



Høgskolen i **Hedmark**

Elverum

Avdeling for Helse og Idrett

4BACH

Thea Hauklien og Michelle Høvik Syverud

Veileder: Bente Bjørslund

”Håpets betydning for mestring”

”The meaning of hope in coping”

Antall ord: 13 692

Bachelor i sykepleie, kull 2010

2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

”Alt eller intet”

*Enten mestre hele problemet
med en gang, eller unngå problemet.*

Enten nå eller aldri.

*Enten komplett optimisme,
eller håpløshet.*

*Enten øyeblikkelig helbredelse,
eller ingen framgang.*

”Integrert”

*Tilnærming ved å bryte problemet
ned til overkommelige biter.*

Evne til å tåle utsettelse, ta tida til hjelp.

Realistisk forståelse av begrensinger.

*Bedring med små skritt,
eller på noen områder.*

Torben Schultz

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn for å skrive oppgaven - Samfunnsmessig perspektiv.....	5
1.2 Bakgrunn for å skrive oppgaven - Personlig relevans.....	6
1.3 Hensikt og presentasjon av problemstilling.....	6
1.3 Oppgavens avgrensning og disposisjon.....	7
2.0 Metode.....	9
2.1 Litteratursøk.....	9
2.2 Presentasjon av forskning.....	9
2.3 Valg av litteratur og kildekritikk.....	11
2.4 Etisk vurdering.....	13
3.0 Teori.....	14
3.1 Joyce Travelbee.....	14
3.1.1 Håpets betydning.....	14
3.1.2 Det å erfare lidelse.....	15
3.1.3 Menneske-til-menneske-forholdet mellom pasient og sykepleier.....	16
3.2 Kort om kreft.....	17
3.3 Traumatisk krise som er utløst av en kreftdiagnose.....	17
3.3.1 Sjokkfasen.....	18
3.3.2 Reaksjonsfasen.....	19
3.4 Håp som en positiv ressurs.....	20
3.5 Mestring.....	20
3.5.1 Mestringsstrategier.....	22
3.5.2 Forsvarsmekanismer i den akutte krisen.....	23
4.0 Drøfting.....	25
4.1 ”Du har kreft”.....	25
4.2 Det har virkelig skjedd meg.....	30
4.3 Over skyene er himmelen alltid blå?.....	36
5.0 Konklusjon.....	40
Litteraturliste.....	42
Vedlegg.....	48
Vedlegg 1 – PICO skjema.....	48

Vedlegg 2 - Søkehistorie 48

1.0 Innledning

Tema for denne oppgaven vil være vår rolle som sykepleiere hos pasienter i henhold til krise, håp og mestring, etter at de har fått stilt en kreftdiagnose.

1.1 Bakgrunn for å skrive oppgaven - Samfunnsmessig perspektiv

I 2010 fikk 28271 personer stilt en kreftdiagnose i Norge (Kreftregisteret, 2012). Ut i fra statistikk og faglitteratur kommer det frem at antall krefttilfeller øker, at kreft er noe man kan få i alle aldre og at det kan ramme alle deler av kroppen. En av årsakene til at antall krefttilfeller øker i Norge, er den høye gjennomsnittsalderen og økt befolkningsvekst (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2011; Kreftregisteret, 2011; Kreftregisteret, 2012). I følge Kreftregisteret (2012) døde 11036 personer i Norge av kreft i 2010. På verdensbasis døde 7,6 millioner mennesker av kreft i 2008, i følge World Health Organization (Bode, 2013).

I hverdagen er kreft et mye omtalt tema, og man blir stadig gjort oppmerksom på risikofaktorer og får kreftinformasjon fra forskjellige hold. Skremselspropaganda på TV, på tobakkprodukter og i media blir stadig mer brukt for å gjøre befolkningen oppmerksom på hva som skjer med kroppen ved ulike kreftdiagnoser. Kreftforeningen har to store årlige kampanjer som retter oppmerksomheten mot kreft og samler inn penger til kreftforskning (Kreftforeningen, 2011). I ”Krafttak mot kreft” og ”Rosa sløyfe-aksjonen”, jobbes det aktivt for å spre informasjon, øke kunnskapen om kreft og vise støtte til kreftrammede (Kreftforeningen/Brystkreftforeningen, s.a.). Til sammen ga kreftforeningen i 2011 185,4 millioner kroner til kreftforskning ved norske sykehus, universiteter og andre forskningsinstitusjoner (Kreftforeningen, 2011). Til sammenlikning ga de i 2010 139,7 millioner. Disse tallene viser at både satsningsnivået og støtten øker (Kreftforeningen, 2010).

Dette er med på å belyse hvor stor del av befolkningen som rammes av en kreftdiagnose i løpet av livet, får frem risikofaktorer og er med på å gjøre befolkningen oppmerksom på hvor aktuell kreftdiagnosen er i dagens samfunn.

Samtidig er det en side som ikke belyses like ofte, nemlig det at bak hver kreftdiagnose kan det skjule seg mye lidelse. Dette kan oppleves som en svært vanskelig og håpløs situasjon for den rammede. En kreftdiagnose vil i de fleste tilfeller utløse en traumatisk krise hos personen.

Det mennesket som opplever en traumatisk krise, føler seg ute av stand til å ha kontroll over sin egen situasjon. Alle mennesker opplever en traumatisk krise forskjellig, og på hver sin unike måte. Det er derfor viktig som sykepleier å ha kunnskap om de ulike krisefasene pasienten gjennomgår, slik at vi skal kunne bidra til at hver enkelt pasient kan føle forståelse for sin diagnose og mestring rundt sin nye situasjon (Kvåle, 2002). Når kreftpasienter opplever håp rundt sin diagnose og situasjon skaper dette økt livskvalitet og gir mot til mestring. I følge en studie gjort av Rustøen og Schjølberg (2000), der ca. 200 norske sykepleiere i kreftomsorgen har kartlagt hvilke kunnskapsområder som er ønskelig å få mer forskning rundt, ble livskvalitet trukket frem som det viktigste. Årsaken til at nettopp håp og livskvalitet er så viktig er at erfaringen og opplevelsen av en traumatisk krise er noe som kan følge en kreftpasient gjennom hele livet. Derfor er det viktig at sykepleieren som skal være en støtte gjennom krisen og behandlingsperioden, klarer å anvende sin kunnskap for å rette pasientens oppmerksomhet mot livskvalitet og mestring (Rustøen, 2006).

1.2 Bakgrunn for å skrive oppgaven - Personlig relevans

Temaene i problemstillingen er noe vi vet med sikkerhet at vi kommer til å trenge kunnskap om, uavhengig av hvilken avdeling eller arbeidsplass hvor det blir aktuelt for oss å praktisere vår sykepleie. Krisemestring og bevarelse av håp er interessante temaer, og tidligere erfaringer viser at sykepleieren får en stor rolle hos pasienter i en traumatisk krise. Det å møte pasienter i krise er en utfordrende situasjon, og det å ha kunnskap om både diagnoser, håp, kriser og mestring er viktig for at vi skal kunne yte god sykepleie. Vår erfaring viser at gjennom å videreformidle informasjon og kunnskap, er dette med på å gi pasienten trygghet og støtte i den vanskelige situasjonen. Det å skape en god relasjon til pasienten, uavhengig av hvilken situasjon pasienten befinner seg i, vil være avgjørende for at vi skal kunne gi den omsorgen som pasienten har behov for.

1.3 Hensikt og presentasjon av problemstilling

Hensikten med oppgaven er at vi ønsker å tilegne oss mer kunnskap rundt det å oppleve en traumatisk krise. Hvordan det kan påvirke et menneske å få en kreftdiagnose, og hvordan vi som sykepleiere kan bidra til at pasienten bevarer håp, mestrer den akutte krisen og den vanskelige situasjon. Dette er noe vi har hatt om i utdanningen, men vi ønsker allikevel å fordype oss mer innenfor disse temaene. Ved å besvare problemstillingen får vi bedre

kunnskap og innsikt i pasientens opplevelse av en traumatisk krise, og dette er kunnskap som kan være med på å styrke vår sykepleie og helhetlige omsorg for pasientene.

Vi har kommet frem til følgende problemstilling:

”Hvordan bidra til at pasienter med en nyoppdaget kreftdiagnose mestrer reaksjonene i en traumatisk krise og bevarer håp?”

1.3 Oppgavens avgrensning og disposisjon

I oppgaven velges det ikke ut en spesifikk kreftdiagnose. Dette er et bevisst valg da det ikke skal legges vekt på diagnosen, men heller på pasientens krisereaksjoner og mestringsstrategier. Hovedfokuset i oppgaven blir hvordan vi kan bidra til at pasienten skal føle mestring i en traumatisk krise og bevare håp. Det legges vekt på den første tiden etter at pasienten har fått stilt en kreftdiagnose. Fokuset blir derfor på sjokkfasen og reaksjonsfasen, altså den akutte krisen. Vi nevner alle de fire fasene, men skriver ikke om de to siste fasene da vi mener at disse ikke er relevante for oppgaven.

Det avgrenses ikke til kjønn, men alder i form av voksne. Dette fordi vi vet at vi vil møte mange ulike pasienter i ulike situasjoner, som alle kan dra nytte av at vi har kunnskaper om krise og mestring på et mer generelt grunnlag. Cullberg (2007) skriver at menneskers krisereaksjoner, uavhengig av årsaken til den traumatiske krisen, er overraskende like. Derfor blir fokuset på de mer naturlige og generelle krisereaksjonene hos en kreftpasient i den akutte fasen, og ikke ut i fra et enkelt individs opplevelser og reaksjoner. Vi vektlegger hvor viktig det er å bevare håp for å kunne mestre krisen og sykdommen på en best mulig måte.

Når pasienter får stilt en kreftdiagnose og blir innlagt på sykehus har de mange lovfestede rettigheter, i henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). I oppgaven er det §§ 3.1 og 3.2 (1999) som er relevant, da disse omfatter pasientens rett til medvirkning og informasjon. Disse rettighetene har helsepersonell i oppgave å opprettholde overfor pasienten. Samtidig så er helsepersonell lovpålagt til å følge Helsepersonelloven (1999).

På grunn av oppgavens ord- og tidsbegrensinger vektlegges ikke de pårørende, men fokuset blir på pasienten og sykepleierrollen. Somatisk og medisinsk behandling vektlegges heller ikke, siden vi ikke har valgt oss ut en spesifikk diagnose.

I oppgaven har vi valgt å bruke Joyce Travelbees sykepleierteori. Hun ser på mennesket som unikt og enestående, og mener at man skal se mennesket fremfor pasienten. Hennes sykepleieteori legger stor vekt på menneske-til-menneske-forholdet. Travelbee (2011) beskriver at gjennom et mellommenneskelig forhold kan den syke hjelpes til å finne håp og mening, og til å mestre opplevelsen av sykdom og lidelse. Vi føler at hennes sykepleieteori er relevant for vår oppgave, da den sier mye om det vi ønsker å vektlegge.

Begrepsavklaringer blir ikke et eget punkt, da disse kommer naturlig frem i teorien.

Oppgaven består av innledning, metode, teori, drøfting og konklusjon. I metoddelen går vi nærmere inn på hvordan vi har funnet forskning og litteratur som vi bruker gjennom oppgaven. I teoridelen tar vi for oss Joyce Travelbees sykepleieteori, hennes syn på håp, lidelse og hennes menneske-til-menneske-forhold. Deretter går vi inn på Cullbergs akutte krisefase, betydningen av håp og Lazarus og Folkmans mestringsteori. I drøftingsdelen vil vi bruke teori, forskning og erfaringer, og sette disse opp mot hverandre for å besvare problemstillingen. I konklusjonen vil vi skrive kort om hva vi har tilegnet oss av kunnskap, i henhold til besvarelsen av problemstillingen.

2.0 Metode

Vilhelm Aubert definerer metode som: ”... en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med til arsenalet av metoder” (sitert i Dalland, 2012, s. 111). Dette er en litterær oppgave, hvor en konkret problemstilling skal besvares gjennom kritisk vurdert litteratur og forskning (Dalland, 2012).

2.1 Litteratursøk

I oppgaven benyttes relevant pensumlitteratur, selvvalgt faglitteratur og aktuell forskning. Forskningsartiklene som brukes i oppgaven ble funnet gjennom ulike databaser. Vi benyttet oss av databaser som vi har tidligere erfaring med å bruke: SveMed+, CINAHL via EBSCOhost, Ovid Nursing, BIBSYS Ask og Google Scholar. Endte opp med å bruke artikler fra SveMed+, EBSCOhost og Ovid Nursing, samt en artikkel fra Sykepleien. Søkeordene som ble brukt er: *cancer, diagnosis, coping, coping issues, adaption, communication, communication needs, crisis, traumatic crisis, stress, hope, nurse, patient og nurse-patient relation*. Søkeordene ble brukt i forskjellige kombinasjoner og rekkefølge, og det ble avgrenset til fulltekst, for å snevre inn søket og finne de mest relevante artiklene for å besvare problemstillingen. For å finne artiklene som brukes i oppgaven, vurderte vi først om artikkelnavnet var relevant for så å lese sammendraget, og dersom dette syntes å være aktuelt, tok vi for oss resten av artikkelen. Videre følger en kort presentasjon av de ulike artiklene som brukes i oppgaven

2.2 Presentasjon av forskning

I en kvantitativ studie utført i USA av Fife (2005), ble forskjeller og ulikheter mellom en gruppe nydiagnostiserte kreftpasienter og en gruppe HIV/AIDS pasienter, og hvordan symptomene og sykdommen påvirket deres hverdag undersøkt. 76 kreftpasienter og 130 HIV/AIDS pasienter besvarte et spørreskjema om frekvensen av symptomene og hvordan disse symptomene påvirket hverdagen. I forskningsartikkelen vektlegges tilpassning til sykdommen, mestring i hverdagen og hvordan finne en ny mening med livet.

Lorentsen (2003) har skrevet en artikkel som er basert på en studie hvor problemstillingen er: ”*Hvordan kan sykepleieren styrke kreftpasientens håp der kurativ behandling er avsluttet?*”.

Artikkelen tar utgangspunkt i et kvalitativt forskningsintervju, hvor to sykepleiere i Norge ble spurt om hva som styrker pasientenes håp.

Dunniece (2000) har i en kvalitativ studie sett på hvordan det er å være tilstede som sykepleier når en pasient får stilt en kreftdiagnose. Seks sykepleiere i Irland fikk gjennom et semistrukturert dybdeintervju rom til å ytre personlige erfaringer og følelser, samtidig som de besvarte gitte spørsmål. I studien legges det frem ulike beretninger fra sykepleierne om hvordan de bruker sine personlige erfaringer for å mestre den nye situasjonen sammen med pasienten.

Thorsnes og Brataas (2008) har i en kvalitativ studie hentet data fra åtte sykepleier-pasient møter i Norge for å finne ut av hva konteksten for narrativer er i en samtale med pasienten, og hvordan kreftsykepleieren bruker disse for å få pasienten til å bearbeide kreftdiagnosen.

Varre, Slettebø og Ruland (2011) har i en kvalitativ delstudie undersøkt hvordan norske kreftpasienter kan bruke et diskusjonsforum på internett til å mestre den utfordrende situasjonen, gjennom å reflektere, dele erfaringer, stille spørsmål, gi råd, være oppmuntrende og gi støtte til hverandre. 62 pasienter benyttet seg av diskusjonsforumet, 45 kvinner og 17 menn. Gjennom nøye analyse av diskusjonsforumet kom det frem at forumet ble brukt som en mestringsmulighet for å takle den utfordrende hverdagen med en kreftsykdom.

Felder (2004) har gjennom en beskrivende studie kartlagt 183 amerikanske kreftpasienters nivå av håp. Det ble lagt vekt på hvordan håp og bruk av ulike mestringsstrategier henger sammen. Studien vektlegger også hvordan sykepleiere kan praktisere sin sykepleie for å fremme håp hos kreftpasienter.

I en oppsummerende forskningsartikkel fra USA skriver Carol Marcusen (2010) om kreftpasienters behov for informasjon og kommunikasjon. Tidligere publiserte forskningsartikler og studier benyttes for å kartlegge hvor viktig det er for en sykepleiers praksis at sykepleieren har kunnskaper om pasientens diagnose, og hvordan man skal videreføre denne kunnskapen ved hjelp av ulike kommunikasjonsteknikker.

I en kvalitativ studie utført av Andersen og Jarden (2012) i Danmark, undersøkte de fem pasienter og hvordan de mestret hverdagen med kreft. De brukte et semistrukturert intervju som ble analysert hermeneutisk og relatert til Lazarus og Folkmans mestringsteori. Studien viser til hvordan sykepleierens kunnskap om ulike mestringsstrategier og hvordan disse blir formidlet til pasienten, gjør at pasienten mer bevisst tar i bruk en mestringsstrategi for å mestre sin situasjon.

Kim, Yeom, Seo, Kim og Yoo (2002) utførte et kvantitativt beskrivende tverrsnitt studie, hvor 257 innlagte kreftpasienter i Korea svarte på to ulike spørreskjemaer for å kartlegge forholdet mellom stress og mestring. Spørreskjemaene som ble brukt i studien var VAS og KWCQ. Visuell Analog Skala (VAS) ble brukt for å kartlegge stressnivået hos pasientene, og en Koreansk versjon av "Ways of Coping Questionnaire" der de undersøkte hvilke mestringsstrategier pasientene ville benytte seg av i ulike situasjoner, da med tanke på Lazarus og Folkmans mestringsteori.

I en oppsummerende forskningsartikkel skriver Bahti (2010) om mestringsproblematikk blant mennesker som lever med en kreftdiagnose. I studien brukes tidligere publisert forskning og erfaringer for å kartlegge kreftsykepleierens rolle i forhold til pasienten, hvordan pasienten skal mestre sykdommen og pasientens behov for å snakke om sine problemer. Forskningsartikkelen legger vekt på kreftpasienters ulike psykiske og emosjonelle behov, og hvordan disse dekkes ved hjelp av mestring.

2.3 Valg av litteratur og kildekritikk

I oppgaven har vi i hovedsak benyttet oss av primærlitteratur, da dette er ønskelig siden det er originalteksten, skrevet av den opprinnelige forfatteren. Samtidig benyttes det sekundærlitteratur for å underbygge primærlitteraturens budskap. I situasjoner hvor vi ikke har klart å finne primærlitteraturen, har vi valgt å bruke sekundærlitteratur. Da har vi kritisk vurdert om kilden er troverdig, og at ikke sekundærforfatteren har feiltolket primærforfatterens budskap og meninger. Reitan og Schjølbergs "Kreftsykepleie" (2010) og Bunkholdts "Psykologi" (2002), benyttes som sekundærlitteratur for å underbygge Lazarus og Folkmans mestringsteori, da disse bøkene gir en oversiktlig og troverdig gjennomgang av primærlitteraturen. For å underbygge Cullbergs kriseteori, benyttes også Reitan og

Schjølbergs ”Kreftsykepleie” (2010), samt Eide & Eides ”Kommunikasjon i relasjoner” (2010). Sekundærlitteraturen som benyttes i oppgaven er enten pensum eller fagbøker, derfor føler vi at dette er troverdig litteratur.

For å belyse hvilken sykepleieteoretiker vi har brukt har vi tatt for oss Joyce Travelbees ”Mellommenneskelige forhold i sykepleie” som litteratur. Denne ser vi på om en primærkilde, selv om den er oversatt til norsk.

Det er alltid ønskelig å benytte litteratur og forskning av nyere dato. Vi har bevisst valgt å bruke de nyeste utgavene av pensum og faglitteratur når disse har vært tilgjengelige, da dette styrker både oppgaven og kildenes troverdighet. Forskningsartiklene som benyttes i oppgaven strekker seg fra 2000-2012, og gjennom å ha lest forskningen har vi vurdert at dette er forskning som er relevant den dag i dag.

Vi har valgt å bruke Kreftregisteret (2012) og Kreftforeningen (2011) for å finne aktuell statistikk og relevant informasjon om kreft, da dette er troverdige kilder som oppdateres kontinuerlig.

Kildekritikk er et verktøy for å vurdere å analysere litteraturen som brukes i oppgaven. Gjennom kildekritikken får man et inntrykk av hvor relevant og troverdig litteraturen kan være for problemstillingen (Dalland, 2012). For å være kritisk til utvelgelsen av forskning har vi sett at artiklene er bygd opp etter IMRAD-prinsippet. Det vil si at artikkelen har en innledning, metode, resultat og diskusjonsdel (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt og Reinart, 2007).

Vi har valgt å bruke både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Kvalitativ forskning er karakterisert av Nortvedt et al. (2007) som et utvalg av henholdsvis få personer, som samtidig gir et innholdsrikt og beskrivende datamateriale. Datamaterialet består av erfaringer, holdninger og opplevelser, og statistiske metoder brukes ikke. I kvantitativ forskning benyttes derimot statistiske metoder, for å undersøke forskjeller og sammenhenger i ulike situasjoner (Nortvedt et al., 2007). Det er viktig å stille seg kritisk til begge disse formene. En kvalitativ studie tar utgangspunkt i få personer, og bruker ofte intervju som metode for datasamling. Dette kan oppleves som en stressende situasjon for mange, og det er ikke alltid

intervjuobjektene tør å si hva de egentlig føler og mener. Resten av befolkningen kan ha en annen mening enn det som kommer frem i studien. I en kvantitativ studie benyttes det ofte spørreskjema der personene ikke alltid kan få frem eksakt hva man mener, og det gir ikke rom for oppklaring rundt de eventuelle svarene hvis det er noe som er uklart i besvarelsen. Men da vi vurderer resultatene fra begge metodene, der resultater blir pasienterfaringer og hva en pasientgruppe mener, blir det til sammen et godt utfall som vi kan benytte oss av i oppgaven. Vi har valgt å benytte artikler fra både Norge og Danmark, men også artikler fra USA, Irland og Korea, da vi ser at disse er relevante for oppgaven siden studiene legger vekt på sykepleiere og pasienter, og ikke samfunnsmessige forhold.

2.4 Etisk vurdering

I oppgaven benyttes egne erfaringer, og for å overholde taushetsplikten vil vi ikke nevne navn og sted i henhold til den aktuelle situasjonen. Vi har også fulgt APA-standard for å sikre riktig kildebruk, slik at de opprinnelige forfatterne får den oppmerksomheten og kredit de fortjener.

3.0 Teori

I teoridelen belyses temaene som er relevante for å besvare problemstillingen. Det skrives kort og generelt om kreft, for å få en forståelse av hva kreft er og hva dette kan gjøre med et menneske. Deretter går oppgaven nærmere inn på psykiske reaksjoner ved en nystilt kreftdiagnose. Vi vil ta for oss Cullbergs kriseteori, skrive om hans akutte krisefase og om håpets betydning i krisen. Deretter belyses Lazarus og Folkmans (1984) mestringsteori, og hvordan man kan mestre det å gjennomgå en traumatisk krise ved hjelp av Cullbergs (2007) forsvarsmekanismer. Joyce Travelbees sykepleieteori, hennes menneske-til-menneske-forhold, erfaring av lidelse og syn på håp, vektlegges i første del av teorien.

3.1 Joyce Travelbee

Vi skal nå ta for oss sykepleieteoretikeren Joyce Travelbees syn og meninger om *håp, lidelse* og hennes *menneske-til-menneske-forhold* (Travelbee, 2011). Sykepleieteorien legger stor vekt på at alle mennesker er unike individer. Like, men samtidig ulike. I følge Travelbee skal sykepleie alltid være rettet mot mennesket, som hele tiden utvikler og endrer seg. Målet for sykepleie skal alltid være å hjelpe et annet menneske. Gjennom å konfronteres med andres sårbarhet, og dermed sin egen, vektlegger Travelbee betydningen av at man må akseptere og erkjenne seg selv som menneske, før man kan akseptere andre som mennesker (Jensen, 1999).

Joyce Travelbee skriver ”*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*” (2011, s.29). Dette sitatet får frem vår rolle i den vanskelige situasjonen. Men for å kunne hjelpe et individ med å finne mening, er det å ha håp en avgjørende faktor.

3.1.1 Håpets betydning

”Håp er en mental tilstand karakterisert ved ønsket om og nå frem til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige” (Travelbee, 2011, s. 117). Travelbee (2011) mener at håp er det som gjør mennesket i stand til å mestre sykdom og lidelse. Når et menneske er sykt, kan håp være med på å gi motivasjon og energi til å mestre de vanskelige situasjonene. Uten håp er det vanskelig å se en løsning på problemene, eller se en utvei i situasjonen. Ved å ha tidligere

erfaringer om at andre kan hjelpe, skaper dette en tillit og et grunnlag for at man kan utvikle et håp og en mening. I følge Travelbee (2011) er forventninger om at andre kan hjelpe alltid tilknyttet håpet, spesielt når egne indre ressurser ikke er tilstrekkelig.

For å overleve i hverdagen er alle individer avhengige av et samarbeid og at andre hjelper til. Mennesker som er syke og lider kan ofte ha vanskeligheter med å be om hjelp, selv om dette kan være når de trenger det som mest. Det å spørre om hjelp kan oppleves som en byrde, og det å være avhengig av andre kan føles nedverdiggende for den syke. Håp er fremtidsorientert, og med dette mener Travelbee (2011) at den syke som har håp, har i oppgave å strukturere fremtiden slik at livssituasjonen endrer seg og man oppnår en mer ønsket situasjon. Den som har håp tror på at det finnes valg og muligheter som kan være med på å finne en utvei. Selv om et håp kan være uoppnåelig og urealistisk, kan allikevel et ønske om å oppnå håp være med på å gi mening. Det krever stor viljeinnsats for å holde håpet i live når man igjen og igjen må jobbe for å endre sin situasjon og lindre sine plager, og derfor er evnen til utholdenhet en viktig egenskap.

Travelbee (2011) mener at det å ha mot er svært relevant i forhold til det å ha håp. En person som har håp, har mot til å stå på for å oppnå sine mål, men har evnen til å innse sin egen frykt og utilstrekkelighet. En modig person lar ikke situasjonen ta overhånd, men prøver å oppnå en viss kontroll over den. Selv om målet ikke oppnås, sitter den modige igjen med en trøst over at man ikke har gitt seg uten kamp. Det er fremdeles håp, og det handler om å prøve å mestre situasjonen når den oppstår og ikke flykte fra problemene. Travelbee skriver: ” et menneske som er uten håp, ser på verden på en helt annen måte enn den som opplever håp” (2011, s.122). En situasjon hvor det er vanskelig, men samtidig viktigere enn noen gang å bevare håp, er når et menneske opplever sykdom og lidelse.

3.1.2 Det å erfare lidelse

Lidelse er noe alle mennesker før eller senere vil erfare, og det er noe som oppleves av hvert enkelt individ, på sin unike måte. Hvilke tidligere erfaringer en person har rundt opplevelsen av lidelse, har stor betydning for hvordan lidelsens mening forstås og dermed hvordan personen vil mestre å holde ut den krevende situasjonen. Travelbee skriver at: ” hvert enkelt menneske lider fordi det er et menneske, og fordi lidelse er uløselig knyttet til det å være

menneske” (2011, s.98). For at et menneske skal kunne erfare lidelse, må en situasjon bevisst oppleves som smertefull, og ofte er det ønskelig å komme seg ut av den vonde og vanskelige situasjonen. En grunnleggende antakelse er i følge Travelbee (2011) at opplevelse av sykdom og lidelse er både åndelige, fysiske og psykiske erfaringer.

Travelbee (2011) skriver om ”hvorfør meg?”- og ”hvorfør ikke meg?”-reaksjonen, som to reaksjoner på sykdom og lidelse. ”Hvorfør meg?”-reaksjonen mener hun er den vanligste reaksjonen, og her mangler mennesket ofte akseptasjon rundt sin sykdom og leter etter en mening på hvorfør sykdommen har rammet nettopp dem. ”Hvorfør ikke meg?”-reaksjonen er ifølge Travelbee (2011) ikke en vanlig reaksjon, da hun mener at dette er en form for akseptasjon for situasjonen.

Det å hjelpe pasienten til å finne en mening i sin situasjon, mener Travelbee (2011) er et av sykepleierens overordnede mål. For å kunne få til dette vil et nært og tillitsfullt menneske-til-menneske-forhold være en viktig og avgjørende ressurs.

3.1.3 Menneske-til-menneske-forholdet mellom pasient og sykepleier

Travelbee (2011) mener at et menneske-til-menneske-forhold er noe enhver sykepleier har som oppgave å etablere. For å skape et slikt forhold må både sykepleieren og den syke se på hverandre som unike menneskelige individer. ”Sykepleier” og ”pasient” titlene må bli satt til side, før man kan se på hverandre som enkeltindivider. En reell kontakt oppnås først da man opplever den andre som et menneske. For at sykepleieren skal få oppfylt de målene og den hensikten man har til å hjelpe et individ med og mestre å forebygge sykdom, så må et menneske-til-menneske-forhold være tilstede. I hvilken grad den syke har fått hjelp til å mestre sin situasjon, er det endelige målet på sykepleiekompetanse. Hvordan sykepleieren har bidratt til at individet finner en mening i erfaringene med sykdom og lidelse, og det sykepleieren gjør for og sammen med den syke, er ifølge Travelbee (2011) sykepleierens mål og hensikt.

Travelbee (2011) skriver om fire sammenhengende faser man må gjennom for å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Fasene man går gjennom er det innledende første møte, utvikling av identiteter, empati, sympati og medfølelse. Disse fasene er med på å etablere et

forhold med gjensidig forståelse og kontakt. Hvordan vi fremstår som mennesker, gjennom adferd og holdninger, påvirker hvordan vi kommuniserer med pasienten. Vår kommunikasjon er en viktig del i prosessen for å etablere et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2011).

3.2 Kort om kreft

Ordet kreft er for mange forbundet med smerte, lidelse og død, og når diagnosen blir stilt til pasienten dukker det automatisk opp mange skremmende spørsmål og bekymringer. Mange pasienter er ikke i stand til å ta inn over seg mer informasjon enn at de har fått en kreftdiagnose, uten at de egentlig forsår rekkevidden av det (Faulkner & Maguire, 1998; Reitan, 2010c; Schjølberg, 2010). Det er mange utfordringer en kreftpasient står ovenfor. Reitan (2010c) oppsummerer utfordringene i en kreftpasients sykdomsforløp som følgende: ”de skal ta imot informasjon om diagnosen, håndtere bivirkninger og senskader, de risikerer tilbakefall av sykdommen, og for noen vil det til og med dreie seg om å forberede seg på døden” (s.22). Mennesker opplever det å få en kreftdiagnose individuelt, det kan føles som truende mot jeg’et, og hvilken situasjon den enkelte pasient befinner seg i har stor betydning for hvordan den mestrer dagliglivets utfordringer og konsekvensene kreftsykdommen fører med seg (Reitan, 2010c).

3.3 Traumatisk krise som er utløst av en kreftdiagnose

Johan Cullberg definerer en traumatisk krise som ”individets psykiske situasjon ved en ytre hendelse av en slik art at personens fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet eller grunnleggende livsmuligheter blir truet” (2007, s. 108).

En traumatisk krise utløses av uventede og ekstraordinære hendelser, som ikke faller naturlig i et menneskes livsforløp (Cullberg, 2007; Eide & Eide, 2010). Traumatiske kriser brukes ofte om påkjenninger som er så store at personen som rammes kan få fysiske, psykisk, sosiale eller åndelige plager over en kortere eller lengre periode (Eide & Eide, 2010). Det å få en kreftdiagnose vil for de fleste utløse en traumatisk krise (Reitan, 2010a).

Ved en nystilt kreftdiagnose er ofte den umiddelbare reaksjonen det å forsvare seg selv og ikke akseptere det som blir sagt (Reitan, 2010a). Opplevelsen av kaos kan ofte være blandet med angst og spenning, og personen leter panisk etter en mening med det som har hendt, og

en mening med livet (Cullberg, 2007; Hummelvoll, 2012). En traumatisk krise er en livserfaring alle mennesker før eller senere vil møte, og den er umulig å forutse. En lidelse kan oppleves som belastende og skremmende for pasienten, og det vil være ønskelig å komme ut av denne situasjonen (Eide & Eide, 2010; Hummelvoll, 2012; Travelbee, 2011).

Når en person opplever en traumatisk krise er det et psykisk reaksjonsmønster som trer i kraft. Vi velger å ta utgangspunkt i Cullbergs kriseteori, hvor han beskriver fire faser i den traumatiske krisen:

- Sjokkfasen
- Reaksjonsfasen
- Bearbeidelses- eller reparasjonsfasen
- Nyorienteringsfasen (referert i Eide & Eide, 2010, s.167)

Sjokkfasen og reaksjonsfasen tilsvarer det Cullberg (2007) kaller den akutte krisen. Vi velger nå å gå nærmere inn på disse to fasene.

3.3.1 Sjokkfasen

Sjokkfasen varer ikke lenger enn noen døgn, og kan noen ganger kun vare i et kort øyeblikk til noen timer (Cullberg, 2007; Hummelvoll, 2012). Når en kreftdiagnose stilles kan vedkommende havne i en sjokktilstand, ha vanskeligheter for å ta virkeligheten innover seg, og prøve å stenge virkeligheten ute (Cullberg, 2007). Det kan være vanskelig å se at en pasient er i sjokk, da pasienten kan virke tilsynelatende rolig og velordnet på overflaten, mens i virkeligheten kan pasienten føle et ukontrollert kaos på innsiden. Man kan bli følelsesmessig uklar og virke noe fjern, og for mange kan virkeligheten oppfattes som uvirkelig (Cullberg, 2007; Hummelvoll, 2012.). Noen kan føle at de drømmer og bare vil våkne, de kan føle seg nummen i kroppen og fraværende fra sine egne følelser. De ønsker ikke å ta innover seg og bearbeide situasjonen. Mange kan i etterkant av hendelsen som utløste sjokket, verken huske hva som har blitt sagt eller gjort (Eide & Eide, 2010; Hummelvoll, 2012). Informasjon som blir gitt etter at kreftdiagnosen stilles, må ofte gjentas i ettertid, da pasienten ikke alltid klarer å få med seg hva som blir sagt. Pasienten kan ofte unnlate å uttrykke behovet for trygghet, omsorg og støtte, selv om behovet og ønske om hjelp kanskje er større enn noen gang (Eide & Eide, 2010; Travelbee, 2011). Pasienter kan reagere apatisk, altså bli liggende urørlig og utilgjengelig, og kan ofte handle annerledes enn de normalt ville gjort (Cullberg, 2007; Eide &

Eide, 2010; Travelbee, 2011). Benektelse av virkeligheten og sykdommen, kan gjøre det vanskelig å komme seg videre med livet (Eide & Eide, 2010; Faulkner & Maguire, 1998).

Etter hvert som kreftpasienten begynner å akseptere sin nye virkelighet, og prøver å ta inn over seg sin nye situasjon, beveger man seg over i reaksjonsfasen av den traumatiske krisen.

3.3.2 Reaksjonsfasen

I reaksjonsfasen begynner man å åpne øynene for kreftdiagnosen, den sanne virkeligheten og hvordan situasjonen faktisk er. Pasienten blir mer mottakelig for informasjon og veiledning, og de følelsesmessige reaksjonene slipper dermed mer til (Eide & Eide, 2010; Cullberg, 2007). Denne fasen kan vare fra uker til måneder (Eide & Eide, 2010; Hummelvoll, 2012). Man har ikke kontroll over alle de ulike følelsene og tankene som dukker opp, og dette kan oppleves som voldsomt, skremmende og vanskelig (Eide & Eide, 2010; Hummelvoll, 2012). En kreftpasient kan ofte reagere med skyldfølelse og skam. Noen kan føle sinne og aggresjon rundt situasjonen og blir irritable og utagerende, mens andre kan føle dyp sorg, bli deprimert og isolerer seg (Cullberg, 2007; Eide & Eide, 2010; Hummelvoll, 2012). Når man opplever en traumatisk krise som utløses av en nystilt kreftdiagnose, vil reaksjoner raskt forekomme når man begynner å ta innover seg hva situasjonen innebærer. Følelsen av nummenhet og det at man ikke har kontakt med sine egne følelser er noe som kan henge lenge igjen fra sjokkfasen. Tiden etter man har fått en kreftdiagnose vil være en stor påkjenning, og kan forsterke en følelse av håpløshet og fortvilelse. Reaksjoner kan ofte bli sterke når man endelig tør å slippe sannheten til. Vanlige reaksjoner man kan oppleve er bekymring for fremtiden, for utviklingen av sykdommen og frykt for døden (Eide & Eide, 2010). Personer i reaksjonsfasen streber etter å finne mening i sin kaotiske tilstand (Cullberg, 2007). Et menneske med kreft kan oppleve tap av selvfølelse, trygghet, kontroll og tap av uavhengighet. Disse tapene og en kreftpasients uforutsigbare fremtid, vil kunne gi opplevelsen av håpløshet. Det å gå fra at alt virker håpløst, til å finne håp og en mening med situasjonen (Utne & Rustøen, 2010), vil i følge Travelbee (2011) være av stor betydning for at et menneske skal være i stand til å bære byrden av sykdom og lidelse.

3.4 Håp som en positiv ressurs

Å håpe er en avgjørende ressurs hos alle mennesker, da spesielt hos nydiagnostiserte kreftpasienter, kreftpasienter som får tilbakefall og hos pasienter med langtkommen kreft (Utne & Rustøen, 2010). Når man får en kreftdiagnose kan dette gjøre at man opplever en ny virkelighet, ved at man for eksempel ser annerledes på livet enn det man gjorde før sykdommen. For at livet skal oppleves som godt å leve eller til å hold ut, er håpet en viktig faktor i alle menneskers liv. Håp kan gi glede, som igjen kan føre til en indre styrke og energi til å ønske å mestre kreftdiagnosen, ved at man våger å ha tro på morgendagen (Lorentsen, 2003; Rustøen, 2006; Utne & Rustøen, 2010).

I en studie gjort av Lorentsen (2003) kommer det frem at sykepleiere mener at håp er avgjørende for at pasientene skal kunne oppleve et best mulig liv. Håp kan gi mening til livet, slik det er her og nå, uavhengig av hvordan fremtiden blir.

Teologen Lynch mener at et menneske som har håp og ser en mening, har følelser og kunnskaper om at de vanskelige situasjonene i livet kan mestres. Derfor kaller han håpet for ”mulighetenes kunst”. Han mener også at håpet kan skape en optimistisk konklusjon (Referert i Lohne, 2010). Håpet er en positiv ressurs, og noe som alltid er til stede, overalt og gjennom alt vi gjør (Rustøen, 2006; Utne & Rustøen, 2010).

Håp er at man kan se positivt på fremtiden. Har man håp vil man anstrenge seg for å overvinne sykdommen. Med håp finner et menneske motivasjon til å fortsette å prøve, så lenge man selv har troen på at en endring er oppnåelig (Lohne, 2010). Håpet kan bidra til at pasienter aksepterer sin sykdom, og gjør at man lettere kan mestre krisen (Lohne, 2010; Rustøen, 2006; Utne & Rustøen, 2010). Håp bidrar til å gi en mening og hensikt i tilværelsen, og gir styrke til å løse problemene i den vanskelige situasjonen (Lohne, 2010; Rustøen, 2006). Travelbee (2011) mener at håp kan gi styrke til å mestre sykdom og lidelse, og er en avgjørende faktor for at et menneske ikke skal gi opp.

3.5 Mestring

Lazarus og Folkman definerer mestring som ”*constantly changing and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person*” (1984, s. 141).

Lazarus og Folkman (1984) mener at når et menneske opplever en utfordrende situasjon, skjer det en ubevisst og automatisk prosess som vurderer situasjonen på flere ulike nivåer. De kaller disse nivåene for primærvurdering, sekundærvurdering og revurdering. Den umiddelbare vurderingen av situasjonen, på et kognitivt nivå, kalles for primærvurderingen. Da vurderer personen hvordan situasjonen truer jeg'et, og hvordan den kan påvirke de verdier og mål man har i livet. Når en person får stilt en kreftdiagnose vil det i de fleste tilfeller automatisk dukke opp forventninger om tap og skade, og man kan føle at ens selvoppfatning blir truet. Da kan man reagere med ulike følelser som skam, sinne og angst. I en slik situasjon vil resultatet av primærvurderingen oppfattes som stressende, og ikke nøytral eller positiv (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus, 2006; Reitan, 2010a; Reitan, 2010b). I sekundærvurderingen vurderes det hvilke mestringsmuligheter man har i situasjonen, og hvilke konsekvenser valgene får for fremtiden. Mestring og følelser er noe som følger hverandre tett. Hvilke følelsesmessige reaksjoner man får er med på å vurdere og avgjøre hvilken måte man velger å mestre situasjonen på (Hopen, 2010; Lazarus & Folkman, 1984; Reitan, 2010a; Reitan, 2010b). Revurdering av situasjonen skjer etter man har forsøkt å mestre den. Her vurderer man om mestringsstrategien ga et ønskelig resultat slik at situasjonen ble endret, eller om man må gå tilbake i prosessen og gjennomgå en ny primær- eller sekundærvurdering (Lazarus & Folkman, 1984; Reitan, 2010a; Reitan, 2010b).

Det å få en kreftdiagnose kan oppleves som så krevende at pasienten ikke lenger føler mestring i situasjonen, og de daglige situasjonene som skal mestres kan brått bli en stor utfordring i hverdagen (Eide & Eide, 2010; Hopen, 2010; Reitan, 2010a). Det er individuelt hvordan et menneske møter situasjonen, men Reitan (2010a) skriver at det enkelt sett er to måter å reagere på: "En kan enten se situasjonen i øynene og mobilisere indre og ytre ressurser for å møte den, eller en kan forsøke å fortrenge ubehage eller skyve det unna ved hjelp av forskjellige forsvarsmekanismer" (s.83). Hvordan det oppleves å få en kreftdiagnose avhenger av mennesket selv, omgivelsene rundt og av tidligere erfaringer.

Ved å sette seg nye mål og lage nye forventninger for sin nye hverdag, kan man ved hjelp av følelsesmessige prosesser klare å flytte fokuset fra "livet før kreftdiagnosen" til "livet med kreftdiagnosen" (Hopen, 2010). Pasienten vil oppleve å ha større kontroll og tør å delta mer aktivt i sitt sykdomsforløp. "Det å vinne større makt og kontroll over" er det Mæland (2005, s.70) beskriver begrepet "empowerment" med. Mens Reitan (2010a; 2010b) omtaler

”empowerment” som *myndiggjøring*, noe som vi også velger å gjøre videre i oppgaven. Hun skriver at dette er en prosess som er med på å øke enkeltindividets makt og kontroll over situasjonen, og handlinger iverksettes som gjør at pasienten bedre kan mestre sin livssituasjon (Reitan, 2010a, s.89-90; Reitan, 2010b, s.86-87). Ved hjelp av ulike mestringsstrategier kan pasienten etter hvert klare å mestre sin nye tilværelse.

3.5.1 Mestringsstrategier

Lazarus og Folkman (1984) mener at man kan møte krisesituasjoner på to måter, og de omtaler disse som problemorientert mestring og emosjonellorientert mestring. I problemorientert mestring brukes ulike strategier aktivt for å møte problemet direkte, og på den måten mestre kreftsykdommen. Pasienten vil da bruke sine tanker målrettet for å takle de vanskelige problemene, kontakte andre for å søke informasjon og kunnskap om sin diagnose, og vil være ute etter støtte og råd (Lazarus & Folkman, 1984; Reitan, 2010a). Når man ikke ønsker å møte diagnosen direkte, men derimot ønsker å endre opplevelsen av den, kalles dette emosjonellorientert mestring. Pasienten vil prøve å redusere de ubehagelige følelsene rundt situasjonen, søker sympati og forståelse, for og lettere kunne akseptere og venne seg til sin nye situasjon (Lazarus & Folkman, 1984; Reitan, 2010a). Disse strategiene tas i bruk for å prøve å minske opplevelsen av frykt og ubehag rundt sykdommen. På den måten kan man klare å oppnå kontroll over sine følelser, jeg’et og hendelsen. Når krisen rammer er det oftest emosjonellorientert mestring som trer i kraft, mens problemorientert mestring ofte kommer etter hvert som pasienten aksepterer situasjonen (Bunkholdt, 2002). Gjennom livet opplever man forskjellige livshendelser som er med på å prege et menneskes adferd og måten man mestrer ulike situasjoner på (Lazarus & Folkman, 1984; Reitan, 2010a). Det et menneske gjør for å komme seg gjennom en utfordrende og krevende situasjon, omtales som mestringsstrategier. Reitan (2010a) skriver at: *”Alle mestringsstrategier en person bruker, har som formål å hjelpe vedkommende til å bevare sitt selvbilde, finne mening og opprettholde personlig kontroll over de problemer og ytre og indre krav vedkommende står overfor”* (s. 84).

Når man skal mestre det å få en kreftdiagnose er det avgjørende hvor pasienten velger å legge kontrollen over sitt liv. Noen velger å legge all kontroll over i andres hender, noen ønsker å ha kontrollen selv, men andre velger å tro på skjebnen og tilfeldighetene. Dette innebærer å ha

kontroll over det emosjonelle, det kognitive og det atferdsmessige rundt situasjonen (Reitan, 2010a). Om emosjonellorientert mestring eller problemorientert mestring virker hensiktsmessig, avhenger av utfallet og grad av mestring i situasjonen (Lazarus, 2006). Lazarus og Folkmans (1984) emosjonellorienterte mestringsstrategi innebærer bruk av forsvarsmekanismer, som også er en form for mestringsstrategier (Bunkholdt, 2002). Vi vil nå skrive kort om de ulike forsvarsmekanismene man kan oppleve i den akutte krisen, da vi føler at dette er relevant i forhold til problemstillingen.

3.5.2 Forsvarsmekanismer i den akutte krisen

De ubevisste psykiske reaksjonene som oppstår i en traumatisk krise, kalles forsvarsmekanismene og: ”har til oppgave å *redusere opplevelsen av og bevisstheten om trussel og fare for jeg’et*” (sier Cullberg, 2007, s.132). Forsvarsmekanismer hjelper personen som er i en traumatisk krise til og gradvis måtte se sannheten i øynene, noe som ofte kan være vondt å oppleve. (Cullberg, 2007). Lazarus og Folkman (1984) skriver at hvilke mestringsstrategier som brukes avhenger av lidelsens fase, og at de ofte brukes om hverandre. De hevder at dette er et forsøk på å gi mening i den traumatiske krisen (referert i Lazarus, 2006).

Regresjon kjennetegnes ved at pasienten får en tilbakegang i utviklingsfasen, og ofte kan oppfattes som barnslig (Cullberg, 2007; Eide & Eide, 2010; Reitan, 2010a). Man kan ta mindre ansvar for sin egen situasjon, og vil ofte at andre skal ta avgjørelser for seg selv. Dette gjør at personen blir i stand til å ta imot mer hjelp fra andre enn før, noe som kan være hensiktsmessig. Men i noen tilfeller kan kreftpasienten reagere med sinne og frustrasjon rundt det at de mister kontrollen, og at andre tar avgjørelser for seg. Opplevelsen og aksepten av sykdommen blir ofte holdt på avstand, og man ser ikke virkeligheten for det den er (Cullberg, 2007; Eide & Eide, 2010).

Isolering er når pasienten forsvarer seg selv mot vonde følelser og opplevelser. Dersom denne isolasjonen ikke er midlertidig, men en holdning til kreftdiagnosen, kan dette føre til angst og uro da pasienten fornekte de følelsene den har (Cullberg, 2007; Reitan, 2010a).

Undertrykkelse er en bevisst handling hvor kreftpasienten forsøker å kontrollere opplevelsen av sykdommen ved å stenge ute følelsene og tankene rundt situasjonen (Cullberg, 2007; Eide

& Eide, 2010). Pasienten anstrenger seg for og ikke vise følelser av smerte og uro, da pasienten ikke vil være til bry og skape en skuffet stemning (Cullberg, 2007; Reitan, 2010a). Dersom man over lengre tid undertrykker følelsene man har vil dette til slutt bli en belastning, ettersom man ikke får bearbeidet de tankene og følelsene man har (Cullberg, 2007; Eide & Eide, 2010).

Fornektelse er når pasienten ser den truende faren ved kreftdiagnosen, men nekter for betydningen av den. Pasienten ser ikke situasjonen i sin helhet, og kan for eksempel hevde at prøveresultatet er feil eller ikke tilhører seg (Cullberg, 2007; Reitan, 2010a). Lazarus og Folkman (1984) skriver også om *fornektelsesfasen*, der pasienten ofte vil være psykisk inaktiv, uimottakelig for inntrykk og ikke klarer å ta innover seg situasjonen. Dette er et forsøk på å unngå å se hva som faktisk skjer.

Projeksjon er en mer spesifikk forsvarsmekanisme som skjer ubevisst. Kreftpasienten kan ha en ubevisst skyldfølelse over situasjonen, og kan prøve å legge tanker og følelser fra seg selv over på andre (Eide & Eide, 2010; Cullberg, 2007).

Rasjonalisering er når den psykiske prosessen reduserer skyldfølelsen og følelsen av fare, ved å finne argumenter som kan virke fornuftige i henhold til kreftpasientens sykdomsforløp (Cullberg, 2007; Reitan, 2010a).

Lazarus og Folkman (1984) skriver også om *påtrengende tanker og mentale bilder* som en forsvarsmekanisme, der pasienten gjenopplever traumet for å prøve å forstå og integrere den utenkelige situasjonen.

Å bryte ned kreftpasienters forsvarsmekanismer for tidlig i den akutte krisen kan bidra til at de emosjonelle reaksjonene forsterkes, og pasienten kan oppleve et totalt kaos. En kreftpasient trenger tid til å ta inn over seg den traumatiske krisen den opplever, og gradvis la sannheten slippe til for å kunne mestre krisen på en best mulig måte (Reitan, 2010a).

4.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven vil vi drøfte hvordan vi kan bidra til at pasienter med en nyoppdaget kreftdiagnose kan mestre den traumatiske krisen og hvordan pasienten kan bevare håpet. Her skal teori drøftes opp mot forskning og egne erfaringer. Drøftingen skal besvare problemstillingen, gjennom å granske, diskutere og ta for oss temaene fra ulike standpunkt (Dalland, 2012).

Travelbee (2011) skriver om det mellommenneskelige forholdet, som sykepleieren har i oppgave å skape med pasienten, hvor sykepleieren skal hjelpe den syke til å finne håp og mening, og mestre det å oppleve sykdom og lidelse. Når et menneske får en kreftdiagnose oppstår det en traumatisk krise, alt kan virke håpløst og mestring av livssituasjonen kan bli en stor utfordring. I en slik situasjon er det viktig at sykepleieren har teoretiske kunnskaper, som kan brukes i praksis for å hjelpe pasienten gjennom krisen, og bidra til mestring av situasjonen og bevare håp.

4.1 ”Du har kreft”

En kreftdiagnose er vanskelig å formidle, da dette er med på å endre pasientens syn på seg selv i en negativ og dramatisk retning (Schjølberg, 2010). Det å høre ordet kreft kan ofte skape tanker om død, smerter og lidelse. Og etter at legen har formidlet de dårlige nyhetene, har ofte pasienten bare har fått med seg at han eller hun har fått en kreftdiagnose (Faulkner & Maguire, 1998; Reitan, 2010c; Schjølberg, 2010). Denne samtalen må være godt forberedt, gjennom å sette seg inn i pasientens sykehistorie og hvordan den dårlige nyheten skal formidles. Det er viktig å sette av god tid, slik at pasienten ikke opplever at dette er noe som tas lett på av oss helsepersonell. Det å skape en positiv atmosfære kan virke betryggende på pasienten, og kan dermed øke pasientens deltakelse i samtalen. Pasienten skal behandles med respekt og som en likeverdig samtalepartner (Schjølberg, 2010). I en studie gjort av Felder (2004) kommer hun frem til at det å gi informasjon på en ærlig, respektfull og empatisk måte er med på å styrke pasientens håp og mestring. Det er derfor viktig at sykepleieren tar del i den vanskelige samtalen, for i ettertid å kunne være i situasjonen med pasienten og videreformidle informasjonen som ble gitt av legen (ibid.).

En pasient beskrev sin reaksjon på det å få en kreftdiagnose slik: ”Sjokk, sjokk, sjokk. Magen min syntest å være knytt opp i en fast knute. Jeg kunne ikke tro at dette hendte meg” (Kvåle, 2002, s. 22).

Schjølberg (2010) og Dunniece (2000) viser begge til at sykepleieren må våge å snakke om de vanskelige temaene, kunne forklare og svare på eventuelle spørsmål rundt diagnosen, lytte til pasientens bekymringer rundt alt som skal skje videre, og noen ganger bare være med pasienten i stillhet.

Dunniece (2000) viser i sin studie til hvordan sykepleiere ønsker å være tilstede under den vanskelige samtalen, for å bedre kunne knytte relasjoner til pasienten og på denne måten kunne være tilstede, støtte og hjelpe pasienten videre. Det bare ”å være der” gjør at det åpnes en dør for at sykepleieren kan støtte pasienten, og fordi sykepleieren er den som er mest sammen med pasienten skapes det et forhold gjennom kommunikasjon på et dypere plan.

Når et menneske opplever det å få en kreftdiagnose kan dette være så krevende at de ikke føler mestring rundt situasjonen, hverdagen blir snudd på hodet og de daglige gjøremålene kan bli store utfordringer (Eide & Eide, 2010; Hopen, 2010; Reitan, 2010a). Vi ser på det å skape et forhold til pasienten som grunnleggende for videre å kunne hjelpe pasienten til å bevare håpet og mestre krisen som oppstår når en kreftdiagnose stilles. Bahti (2010) påpeker i sin studie at det er når kreftdiagnosen stilles at tiden er inne for å etablere et forhold til pasienten som bygger på respekt og tillit. Som Travelbee (2011) hevder har vi som sykepleiere et ansvar om å skape et menneske-til-menneske-forhold, der det kreves at man ser vekk i fra rollene og forholder seg til hverandre som enkeltindivider med gjensidig respekt. Det at man ser på hverandre som likeverdige, mener vi er nødvendig for å skape et godt forhold mellom pasient og sykepleier. For å etablere et menneske-til-menneske-forhold må sykepleieren dag for dag bevisst gå inn for å gjøre seg kjent med den syke, for å kartlegge pasientens behov, som tilslutt bidrar til at pasienten bevarer håpet og mestrer problemene rundt kreftdiagnosen. Som sykepleiere må vi være bevisst på hva vi tenker, gjør, føler og erfarer, og strukturere vår sykepleie slik at vi får utnyttet den kunnskapen og innsikten vi har rundt pasientens diagnose og situasjon. Som Travelbee (2011) hevder er det fire sammenhengende faser vi som sykepleiere må gjennomgå sammen med pasienten. Dette for å etablere et menneske-til-menneske-forhold, som bygger på gjensidig forståelse, respekt og kontakt.

Det å ha empati og kunne identifisere seg med pasientens situasjon er med på å danne et forhold med gjensidig respekt og forståelse. Samtidig viser studien utført av Dunniece (2000) til at sykepleierne som klarer å identifisere seg med pasienten kan oppleve å bli så emosjonelt engasjerte at de føler frykt, sinne og hjelpeløshet sammen med pasienten, og at de derfor har vanskeligheter med å legge fra seg de triste tankene når de går fra jobb. Faulkner og Maguire (1998) skriver derimot at det er vanlig at helsepersonell reagerer med å distansere seg fra pasientens smerte rundt diagnosen, for å beskytte seg mot noen av påkjenningene og vanskelighetene rundt kreftomsorgen. Dette kan medføre at helsepersonellet ikke ser pasientens egentlige behov, og pasienten får ikke den tryggheten og omsorgen den fortjener og trenger. Som sykepleiere har vi valgt et yrke der vi kan møte mange vanskelige og vonde situasjoner, hvor det er viktig å se pasienten og ta del i deres situasjon. Men samtidig er det viktig å klare å legge fra seg de følelsene og tankene vi har rundt situasjonen før vi drar hjem, slik at vi kan overleve i hverdagen. For at vi igjen skal kunne komme tilbake som sykepleiere og møte pasienten dagen etter med ny energi og godt mot. Våre erfaringer viser at kunnskapen om at pasientens behov ivaretas av andre når vi ikke er der, at pasienten har det best mulig i sin situasjon og får den hjelpen den trenger, gjør det lettere å legge fra seg de vonde og vanskelige tankene på jobb.

I etterkant av legesamtalen hvor pasienten har fått stilt sin kreftdiagnose, har vi sykepleiere et ansvar for å kartlegge pasientens behov for informasjon med tanke på diagnose og behandling. Vi må finne ut hva pasienten vet om diagnosen fra før, hvilke tidligere erfaringer pasienten har, og hvordan pasienten oppfatter og tolker sin nye situasjon. Det er viktig å stille åpne spørsmål og lytte for å la pasienten være delaktig i samtalen, slik at vi kan kartlegge hvor mye eller hvor lite pasienten faktisk ønsker å få av informasjon (Faulkner & Maguire, 1998; Schjølberg, 2010). Reitan (2010a) skriver at når pasienten får informasjon, blir delaktig og tilegner seg kunnskap rundt sin kreftdiagnose vil dette bidra til at kreftpasienten får en følelse av myndiggjøring. I henhold til pasientrettighetsloven §§ 3.1 og 3.2 (1999) har pasienten rett til medvirkning og informasjon, og vi som sykepleiere er lovpålagt til å følge pasientenes rettigheter i henhold til Helsepersonelloven (1999).

I en studie gjort av Varre, Slettebø og Ruland (2011) kommer det frem at kreftpasienter har behov for å være hovedpersonen i sitt eget livsdrama, da det er deres liv og fremtid det gjelder. Det å få stå i sentrum, bli lyttet til og respektert kommer frem som viktige faktorer for

at pasienten skal kunne mobilisere krefter til å mestre å leve med situasjonen. Pasientene uttrykker at de ønsker å ta ansvar for sitt eget liv, men at dette er noe de ikke ønsker å gjøre alene. Behovet for å ha en trygg og tillitsfull dialog med helsepersonell beskrives som uvurderlig, og det å få hjelp til å kontrollere følelsene som dukker opp rundt en kreftdiagnose. Vi mener at dette sitatet fra en kvinne i studien til Varre et al. (2011) gir et godt bilde på hvordan en pasient kan oppleve en samtale med helsepersonell:

Men aller vanskeligst syns jeg det er det å være i en samtale og ”å ta inn” de fakta og konkrete vurderinger ”frakken” kommer med. Alt som sies til meg, går liksom igjennom et følelsesfilter (...) Følelsene er i grunnen de som ”avgjør” hva som har vært vellykket. Det er livet mitt det handler om ...jeg har hovedansvar... og anser samtlige ”frakker” som et hjelpemiddel til å ivareta det (s.6).

Reitan (2010a) hevder at når en pasient får en kreftdiagnose og skal mestre denne, er det avgjørende hvor pasienten velger å legge kontrollen over sitt eget liv. I likhet med studien til Varre et. al. (2011) kommer det frem at det er noen som ønsker å ha kontrollen selv, mens det påpekes at på den andre siden er det også pasienter som legger kontrollen over i andres hender. Erfaring viser at alle mennesker opplever det å få en kreftdiagnose forskjellig, og Travelbee (2011) underbygger dette med å skrive at alle mennesker reagerer ulikt, på sin unike måte. Som Schjølberg (2010) påpeker er det derfor viktig at vi som sykepleiere tilpasser informasjonsmengden. Vi mener derfor at det er viktig å se hver enkelt pasient og tilpasse vår sykepleie etter pasients behov. I en studie av Rustøen (1997) kommer det frem at det er store forskjeller på hvilken informasjon og hvor mye informasjon en pasient ønsker og har behov for. Dette kommer også frem i Marcusens (2010) oppsummerende forskningsartikkel hvor hun skriver at kjønn, alder, kultur og økonomiske status, kan ha betydning for pasientens informasjonsbehov. Faulkner og Maguire (1998) skriver at man, uavhengig av pasientens informasjonsbehov, må unngå å overinformere pasienten, for at ikke verdifull informasjon skal gå tapt. Marcusen (2010) hevder i sin artikkel at pasienter som får en kreftdiagnose ikke bare bruker informasjonen de får for å forstå seg på sin diagnose, men også til å finne håp og mening, for igjen å kunne mestre den vanskelige situasjonen.

Det er viktig å være bevisst som sykepleier at det å få en kreftdiagnose ofte kan medføre smerte hos pasienten. Lazarus og Folkman (1984) hevder at når en kreftdiagnose stilles, starter

en automatisk vurderingsprosess hos pasienten. Den umiddelbare vurderingen vil som oftest være at situasjonen truer ens selvoppfatning, og pasienten ser at diagnosen vil påvirke og skade de verdier og målene de har i livet. Derfor blir et mål det ”å være der” for pasienten etter diagnosen er stilt, ved å lytte og snakke med pasienten, og gi rom for å vise følelser, slik at pasienten ikke opplever å stå alene i den vanskelige situasjonen (Schjølberg, 2010). Eide og Eide (2010) mener at det i mange tilfeller kan være slik at pasienten ikke klarer å uttrykke sitt behov for omsorg og støtte, selv om Travelbee (2011) påpeker at pasienten ønsker og trenger dette mer enn noen gang. Derfor blir det viktig og skape en trygg atmosfære rundt pasienten, ved å vise interesse, støtte og aksept, slik at pasienten får tid til å bearbeide sjokket (Thorsnes & Brataas, 2008).

En kreftdiagnose vil i de fleste tilfeller utløse en kriserelatert sjokktilstand (Reitan 2010a; Skarstein, 1998). Cullberg (2007) skriver at det kan være vanskelig å se på en pasient at han eller hun er i sjokk, og at følelseskaoset kan gjøre at virkeligheten kan oppfattes som uvirkelig. Eide og Eide (2010) påpeker også at mange i etterkant av legesamtalen, da de har fått beskjed om diagnosen, ikke kan huske hva som ble sagt. Derfor er det viktig at vi som sykepleiere er bevisst på dette, slik at vi kan gjenta hva som ble sagt. Ifølge Schjølberg (2010) kan enkelte pasienter påstå at de ikke har fått noe informasjon, og det blir da viktig å gi pasienten tid til å ta situasjonen innover seg, derfor bør vi ikke motsi og realitetsorientere pasienten. Dette beskriver Schjølberg (2010) at kan sees på som en midlertidig forsvarsmekanisme, noe som vi kjenner igjen fra Cullbergs (2007) mestringsstrategier, som han kaller forsvarsmekanismer i den akutte fasen av en traumatisk krise. Der omtaler han fornektelse som når pasienten nekter å se situasjonen som den faktisk er, og benekter betydningen av sin kreftdiagnose. Reitan (2010a) underbygger dette med å skrive at enkelte pasienter kan for eksempel hevde at prøveresultatene er feil eller tilhører en annen pasient.

Det å få en kreftdiagnose er noe man ikke kan forutse, og er for mange en stor frykt. Travelbee (2011) hevder at det å oppleve en situasjon som er smertefull og lidende er noe alle mennesker før eller senere vil gjøre, og at dette henger sammen med det å være et menneske. Hun mener også at hvordan et menneske opplever lidelse og mestring av situasjonen, avhenger av hvilke erfaringer personen har med opplevelsen av lidelse fra tidligere. Reitan (2010a) skriver at hvordan man reagerer på å få en kreftdiagnose vil avhenge av mennesket selv, omgivelsene rundt og hvilke erfaringer man tidligere har med kreft. I en studie utført av Thorsnes og

Brataas (2008) kommer dette tydelig frem gjennom en pasientsamtale: *”Så hadde jeg to venninner som hadde brystkreft for mange år siden.... – og begge døde.... Så det har jo vært i bakhodet mitt da hele tiden kan du si”* (s.17). Her ser vi at pasienten har negative erfaringer med kreft, og dette blir da en negativ faktor i pasientens tankeprosess rundt hennes egen kreftdiagnose. Pasienter som har positive erfaringer, der nære har kjempet og levd lenger enn den forventede prognosen eller overlevd kreftdiagnosen og blitt friskmeldt, kan disse erfaringene brukes til å finne håp og mening, som igjen kan bidra til mestring av sin egen vanskelige situasjon.

Vi mener dette sitatet fra en mann i studien til Andersen og Jarden (2012) gir et godt bilde på hvordan positive erfaringer kan bidra til å finne mening i den vanskelige situasjonen: *”So I think about my former partner, we thought she was going to die within six months, but she fought and lived for four years (...) She did very well”* (s.27).

4.2 Det har virkelig skjedd meg

Når pasienten begynner å ta innover seg virkeligheten, og får øynene opp for kreftdiagnosen og hvordan situasjonen faktisk er, blir det mer rom for de følelsesmessige reaksjonene. En kreftpasient kan føle et indre følelsesmessig kaos, som kan virke både voldsomt og skremmende, og pasientene føler ofte at de ikke har kontroll over alle disse følelsene. Kreftpasienter kan reagere på mange ulike måter, og reaksjonene blir ofte sterke når de tør å slippe sannheten til. Som Lazarus og Folkman (1984) skriver vil disse reaksjonene kunne være et stressende resultat av det de omtaler som primærvurderingen av situasjonen.

Travelbee (2011) påpeker at hvordan et menneske reagerer på sykdom og lidelse varierer, da dette er en unik og individuell erfaring. Derfor mener hun at det er vanskelig å beskrive generelle reaksjoner. Hun påpeker allikevel at det er stor sannsynlighet at de fleste vil forsøke å finne en årsak og komme frem til en grunn til sykdommen og lidelsen. *Hva* som har ført til at sykdommen har rammet dem, og *hvorfor* dette måtte ramme akkurat dem, er ifølge Travelbee (2011) to av de mest utbredte spørsmålene rundt det å oppleve sykdom og lidelse.

Reitan (2010a) skriver om to måter man reagerer på når man møter en vanskelig situasjon. Hun mener at man enten ser situasjonen i øynene eller at man forsøker å fortrenge situasjonen.

Vi mener at det er lite sannsynlig at en nydiagnostisert kreftpasient ønsker eller klarer å se sannheten fra første stund. Derfor velger vi å tro at de fleste vil ønske eller ikke klarer annet enn å skyve diagnosen unna og fortrenge situasjonen, for å få tid til å sakte men sikkert ta sannheten innover seg. For å mestre det å se den smertefulle sannheten i øynene vil pasienten ta i bruk ubevisste mestringsstrategier, i form av forsvarsmekanismer. Cullberg (2007) påpeker samtidig at forsvarsmekanismene kan virke mot sin hensikt, slik at situasjonen blir vanskeligere og at de kan være med på å forsinke mestringsprosessen. Lazarus og Folkman (1984) hevder at pasienten ubevisst vil vurdere hvilke mestringsmuligheter den har og hvilke konsekvenser disse vil få for fremtiden, i det de kaller sekundærvurderingen. De påpeker at følelser og mestring er noe som henger tett sammen, og hvilke følelsesmessige reaksjoner pasienten får er med på å avgjøre hvordan pasienten velger å mestre situasjonen. Det at pasienten ikke ønsker å møte krisen direkte, men heller ønsker å endre opplevelsen av den, omtaler Lazarus og Folkman (1984) som emosjonellorientert mestring. I en studie utført av Kim, Yeom, Seo, Kim og Yoo (2002) har de kommet frem til at kreftpasienter bruker emosjonellorientert mestring når de føler at det er få tilpassningsmuligheter til å endre situasjonen, og ikke klarer å se noen utvei. Travelbee (2011) mener at når man ikke aksepterer situasjonen, kan dette medføre til det hun mener er den vanligste reaksjonen på lidelse og sykdom, nemlig ”hvorfør meg?”-reaksjonen. Denne reaksjonen kan igjen føre til andre følelsesmessige reaksjoner.

Hos noen kreftpasienter kan skyldfølelse og skam være fremtredende etter en nystilt kreftdiagnose, skriver både Eide og Eide (2010) og Reitan (2010c). Cullberg (2007) beskriver projeksjon som en forsvarsmekanisme for å legge ansvaret for sin vanskelige situasjon over på andre, når pasienten opplever en uviss skyldfølelse rundt det som har skjedd. Samtidig skriver han at skyldfølelsen kan være reel. Vi har erfart at lungekreftpasienter kan føle skyld og skam rundt sin diagnose, da de har røyket i mange år og bevisst valgt og fortsette å røyke selv om de var klar over risikofaktorene det førte med seg. Travelbee (2011) beskriver at enkelte kan bebreide seg selv eller de rundt seg for sykdommen som har rammet dem. Hun hevder at pasienten kan oppleve å anklage seg selv, men også få anklager av andre for og indirekte ha påført seg sin sykdom. Hun påpeker at noen kan skylde på uflaks, skjebnen og ytre omstendigheter, mens andre velger å skylde på andre mennesker eller ytre objekter. Hun skriver også at det er noen mennesker som føler seg straffet av høyere makter. Disse menneskene kan mene at de blir straffet fordi de har levd som et ”dårlig menneske” i henhold

til sin religiøse tro. Cullberg (2007) omtaler rasjonalisering som en forsvarmekanisme, der pasienten ønsker å redusere den skyldfølelsen de føler, ved å finne argumenter de mener er fornuftige for å redusere frykten rundt kreftdiagnosen.

Sinne og aggresjon er også vanlige følelsesmessige reaksjoner hos en kreftpasient (Faulkner & Maguire, 1998; Reitan, 2010a). En sint pasient er noe som kan være vanskelig å møte for oss sykepleiere (Kvåle, 2002). Disse reaksjonene kommer ofte som følge av at pasientene føler at kreftdiagnosen har tatt fra dem kontrollen over sitt eget liv. Det er mange spørsmål som dukker opp når en kreftdiagnose stilles. Pasientene vet ikke hvor kreften kom fra, hvorfor den er der, eller hvilken betydning den vil ha for deres videre liv og selvbilde. Erfaringsvis føler pasienter sinne og frustrasjon over å miste kontrollen over eget liv, og at andre mennesker tar avgjørelser på vegne av dem. Cullberg (2007) nevner også disse reaksjonene når han skriver om forsvarmekanismen regresjon. Derimot skriver han også at noen kreftpasienter ikke ønsker å akseptere sykdommen, og derfor tar mindre ansvar over egen situasjon. Disse pasientene kan finne trygghet i at andre tar avgjørelser for seg, slik at de får tid til å ta situasjonen innover seg og etter hvert kunne se sannheten for det den er. Faulkner og Maguire (1998) hevder at det derfor er viktig at sykepleierne lar pasienten få uttrykt sitt sinne, og gjennom samtale stille spørsmål og lytte til pasientens tanker og refleksjoner rundt situasjonen. På denne måten kan sykepleieren bidra til at pasienten får flyttet fokuset bort fra sitt sinne, til de følelsene som utløste de sinte reaksjonene.

Når sinne rettes innover mener Faulkner og Maguire (1998) at dette er forbundet med skyldfølelse. Travelbee (2011) mener at når man er forvirret og sint, og ofte har en følelse av å være urettferdig behandlet, kan dette resulterer i at pasienten finner liten mening med sin tilværelse og at alt virker håpløst. Dette kan igjen føre til at man blir deprimert. Hun mener at personer gjennomgår en sorgprosess når man opplever tap av selvfølelse og får en sykdom som påvirker sine kroppsfunksjoner. Det å være avhengig av hjelp fra andre kan få pasienten til å føle seg verdiløs. Det å miste kontrollen over hva som skal skje videre med livet, kan skape en følelse av makteløshet og håpløshet. En kreftpasient kan ifølge Cullberg (2007) bruke undertrykkelse som en forsvarmekanisme for å stenge ute følelser og tanker rundt sin sykdom. Da kan pasienten anstrenge seg i forsøket på å kontrollere sine følelser, og ikke vise sin angst, uro og fortvilelse, da pasienten ikke vil være til bry og skape en skuffet stemning. Dette kan være vanskelig for oss som sykepleiere å oppfatte, da pasienten kan virke

tilsynelatende rolig og behersket rundt situasjonen. Dette kommer frem i en pasienterfaring som beskriver opplevelsen rundt det å få en kreftdiagnose:

Den første tanken som overmannet meg, var at jeg ikke måtte vise mine følelser. Jeg ville ikke lage noe oppstyr og svarte mildt: 'Ok – jeg tenkte det.' Senere hørte jeg at sykepleieren sa at jeg hadde tatt det svært bra. Sannheten var at jeg ikke hadde tatt det bra i det hele tatt, men jeg hadde ikke rast og skreket (Kvåle, 2002, s.23).

Travelbee (2011) skriver også om dette, da hun understreker at pasienten i noen tilfeller må bruke tid på å berolige de rundt seg, og at de "tar seg sammen" i møte med andre for å få dem til å føle seg vel. Pasienten vil være redd for å bli alene og bli isolert fra sine venner og bekjente. Cullberg (2007) skriver også om isolering, men da i form av det å isolere sine følelser, for å forsvare seg selv mot det vonde man opplever.

Travelbee (2011) skriver at både mennesker som føler seg straffet eller urettferdig rammet av sykdom prøver å finne en mening med hvorfor akkurat de ble syke. Som sykepleiere er det viktig å hjelpe den syke til å akseptere seg selv som et menneske, for igjen å kunne akseptere sin sykdom. Hos de pasientene som føler seg straffet av gud eller høyere makter, blir det viktig at vi som sykepleiere tør å snakke med pasienten om sin religion. Da pasienten kan ha behov for å snakke om sin religiøse tro, er det ingen grunn til at vi ikke skal lytte og være deltakende. Travelbee (2011) mener at sykdom både er et fysisk, psykisk og åndelig problem. For at pasienten videre skal kunne mestre sin sykdom og lidelse, er det viktig at vi som sykepleiere gir pasienten tid til å gå gjennom de reaksjonene og det følelsesmessige kaoset de opplever. Ved å ikke bryte ned kreftpasienters forsvarsmekanismer for tidlig i den akutte krisen, kan vi bidra til at de emosjonelle reaksjonene ikke forsterkes, men gradvis la sannheten synke inn over pasienten. Det er også viktig at vi ikke lar det gå for lang tid før pasienten tør å åpne øynene for virkeligheten, da forsvarsmekanismene også kan virke mot sin hensikt. Hvis vi ikke hjelper pasienten til å finne mening i sykdommen, kan ifølge Travelbee (2011) lidelsen bli enda verre enn utgangspunktet. Hun mener at det er den profesjonelle sykepleierens oppgave å forhindre dette.

Selvmedlidenhet og det å synes synd på seg selv er noe om ofte kan oppstå når man får en kreftdiagnose, da blir det viktig å lytte til pasientens plager og ikke bagatellisere de

problemene pasienten opplever. Når vi godtar pasientens oppfattning, gir vi støtte og viser respekt, ved at vi ikke prøver å endre hvordan et sykt menneske skal oppføre seg og reagere ut i fra egne forventninger. Vi tolker dette som at pasientene ikke skal behøve å overbevise oss om at de har det vondt og trenger hjelp. Dette underbygges i Lorentsen (2003) sin studie hvor hun skriver at når sykepleieren tåler pasientens desperasjon og motløshet, og er til stede både fysisk og psykisk, kan dette være med på å gi pasienten en følelse av verdi og dermed være en hjelp ut av håpløsheten.

Et av de mest grunnleggende behov hos mennesker er i følge Maslow (1987) kjærlighet og tilhørighet. Kesselring et al. (1986) har i en studie vist at pasienter som opplever sin sosiale støtte som god, oftere klarer å se mer optimistisk på sin sykdom enn det pasienter som har et lite sosialt nettverk (referert i Kvåle, 2002). I studien kommer det frem at pasienter med et lite sosialt nettverk har et større behov for oppmerksomhet fra oss sykepleiere. Kvåle (2002) understreker dette med at de pasientene som har et nettverk de er trygge på benytter seg av dette uten at vi sykepleiere trenger å hjelpe til. Derfor er det viktig at vi identifiserer de pasientene som har behov for vår hjelp til å finne et nettverk.

I studien til Kim et al. (2002) kommer det frem at når pasienten klarer å ta innover seg og se kreftdiagnosen for det den er, dermed klarer å se at det fins løsninger på problemene og en mulig vei ut av den vanskelige situasjonen. Disse pasientene bruker Lazarus og Folkmans (1984) problemorientert mestringsstrategi. I studien viser de til at pasienter som bruker problemorientert mestring ønsker å få profesjonell hjelp, søker informasjon og kunnskap, og prøver å se de positive sidene i livet. I motsetning til de som bruker emosjonsorientert mestring, der de ønsker at situasjonen kunne forsvinne eller bli ferdig. De ønsket at de kunne endret på situasjonen og hvilke følelser de hadde rundt den, og hadde ønsker om hvordan fremtiden skulle bli. Travelbee (2011) skriver også at de som opplever lidelse og sykdom ofte ønsker å komme ut av denne situasjonen. I forskningsartikkelen til Kim et al. (2002) poengterer de at både problemorientert og emosjonsorientert mestring er positivt relatert til hverandre. Lazarus og Folkman (referert i Reitan, 2010a) hevder at problemorientert mestring brukes når situasjonen kan påvirkes, og emosjonsorientert mestring når påvirkning ikke er mulig. Emosjonsorientert mestring kan gjøre at pasienten revurderer sin situasjon, åpner øynene for mulige løsninger, og muligens velger en problemorientert mestringsstrategi.

I likhet med Travelbee (2011) skriver Reitan (2010a) at vi som sykepleiere har som mål å støtte og hjelpe kreftpasienter til mestring av krisen. Da må vi iverksette helsefremmende tiltak, som skal bidra til at pasienten reduserer opplevelsen av stress og angst, og at vi styrker pasientens mulighet til emosjonsorientert og problemorientert mestring (Reitan, 2010a). Det blir viktig at vi som sykepleiere bevarer pasientens autonomi, ved å la pasienten være delaktig i samtalen om seg selv og sin situasjon. På denne måten kan pasienten bli mer bevisst på seg selv i forhold til mestring og mestringsmuligheter, og dette kan igjen være med på å bekrefte pasientens identitet, verdighet og myndiggjøring. Målet med myndiggjøringen er at pasienten skal oppnå et bedre selvilde og selvtillit, samt få større kunnskap og økte ferdigheter (Mæland, 2005; Wormnes & Manger, 2005). Det vesentlige med myndiggjøring er å se forbindelsen mellom situasjonen enkeltindividet befinner seg i, problemet som har oppstått og omgivelsene rundt. Livskvaliteten er noe som bedres med økt myndiggjøring, da kreftpasienten føler mestring ved å ta selvstendige valg og bevisst vet hvordan man skal ta tilbake makten over eget liv. Det å ha muligheten til å ta egne valg og bestemme selv, er i følge Travelbee (2011) med på å gi opplevelsen av autonomi og kontroll over eget liv. Samtidig som myndiggjøringen øker, øker også aksepten over kreftdiagnosen, og man får mer respekt og tro på at andre kan hjelpe (Wormnes & Manger, 2005).

Vi må styrke pasientens tro på egen mestring, og se på mulighetene og ikke begrensningene. Lorentsen (2003) påpeker også dette i sin studie. Der kommer hun frem til at pasienter som har oppmerksomheten på mulighetene og ikke begrensningene, tør å sette seg mål. Dette kan igjen føre til økt følelse av kontroll, som dermed er med på å fremme mestring. Som sykepleiere må vi bruke våre kommunikative ferdigheter ved å stille åpne spørsmål som får pasienten til å fortelle. Derfor må vi være aktivt lyttende, og tilrettelegge sykepleien til det som kommer frem om pasienten i samtalen (Reitan, 2010a). Dette kommer også frem i studien til Thorsnes og Brataas (2008) hvor de skriver at sykepleierens speiling og aktive spørring kan føre til at pasienten kan bearbeide og finne en mening med kreftdiagnosen. I studien til Varre et al. (2011) kommer det frem at gjennom det å utveksle erfaringer med likesinnede, er med på å gjøre at kreftpasienter kan få opplevelsen av at kreftdiagnosen blir mer begripelig, håndterbar og meningsfull. Det å få fortalt sin historie, og høre om andres lignende historier, kan bidra til at pasienten forsår, fortolker og bearbeider sin kreftdiagnose. Studien konkluderer med at det å føle tilhørighet og oppleve at man ikke er alene om å være i

en vanskelig situasjon, kan være med på å bidra til en positiv mestringsprosess for kreftpasienter.

Vi har i flere tilfeller erfart at både vi og pasienter har nytte av å snakke med andre som opplever eller har opplevd noe av det samme som oss selv. Det å få bekreftet at det man selv føler og tenker ikke er ”unormalt”, og at andre har kjent på det samme, er noe vi føler gir trygghet og støtte, og ser derfor at dette kan være hensiktsmessig hos en kreftpasient. Reitan (2010a) skriver også at erfaringsutveksling mellom mennesker som har en kreftdiagnose kan være en kilde til informasjon og støtte. Dette er noe vi som sykepleiere også kan informere pasienten om, og videre tilrettelegge. Kreftforeningen har ulike arrangementer og kurs som vi kan informere pasienten om, der både pasienter og pårørende kan delta (Kreftforeningen, s.a.), vi kan også gi pasienten informasjonsskriv og brosjyrer som kan forsterke vår muntlige informasjon (Reitan, 2010a). I studien utført av Fife (2005) kommer det frem at det å delta i støttegrupper kan være med på å minske stresset og videre mestre kreftdiagnosen. Rustøen (2010) underbygger dette, og mener at kreftpasienter som møtes for å få kunnskaper om reaksjoner på diagnosen og for å dele sine tanker, kan være med på å styrke håpet. Hun poengterer også at sykepleierens mål må være å opprettholde pasientens håp over tid (referert i Bakke, 2010).

Når kreftpasienten tar innover seg informasjonen og tilegner seg nye kunnskaper i forhold til diagnosen, behandling og eventuelle ferdigheter som er nødvendige for å håndtere den, oppleves situasjonen i følge Reitan (2010a) som mindre truende, og pasienten går aktivt inn for egen læring. Vi som sykepleiere kan tilrettelegge lærings situasjonen, og bidra til at pasienten setter seg kortsiktige og oppnåelige mål for å fremme forventningen av mestring, og dermed fremme pasientens opplevelse av mestring og håp for fremtiden.

4.3 Over skyene er himmelen alltid blå?

Ja, er den egentlig det? For en kreftpasient vil det ofte være vanskelig å kunne se at himmelen fortsatt er blå over alle skyene. Det å se forbi kreftdiagnosen, og prøve å finne håp og mening kan være en stor utfordring da den nydiagnostiserte kreftpasienten ofte har fokus på problemene rundt diagnosen og ikke på mulighetene. Som sykepleiere har vi et ansvar til å fremme håp hos pasienten, men det er viktig å huske på at håp ikke er noe som kan gis bort,

håpet er noe som pasienten må lete frem i seg selv (Rustøen, 2006). Travelbee (2011) mener at den profesjonelle sykepleieren må bidra til at mennesker med alvorlig sykdom opplever håp. Hun skriver også at vår oppgave blir å gjenvinne håp hos den som opplever håpløshet. For at vi som sykepleiere kan være med på å styrke håpet hos kreftpasienter må vi ha kunnskap om hva håp er og hvordan vi kan bidra til å styrke håp hos den enkelte pasienten. Selv om vi har kunnskaper om håp i seg selv, må vi også være klar over at opplevelsen av håp er forskjellig fra person til person.

Det er mange forhold som påvirker pasientens håp. Rustøen (2006) hevder at omgivelsene og atmosfæren rundt pasienten er av stor betydning for pasientens opplevelse av håp. Vi som sykepleiere spiller en stor rolle i kreftpasientens liv, og blir derfor en viktig del av miljøet rundt pasienten. Hun påpeker derfor at våre holdninger og væremåte, kan få stor betydning for hvordan den enkelte pasient opplever håp. Det er viktig at vi er interesserte, engasjerte og viser empati ovenfor pasienten, da dette kan smitte over til pasienten. Det å være tilstede for pasienten i en håpløs situasjon, kan være en viktig faktor for å fremme håp. Som vi har nevnt tidligere er det viktig at pasienten er delaktig i sykdomsforløpet, får muligheten til å ta egne valg og blir oppmuntret til å bruke egne ressurser. Hvis vi bidrar til dette, kan det oppleves som et skritt i riktig retning og pasienten blir motivert til å mestre det å leve med en kreftdiagnose og de begrensningene det medfører.

Felder (2004) beskriver i sin studie hvordan sykepleiere kan fremme håp ved å utvikle en bevissthet på livet, identifisere en mening med livet, hjelpe pasienten til å etablere et sosialt nettverk, tørre å snakke om tro og religion, bruke humor i sin praksis og hjelpe pasienten til å sette realistiske mål. Hun kommer også frem til at det å være til stede og bruke aktiv lytting kan hjelpe pasienten til å finne de viktige verdiene i livet.

Det å få en kreftdiagnose kan oppleves som ekstremt vanskelig og i studien til Lorentsen (2003) kommer det frem at selv det å ha et urealistisk håp kan være med på å mestre det å leve med en kreftdiagnose. Det å lytte og la pasienten få en avlastning fra virkeligheten, gjennom å drømme om at situasjonen var annerledes, kan vi bidra til at pasienten bevarer håpet. Så lenge vi som sykepleiere er bevisste på hva pasienten vet om sin diagnose, kan det urealistiske håpet være en del av en naturlig prosess som vi skal være forsiktig med å bryte inn i, i følge Lorentsen (2003). Professor Wist (2010) mener derimot at håp som deles med pasienten skal

være realistisk. Han mener at istedenfor å dele det urealistiske håpet med pasienter, skal vi bidra til å flytte håpet fra de store tingene til de små, da dette er mer realistiske mål (referert i Bakke, 2010). Sykepleierne i Lorentsens (2003) studie beskriver at det er de små ting som har betydning for håpet. *Hvordan* sykepleien utføres er av større betydning for kreftpasienten enn *hvilken* sykepleie som utføres.

Gode opplevelser er med på å fremme håp. Derfor kan det å bringe frem gode minner og det å bli møtt konstruktivt og føle en tillit til oss som sykepleiere, være med på å gi pasientene håp og bedre dens mestringmuligheter. Dette kommer også frem i en studie utført av Miller (referert i Rustøen, 2006), hvor han påpeker at følelsen av kontroll, et støttende nettverk, måloppnåelse, åndelige strategier og det å føle at livet er meningsfullt og at man kan vokse på det å oppleve en kreftdiagnose, er alle faktorer som kan være med på å gi et håp til pasienten. Vi ser på dette som at vi må ta godt vare på pasienten, og etter hvert oppmuntre til å se de små tingene som er positive i hverdagen. Rustøen (2010) sier at kreftpasienter som har håp ofte er mer opptatt av de små verdiene i hverdagen, og det å ha gode hverdagsopplevelser, fremfor det å være opptatt av de store spørsmålene om hva som skal skje i fremtiden (referert i Bakke, 2010). Hun påpeker også at håpet kan være sårbart hos en kreftpasient, og derfor mener vi at det er viktig for oss å etablere Travelbees (2011) menneske-til-menneske-forhold, med gjensidig respekt og tillit for at ikke det sårbare håpet skal svekkes. Bahti (2010) konkluderer i sin artikkel med at gjennom å være åpen, ærlig og empatisk, ved å la pasienten være delaktig og bruke sine ressurser, styrker man pasientens autonomi og fremmer håp. Hvor viktig det er å behandle pasienten med respekt for å bevare håpet, kommer tydelig frem dette sitatet fra Lorentsens (2003) artikkel: ”Måten jeg snakker på, hvordan stemmen min er, måten kroppen min er... hele min måte å kommunisere på er viktig for å gi pasienten håp”.

Travelbee (2011) skriver at det trolig er den motiverende drivkraften av håp som gir den syke energi og gjør det mulig for pasienten å bli i stand til å mestre den vanskelige oppgaven, som i dette tilfelle er den traumatiske krisen som oppstår ved en nystilt kreftdiagnose. Som sykepleiere er det viktig å huske at alle mennesker er enkeltindivider, som alle har en unik måte å oppleve sykdom og lidelse på. Hva som ligger i betydningen av ordet ”håp” kan variere hos den enkelte, og derfor er det viktig at vi som sykepleiere er bevisste på dette når vi skal bidra til å fremme håp hos pasienten.

I studien til Felder (2004) kommer det frem at opplevelsen av håp er høyt blant kreftpasienter, uavhengig av kjønn, alder, kultur, sosial status eller hvilken type kreft pasienten har. Dette sier også Rustøen, da hun fastslår at kreftpasienter har sterkere håp enn folk flest. Samtidig påpeker hun at selv om håpet er høyt hos mange, vil ikke dette gjelde for alle pasienter (referert i Bakke, 2010).

Alt vi sykepleiere gjør, og hvordan vi gjør det, er med på å fremme håp hos pasienten. Vi må se hver enkelt pasient som et unikt individ, som reagerer og erfarer lidelse på sin egne unike måte. Som sykepleiere må vi alltid være bevisste på at håp fremmer mestring.

5.0 Konklusjon

Oppgaven tar for seg hvordan vi som sykepleiere kan bevare håp og fremme mestring av reaksjonene i en traumatisk krise, hos pasienter med en nyoppdaget kreftdiagnose. Vi har funnet mye litteratur og forskning rundt temaene, men samtidig ser vi at behovet for mer forskning rundt konkrete sykepleieintervensjoner som kan bidra til å fremme håp og mestring hos kreftpasienter er etterspurt.

Det å få en kreftdiagnose vil hos de fleste mennesker utløse en traumatisk krise, og hvordan et menneske reagerer på en slik situasjon er svært individuelt. Uavhengig av hvordan pasienten reagerer i en slik situasjon, er det viktig at vi som sykepleiere ”er der” for pasienten. Det å lytte, gi pasienten tid og rom for å vise følelser, vise empati og respekt, og vise at vi er engasjert i pasientens situasjon, kan være med på å skape en god relasjon til pasienten. På den måten kan vi skape et forhold som bygger på tillit og gjensidig respekt.

Opplevelsen av håp er individuelt, og varierer fra person til person. Håp er ikke noe vi som sykepleiere kan *gi* til pasienten, men noe vi kan *bidra* til å fremme. Pasienten må selv oppleve håp, og hvordan pasienten opplever og reagerer på en traumatisk krise avhenger av flere ulike faktorer. Hvilken livssituasjon pasienten er i, omgivelsene rundt og tidligere erfaringer med lidelse, er alt med på å avgjøre hvilken mening lidelsen har for pasienten. Dette spiller også en avgjørende rolle for hvordan pasienten velger å mestre situasjonen, og i hvor stor grad pasienten trenger støtte og omsorg fra oss som sykepleiere. Det er viktig for oss å klare å se de pasientene som har et stort omsorgsbehov, men som ikke alltid klarer å uttrykke dette selv. Å la pasienten få tid til å ta kreftdiagnosen innover seg, og at vi er kjent med de ulike mestringsstrategiene og forsvarsmekanismene, kan være med på å fremme håp hos pasientene.

Det er allikevel viktig å huske at disse mestringsstrategiene også kan virke mot sin hensikt, og at det derfor er viktig at vi bruker vår kunnskap til å fremme håp og hele tiden støtter pasienten mot mestring av situasjonen. Betydningen av håp for mestring av krisen, og hvordan mestring er med å øke nivået av håp, hvor sammensatt temaene i problemstillingen er, og hvor tett de følger hverandre, kommer tydelig frem gjennom oppgaven.

Konklusjonen blir derfor at alt det vi gjør som sykepleiere, og måten vi gjør det på, er med på å fremme håp hos pasienten og at håp er med på å bidra til at pasienten kan oppleve mestring

rundt sin vanskelige situasjon. Vi må huske å behandle alle pasienter som et enkeltindivid og tilpasse vår sykepleie ut i fra hver enkelt pasients behov, for at pasienten skal kunne bevare håpet og mestre den traumatiske krisen som oppleves ved å få en kreftdiagnose.

Litteraturliste

- * Andersen, K. S. & Jarden, M. (2012). Coping with radiotherapy for head and neck squamous cell carcinoma: a qualitative exploration. *Vård I Norden* 104 (32:1) s. 25-29. Lokalisert på: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&sid=88dcb670-e162-48b1-b41d-1c48b7594ade%40sessionmgr113&hid=121&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2011685169> Antall sider: 5
- * Bahti, T. (2010). Coping issues among people living with advanced cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 26(3), s.175-182. Lokalisert på: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749208110000264> Antall sider: 8
- * Bakke, K. A. (2010). Har sterkere håp enn folk flest. *Dagens medisin*, 19/10. Lokalisert på: <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/har-sterkere-hap-enn-folk-flest/> Antall sider: 4
- Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2011). Svulster. I Ø. Stein, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1.utg., s. 123-134). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- * Bode, C. (2013). *10 facts on cancer*. World Health Organization. Lokalisert på: <http://www.who.int/features/factfiles/cancer/facts/en/index1.html> Antall sider: 1
- * Bunkholdt, V. (2002). *Psykologi – en innføring for helse- og sosialarbeidere*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS. Antall sider: 25
- Cullberg, J. (2007). *Mennesker i krise og utvikling*. Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2012). *Metoder og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- * Dunniece, U. (2000). Nurses' experiences of being present with a patient receiving a diagnosis of cancer. *Journal of Advanced Nursing*, (2000), 32(3), s. 611-618. Lokalisert på: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=46283419-b39a-41ca-9d83-8f5bfd41ea2a%40sessionmgr112&vid=2&hid=117> Antall sider: 8

* Felder, B. E. (2004). Hope and coping in patients with cancer diagnoses. *Cancer nursing*, 27(4), s. 320-324. Lokalisert på: http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.8.0b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=NINMPDBIIGHFINIMFNOKMDEGAJHEAA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26Titles%3dS.sh.17%257c1%257c10%26FORMAT%3dtitle%26FIELDS%3dTITLES%26S%3dNINMPDBIIGHFINIMFNOKMDEGAJHEAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.uk.ovid.com%2fovftpdfs%2fPDHFFNEGMDIMIG00%2ffs047%2fovft%2flive%2fgv024%2f00002820%2f00002820-200407000-00009.pdf&filename=Hope+and+Coping+in+Patients+With+Cancer+Diagnoses.&navigation_links=NavLinks.S.sh.17.1&link_from=S.sh.17%7c1&pdf_key=B&pdf_index=S.sh.17 Antall sider: 5

Eide, H & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner – Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Faulkner, A. & Maguire, P. (1998). *Å samtale med kreftpasienter og deres familier*. Tano Aschehoug. Antall sider: 157

* Fife, B. L. (2005). The role of constructed meaning in adaption to the onset of life-threatening illness. *Social Science & Medicine* 61 s. 2132-2143. Lokalisert på: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953605001814> Antall sider: 11

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. (2011). Lokalisert på: <http://www.lovdato.no/all/tl-19990702-064-002.html#10>

Hopen, L. (2010). Læring og mestring ved langvarig sykdom. U. Knutstad (red.). *Sykepleieboken 2 – sentrale begreper i klinisk sykepleie*. (3.utg., s. 284-307). Oslo: Akribe.

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt, Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Jensen, K. O. (1999). *Norsk forord*. Mellommenneskelige forhold i sykepleie. J. Travelbee (2011, s. 5-6). Oslo: Gyldendal Akademisk. Antall sider: Har brukt hele boken, antall sider er med i utregningen.

* Kim, H-S., Yeom, H-A., Seo, Y-S., Kim, N-C. & Yoo, Y-S. (2002). Stress and coping strategies of patients with cancer. *Cancer Nursing*, 25(6), s.425-431. Lokalisert på:
http://ovidsp.uk.ovid.com/sp-3.8.0b/ovidweb.cgi?WebLinkFrameset=1&S=JEKLPDAOHOHFIMDBFNOKPHEGAMGDA00&returnUrl=ovidweb.cgi%3f%26Full%2bText%3dL%257cS.sh.63.65%257c0%257c0002820-200212000-00004%26S%3dJEKLPDAOHOHFIMDBFNOKPHEGAMGDAA00&directlink=http%3a%2f%2fgraphics.uk.ovid.com%2fovftpdfs%2fPDHFFNEGPHDBHO00%2ffs046%2fovft%2flive%2fgv023%2f00002820%2f00002820-200212000-00004.pdf&filename=Stress+and+Coping+Strategies+of+Patients+With+Cancer%3a+A+Korean+Study.&pdf_key=PDHFFNEGPHDBHO00&pdf_index=/fs046/ovft/live/gv023/00002820/00002820-200212000-00004 Antall sider: 6

* Kreft. (2013). Lokalisert 5. Februar 2013, på Retriever: <https://web.retriever-info.com/services/archive.html> Antall sider: 1

* Kreftforeningen. (2011). *Årsrapport 2011- med strategi 2012-2015*. Lokalisert på:
<https://kreftforeningen.no/PageFiles/194/%C3%A5rsrapport%202011.pdf> Antall sider: 1

* Kreftforeningen. (s.a.). *Krafttak mot kreft*. Lokalisert på:
<https://kreftforeningen.no/krafttakmotkreft/kontakt/> Antall sider: 1

* Kreftforeningen/Brystkreftforeningen. (s.a.). *Om Rosa sløyfe*. Lokalisert på:
<http://www.rosasloyfe.no/om-aksjonen> Antall sider: 1

* Kreftforeningen. (s.a.). *Kurs, grupper og arrangementer*. Lokalisert på:
<https://kreftforeningen.no/vare-tilbud/kurs-og-grupper/> Antall sider: 1

* Kreftregisteret. (2012). *Hva er kreft?*. Lokalisert 29. Januar 2013 på:
<http://kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft/Hva-er-kreft/> Antall sider: 1

* Kreftregisteret. (2011). *Fakta om kreft*. Lokalisert 29. Januar 2013 på:
<http://kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft/> Antall sider: 1

* Kreftregisteret. (2012). *Antall nye tilfeller fordelt på primær lokalisasjon og kjønn – 2010*. Lokalisert på: <http://www.kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/> Antall sider: 1

* Kreftregisteret. (2012). *Kreftdødsfall i Norge fordelt på primær lokalisasjon og kjønn – 2010*. Lokalisert på: <http://www.kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/> Antall sider: 1

* Kvåle, K. (2002). *Sykepleie til mennesker med kreft*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Antall sider: 28

* Lazarus, R. S. (2006). *Stress og følelser – en ny syntese*. København: Akademisk Forlag. Antall sider: 26

* Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company. Antall sider: 61

Lohne, V. (2010). Håp og håpløshet. I U. Knutstad (red.), *Sykepleieboken 2 - Sentrale begreper i klinisk sykepleie* (3. utg., s.108-124). Oslo: Akribe.

* Lorensten V. B. (2003). Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp?, *Sykepleien*, 91(21), s.38-41. Lokalisert på: <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/121739/-hvordan-kan-sykepleieren-styrke-pasientens-hap?> Antall sider: 8

* Maslow, A. (1987). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row. Antall sider: 4

* Marcusen, C. (2010). Information and communication needs of individuals living with advanced cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 26(3), s.151-156. Lokalisert på: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=7&sid=cb5c37a0-e0f2-4c6a-966c-3681ccddcfb8%40sessionmgr112&hid=128&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2010924567> Antall sider: 5

Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid – I teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert – en arbeidsbok*. Oslo: Akribe.

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2013). Lokalisert på:

<http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html>

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 3.1-3.2. (2011). Lokalisert på:

<http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-063-003.html>

* Reitan, A. M. (2010a). Krise og mestring. A. M, Reitan & T. K, Schjølberg (red.), *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling*. (3. utg., s. 72-99). Oslo: Akribe. Antall sider: 27

Reitan, A. M. (2010b). Mestring. U. Knutstad (red.), *Sykepleieboken 2 - Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. (3. utg., s.74-107). Oslo: Akribe.

* Reitan, A. M. (2010c). Kreftsykepleie. A. M, Reitan & T. K, Schjølberg (red.), *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling*. (3. utg., s. 21-32). Oslo: Akribe. Antall sider: 11

* Rustøen, T. (2006). *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Antall sider: 114

* Rustøen, T. (1997). Håp og livskvalitet hos mennesker med kreft. M. S, Fagermoen, R. Nord, B. R. Hanestad & E. Bjørnsborg (red.), *Fra Kunst til Kolikk – Norsk sykepleieforskning i fokus*. (s.295-302). Oslo: Universitets Forlaget. Antall sider: 7

* Rustøen, T. & Schjølberg, T. K. (2000). Begrepet livskvalitet. *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?*. T. Rustøen, (s. 36. 2006). Oslo: Gyldendal Akademisk. Antall sider: Har brukt hele boken, sidene er tatt med i utregningen.

Schjølberg, T. K. (2010). Sykepleie til pasienter med kreft. U. Knutstad (red.), *Sykepleieboken 3 – klinisk sykepleie* (1.utg., s. 83-88). Oslo: Akribe.

* Skarstein, J. (1998). Mentale og følelsesmessige reaksjoner ved alvorlig sykdom. K. Rogne (red.), *Mitt liv – Mitt håp, mennesker i møte med alvorlig sykdom og skade.* (s.35-45). Oslo: Grøndahl og Dreyers Forlag. Antall sider: 10

* Thorsnes, S. L. & Brataas, H. V. (2008). Narrativer i samtaler mellom kreftsykepleier og pasient. *Vård i Norden* 4/2008, 90(28:4), s.14-18. Lokalisert på:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=cb5c37a0-e0f2-4c6a-966c-3681ccddcfb8%40sessionmgr112&vid=6&hid=128> Antall sider: 5

* Travelbee, J. (2011). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie.* Oslo: Gyldendal Akademisk. Antall sider: 287

* Utne, I. & Rustøen, T. (2010). Håp hos mennesker med kreft. I Kreftsykepleie. A. M, Reitan & T. K, Schjølberg (red.), *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling.* (3. utg., s. 62-71). Oslo: Akribe Antall sider: 10

* Varre, P., Slettebø, Å. & Ruland, C. (2011). ”Det er mitt liv det gjelder” – kreftpasienters beskrivelse av mestringsmuligheter, slik det kommer til uttrykk på et internettbasert diskusjonsforum. *Vård i Norden* 3/2011, 101(31:3), s. 4-8. Lokalisert på:
<https://oda.hio.no/jspui/bitstream/10642/1116/1/868336.pdf> Antall sider: 5

* Wormnes, B. & Manger, T. (2005). *Motivasjon og mestring – Veier til effektiv bruk av egne ressurser.* Bergen: Fagbokforlaget. Antall sider: 24

Totalt antall sider selvvalgt litteratur: 871

Vedlegg

Vedlegg 1 – PICO skjema

P	I	C	O
Hva vil vi vite noe om? Pasienter/ grupper/ mennesker	Hvilket tiltak, intervensjon, behandling ønsker vi å vite noe om?	Skal det tiltaket vi satte opp i «I» sammenlignes med et annet tiltak?	Hvilket utfall, effekt, erfaring, opplevelse, endepunkt er vi interessert i?
Cancer, nurse-patient relation, traumatic crisis	Coping, adaption, hope, communication		Hope, coping, adaption, nurse-patient relation

Vedlegg 2 - Søkehistorie

Database	Søkeord/antall treff	Artikkelnavn	Forfatter/årstall
EBSCOhost	Coping and cancer patients Antall treff: 3215	”Coping with radiotherapy for head and neck squamous cell carcinoma: a qualitative exploration”	Andersen, K. S & Jarden, M. (2012)
EBSCOhost	Cancer and coping and crisis Antall treff: 62	“The role of constructed meaning in adaption to the onset of life-threatening illness”	Fife, B. L. (2005)
EBSCOhost	Coping issues and cancer patients Antall treff: 412	“Coping issues among people living with advanced cancer”	Bahti, T. (2010)
EBSCOhost	Nurse-patient and	“Nurses’ experiences	Dunniece, U. (2000)

	cancer diagnosis Antall treff: 182	of being present with a patient receiving a diagnosis of cancer”	
Ovid Nursing	Hope and coping and cancer Antall treff: 64	“Hope and coping in patients with cancer diagnoses”	Felder, B. E. (2004)
Ovid Nursing	Stress and coping and cancer patients Antall treff: 125	“Stress and coping strategies of patients with cancer”	Kim, H-S., Yeom, H-A., Seo, Y-S., Kim, N-C. & Yoo, Y-S. (2002)
SveMed+	Cancer and coping Antall treff: 7	”Det er mitt liv det gjelder” – kreftpasienters beskrivelse av mestringsmuligheter, slik det kommer til uttrykk på et internettbasert diskusjonsforum”	Varre, P., Slettebø, Å. & Ruland, C. (2011)
EBSCOhost	Communication and cancer patients and nurse-patient Antall treff: 312	“Narrativer i samtaler mellom kreftsykepleier og pasient”	Thorsnes, S. L. & Brataas, H. V. (2008)
EBSCOhost	Cancer patients and communication needs	“Information and communication needs of individuals	Marcusen, C. (2010)

	Antall treff: 1400	living with advanced cancer”	
Sykepleien	Sykepleier og pasient og håp	”Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp?”	Loretsen, V. B. (2003)