at hverdagen som syk blir litt lettere. Det kan også være en lettelse å få snakke med en prest, og de fleste sykehus i Norge har en sykehusprest som tilbyr samtaler til de pasienter som ønsker det. Sykepleier må tilby samtale med sykehusprest eller onkologisk sykepleier, og dermed formidle kontakt mellom pasient og prest. Det må legges til rette for en rolig samtale på et uforstyrret sted, der pasient kan luften sine bekymringer, og kanskje få gode råd og en skulder å gråte på. Majoriteten av befolkningen i Norge er kristne, og på våre sykehus finnes det derfor sykehusprester. I jobben som sykepleier kommer vi til å møte pasienter som har andre religiøse standpunkt, og kanskje heller vil snakke med noen andre enn en prest. Dette er det viktig at sykepleier tar i betraktning. Sykepleier må legge til rette for at pasienten har mulighet til å utøve sin religion, uansett trosretning. Dersom sykepleier ikke er religiøs må det selvfølgelig være rom for å si det, men en må respektere andres tro og åndelige behov. Kreftsykepleier nevnte spesielt dette med barnetro, og at den blir veldig viktig for mange av pasientene. Hun mente det kan ligge mye håp i bare det å formidle kontakt med prest. Ved flere tilfeller har hun lest fra Bibelen for enkelte pasienter, fordi dette var noe de ønsket. I alle situasjoner der pasientens prognose er dårlig, er det viktig at sykepleier bidrar til å gjøre hverdagen for pasienten så god som mulig. Dersom dette innebærer å lese fra Bibelen er det viktig at sykepleier tar seg tid til det, fordi dette kan være med på å styrke pasientens håp, samt å lette hverdagen litt. Her er det selvfølgelig viktig at sykepleier ikke utleverer seg for mye, og opptrer profesjonelt overfor pasienten.

4.7 Humor som virkemiddel

Anne er 24 år og ei blid og sprudlende jente. Hun er nyutdannet førskolelærer, og har flyttet tilbake til hjemstedet for å få seg jobb. Anne ble for seks måneder siden diagnostisert med en alvorlig kreftdiagnose, og har fått beskjed om at prognosen er dårlig. Siden da har hun vært inn og ut av sykehus, fått blodoverføringer og cellegiftkurer. Hun er nå innlagt ved onkologisk avdeling, og almenntilstanden er dårlig. Anne er likevel ved

godt mot, og virker håpefull og optimistisk, på tross av den alvorlige diagnosen. Familien er ofte på besøk, og de er støttende og flinke til å oppmuntre. Alt i alt virker det som om sykdommen bare er en "dump i veien", og at de alle sammen er innstilt på å kjempe, og å overvinne kreften. (Egne erfaringer)

Kreftpasienter som har et langvarig og komplisert sykdomsforløp vil ofte bruke mye tid på forskjellige sykehusavdelinger, og vil etter hvert bli ganske kjente på sykehuset, og blant personalet. Som sykepleier er det viktig å tenke over og reflektere over hvordan vår væremåte påvirker pasienten, både i positiv og negativ retning. Dersom sykepleier opptrer på en blid og tillitskapende måte vil dette være med på å gjøre oppholdet og kanskje også sykdomsforløpet lettere for pasienten. Flere av forskningsartiklene i forbindelse med denne oppgaven nevner humor som et viktig bidrag til håp. På den ene siden kan humor virke positivt og gjøre hverdagen lettere. Mange pasienter nevnte også bruk av galgenhumor når alt rundt en virker håpløst. På den andre siden må sykepleier passe seg for å bruke humor i situasjoner der det ikke sømmer seg. En skal også kjenne pasienten ganske godt før en "vitser" med diagnose og behandling. Likevel er det mange ting en kan snakke om og knytte humor til, sykepleier kan blant annet fortelle ulike hendelser fra sin egen hverdag, men må også her passe seg for å bli for personlig i arbeidet med pasienten. Sykepleiers væremåte og humør har nok likevel mye å si for hvordan pasientens hverdag vil bli. Kanskje har sykepleier og pasient en god tone seg i mellom hvor de spøker mye. Dette kan nok fort misforstås av for eksempel pårørende, så det er viktig at en er varsom i situasjoner hvor humor ikke blir naturlig. Dersom humor ikke faller seg naturlig er det likevel viktig at sykepleier er blid og imøtekommende, slik at pasienten oppfatter sykepleier som omsorgsfull.

4.8 Gode opplevelser

Fagartikkelen *Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp*, publisert i Sykepleien nr 21 (2003) fokuserer på hvordan sykepleieren kan bidra til at pasienten opplever gode dager og opplevelser, som igjen er med på å styrke håpet. Gode opplevelser kan være så forskjellig fra pasient til pasient, noen synes kanskje et godt stell eller å slippe å føle smerte eller ubehag er gode opplevelser, mens andre synes det er godt å få sitte oppe mens familien er på besøk. Sykepleier må tilrettelegge for gode opplevelser for pasienten, ut fra pasientens ønsker eller behov. Et godt stell kan være avgjørende for pasientens opplevelse

av dagen, og det er viktig at sykepleier tar seg god tid og utfører stellet med varm hånd. Respekt og likeverd er gode prinsipper man som sykepleier bør bruke, og de er særs aktuelle i arbeidet med veldig syke pasienter. Som sykepleier til kreftpasienter med dårlig prognose bør man alltid prøve å strekke seg litt lenger, og gjøre sitt ytterste for at dagene skal bli så gode som mulig for den syke. Dette krever selvfølgelig tid og ressurser, og i en hektisk hverdag på en avdeling er det ikke alt som blir prioritert. Det er likevel viktig å forstå at dette kan være avgjørende for pasientens velvære og håpsfølelse.

4.9 Relasjoner

Sykdom og krise påvirker alltid relasjonen til de nærstående. Når en person rammes, rammes også de pårørende. Også de pårørendes krisereaksjoner må møtes og forstås av sykepleieren på lik linje med pasientens (Eide og Eide, 1996:107).

Både Travelbee og Nowotny nevner tilknytning til andre som en viktig faktor for å bevare håpet. Både sosial interaksjon, gjensidig avhengighet og nærhet til andre understrekes (Dufault og Martocchio 1985).

Andre mennesker, særlig dem en står nær, kan gi støtte og oppmuntring, være villige til å lytte til en og gi en trygghet. Tilstedeværelsen av andre kan minne en på at en har noen å leve for, og at en ikke må gi opp (Rustøen, 2002: 52)

De fleste artiklene jeg brukte i forbindelse med denne oppgaven nevnte også familie og venner som en viktig bidragskilde til å styrke håp. I flere av artiklene var relasjoner nevnt som kanskje den viktigste faktoren, og pasienter som opplevde at de hadde et støttende nettverk rundt seg holdt håpet oppe gjennom mesteparten av sykdomsforløpet.

Kreftsykepleier nevnte også dette med relasjoner. Hun mente at pårørende bør være heiagjeng bak pasienten, og støtte og motivere pasienten når han synes det er tungt.

Dersom pasienten ikke har pårørende er det desto viktigere at pleiepersonalet bidrar til å være heiagjeng.

Sykepleier bør også involvere pårørende så godt det lar seg gjøre. Eventuell informasjon må selvfølgelig gis direkte til pasienten dersom dette er mulig, og deretter kan pasienten velge selv om pårørende skal få vite det samme. Likevel er det viktig at sykepleier også fokuserer på å se pårørende, snakke litt med dem, tilby dem en skulder å gråte på, samt for eksempel å involvere dem i stell og pleie av pasienten. Pårørende bør sees på som en ressurs for pasienten, og de bør informeres om ulike tiltak som blir gjort fra sykepleiers side. Pårørende kan for eksempel oppfordres til å gi pasienten vann når de sitter inne hos

ham, eller de kan få tilbud om å delta i stell dersom de har lyst til det. Det er selvfølgelig viktig at pårørende ikke føler dette som tvang, men at de selv tar avgjørelsen om de har lyst å delta.

Pårørende er svært viktige for pasienten, og derfor må også sykepleier gjøre sitt til at de føler seg velkomne på avdelingen. I mange tilfeller blir pårørende sett på som en byrde fra sykepleiers side, fordi de stiller spørsmål ved tiltak og avgjørelser. Det er viktig at avdelingen har en god holdning til pårørende, og at de får svar på de spørsmålene de måtte ha. Samarbeid med pårørende kan være utfordrende, men dersom sykepleier setter seg i deres situasjon vil det kanskje bli enklere å forstå hvordan pårørende har det. Ved at sykepleier oppretter en god kontakt med pårørende kan dette bidra til å styrke håpet både hos pårørende og pasient. Pårørende må bli møtt med en varm og imøtekommende holdning fra sykepleier, da dette også vil være til det beste for pasienten.

Eide og Eide (1996) skriver at det viser seg at personer som har et godt sosialt nettverk klarer seg bedre gjennom kriser enn de som ikke har det. At hjelper gir støtte til både pasient og pårørende kan derfor være avgjørende for hvordan familien vil mestre situasjonen.

Eide og Eide (1996) nevner Dyregrov og Raundalen (1994) som skriver om hvordan balansen i familien forrykkes når noen blir syke. Ikke minst barn kan bli rammet hardt. At mor eller far blir alvorlig syk, kanskje med lang tids sykeleie og dødelig utgang, er en stor psykisk belastning. I tillegg blir ofte barnet mer eller mindre "glemt" i forbindelse med den krisen som har rammet familien. Når mor blir rammet av kreft, er dette også en stor belastning for barn og ektefelle. De lider med moren når hun har det vondt, og er samtidig stilt overfor muligheten av å miste den personen de kanskje er mest glad i

Pasienten må til enhver tid få avgjøre hvor mye deltakelse han vil at pårørende skal ha. Dersom pasienten ikke ønsker pårørende tilstede må dette selvfølgelig tas i betraktning, og pårørende bør varsles. Kanskje har pasient en pågående konflikt med pårørende, og vil derfor ikke ha noe spesiell kontakt, eller kanskje vil ikke pasienten at pårørende skal huske han som nettopp pasient, liggende hjelpsløs i en sykehusseng. Som tidligere nevnt er vi alle forskjellige, vi har ulike behov og ulike meninger, og dette må sykepleier selvfølgelig ta hensyn til. På den andre siden bør kanskje sykepleier foreslå for pasienten at pårørende skal få komme på besøk, fordi dette kan bidra til et bedre forhold, samt at de ikke har noe uoppgjort i en tid der fremtiden kan være usikker. Sykepleier må være varsom i en slik situasjon, og passe seg for å presse pasienten.

5.0 KONKLUSJON

Som mennesker er vi alle ulike. Vi har hver vår plattform med tanker, følelser og meninger. Som sykepleier møter vi mennesker fra ulike miljø, kulturer, sosiale lag og religioner. I arbeidet med denne oppgaven kom jeg frem til at det viktigste sykepleier kan gjøre for å fremme håp hos kreftpasienter med alvorlig prognose, er rett og slett å møte pasienten der han er, og å tilfredsstille de behov pasienten har til enhver tid. En imøtekommende holdning, samt bruk av humor og optimisme er alle faktorer som bidrar til styrket håp. Å ha pårørende rundt seg, å ha kjente pleiere og omsorgspersoner, samt å slippe ubehag og smerter er også vesentlig. Sykepleier må gi pasienten en følelse av kontroll, ved hjelp av god og tilstrekkelig informasjon, smertelindring, tilstrekkelig væske og god personlig hygiene.

En skulder å gråte på, en person som lytter og tar seg tid til å være medmenneske er nok den aller viktigste rollen sykepleier har i arbeidet med kreftpasienter. Håp er som tidligere sagt et flytende begrep, som stadig er i endring, og sykepleier må ta seg god tid til å være sammen med pasienten både i oppturer og nedturer.

Det meste av litteraturen jeg har brukt i forbindelse med denne oppgaven nevner en positiv innstilling til sykdommen som en av de viktigste faktorene til å opprettholde håpet. På den ene siden bør sykepleier derfor vise en positiv holdning, og ikke la personlige forhold påvirke pasienten. På den andre siden må sykepleier være forsiktig med å være ”overpositiv” i situasjoner der det ikke sømmer seg.

I denne oppgaven har jeg brukt Travelbee som sykepleieteoretiker, og lest mye av hennes litteratur. På tross av at hennes bok *Interpersonal Aspects of Nursing* ble skrevet i 1971, er det meste av hennes teori svært aktuell også i dag. Likevel synes jeg det hadde vært veldig interessant å forske videre rundt dette med håp, spesielt i forhold til overlevelsestill og strategier for å fremme håpsfølelse.

LITTERATURLISTE

Buckley J, Herth. (2004) Fostering Hope in terminally ill patients. *Nursing Standard* Vol19, (10) 33-41.

Chi, Grace Chu-Hui-Lin. (2007) The Role of Hope in Patients With Cancer *Oncology Nursing Forum*, Vol 34(2) 2007: 415-424.

Cope, Diane. (2002) Facillitating Hope in Patients With Cancer *Clinical Journal of Oncology Nursing*, Vol 6 (6) 375-376.

Dalland, Olav. (2000) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag

Eide, Hilde. Eide, Tom (1996) *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag

Givler, Amy. (2003) *Hope in the face of Cancer: A survival Guide for the Journey you did not choose*. Oregon: Harvest House Publishers.

Gjertsen, Esther Margrethe. (1980) *En hånd å holde i: Omsorg for døende*. Oslo: Tanum Forlag.

Jacobsen, Dag. Kjeldsen, Sverre Erik. Ingvaldsen, Baard. Lund, Kristin. Solheim, Kaare. (2006): *Sykdomslære. Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag.

Knutstad, Dag, og Nielsen, Birthe Kamp (2006): *Sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe Forlag.

Kvåle, Kirsti (2001) *Sykepleie til mennesker med kreft*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Lindholm L, Holmberg M, Mäkkelä C (2005) Hope and Hopelessness- Nourishment for the Patient's Vitality. *International Journal for Human Caring*, Vol 9 (4) 33-38.

Lorentsen, Vibeke Bruun (2003) Kreft: Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp?
Sykepleien 21 (2003)

Tilgjengelig fra url: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p_document_id=121739 (Nedlastet 23.Mars 2009)

Mekki, Tone Elin. Pedersen, Søren. (2005) *Sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe Forlag.

Reb, Anne M (2007) Transforming the Death Sentence: Elements of Hope in Women With Advanced Ovarian Cancer, *Oncology Nursing Forum*, Vol 34 (6) 70- 81.

Rustøen, Tone. (2001) *Håp og livskvalitet -en utfordring for sykepleieren?* Oslo: Gyldendal Akademiske.

Travelbee, Joyce (2005): *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag.

<http://www.hqlo.com/content/3/1/31>) (Funnet 20.02.09)