



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 23.02.12

Kandidatnr.: 53

Antall ord: 8793

Sammendrag

Bakgrunn:

I 2009 ble det registrert 27 520 nye krefttilfeller i Norge, brystkreft er den kreftformen som er hyppigst blant kvinner (Kreftregisteret, 2011). En kreftdiagnose kan være en trussel mot pasientens håp og kan føre til følelse av håpløshet. Det er dermed svært viktig at sykepleierne vet hva som styrker og opprettholder pasientens håp. Håpet er drivkraften i sykepleierfaget, fordi håpet produserer helbredende prosesser i pasientene.

Hensikt:

Å få økt kunnskap om hvordan en møter mennesker med brystkreft på en best mulig måte, og hvordan vi som sykepleiere kan bidra til å styrke håpet.

Metode:

Metoden som er brukt i oppgaven er litteraturstudie.

Funn:

Hovedfunnene som blir vektlagt i oppgaven er; å bli møtt som et medmenneske, å ha meningsfulle forhold til andre, åndelighet og tro, sette mål og ivareta selvstendighet, bruk av humor og positive minner. I forhold til disse funnene er det svært viktig at sykepleier tenker igjennom bruk av kommunikasjon mot pasient og pårørende, samt hvilke holdninger som blir signalisert. Gode relasjoner, troverdighet, tillit, respekt, empati og følelsen av å bli ivaretatt er sentrale begreper som er viktige i forhold til å styrke håpet. Å være omsorgsfull, lytte og sette av tid til å snakke er viktige egenskaper hos en sykepleier, som også vil bidra til å styrke pasientens håp.

Oppsummering:

Det er en svært viktig sykepleieroppgave å gi god omsorg som kan styrke håpet til brystkreftpasienter, kunnskap om dette området er svært sentralt for sykepleiere, og kan gjøre en stor forskjell for enkelte pasienter.

Summary

Background:

In 2009 there were registered 27 520 new cancer patients in Norway, breast cancer is the kind of cancer that occur most frequently among women (Kreftregisteret, 2011). A cancer diagnosis can be a threat to the patient's hope and can lead to feelings of hopelessness. Then it's very important that nurses know what promotes and maintains the patient's hope. Hope is the power of the nursing profession, because hope produces healing processes in patients.

Aim:

To get more knowledge about how to meet patients with breast cancer in the best possible way, and how nurses can help to strengthen hope.

Method:

The method used in this study is literature review.

Findings:

The main findings in this paper is; to be treated as a fellow human being, to have meaningful relationships, spirituality and faith, to set goals and maintaining independence, the use of humor and uplifting memories. In regards of these findings it is very important that nurses think through how to use communication towards patients and their families, as well as how the nurse's attitude will be perceived. Good relations, credibility, trust, respect, empathy and the sense of being taken care off, are main concepts that are important in relation to strengthening hope. To be caring, being able to listen and to take the time to talk with the patient, are important characteristics of a nurse, and can also help to strengthen the patient's hope.

Summary:

It is a very importing nursing task to provide good care, to strengthen the hope for breast cancer patients, knowledge of this area is very important for the nurses, and can make a big difference for some patients.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema og hensikt	4
1.2 Presentasjon av problemstilling	5
1.3 Avgrensning og presisering	5
1.4 Oppgavens oppbygning	5
2.0 Teori	6
2.1 Brystkreft	6
2.2 Håp	6
2.3 Kommunikasjon og relasjon	9
2.3.1 Humor	10
2.3.2 Empati	12
2.4 Sykepleiefaglig perspektiv	12
3.0 Metode	15
3.1 Hva er metode?	15
3.2 Litteraturstudie som metode	15
3.3 Sterke og svake sider ved litteraturstudie som metode	16
3.4 Litteratursøk og valg av litteratur	16
3.5 Kildekritikk	17
3.6 Etske overveielser	18
4.0 Hvordan kan sykepleier bidra til å styrke håpet hos brystkreft pasienter?	19
4.1 Å bli møtt som et medmenneske	19
4.2 Å ha meningsfulle forhold til andre	22
4.3 Åndelighet og tro	23
4.4 Sette mål og ivareta selvstendighet	24
4.5 Bruk av humor	25
4.6 Positive minner	27
5.0 Avslutning	28
Referanseliste:	29
Vedlegg 1: Presentasjon av artikler	32

1.0 Innledning

I 2009 ble det registrert 27 520 nye krefttilfeller i Norge. 54 prosent av tilfellene var menn, og 46 prosent av tilfellene var kvinner. De vanligste kreftformene for menn i synkende rekkefølge; prostata-, lunge-, tykktarms-, blære- og hudkreft. For kvinner var de fem vanligste kreftformene i synkende rekkefølge; bryst-, tykktarms-, lunge-, hud- og livmorkreft (Kreftregisteret, 2011).

I følge WHO (2012) er kreft en ledende dødsårsak over hele verden, og brystkreft blir nevnt som en av de hyppigste kreftformene. Organisasjonen skriver videre om hva som kan gjøres for å redusere tilfeller av kreft. Her blir kunnskapsbaserte strategier for å forebygge kreft, oppdage kreft på et tidlig stadium, og behandling av kreft trukket frem. Mange av kreftformene har gode prognoser for helbredelse ved tidlig oppdagelse, og adekvat behandling (WHO, 2012).

1.1 Bakgrunn for valg av tema og hensikt

Jeg har forskjellige praksiserfaringer som er bakgrunnen til at jeg har valgt denne problemstillingen. I min første sykehuspraksis jobbet jeg på en kirurgisk avdeling, her kom jeg i kontakt med brystkreft pasienter i forskjellige stadier, jeg var også med på et studentprosjekt som het *individuell plan* til åpen dør- brystkreft pasienter. Jeg har også i senere tid arbeidet på avdelingen. Jeg valgte å ha en internasjonal praksis i Slovenia, her hadde jeg 4 uker på onkologisk senter, blant annet palliativ og kirurgisk avdeling, hvor jeg traff flere brystkreft pasienter. Jeg har gjennom disse erfaringene møtt en del mennesker som har fått diagnosen kreft, og det kan til tider være vanskelig å forholde seg til. Kommunikasjon kan være en stor utfordring, å vite hva en skal snakke om. En brystkreft pasient kan gjerne bli motløs og føle håpløshet ved tap av kroppsfunksjoner, sykepleier er en stor del av miljøet og hverdagen til pasienten, det er derfor viktig at sykepleier prøver å styrke/ fremme håpet hos pasienten. Hensikten med denne oppgaven er å få økt kunnskap om hvordan en møter mennesker med brystkreft på en best mulig måte, og hvordan vi som sykepleiere kan bidra til å styrke håpet. I følge Rustøen (2001) kan vi ved å styrke håpet til pasienter bidra til ny livsgnist, mer energi, glede og ved hjelp av stå på vilje, en bedre prognose. Håpet kan gi styrke og mot til å tro på morgendagen. Lohne (2010) skriver at sykepleier står i en sentral posisjon i forhold til å kunne fremme eller frata pasienter håp. Håpet er drivkraften i sykepleiefaget, dette grunnet at håp produserer helende prosesser i pasientene. Sykepleier må

ha kunnskap om hva håp betyr for pasientene, og videre hvordan vi kan styrke eller verne håpet. Håp lindrer håpløshet og hjelpeløshet for en periode, ved håp lider vi mindre. Håp skaper glede, nytelse, positive opplevelser, mer energi og nye håp.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til å styrke håpet hos brystkreft pasienter?

1.3 Avgrensing og presisering

I forbindelse med sykepleiers tilnærming til brystkreft pasienter, vil viktigheten av kommunikasjon og relasjon komme frem. Jeg vil utelukke brystkreft pasienter som har spredning i denne oppgaven, håp kan ha en helt annen betydning for denne pasientgruppen. Jeg vil fokusere på pasienter som er innlagt på sykehus, og har hatt kreft i en lengre tid. Gruppen er voksne fra 25 år og oppover.

1.4 Oppgavens oppbygning

Jeg starter med å presentere en teoridel, hvor jeg skriver litt generelt om hva brystkreft er, for å gi leser en innføring i emnet. Deretter en presentasjon av håp, kommunikasjon og relasjon, empati, humor og sykepleiefaglig perspektiv, hvor jeg presenterer sentrale elementer fra sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee. Etterpå kommer et metode kapittel som består av følgende; Hva metode er, litteraturstudie som metode, sterke og svake sider ved et litteraturstudie, litteratursøk og valgt litteratur, kildekritikk og etiske overveielser. Etter metode kapittelet kommer en drøftingsdel, her har jeg samlet funnene i de utvalgte artiklene, og kommet frem til seks hovedfunn som jeg mener vil svare på problemstillingen. Siste kapittel i oppgaven er en avslutning, hvor jeg oppsummerer og svarer på problemstillingen. Vedlagt er det en matrise hvor forskningsartiklene blir nærmere omtalt.

2.0 Teori

2.1 Brystkreft

Brystkreft utgjør nesten en firedel av alle krefttilfeller hos kvinner, og det er også den hyppigste kreftformen blant kvinner. Brystkreft kan oppstå allerede fra 20-30 årene, arv er den viktigste disponerende faktoren, samt fravær av barnefødsler (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise, 2009).

Brystkreft oppstår oftest i epitelcellene i kjertlene eller i utførselsgangene i brystet. Utvikling av brystkreft er avhengig av hormonregulering, og viktige risikofaktorer kan være; hormonelle faktorer, arvelige faktorer og miljøfaktorer. Brystkreft gir som regel ikke symptomer, og oppdages ofte tilfeldig. Smerter i brystet, hudforandringer som sår, inndragninger og fortykkelse av huden på brystet kan oppstå. Andre symptomer kan være forandringer rundt brystvorten som eksem, inndragninger og økt sekresjon fra et bryst. Når det er mistanke om brystkreft gjøres en trippeldiagnostikk; mammografi, ultralyd, finnålsbiopsi, samt klinisk undersøkelse. Kirurgisk inngrep er det viktigste behandlingsprinsippet når det ikke foreligger spredning, i noen tilfeller kan brystkreft også behandles kurativt. Stråling, kjemoterapi, hormonbehandling og biologisk behandling er avhengig av type svulst og stadium (Aronsen, Birkeland, Munkvik & Sjaastad, 2010).

I følge Sørensen og Almås (2010) representerer det å få en brystkreftdiagnose en psykisk traume. Kvinner som får brystkreft rammes ofte dobbelt psykologisk, dels av usikkerhet om det er metastaser, lidelse, død og dels ved problematikken rundt utseende og kvinnelighet. Sykdommen påvirker ikke bare kvinnens atferd, men også ekteskapelige, familiære og sosiale reaksjoner, funksjon hjemme/arbeid.

2.2 Håp

Kronisk sykdom kan føre til tap av kontroll over kroppsfunksjoner, for eksempel tap av sikkerhet, tap av selvfølelse og tap av sosiale relasjoner. På grunn av disse tapene og den uforutsigbare fremtiden vil den syke kunne føle håpløshet. Håp er en sentral faktor i alle menneskers liv, håp kan gi oss glede, som igjen fører til kreativitet og åpenhet, som gir energi og vitalitet. Håpet er svært viktig for menneskers helse og velbefinnende, det gir styrke og

aktivitet, håpet trengs for å oppleve livet som godt å leve. Håpet gjør at vi lettere mestrer vanskelige situasjoner og hendelser (Rustøen, 2001).

I følge Rustøen (2001) er hensikten med sykepleie til kronisk syke pasienter, å hjelpe individet med å forebygge eller mestre opplevelser knyttet til sykdom eller lidelse, dette innebærer å opprettholde håpet og unngå håpløshet. For at sykepleier skal kunne klare dette, kreves det kunnskap om hva håp er og hvilke faktorer som virker styrkende/svekkende. Det er mange ting rundt i omgivelsene som påvirker håpet, det sies at håpet er avhengig av holdningene og atmosfæren rundt. Familie og venner rundt pasienten, kan minne om at man betyr noe for andre. Væremåten til sykepleiere bør utstråle ekte håp, fordi en er en viktig del av pasientens miljø. Engasjement og medfølelse kan smitte over på andre, og kan føre til nye krefter og nytt håp. Sykepleieres holdning, tilstedeværelse og atferd spiller dermed en stor rolle for pasienter og pårørendes håp. Ved å oppmuntre pasienter til å bruke egne ressurser kan også fremkalle og styrke håpet.

Lohne (2010) skriver at hensikten med sykepleie er å hjelpe pasienten til å oppleve velvære og trygghet, selv om en har sykdom og helsesvikt. Det er viktig at sykepleier støtter pasienten til å innse at en positiv fremtid er mulig, selv med kronisk sykdom. Sykepleier står i en sentral rolle når det gjelder å fremme eller frata pasienter håp. Håpet er drivkraften i sykepleie, håpet setter i gang helende prosesser i pasientene. Det er utviklet flere standardiserte måleinstrumenter til måling av håp, blant annet Millers håpsskala, Nowotnys håpsskala og Herths håpsskala. Skalaene graderer pasientens håp på en skala fra 1 til 5, og er et hjelpemiddel til sykepleier i kartlegging av pasientens håp.

Myskja (2005) trekker frem historier fra kreftsyke pasienter, deres erfaring med håp og hvilken betydning det hadde for dem i forløpet. Her kommer det frem at håpet er den viktigste grunnen til god helse. Helsepersonellens holdninger var også av stor betydning, hvis lege og sykepleier ikke støttet håpet, følte det som at hun bare kunne gi opp. Uansett hvordan utsiktene er må lege heller støtte, enn å bryte ned all håp. De skal ikke gi urealistiske håp eller ved love at pasienten blir frisk, men styrke håpet om å stå på videre- gjøre det beste de kan, sammen. Uansett hvordan det da går, vil en være takknemlig for dem som gav håp.

I følge Myskja kan håp mobilisere livskraft, og i noen tilfeller helbrede. Håpet er ikke et løfte, men et løft. Pasienten uttrykker at helsepersonell tror det er likhetstegn mellom håp og troen

på å bli frisk. Dermed er de redd for å støtte pasientens håp, og er redd de ikke forstår realiteten i sykdommen. Mens pasientene skjønner realiteten, men at håpet gir en ekstra kraft til å holde seg oppe, og kjempe mot sykdommen. Håpet bidrar til at en får bruke det beste i en selv, til å leve mer, føle mer, sanse mer og bli mer som menneske. Leve den tiden pasienten har igjen, i stedet for å gi opp (Myskja, 2005).

Rustøen hevder at håp er fremtidsrettet, og dermed sentralt hos kronisk syke. Håp knyttes til mestring, og er viktig for å oppnå god livskvalitet. Det er også vist i flere studier at håpet kan ha en virkning på immunforsvaret, og dermed en positiv betydning for overlevelse. De viktigste kildene til å opprettholde håp hos kronisk syke var familie, religiøs tro, venner, seg selv og hjelp fra profesjonelle. Strategier som ble anvendt for å opprettholde håpet var aktivitet, bønn eller religion, å tenke på andre ting, å lese og å uttrykke følelser. Andre strategier for å opprettholde eller styrke håpet ved en livstruende hendelse er, kognitive strategier, anvendelse av tankeprosesser, beslutsomhet, livsfilosofi, åndelige strategier, forholdet til pleiepersonalet, familieband, en følelse av kontroll og måloppnåelse. For å bidra til å styrke håp hos pasienter kan en hjelpe dem med å se at de har en fremtid som kan være god, og deretter gjenvinne velvære. Sykepleiers profesjonelle rolle, ferdigheter knyttet til interpersonlige forhold, og den respekten pasienter og pårørende har for sykepleiers ferdigheter, er en forklaring på sykepleiers mulighet til å påvirke håp hos både pasient og pårørende. Tilstedeværelsen til sykepleier er viktig for å styrke pasientens håp. I en studie ble leger og sykepleiere oppgitt som den gruppen med helsearbeidere som bidro mest til å styrke håpet. Dette ble gjort ved å ta seg tid til å snakke, å gi informasjon, å være vennlig, høflig, omsorgsfull og hjelpsom, bare være tilstede, vise ærlighet og respekt (Rustøen, 2001).

I følge Rustøen er det også utarbeidet intervensjoner som sykepleier kan arbeide etter for å styrke håpet til pasienter. Strategiene er i utgangspunktet utarbeidet for å bli tatt opp i grupper, og gjennom dette bidra til å styrke håpet til pasientene. Temaene som blir tatt opp er å ha tro på seg selv og sine evner i forhold til å takle hverdagen best mulig, følelsesmessige reaksjoner knyttet til å ha blitt behandlet for kreft, forholdet til familie, venner, arbeidskollegaer og helsevesen, betydningen av å være aktiv og engasjert både fysisk og mentalt, åndelige forhold og verdier, samt ulike måter å finne styrke på og få en styrket følelse av at det er en vei ut av vanskelighetene.

Strategier for å styrke håp kan deles inn i fire grupper av faktorer i definisjon av håp;

- Erfaringsmessige faktorer: Handler om forholdet mellom helse og håp. Sykepleier bør få en innsikt i pasientens egne erfaringer i forhold til sykdommen, dette i henhold til at pasientens oppfatning av sykdommen kan påvirke og true håpet. Pasienter kan oppleve både håp og håpløshet samtidig, og trenger hjelp til å se håpet i de vanskelige fasene. Sykepleier bør gjenkjenne håp hos pasienter, men også se tegn til håpløshet, før de gir opp.
- Relasjonelle faktorer: Mennesker som står pasienten nær, er viktig støtte i vanskelige faser, og håpet kan styrkes når en vet at andre stiller opp og hjelper ved nødvendighet. Sykepleier kan bidra til å kartlegge pasientens sosiale nettverk, dette hjelper til å se hvem som gir best støtte i vanskelige tider. Sykepleier må være observant over egen atferd og relasjon mellom pasient, og være oppmerksom på at væremåten kan fremme håp hos pasient og pårørende. Være tilstede, være tilgjengelig, gi tid og mulighet til å sette ord på følelser og erfaringer. Lytte til pasientens historier, og vise at en har tid til å lytte har stor betydning.
- Åndelige faktorer: Diskutere åndelige forhold eller verdier med pasientene kan være viktig. Åndelige faktorer kan være en kilde til styrke.
- Kognitive faktorer: Være i aktivitet i stedet for å sitte å vente på at noe skal skje, få valgmuligheter for å oppleve delaktighet og muligheter, sette mål som fokuserer på fremtiden, fokusere på indre og ytre ressurser, se lyst på ting, og varsom bruk av humor kan gi håp (Rustøen, 2001).

2.3 Kommunikasjon og relasjon

Eide og Eide skriver at kommunikasjon er en dynamisk prosess og et instrument i sykepleiesituasjoner. Kommunikasjon er et middel som en bruker til å bli kjent med pasienten, forstå og møte pasienters behov, og hjelpe til mestring av sykdom, lidelse og ensomhet. Forfatterne legger frem Travelbee sitt syn på kommunikasjon, og hvordan kommunikasjon mellom sykepleier og pasient deles inn i fem stadier; observasjon, fortolkning, beslutning, handling og vurdering. Kommunikasjon er en to siders prosess, og det er svært viktig at sykepleier forstår hva pasient formidler verbalt og nonverbalt, og bruker dette til å planlegge/iverksette sykepleie tiltak (Eide og Eide, 2007).

Forfatterne Eide og Eide skriver at håp er rettet mot positive forventninger, på kort eller lengre sikt, som kan oppleves som meningsfylte. For en alvorlig syk pasient kan en sykepleier som lytter, viser kontakt og forståelse, bidra til å styrke håpet og møtet med det som er eller skal komme. Håp knyttes nært opp til grunnleggende tillit, som innebærer en tillit til at tilværelsen er trygg, at verden er et godt sted å være, og en får den hjelpen som der er behov for. Er tilliten svekket, er det helsepersonellets oppgave å skape en relasjon som gjør at pasienten opplever en situasjonsbetinget tillit, som kan bidra til å gi styrke og håp (Eide og Eide, 2007).

Eide og Eide beskriver videre at hjelpende kommunikasjon skaper trygghet og tillit, og formidler informasjon som kan hjelpe å løse problemer, og stimulere pasienter og pårørende til å mestre situasjoner best mulig. Noen punkter som har betydning for om kommunikasjonen fungerer og oppleves som hjelpende er; å lytte til pasienten, observere og forstå pasientens verbale og nonverbale signaler, gode og likeverdige relasjoner, formidle informasjon på en forståelig måte, møte pasientens behov og ønsker, stimulere pasientens ressurser, forholde seg til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål, samarbeide om gode løsninger og beslutninger (Eide og Eide, 2007).

I følge Ekeland er tillit vesentlig i all kommunikasjon, og som sykepleier ikke må tas for gitt. Hvis pasient ikke opplever tillit til sykepleier, er mye av det arbeidet vi utfører bortkastet. Tillit er en ressurs som kan fremme håp hos pasienten, og håp kan videre skape forventninger, og forventninger kan til slutt føre til de aktivitetene som igjen realiserer håpet. Dette er en selvforsterkende prosess, som ved å tro på tiltakene og behandlingen, øker sjansene for et bra resultat (Ekeland, 2007).

2.3.1 Humor

Eide og Eide skriver at humor kan være en viktig ressurs i helsearbeid. Det er en verdifull egenskap som kan gi nye perspektiver, utfordringer, og bidra til å redusere spenning. I vanskelige situasjoner kan humor være en form for forsvar. Humor aktualiserer ofte følelser og behov som er vanskelige å forholde seg til. Ikke alle pasienter setter pris på bruk av humor, men hos mange kan humor være en hensiktsmessig og virkningsfull kommunikasjonsstrategi. Ved bruk av god humor kan en vekke latter, og samtidig en forsoning av det tragiske, fortvilte

eller absurde i en situasjon. Det menes ikke en fullstendig akseptering, men et øyeblikks lettelse. På den ene siden bidrar humor med å lette litt på trykket, som kan føles befriende. På den andre siden gjør humor det mulig å være nær det vanskelige, i et lite øyeblikk. Dette kan oppleves godt, men også smertefullt. Hverdagen til pasienter og pårørende er ikke alltid munter, og en humoristisk bemerkning med felles latter kan være befriende og skape en avslappet stemning. Humor i en helsefaglig sammenheng har som formål å skape kontakt og tillit, bidra til å fremme helse og lindre lidelse. Humor kan føre til økt nærhet og kontakt, og styrke bånd mellom hjelper og pasient eller pårørende, men en god og trygg kontakt må da allerede foreligge. For at humor skal være en god kommunikasjonsstrategi, må den være vennligsinnet (Eide og Eide, 2007).

Wist skriver at kreft er ikke noe å le av, men at humor og latter er like aktuelt for den kreftsyke som for friske mennesker. Smil og latter lever side om side med lidelse og alvor. Hos den som har kjent alvoret, er latteren mer befriende og forløsende. Den som eier smilet tydeliggjør, og gir en større forståelse av alvoret. Kreftdiagnosen endrer ikke et menneskes personlighet, den humoristiske sansen forblir og en er det samme mennesket som en alltid har vært. Dermed er det viktig at den kreftsyke kan dele latter og humor med venner, familie og helsepersonell, som signaliserer anerkjennelse og verdighet. Å bidra til følelse av å være et levende menneske, er den viktigste betydningen av å bruke humor i kreftsammenheng. Humor kan aktivt brukes som et mestringsredskap i den situasjonen som en er kommet opp i. Latter er en form for mot, og en skal bruke humoren som et emosjonelt sverd i den tøffe hverdagen. Humor mellom pasient og behandler skal være noe som en deler, vi skal le med og ikke le av. Humor skal brukes med varsomhet (Wist, 2002).

I følge Tyrdal (2002) kan en ved bruk av humor som kommunikasjonsverktøy, øke fortrolighet, redusere engstelse, øke pasientens evne til å se sin situasjon i et nytt perspektiv og øke pasientens selvrespekt. Vi må skille mellom passende og upassende humor. Ved bruk av humor kan vi kommunisere våre følelser som angst, frykt, sinne, frustrasjon, bekymring, sorg, håp og glede.

Lantz og Siitonen (2002) skriver at i det daglige omsorgsarbeidet er humor, latter og spøk viktige elementer. Dette gjør situasjoner med pasientene lettere og triveligere. Humor skaper samhold mellom pasienter og pleiere. Humor kan lindre lidelse og bringe lys i tilværelsen.

2.3.2 Empati

Empati kan være et hjelpemiddel når en skaper relasjoner med pasienter, sykepleier gir støtte og trygghet og bygger opp et godt samarbeid. Store deler av den empatiske prosessen foregår i ubevisstheden, mens sluttproduktet, den empatiske forståelsen er bevisst. Empati innebærer sykepleiers evne til å kunne bli berørt av pasients følelsesmessige situasjon. Ordet empati betyr opplevels- eller følelsesmessig vite hvordan et annet menneske føler det i et bestemt øyeblikk/situasjon i sin private verden (Holm, 2005).

Eide og Eide (2007) beskriver at profesjonell empati vil si å kommunisere tilbake den følelsesmessige forståelsen av pasienten, enten verbalt, nonverbalt eller gjennom handling. Handlingsaspektet er svært viktig, det vil ikke hjelpe å forstå pasienten, hvis en ikke handler ut ifra denne forståelse til pasientens beste. Empati er viktig for å kunne oppfatte pasienters bekymringer og andre følelsesmessige anliggende, som ofte kommuniseres vagt og indirekte. Empati innebærer både pasient og pleiers påvirkning av og innlevelse i den andres følelser. Dermed er empati en nødvendig forutsetning for forståelse av hverandre og god kontakt.

2.4 Sykepleiefaglig perspektiv

Joyce Travelbee definerer sykepleie på følgende måte (Travelbee, 1999, s.29):

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

Forfatteren forklarer at en mellommenneskelig prosess vil si at det alltid er mennesker det dreier seg om i sykepleie. Dette er friske eller syke mennesker, deres familier, besøkende, personalet og medlemmer av de andre helsearbeiderne. En av sykepleiers måte å hjelpe på, er å bistå syke mennesker med mestring av sykdom og lidelse som erfaring. Ved å danne en tilknytning til den syke, gis det et tegn til pasienten at en blir forstått og ikke er alene. Mange syke mennesker vil aldri bli friske, og må lære å leve med sykdommen sin, et eksempel på dette kan være kreftpasienter. Viten om at det er et varmt, forståelsesfullt og kunnskapsrikt medmenneske som ønsker å bistå, kan holde mange pasienter oppe, og reddes fra fortvilelse. Det er alltid noe sykepleier kan gjøre, uansett hvor syk pasienten er. Sykepleier kan blant

annet bidra til å finne meningen i denne situasjonen som pasienten opplever som meningsløs. Det er sykepleiers rolle å hjelpe pasienter til å oppleve håp for å mestre sykdom og lidelse (Travelbee, 1999).

Travelbee skriver videre at det er sykepleiers oppgave å hjelpe syke til å holde fast på håpet og unngå håpløshet, eventuelt gjenvinne håpet. Sykepleier kan bidra til dette ved å gjøre seg tilgjengelig, være villig til å hjelpe, lytte når pasienten forteller om sin angst og frykt, snakke om det som opptar pasienten og de problemer som pasienten opplever. Gi kvalifisert og medfølelse omsorg, og observere for psykiske og fysiske plager hos pasienten. Ved å være lite oppmerksom på pasientens velvære og fysiske behov, kan en oppleve å frata pasienten håpet. Sykepleier skal gi den hjelp som det er behov for, uten å måtte be om det, og hvis sykepleier er usikker på hva pasienten trenger hjelp til, skal en spørre. Pasienten bør selv få velge, og være med på å bestemme avgjørelser angående sin egen pleie, så lenge det er mulig. Oppnå tillit hos pasienten er også viktig for å styrke håpet (Travelbee, 1999).

«Sykepleier kan ikke «gi» håp til andre, men hun kan gå inn for å legge til rette for at den syke skal kunne oppleve håp» Sier Travelbee (1999, s. 124).

Kristoffersen skriver at ved å understøtter håpet til mennesker som lider, hjelper sykepleier dem til å mestre lidelsen bedre, og til å bære sykdom og tap. Viss vi mister håpet, klarer ikke pasienter å se muligheter til å forandre eller forbedre sin livssituasjon. Travelbee sier at håpets kjerne består i menneskets grunnleggende tillit til omverdenen. Mennesket bevarer opplevelsen av tillit og håp hvis omgivelsene imøtekommer ens behov for hjelp når det virkelig trengs. Seks kjennetegn ved håp som Travelbee beskriver; det er knyttet til avhengighet til andre, fremtidsorientert, er knyttet til valg, ønsker, tillit og utholdenhet og til mot. En person som håper, retter oppmerksomheten fremover mot en endring til det bedre. Håpet bidrar til å gjøre nået utholdelig, når nået er preget av fortvilelse (Kristoffersen, 2005).

Kristoffersen (2005) viser til Travelbee, som sier at kommunikasjon er en av sykepleiernes viktigste redskap for å danne et menneske- til- menneske- forhold til pasienten.

Kommunikasjon er hvor mennesker uttrykker sine tanker og følelser til hverandre. Å bruke seg selv terapeutisk har som hensikt å fremme en ønsket forandring hos pasienten, som lindrer eller reduserer plagene til pasienten.

Travelbee (1999) skriver at empati er evnen sykepleier har til å leve seg inn i eller ta del i og forstå pasientens tilstand. Empati er en prosess hvor sykepleier opplever og forstår pasientens indre opplevelser, følelser og tanker i en gitt situasjon.

3.0 Metode

Her presenterer jeg hva metodedelen inneholder. Først står det generelt hva en metode er, deretter et litteraturstudie- som er metoden jeg bruker. Videre fremheves sterke og svake sider med å velge litteraturstudie som metode. Deretter presenterer jeg mitt litteratursøk, og kort presentasjon av de artiklene jeg har valgt. Jeg sier noe om hensikt og funn i forskningsartiklene, mer utfyllende rundt disse vil skrives inn i en matrise som vedlegg til oppgaven. Til slutt tar jeg med kildekritikk og etiske overveielser.

3.1 Hva er metode?

I følge Dalland (2007) er metode en fremgangsmåte til å bringe frem kunnskap eller sjekke påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare. Metode er et middel til å komme frem til ny kunnskap, og forteller noe om hvordan vi bør gå til verks. Når vi velger en bestemt metode, begrunnes dette med at denne typen vil gi oss best data, og belyse spørsmålet på en faglig interessant måte. Metoden er vårt redskap, når vi har noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn den informasjonen eller data som vi trenger til undersøkelsen. Kvantitativ metode tar sikte på å forme informasjonen til målbare enheter, mens kvalitativ metode skal fange opp mening og opplevelse, som ikke lar seg tallfeste. Begge disse metodene skal bidra til å gi en bedre forståelse av samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler.

3.2 Litteraturstudie som metode

Et litteraturstudie skal bestå av bakgrunn, formål, spørsmålstillinger og innsamlingsmetode. Litteraturdata for resultatredogjørelsen er oftest hentet fra 5-6 vitenskapelige artikler eller vitenskapelige rapporter. I drøftingen setter en opp innsamlingslitteraturen mot bakgrunns litteraturen, og drøfter ut fra formål og spørsmålsstillinger. Oppgaveskriveren tar for seg artikkelen på følgende måte; tittel, forfatter, årstall artikkel/rapport ble skrevet, undersøkelsens formål, utvalg og metode og tilslutt resultat. Et tips kan være å sette alle artiklene/rapportene i en tabell, det blir da mer oversiktlig og det er lettere ved drøftingen (Olsson og Sörensen, 2003).

Forsberg og Wengström (2008) sier at et litteraturstudie innebærer systematisk søking, kritisk gransking og sammensette litteraturen innenfor et valgt emne eller problemområde. Den systematiske litteraturstudien bør vektlegge aktuell forskning innenfor det valgte området, og bidra til å finne beslutnings underlag for klinisk virksomhet.

3.3 Sterke og svake sider ved litteraturstudie som metode

Litteraturstudie gir en oversikt over tilgjengelig litteratur, som innebærer både kvalitativ og kvantitativ. En positiv side ved litteraturstudie i følge Forsberg og Wengström (2008) er at en får mye litteratur på kort tid og kildene er lett tilgjengelige. Litteraturen og forskningen eksisterer allerede innenfor det temaet som blir valgt, og en oppnår mye kunnskap. En negativ side med litteraturstudie er at litteratur og forskning kan bli feiltolket, og ved å velge den litteraturen en selv ønsker, kan dette påvirke oppgavens resultat.

3.4 Litteratursøk og valg av litteratur

For å finne relevant litteratur til min problemstilling har jeg vært på Høyskole biblioteket, folkebiblioteket, bokhandelen og brukt referanselister fra tidligere utgitte Bachelor og Masteroppgaver. De databasene som jeg har brukt til å søke etter vitenskapelige forskningsartikler er SveMed, CINAHL, Sykepleien Forskning og Vård I Norden. Her er en oversikt over søkehistorikken.

Søkeord	Søkemotor	Antall treff
Hope and cancer patients and nurse.	CINAHL	57
Hope and terminally ill	CINAHL	89
Humor and cancer	CINAHL	28
Håp	SveMed	24
Kreftomsorg	Vård I Norden	3
Omsorg	Vård I Norden	208
Humor	Vård I Norden	27

De artiklene som jeg valgte ut fra disse treffene er:

- «Hope and Hopelessness- Nourishment for the Patient's Vitality».
- «Fostering hope in terminally ill patients».
- "The use of humor and its influences on spirituality and coping in breast cancer survivors".
- «Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp?».

- « Essensielle fenomen i kreftomsorga».
- «Den omsorgsfulle sykepleier- slik pasienter ser det».
- « Nursing and humor- an exploratory study in Sweden».

Artiklene er valgt ut på grunnlag av aktualiteten og relevansen de har for besvarelse av problemstillingen i oppgaven. De legger vekt på hva som fremmer håp og motsatt hva som fører til håpløshet, samt hva en omsorgsfull sykepleier er, og hva som er viktig å vektlegge i kreftomsorgen. Felles funn fra artiklene som blir omtalt senere i oppgaven er viktigheten av å bli møtt som et medmenneske, å ha meningsfulle forhold til andre, åndelighet og tro, sette seg mål og ivareta selvstendighet, bruk av humor og positive minner. Disse hovedfunnene har kommet frem etter arbeid med artiklene, og deretter ved å samle felles trekk og likheter om hva forskningen sier om problemstillingen. For nærmere redegjørelse av de enkelte studier, se vedlegg 1.

3.5 Kildekritikk

I følge Dalland (2007) er kildekritikk de metodene som vi bruker for å sjekke om en kilde er sann. Det vil si at du vurderer og karakteriserer de kildene som benyttes. Hensikten med å bruke kildekritikk er at leseren skal delta i de refleksjonene som har blitt gjort underveis, og hvilken relevans og gyldighet litteraturen har for å belyse problemstillingen. Det er dermed nødvendig å si noe om tilgangen på litteratur, om det har vært lett eller vanskelig å finne litteratur.

Det kan være nødvendig å si noe om litteraturen er tilstrekkelig oppdatert, i forhold til dagens situasjon. En annen utfordring kan være hvis litteraturen er fra en sekundærkilde, da er teksten bearbeidet og presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren. Det opprinnelige perspektivet kan da ha forandret seg, dette kan ha noe å si på kvaliteten på arbeidet (Dalland, 2007).

For å få mest mulig oppdatert og relevant litteratur har jeg helst brukt litteratur av nyere dato. Unntakelse av dette er boken til Travelbee (1999), denne var svært relevant for oppgaven, og er fremdeles svært aktuell i norsk sykepleierutdanning. Jeg har også brukt mest mulig primærkilder, da disse er sikrest å bruke i forhold til endring av litteraturen og tolking av

forfattere. Jeg har også brukt Malterud (2001) sin sjekklister for kritisk lesing av kvalitative studier. Jeg synes det var vanskelig i starten å finne vitenskapelige artikler og litteratur til oppgaven, grunnet at store deler av det som er blitt forsket på var i forhold til nyopptaget brystkreft, eller palliativ pleie til brystkreftpasienter. Jeg har allikevel kommet frem til et utvalg av litteratur og vitenskapelige artikler som jeg synes er relevante.

3.6 Etiske overveielser

Tidligere i kapittelet blir det nevnt at oppgaven baseres på et litteraturstudie, og dermed har forfatterne av de ulike artiklene som jeg har valgt ut, allerede sikret kravene for anonymisering, konfidensialitet og taushetsplikt ovenfor utvalget. Det er også flere etikkomiteer som skal sikre at disse kravene oppfylles. For medisinsk og helsefaglig forskning er det Helsinkideklarasjonen som er sentral, deklarasjonen fremhever grunnleggende prinsipper for medisinsk forskning på mennesker. Den nasjonale forskningsetiske komite for medisin (NEM) og De regionale komiteer for medisinsk forskningsetikk (REK) bygger også på denne deklarasjonen (Olsson og Sörensen, 2003). Forsberg og Wengström (2008) skriver at det er retningslinjer for hvordan en kan skrive et litteraturstudie på en etisk og korrekt måte, her vektlegges plagiat, juks og uærlighet.

Under arbeidet med denne oppgaven er det dermed min oppgave å vurdere de aktuelle artiklene som jeg bruker. Artiklene jeg har valgt å bruke i oppgaven er enten godkjent av etisk komite, eller publisert i et anerkjent tidsskrift. Jeg har også vært observant på kildehenvisningene, følge APA standarden, slik at jeg ikke feil informerer eller at det ser ut som min tekst.

4.0 Hvordan kan sykepleier bidra til å styrke håpet hos brystkreft pasienter?

I dette kapittelet skal jeg ta for meg hovedfunnene i de artiklene som jeg har valgt ut, og drøfte disse sammen med utvalgt bakgrunns litteratur, samt egne kliniske erfaringer fra praksis. Funnene i de ulike studiene går mye inn i hverandre, men jeg har prøvd å dele funnene inn i seks hovedtema:

- Å bli møtt som et medmenneske.
- Å ha meningsfulle forhold til andre.
- Åndelighet og tro.
- Sette mål og ivareta selvstendighet.
- Bruk av humor.
- Positive minner.

4.1 Å bli møtt som et medmenneske

Lorentsen skriver at opplevelsen av små gode øyeblikk, kan gi pasienten håp til å fortsette å leve og kjempe mot sykdommen. Det gode øyeblikket kan blant annet være et godt stell, og med dette menes måten pasienten blir stelt på, hvordan håndlaget til sykepleieren er.

Håndlaget til sykepleier har mye å si for opplevelsen av godt eller vondt, sykepleier må utføre stellet med omtanke, og med en holdning som ikke er likegyldig, men nærværende. Det vil gi pasienten følelsen av å være et individ med egenverdi til tross for sykdommen. Omgivelsene og atmosfæren har stor betydning for håpet, hvis sykepleier utstråler håp, engasjement og medfølelse, vil dette kunne styrke håpet til pasienten. Forfatteren skriver videre at måten sykepleier kommuniserer på, både kroppsholdning, toneleie på stemmen og ansiktsuttrykket sender signaler til pasienten. Har sykepleier en positiv holdning, kan dette bidra til et styrket håp og troverdighet. For å styrke kreftpasientens håp, dreier det seg om å lytte og observere. Ved begge disse kommunikasjonsformer bruker vi blikket, og blikket avslører holdningen vår. Blikk er holdning, samtale, mottakelse og imøtekommelse (Lorentsen, 2003).

Buckley og Herth bekrefter også i deres studie at de små ekstra tingene som ble gjort av sykepleier var svært viktig for å fremme håpet, og for å danne et positivt forhold mellom pasient og helsepersonell. Sykepleiers holdninger er svært avgjørende i forhold til å styrke pasientens håp. Pasienter ønsker å bli behandlet med høflighet og respekt (Buckley og Herth,

2004). Halding (2003) skriver i studien sin at opplevelsen av å bli møtt som en person med følelser og meninger som blir tatt hensyn til, er viktig for å føle seg ivaretatt. Dette uttrykkes ved å vise interesse for pasienten, og måten vi skaper personlig kontakt på. Være tilstede både fysisk og psykisk i situasjonen, samt å vise at en bryr seg mer om han/hun som et menneske enn som pasient, er viktig for å yte god omsorg, og for å gi følelsen av å være ivaretatt. Dette bidrar videre til at pasienten opplever styrket håp og krefter.

Travelbee (1999) trekker også frem viktigheten av å bli møtt som et medmenneske.

Forfatteren definerer sykepleie som en mellommenneskelig prosess, hvor sykepleier skal hjelpe med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og ved behov finne en mening i erfaringene. En måte sykepleier kan hjelpe på i følge Travelbee, er å danne en relasjon til den syke, dette gir et signal til den syke om forståelse og at en ikke er alene.

Kommunikasjon er et viktig redskap for å danne et menneske- til- menneske- forhold, hvor en uttrykker sine tanker og følelser. Noen mennesker må lære å leve med sykdommen sin, og ved å vite at det da finnes et varmt, forståelsesfullt og kunnskapsrikt medmenneske som ønsker å hjelpe, kan bidra til å holde mange pasienter oppe og styrke håpet, samt redde fra fortvilelse og håpløshet. Sykepleier som gjør seg tilgjengelig, villig til å hjelpe, lytte og snakke om det som opptar pasienten, kan bidra til et styrket håp. I følge Eide og Eide (2007) er empati nødvendig for å kunne få en forståelse av hverandre og få god kontakt. Empati innebærer at pleier og pasient får en påvirkning av og innlevelse i den andres følelser. Profesjonell empati omfatter å kommunisere tilbake enten verbalt, nonverbalt eller gjennom handling, den følelsesmessige forståelsen av pasienten. Holm (2005) skriver at empati kan være et godt hjelpemiddel når en skal danne relasjoner med pasienter, ved å gi støtte, trygghet og et godt samarbeid.

Halding skriver at noen av informantene i studien har opplevd noen sterke møter med helsevesenet hvor empati ikke kom til uttrykk, og opplevelse av å bli krenket kommer frem. En av informantene beskriver hvordan formidlingen av kreftdiagnosen var en dramatisk opplevelse og stor påkjenning, noe som huskes i lang tid. Det var ikke diagnosen som gjorden mest vondt, for denne var hun forberedt på, men det var måten diagnosen ble formidlet på. Beskjeden ble gitt av helsepersonell på en kort og brutal måte, og pasienten ble liggende alene inne på rommet uten noen å snakke med i etterkant. Denne korte og saklige formidlingen følte svært krenkende for pasienten (Halding, 2003). Buckley og Herth (2004) skriver også at nedvurdering av pasientene som en egen person og personlighet førte til følelse av håpløshet.

Flere av informantene hadde også i denne studien opplevd å få levert beskjed om kreftdiagnosen på en ufølsom, avfeierende måte, og som førte til følelse av håpløshet. Pasientene følte de ikke ble behandlet som en person, og dette i en av deres livs viktigste situasjon.

Eide og Eide (2007) beskriver viktigheten av en sykepleier som lytter, viser kontakt og forståelse, og hvordan dette kan bidra til å styrke håpet. Hjelpende kommunikasjon skaper trygghet og tillit, hjelpende kommunikasjon vil si å lytte, observere, forstå signalene til pasienten, gode og likeverdige relasjoner til pasienten, formidling av informasjon, møte pasientens behov og ønsker, stimulere pasientens ressurser, forholde seg til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål, samarbeide om gode løsninger og beslutninger.

Jeg synes at noen ganger i møte med brystkreft pasienter kan det være krevende, og vanskelig å vite hva jeg skal snakke om. I slike tilfeller har jeg oppdaget at det gjerne ikke er hva jeg sier som er viktig, men hva jeg gjør. Jeg velger ofte å sette meg ned med pasienten, og i flere tilfeller sitter jeg mest å lytter på hva pasienten har på hjertet, hva pasienten synes det er viktig å snakke om. Dette setter pasientene stor pris på, for det de trengte var en person som viste nærhet og lyttet, en person som tok seg tid.

Halding (2003) skriver også i studiene hva som gjør at pasientene ikke føler seg ivaretatt. Blant annet er det flere pasienter som har følt seg alene igjennom sykdommen, som et nummer i behandlingsrekken, og stemplet. Følelsen av at ingen følger opp, følelsen av å mase på helsevesenet og dårlig samvittighet for dette, og følelsen av at hjelpeapparatet er tilstede, men å måtte be om hjelpen selv er momenter som blir trukket frem. Flere følte helsepersonellet ikke hadde tid til dem, tiden er en viktig faktor, og når pleierne har dårlig tid vil ikke pasientene uttrykke sine behov for å prate og gråte, noen følte at de ikke fikk den støtten og hjelpen som det var behov for i alle tilfeller. Samtlige i studien følte de hadde fått for lite informasjon og individuell veiledning om følger av sykdommen og sosiale rettigheter. Dette førte til ekstra påkjenninger og følelse av å være mindreverdige.

4.2 Å ha meningsfulle forhold til andre

Lindholm, Holmberg og Mäkelä beskriver i deres studie at pasienter trenger kontinuerlig støtte i alle stadier av pleie for å opprettholde håpet. Det blir vektlagt at mening i livet og felleskap med andre er kildene til håp, og vil gi styrke til å leve og unngå håpløshet.

Informantene uttrykker at helsepersonell ikke kan gi håp, men de kan bidra til å styrke og støtte håpet, ved å lindre de fysiske lidelsene, og motivere med fremtidsrettet håp. Sykepleier kan også styrke håpet ved å ikke ignorere pasientens følelser av håpløshet. Informantene i studien vil at helsepersonellet er motiverende, ærlig og ikke forvrenger sannheten. De sier at helsepersonellet kan styrke håpet ved å engasjere seg, være oppmerksom, være oppriktig og ved å informere om sykdommen, behandlingen, kurene, og mulige åndelige og fysiske reaksjoner. Sykepleier kan skape tillit i stedet for usikkerhet (Lindholm, Holmberg & Mäkelä, 2005). I studie til Kvåle (2006) bekreftes dette, pasientene fremhever at når sykepleier setter seg ned og snakker med dem når de har mulighet, var uttrykk for omsorg. De fremhever også viktigheten av å få informasjon om sykdom, behandling og andre praktiske ting.

Rustøen fremhever også hvor viktig meningsfulle forhold er for å styrke håpet. Forfatteren skriver hvordan omgivelsene kan påvirke håpet, hvor stor betydning holdningene og atmosfæren rundt, har for håpet til pasienten. At familie og venner er rundt pasienten, kan minne om at en betyr noe for andre. Sykepleiers væremåte er en viktig del av pasientens miljø, og bør derfor utstråle ekte håp. Engasjement og medfølelse kan smitte over på andre, og kan føre til nye krefter og nytt håp. Dermed spiller sykepleiers holdning, væremåte og atferd en viktig rolle for både pasienters og pårørendes håp. Forfatteren skriver at de viktigste kildene til å opprettholde håp er familie, religiøs tro, venner, seg selv og hjelp av profesjonelle. Lege og sykepleier ble nevnt som den gruppen med helsearbeidere som bidra mest til å styrke håpet, dette ved å ta seg tid til å snakke, å gi informasjon, å være vennlig, høflig, omsorgsfull og hjelpsom, bare være tilstede, vise ærlighet og respekt. Mennesker som står pasienten nært, er viktig støtte i vanskelige situasjoner, å vite at andre stiller opp og hjelper ved nødvendighet kan bidra til å styrke håpet. Sykepleier kan bidra til å kartlegge pasientens sosiale nettverk, hvem som gir best støtte i vanskelige tider (Rustøen, 2001).

Lorensen trekker også frem betydningen av nærvær i sin studie. Forfatteren viser til betydningen av sykepleiers nærvær til motløse pasienter, å være til stede både fysisk og psykisk. Dette vil vise pasienten at en klarer deres desperasjon og motløshet, dette kan føre til

at pasienten opplever en følelse av verdi, og en hjelp ut av håpløsheten. Forfatteren viser også til Herth, som skriver at det psykiske nærværet til familien og helsepersonellet er viktig, det vil si at både kroppen og tankene er fokusert på situasjonen og pasienten. Det vil bekrefte verdien til pasienten, når en er fullstendig tilstede i vanskelige situasjoner. Forhold og relasjoner som kan ha en betydning for pasientens håp er nærmeste familie, sykepleier, Gud, kjæledyr og naturen (Lorentsen, 2003). Lohne fremmer også at sykepleiers rolle er å hjelpe pasienten med å oppleve velvære og trygghet, og det er viktig at sykepleier er støttende til at en positiv fremtid er mulig, selv med kronisk sykdom (Lohne, 2010).

I studien til Buckley og Herth (2004) kommer forfatterne frem til syv kategorier som styrker håpet, første kategori er betydning av meningsfulle forhold, det å være glad i noen, samt å ha noen som er glad i en tilbake, kjærlighet til familie og venner. Nærvær av familie og venner var en viktig del av håpsprosessen. Noen av informantene hadde fremtidige håp for barn og barnebarn. Halding (2003) trekker også frem hvor viktige helsepersonellet var i forhold til å stimulere håpet, flere av informantene mente at uten helsepersonell ville de sittet og visnet vekk i en stol, motløs. Helsepersonellet styrket kampviljen og håpet.

Myskja (2005) bekrefter Halding sin studie, ved å skrive at helsepersonellets holdninger var av stor betydning for pasientene. Pasientene mente at helsepersonellet måtte støtte håpet uansett hvordan utsiktene er, ellers følte pasientene at de bare kunne gi opp, og alt håp ble brutt ned. Det var ikke urealistiske håp, eller løfte om å bli frisk som var viktig, men håpet om å stå på videre- å gjøre det beste de kan sammen. Pasientene forstår realiteten, men trenger et ekstra løft og kraft, til å kjempe mot sykdommen. Leve den siste tiden, i stedet for å gi opp.

Buckley og Herth (2004) har også trukket frem tre kategorier i studien sin som kan hindre opplevelse av håp. Den ene kategorien handler om følelse av å være forlatt og isolert, relatert til pasienter som ikke følte for å dele deres frykt og bekymringer med verken familie, venner eller helsepersonell.

4.3 Åndelighet og tro

I studien til Buckley og Herth (2004) kommer det frem at tro på Gud, familie, venner, helsepersonell og et liv etter døden var punkter som fremmet håp. Troen på en åndelig verden

fremmet håpet. Troen på andre var også viktig, tro på de som behandler og hjelper en. Tro var sentralt i håpet til informantene, men hvordan de uttrykte det var forskjellig. Dette bekrefter også studien til Lindholm, Holmberg og Mäkelä (2005) hvor forfatterne skriver at informantene henvender seg til Gud, som en abstrakt annen, hvor trøst og håp finnes gjennom bønn. Ved å få en sykdom som kan føre til døden, åpner dette opp for håpet. Som nevnt tidligere avsnitt nevner også Lorentsen (2003) at relasjon til Gud kan ha betydning for håpet, og at åndelige behov og håp er nært knyttet sammen.

Rustøen (2001) skriver om sykepleie intervensjoner som er blitt utarbeidet for å styrke håpet til pasienter, blant disse strategiene blir åndelige forhold tatt opp. Her kommer det frem at det er viktig å diskutere åndelige forhold og verdier med pasientene, dette kan være en kilde til styrke. Religiøs tro er en kilde til å opprettholde håpet.

4.4 Sette mål og ivareta selvstendighet

Buckley og Herth (2004) skriver i studien deres at målsetting og måloppnåelse var kilder til tilfredshet og håp. Noen av pasientene satte urealistiske mål, andre pasienter fikk forverret sykdomstilstand og måtte dermed endre målene.

Lorentsen skriver at pasienter som setter seg mål, og klarer å oppnå disse opplever en følelse av kontroll. Sykepleier har også en sentral rolle i å hjelpe pasientene med å nå målene, slik at de opplever følelse av kontroll og ivareta selvstendighet. Ved å hjelpe pasientene med måloppnåelse viser sykepleier respekt, og dette er en grunnleggende verdi for en god relasjon, og for å styrke pasientens håp. Ved måloppnåelse opplever pasienten glede, håp, indre styrke og energi, som igjen vil gi en følelse av mestring. Ved å danne en god relasjon mellom sykepleier og pasient, samt ta avgjørelser i fellesskap, vil føre til følelse av likeverd og kontroll over eget liv (Lorentsen, 2003).

Rustøen trekker også frem at oppmuntring til å bruke egne ressurser kan fremkalle og styrke håp. Håp bidrar til å lettere mestre vanskelige situasjoner og hendelser. Håp knyttes til mestring, og er viktig for å oppnå god livskvalitet. Ved å være i aktivitet, få valgmuligheter for å oppleve delaktighet og muligheter, sette mål som fokuserer på fremtiden, fokusere på indre og ytre ressurser, se lyst på ting kan bidra til et styrket håp (Rustøen, 2001).

Fra tidligere erfaringer har jeg laget individuelle planer sammen med flere brystkreft pasienter, her satte pasientene opp både langsiktige og kortsiktige mål. De forskjellige målene varierte fra person til person, noen mål var gjerne urealistiske, mens andre måttet forandre eller laget nye målsettinger underveis på grunn av endret sykdomstilstand. Målene varierte fra det å kunne holde barnebarna selv, kunne strikke igjen og til å komme hjem. Målene gjør pasientene fokuserte, gir dem en ekstra kraft til å kjempe, og styrker håpet deres.

I studien til Buckley og Herth (2004) blir det trukket frem hvordan pasientene følte ukontrollerbar smerte og ubehag ved å miste uavhengigheten sin. Dette kunne videre føre til at pasientene mistet håpet.

Travelbee (1999) påpeker viktigheten av å gi kvalifisert og medfølelse omsorg, gi den hjelpen pasienten har behov for, gi pasienten mulighet til å velge selv, og medbestemmelse i avgjørelser som har med egen pleie å gjøre.

4.5 Bruk av humor

I studien til Johnson (2002) kommer det frem at humor kan være en mestrings strategi, humor var noe som utviklet seg etter hvert som en lærte å leve med diagnosen. Humor bidrar til at pasientene slappe mer av og ikke gir opp, noe som kan være viktig i møte med utfordringer. Når sykepleierne brukte humor i pleien, førte dette til at pasientene følte seg bedre, de fikk dem i rett humør og fikk situasjonen til å bli utholdelig. De mente også at humor førte til et dypere forhold, som fikk pleierne til å bli mer som et medmenneske, mer sensitive og mer troverdige. Pasientene synes det var godt å bli snakket til på en naturlig måte og ved bruk av humor. Noen av informantene mente at humor og åndelig tro påvirket hverandre, og hjelper dem til å finne mening i livet, samt en bedre forståelse av seg selv. Humor er et steg mot bedring, og styrker håpet. Olsson, Koch, Backe & Sørensen (2000) legger frem i studien at humor er en positiv erfaring, og kan bli brukt som beskyttelse. Mesteparten av informantene mente at humor er positivt i møte med helsevesenet.

Eide og Eide bekrefter studien til Johnson (2002) ved å skrive at humor kan redusere spenning, det kan lette litt på trykket i krevende situasjoner. Humor innenfor helsearbeid har som formål å skape kontakt og tillit, samt bidra til å fremme helse og lindre lidelse. Humor

kan styrke båndet mellom hjelper og pasient, men en trygg og god kontakt må allerede foreligge (Eide og Eide, 2007).

Jeg mener at humor er viktig i samhandling med pasienter, men som nevnt tidligere forutsetter det at en god relasjon allerede er dannet. Jeg tenker også alltid over hvordan humor blir brukt, i forhold til passende og upassende humor. Jeg tenker at en person som alltid har likt å bruke humor, vil verdsette bruk av humor også etter at sykdommen har oppstått. Jeg pleier alltid å observerer hvordan omgivelsene er rundt meg når jeg kommer inn på et pasientrom, da ser jeg om humor passer inn i situasjonen. Humor kan lette stemningen og få pasientene over på gode tanker. Hvis jeg ikke kjenner pasienten og ikke har dannet en relasjon er jeg alltid litt forsiktig, og venter gjerne til pasienten selv anvender humor.

Kvåle viser også til bruk av humor i studien, og informantene påpeker at de som gav best omsorg, var de sykepleierne som var smilende, blide og alltid i godt humør. Humor ble trukket frem som et viktig moment for bedringen i sykdomsperioden, det er viktig med et glimt i øyet og godt humør, selv om pleierne har mye å passe på, samt mye alvorlig sykdom i jobben. Fleiping, tulling og tøysing betyr mye for pasientene. Wist (2002) skriver også at smil og latter lever side om side med lidelse og alvor. Latter er like aktuelt for kreftsyke som for friske mennesker. Selv om en person får en kreftdiagnose, vil ikke dette endre personligheten, den humoristiske sansen forblir. Sykepleier som deler latter og humor med pasientene gir et signal om anerkjennelse og verdighet, samt følelse av å være et levende menneske.

Buckley og Herth kommer frem til i studien at humor er viktig for å opprettholde håpet. Flere pasienter som deltok i støtte grupper, nevnte viktigheten av å kunne le sammen om felles skjebne, for å kunne opprettholde håpet. Informantene mente også at det var en viktig indre ressurs, som fikk dem til å kjempe. Lantz og Siitonen (2002) skriver at humor kan lindre lidelse og bringe lys i tilværelsen, og er et viktig element i daglig omsorg. Tyrdal (2002) legger mer vekt på humor som et kommunikasjonsverktøy, hvor det kan bidra til å øke fortrolighet, øke pasients evne til å se situasjonen i et nytt perspektiv og øke pasientens selvrespekt. Det er svært viktig å skille mellom passende og upassende humor.

4.6 Positive minner

I studien til Lorentsen (2003) sier en av informantene at pasientfortellinger er et godt hjelpemiddel for å styrke håpet. Sykepleier stilte da åpne spørsmål om hvordan livet var tidligere og at pasienten kunne fortelle. Tilbakeblikkene kunne da komme frem med ting som trengtes å bearbeides, men det var alltid pasienten som bestemte hva som skulle gjøres med det som ble fortalt. Samtalene kan ha en terapeutisk funksjon, hvor det kan føre til større forståelse og klarhet. Dette kan bidra til at frykten forsvinner, og gir rom for håpet. Gode minner kan også fremme håpet i vanskelige situasjoner. Buckley og Herth (2004) skriver at gode minner fra familie ferier, når barna var små eller egen ungdomstid var viktig for å opprettholde håpet. Travelbee (1999) bekrefter dette, forfatteren trekker fram viktige momenter som å lytte til pasienten og være tilgjengelig for å styrke håpet. Forfatter sier også at sykepleier skal bistå syke mennesker med mestring av sykdom og lidelse, og uttrykke sine tanker og følelser til hverandre. Empati er evnen sykepleier har til å leve seg inn i eller ta del i og forstå pasientens tilstand.

5.0 Avslutning

Målet for denne oppgaven var å finne ut hvordan sykepleier kan bidra til å styrke håpet hos brystkreftpasienter. Jeg ønsket også økt kunnskap om hvordan møte brystkreftpasienter på en best mulig måte, gjennom arbeid med mye forskning og litteratur om disse temaene har jeg kommet frem til flere sentrale funn.

Håp gir pasientene glede, nytelse, positive opplevelser, mer energi og krefter. Håp lindrer håpløshet og hjelpeløshet, samt gir det styrke og mot til å tro på morgendagen. Det kommer frem i oppgaven at håp kan sette i gang helende prosesser i pasientene, det kan gi en stå på vilje og bedre prognose.

Det kommer også frem ulike punkter som er viktig for sykepleier å ivareta for å kunne styrke håpet til brystkreftpasienter. Blant annet er det viktig at sykepleier fokuserer på måten det blir kommunisert på, her er både kroppsholdning, toneleie på stemmen og ansiktsuttrykket sentralt for å uttrykke hvilken holdning sykepleier har, en holdning som viser nærvær og omtanke, vil kunne gi følelsen av å være likeverdig. God relasjon til pasienten, troverdighet, å bli behandlet med høflighet og respekt, samt følelse av å bli ivaretatt er viktig for å kunne styrke håpet.

Mening med livet og felleskap med andre ble trukket frem som kilder til håp, dette gjelder også fellesskap til helsepersonell. Sykepleiers væremåte, holdning og atferd spiller en viktig rolle for pasienters og pårørendes håp. Vise støtte og nærvær, ta seg tid til å snakke, gi informasjon, være vennlig, omsorgsfull, hjelpsom, ærlig og respektfull bidrar til styrket håp. Legge til rette for at familie og venner kan vise sin støtte og sitt nærvær, er viktig i pasientens håpsprosess.

Tilrettelegge for åndelighet og tro, samt diskutere åndelige forhold og verdier med pasientene kan være viktig for å oppleve styrke og håp. Det ble også påpekt at målsetting og måloppnåelse var svært viktig, sykepleiers oppgave her er da å tilrettelegge og bidra til måloppnåelse, dette vil føre til at pasient opplever kontroll, mestring og selvstendighet. Bruk av humor i pleien kan styrke relasjonen mellom pasient og pleier, samt skape tillit, anerkjennelse og verdighet. Sykepleier kan ikke gi håp til pasientene, men sykepleier kan bidra til å styrke og støtte håpet.

Referanseliste:

- Aronsen, J. M., Birkeland, J. A., Munkvik, M. & Sjaastad, I. (2010). *Sykdomslære 2: Repetisjon og oppgaver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Buckley, J. & Herth, K. (2004). Fostering hope in terminally ill patients. *Nursing Standard*, 19(10), 33-41. Hentet fra:
<http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/detail?vid=8&hid=119&sid=0ca70f97-2da9-46c1-b8b4-0494bd750109%40sessionmgr115&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtG2ZQ%3d%3d#d b=c8h&AN=2005018314>
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. Utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ekeland, T. J. (2007). Kommunikasjon som helseressurs. I: T. J. Ekeland & K. Heggen (Red.), *Meistring og myndiggjering: Reform eller retorikk?* (s. 29- 52). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Forsberg, C. & Wengstöm, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.
- Halding, A. G. (2003). Essensielle fenomen i kreftomsorga. *Vård I Norden*, 23(70), 24-28.
Hentet fra: <http://www.artikel.nu/Public/Main.aspx>
- Holm, U. (2005). *Empati: Å forstå menneskers følelser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Buanes, T. & Røise, O. (2009). *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Johnson, P. (2002). The use of humor and its influences on spirituality and coping in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 29(4), 691- 695. Hentet fra:
<http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c7743f68-dc32-4436-a53f-f63e55e7428d%40sessionmgr4&vid=4&hid=112>
- Kreftregisteret. (2011, 30.juni) *Kreftstatistikken for 2009*. Hentet 10.01.2012 fra
<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Nyheter/Krefttallene-for-20091/>
- Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 4* (s. 13-99). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvåle, K. (2006). Den omsorgsfulle sykepleier- slik pasienten ser det. *Vård I Norden*, 26(79), 15-19. Hentet fra: <http://www.artikel.nu/Public/Main.aspx>
- Lantz, G & Siitonen, E. (2002). Humor i sykepleien. I: S. Tyrdal (Red.), *Humor og helse: I teori og praksis* (s. 161- 169). Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Lindholm, L., Holmberg, M. & Mäkelä, C. (2005). Hope and Hopelessness- Nourishment for the Patient's Vitality. *International Journal for Human Caring*, 9(4), 33-38. Hentet fra:
<http://ezproxy.hsh.no:2077/ehost/detail?vid=10&hid=119&sid=0ca70f97-2da9-46c1-b8b4-0494bd750109%40sessionmgr115&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#d b=c8h&AN=2009053766>
- Lohne, V. (2010). Håp og håpløshet. I: U. Knutstad. (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2*. (s. 108- 125). (3.Utg.). Akribe.
- Lorentsen, V. B. (2003). Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp? *Sykepleien*, 91(21), 38-41. Hentet fra:
http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p_document_id=121739

- Malterud (2001). Sjekkliste for kritisk lesing av kvalitative studier. *The Lancet*, 358.
- Myskja, A. (2005). *Leve med kreft: Hvordan styrke håp og livsmot*. Oslo: Cappelens Forlag AS.
- Olsson, H., Koch, M., Backe, H. & Sörensen, S. (2000). Nursing and humor- an exploratory study in Sweden. *Vård I Norden*, 20(55), 42-45. Hentet fra:
<http://www.artikel.nu/Public/Main.aspx>
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet: En utfordring for sykepleieren?*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Rustøen, T. (2001). Smerte og håp. I: E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.). *Å leve med kronisk sykdom: En varig kursendring*. Oslo: Cappelens Forlag AS.
- Sørensen, E. M. & Almås, H. (2010). Sykepleie ved brystkreft. I: H. Almås, D. G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (s. 439- 453). (4. Utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Tyrdal, S. (2002). Humor i kommunikasjon. I: S. Tyrdal (Red.), *Humor og helse: I teori og praksis* (s. 161- 169). Oslo: Kommuneforlaget AS.
- WHO. (2012, februar). *Cancer*. Hentet 08. Februar 2012 fra
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
- Wist, E. (2002). Humor og kreft. I: S. Tyrdal (Red.), *Humor og helse: I teori og praksis* (s. 161- 169). Oslo: Kommuneforlaget AS.

Vedlegg 1: Presentasjon av artikler

Forfatter/ Tidsskrift	Populasjon	Metode	Hensikt	Resultat
1. Lindholm, L., Holmberg, M. & Mäkelä, C. (2005). Hope and Hopelessness- Nourishment for the Patient's Vitality. <i>International Journal for Human Caring</i> , 9(4), 33-38.	50 kvinner deltok som informanter	Kvalitativ	Øke forståelsen om hvilken betydning håp og håpløshet har for pasienters livsglede.	Håp og håpløshet avløser hverandre. Fellesskap med andre og mening i livet er kildene til håp, som også gir styrke til å tåle håpløshet. Håp og håpløshet forutsetter hverandre, og stimulerer vitalitet, kjerne substansen i helse.
2. Lorentsen, V. B. (2003). Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp? <i>Sykepleien</i> , 91(21), 38-41.	2 sykepleiere deltok som informanter	Kvalitativ	Få kunnskap om hvilke håpsfremmende intervensjoner sykepleier kan bruke for å styrke håpet hos kreftpasienter.	Gode øyeblikk, kan gi håp til å fortsette å leve og kjempe mot sykdommen. Være tilstede både fysisk og psykisk, gjør at pasient opplever seg verdifull, og dermed en hjelp ut av håpløshet. Vise respekt og lytte på pasienten er viktig for å styrke håp.
3. Buckley, J. & Heth, K. (2004). Fostering hope in terminally ill patients. <i>Nursing Standard</i> , 19(10), 33-41.	16 personer med palliative behandling som informanter	Kvalitativ	Undersøke betydningen av håp, og identifisere strategier for å fremme og holde på håpet.	Håpet var tilstede, uavhengig av nærhet til døden. Syv kategorier som fremmer håp og tre kategorier som hindrer håp, kom frem i studien.
4. Kvåle, K. (2006). Den omsorgsfulle sykepleier- slik pasienter ser det. <i>Vård I Norden</i> , 26(79), 15-19.	20 sykehus pasienter som informanter	Kvalitativ	Hva pasienter mener er viktig for opplevelsen av omsorg.	Bli møtt som et medmenneske, og ikke bare som en pasient. Omsorg handler mer om omtanke og bevissthet, enn tid.
5. Halding, A. G. (2003). Essensielle fenomen i kreftomsorga. <i>Vård I Norden</i> , 23(70), 24-28.	12 kreft overlevende som informanter	Kvalitativ	Utforske kreftoverlevende sine omsorgserfaringer med kreftsykdom.	God omsorg er avgjørende for å oppnå god livskvalitet, og for å gjenvinne styrke. Noen som bryr seg, gode samtaler, og å oppnå håp og styrke er viktige fenomen i kreftomsorg.

<p>6. Johnson, P. (2002). The use of humor and its influences on spirituality and coping in breast cancer survivors. <i>Oncology Nursing Forum</i>, 29(4), 691- 695.</p>	<p>9 kvinner med brystkreft diagnose som informanter</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>Beskrive pasientenes perspektiv på bruk av humor i deres pleie og behandling.</p>	<p>Pasientene identifiserte humor som en viktig mestrings strategi. De mente også at humor hadde en betydning i deres åndelige behov og i deres oppfatning av meningen med livet. Sykepleiers bruk av humor er viktig for å opprette et dypere og tryggere forhold med pasientene.</p>
<p>7. Olsson, H., Koch, M., Backe, H. & Sörensen, S. (2000). Nursing and humour- an exploratory study in Sweden. <i>Vård I Norden</i>, 20(55), 42-45.</p>	<p>802 informanter fra tre forskjellige grupper; pasienter, helsepersonell og personer utenfor helsearbeid.</p>	<p>Kvantitativ</p>	<p>Beskrive erfaringer med humor i helsearbeid, samt finne en mulig link mellom humor og sykepleie.</p>	<p>De fleste mente at deres egen sans for humor var større enn andres. Humor er en positiv opplevelse, men kan også bli brukt som beskyttelse.</p>

