



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum  
Avdeling for folkehelsefag  
4 BACH

Ida Melchior Jarremark og Marte Nymo Østgaard

Veileder: Marianne Torp Stensvehagen

Håp på det beste, men vær forberedt på det verste

Hope for the best, but be prepared for the worst

Antall ord: 12 390

Bachelor i sykepleie

BASY 2013

2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA  NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA  NEI

---

Håp er tanker,  
tanker med mening,  
tanker med mening i livets tunge stunder

Håp gir oss tro,  
tro på oss selv,  
tro på at alle kan skape mirakler.

Håpet får frem  
våre uante krefter,  
krefter som overgår hver eneste mester,

Gi aldri opp håpet,  
det gir oss vår styrke!  
Derfor er håpet så viktig å dyrke!

*Av Singer-s*

---

## Sammendrag

**Tittel:** Håp på det beste, men vær forberedt på det verste.

**Hensikt:** Hensikten med denne bacheloroppgaven er å få økt kunnskap og forståelse rundt vårt tema. Vi har valgt å skrive om hvordan vi som sykepleiere kan møte den unge voksne pasienten med nyoppdaget kreft. Vi vil se nærmere på hvordan den unge voksne pasienten opplever håp og mestring i startfasen, samt hvordan vi som kommende sykepleiere kan hjelpe den unge voksne pasienten til å fremme håp og mestring.

**Problemstilling:** Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til å fremme pasientens håp og mestring i startfasen av nyoppdaget kreft?

**Metode:** Denne bacheloroppgaven er en fordypningsoppgave basert på litteratur. Vi har benyttet oss av selvvalgt litteratur, forskning, pensumlitteratur, praksiserfaringer, samt annen relevant litteratur.

**Teori:** Her utdyper vi relevante temaer opp imot vår problemstilling. Temaene vi trekker frem er sykdommen kreft, pasientens rettigheter, psykiske påkjenninger, reaksjonsfasen, sykepleierens evne til å fremme håp og mestring, kommunikasjon og empati, sympati og medfølelse.

**Konklusjon:** Det kommer frem at håp er individuelt. Det vil være viktig at sykepleieren hjelper pasienten til å sette seg kortsiktige og realistiske mål for å oppnå mestring, som da vil hjelpe pasienten til å finne håp. Sykepleierens tilstedeværelse og kunnskap om kreft vil være avgjørende for å hjelpe pasienten til å fremme håp og mestring. Sympati, empati og medfølelse vil være viktig i møte med pasienten da dette gir en følelse av å bli ivaretatt og forstått. Her vil god kommunikasjon også være viktig for å kunne skape trygghet og tillitt. I tillegg er det viktig at pasienten blir møtt i de følelsesmessige reaksjonene som oppstår under sykdomsperioden.

---

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0</b>	<b>INNLEDNING .....</b>	<b>5</b>
1.1	HENSIKT MED OPPGAVEN .....	6
1.2	PROBLEMSTILLING .....	6
1.3	OPPGAVENS AVGRENSING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING.....	6
1.4	BEGREPSFORKLARING .....	8
2.0	TEORI.....	8
2.1	KREFT .....	9
2.2	SYKEPLEIERENS ROLLE .....	10
2.2.1	<i>Kommunikasjon</i> .....	11
2.2.2	<i>Håp</i> .....	11
2.3.3	<i>Empati, sympati og medfølelse</i> .....	12
2.3	DEN PSYKISKE OPPLEVELSEN AV Å FÅ KREFT .....	13
2.3.1	<i>Pasientens rettigheter</i> .....	14
2.3.2	<i>Reaksjonsfasen</i> .....	14
2.3.3	<i>Mestring ved akutt sykdom</i> .....	15
2.3.4	<i>Mestringsstrategier</i> .....	16
<b>3.0</b>	<b>METODE .....</b>	<b>18</b>
3.1	LITTERATURSØK .....	18
3.2	RESULTATER AV SØK .....	19
3.3	KILDEKRITIKK.....	23
3.4	ETISKE OVERVEIELSER .....	25
<b>4.0</b>	<b>DRØFTING.....</b>	<b>26</b>
4.1	HVORDAN PÅVIRKER SYKDOM PASIENTENS HÅP OG MESTRING I STARTFASEN AV NYOPPDAGET KREFT? .....	26
4.2	HVORDAN KAN VI SOM SYKEPLEIERE MØTE PASIENTEN I DEN UTFORDRENDE SITUASJONEN? 28	
4.3	HVORDAN KAN SYKEPLEIEREN DANNE RELASJON MED PASIENTEN GJENNOM BRUK AV KOMMUNIKASJON? .....	30
4.4	HVORDAN KAN HÅP FREMMES I MØTE MED PASIENTEN? .....	31
4.5	HVORDAN FREMME MESTRING HOS PASIENTER MED NYOPPDAGET KREFT?.....	33
4.6	HVORDAN KAN MESTRINGSSTRATEGIER VÆRE MED Å FREMME HÅP OG MESTRING? .....	34
4.7	HVORDAN KAN SYKEPLEIEREN VISE EMPATI, SYMPATI OG MEDFØLELSE I MØTE MED PASIENTEN? .....	36
<b>5.0</b>	<b>KONKLUSJON .....</b>	<b>38</b>
	<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>39</b>
	<b>VEDLEGG.....</b>	<b>42</b>

---

## 1.0 Innledning

I løpet av yrkeslivet vil vi som sykepleiere møte pasienter i ulike aldersgrupper som er rammet av kreft. Kreftregisteret registrerte i 2014, 31 651 tilfeller av kreft i Norge (Larsen, 2014). Fra 2008 til 2012 er det registret 1100 krefttilfeller i alderen 15-24 år i Norge (Larsen, 2012). Befolkningen og levealderen i Norge øker hvert eneste år, dette resulterer i at også antall tilfeller av kreft øker. Ut ifra kreftregisteret kan vi se at flere pasienter overlever en kreftdiagnose i dag enn tidligere. Videre ser vi en økt oppmerksomhet rundt kreft, samt ny og bedre behandling (Larsen, 2014).

Sykepleierrollen omfatter funksjonsområder som er helsefremming og forebygging, behandling, lindring, rehabilitering og habilitering og undervisning og veiledning. Vi velger å se på behandlingen som er knyttet opp mot pasientens reaksjoner rundt den situasjonen han eller hun befinner seg i. Samt lindring som har som mål å begrense eller redusere omfanget av belastningene en kreftpasient må gjennom. I en slik situasjon hvor pasienten har nyoppdaget kreft er det viktig å fremme pasientens opplevelse av velvære (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012).

Når en person får påvist kreft vil det oppstå en usikkerhet om en vil overleve den livstruende sykdommen (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Kreft er en sykdom det er vanskelig å unngå, enten det gjelder en selv eller i nære relasjoner. Vi har lite erfaring med denne pasientgruppen, men har erfaringer fra andre pasientgrupper med akutte og kroniske lidelser. Vi baserer denne oppgaven på litteratur, forskning og egne erfaringer.

Vi har valgt temaet håp og mestring fordi dette er et område som engasjerer oss, og som vi ser på som en viktig del av sykepleieryrket. For å kunne utøve god sykepleie til pasienter er det essensielt med god kunnskap og interesse om håp og mestring. Gjennom teori og praksis mener vi det har vært for lite fokus rundt disse temaene, samt et for lite fokus på pasienter i alderen 19-24 år. Vi ønsker derfor å tilegne oss mer kunnskap om denne pasientgruppen, og hvordan vi som fremtidige sykepleiere kan være med å fremme håp og mestring hos pasienter med nyoppdaget kreft. Med fremme mener vi å hjelpe pasienten til å se håpet som allerede er noe til stede. Det vi tenker kan være utfordrende hos denne pasientgruppen er

---

bivirkningen som oppstår under behandlingen, sosialt tap i omgangskretsen og mindre sjanse for å kunne få barn i fremtiden.

## 1.1 Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne bacheloroppgaven er å belyse hva håp og mestring innebærer, samt hvordan det er å være en ung pasient på et sykehus med nyoppdaget kreft. Vi vil legge fokuset på hvordan vi som fremtidige sykepleiere kan være med å fremme håp og mestring hos unge voksne pasienter med nyoppdaget kreft, samt se på den unge voksne pasientens opplevelse av håp og mestring. Et mål med denne oppgaven er å gi oss ny faglig kunnskap og forståelse rundt dette tema, som igjen vil være med å gjøre oss mer forberedt i møte med kreftpasienter i arbeidslivet. Samtidig kan vi videreformidle vår kunnskap til arbeidskollegaer, slik at de får et innblikk i hvor viktig sykepleiernes rolle er for å være med å fremme håp og mestring hos unge voksne pasienter med nyoppdaget kreft.

## 1.2 Problemstilling

*Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til å fremme pasientens håp og mestring i startfasen av nyoppdaget kreft?*

## 1.3 Oppgavens avgrensning og presisering av problemstilling

I denne oppgaven har vi tatt for oss en pasientgruppe som tidligere er friske og aktive. På bakgrunn av oppgavens lengde har vi valgt å ta for oss hvordan kreft kan påvirke den unge voksne pasientens håp og mestring, uavhengig av hvilken krefttype. Om kreften kan helbredes eller om den er døende, kan ha stor påvirkning på pasientens håp og mestring. Vi har dermed valgt å legge fokuset vårt på krefttyper der overlevelse prosent er høy, og vi kan da være med å bidra til å fremme håp og mestring hos den unge voksne pasienten. Med unge voksne pasienter mener vi aldersgruppen mellom 19-24 år. Grunnen til at vi har valgt å ikke fokusere på en type kreft, er fordi vi tror at uansett hvilken krefttype man rammes av vil en oppleve en stor usikkerhet rundt sykdommen og veien videre. Tidsrommet vi har valgt å

---

konsentrere oss om startfasen på sykdomsforløpet, hvor pasienten får konstatert en diagnose. Vi har da valgt å legge vekt på reaksjonsfasen som kommer etter sjokkfasen. Reaksjonsfasen kan vare fra en uke til godt over et halvt år, og her velger vi å fokusere på første halvdel av perioden (Berre, 1999). Vi velger å nevne alle fasene, men har valgt å utdype oss i en av fasene, da vi mener denne er relevant opp mot vår problemstilling. Grunnen til at vi velger å fokusere på denne fasen er fordi vi tenker at det er i dette tidsrommet pasienten trenger håp og mestring som mest. På grunn av oppgavens lengde har vi valgt å ikke vektlegge pårørende, selv om vi vet at de spiller en viktig rolle for pasienten, samt at det er en stor påkjenning å være pårørende til en kreftpasient. I teoridelen har vi valgt å skrive om det generelle, mens i drøftedelen går vi inn på det spesielle med den unge voksne pasienten. Vi ønsker mer kunnskap og en dypere forståelse for pasientens opplevelser i startfasen av sykdomsforløpet, samt hvordan vi som sykepleiere kan gå pasienten i møte for å fremme håp og mestring i den vanskelige fasen. I møte med pasienten velger vi som nevnt tidligere å ta utgangspunkt i at pasienten ligger innlagt på et sykehus, hvor det allerede er blitt konstatert en kreftdiagnose. Det er da viktig at pasienten får en god opplevelse av sykehusoppholdet, som kan bidra til mulig bedring av situasjonen. Grunnen til at vi har valgt dette området er fordi vi mener det er vesentlig i forhold til pasientens opplevelse og mulig bedring av situasjonen pasienten har havnet i. I vår jobb som sykepleiere vil vi møte på mange utfordringer. En av disse utfordringene kan være å fremme håpet og å hjelpe pasienten til å oppleve mestring ved en nyoppdaget kreftdiagnose når fremtiden virker usikker.

I vår oppgave har vi valgt å fokusere på sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee da vi mener hun er en relevant teoretiker opp imot vår problemstilling. Grunntanken bak Travelbee sin teori er: «sykepleien er en mellommenneskelig prosess hvor 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» (Travelbee, 2001, s. 29). Travelbee (2001) var opptatt av å skape et «menneske-til-menneske-forhold» og ikke «sykepleier-pasient» forhold, for å kunne utøve sykepleie på denne måten. Vi velger å ta i bruk rolleinndelingen «sykepleier» og «pasient» i vår oppgave. Vi mener disse rollene bidrar til at pasienten oppnår en følelse av trygghet og ivaretagelse, av personer med en sykepleiertittel. Denne tittelen henviser til kunnskap om sykepleierfaget.

---

## 1.4 Begrepsforklaring

Begrepsforklaring gir den utenforstående en forklaring på hva hvert enkelt begrep omhandler.

**Autonomi:** Betyr selvregulering eller selvbestemmelse. Autonomi er retten til å bli informert og til å kunne velge selv (Brinchmann, 2014).

**Cytostatika:** Cytostatika er cellegift eller kjemoterapi som er en kreftbehandlingstype (Lorentsen & Grov, 2013).

**Fatigue:** Kan defineres som en tilstand der energinivået er redusert, og en følelse av økt ubehag og nedsatt funksjonskapasitet vil oppstå. Denne tilstanden kjennetegnes som tretthet, nedstemthet, svakhet, utmattelse og mangel på motivasjon som verken forsvinner ved søvn eller hvile (Schølberg, 2010).

**Malign:** Betegnes som ondartet og invaderer omkringliggende vev og/eller sprer seg til andre deler av kroppen (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2011).

**Metastase:** Er spredning av celler gjennom lymfekar, blodkar eller kroppshuler (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2011).

**Mutasjon:** Er en genskade, som vil si endringer i genenes struktur (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2011).

## 2.0 Teori

Teoridelen omhandler temaer som er viktige med tanke på vår oppgave og besvarelsen av vår problemstilling. Vi vil her gi en beskrivelse av hva kreft er, sykepleierens rolle og hvordan kommunikasjon kan bidra til å skape en god relasjon med pasienten. Deretter skal vi gå inn på hvordan håp kan fremmes i møte med pasienten og hvordan empati, sympati og medfølelse påvirker kreftpasienten. Videre vil vi gå inn på den psykiske opplevelsen av å få kreft, inkludert hvordan det er å være i reaksjonsfasen. Deretter vil vi ta for oss mestring og



---

mestringsstrategier. Vi tar utgangspunkt i sykepleieteorien til Travelbee i arbeidet med å fremme håp og mestring hos den kreftsyke pasienten.

## 2.1 Kreft

Kreft er samlebegrepet for malign svulst. Et viktig fellestrekk for alle typer kreft er at det oppstår en mutasjon i en av kroppens celler. Ved celledeling overføres skaden som er oppstått videre til datterceller, som også kan oppstå andre steder i kroppen. Dette kalles metastasering. For at en malign svulst skal utvikles må vanligvis flere gen være skadet. For at en malign kreftcelle skal utvikle seg må det gjennom flere cellegenerasjoner oppstå skader, da det til slutt oppstår en celle som har tilstrekkelig skader på genene og med det utgjør kreftcellen. En malign svulst kan videre spre seg via blodkar, lymfekar og kroppshuler (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2011).

Det er fortsatt en usikkerhet rundt årsaken til at noen personer får genskader som utvikler seg til en kreftsvulst. Det har vist seg at kosthold, livsstil og yrkesrelaterte forhold har stor betydning for hvor mye kreftfremkallende stoffer personen utsettes for. Røyking, dårlig kosthold, fedme, HPV-infeksjon, stort forbruk av rødt kjøtt og høyt saltinnhold i maten er noen sentrale faktorer som er med på å øke sjansen for utvikling av kreft. Andre forhold som også kan utvikle kreft er de yrkesetiske forholdene, disse er kjemiske og fysiske kreftfremkallende faktorer. Disse eksterne faktorene alene har ingen betydning for utviklingen av kreften (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2011).

Kåre & Wist (2009) påpeker at etter undersøkelser er det påvist at risikoen for å utvikle kreft er fordoblet dersom mor eller far har hatt en kreftsykdom, og kan derfor være arvelig (referert i Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2011). Behandlingen av kreft går ut på å kurere kreften dersom dette er mulig, ofte for å redde liv eller lindre eventuelle plager. De vanligste moderne behandlingsformene består ofte av en kombinasjon av strålebehandling, medisinsk behandling av cytostatika og kirurgi (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2011). Reitan (2010a) beskriver at det å måtte leve med kreft er en stor utfordring for mange.

Konsekvenser som oppstår kan blant annet være depresjon, forandret kroppsbilde, håravfall,

---

endret rolle, fatigue, kvalme, smerter og psykososiale utfordringer (Lorentsen & Grov, 2010).

Etter samtale med en ansatt ved en aktuell avdeling ved Oslo Universitetssykehus fikk vi et innblikk i forløpet til kreftpasienter. Forløpet starter hos en fastlege eller spesialist, der pasienten blir henvist videre til sentral henvisnings mottak. Videre blir pasienten henvist til avdeling for kreftbehandling, der det eventuelt blir påvist en aktuell diagnose. Deretter blir pasienten henvist til legen, hvor det da blir satt i gang et tverrfaglig møte for å diskutere og ta en beslutning om pasienten har behov for medikamentell eller strålebehandling. Fra fastlegen eller spesialisten henviser pasienten til sentralt henvisnings mottak, har de en plikt til å gi pasienten en dato for når behandlingen er ferdig vurdert og når behandlingen starter. Det er nå blitt utarbeidet et pakkeforløp, som innebærer at tiden fra pasienten blir henvist fra legen til behandlingen starter skal gå raskere. Pakkeforløp gir trygghet og forutsigbarhet for pasienten ved å sikre brukermedvirkning og informasjon (Helsedirektoratet, 2016).

## 2.2 Sykepleierens rolle

De yrkesetiske retningslinjene (Norsk Sykepleieforbund, 2011) for sykepleie omhandler sykepleierens etiske fundament for å utøve god sykepleiepraksis. Sykepleien skal baseres på barmhjertighet, respekt og omsorg for det enkelte menneskes liv og deres behov.

Fundamentale plikter en sykepleier har er å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre pasienten en verdig død. I tillegg fremme håp og mestring hos pasienten.

Travelbee (2001) vektlegger sykepleierens bruk av evner og kunnskap som et viktig moment for all sykepleie. Hun setter mennesket i hovedfokus og forklarer mennesket som et unikt og uerstattelig individ. Teorien viser viktigheten ved at sykepleieren må ha innsikt i vennlighet og omsorg, og hvordan det er å være et menneske, men igjen at ingen av begrepene kan veie opp mot manglende kunnskap. Hun legger vekt på begrepet «å bruke seg selv terapeutisk», som omhandler at sykepleieren bevisst bruker sin kunnskap og personlighet for å hjelpe den syke. Hun skriver at sykepleieren må fokusere på å møte den kreftsyke i lidelsen pasienten opplever. Hun fokuserer på lidelse og tap, som er en del av livet, som umulig å unngå i et menneskeliv. Lidelse er en smertefull hendelse som er vanskelig å akseptere for et

---

menneske. En gang i livet vil man møte sykdom og smerte, som en assosierer som smertefullt. Kommunikasjon blir da en viktig faktor når en snakker om lidelse, tap og håp.

### 2.2.1 Kommunikasjon

I følge Travelbee (2001) vil det alltid foregå en kommunikasjon i møte mellom sykepleier og pasient. Enten de selv er bevisste eller ikke. Kommunikasjon er en prosess som er med på å etablere et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient. Med dette mener hun som nevnt tidligere at sykepleieren bruker seg selv terapeutisk i møte med pasienten. Ved å etablere dette forholdet kan det være med å på å hjelpe pasienten til å mestre opplevelsen av sykdom og lidelse, og til å finne håp og mening (Travelbee, 2001).

Formålet med kommunikasjon vil være at sykepleieren er med på å hjelpe pasienten til å mestre opplevelsen av sykdommen. Kommunikasjon er en kontinuerlig prosess, der det er overføringer av mening og budskap mellom individer. Det vil derfor være et godt hjelpemiddel for at sykepleieren skal kunne bli kjent med pasienten og deres behov. Meningene og budskapet mellom individene kan overføres gjennom verbal eller non-verbal kommunikasjon. Sykepleieren kan møte pasienten på en styrkende, bekræftende og oppmuntrende måte ved bruk av non-verbal kommunikasjon, som kan være med å bygge opp trygghet, tillit og motivasjon (Travelbee, 2001). Non-verbal kommunikasjon kan blant annet uttrykkes gjennom øyekontakt, ansiktsuttrykk, kroppsspråk, stemmeleie og berøring (Eide & Eide, 2014).

### 2.2.2 Håp

I møte med den kreftsyke pasienten vil sykepleieren observere henne og etter hvert danne seg flere inntrykk. Her vil sykepleieren finne ut av hvordan hun vil opptre og reagere ovenfor pasienten. For å ha mulighet til å kunne hjelpe pasienten i han eller hennes livssituasjon, er det viktig at sykepleieren setter seg inn i pasientens tanker og følelser (Travelbee, 2001). Vaillot (1970) skriver at sykepleieren utgjør en stor del av pasientens miljø, og for at pasienten skal få en opplevelse av håp er sykepleierens væremåte en viktig faktor (referert i Rustøen, 2001).

Håp er en mental tilstand hos pasienter som har et ønske om å nå målet som blir satt, kombinert med forventninger om at målet er oppnåelig. Håp er som nevnt tidligere

---

individuell, og kan endres over tid. Begrepet håp fokuserer på pasientens situasjon her og nå, samtidig som det fokuserer på fremtiden (Lohne, 2010). Uten håp vil det kunne være utfordrende å finne frem til en løsning på problemene. Pasienter med tidligere erfaringer der andre ønsker å hjelpe, vil kunne være med å skape tillitt og et grunnlag for utvikling av håp og mening (Travelbee, 2001). Håp kan også være kortsiktig, dette kan være i form av håp om en hverdag med mindre smerter, god støtte fra familie og venner, og håp om en god natt søvn (Lohne, 2010).

Ifølge Fromm (1980) må sykepleieren ha kunnskap om hva håp innebærer, for å kunne hjelpe pasienten til å styrke håpet (referert i Rustøen, 2001). Dersom pasienten opplever håpløshet tilknyttet sykdommen, er en av de viktigste oppgavene til sykepleieren å være tilgjengelig og hjelpe den kreftsyke til å mestre opplevelser sykdommen medfører, samt gjenvinne eller opprettholde håpet og unngå håpløshet. Sykepleieren kan ikke gi pasienten håp, men hun kan tilrettelegge slik at pasienten får en opplevelse av håp (Travelbee, 2001).

Videre for å fremme håpet, vil oppmuntring kunne være med å motivere pasienten til å bruke egne ressurser. Etter nyoppdaget kreft kan det være utfordrende å finne lyspunkter og ta i bruk egne ressurser i hverdagen. Klarer pasienten å ta vare på egne behov, går utviklingen riktig vei, og pasienten kan lettere nå egne mål. På den måten kan pasienten oppnå en mestringsfølelse av å leve med de begrensningene som forekommer ved sykdommen (Rustøen, 2001).

### 2.3.3 Empati, sympati og medfølelse

Travelbee (2001) sin teori tar for seg viktigheten av empati, sympati og medfølelse. Hun beskriver empati som evnen til å ta del i og forstå andre menneskers psykiske tilstand, og det å kunne forutsi og fornemme den andres indre opplevelse ut ifra reaksjoner og følelser pasienten opplever. For å utøve god sykepleie er ikke begrepet empati ene og alene godt nok, evnen til sympati og medfølelse utvikles ut ifra empatiprosessen. I følge Travelbee er sympati og medfølelse med på å styrke forholdet mellom pasient og sykepleier, og det er grunnlaget for at sykepleieren skal kunne ha mulighet å hjelpe pasienten gjennom sykdom og lidelse. Empati, sympati og medfølelse er viktige faktorer for at sykepleieren skal kunne

---

klare å hjelpe pasienten, ikke nødvendigvis fordi hun må, men fordi hun bryr seg om pasienten.

Som nevnt tidligere skriver Travelbee (2001) at sykepleieren ikke kan gi pasienten håp, men legge til rette for at pasienten unngår håpløshet og opprettholder håpet. For sykepleieren er det da viktig å ha nok kunnskap om hva begrepet håp innebærer, og hva som kan være med på å styrke og svekke pasientens håp. En engasjert og håpefull sykepleier med medfølelse for pasienten, kan bidra til å styrke, skape håp og finne frem nye krefter hos pasienten. Pasientens håp kan bli påvirket av mange ulike forhold, dette kan blant annet være holdninger, omgivelsene og atmosfæren rundt pasienten (Rustøen, 2001).

Hos pasienten med nyoppdaget kreft kan fremtiden virke usikker, som kan være med å gi negative forventninger. Dette kan medføre mulig skuffelse, som fører til at pasienten ikke lenger tørr å håpe. Mulighetene oppstår der håpet er positivt, mens begrensninger oppstår dersom håpløshet er til stede (Lohne, 2010).

## 2.3 Den psykiske opplevelsen av å få kreft

Opplevelsen av å få kreft er svært individuell (Kvåle, 2002). Pasienten står ovenfor en rekke utfordringer ved kreftsykdommen. Utfordringene kan være å bli diagnostisert med kreft, behandlingens gjennomgang, håndtering av de ulike bivirkningene som oppstår, senskader, samt risikoen for tilbakefall av sykdommen (Reitan, 2010a). Andre faktorer som også har påvirkningskraft på opplevelsen av sykdommen er personlighet, pasientens livsfase og den sosiale situasjonen pasienten befinner seg i (Kvåle, 2002).

En grunnleggende antagelse er ifølge Travelbee (2011) at en opplevelse av sykdom og lidelse er både åndelige, fysiske og psykiske erfaringer. De fleste pasienter med en kreftdiagnose vil kunne oppleve at de må leve med en trussel om at døden er et faktum i deres sykdom, og de kan få en opplevelse av psykisk stress (Booth et al. 1994 gjengitt av Kvåle 2002). Lazarus og Folkmans (1984) definisjon av psykisk stress innebærer at «stressreaksjoner utløses når en person opplever at en situasjon er farlig eller belastende» (sitert i Kristoffersen, 2012, s.143). Pasientens egen kognitive vurdering og tolkning av situasjonen kan være avgjørende for hvordan pasienten opplever situasjonen (Kristoffersen,

---

2012). Dersom pasienten ikke har innsikt i eller oversikt over situasjonen vil det kunne oppleves som belastende, psykisk stress er derfor en individuell følelse (Stubberud, 2013).

Når en mister kontroll over livet og ikke lenger kan ta egne avgjørelser, kan dette gi en opplevelse av sårbarhet. Pasientens mangel på sykdomsforståelse påvirker usikkerheten om symptomer, hva sykdommen innebærer og hva som er nødvendig behandling. Sykehusets ukjente omgivelser, rutiner, prosedyrer og eksistensielle spørsmål er også med på å påvirke usikkerheten. Eksistensielle spørsmål som pasienten kan stille seg er hvorfor nettopp han eller hun er rammet av denne sykdommen, er dette slutten på livet og hvordan kommer veien til å bli videre (Stubberud, 2013).

### 2.3.1 Pasientens rettigheter

I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) har pasienter som blir lagt inn på sykehus med nyopplaget kreft krav om flere lovfestede rettigheter. Disse rettighetene er blant annet §1.1 (1999) som tar for seg pasientens alminnelige bestemmelser. Samt §3.2 (1999) som tar for seg pasientens rett til informasjon. Helsepersonell er lovpålagt å følge disse rettighetene ovenfor pasienten, samt Helsepersonelloven (1999).

### 2.3.2 Reaksjonsfasen

Krise er et begrep som betegner akutte forstyrrelser av det normale livet. Dette er forstyrrelser som kommer uventet, og som kan ha en usedvanlig intensitet så lenge krisen varer og pasientens liv kan stå på spill. Kjennetegn ved en krise kan være at pasientens innlærte reaksjoner og tidligere erfaringer ikke lenger strekker til, der pasienten selv ikke makter å mestre eller forstå situasjonen (Reitan, 2010a). Når en blir rammet av kreft oppstår uforutsigbare påkjenninger og pasienten går dermed inn i en krisesituasjon (Eide & Eide, 2014). Menneskers krisereaksjoner kan deles inn i fire faser:

- Sjokkfasen
- Reaksjonsfasen
- Bearbeidelsesfasen – eller reparasjonsfasen
- Nyorienteringsfasen

---

Alle de fire fasene flyter ofte over i hverandre. Et eksempel på dette kan være en pasient som opplever en kreftsykdom som kan inneholde eventuelle tilbakefall, og dermed faller tilbake til sjokkfasen (Eide & Eide, 2014). Reaksjonsfasen som kan vare fra uker til måneder er fasen hvor pasienten begynner å ta innover seg det som har skjedd og dermed kommer de emosjonelle reaksjonene tydeligere frem. Pasienten blir tvunget til å åpne opp øynene og finne meningen i den kaotiske situasjonen (Hummelvoll, 2014; Kvåle, 2002).

Når pasienten blir realitetsbevisst over en krisesituasjon, vil atferden endres. Sorg, gråt, depresjon og fortvilelse, samt søvnproblemer, manglende initiativ og liten matlyst vil kunne være tydelige tegn på dette (Håkonsen, 2013).

Fra en pasient får påvist en alvorlig diagnose og frem til behandlingen starter, kan dette oppleves som svært belastende, følelsen av håpløshet og fortvilelse kan oppstå. Når en endelig tørr å slippe sannheten innover seg kan reaksjonene bli større. Bekymring for fremtiden, utviklingen av kreften og frykten for å dø er vanlige reaksjoner en kan oppleve (Eide & Eide, 2010).

### 2.3.3 Mestring ved akutt sykdom

Et liv med sykdom innebærer at en blir nødt til å mestre hverdagen som fortoner seg annerledes enn ved et liv uten sykdom (Hopen, 2010). Lazarus og Folkman (1991) definerer mestring som «kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke indre og/eller ytre krav som vurderes som krevende, eller som overstiger pasientens ressurser og truer velvære» (sitert i Reitan 2010a, s. 84). Lazarus (1991) mener at når en person kommer opp i mestringsutfordrende situasjoner, oppstår det en automatisk og ubevisst vurdering av situasjonen. Disse kan deles inn i tre nivåer, primærvurdering, sekundærvurdering og revurdering (referert i Reitan, 2010a).

Lazarus (1991) beskriver primærvurderingen som den umiddelbare vurderingen av situasjonen, på et kognitivt nivå. Her blir situasjonen vurdert ut ifra hvordan den berører pasientens verdier og mål, og om den er truende for en selv. I en situasjon der en pasient har nyoppdaget kreft vil forventningene om tap og skade kunne dukke opp, og en kan oppleve en følelse av trussel. Følelser som sinne, angst og skam kan da oppstå, og situasjonen kan føles stressende. I sekundærvurderingen blir det vurdert hvilke muligheter pasienten har til å

---

mestre situasjonen han eller hun er i, og utfallet valgene har for fremtiden. Mestring og følelser henger tett sammen. De ulike følelsesmessige reaksjonene som oppstår i situasjonen er med på å avgjøre og vurdere hvilken måte en velger å mestre situasjonen. Revurdering er et mestringsforsøk som blir gjennomført etter en har forsøkt å mestre situasjonen. Her blir mestringsstrategiene vurdert om de ga ønsket resultat og om situasjonen ble endret, eller om en er nødt til å gå tilbake og starte prosessen på nytt (referert i Reitan, 2010a).

For kreftpasienter som står ovenfor nye utfordringer, kan mestring være en avgjørende faktor (Reitan, 2010a). Store endringer i livet som for eksempel sykdom, alvorlige hendelser og dødsfall kan føre til tap av mening og sammenheng (Eide & Eide, 2014).

For en ung voksen pasient med nyoppdaget kreft vil det kunne oppleves krevende og det kan være vanskelig å føle mestring i sin egen situasjon. Enkle gjøremål kan plutselig bli store utfordringer i hverdagen. Hvordan mennesker møter nye situasjoner, kan være veldig individuelt (Reitan, 2010a). Reitan skriver at det finnes 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 ubehaget eller skyve det unna ved hjelp av forskjellige forsvarsmekanismer» (Reitan, 2010a, s.83).

Ved å sette seg realistiske og kortsiktige mål, vil det kunne være med å gi en følelse av mestring. Dette kan være med på å styrke pasientens motivasjon for videre arbeid, fremgang og forandring (Eide & Eide, 2014).

#### 2.3.4 Mestringsstrategier

Lazarus og Folkman (1984, 1999) mener at forsvarsmekanismer, såkalte mestringsmekanismer er med på å redusere det psykologiske stresset som aktiveres under stressreaksjoner (referert i Stubberud, 2013). Formålet med mestringsstrategiene er å hjelpe pasienten til å bevare selvbildet og finne mening i problemene, samt de ytre og indre kravene en står ovenfor. For å håndtere mestringsutfordringene bruker mennesker ulike sider av seg selv for å få kontroll over utfordringene de møter ved ulykker, katastrofer, uventet død eller livstruende sykdom (Reitan 2010a). Ifølge Lazarus og Folkman (1984, 1999) er målet å oppleve kontroll over den truende situasjonen (referert i Stubberud, 2013).



---

Emosjonellorientert- og problemorientert mestring er to strategier som blir tatt i bruk for å prøve å redusere opplevelsen av frykt og ubehag rundt sykdommen. Med dette kan en klare å oppnå kontroll over sin egen situasjon. I startfasen av en krisesituasjon er det som oftest emosjonellorientert mestring som tas i bruk, mens den problemorienterte mestringen som oftest blir tatt i bruk når pasienten har akseptert situasjonen (Bunkholdt, 2002).

Lazarus og Folkman (1984) beskriver at problemorientert mestring blir benyttet som ulike strategier for å håndtere vanskelige situasjoner og for å mestre sykdom (referert i Reitan, 2010a). Denne strategien omhandler bearbeiding av utfordrende situasjoner som ikke kan endres, for eksempel ved nyoppdaget kreft. Da setter en seg inn i ulike behandlinger, tar forhåndsregler og velger det som passer best til den enkelte. Denne strategien er nyttig når pasienten selv mener å ha gode sjanser til å mestre situasjonen. Dersom situasjonen er usikker kan muligheten for å velge strategien minske (Kristoffersen, 2012). Ved bruk av problemorientert mestring stiller pasienten det gjelder seg direkte og aktivt til problemet eller den utfordrende situasjonen. Når pasienten ikke ønsker å møte situasjonen direkte, men derimot ønsker å endre selve opplevelsen, blir dette kalt emosjonsorientert mestring (referert i Reitan, 2010a). Denne strategien reduserer ubehaget i situasjonen, dette gjøres ved å minske følelsene som gjør at situasjonens meningsinnhold endres eller opplevelsen av stress dempes (referert i Kristoffersen, 2012). Emosjonsorientert mestring betraktes som forsøk på å flykte, unnvike eller unngå ubehag eller problemer. Et eksempel på dette kan være å unnvike eller å revurdere trusselen, bagatellisere eller å legge ansvaret over på andre (referert i Kristoffersen, 2012).

---

## 3.0 Metode

En metode er en fremgangsmåte og et hjelpemiddel som er med på å tilegne oss ny kunnskap og til å løse problemer. Metode er med på å samle inn relevant og pålitelig data og finne ut om litteraturen vi finner er til å stole på, og som kan gi oss et godt svar ut ifra vår problemstilling (Dalland, 2014).

I metoddelen vil vi gå inn på hvordan vi har kommet frem til forskningen vi har benyttet og litteraturen som vi har valgt å bruke i oppgaven. Vi vil trekke frem litteratursøk, hvordan vi fant forskningsartiklene og en beskrivelse av disse. Videre vil vi trekke frem kildekritikk og etisk vurdering. Litteraturen vi har benyttet oss av i vår bacheloroppgave er basert på litteratur som er bestemt av retningslinjene ved Høgskolen i Hedmark. I denne oppgaven har vi basert oss på forskning og faglitteratur som gir svar på vår problemstilling (Dalland, 2014).

### 3.1 Litteratursøk

Med utgangsbruk i vår problemstilling har vi tatt i bruk pensumlitteratur, og kravet på minimum 400 sider selvvalgt litteratur. Vi har benyttet oss av biblioteket på Høgskolen i Hedmark for å finne frem til den aktuelle litteraturen vi har valgt å bruke i vår oppgave. Vi har anvendt bibliotekets databaser og brukt Oria for å finne frem til faglitteraturen som vi har valgt å benytte i denne oppgaven. Vi har også tatt i bruk offentlige kilder som yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og lovverk.

I vår oppgave har vi valgt å anvende noen sitater av «Regines bok-en ung jentes siste ord». Her beskriver hun sine tanker og opplevelser, gjennom sykdomsforløpet. Boken baseres på hennes blogginnlegg, kommentarer fra lesere og minneord fra familien. Vi har valgt å benytte oss av denne boken for at vi skal kunne sette oss inn i og prøve å forstå en ung pasient tanker, følelser og reaksjoner etter en nyoppdaget kreftdiagnose. Som bakgrunn for vår drøftingsdel vil vi bruke situasjoner som Regine beskriver i boken. Regines eksempler vil hjelpe oss til å få et innblikk i en pasientopplevelse (Stokke, 2010).

Før vi satte i gang med artikkelsøkingen gikk vi inn i Cinahl for å finne ulike Cinahl-Headings som vi har utarbeidet i et PICO-skjema. Vi tok i bruk dette i vår oppgave da det

---

har vært til god hjelp på tidligere eksamensoppgaver for å skissere opp de ulike søketermene. Dette skjemaet er beskrevet i Vedlegg 1. Ut ifra dette tok vi i bruk søkeord som blant annet: «cancer», «hope», «coping», «nursing», «newly diagnoses», «young adult» og «patients». For å finne frem til artiklene vi har valgt å benytte oss av i vår oppgave har vi brukt søkeordene i ulike kombinasjoner, som igjen har gitt oss varierende funn i de ulike databasene vi har benyttet. De ulike kombinasjonene vi har valgt å bruke er AND, for å begrense søket og OR, for å utvide søket. Søkeshistorikken har vi beskrevet i Vedlegg 2.

Vi har søkt etter artikler i perioden januar og februar 2016. Vi har tatt i bruk databaser på hjemmesiden til Høgskolen i Hedmark for å søke oss frem til relevante forskningsartikler, som vi har valgt å benytte oss av i denne oppgaven. Databaser vi har benyttet oss av er: Cinahl, PubMed og Google Scholar. Disse ulike databasene inneholder artikler som er relevante for sykepleie og helse. Cinahl og PubMed er de databasene vi i hovedsak har benyttet oss av.

I utvelgelsen formulerte vi noen inklusjon- og eksklusjonskriterier for å finne frem til relevante artikler. Inklusjonskriteriene vi la vekt på var publikasjonsdato, da vi ønsket å finne artikler innenfor år 2000-2015. Et annet inklusjonskriterie vi la vekt på var relevans for vårt tema, da i ønsket at artiklene omhandlet kreft, håp og mestring. Grunnet vår problemstilling har vi valgt å legge vekt på søk etter forskningsartikler rundt tema håp, mestring og mestringsstrategier. Gjennom vår søkeprosess resulterte flere av søkene til et stort antall treff, som medførte en gjennomgang av artiklene med bakgrunn av inklusjons- og eksklusjonskriteriene vi hadde satt oss. Deretter gikk vi gjennom resultatene vi hadde fått, og så på overskrifter, samt relevans for vår problemstilling og tema. Mange av studiene vi fant omhandlet temaer som ikke var like relevante opp imot vår oppgave, dette var blant annet tema som pårørende, religion og yngre barn. Vi valgte derfor å ekskludere mange av artiklene. Ut ifra dette valgte vi oss ut hvilke abstrakter vi skulle lese, samt hvilke artikler vi valgte å lese i fulltekst.

## 3.2 Resultater av søk

Etter søkeprosessen kom vi frem til seks artikler som var relevante opp imot vår problemstilling. Vi har tatt for oss fire kvalitative og to kvantitative forskningsartikler. I

---

kvalitativ forskning blir kunnskapen og informasjonen hentet inn gjennom intervjuer og observasjoner, den kan beskrives som en metode som går dypt inn i hendelsen. Måten en kvalitativ studie foregår på er å innhente kunnskap om ulike opplevelser og meninger det enkelte mennesket har. Informasjonen som blir innhentet fra en kvalitativ studie er vesentlig for at vi skal kunne besvare vår problemstilling om å fremme håp og mestring hos unge voksne pasienter med nyopplaget kreft, da de kvalitative artiklene gir oss sykepleier og pasienterfaringer. En kvantitativ forskning gir målbare enheter og kan tallfeste gitt informasjon. Dette gir oss en mulighet til å finne ut av gjennomsnittet eller prosentandelen ved hjelp av et spørreskjema (Dalland, 2014). Vi har i tillegg benyttet oss av en oppsummert forskningsartikkel. En oppsummert forskningsartikkel tar for seg flere enkeltstudier som har blitt systematisert for å sammenligne flere forskningsartikler med samme tema. Vi valgte å benytte oss av en oppsummert forskningsartikkel da dette er med på å gi oss en bedre oversikt over vårt tema og problemstilling (Nortvedt, Jamtvedt, Gravholt, Nordheim & Reinart, 2012). Videre vil vi presentere funnene i artiklene vi har valgt å benytte oss av i denne oppgaven.

**Artikkel 1- Bulsara, Ward, & Joske (2004): «Haematological cancer patients: achieving a sense of empowerment by use of strategies to control illness».**

Denne artikkelen tar for seg hvilke mestringsstrategier pasienter med kreft kan bruke for å føle kontroll over egen sykdom. Hensikten med forskningen var at behandlerne ville fremme egen forståelse rundt de ulike metodene som tas i bruk av voksne pasienter med kreft for å kunne klare å mestre egen sykdom. Utvalget av gruppen er fra et tidligere omsorgsprosjekt basert på tolv personer. I denne studien er det plukket ut syv pasienter som har blitt intervjuet og de har vist en stor grad av mestring og kontroll. Ut ifra studien får vi vite at det var et enormt sjokk å få bekreftet diagnosen og pasientene uttrykket stor bekymring for fremtiden og utviklingen, men at de etter en ukes tid klarte å finne styrken til å ville gjenvinne kontrollen og bekjempe sykdommen. Da diagnosen ble konstatert følte flere av pasientene det som et «fullstendig sjokk» og «ødeleggende». En uke etter stilt diagnose innså pasientene at de måtte anerkjenne kampen mot sykdommen og gjenvinne kontroll. Etter å ha mottatt diagnosen forsto pasientene at de måtte prioritere annerledes, det var viktig å opprettholde håpet og sette seg kortsiktige mål. Samtidig som det var viktig å akseptere virkeligheten av sykdommen. En sterk motivasjonsfaktor for noen var å kunne bekjempe

---

bivirkninger av sykdommen og mulige tilbakefall, dette så pasientene på som nødvendig for å kunne klare å opprettholde optimal helse på best mulig måte (Bulsara et al., 2004).

**Artikkel 2- Hinds (2004): «The Hope and Wishes of adolescents With Cancer and the Nursing Care That Helps».**

Denne artikkelen tar for seg viktigheten av håp for å kunne klare å komme seg gjennom en alvorlig sykdom. Denne studien bygges opp på intervjuer av ungdommer som har vært igjennom ulike situasjoner i livet. I studien blir en gruppe ungdommer intervjuet, dette er ungdommer som er rammet av kreft. Håp er individuelt, og i studien vises det til at hver og en av ungdommene har sin måte å fremme håp på. Artikkelen viser at unge mennesker som opplever kreft er spesielt sårbare da mangel på håp oppstår under behandling. I studien skrives det videre at sykepleieren kan positivt påvirke håpet til unge kreftpasienter, og kan dermed redusere pasientens lidelse samt påvirke behandlingen på en positiv måte. En sykepleier som har kunnskap om kreft har mulighet til å skape moralsk forpliktelse til å fremme håp hos en ungdom og miljøet rundt. Intervjuet viste at humoristiske avsporinger og engasjerte sykepleiere var en viktig faktor for å fremme håp i hverdagen til en ungdom med kreft i en hverdag med mye sykdom og alvor. Håp er essensielt for ungdom med kreft som forsøker å håndtere diagnosen, som enten er under behandling, har blitt helbredet for sykdommen eller dør som følge av sykdommen. Hensikten med denne artikkelen er å fremme håpets utvikling hos ungdom. Funn i forskningen viste til at ungdom under 15 år kan være spesielt sårbare for utfordringene som oppstår ved utvikling av kreft.

**Artikkel 3- Dunniece & Slevin (2000): «Nurses experiences and being present with a patient receiving a diagnosis and cancer».**

Dunniece & Slevin (2000) har sett på hvilke erfaringer sykepleieren har, i forhold til å møte og å være til stede med pasienter som mottar en diagnostisering av kreft. Seks sykepleiere gikk gjennom et delvis strukturert intervju hvor de beskrev egne erfaringer og følelser, samt besvarte gitte spørsmål. Studien så på hvilke refleksjoner sykepleieren har rundt det å møte denne pasientgruppen. I denne kvalitative studien legger sykepleieren ut ulike metoder om hvordan de bruker personlige erfaringer for å mestre en ny og utfordrende situasjon sammen med kreftpasienter. I denne studien ble det rapportert at forholdet «sykepleier – pasient» har utviklet seg gjennom økt tillit og nærhet. Beundring og medfølelse ble tydeligere hos

---

sykepleieren etter å ha delt opplevelsen med pasienten. Etter erfaringer i møte med disse pasientene ble det trolig mer korrekt å beskrive forholdet som «person – person» i stedet for «sykepleier-pasient», dette fordi sykepleierne mente uttrykket var mer reelt mot menneskelig omsorg.

**Artikkel 4- Bahti (2010): «Coping issues among people living with advanced cancer».**

Dette er en oppsummert forskningsartikkel som omhandler mestringsproblematikk hos voksne mennesker som må leve med en kreftdiagnose. Dette er en studie som har brukt personlig erfaringer og tidligere publiserte forskningsartikler for å kartlegge hvilket behov pasienten har for å snakke om sine problemer, hvordan pasienten skal klare å mestre kreftdiagnosen og hvilken rolle sykepleieren har for pasienten. I denne artikkelen legges det blant annet vekt på pasientens emosjonelle og psykiske behov, og hvordan dette kan dekkes med bruk av mestringsstrategier. I følge Bahti er håp det viktigste elementet for mestring. Studien viser at når fremtiden er ukjent, er ordtaket «håp på det beste, men vær forberedt på det verste», viktig å ta i betraktning. I denne oppsummerte forskningsartikkelen konkluderes det med at for å fremme pasientens autonomi og håp må sykepleieren være åpen, ærlig, ha medfølelse og la pasienten være delaktig og bruke egne ressurser.

**Artikkel 5- Felder (2004): «Hope and coping in patients with cancer diagnoses».**

Felder (2004) har gjennom en kvantitativ studie kartlagt 183 kreftpasienters nivå av håp og mestring. I studien legges det vekt på hvordan bruk av ulike mestringsstrategier og håp henger sammen. Pasientene som var med i undersøkelsen var mellom 19-24 år og hadde ulike kreftdiagnoser. Resultatene viste til at uavhengig av kjønn, utdanning, alder, kreftdiagnose eller malignitet var håp en viktig faktor for å kunne mestre situasjonen. I studien vises det til at det er viktig at sykepleieren har fokus på å fremme håp til denne pasientgruppen, og hindre det som kan føre til håpløshet. For at sykepleieren kan være med å fremme håp hos kreftpasienter er det vist i artikkelen at ved å gi informasjon på en respektfull, ærlig og medfølende måte, samt bruk av aktiv lytting og humor vil dette kunne være med å hjelpe pasienten til å sette seg realistiske mål.

**Artikkel 6- Rustøen & Wiklund (2000): «Hope in Newly Diagnosed Patients With Cancer».**

---

Denne kvantitative studien er gjennomført av 131 norske pasienter med nylig diagnostisert kreft. Pasientene ble inndelt i grupper etter alder for å skille unge (19-39 år), voksne (40-59 år) og eldre pasienter (60-78 år). Denne artikkelen beskriver nivået av håp hos pasienter som nylig har fått påvist en kreftdiagnose. I tillegg har denne studien sett på hvilken effekt variabler kan ha for håpet hos pasienter med kreft. For eksempel, tiden siden stilt diagnose, type kreft, behandling, samlivsstatus, alder, kjønn og utdanningsnivåer. Nødvendige inklusjonskriterier var at pasienten skulle være en voksen norsk mann eller kvinne med diagnosen kreft, med forventet levetid på minst ett til to år, samt kunne lese og skrive norsk. Studien viste ingen stor forskjell i nivået av håp hos pasienter der kreften er nylig diagnostisert, type kreft, kjønn, alder eller stadier av kreften. Hos pasienter med nylig diagnostisert kreft er håp identifisert som spesielt viktig. Av de pasientene med nylig diagnostisert kreft i dette utvalget var det 87 % som hadde tro på håpet, mens ingen rapporterte håpløshet. I artikkelen skilles det mellom situasjonsspesifikt og generelt håp. Situasjonsspesifikt håp omhandler et bestemt objekt. Dersom det situasjonsspesifikke håpet er truet, kan et generalisert håp være med å redde pasientens håp. Generalisert håp er definert som en tro på fremtiden som er med på å gi beskyttelse mot fortvilelse, der håpet verken er koblet til en bestemt tid eller et bestemt objekt. Når et bestemt håp er truet, kan generalisert håp redde håpet til pasienten. Dette fordi nylig diagnostisert kreft påvirker hele livet til pasienten og representerer en trussel for fremtiden. Derfor vil generalisert håp være mest hensiktsmessig å fokusere på. Hos pasienter i alderen 19 til 39 år var håp betydelig lavere blant de som bodde alene enn hos de som hadde samboer. En forklaring på forskjellen i håp blant de yngre pasientene som bor alene kan være at å få en kreftdiagnose reduserer muligheten for å etablere sin egen familie. Målet med denne studien var å få mer kunnskap om håp og om hvordan helsepersonell kan hjelpe pasienter med kreft for å opprettholde håpet på tross av kreftdiagnosen.

### 3.3 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode som blir tatt i bruk for å vurdere om kilder som blir anvendt i oppgaven er sann. I vår oppgave har vi benyttet oss av kildesøk, og på den måten kommet frem til litteraturen vi har valgt å anvende for å kunne besvare vår problemstilling på en best

---

mulig måte. I kildekritikken blir det stilt kriterier til hvor litteraturen søkes, på hvilken måte den blir vurdert og hvordan den blir anvendt i oppgaven (Dalland, 2014).

Vi har anvendt både primær- og sekundærkilder i vår oppgave. Dalland (2014) beskriver en primærkilde som hovedkilden til et verk, mens sekundærkilden blir beskrevet som gjengitte kilder som er benyttet fra en primærkilde. Vi har tatt utgangspunkt i å finne primærkilden så godt dette har latt seg gjøre, men etter grundig søk uten resultater fant vi ut at vi var nødt til å benytte sekundærkilde i noen tilfeller, da biblioteket ikke hadde tilgang på bøkene. Vi er klar over at dette kan være en svakhet i oppgaven, da teksten kan ha blitt feiltolket av en annen forfatter. Vi så likevel at boken var relevant opp imot vår oppgave.

Etter eget søk og veiledning fra bibliotekar opplevde vi at det var utfordrende å søke oss frem til forskningsartikler som omhandlet konkret om aldersgruppen og tidsperioden vi var på utkikk etter. I vår søkeprosess valgte vi først og søke etter nyere forskning fra 2010-2015. Etter funn av en relevant forskningsartikkel opp imot vår oppgave, fant vi ut at vi ville utvide søket vårt. Vi valgte derfor å søke etter artikler fra 2004-2015, her fant vi tre relevante artikler. Deretter ønsket vi å finne en artikkel som omhandlet hvordan det er å utføre sykepleie til en pasient som får stilt en kreftdiagnose. Uten relevante treff i nyere artikler, måtte vi søke oss tilbake til år 2000. I tillegg ønsket vi å finne en artikkel som var konkret mot vår aldersgruppe og nylig diagnostisert kreft, dette var noe utfordrende, men vi fant til slutt en som var relevant opp imot vår problemstilling. En av artiklene vi valgte å ta i bruk er en oppsummert forskningsartikkel, den er med på å gi oss en bedre oversikt over temaet vi har valgt. Vi la vekt på at artiklene var gitt ut på engelsk eller er skandinavisk språk, samt at artiklene inneholdt IMRAD- prinsippet, det vil si innledning, metode, resultat- og diskusjonsdel (Nortvedt, 2012).

Forskningsartiklene vi har valgt å benytte oss av er hentet fra internasjonale tidsskrifter, og alle seks artiklene er engelskspråklige. Da vi har valgt å benytte oss av kun en artikkel med norsk forfatter, tar vi høyde for at det kan være svakheter i de andre artiklene med tanke på ulikheter i helsesystemet i landene forskningen er utført. I tillegg omhandler noen av forskningsartiklene pårørende og mennesker i en yngre og eldre alder enn 19-24 år, det er dermed ikke gitt at funnene i forskningen kan overføres til denne aldersgruppen. Til tross for dette, anser vi de som relevante opp imot vår problemstilling.



---

I tillegg til pensum og litteratur, består også vår oppgave av opplevelser og erfaringer vi har tilegnet oss gjennom tre år på Høgskolen i Hedmark. En svakhet i vår oppgave kan være lite erfaring innenfor yngre kreftpasienter, noe som kan føre til at relevant kunnskap kan ha blitt utelukket. Vi er klar over at dette kan være en begrensning for vår oppgave, og vi er ydmyke ovenfor dette.

### 3.4 Ethiske overveielser

Vårt fokusområde har vært på å henvise til kilder på rett måte. Dette har vi gjort for å gi forfatterne bak kildene vi har tatt i bruk i våres oppgave, den anerkjennelsen de fortjener. Når vi knytter inn erfaring er vi bevisst på taushetsplikten og nevner ikke navn eller avdelinger.

---

## 4.0 Drøfting

I drøftingsdelen har vi satt teori, forskning og erfaringer fra praksis opp mot hverandre, for å kunne besvare spørsmål vi har støtt på underveis i arbeidet med denne bacheloroppgaven. I tillegg har vi valgt å bruke boken «Regines bok» for å få innblikk i pasientopplevelsen for å kunne besvare vår problemstilling.

*«Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til å fremme pasientens håp og mestring i startfasen av nyoppdaget kreft?»*

Sykepleierens fundamentale plikt er ifølge yrkesetiske retningslinjer å lindre lidelse og fremme håp hos den syke (Norsk sykepleierforbund, 2011). I en situasjon der vi som sykepleiere skal hjelpe en kreftsyk pasient, har håp en stor betydning for at pasienten skal kunne klare å mestre hverdagen preget av sykdom. Håp er det viktigste elementet av mestring (Bahti, 2010). For oss som sykepleiere kan det bli en stor utfordring å skulle hjelpe en kreftsyk pasient til å fremme håp og mestring, med tanke på at pasienten er inne i en sårbar tid der det er viktig at pasienten håper på det beste, men må være forberedt på det verste. Usikkerhet og redsel for fremtiden er opplevelser som kan oppstå hos pasienter med nyoppdaget kreft (Lorentsen & Grov, 2010).

### 4.1 Hvordan påvirker sykdom pasientens håp og mestring i startfasen av nyoppdaget kreft?

*«Livet er så alt for tøft. Hvorfor måtte det være jeg, av alle som måtte erfare det? Ja, jeg tenker sånn. Hele tiden. Umulig å akseptere dette. Livet er urettferdig» (Stokke, 2010, s.49).*

Stubberud (2013) skriver at pasienten kan oppleve sårbarhet i situasjoner der pasienten mister kontroll over livet og ikke lengre kan ta egne avgjørelser. Den unge voksne pasienten står ovenfor en rekke utfordringer ved kreftsykdommen. Hinds (2004) beskriver håp som essensielt under behandlingen hos kreftpasienter som forsøker å håndtere diagnosen. Ved diagnostiseringen av nyoppdaget kreft beskriver Reitan (2010a) utfordringer som kan oppstå med sykdommen. Dette er utfordringer som kan være behandlingens gjennomgang, håndtering av de ulike bivirkningene som oppstår underveis, senskader, samt risiko for tilbakefall. Vi antar at opplevelsen av å få kreft er ulik hos den unge voksne pasienten kontra

---

den eldre, da det oppstår ulike utfordringer. Som nevnt i teoridelen kan utfordringer hos den unge voksne pasienten være å ha mindre sjanse for å få barn og kunne etablere familie i fremtiden. I forskningsartikkelen til Balsara, Ward & Joske (2004) kommer det frem at følelsen av sjokk oppstår etter bekreftelsen av diagnosen. Lohne skriver om fremtiden som kan virke usikker, hos pasienter med nyoppdaget kreft (Lohne, 2010). Dette bekrefter flere av forskningsartiklene der pasientene beskriver sine bekymringer for fremtiden og kreftens utvikling (Bahti 2010 & Rustøen 2000). Vi mener det er viktig at pasienten fokuserer på situasjonsspesifikt håp, da vi ser viktigheten med å sette seg kortsiktige mål for å oppnå mestring. I praksis observerte vi at et kortsiktig mål som å gjennomføre dagens dusj, var med på å øke pasientens mestringfølelse. Når et situasjonsspesifikt håp er truet, mener Rustøen & Wiklund (2000) generalisert håp vil gi et håp om fremtiden og beskyttelse mot fortvilelse. Det er derfor viktig å fokusere på og fremme generalisert håp i møte med den kreftsyke pasienten, da diagnosen påvirker hele livet til pasienten og representerer en trussel for fremtiden.

I en situasjon der fremtiden er usikker ser vi at håp er individuelt og personer opplever den ulikt. Når en person blir utsatt for alvorlig sykdom og lidelse mener vi håpet kan svekkes. Det å ha tro på at håpet er mulig gjør at det blir lettere for den kreftsyke å se muligheter og ha tro på hva fremtiden vil bringe. Ved å søke forandringer for å finne håpet, vil dette være med å øke motivasjonen til pasienten. Det å kunne bekjempe bivirkninger av sykdommen og mulige tilbakefall, var en sterk motivasjonsfaktor for pasientene i artikkelen til Balsara, Ward & Joske (2004). Gjennom praksisperioder har vi møtt kreftpasienter hvor håpet utfordres. Dette har fått oss til å tenke og reflektere over hvor viktig håpet er for den kreftsyke. I møte med en kreftpasient beskrev hun frykten for fremtiden og døden. Selv om pasienten fryktet fremtiden og redselen om å bli skuffet, var fortsatt håpet noe tilstede.

Balsara, Ward & Joske (2004) skriver i sin forskningsartikkel at det tar en uke før reaksjonsfasen starter der pasienten anerkjenner sykdommen og ønsker å kjempe for å gjenvinne kontrollen. I begynnelsen av reaksjonsfasen blir pasienten realitetsbevisst over situasjonen og sorg, gråt, depresjon og fortvilelse kan da oppstå (Håkonsen, 2013). Berre (1999) skriver om reaksjonsfasen som kan vare fra en uke til godt over et halvt år. Utover i fasen blir pasientene tvunget til å åpne opp øynene og finne meningen i situasjonen (Kvåle, 2002). I den sammenheng ser vi at reaksjonsfasen utvikles over tid, og pasientene går

---

gjennom ulike prosesser. Vi ser her viktigheten med at sykepleieren alltid er tilgjengelig for pasienten slik at han eller hun føler seg trygg og ivaretatt.

I undersøkelsen gjort av Bulsara, Ward & Joske (2004) forsto pasientene at de var nødt til å sette seg kortsiktige mål for å kunne opprettholde håpet. I følge Eide & Eide (2014) vil det være viktig å sette seg kortsiktige mål for å oppnå mestring. Felder (2004) mener det vil være enklere for pasienten å sette seg realistiske mål når informasjon fra sykepleier blir gitt på en ærlig, medfølelse og respektfull måte. I denne sammenheng ser vi oss enige i teori og forskning, da vi mener kortsiktige og realistiske mål er viktig for hele behandlingen for en ung voksen pasient med nyoppdaget kreft. I praksis har vi erfart at ved å sette seg kortsiktige mål kan det hjelpe pasienten til å fokusere på mulighetene i stedet for begrensningene. Det blir i den sammenheng viktig at sykepleieren tar seg tid og setter seg ned sammen med pasienten for å sette opp mål, både kortsiktig og langsiktig. Dette kan bidra til at pasienten oppnår mestringsfølelse og kan gi et positivt fokus på fremtiden. For at vi som sykepleiere skal kunne fremme håp og mestring hos pasienten, er det viktig at pasienten blir møtt i den situasjonen han eller hun befinner seg.

## 4.2 Hvordan kan vi som sykepleiere møte pasienten i den utfordrende situasjonen?

Regine Stokke (2010) på 17 år skildrer tankene sine rundt sykdommen slik:

«Jeg er redd. Nærmere bestemt livredd. Tenker tanker om døden. Døden er skummel. Det er den jeg frykter aller mest akkurat nå. Jeg vil ikke dø fra mine venner og familie. Vil ikke etterlate dem triste. Jeg vil leve mer, oppleve mer. Vil jeg noensinne komme ut herifra, fra fengselet?» (Stokke, 2010, s.32)

Håpet kan hjelpe pasienten til å se lysere på fremtiden på tross av kreftsykdommen. Det er derfor viktig at vi som sykepleiere hjelper pasienten til å fremme håpet (Rustøen, 2001). Tanker om døden kan være skremmende for pasienten, da de kan være med å skape bekymring for nåtiden og fremtiden (Lorentsen & Grov, 2010). For at den kreftsyke pasienten skal forebygge- eller mestre sykdommen påpeker Travelbee (2001) at det er viktig å opprettholde- eller gjenvinne håpet. Lazarus og Folkman (1984) mener at pasientens psykiske helse kan bli satt på prøve når en person opplever en kreftdiagnose, som da kan

---

virke belastende for pasienten (referert i Kristoffersen, 2012). Opplevelse av sårbarhet kan oppstå, dersom pasienten mister kontroll over eget liv og ikke lenger kan ta egne avgjørelser. I forskningsartikkelen til Hinds (2004) kommer det frem at sykepleieren kan ha positiv effekt på håpet til unge kreftpasienter. Dette vil kunne være med på å påvirke behandlingen positivt og redusere pasientens lidelse.

For at vi som sykepleiere skal ha mulighet til å fremme den unge voksne pasientens håp og mestring, mener vi det er viktig å møte pasienten der han eller hun befinner seg, for å kunne møte de følelsesmessige reaksjonene som oppstår underveis hos pasienten. Dette omhandler den behandlende funksjonen til sykepleieren (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012). I praksis har vi erfart at kreftpasienter ofte sliter med negative tanker og usikkerhet om fremtiden. Spørsmål som kan dukke opp er «kommer jeg til å overleve?» eller «kommer jeg til å dø?». I denne sammenheng ser vi at det er viktig at vi som sykepleiere lar pasienten få uttrykket sine følelser, samt at vi er til stede for samtale dersom pasienten skulle ha behov for dette. I tillegg har vi erfart at det å ha riktige holdninger, et ønske om å hjelpe, samt ta seg tid til å sette seg inn i pasientens situasjon, har ført til at pasienten har følt seg trygg og ivaretatt.

Dunniece & Slevin (2000) og Travelbee (2001) støtter opp under hverandre og viser til at i møte med pasientene er det trolig mer riktig å bruke beskrivelsen «person-person» i stedet for «sykepleier-pasient». Sykepleierne som var med i intervjuet til Dunniece & Slevin (2000) påpekte at uttrykket «person-person» var mer korrekt å ta i bruk i menneskelig omsorg. Resultatene viste i tillegg at ved å være til stede, støtte og hjelpe pasienten blir det lettere å skape en relasjon mellom sykepleier og pasient. For å kunne skape denne relasjonen mener Travelbee (2001) at sykepleieren må legge fra seg sin rolle som fagperson for å kunne møte pasienten som et unikt individ. For å kunne skape en god relasjon med pasienten mener Dunniece & Slevin (2000) at sykepleieren må ta del i de vanskelige samtalene, og å svare samt forklare på de spørsmålene pasienten lurte på rundt sykdommen. Samt lytte og være til stede hos den enkelte pasienten i den vanskelige situasjonen, som vil føre til at pasienten vil føle seg tryggere. Dette fører til at pasienten lettere åpner seg for sykepleieren, som kan føre til at kommunikasjonen går på et dypere plan. Vi mener at sykepleieren må skape en trygg relasjon til pasienten, da vi ser det kan være en avgjørende faktor for at pasienten skal tørre å

---

åpne seg. For at pasienten skal tørre å åpne seg mener vi at sykepleieren må skape et trygt miljø med god atmosfære, forståelse, tillit og åpen kommunikasjon.

### 4.3 Hvordan kan sykepleieren danne relasjon med pasienten gjennom bruk av kommunikasjon?

Teoretikeren Travelbee (2001) hevder at kommunikasjon er med på å skape et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleier og pasient, slik at pasienten oppnår mestringsfølelse og finner håp. Bahti (2010) støtter opp under Travelbee (2001) sin teori, og hevder at sykepleieren legger grunnlaget for åpen kommunikasjon, for å kunne bygge forholdet til pasienten. Dette gjør sykepleieren ved å invitere til samtale med pasienten, og svarer på de spørsmålene som oppstår ved en nyoppdaget kreftdiagnose. Han mener effektiv kommunikasjon med åpne spørsmål er en viktig faktor på dette tidspunktet (Bahti, 2010). I følge Travelbee (2001) er kommunikasjon et hjelpemiddel for å kunne bli bedre kjent med pasienten. Den verbale og non-verbale kommunikasjonen som pasienten formidler må oppfattes riktig av sykepleieren for at kommunikasjonen skal bli forstått. For å utøve god kommunikasjon hevder Eide & Eide (2014) at sykepleieren stiller pasienten åpne spørsmål, lytter aktivt, gjentar utsagn og gir pasienten bekreftelse og oppmuntring.

Vi ser at teori og forskning er sammenfallende på dette området. For at pasienten skal oppnå mestring og finne håp ser vi at det er viktig med god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. For å skape god relasjon med pasienten, mener vi det er nødvendig med gjensidig tillitt og respekt. Pasient og brukerrettighetsloven (1999) beskriver at helsepersonell skal fremme tillitsforholdet mellom sykepleier og pasient, samt bidra til å fremme sosial trygghet. I tillegg er helsepersonell pliktig til å ivareta respekten for det enkelte individ, menneskeverd og integritet. Tillit skapes ved at sykepleieren tar seg god tid til å lytte til pasienten. Vi mener sykepleieren bør ta hensyn til at alle mennesker er forskjellige, da alle pasienter har ulike ønsker om hvor mye de vil gi av seg selv og dele med sykepleieren. Når pasienten og sykepleieren kommuniserer, ser vi viktigheten med at sykepleieren fokuserer på pasientens behov og ønsker.

I praksis har vi erfart at det er individuelt hvor raskt man skaper en god relasjon med pasienten. For å skape en god relasjon mener vi det er viktig å bli godt kjent med pasienten,

---

sette av god tid for å stille åpne spørsmål slik at pasienten ikke føler seg presset og kan bestemme selv hva han eller hun ønsker å dele. For at pasienten skal tørre å åpne seg, og føle seg sett og hørt er det viktig at vi som sykepleiere gir pasienten rom til å prate, er lyttende og bekrefter det pasienten har å si. For å oppnå dette er det viktig at sykepleieren observerer pasientens kommunikasjon både verbalt og non-verbalt. Vi har erfart i praksis at det er viktig at sykepleieren er bevisst på hvordan den non-verbale kommunikasjonen oppfattes av pasienten. Da et bekymret blick og endret stemmeleie kan tolkes feil av pasienten, og skape unødvendig bekymring.

God kommunikasjon og relevant informasjon mener vi er viktig for at pasienten skal forstå og få en god opplevelse av sykdommen. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) understreker dette, ved å skrive at: "Informasjon skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte". I praksis har vi erfart at pasienter kan ha utfordringer med å forstå samt huske informasjonen som blir gitt. Vi mener derfor at det er viktig med repetisjon av den informasjonen som blir gitt til pasienten, for at pasienten skal kunne finne håp.

#### 4.4 Hvordan kan håp fremmes i møte med pasienten?

Rustøen & Wiklund (2000) beskriver i sin artikkel at håp blir identifisert som spesielt viktig hos pasienter med nylig diagnostisert kreft. I denne studien rapporterte en stor prosentandel at de hadde tro på håpet. Hinds (2004) beskriver pasienten som spesielt sårbar for tap eller mangel av håp underveis i behandlingen. Det blir også beskrevet i artikkelen at det er viktig at pasienten har tro på håpet for å kunne mestre kreftsykdommen. Lohne (2010) støtter opp under artikkelen til Hinds (2004) der hun beskriver håpet som en individuell følelse.

Gjennom praksisperioder har vi møtt pasienter med ulik alvorlighetsgrad av kreft. På tross av sin diagnose har pasienten uttrykket en form av håp, da de har vært positive og hatt tro på fremtiden. Etter møte med disse pasientene har det fått oss til å reflektere over hvor viktig håp er for denne pasientgruppen. Flere av forskningsartiklene understreker viktigheten av håp hos pasienter (Hinds 2004; Bahti 2010; Felder 2004 & Rustøen & Wiklund 2000). Artikkelen til Rustøen & Wiklund (2000) viste ingen store forskjeller i nivået av håp hos pasienter der kreften er nylig diagnostisert, type kreft, kjønn, alder eller stadier av kreften. Vi støtter opp under Lohne (2010) og Hinds (2004) da vi mener det vil være individuelle

---

forskjeller av håp hos yngre og eldre pasienter. Som nevnt tidligere vil håp om for eksempel etablering av familie og karriere i fremtiden bli truet hos den yngre pasienten. Rustøen & Wiklund (2000) understreker dette med at håpet var betydelig lavere hos personer som bodde alene da de fikk bekreftet kreftdiagnosen, og muligheten til å etablere egen familie ble redusert.

Travelbee (2001) skriver om hvordan en sykepleier kan bruke seg selv terapeutisk, ved å bruke egen kunnskap for å hjelpe pasienten. Fromm (1980) har også sett på sykepleierens kunnskap, som han mener kan hjelpe pasienten til å fremme håpet (referert i Rustøen, 2001). I forskningsartikkelen til Hinds (2004) kommer det frem at en sykepleier som har kunnskap om kreft har mulighet til å fremme pasientens håp. Dette argumentet støttes av Rustøen (2001), som mener det er viktig for sykepleieren å ha nok kunnskap om hva som kan styrke og svekke håpet til pasienten. Vi ser oss enig i at kunnskap om kreft er viktig for å kunne fremme håpet til pasienten. I praksis har vi observert at en blid, imøtekommende og tilstedeværende sykepleier gir pasienten trygghet, som har vært med på å gi pasienten håp om fremtiden under den vanskelige sykdomsperioden.

Sykepleieren kan ifølge Travelbee (2001) ikke gi pasienten håp, men tilrettelegge slik at pasienten får en opplevelse av håp. Når en sykepleier skal fremme håp hos den syke pasienten mener Rustøen (2001) at en må være engasjert og motiverende, samt omsorgsfull. En engasjert sykepleier er en sykepleier som er lyttende og forståelsesfull, slik at det kan bli lettere for pasienten og mestre situasjonen. Dette kan gi nye krefter og håp til pasienten, som videre vil motivere til å finne lyspunkter i hverdagen. Dette vil kunne føre til at pasienten setter seg kortsiktige mål og oppnår en mestringsfølelse. Vi vil her trekke frem et eksempel fra Regine Stokkes bok (2010), der hun hadde mange planer for fremtiden. Hun satt seg kortsiktige mål som å klare å reise på shopping og kafé sammen med venninner, og å komme seg ut for å ta bilder av naturen. Ved å mestre dette oppnådde Regine en følelse av å være seg selv, den hun var før hun ble rammet av kreftdiagnosen. Teori og forskning er sammenfallende på dette området, da Hinds (2004) er enig i at engasjerte sykepleiere er en viktig faktor for å fremme håp. Hun legger til at humoristiske avsporinger er viktig for håpets betydning. I praksis har vi erfart at humor kan gi glede og energi i en vanskelig situasjon. Humor handler ikke om å skyve situasjonen unna, men å flytte fokuset til det positive. For at vi skal møte denne pasienten i situasjonen, ser vi viktigheten ved å møte



---

følelsene og reaksjonene som pasienten opplever. Det er ingen fasit på hvordan pasienten opplever situasjonen, det er derfor ingen oppskrift på hvordan vi som sykepleiere skal gå pasienten i møte. Hvordan pasienten møter situasjonen vil kunne være avgjørende for hvordan pasienten mestrer hverdagen og opplevelsen av håpet. For å fremme håp hos pasienten med nyoppdaget kreft vil vi videre trekke frem nødvendigheten av at pasienten oppnår en mestringsfølelse.

#### 4.5 Hvordan fremme mestring hos pasienter med nyoppdaget kreft?

I en situasjon hvor den unge voksne pasienten har fått påvist en kreftdiagnose antar vi at det vil være vanskelig å akseptere situasjonen, og pasienten vil antageligvis fortrenge eller skyve diagnosen unna. Når pasienten etter hvert blir mer bevisst over egen situasjon, tenker vi at han eller hun ubevisst vil ta i bruk mestringsstrategier i form av forsvarsmekanismer.

Lazarus (1991) hevder at i utfordrende situasjoner vil pasienten ubevisst og automatisk vurdere situasjonen, dette kaller han primærvurdering. Her mener Lazarus at det vil være avgjørende å bevare personlige mål, da pasienten vil reagere med positive følelser. Hvis en derimot ikke oppnår egne mål, kan negative følelser oppstå (referert i Reitan, 2010a). I forskningsartikkelen til Bulsara, Ward & Joske (2004) kommer det frem at det er viktig å sette seg mål for å oppnå mestring. Vi støtter oss til Bulsara, Ward & Joske (2004) da vi ser viktigheten ved å sette seg kortsiktige mål, slik at han eller hun oppnår de gode følelsene og lettere kan finne håpet. Videre skriver Lazarus om sekundærvurderingen som omhandler konsekvensene av valgene en tar, har for fremtiden (referert i Reitan, 2010a). Eide & Eide (2013) hevder at bekymring for fremtiden er en normal reaksjon for en pasient i en truende situasjon. Funnene i Bulsara, Ward & Joske (2004) sin undersøkelse viser at pasientene uttrykket bekymring for fremtiden. Etter en ukes tid klarte de å finne styrken til å gjenvinne kontroll over situasjonen, da pasientene forsto at de var nødt til å bekjempe sykdommen og gjenvinne kontrollen. I praksis har vi erfart hvor viktig sykepleieren er for at pasienten skal oppnå mestring og finne håp. Som nevnt tidligere har vi erfart at ved at sykepleieren tar seg tid til å sette seg ned sammen med pasienten og lager kortsiktige mål, så oppnår pasienten mestringsfølelse som igjen fører til at pasienten kan finne håp. Travelbee (2001) og Reitan

---

(2010a) understreker dette ved å skrive at vi som sykepleiere har som mål å støtte og hjelpe pasienten til å meste situasjonen.

I en hverdag der pasienten får bekreftet kreftdiagnosen og hele livet blir snudd på hodet antar vi mange tanker og følelser vil kunne oppstå. Vi støtter opp under Travelbee (2001) sin teori der hun beskriver viktigheten med at sykepleieren setter seg inn i de tankene og følelsene som oppstår. På bakgrunn av det som kommer frem i teori og forskning opplever pasienten redsel for fremtiden og bekymring for døden. Vi ser at pasientens håp i en slik situasjon vil kunne bli utfordret, da er det viktig at vi som sykepleiere møter pasienten i situasjonen han eller hun befinner seg i. I boken til Regine Stokke (2010) beskriver hun sine vanskelige tanker, redselen, samt usikkerheten for fremtiden. Vi ser her viktigheten av at vi som sykepleiere lar pasienten få uttrykke sine følelser og reaksjoner, og tilbyr pasienten en samtale med sykepleier. Vaillot (1970) skriver at sykepleierens væremåte er viktig for at pasienten skal få en opplevelse av håp (referert i Rustøen, 2001). Sykepleierens oppgave vil i denne sammenhengen være å tilrettelegge mestringsstrategier for å være med å fremme håp og mestring til pasienten.

## 4.6 Hvordan kan mestringsstrategier være med å fremme håp og mestring?

«Jeg er så lei av å kjempe. Tviler innerst inne på at det kommer til å gå bra. Men jeg prøver fortsatt å håpe. Jeg har mistet tilliten til håpet. Håpet har svunnet hen så mange ganger. Tørr jeg håpe igjen?» (s.172).

Dette er et utdrag fra boken til Regine Stokke (2010), der hun beskriver tanker rundt hvordan hun skal kunne klare å gjenvinne håpet. Her sjonglerer hun mellom problemorientert- og emosjonsorientert mestringsstrategier. Hun ønsket å bekjempe kreften spesielt til fordel for venner og familie, dette tyder på at hun var problemorientert. I tillegg hadde hun et ønske om å flykte vekk fra alle følelsene, ved å være opptatt med andre ting, slik at ikke tankene gikk direkte mot sykdommen. For henne var dette en emosjonsorientert mestringsstrategi (Eide & Eide, 2014). I en situasjon der håpløsheten overtar, mener vi at det er nødvendig at pasienten får kontroll over situasjonen for å oppnå mestring. Vi mener at det vil være hensiktsmessig å finne tiltak som bedrer situasjonen til en pasient med nyoppdaget kreft slik at situasjonen blir

---

mindre belastende. Dette omhandler den lindrende funksjonen til sykepleieren (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012). Det er derfor viktig at vi som sykepleiere oppnår en enighet med pasienten for å finne frem til mestringsstrategier som er tilpasset pasienten og situasjonen han eller hun befinner seg i. Vi mener det er viktig at vi som sykepleiere tilrettelegger for at pasienten skal klare å gjennomføre strategiene som de har blitt enige om på forhånd. Fra tidligere prakiserfaringer har vi sett at ved å legge til rette dagen etter ønske fra pasienten, så langt dette lar seg gjøre, vil det være med på å gi pasienten en opplevelse av mestring. Et eksempel på dette er et møte med en kreftpasient der hun ønsket å spise et måltid på stua sammen med familien. De dagene pasienten klarte å gjennomføre dette, medførte det til en mestringsfølelse hos pasienten.

Vi mener sykepleieren må motivere pasienten til å bruke egne ressurser, slik at han eller hun mestrer situasjonen. Dersom pasienten ikke får tatt i bruk egne ressurser vil mestringsstrategiene kunne ha en negativ påvirkning. For eksempel hvis sykepleieren engasjerer seg eller tar del i oppgaven i for stor grad, slik at pasienten ikke får tatt i bruk egne ressurser og da kan oppleve en svekket mestringsfølelse.

Håp er beskrevet som en av de beste mestringsstrategiene hos pasienter med kreft (Reitan, 2010b). I den oppsummerte forskningsartikkelen til Bahti (2010) blir håp beskrevet som det viktigste elementet av mestring. Det kommer frem i studien at for å kunne fremme pasientens autonomi og håp må sykepleieren ha medfølelse, være åpen, ærlig og la pasienten bruke egne ressurser og ta del i hverdagen. Med dette tror vi at pasienten vil føle seg ivaretatt, hørt og sett. I Studien til Felder (2004) blir det lagt vekt på hvordan mestringsstrategier og håp henger sammen. Felder (2004) støtter opp under studien til Bahti (2010) der det kommer frem at håp og mestring fremmes ved at sykepleieren gir informasjon på en medfølelse, ærlig og respektfull måte. Felder (2004) mener at sykepleieren har en unik mulighet til å fremme håp hos kreftpasienter. Som tidligere nevnt kan sykepleieren gjøre dette ved bruk av aktiv lytting, humor, være til stede, opptre rolig, samt legge til rette realistiske mål for pasienten.

Reitan (2010a) skriver om to måter en reagerer på når en møter en vanskelig situasjon. Hun mener at en enten ser situasjonen i øynene eller at en forsøker å fortrenge situasjonen. Når en opplever en utfordrende situasjon, mener Reitan (2010a) en kan reagere på to måter. Der en

---

kan velge å se situasjonen i øynene, eller en kan forsøke å fortrenge den. Når en pasient har fått en nyoppdaget kreftdiagnose ser vi det som lite sannsynlig at pasienten klarer å akseptere og se sannheten fra første stund. I starten av reaksjonsfasen tenker vi at pasienten vil prøve å fortrenge situasjonen og skyve sykdommen unna ved å være opptatt med andre ting, før pasienten sakte med sikkert tørr å se sannheten i øynene. Vi mener empati, sympati og medfølelse vil være av stor betydning for å få innsikt i pasientens opplevelse.

#### 4.7 Hvordan kan sykepleieren vise empati, sympati og medfølelse i møte med pasienten?

Rustøen (2001) skriver at omgivelser, atmosfære samt holdninger rundt pasienten kan være med å påvirke håpet. Når den unge voksne pasienten er innlagt på sykehus, vil vi som sykepleiere utgjøre en stor del av pasientens opplevelse av miljøet (Rustøen, 2001). I pasientens hverdag på et sykehus kan håpet utfordres og skuffelse oppstå, det vil kunne være med å påvirke at pasienten ikke lenger tørr å håpe (Lohne, 2010). Travelbee (2001) trekker frem at en av de viktigste oppgavene til en sykepleier er å være tilgjengelig og hjelpe den kreftsyke for å unngå håpløshet og oppleve mestring av sykdommen. Studien til Felder (2004) støtter Travelbee (2001) sin teori ved å beskrive viktigheten med at sykepleieren fokuserer på å fremme håpet i pasientens hverdag, for å hindre at håpløshet oppstår. Vi ser at i en situasjon der pasienten har fått påvist nyoppdaget kreft er det stor sannsynlighet at fravær av håp eller håpløshet vil kunne oppstå. Her mener vi at sykepleieren må vise forståelse og ha innsikt i, og et ønske om å hjelpe pasienten i situasjonen.

Travelbee (2001) beskriver empati som evnen til å forstå, leve seg inn i eller ta del i pasientenes psykiske tilstand her og nå. Det å føle empati vil si at sykepleieren knytter seg til pasienten og får en opplevelse av nærhet. Empati kan være et hjelpemiddel for sykepleieren til å gi pasienten håp. Travelbee vektlegger også at det er viktig at sykepleieren ikke trår for nær pasienten. Vi mener empati er viktig for at pasienten skal føle seg ivaretatt, og for at pasienten skal tørre og stole på sykepleieren. Dette vil kunne være med å gi pasienten en følelse av trygghet og at han eller hun føler seg betydningsfull, som videre kan bidra til at pasienten tørr å snakke om følelser og opplevelser som oppstår. For at vi som sykepleiere skal kunne vise empati på en tilstrekkelig måte, er det også nødvendig at vi viser sympati og medfølelse ovenfor pasienten. Ifølge Travelbee (2001) kan fravær av empati og sympati

---

medføre en større avstand mellom pasient og sykepleier. Hun beskriver derfor viktigheten av at sykepleieren ønsker å hjelpe, ved å engasjere seg følelsesmessig for pasienten. Fra tidligere praksisperioder har vi sett viktigheten av empati, sympati og medfølelse i møte med den kreftsyke pasienten. Vi har erfart at det å vise for mye empati og sympati kan ha en negativ effekt på pasienten, da et for stort fokus på sykdom, behandling og konsekvenser kan føre til at håpet reduseres. Vi ser derfor viktigheten med en balansegang mellom sykepleierens følelser og fornuft, i tillegg til at sykepleieren er bevisst på hvordan hun skal møte pasienten.

---

## 5.0 Konklusjon

Etter gjennomføring av vår bacheloroppgave har vi erfart at opplevelsen av håp er individuell. Håp er ikke noe en sykepleier kan gi en pasient, men noe vi kan tilrettelegge slik at pasienten får en opplevelse av håp. Vi har sett viktigheten med at en sykepleier tar seg tid til og setter seg inn i pasientens opplevelse rundt sykdommen for å oppnå håp og mestring i reaksjonsfasen. Her vil det være av stor betydning at pasienten blir møtt av en sykepleier med de følelsesmessige reaksjonene en pasient opplever under sykdomsperioden.

Vi ser at det vil være utfordrende for en sykepleier å fremme håp hos en pasient når fremtiden virker usikker. Her ser vi at det vil være viktig for en sykepleier å ha god kunnskap om kreft og behandling, samt hvordan nyoppdaget kreft kan påvirke en ung voksen pasient. Hos en ung voksen pasient vil det oppstå andre utfordringer enn hos en eldre pasient, som for eksempel muligheten til å få barn og å kunne etablere familie i fremtiden.

For å kunne fremme håp og mestring hos den unge voksne pasienten er god kommunikasjon viktig, da dette er med på å skape trygghet og tillit mellom sykepleier og pasient. Ved å skape denne relasjonen vil det kunne være med på å fremme håp og mestring hos den unge voksne pasienten, samt gi sykepleieren en unik mulighet til å gjøre en forskjell. For at en pasient skal føle seg ivaretatt og forstått, er en sykepleier sin empatiske holdning viktig. Samt at sykepleieren har et ønske om å hjelpe med å fremme håp og mestring hos en pasient. Ved at en sykepleier har kunnskap om håp og håpets betydning for mennesket, ser vi at sykepleieren har en unik mulighet til å fremme håp hos den kreftsyke pasienten. Vi ser at alt vi gjør som sykepleiere og måten vi håndterer situasjonen på, er med på å fremme håp og mestring hos den unge voksne pasienten. Det vil være viktig at en sykepleier hjelper pasienten til å sette seg kortsiktige og realistiske mål i form av mestringsstrategier, for å oppnå en følelse av mestring. Mestringsfølelse kan bidra til å fremme håpet, og pasienten vil kunne føle kontroll over egen situasjon. Det er viktig at vi som sykepleiere husker på å møte hver enkel pasient som et individ, og har evne til å se hele pasienten og ikke bare sykdommen. Med bakgrunn i dette må vi derfor tilpasse vår sykepleie ut i fra pasientens enkelte behov, slik at pasienten skal klare å oppnå håp og mestring under den vanskelige situasjonen ved en nyoppdaget kreftdiagnose.

---

## Litteraturliste

\*Bahti, T. (2010). Coping issues among people living with advanced cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 26(3), 175-182. Lokalisert på:

[http://ac.els-cdn.com/S0749208110000264/1-s2.0-S0749208110000264-main.pdf?\\_tid=671474da-bf61-11e5-82b5-00000aacb35d&acdnat=1453286256\\_a91db796d311db8d5a74d5a36b468eee](http://ac.els-cdn.com/S0749208110000264/1-s2.0-S0749208110000264-main.pdf?_tid=671474da-bf61-11e5-82b5-00000aacb35d&acdnat=1453286256_a91db796d311db8d5a74d5a36b468eee)

Bertelsen, B., Hornslien, K. & Thoresen, L. (2011) Svulster. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 123-145). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Berre, G. (1999) Å dele en krise i livet- kreftinfo i/2004-om krisereaksjoner og mestring for pasienter og pårørende. Oslo: Den Norske Kreftforening.

Brinchmann, B. S. (2014). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. utg., s. 81 – 96). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Bunkholdt, V. (2002). Psykologi – en innføring for helse- og sosialarbeidere. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS.

\*Bulsara, C., Ward, A. & Joske, D. (2004) *Haematological cancer patients: achieving a sense of empowerment by use of strategies to control illness*. *Journal Of Clinical Nursing*, 13(2), 251-258. Lokalisert på:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f3874464-d7f0-4dad-9ba5-1263307a41a1%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4204>

Dalland, O. (2014). Metode og oppgaveskriving for studenter (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Dunniece, U. & Slevin, E. (2000). Nurses' experiences of being present with a patient receiving a diagnosis of cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 611-618. Lokalisert på:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7b6ceb74-2efe-42dc-8f11-f04848400234%40sessionmgr115&vid=6&hid=101>

Eide, H. & Eide, T. (2014). Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

---

\*Felder, B. E. (2004). Hope and Coping in Patients With Cancer Diagnoses, 27(4), 320-324.

\*Helsedirektoratet. (2016). *Pakkeforløp for kreft*. Hentet 19.02.2016, fra

<https://helsedirektoratet.no/kreft/pakkeforlop-for-kreft>

\*Hinds, P. (2004) The Hope and Wishes of adolescents With Cancer and the Nursing Care That Helps. *Oncology Nursing Society*, 31 (5), 927-934. Lokalisert på:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&sid=23c755cc-c4d0-4513-8066-11bc7d48df08%40sessionmgr113&hid=110>

\*Hopen, L. (2010). Læring og mestring ved langvarig sykdom. I I U. Knutstad & B.K. Nielsen (Red.), *Sykepleieboken 2: teoretisk - metodisk grunnlag for klinisk sykepleie* (3. utg., s. 284-307). Oslo: Akribe AS.

Håkonsen, K. M. (2013). *Innføring i psykologi*. (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2012) Kap. 1: Om sykepleie. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E. Skaug (red) *Grunnleggende sykepleie bind 1*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2012) Kap. 23: Stress og mestring. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt og E. Skaug (red) *Grunnleggende sykepleie bind 3*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Kvåle, Kirsti (2002) *Sykepleie til mennesker med kreft*. (s. 15-43) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Larsen, I.K. (2012). Cancer i Norway. Cancer registry in Norway. Lokalisert på:

[http://www.kreftregisteret.no/Global/Cancer%20in%20Norway/2012/CIN\\_2012.pdf](http://www.kreftregisteret.no/Global/Cancer%20in%20Norway/2012/CIN_2012.pdf)

\*Larsen, I.K. (2014). Cancer i Norway. Cancer registry in Norway. Lokalisert på:

<http://www.kreftregisteret.no/Global/Cancer%20in%20Norway/2014/CiN-sammendrag.pdf>

Lorentsen, V. B. & Grov, E. K. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås, D. G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 2*. (4. utg., s. 401-437). Oslo: Gyldendal Akademisk.

\*Lohne, V. (2010). Håp og håpløshet. I U. Knutstad & B.K. Nielsen (Red.), *Sykepleieboken 2: teoretisk- metodisk grunnlag for klinisk sykepleie* (3. utg., s. 108-124). Oslo: Akribe AS.



---

\*Norsk sykepleieforbund. (2011) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie, ICN kodex. Oslo: Norsk sykepleieforbund.

Pasient - og brukerrettighetsloven, LOV -1999-07-02-63. § 1-1. (2015). Lokalisert på:  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Pasient - og brukerrettighetsloven, LOV -1999-07-02-63. § 3-2. (2015). Lokalisert på:  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

\*Reitan, A.M. (2010a). Krise og mestring. I A.M Reitan & T.Kr. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient-utfordring-handling* (3. utg., s. 72-100). Oslo: Akribe AS.

\*Reitan, A. M. (2010b). Mestring. I: Knutstad, U. (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie* (bind 2). Oslo: Akribe AS.

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

\*Rustøen, T. & Wiklund, I. (2000). Hope in Newly Diagnoses Patients With Cancer, 23(3), 214-219. Lokalisert på:  
[http://journals.lww.com/cancernursingonline/Abstract/2000/06000/Hope\\_in\\_Newly\\_Diagnosed\\_Patients\\_With\\_Cancer.9.aspx](http://journals.lww.com/cancernursingonline/Abstract/2000/06000/Hope_in_Newly_Diagnosed_Patients_With_Cancer.9.aspx)

\*Schjølberg, T. Kr. (2010). Fatigue. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient- utfordring- handling*. (3. utg., s. 174-193). Oslo: Akribe AS.

\*Stubberud, D.G (2013). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.G Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. (1. utg.,s.13-41). Gyldendal Akademisk.

\*Stokke, R. (2010). Regines bok: En ung jentes siste ord. Gyldendal Akademisk.

\*Travelbee, J. (2001). Mellommenneskelig forhold i sykepleie. Oslo Gyldendal Akademisk.

---

## Vedlegg 1. PICO – Skjema

<b>P</b> Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet:	<b>P</b> Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet:	<b>I</b> Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for):	<b>C</b> Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket:	<b>O</b> Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå:
Kreft Cancer Newly Diagnoses	Ung voksen Young adult	Sykepleie Nursing Issues		Håp Hope Mestring Coping

DATO	SØKEORD	DATABASER	AVGRENSING	ANTALL TREFF	LESTE ABSTRAKTE R	LESTE ARTIKLER	INKLUDER TE ARTIKLER
19.01.16	Cancer-patients AND Hope AND Coping AND Coping-Strategies	CINAHL	2003-2015	38	3	1	«Haematological cancer patients: achieving a sense of empowerment by use of strategies to control illness»
19.01.16	Cancer-patients AND Nursing-Care AND Hope	CINAHL	2003-2010	24	2	1	«The hopes and wishes of adolescents with cancer and the nursing care that helps»
20.01.16	Hope AND Coping AND Cancer AND Diagnosis	CINAHL	2004-2015	82	3	1	«Hope and coping in patients with cancer diagnosis»
21.01.16	Cancer AND Patients AND Coping AND Issues	CINAHL	2010-2015	162	3	1	«Coping issues among people living with advanced cancer»
21.01.16	Cancer AND Diagnosis AND Nurse-patients	CINAHL	2000-2015	72	2	1	«Nurses experiences of being present with a patient receiving a diagnosis of cancer»
29.01.16	Cancer patients AND Hope AND	PubMed	2000-2015	123	4	2	«Hope in Newly Diagnosed Patients

---

	Newly diagnosed						With Cancer»
--	--------------------	--	--	--	--	--	-----------------

## Vedlegg 2. Søkehistorikk