



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for Folkehelse
4BACH

Siri Ryen Eide og Maja Svendsen
Veileder: Liv Ødbehr

Kunsten å fremme håp

The art of promoting hope

Ord: 13170

Bachelor i Sykepleie, BASY 2011

2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Sammendrag

Tittel: Kunsten å fremme håp / The art of promoting hope

Avdeling: Høgskolen i Hedmark

Utdanning: Bachelor i sykepleie

Kandidatnummer: 21 og 29

Veileder: Liv Ødbehr

Antall ord: 13170

Nøkkelord: Brystkreft, håp, relasjon, kommunikasjon, tillit, trygghet, respekt, tid, tilstedeværelse, sykepleier, pasient og omsorg.

Kort beskrivelse av bacheloroppgaven

Hensikt og problemstilling: I oppgaven ønsker vi å se nærmere på hva håp er, og hva som påvirker håpet til en pasient med tilbakefall av brystkreft. Hensikten har vært å se på hvilken rolle sykepleieren har i en slik situasjon og ut fra dette er problemstillingen følgende;

hvordan kan sykepleieren fremme håp til brystkreftpasienten?

Introduksjon: Besvarelsen tar for seg hva brystkreft, håp og håpløshet er. Vi har sett på sykepleierens rolle i relasjonsetableringen, samt hvilke holdninger og kommunikasjonsferdigheter sykepleieren bør inneha for å kunne fremme pasientens håp. Oppgaven støtter seg i hovedsak til sykepleieteoretiker Joyce Travelbee og hennes teori. Drøftingen tar for seg hva sykepleieren og pasientens omgivelser kan bidra med for å fremme håp.

Metode: Fordypningsoppgave som er basert på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, sykepleieforskning og praksiserfaringer.

Resultat: Håp har stor betydning for en pasient med tilbakefall av brystkreft. Sykepleieren kan i stor grad fremme pasientens håp. Dette kan gjøres ved å utvise tillit, respekt, trygghet, tid og tilstedeværelse siden dette er vesentlige elementer i en relasjonsetablering. At sykepleieren er bevisst i sin nonverbal og verbal kommunikasjon vil også ha betydning for dannelsen og opprettholdelsen av relasjonen til pasienten.

Konklusjon: Funn i oppgaven viser at relasjon er grunnleggende for at sykepleieren skal kunne fremme håp ettersom det er et personlig og følsomt tema. Uansett hvilket håp pasienten har må sykepleieren alltid respektere og støtte dette fordi det er pasienten som eier håpet.

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

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| Sammendrag | 2 |
| Innledning | 6 |
| Begrunnelse for valg av tema | 6 |
| Problemstilling | 7 |
| Presisering og avgrensning | 7 |
| Oppgavens disposisjon..... | 8 |
| Metode | 9 |
| Litteratur | 9 |
| Artikkelsøk..... | 9 |
| Presentasjon av forskningsartikler | 10 |
| Kildekritikk | 12 |
| Etisk vurdering..... | 13 |
| Teorikapittel | 13 |
| Brystkreft | 13 |
| Håp | 16 |
| Håpløshet | 17 |
| Sykepleierens rolle..... | 18 |
| Menneske-til-menneske-forhold | 19 |
| Kommunikasjon..... | 20 |
| <i>Aktiv lytting</i> | 21 |
| <i>Nonverbal kommunikasjon</i> | 21 |
| <i>Verbal kommunikasjon</i> | 22 |
| Relasjonsetablering | 22 |
| <i>Tillit</i> | 23 |
| <i>Respekt</i> | 23 |
| <i>Trygghet</i> | 24 |
| <i>Tid</i> | 25 |
| <i>Tilstedeværelse</i> | 25 |
| Drøfting | 26 |
| Sykepleie-pasient-fellesskap og sykepleiers holdninger | 26 |
| Kommunikasjon..... | 31 |
| Pasientens relasjoner | 36 |
| Konklusjon | 38 |

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| Litteraturliste | 39 |
| Vedlegg 1: PICO-skjema | 42 |
| Vedlegg 2: søkehistorikk | 43 |

Innledning

Brystkreft er den kreftformen i Norge som har høyest forekomst, og ca. hver 11. kvinne rammes (Schlichting, 2011). Ofte er det kvinner over 50 år som får denne diagnosen. I 2011 var det 3094 nye tilfeller av brystkreft, dette er en økning fra år 1970 da kun 1235 kvinner fikk diagnosen. Ved utgangen av 2011 var det 38501 kvinner med diagnosen brystkreft i Norge (Helsedirektoratet, 2014). Vi synes det er bekymringsverdig at prevalensen og økningen av antall brystkreftpasienter har steget såpass mye. Vi tror med dette at sykepleiere vil møte brystkreftpasienter flere steder innenfor helsevesenet, og behovet for økt kunnskap om håp vil derfor kunne være svært nyttig.

Tall fra Helsedirektoratet (2014) viser at brystkreftpasienter har en betydelig overdødelighet selv 20 år etter diagnosetidspunktet. I dagens samfunn forbindes ofte kreft med døden, noe som kan gjøre at usikkerhet og tanker om fremtiden blir dominerende. Vi har erfart i møte med brystkreftpasienter at håp får et annet perspektiv og en dypere betydning når fremtiden trues. Vårt inntrykk er at håp er mye omtalt i hverdagen, men det kan være få som virkelig tenker over hva som ligger i begrepet håp. Vi har erfart at spesielt sykepleiestudenter, men også erfarne sykepleiere har vært i situasjoner med manglende kunnskap om hvordan brystkreftpasienter skal bli møtt i deres veksling mellom håp og håpløshet. Ut fra denne erfaringen ønsker vi å få større kompetanse omkring hva håp betyr for brystkreftpasienter, og hvilken rolle sykepleieren bør ha. Dette kan gjøre at vi som kommende sykepleiere bedre kan møte pasientens behov og øke kvaliteten på dette fagområdet.

Begrunnelse for valg av tema

Vi velger å fordype oss i et tema som vi kan ha nytte av i vår fremtidige sykepleieutøvelse og i møte med kreftpasienter. Gjennom tidligere arbeidserfaring og praksisperioder, spesielt innenfor somatikken, har vi møtt mange pasienter med kreft. Vi møtte en del brystkreftpasienter og da vi i tillegg så statistikken fra Helsedirektoratet (2014) over hvor mange som årlig blir rammet, ble vi inspirert til å se nærmere på fagområdet. Etersom dette er en økende pasientgruppe og håp er sentralt når man rammes av alvorlig sykdom, anser vi dette som relevant for sykepleiefaget. Derfor ønsker vi å tilegne oss kunnskap om hvordan vi kan møte dem best mulig. Ut fra dette vil vi å finne ut hva håp er og hvilken betydning det har for pasienten. Som sykepleier har man mye pasientkontakt og gjennom relasjoner gir det muligheter for de ”nære samtalene om håp”, det er dette vi ønsker å fordype oss i. Grunnen til

at vi synes temaet er interessant er fordi vi er opptatte av å møte hver enkelt pasient på en god måte, slik at de føler seg sett og ivaretatt. Alle pasienter er forskjellige og vi ser derfor nødvendigheten av å inneha kunnskaper og ferdigheter for å gi individuell sykepleie.

Problemstilling

Hvordan kan sykepleieren fremme håp til brystkreftpasienten?

Presisering og avgrensning

Siden det er flest kvinner som blir rammet av brystkreft velger vi å konsentrerer oss om kvinner, som er samtykkekompetent og anslås å være 55 år. Videre har vi tatt utgangspunkt i pasienter med tilbakefall av brystkreft, uten spredning til andre organer. Grunnen til at vi velger tilbakefall av brystkreft er at sykdommen fortsatt kan kureres (Kåresen & Wist, 2012), mens ved spredning til andre organer på diagnosetidspunktet overlever kun 23,4 % etter fem år (Helsedirektoratet, 2014). Vi har inntrykk av at håp har et annet innhold når det fortsatt er mulighet for kurativ behandling, fremfor i en palliativ fase. For å skape bedre flyt i oppgaveteksten bruker vi begrepet pasienten samt benevnelse som: hun, henne, brystkreftpasienten, pasienten med tilbakefall av brystkreft, alt ettersom hvilken ordlyd som egner seg.

Sykepleieren blir fremstilt som en kvinne, men omtales også som hun eller henne. Vi vet at det også finnes mannlige sykepleiere, men velger at sykepleieren er en kvinne, ettersom vi selv er kvinnelige snart ferdigutdannet sykepleiere. Siden sykepleieren ikke er eneste profesjon innen helsevesenet velger vi i noen tilfeller å bruke benevnelsen helsepersonell. Konteksten i møtet mellom sykepleier og pasient er på et somatisk sykehus. Når begrepet vi eller vår benyttes er dette ut fra vårt synspunkt. Alle mennesker innehar en grad av håp (Rustøen, 2001), men i denne oppgaven omtales håp ut fra en pasient som er kreftsyk og dens behov for å opprettholde håp. Ettersom oppgaven omhandler en brystkreftpasient, vil vi trekke inn denne pasientgruppen i teorikapittelet for å vise vår forståelse av teorien. Pasientgruppen vi for øvrig også trekkes inn i drøftingskapittelet. Oppgaven er rettet mot sykepleie, derfor tar vi utgangspunkt i at leseren er kjent med ord og uttrykk innenfor sykepleiefaget.

I løpet av sykepleieutdanningen har vi tilegnet oss mye kunnskap både gjennom teori og praksis. Sykepleie er et omfattende fagfelt derfor er det nødvendig å avgrense oppgaven

ettersom vi har føringer for antall ord og tidsbegrensning. For å kartlegge håp finnes det ulike måleinstrument. Dette kommer vi ikke til å gå nærmere inn på fordi de ikke er kjent for å være valide, og det gir ikke et konkret svar på om det er håpet eller begrepet som måles (Lohne, 2010). Vi velger bevisst å ikke fokusere på krefttrammedes kriseopplevelser, ettersom vi tar utgangspunkt i at pasienten tidligere har hatt brystkreft. I en slik tilbakefallsfase anser vi håp som mer aktuelt enn krisereaksjoner. Hovedtyngden i oppgaven bygges derfor på håp og relasjon i forbindelse med tilbakefall av brystkreft. Vi velger å ikke skrive om døden da dette vil kunne lede oppgaven i en palliativ fase, men isteden ønsker vi å se håp i en sammenheng hvor kurativ behandling ikke er avsluttet. I både teori- og drøftingsdelen nevner vi at pasienten har rett på medbestemmelse, vi kommer ikke til å knytte det opp mot ulike lovverk fordi vi vil holde fokuset på håpet. Vi har derimot valgt å se på plikter sykepleieren har ut fra yrkesetiske retningslinjer ettersom oppgaven vektlegger sykepleieperspektivet.

Oppgavens disposisjon

Vi har delt inn oppgaven i fem kapitler. Innledningskapittelet består av en innledning, begrunnelse for valgt tema, presentasjon av problemstilling, presisering og avgrensning, samt en disposisjon over oppgaven. I metodekapittelet viser vi til hvordan vi fant anvendt litteratur og forskningsartikler, i tillegg til en presentasjon av forskningen, kildekritikk og etisk vurdering. Teorikapittelet inneholder teoretiske aspekter innenfor brystkreft, håp og momenter som er nødvendig for å danne en relasjon mellom sykepleier og pasient. Oppgaven støtter seg hovedsakelig til sykepleieteoretiker Joyce Travelbee, i tillegg blir Jan Kåre Hummelvoll og Kari Martinsen også nevnt. Utgangspunktet for drøftingskapittelet er hvordan sykepleier på ulike måter kan fremme håp til brystkreftpasienter. Vi har drøftet ut fra momenter i teorien, brukt forskning og egne erfaringer for å sette ulike synspunkter opp mot hverandre. Det avsluttende kapittelet er en konklusjon hvor vi sammenfatter resultater fra drøftingen og svarer på problemstillingen.

Metode

Metode defineres som «...en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap...» (Dalland, 2012, s. 111). Metode er et hjelpemiddel for å samle inn informasjon til å besvare problemstillingen vår. Denne strategien hjelper oss til å vurdere om litteraturen er valid og reliabel. At litteratur er valid vil si om den er gyldig og relevant for problemstillingen, mens reliabilitet gir svar på om litteraturen er til å stole på (Dalland, 2012). I dette kapittelet vil vi presentere fremgangsmåten vi har anvendt for å finne aktuell litteratur til temaet og problemstillingen vår. Vi har skrevet oppgaven innenfor førende retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie utgitt av Høgskolen i Hedmark.

Bacheloroppgaven baserer seg på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, vitenskapelige artikler og praksiserfaringer. Ved å kombinere ulik litteratur og erfaringer hjelper det oss til å se sammenheng mellom teori og praksis. Videre i dette kapittelet vil vi legge frem fremgangsmåte for anvendt litteratur, artikkelsøk, presentasjon av valgt forskning, kildekritikk og etisk vurdering.

Litteratur

Noe av litteraturen vi har brukt er hentet fra pensumlistene til nåværende og tidligere semestre. Annen litteratur er selvvalg og disse har vi funnet gjennom henvisninger i forskjellige bøker, samt på høgskolens bibliotek. For å finne bøkene på biblioteket har vi benyttet oss av BIBSYS Ask, søkeord vi i hovedsak har brukt er håp, brystkreft, kreft, livskvalitet, kreftsykepleie, Joyce Travelbee og Tone Rustøen. Tall, statistikk og informasjon vedrørende brystkreft har vi hentet fra Kreftregisteret sin hjemmeside og Helsebibliotekets Nasjonale faglige retningslinjer.

Artikkelsøk

Vi startet søkeprosessen etter forskningsartikler ved å først utarbeide et PICO-skjema, se vedlegg 1. Tidligere bruk av PICO-skjema har hjulpet oss til å få mer spesifikt søkeresultat, derfor valgte vi også å bruke dette i vår fordypningsoppgave. Skjemaet har gitt oss et godt utgangspunkt for å finne relevante søkeord som vi har brukt for å finne artikler som har belyst vårt tema.

Vi har også brukt www.ordnett.no for å finne søkeord og oversettelser fra norsk og engelsk, i tillegg til synonymer. SveMed+ har også blitt benyttet for å finne engelske MeSH termer. Når

vi har søkt etter forskning har vi benyttet oss av databaser som EBSCOhost, SveMed+ og forskningsarkivet til tidsskriftet Sykepleien, www.sykepleien.no. Bakgrunn for at vi har valgt å bruke disse databasene er fra tidligere erfaringer, samt på oppfordring fra bibliotekar og veileder. Da vi søkte etter forskning og kun brukte søkeordene fikk vi mellom 32 og 130 treff. Søket ble deretter begrenset ved at vi valgte artikler som var i fulltekst, utgitt i tidsrommet 2002 til 2014 og publisert i refereebedømte tidsskrifter. Avgrensningen resulterte i mellom 5 og 32 treff. Motivet for at vi ekskluderte artikler var at de ikke hadde riktig fokus eller relevans for temaet i oppgaven, samt at flere forskningsartikler var av eldre dato. Vedlegg 2 søkehistorikk, viser i et skjema hvordan vi har kombinert og strukturert søkene våre. Der fremkommer det også tidsrom for søkene, samt hvilke databaser og søkeord vi har brukt. I vedlegget vises det kun til søkene vi gjorde for de utvalgte artiklene. Vi har valgt å ikke ta med søk som ga oss irrelevante treff, da vi anser det som vanlig å gjøre mange søk før man finner passende og aktuell forskning.

Presentasjon av forskningsartikler

Lindholm, Holmberg & Mäkelä (2005) har utført sin studie i Finland. Bakgrunn for studien var å finne betydningen av håp og håpløshet, hva det betydde for brystkreftpasienters livskraft, samt hvordan pasientene vil svinge mellom håp og håpløshet etter å ha blitt diagnostisert med brystkreft. Forskingen er gjort ut fra en kvalitativ hermeneutisk metode, hvor 50 kvinner var med å dele sine erfaringer. Resultater viser at pasientene i perioder ble preget av usikkerhet, noe som kunne svekke håpet. Pasientene hadde behov for relasjoner som kunne støtte og fremme håp, slik at livet ble mer meningsfylt. Det ble konkludert med at håp og håpløshet står side om side gjennom sykdomsperioder. Håp knyttes til indre trygghet og fred, mens håpløshet forbindes med tvil, bekymring og redsel. Hvordan holdning pasienten har til livet vil kunne påvirke graden av håp. Vi valgte denne artikkelen fordi den beskriver hva som påvirker håpet til brystkreftpasienter, og hva de føler når de innehar håp eller opplever håpløshet. Det kommer også frem hvem pasientene anser som viktige støttespillere og hva de kan bidra med for å fremme håp.

Hovland, Slettebø & Ruland (2011) har i sin studie undersøkt betydningen av relasjoner blant brystkreftpasienter som deltok i et internettbasert diskusjonsforum. Bakgrunn for dette er at stadig flere pasienter er misfornøyde med informasjon og kommunikasjon fra helsevesenet. Pasientene opplever at de blir overlatt til seg selv med de utfordringer brystkreft gir. Studien er gjennomført ved bruk av en kvalitativ forskningsmetode, hvor 45 brystkreftpasienter

deltok. Resultater viser at ved å utveksle informasjon til andre i samme situasjon opplever pasientene en betydningsfull støtte og relasjon. Konklusjonen påpeker at pasientene utveksler kunnskaper og måter å håndtere sykdommen på. Felles erfaringer gir pasienten en mulighet til å utvise forståelse og aksept for hverandre, samtidig som de er en viktig ressurs for hverandres håp. Vi fikk interesse for denne artikkelen fordi den belyser en annen støttespiller som har stor betydning for pasientens håp. Som sykepleiere bør være klar over at også andre enn bare helsepersonell kan bidra til å fremme håp.

Stajduhar, Thorne, McGuinness & Kim-Sing (2010) har sett på hvilken betydning kommunikasjon har i forbindelse med behandling av kreftpasienter. De ønsket å finne ut hvordan sykepleieren kan bruke hjelpende kommunikasjon for å møte pasientene på en best mulig måte. Studien er gjennomført med en kvalitativ metode, der 34 kreftpasienter har blitt intervjuet. Resultater viser at det er fire sentrale momenter som er viktig å ta hensyn til i kommunikasjonen med pasienter. Forskerne konkluderer med at omsorg til kreftpasienter krever stort personlig engasjement og kommunikasjon. Denne artikkelen har stor relevans for problemstillingen vår fordi den beskriver viktige komponenter i kommunikasjonen, og hvordan pasienter ønsker at sykepleieren skal kommunisere med dem.

Lorentsen (2003) har gjennomført sin studie på en avdeling med kreftpasienter, der sykepleierne ble spurt hvordan de kunne styrke pasientens håp. Forskningsstudien ønsket å gjøre sykepleierne mer oppmerksom på hva de kunne gjøre, slik at de ble tryggere i sin yrkesutøvelse og dermed bedre kunne styrke pasientens håp. Metoden som er brukt er et kvalitativt forskningsstudie hvor to sykepleiere deltok. Resultater viser at sykepleierne kunne styrke pasientens håp gjennom relasjon og sine holdninger. Det konkluderes med at sykepleierne kunne styrke pasientens håp gjennom de små tingene i hverdagen. Dette gjorde at pasientene fant motivasjon til å fortsette å ha noe å leve for og kjempe mot sykdommen. Sykepleierne kunne i liten grad stryke pasientenes håp ved bruk av ord, men i større grad gjennom å lytte. Denne artikkelen ble valgt ettersom det er sett ut fra et sykepleieperspektiv, og det viser til konkrete måter å styrke håpet på.

Mok, et al., (2010) har gjennomført sin studie på en sykehusavdeling i Hong Kong der 23 helsepersonell deltok. Denne studien tar utgangspunkt i helsepersonellens perspektiv på betydningen av håp hos pasienter med alvorlig kreftsykdom. Det er en kvalitativ studie med en hermeneutisk fenomenologisk tilnærming. Resultater viser at det var fire sentrale temaer

som helsepersonellet mente hadde betydning for pasientens håp. Helsepersonellet erfarte at håp var viktig for de kreftsyke pasientene. Konklusjonen var at helsepersonell bør reflektere over personlige verdier, ettersom det kan være med å fremme håp hos kreftpasienter. Artikkelen ble valgt ut fordi den beskriver helsepersonellens syn på betydningen av håp for kreftpasientene. Dette er relevant for oppgaven siden sykepleieren danner en nær relasjon til pasientene, og på den måten kan fremme håp.

Kildekritikk

Gjennom oppgaveskrivingen har vi kritisk vurdert litteraturen vi har valgt å bruke. Dette er fordi vi vil sikre at litteraturen er valid og reliabel, og dermed kan brukes i besvarelsen av problemstillingen vår. Vi tar utgangspunkt i at pensumlitteraturen til sykepleieutdanningen har gjennomgått en grundig vurdering av Høgskolen i Hedmark, og at den kan brukes siden oppgaven skrives ut fra et sykepleieperspektiv. En svakhet vi derimot har sett er at enkelte bøker hyppig benytter seg av sekundærkilder. Samtlige bøker vi har brukt både fra pensumlitteraturen og selvvalgt litteratur er av nyere tid, med unntak av fire som er fra perioden 1986 – 1999. Grunnen til at vi likevel valgte å bruke de eldste bøkene var fordi temaene fortsatt er aktuell og gyldig.

I oppgaven har vi prioritert å bruke primærkilder så langt det lar seg gjøre, ettersom vi synes det er viktig å henviser til originalforfatter. Dette er fordi vi vil unngå andres tolkinger og vi tror primærkilder styrker kvaliteten på oppgaven. Vi har løst dette ved å se i referanselistene til bøker og artikler vi har brukt. Ved noen anledninger har vi bevisst brukt sekundærkilder da vi besluttet at litteraturen hadde større relevans, og et tydeligere innhold i forhold til besvarelsen vår.

Vi har anvendt ulike utvelgelseskriterier for å finne forskningsartikler som omhandlet håp, brystkreftpasienter, relasjon og kommunikasjon. Artikkelen skulle være tidsaktuelle derfor har vi satt publikasjonsdatoen er fra og med år 2002 og frem til dags dato. Vi søkte etter artikler som er skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk. I vår søkestrategi har vi vektlagt at sykepleieforskningen er publisert i refereebestemte og anerkjente tidsskrifter som blant annet ”Journal of Clinical Nursing” og ”International Journal for Human Caring”, fordi dette styrker artikkelenes troverdighet. Hvor forskningen er gjennomført har også vært vesentlig for utvelgelsen ettersom vi ønsket at resultatene hadde en overføringsverdi til Norge, og en tilnærmet lik kultur. En forskningsartikkel er i midlertidig fra Hong Kong og selv om det er

noe ulik kultur har vi likevel valgt å bruke den, ettersom den tar for seg helsepersonellens betydning for å fremme håp. For at vi skulle være sikre på at artiklene vi fant var vitenskapelig studier fulgte vi IMRaD strukturen. Dette er en type oppbygning som alle forskningsartikler skal ha og består av innledning, metode, resultat og diskusjon (Lerdal, 2012). Vi har til sammen brukt fem forskningsartikler. De tre engelskspråklige er skrevet av Lindholm, et al., (2005), Stajduhar, et al., (2010) og Mok, et al., (2010), mens de norskspråklige er skrevet av Hovland, et al., (2011) og Lorentsen (2003).

Etisk vurdering

Litteratur og forskning vi har brukt blir referert i henhold til retningslinjene i tråd med APA-standard. I utvelgelsen vektla vi at forskningen hadde gjennomgått en etisk vurdering. Erfaringer og eksempler vi har fra praksis er anonymisert i oppgaven.

Teorikapittel

I dette kapittelet tar vi for oss relevant teori for å skape en teoretisk referanseramme i oppgaven, som videre er grunnlag for drøfting og besvarelse av problemstilling. Kapittelet inneholder hva brystkreft og håp er, sykepleierens rolle, kommunikasjonsmetoder og holdninger som er nødvendige i det relasjonelle møtet mellom sykeleier og pasient.

Brystkreft

Uavhengig av krefttype betegnes kreft som en genetisk sykdom på cellenivå. En kreftsykdom går som regel ikke i arv, men sykdommen oppstår oftest fordi arvestoffet i genene blir skadet. Kreft er ukontrollert cellevekst og celledeling (Haakensen, Ikdahl, Helland, & Børresen-Dale, 2012). I dette delkapittelet vil vi fokusere på brystkreft der vi tar for oss årsaker, symptomer, undersøkelser/diagnostikk, behandling, bivirkninger, prognose og tilbakefall.

Årsakene til utviklingen av brystkreft er mange. En grunn kan være en medfødt genetisk forandring. Det finnes to brystkreftgener som kan arves fra mor og far, disse genene disponerer også for eggstokk-kreft. Høy fødselsvekt kan også være en årsak, da østrogeninnholdet til mor kan påvirke placenta og dermed næringen til fosteret. En kvinne med høyt alkoholforbruk vil være utsatt for brystkreft fordi metabolismen av østrogen blir nedsatt som gir høyere østrogeninnhold i kroppen. En annen risikofaktor for brystkreft er overvekt med høyt insulinnivå og østrogeninnhold i fettvev. I tillegg vil menstruasjonsdebut

før fylte 12 år, overgangsalder etter 54 år og østrogenbehandling i forbindelse med overgangsalderen, disponere for brystkreft. Graviditet før man er 30 år kan redusere risikoen for brystkreft med 7 % pr. fullførte svangerskap. Det er i tillegg påvist at fysisk aktivitet kan forebygge brystkreft (Schlichting, 2011).

Det er stor variasjon i utviklingen av brystkreft, alt fra langsom til hurtig tumorutvikling. Alvorlighetsgraden av sykdommen varierer ut fra tumorens omfang og om sykdommen har spredd seg til lymfesystemet. Det første symptomet er som regel en kul i brystet som kvinnen selv kan oppdage. Det finnes også tilfeller der symptomer først oppdages ved plager fra organer, som tyder på at kreften har spredd seg. Dersom det oppdages en kul i brystet eller armhulen skal det alltid nærmere utredes med trippel-diagnostikk (Schlichting, 2011), som består av klinisk undersøkelse, bildediagnostikk ved hjelp av mammografi, ultralyd, MR samt nålebiopsi (Helsedirektoratet, 2014). Under en klinisk undersøkelse kan nylige oppståtte forandringer på brystene ses som ulik størrelse, innovervendte brystvorter, blodig sekresjon eller hudforandringer (Schlichting, 2011). Et tidlig symptom kan være hudinndragninger som kan ses som et søkk i brystet, senere kan det utvikles til forandringer i huden som for eksempel rødhet (Kåresen & Wist, 2012). Det er anbefalt at kvinner i alderen 50-69 gjennomfører mammografi av brystene annen hvert år, for å avdekke brystkreft på et tidlig stadium. Av alle kvinner som møtte til mammografiscreening hadde 43 % av kvinnene bedre overlevelse (Helsedirektoratet, 2014).

Det er tumorens egenskaper som avgjør hvilken behandlingen som er nødvendig. Primært blir brystkreft behandlet med kirurgisk inngrep der brystet blir fjernet, også kalt mastektomi. Indikasjon på denne behandlingen er tumor over 4 cm eller flere tumorer (Schlichting, 2011). Brystbevarende inngrep er en aktuell behandling dersom det er friskt vev rundt tumoren og størrelsen er under 4 cm. Risikoen med å bevare brystet er lokalt tilbakefall, derfor må kvinnen ha postoperativ strålebehandling (Kåresen & Wist, 2012). Noen kvinner velger likevel å fjerne brystet for å slippe strålebehandling som i noen tilfeller er nødvendig, dette kan i tillegg medføre mindre bekymring for tilbakefall. Uavhengig av kirurgisk inngrep fjernes vaktpostlymfeknuten som er den første lymfeknuten som får lymfevæske fra en krefttumor. Dette gjøres for å avdekke mulig spredning til aksillære lymfeknuter (Schlichting, 2011).

Cytostatika er en vanlig behandlingsform som har til hensikten å hindre deling av kreftceller. Denne behandlingen gis som en kur, og det varierer hvor lenge den varer og hvor ofte den gis. Hvis det også er aktuelt med stråling påbegynnes den etter endt cytostatikabehandling (Schlichting, 2011). Stråling har som mål å gi økt kontroll over sykdommen slik at flere overlever og sjansen for tilbakefall halveres. Tumoren vokser på bakgrunn av ulike hormoner, derfor gis endokrin hormonbehandling som skal hindre deling av brystkreftceller. Denne behandlingsformen viser seg å kunne være like god som cytostatika. Hvis det oppdages mange tumormarkører er antistoffbehandling også nødvendig. Disse antistoffene påvirker kreftcellens overflate og resultatene viser seg å være effektive (Schlichting, 2011). Bivirkninger som kan oppstå under og etter behandling kan være sår hud, neglene løsner, hud- og hår avfall, kvalme, brekninger, tretthet, lavt immunforsvar og psykiske ettervirkninger. Behovet og varigheten av etterbehandling besluttet ut fra hvor stor primærtumor er og antall lymfeknutemetastaser (Kåresen & Wist, 2012).

Prognosen for brystkreftpasienter behandlet med kirurgi, avhenger av hvor langt kreften har kommet og tidspunkt for når tumoren oppdages. Tidlig diagnostisering medfører at omfanget av behandlingen reduseres (Schlichting, 2011). Det er lik prognose ved brystbevarende operasjon som ved mastektomi, bortsett fra ved massiv tumor og dersom det er flere av dem (Fisher, et al., 2002). I perioden 2007-2011 overlevde 88,8 % av kvinnene som fikk brystkreft (Kreftregisteret, 2013). Brystkreftpasienter går jevnlig til kontroll opptil ti år etter avsluttet behandling. Hensikten med dette er å oppdage eventuell tilbakefall i en tidlig fase. Ved tilbakefall av kreft i brystet er det langt større mulighet for å kureres enn dersom det er fjernmetastaser til lever, lunger, hjernen og skjelettet (Schlichting, 2011). Lokalt tilbakefall av brystkreft er oppdagelse av ny tumor, som ikke var tilstede etter gjennomført kirurgisk behandling. Tilbakefallet kan oppstå i arret etter mastektomi, i det bevarte brystet, samt i aksillen selv ved tidligere fjerning av lymfeknuter og vaktpostlymfeknuten. Ved spørsmål om tilbakefall er det viktig å utelukke spredning til andre organer (Kåresen & Wist, 2012).

Brystkreft er en kompleks sykdom som gjør at hele mennesket blir berørt (Kåresen & Wist, 2012). Ved oppdagelse av tilbakefall kan pasienten rammes av usikkerhet omkring muligheten for å bli frisk. I den forbindelse vil tanker knyttet til fremtiden komme i fokus. Dette fordi troen på helbredelse kan være svekket ettersom kreften har kommet tilbake (Bastøe, 2011). I en slik sammenheng vil håp stå sentralt for å hjelpe pasienten til å mestre sin sykdomssituasjon og holde motet oppe, i håp om å leve et godt liv med de begrensninger

og utfordringer brystkreft kan gi (Lorentsen, 2003). Håp handler nødvendigvis ikke om å bli frisk da dette er individuelt, men felles for håp er at det forbindes med noe positivt og rettes mot fremtiden (Bastøe, 2011).

Håp

I dagligtalen brukes håp ofte i betydning av noe man ønsker seg eller drømmer om, mens på fagspråket omtales det som noe dypere, mer personlig og med lengre varighet (Lohne, 2010). Det består av et innhold, hva man håper på, og en retning som forbindes med fremtiden. Et håp kan være kortsiktig eller langsiktig, og det er like viktig for pasienten om det er stort eller lite (Rustøen, 2001). Håp kan avhenge av tidligere erfaringer, endres over tid og med pasientens tilstand (Lohne, 2010). I den senere tid har håp fått et større fokus, grunnet økende tilfeller av kronisk syke pasienter. Disse pasientene opplever tapt kontroll over sosiale, fysiske og psykiske aspekter i hverdagen. Dette kan medfører en usikker fremtid og håpløshet vil kunne ramme pasienten (Rustøen, 2001). Sykepleieren bør derfor på et tidlig tidspunkt lytte og snakke med pasienten omkring hennes tanker om håp. Dette er fordi håp kan skape optimisme, gi styrke og mot til å godta sin livssituasjon og dermed bli inspirert til å kjempe videre med de utfordringer sykdommen medfører (Lohne, 2010). Håp vil ofte kunne gi positive opplevelser, og hjelpe pasienten til å finne mening i hverdagen uansett prognose og hva fremtiden bringer. Derfor er håp en vesentlig faktor for livskvaliteten til pasienten, og sykepleieren har en viktig oppgave når det kommer til å styrke pasientens håp og unngå å svekke det (Lorentsen, 2003).

Livsmot og håp er to beslektede begreper i litteraturen. Sykepleieteoretiker Kari Martinsen (2003) setter håp og tillit i tilknytning med livsmot. Hun anser livsmot som kjernen i sykepleieutøvelsen ved at sykepleieren bruker faglige skjønn, blikk, lytteegenskaper og velvalgte ord for å forstå den lidende pasienten og styrke dens livsmot (Lorentsen, 2003).

Joyce Travelbee (2001) som levde frem til 1973 er kjent for det forholdet som oppstår i møte mellom en sykepleier og pasient. Hun anså dannelsen av et slikt forhold som avgjørende for å kunne se pasientens behov (Kirkevold, 1998). Travelbee (2001) definerer håp som en mental tilstand kjennetegnet ved at man har en ambisjon om å oppnå eller innfri et mål, samtidig som man innehar en forventning til at målet er overkommelige. Hun bruker begrepet håp og hevder at dette kan gi styrke til pasienten for å finne løsninger når man blir rammet av sykdom og livet forandres. I følge Rustøen (1991) er det pasienten selv som eier håpet.

Graden av håp påvirkes av aktuell og tidligere opplevelser av sykdom og erfaringer gjennom livet, dette gir et utgangspunkt for å nå et mål.

Travelbee (2001) skriver i sin teori at håp har ulike karakteristika. Hun relaterer håp til; ønsker, mot, avhengighet til andre, valg, fremtiden, tillit og utholdenhet. Vi vil nå presentere hvorfor håp er relatert til ønsker og mot, resterende karakteristika vil beskrives i delkapittelet om relasjonsetablering.

I følge Travelbee (2001) er håp relatert til ønsker fordi det betyr at man vil oppnå en situasjon eller en hendelse. Når vi bruker brystkreftpasienter i sammenheng med Travelbee (2001) sin teori kan håp ses i lys av følgende resonnement. Ønske og håp henger sammen, forskjellen er at et ønske i mindre grad kan nås. Når en pasient blir rammet av brystkreft vil ønsker om å komme seg bort fra virkeligheten kunne oppstå, noe som sannsynligvis er urealistisk og uoppnåelig. Når pasienten innser realiteten vil ikke ønsket bli planlagt, fordi hun innser at muligheten til å flykte fra situasjon er svært begrenset. Har hun håp planlegger hun derimot hvordan det kan virkeliggjøres fordi dette begrepet kan realiseres. Håp er også relatert til mot, og er evnen brystkreftpasienten har til å se sin frykt og begrensning. Når pasienten møter nye utfordringer kan det være vanskelig å vite hvor mye mot hun har. Ved oppstart av cytostatikabehandling kan pasienten for eksempel frykte at behandlingen ikke skal være vellykket. Hvis behandlingen ikke gir optimale resultater er det derimot en trøst at hun valgte å prøve fremfor å avstå. Pasienten kan i tillegg bli stilt ovenfor ulike avgjørelser der det kreves mot. Krevende valg kan begrense håpet og resultere i at hun velger å lukke øynene i tro om at sykdommen forsvinner. Velger hun denne fremgangsmåten vil det muligens være vanskelig å vise mot når det faktisk kreves, eksempelvis når hun får tilbakefall av brystkreft. Mot er en egenskap som for øvrig også utvikles gjennom tidligere erfaringer og i løpet av livet (Travelbee, 2001).

Håp er noe alle har i ulike situasjoner. Det gir mennesket mulighet til å nå mål, og kan gi pågangsmot til å fortsette å jobbe for å oppnå det man håper på. Det vil også kunne hjelpe en til å se livet i et annet perspektiv (Travelbee, 2001).

Håpløshet

Det finnes situasjoner i livet der håpet er betydelig svekket (Lohne, 2010). Å føle håpløshet er ikke medfødt, det kan oppleves når man første har hatt håp som deretter har blitt svekket

(Travelbee, 2001). Sykdom, negative tanker og forventninger er faktorer som kan true håpet, for eksempel hos brystkreftpasienter (Lohne, 2010). Tiden fra pasienten oppdager en kul i brystet og frem til behandlingen starter, kan gjøre at pasienten bli preget av tvil og frykt, noe som kan føre til håpløshet. Grunnen til dette kan være venting på prøveresultat, legetimer og behandling som sykdommen medfører (Lindholm, et al., 2005). Under behandlingen av brystkreft kan pasienten oppleve å ikke ha noe å glede seg over og mister troen på seg selv. Dette kan gjøre at alt virker meningsløst og situasjonen vil kunne føles håpløs. Håpløshet kan oppstå hvis pasienten mangler tillit til omgivelsene, ikke får tilstrekkelig informasjon, føler seg ensom og til bry for andre (Lohne, 2010). Opplever pasienten dette mangler hun muligens også evnen til å se valgmuligheter, og har liten motivasjon til å endre sin situasjon. Pasienten vil være preget av en pessimistisk holdning som dominerer hverdagen og dette kan medføre vanskeligheter med å se frem i tid (Travelbee, 2001).

Håp har en viktig betydning for at pasienten skal makte å stå i sin sykdomssituasjon med de utfordringene det medfører. Det er derfor en viktig sykepleieoppgave å snakke med pasienten om hennes tanker og håp (Hummelvoll, 2012). Når pasienten opplever håpløshet vil hun i stor grad være avhengig av hjelp for å gjenvinne håpet. Dette krever at sykepleieren er i stand til å identifisere pasientens grunnleggende behov (Travelbee, 2001). Derfor vil vi nå nevne sykepleierens rolle og beskrive hva sykepleieteoretikerne Kari Martinsen (2003) og Joyce Travelbee (2001) hevder er sykepleierens rolle i forbindelse med omsorg og for å fremme pasientens håp.

Sykepleierens rolle

I yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleierens «plikt er å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død» (Norsk sykepleierforbund, 2011, s.5). Det vil si at sykepleierens rolle handler om å hjelpe hvert enkelt menneske uansett alder og uavhengig av sykdom og lidelse. Sykepleie dreier seg også om å hjelpe pasienten til å se muligheter ut fra pasientens ståsted. På den måten vil pasienten kunne oppleve velvære, vekst og utvikling selv om hun er syk. Sykepleieren kan bidra til at pasienten ser en positiv fremtid og at håpet styrkes (Lohne, 2010). Dette kan støttes ut fra Martinsen (2003) sin sykepleietenkning hvor hun vektlegger omsorg. Hun hevder at sykepleieutøvelsen skal være personrettet og at hvert enkelt møte med pasienten er unikt. Et utgangspunkt for å gi profesjonell omsorg bør være forankret i faglig kunnskap og personlig engasjement for pasienten.

Travelbee (2001) beskriver at den profesjonelle sykepleierens ansvar blant annet er å hjelpe pasienten med å opprettholde håp og forhindre håpløshet. Hvis brystkreftpasienten er uten håp må sykepleieren også hjelpe til med å gjenopprette det. Dette kan gjøres ved å være tilstede og innstilt på å hjelpe (Travelbee, 2001). Menneskets grunnleggende behov består blant annet av fysisk og psykisk velvære (Grov, 2011). Sykepleieren må observere dette fordi ved mangel på fysisk og psykisk omsorg kan pasienten miste håpet. Den som har behov for hjelp skal slippe å etterspørre dette, da det forventes at sykepleieren skal kunne se hva pasienten trenger. Dersom sykepleieren er i tvil om hva behovene er skal hun forhøre seg med pasienten. Gjennom samtaler kan hun få forståelse for hvilken tanker pasienten med tilbakefall av brystkreft har om sin situasjon, og håp for fremtiden. For å få økt forståelse må sykepleieren gjennom sin væremåte først oppnå tillit for at pasienten skal åpne seg (Travelbee, 2001).

I utøvelsen av sykepleie ovenfor syke og fortvilede pasienter hevder Travelbee (2001) at håp og motivasjon er viktig å fremme. Håp handler om å ta egne valg, og at pasienten skal kunne ta selvstendige avgjørelser i sin egen sykdomsbehandling. Sykepleierens rolle i forbindelse med å opprettholde håp for brystkreftpasienten innebærer å være tilstede og løsningsorientert. Samtidig må det opprettes et tillitsforhold gjennom kommunikasjon for å samarbeide og gi pasienten valgmuligheter. Dersom sykdommen resulterer i begrensede valgmuligheter finnes det fremdeles andre områder der pasienten kan uttrykke hva hun vil. I følge Travelbee (2001) kan opplevelsen av håp hjelpe pasienten til å takle sykdom. Sykepleieren kan ikke gi håp, men bør tilrettelegge slik at pasienten kan oppleve håp (Parker & Smith, 2010). Mangel på kunnskap bør ikke hindre sykepleieren i å hjelpe pasienten. Det er ikke gitt at man alltid lykkes, men sykepleieren skal alltid prøve (Travelbee, 2001).

Menneske-til-menneske-forhold

Joyce Travelbee (2001) så på sykepleie som en prosess hvor evnen til å danne en relasjon mellom sykepleier og pasient var sentralt. Hun skriver i sin teori at sykepleie dreier seg om å se mennesket som et unikt individ og ikke som stereotyper. Travelbee (2001) bruker menneske-til-menneske-forhold i sin betegnelse for møtet mellom sykepleier og pasient. Det kjennetegnes ved at enkeltmenneskets behov blir ivaretatt av sykepleieren. For å oppnå et menneske-til-menneske-forhold må rollene som ”sykepleier” og ”pasient” settes til side. Dette kan gjøre at de blir bedre kjent og at de dermed forholder seg til hverandre som unike

enkeltstående individer. Forholdet anses som en prosess og etableres over tid. For at sykepleier skal nå sitt formål med profesjon må hun også hjelpe mennesket med å forebygge eller mestre sykdom. Sykepleie handler også i følge Travelbee (2001) om å hjelpe et annet menneske, og få forståelse for andres livssituasjon. For å anerkjenne mennesker hevder hun at sykepleieren må godta seg selv som menneske, være bevisst i sine valg og ha evnen til å reflektere over egne erfaringer og følelser. Travelbee (2001) skriver i sin teori at menneske-til-menneske-forholdet har lik betydning som gjensidig forståelse og kontakt mellom to parter.

Mens Travelbee (2001) bruker betegnelsen menneske-til-menneske-forhold, benytter Jan Kåre Hummelvoll (2012) sykepleie-pasient-felleskap i sin beskrivelse av samspillet mellom sykepleier og pasient. Her er felleskapet i fokus fremfor sykepleierollen og pasientrollen. Hummelvoll (2012) viser til selve møtet mellom mennesker og beskriver det som et fellesskap der de deler opplevelser og ser hverandre som hele mennesker. Det fremheves at pasienten må oppfordres til å ta tak i egen situasjon, og at sykepleieren må balansere sin tilstedeværelse ved å være nær og støttende, eller holde avstand og utfordre pasienten. Dette slik at pasienten etter hvert kan bearbeide og ta ansvar for egen helse (Hummelvoll, 2012).

Kommunikasjon

Kommunikasjon er også en prosess for å kunne danne et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2001). I følge Travelbee (2001) er kommunikasjon et betydningsfullt hjelpemiddel for sykepleieren. Kommunikasjon har en latinsk opprinnelse og betyr "...gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med" (Eide & Eide, 2013, s.17). Kommunikasjon er altså en felles fremgangsmåte der tanker og følelser deles. Dette kan gjøres på en verbal og nonverbal måte. I helsevesenet brukes ofte hjelpende kommunikasjon siden hensikten er å hjelpe. Den er aksepterende, bidrar til å skape tillit og trygghet, og budskap formidles på en problemløsende måte slik at situasjonen kan mestrers (Eide & Eide, 2013). For å danne et godt utgangspunkt for tillit er ulike kommunikasjonsferdigheter nødvendig (Helseth & Nortvedt, 2002). I følge Eide & Eide (2013) kan dette gjøres ved å lytte og forstå hva pasienten sier. Alle har generelle kommunikasjonsferdigheter i ulik grad, det være seg evnen til å lese og uttrykke seg skriftlig eller muntlig. I følge Travelbee (2001) må sykepleieren også inneha ferdigheter til å observere og vurdere, legge til rette og samhandle, bedømme om informasjon er forstått, og tilpasse egen delaktighet ved å være aktiv eller tilbakeholden. Overnevnte sykepleieferdigheter står hverandre nær, derfor bør

sykepleieren arbeide med å utvikle eller forbedre sine kommunikasjonsferdigheter. Dersom hun mangler en eller flere ferdigheter vil det begrense muligheten til å oppnå kontakt med pasienten (Travelbee, 2001).

Aktiv lytting

Aktiv lytting innebærer bruk av kroppsspråk, blikkontakt og utvise interesse for den som snakker (Damgaard & Nørrelykke, 2001). Å lytte aktivt er en overordnet ferdighet som deler kommunikasjon i nonverbale og verbale ferdigheter. Denne ferdigheten er svært grunnleggende og betydningsfull for sykepleieren i møte med pasienten (Eide & Eide, 2013).

Nonverbal kommunikasjon

Nonverbal kommunikasjon uttrykkes uten å bruke ord. Denne kommunikasjonsformen er den mest anvendte i møte mellom mennesker, og er et responderende språk. Grunnen er at det beskriver menneskene i en samtale, deres relasjon og man lytter aktivt til det som uttrykkes. Nonverbale uttrykk må tolkes med varsomhet, fordi det er personavhengig hva som ses, og misforståelser kan oppstå. Gjennom nonverbal kommunikasjon uttrykker man seg ofte mer tydelig enn ved hjelp av ord (Eide & Eide, 2013). Det er viktig at sykepleieren er bevisst på sin nonverbale kommunikasjon, fordi dette viser hvor villig hun er til å lytte og hjelpe, og har betydning for om brystkreftpasienten føler trygghet og ivaretagelse (Travelbee, 2001).

Det finnes flere viktige momenter innenfor nonverbal kommunikasjon. Med ansiktsuttrykk viser sykepleieren hvordan reaksjoner og følelser påvirker henne. Når pasienten ser og fortolker dette, kan det skape glede eller fortvilelse hos pasienten. Det er viktig at sykepleieren er bevisst på hvordan hun fremstår, og hva hun formidler med sitt ansiktsuttrykk, fordi det kan tolkes til noe annet enn hva det er ment som. Med øyekontakt kan pasienten føle seg sett av sykepleieren. Gjensidig øyekontakt representerer graden av relasjon og personlige egenskaper som ærlighet og mot. Under en samtale bør sykepleieren forsøke å plassere seg på samme høyde som pasienten for å unngå å en ovenfra og ned holdning, også kalt paternalistisk holdning. Dette kan hun gjøre ved å sette seg i samme høyde som pasienten, noe som også signaliserer at hun har tar seg tid og vil lytte. Med kroppsspråk gir sykepleieren uttrykk for sine følelser og holdninger. Sykepleieren bør med sitt kroppsspråk opptre rolig og tilstedeværende slik at pasienten får en følelse av trygghet og oppmerksomhet. Resultatet av dette kan skape tillit i relasjonen (Eide & Eide, 2013).

Verbal kommunikasjon

Verbal kommunikasjon uttrykkes med ord enten skriftlig eller muntlig (Travelbee, 2001). Ordene kan ha flere betydninger fordi det kan uttrykkes med en vennlig, skarp eller sårende tone. Budskapet kan oppfattes forskjellig fordi det er ulikt hvordan hver enkelt fortolker signalene. Dette gjør at verbal kommunikasjon er et grunnlag for relasjonsetableringen med tanke på nærhet og avstand eller tillit og mistillit (Eide & Eide, 2013).

I samtale med brystkreftpasienten kan sykepleieren ved bruk av åpne utsagn eller spørsmål oppfordre pasienten til å fortelle, snakke fritt og dele sine personlige erfaringer. Hvis spørsmålet starter med ”hvordan” vil svaret føre i retning av pasientens følelser og opplevelser. Felles for åpne spørsmål er at de kan lede til en samtale, og åpner for at pasienten kan beskrive sin situasjon og sine tanker. Sykepleieren kan gjengi pasientens følelser slik at de blir tydelige for henne, dette kalles speiling. Når sykepleieren speiler forteller hun hvilke følelser hun ser som pasienten ubevisst uttrykker. I tillegg viser sykepleieren forståelse for disse følelser. Hvis sykepleieren speiler riktig kan det medføre en følelsesmessig reaksjon. Dette kan være hensiktsmessig fordi det hjelper pasienten til å bearbeide følelser. Å dele relevante personlige erfaringer kan være nyttig i samtale med pasienten. Dette kan gjøre at pasienten ser ulike måter å reagere på, bedre aksepterer egen situasjon og åpner seg personlig. Hvis pasienten deler sin opplevelse av en situasjon kan sykepleieren kjenne seg igjen og føre dem tettere sammen, slik at relasjonen styrkes. Sykepleierens egne erfaringer bør deles med forsiktighet og ikke benyttes for ofte fordi pasientens behov skal være i fokus (Eide & Eide, 2013).

Det finnes ulike kommunikasjonsmetoder og sykepleieren må velge å bruke den som passer best for henne. Metoden bør være naturlig, utforskende og innholdet i samtalen bør oppfattes korrekt av sykepleieren (Travelbee, 2001).

Relasjonsetablering

Relasjon er en betegnelse som beskriver møte mellom mennesker. Det brukes om forholdet som oppstår og som etter hvert etableres mellom sykepleier og pasient (Eide & Eide, 2013). Sykepleierens intensjon er å hjelpe brystkreftpasienten. For å gi nødvendig hjelp kreves det at en relasjon etableres og det er naturlig at den styrkes over tid (Fjørtoft, 2012). Tillit, trygghet og respekt er grunnleggende elementer i relasjonsetableringen (Skårderud, Haugsgjerd, &

Stäincke, 2010). For å kunne fremme håp er de nevnte elementene viktig, i tillegg til tid og tilstedeværelse (Travelbee, 2001).

Tillit

I følge Travelbee (2001) er tillit og håp nærstående. Tillit er at man stoler på at andre vil hjelpe til, også i vanskelige situasjoner. Hvis brystkreftpasienten tidligere har bedt om hjelp uten å få det vil tilliten svekkes, dermed prøver hun å løse problemet selv, noe som kan være uheldig for situasjonen. Sykepleieren kan vise med sin holdning, handling og tilstedeværelse at hun er i stand til å hjelpe pasienten når det kreves (Travelbee, 2001). For at sykepleieren skal vise at hun er til å stole på må hun være tilstede og holde ut når en situasjon blir krevende for brystkreftpasienten. Dette danner et grunnlag for å skape og bevare tilliten. Håp har sammenheng med utholdenhet fordi sykepleieren må stå i situasjonen, og jobbe til utfordringen er løst eller endret. Denne egenskapen gjør at hun kan hjelpe pasienten med å takle utfordrende opplevelser over tid uten å miste motivasjonen og å gi opp (Travelbee, 2001).

I etableringen av et tillitsforhold bør det fremkomme at sykepleieren har faglig kompetanse. På den måten kan pasienten få tiltro til at sykepleieren evner å gi nødvendig hjelp. I noen tilfeller klarer man ikke å skape et tillitsforhold, da tid til å bli kjent er en relevant faktor. Siden tillit er sårbar tar det tid å bygge den opp, men den kan fort ødelegges (Helseth & Nortvedt, 2002). Dannelsen av tillitsforholdet må derfor preges av at sykepleieren utviser respekt og ærlighet ovenfor brystkreftpasienten (Fjørtoft, 2012). Det er også nødvendig at pasienten har tro på seg selv, og tillit til at en utfordrende situasjon kan løses på egenhånd eller sammen med sykepleieren (Rustøen, 2001).

Respekt

Respekt betyr å se tilbake på, at sykepleieren er i stand til å se pasienten slik hun er og med fokus på hennes individualitet. Sykepleieren kan respektere pasienten ved å la henne utvikle seg i frihet (Fromm, 1991). I sykepleierens samhandling med pasienten dreier altså respekt seg om å se pasientens ressurser, muligheter og mestringssevne (Damsgaard, 2010). Når sykepleieren viser respekt, ser og anerkjenner hun det spesielle og betydningsfulle hos pasienten. Andre måter å vise respekt på er å være hensynsfull, tilstedeværende, tålmodig, skånsom, lyttende, gi medbestemmelse og verdsetter pasienten. Dermed er det å respektere en kunnskap og ferdighet, og det innebærer å respektere selv de mest alminnelige forhold

(Fjørtoft, 2012). I sykepleieutøvelsen betrakter Travelbee (2001) det som viktig å vise pasienten respekt, fordi sykepleierens ansvar også er å hjelpe pasienten i utfordrende situasjoner (Kirkevold, 1998).

I yrkesetiske retningslinjer plikter sykepleieren å respektere pasientens rett til å ta selvstendige valg (Norsk sykepleierforbund, 2011). Når sykepleieren viser pasienten respekt til å ta eget valg, kan pasienten oppleve håp, ettersom Travelbee (2001) relaterer håp til valg. Den som håper vil i vanskelige situasjoner møte flere valg. Selv de krevende valgmulighetene vil kunne gi en følelse av frihet og selvbestemmelse. Med dette kan pasienten oppleve kontroll over eget liv (Travelbee, 2001).

Trygghet

Trygghet er et begrep som kan brukes til å beskrive opplevelsen av en indre tilstand i et menneskes liv. Trygghet kan brukes i vurderingen av en situasjon og handler om at noe skal være trygt. Det er viktig for mennesket å erfare dette, fordi undersøkelser og tiltak helsepersonell utfører kan skape usikkerhet og utrygghet hos pasienten. Informasjon sykepleieren gir kan derfor bidra til at pasienten opplever trygghet (Segesten, 2010). Utviklingen av trygghet avhenger av tidligere positive erfaringer som danner grunnlag for hvordan brystkreftpasienten ser på fremtiden. Gjennom relasjoner og omgivelser skapes også trygghet. Sykepleieren har derfor en sentral rolle ettersom hun er en del av pasientens omgivelser og kan ha innvirkning på pasientens håp (Lohne, 2010). Abraham Maslow (2010) er kjent for sin behovspyramide der trygghet inngår i et av trinnene for å oppnå selvrealisering. Han anser trygghet som fundamentalt og refererer til ord som fri for frykt og avhengighet til andre. Travelbee (2001) hevder at å være avhengig av andre kan relateres til håp. Pasienter trenger hjelp av andre, selv om ikke alle vil erkjenne det ovenfor seg selv og til sykepleieren. For noen kan det være vanskelig å motta og være avhengig av hjelp, siden dem tidligere har klart seg på egenhånd. Mennesker i samfunnet i dag har en tendens til å uttrykke uavhengighet til andre. Travelbee (2001) skriver at dette er en myte, og at håp bestandig kan forbindes til forventninger om at de rundt vil hjelpe til når pasienten ikke har nok ressurser selv. De som innehar håp vil derfor godta avhengighet og hjelpen aksepteres på et tidligere stadige (Travelbee, 2001).

Tid

Ut fra yrkesetiske retningslinjer skal sykepleieren ivareta pasienten gjennom helhetlig sykepleie (Norsk sykepleierforbund, 2011). Å dekke pasientens behov er tidkrevende og ofte en utslagsgivende faktor for å gi optimal sykepleie. I relasjonsetableringer kan brystkreftpasientens grad av håp fremkomme gjennom den gode samtalen mellom pasient og sykepleier. Å ha god tid er derfor elementært for å legge til rette for den gode samtalen og etablere tillit (Fjørtoft, 2012). Pasientens erfaringer fra fortiden og nåtidens tilstand er betydningsfullt for håpet. Forventninger og håp til fremtiden vil likevel være viktigst, fordi det påvirker hverdagen til pasienten. Mål er viktig for håp fordi det tydeliggjør fremtiden og kan være med å forandre tiden som kommer. Klare mål vil hjelpe pasienten til å erkjenne situasjonen, og ut fra dette gjøre prioriteringer som kan oppleves som meningsfullt og styrkende for håpet (Rustøen, 2001). Ettersom Travelbee (2001) hevder at håp er fremtidsorientert og kan bestå av et utfordrende mål, krever det tid og venting for at håpet skal oppnås. For brystkreftpasienten er det viktig å leve "her og nå" også under behandling, samtidig som hun kan planlegge fremtiden for å nå det hun håper på. Å bli rammet av brystkreft kan innebære at fremtiden blir preget av mye venting. Positivitet og modenhet er egenskaper den ventende pasienten kan inneha og er vesentlig for graden av håpet (Travelbee, 2001). Pasienter som ønsker endringer i livet sitt har håp, og de venter på rett øyeblikk, til rett tid (Travelbee, 2001; Rustøen, 2001).

Tilstedeværelse

For å fremme brystkreftpasienten må sykepleieren vise tilstedeværelse. Med dette menes det å være tilstede fysisk og psykisk i pasientens tanker og handlinger. Fysisk tilstedeværelse er å "være der" for pasienten, altså på samme sted og nær pasienten. Mens psykisk er å "være med", tilstede i pasientens følelse- og tankemessige tilstand. I sykepleier-pasient-felleskapet fokuserer Hummelvoll (2012) på hjørnesteinene, der nærhet er en av dem. Det handler om å være fysisk tilstede og ansikt-til-ansikt i møte mellom pasient og sykepleier. Når sykepleieren viser nærhet får pasienten mulighet til å bli sett og hørt (Hummelvoll, 2012). For å vise en fullverdig tilstedeværelse kreves det at sykepleieren uttrykker oppriktig interesse, lytter aktivt og vier sin fulle oppmerksomhet til pasienten (Kristoffersen, 2002).

I dette kapittelet har vi gjort rede for hva det innebærer å bli rammet av tilbakefall av brystkreft, og hvordan håpet kan svekkes eller fremmes av sykepleieren gjennom relasjon og holdninger. Kommunikasjon er også av betydning for å kunne danne relasjon og gi uttrykk

for gode holdninger. Teorien vil i neste kapittel bli drøftet sammen med forskning og egne praksiserfaringer.

Drøfting

I drøftingskapittelet vil relasjonen mellom sykepleier og pasient bli et gjennomgående tema. Dette er fordi vi anser relasjon som grunnleggende for å kunne fremme håp. Vi har valgt å drøfte ut fra følgende temaer sykepleie-pasient-felleskap og sykepleierens holdninger, kommunikasjon og pasientens relasjoner. For ordensskyld gjentar vi problemstillingen:

Hvordan kan sykepleieren fremme håp til brystkreftpasienten?

Sykepleie-pasient-felleskap og sykepleiers holdninger

Hvilke egenskaper er avgjørende for at sykepleieren skal fremme håp og etablere en god relasjon til en pasient med tilbakefall av brystkreft? I sykepleieutøvelsen plikter sykepleieren å forholde seg til yrkesetiske retningslinjer (2011). Disse er førende for hvordan sykepleieren blant annet skal forhold seg til egen profesjon og ovenfor pasienten, med hensikt i å sikre god sykepleiepraksis. Det fremheves at sykepleieren må respektere enkeltmenneskets liv og vise verdighet i sin profesjonsutøvelse. I Joyce Travelbee (2001) sin teori kommer det frem at sykepleieren bør legge sykepleierollen til side å se på det særegne ved menneske og med fokus på enkeltindividet. I et menneske-til-menneske-forhold skal sykepleieren ivareta pasientens behov, hjelpe henne til å mestre sykdommen og viser forståelse for følelsene. I følge forskningen til Lindholm, et al., (2005) forventet ikke brystkreftpasientene at sykepleieren skulle legge rollene til side eller gi støtte for deres håp. Pasientene ønsket derimot at sykepleieren hadde en positiv og imøtekommende holdning, ved å ha fokus på pasientens fysiske plager, samt ved å være åpen og ærlig. Dersom sykepleieren likevel klarte å fremme håp kunne det gjøres gjennom å vise personlig engasjement og oppmerksomhet til pasienten som individ. Pasientene påpekte at sykepleieren også støttet håp ved å ikke ignorere deres følelse av håpløshet. Vi stiller oss noe kritisk til Travelbee (2001) sin forståelsesramme om å legge rollene til side. Dette er fordi vi opplever det som en uklar påstand ettersom sykepleieren er avhengig av å bruke fagkunnskaper i møte med pasienter og for å fremme håp. Vi har også erfart at dyktige sykepleiere klarer å kombinere sykepleierollen samtidig som de innehar gode holdninger med fokus på enkelt mennesket og deres behov.

Travelbee (2001) sier at pasienten skal slippe å etterspørre hjelp og at sykepleieren selv må se dette. Dette synes vi kan minne om en paternalistisk holdning. I følge yrkesetiske retningslinjer (2011) punkt 2.4 og 2.5 plikter sykepleieren å la pasienten få medbestemmelse og ta egne valg. For å danne et godt fellesskap mellom sykepleier og pasient oppfatter vi det som viktig at pasienten føler seg inkludert og får delta i beslutninger rundt sin egen brystkreftbehandling. Det er ikke en selvfølge at alle sykepleiere innehar evnen til å se pasientens behov. Vi tror derfor en dialog og et samarbeid mellom pasient og sykepleieren er nødvendig for å gi den hjelpen som kreves.

Når alvorlig sykdom rammer et menneske vil det ofte være nødvendig å motta hjelp fra helsepersonell. Travelbee (2001) hevder at tillit er å ha tro på at andre vil hjelpe når livet blir utfordrende og håpet trues. Sykepleieren må ha kunnskaper og ferdigheter for å vite hva situasjonen krever. Ut fra dette kan pasienten få tiltro til at sykepleierens kompetanse kan skape grunnlag for tillit. Respekt og ærlighet er også viktige holdninger sykepleieren må inneha i dannelsen av et tillitsforhold (Fjørtoft, 2012). Ettersom tilliten er spesielt sårbar hos alvorlig syke og sjelden oppstår spontant, er det helt avgjørende at sykepleieren og pasienten stoler på hverandre (Helseth & Nortvedt, 2002). Å få tilbakefall av brystkreft kan i følge Bastøe (2011) være utfordrende fordi pasienten kan bli rammet av håpløshet. Dette kan medføre liten motivasjon og evne til å se løsninger noe som kan redusere livskvaliteten. I en slik situasjon uttrykker Travelbee (2001) at sykepleieren må vise tillit og evne til å støtte pasienten i en krevende periode, slik at pasienten kan finne pågangsmot og håp. I møte med kreftsyke pasienter kan sykepleieren bli for følelsesmessig berørt og få problemer med å skille jobb og privatliv. I følge forskningen til Stajduhar, et al., (2010) hadde pasientene likevel en forventning om at sykepleierne maktet å håndtere alvorlig kreftsykdom og de utfordringene som oppsto i møte med pasientene. Grunnlaget for dette utsagnet var at sykepleieren selv hadde valgt å jobbe med denne pasientgruppen. Forskningen tok i den sammenheng opp at sykepleieren må skille mellom profesjonell og personlig involvering, og det kom frem at pasientene foretrakk en noe mer profesjonell rolle fra sykepleieren. En situasjon vi opplevde i praksis var i møte med en brystkreftpasient som spurte om informasjon vedrørende tilbakefall. Selv om sykepleieren visste at svaret kunne svekke pasientens håp, utviste hun likevel respekt for pasientens ønske og ga et ærlig svar. Vi erfarte at tillitsforholdet ble styrket fordi sykepleieren faktisk sto i situasjonen og svarte ærlig, isteden for å unngå spørsmålet.

Når livet trues av sykdom kan usikkerhet oppstå og dette kan gjøre at pasientens håp blir svekket. Pasientens håp er personlig og dannes ut fra tidligere erfaringer og sykdom i livet, det kan være kortsiktig eller langsiktig og rettes ofte mot fremtiden (Rustøen, 2001). I praksis uttalte en kreftpasient med en nyoppstått kreftdiagnose at kortsiktig og langsiktig håp ble dannet ut fra prognose. Da hun først fikk ovarialkreft med dårlig prognose, innså hun at muligheten for helbredelse var liten. Håpet omhandlet derfor i stor grad familiens fremtid og hvordan deres liv skulle bli uten henne. Pasienten overlevde ovarialkreften, men fem år senere fikk hun brystkreft. Denne gangen opplevde hun at håpet ble dannet med grunnlag i bedre prognose, og de erfaringene hun hadde etter tidligere gjennomgått kreftbehandling. Hun understreket spesielt at tidligere erfaringer i forbindelse med behandling var med på å styrke det langsiktige håpet. Brystkreftpasienten viste til at sykepleierne hadde egenskaper som evnen til å vise forståelse for at håp kunne endres og være vanskelig å snakke om. Vi sitter igjen med den oppfattelsen av at pasientens opplevelse av relasjon og trygghet var et viktig utgangspunkt for at hun delte sine tanker om håp.

Mest avgjørende for håpet er at pasienten evner å se frem i tid. Mål kan hjelpe pasienten til dette og er viktig for å opprettholde håp. Etter å ha blitt rammet av alvorlig sykdom kan klare mål hjelpe pasienten til å se livet i et annet perspektiv, slik at pasienten kan oppleve mestring og håp i en ny hverdag med sykdom (Rustøen, 2001). I møte med en brystkreftpasient erfarte vi at håpet hennes ble styrket fordi hun var opptatt av å leve hverdagen best mulig, og godta situasjonen slik den var til tross for smerter og ubehag som behandlingen medførte. Under denne perioden laget hun seg rutiner slik at hverdagen hadde et meningsfullt innhold, samtidig som hun hadde mål for fremtiden. Vi anser dette som to nyttige mestringsstrategier som pasienten brukte for å holde håpet oppe. Dette kan ses i sammenheng med det Travelbee (2001) skriver om at håp er fremtidsorientert, og at ventetiden frem til håpet nås vil kreve at pasienten er tålmodig. Travelbee (2001) hevder også at modenhet og positivitet hos en ventende pasient kan påvirke håpet. Slik vi ser det er det mulig at tid krever tålmodighet og modenhet. Vi tror likevel det ikke er gitt at perioden pasienten venter blir uten bekymringer. Fra praksis beskrev en brystkreftpasient at venting gjorde henne usikker og at håpet ble redusert i tråd med ventetiden. En annen pasient fremhevet at til tross for å få brystkreft opplevde hun at håpet ble stryket ettersom hun fikk god informasjon og operasjon relativt raskt, til sammenligning med da hun hadde ovarialkreft.

Grunnlaget for sykepleie handler om å respektere hvert enkelt menneskes liv og dens verdighet (Norsk sykepleierforbund, 2011). Respekt omhandler at sykepleieren må se hvert enkelt individ, slik at hjelpen blir individuelt tilpasset. Å vise respekt er en ferdighet og kunnskap som sykepleieren må bruke i en relasjonsetablering med pasienten (Fjørtoft, 2012). I forskningen til Lorentsen (2003) kommer det frem at respekt er elementært i sykepleie-pasient relasjonen fordi pasienten føler seg inkludert og verdsatt. For at sykepleieren skal fremme håp hos pasienten vil det være helt nødvendig at de har en relasjon med gjensidig forståelse for hverandre. Å inneha mål i en hverdag preget av sykdom kan gi økt mestringsfølelse. Det er også viktig for at pasienten skal kunne se muligheter, og dersom målet blir oppnådd kan det medføre at pasienten opplever glede og håp. Sykepleierne i forskningen til Lorentsen (2003) uttrykte at hvis kreftpasientene fikk være selvstendig og opplevde kontroll stryket det deres håp og livskvalitet. Forskningen til Stajduhar, et al., (2010) hevder at sykepleieren kan frata pasientens kontroll ved at informasjonen ikke tilpasses hver enkelt. Hvis det også gis for mye informasjon på en gang kan pasienten få en opplevelse av at de ikke har kontroll over situasjonen. Vi oppfatter at tap av kontroll kan svekke pasientens håp. Sykepleieren må alltid respektere pasientens behov for informasjon, og det kan variere fra pasient til pasient hvor mye informasjon de ønsker å få samtidig. Erfaringer fra praksis er at informasjon ofte må gjentas til pasientene fordi det kan være vanskelig forstå og huske alt innholdet i samtaler. Det er en hårfin grense mellom å gi for mye eller for lite informasjon. Et godt utgangspunkt er å kjenne pasienten slik at man vet hvilket informasjonsbehov hver enkelt har.

Å få brystkreft vil innebære en rekke utfordringer og pasienten må ta stilling til stor eller små avgjørelser. Travelbee (2001) uttrykker at sykepleieren i sin yrkesutøvelse kan respektere pasienten ved å hjelpe til med å gi råd og støtte i en utfordrende valgsituasjon. Å ta selvstendige valg kan bidra til å styrke håpet, fordi pasienten kan oppleve å ha kontroll og bli inkludert i behandlingen av brystkreft. Hvis pasienten får mulighet til å velge mellom å bevare eller fjerne brystet, kan hun føle seg respektert som et menneske med egen meninger. Sykepleieren plikter ut fra yrkesetiske retningslinjer (2011) punkt 2.5 å respekterer pasientens rett til å ta egne valg eller frasi seg medbestemmelsesretten. Vi tenker at sykepleieren kan fremme håp ved å gi informasjon om valgene en pasienten med tilbakefall av brystkreft har. Informasjonen kan hjelpe pasienten til å se ulike valgalternativer for deretter å ta et selvstendig valg.

Å bli rammet av brystkreft er en ny og ukjent opplevelse som kan føre til en utrygg tilværelse. Pasientene må igjennom en rekke undersøkelser for å diagnostiseres, samt ulike behandlinger. Dette kan gi bivirkninger eller eventuelt senkomplikasjoner, og ved cytostatikabehandling er hårfall en vanlig bivirkning (Kåresen & Wist, 2012). En pasient fortalte oss i praksis at da hun mistet håret følte hun at identiteten og selvtilliten ble svekket. Hun ble usikker og utrygg i møte med andre fordi de ikke gjenkjente henne og kreftsykdommen ble så tydelig. Vi erfarte i denne situasjonen at sykepleieren bidro med trygghet og fremmet håp til pasienten, ved å tidlig startet en prosess med å informere om hårfall og rettigheter i forbindelse med parykk og hodeplagg. Pasienten opplevde i den forbindelse at tilstrekkelig informasjon og forberedelser bidro til trygghet som deretter førte til at håpet ble styrket.

Andre måter trygghet kan skapes på er gjennom relasjoner (Lohne, 2010). Sykepleieren står pasienten nær i mange situasjoner og ut fra sine kunnskaper og ferdigheter kan hun bidra til at pasienten opplever trygghet. I følge Travelbee (2001) er sykepleierens rolle i et menneske-til-menneske-forhold å legge rollene til side for å se mennesket i pasienten, og deretter hjelpe hvert enkelt individ uavhengig av hva behovene er. Dersom en pasient er utrygg skal sykepleieren tilstrebe å gi opplevelsen av trygghet. Kreftpasientene i forskningen til Stajduhar, et al., (2010) hadde en positiv opplevelse ved at sykepleieren tilbød telefonkontakt i vanskelige sykdomsperioder. Med grunnlag i dette følte pasientene trygghet ved de ble prioritert og at noen brydde seg om dem. Travelbee (2001) relaterer håp til avhengighet av andre. Slik vi ser det er trygghet helt grunnleggende for at brystkreftpasientens håp skal bli fremmet ved hjelp av andre, i dette tilfellet sykepleieren. En brystkreftpasient som vi møtte i praksis fortalte hva hun anså som trygt i møte med helsevesenet. Hun mente at relasjon til helsepersonellet var helt avgjørende for at hun skulle oppleve trygghet når hun var på sykehuset. Det at hun også hadde muligheten til telefonkontakt og åpen retur til avdelingen opplevdes som trygt ellers i hverdagen. Hun understrekte at trygghet var vesentlig for å ivareta håp.

Håp er hos mange knyttet til fremtiden, og venting er i følge Rustøen (2001) en faktor som kan føre til utrygghet og forstyrre håpet til pasienten. I noen tilfeller vil resultat på prøvesvar, tidspunkt for operasjon og endring i behandlingen føre til at pasienten må vente. Denne ventingen kan oppleves som tung å håndtere fordi pasienten kan bruke mye tid til å tenke på fremtiden og sine leveutsikter. Etersom håp knyttes til fremtiden kan pasienten oppleve

håpløshet hvis hun ikke har tro på overlevelse (Rustøen, 2001). Hos pasienter som opplever håpløshet kan det å fremme håp handle om å finne små øyeblikk som gjør hverdagen bedre (Lohne, 2010). De kreftrammede pasientene i forskningen til Stajduhar, et al., (2010) fryktet nødvendigvis ikke døden, men var mer bekymret for å lide og tape verdighet. I en slik situasjon skapte helsepersonellet trygghet gjennom å kjenne til pasientens ønsker og vise tilstedeværelse. Resultatet til Stajduhar, et al., (2010) kan ses i sammenheng med Lorentsen (2003) sin forskning, der pasientene heller ikke nødvendigvis håpet på å bli frisk. Kreftpasientene kunne oppleve håp gjennom små og gode opplevelser som for eksempel å få et ønskemåltid eller å få feire julen hjemme.

Skårderud, et al., (2010) hevder at i sykepleieutøvelsen er tillit, respekt, trygghet, tilstedeværelse og tid viktige elementer som kreves i en relasjonsetablering. Det kommer derimot frem i forskningen til Stajduhar, et al., (2010) at dette ikke er tilstrekkelig i relasjon mellom pasient og sykepleier. Avgjørende for relasjonen er i tillegg at sykepleieren har evnen til å reflekterer over egen yrkesutøvelse og adferd, samt sine holdninger. Kreftpasientene i studien fastslo at det første møtet med sykepleieren var utslagsgivende for relasjonsetableringen. Erfaringer vi sitter igjen med etter tre år på sykepleieutdanningen er at disse egenskapene trengs for å yte god sykepleie, de er stadig under utvikling og må etableres over tid. For å fremme håp har vi erfart at en relasjon først må ligge til grunn, fordi å snakke om håp er for mange svært personlig og det kreves god kjemi før pasienten åpner seg.

At sykepleieren har egenskaper som å vise tillit, respekt og trygghet ovenfor pasienten er relevant for å ha muligheten til å fremme håp og etablere en relasjon til pasienten. Relasjoner kan også være avhengig av at sykepleieren bruker kommunikasjonen på riktig måte.

Kommunikasjon

Kommunikasjon kan svikte mange ganger, hva skal til for å styrke den slik at håp formidles? I en samtale med brystkreftpasienten vil sykepleieren benytte seg av både nonverbal og verbal kommunikasjon. Ut fra kroppsspråk, ansiktsuttrykk samt valg av ord signaliserer sykepleieren sitt budskap (Eide & Eide, 2013). Kommunikasjon blir også fremhevet som avgjørende for å styrke pasientens håp i Lorentsen (2003) sin studie. Dersom pasienten oppfatter holdningen til sykepleieren som positiv kan dette bidra til å styrke relasjonen og fremme pasientens håp. Forskningen viser også at verbal kommunikasjon og valg av ord har liten betydning for å fremme pasientens håp. Faktorer som fremheves er derimot

sykepleierens evnen til å se og lytte (Lorentsen, 2003). Vi mener at dersom sykepleieren og pasienten har gjensidig øyekontakt kan det være tegn på trygghet. Sykepleieren viser ærlighet ved å møte pasientens blikk under en samtale, og ved å lytte viser hun interesse for det pasienten forteller. Sykepleieren må beherske både nonverbal og verbal kommunikasjon slik at pasienten føler seg trygg, ønsker å dele tanker og for å unngå at misforståelser oppstår.

Sykepleieren kan i en samtale med kreftpasienten få forståelse for pasientens tanker om situasjon og håp for fremtiden. I en slik situasjon vil kroppsspråk automatisk bli brukt, og i den forbindelse er det viktig at sykepleieren tenker over hva hun signaliserer til pasienten. Vi tenker at Hummelvoll (2012) sin teori om nærhet og avstand i et sykepleie-pasient-felleskap kan knyttes til hvordan sykepleieren skal forholde seg psykisk og fysisk til pasienten når samtaletemaet er håp. I Lorentsen (2003) sin forskning fremheves det at psykisk nærhet er av stor betydning for kreftpasienter. Det poengteres at det ikke er tilstrekkelig med kun fysisk tilstedeværelse, men at sykepleieren også må ha tankene sine rettet mot pasienten og situasjon. Pasientene i forskningen til Stajduhar, et al., (2010) verdsatte fysisk nærhet, men forventet det ikke. Spesielt i forbindelse med dårlige nyheter satte pasientene pris på at sykepleierne var nær og holdt dem i hånden. Slik vi forstår det må sykepleieren balansere sin fysiske nærhet og avstand til brystkreftpasienten. Et utgangspunkt for å gjøre dette er at en relasjon er tilstede og at sykepleieren kjenner pasienten som person. En annen relevant faktor er budskapet i samtalen. Sykepleieren må plassere seg på en naturlig måte i nærheten av pasienten. På den måten kan sykepleieren gi uttrykk for at hun har tid og vil rette sin oppmerksomhet til pasienten og hennes tanker om håp. I noen tilfeller kan nærhet være å gi en trøstende klem slik at pasienten opplever omsorg og forståelse. Mens med å vise avstand tar sykepleieren en noe mer passiv rolle i samtalen ved å lytte aktivt og la pasienten snakke om sine tanker vedrørende håp.

I følge Rustøen (1991) er det pasienten som eier håpet. I den sammenheng ser vi det slik at sykepleieren må vise respekt for pasientens håp. Forskningen til Mok, et al., (2010) påpeker at sykepleierne kan forbedre, vedlikeholde eller ødelegge pasientens håp gjennom kommunikasjon. Sykepleieren må tenke over sine synspunkter vedrørende pasientens håp ettersom deres oppfatning ikke nødvendigvis er lik. Derfor må sykepleieren være bevisst i hva hun kommuniserer til pasienten slik at det ikke svekker relasjonen eller håpet. Selv om pasientens håp fra vår side kan oppfattes som urealistisk, må vi likevel respektere pasientens ønske om å ha akkurat det håpet. En episode vi merket oss i praksis var en kreftsyk pasient

som hadde et avklart forhold til kreftsykdommen og situasjonen. Hun ble stadig spurt om sine tanker i forbindelse med håp og fremtiden. Dette førte til at hun opplevde at samtaletemaet ble for dominerende, og at helsepersonellet manglet respekt for hennes ønske om å ikke fokusere på håp og sykdommens konsekvenser. Ut fra dette erfarte vi at det er ulikt hvordan pasienter finner håp og hva som gir styrke og motivasjon.

Som nevnt i teorikapittelet finnes det to arvelige brystkreftgener, og dersom pasienten blir rammet av brystkreft på bakgrunn av dette er hun utsatt for å få ovarialkreft (Schlichting, 2011). Vi har opplevd at pasienter med brystkreft er bekymret og redd for å bli rammet av spredning eller ny kreftsykdom. Disse pasientene opplevde at håpet ble svekket fordi frykten ble for dominerende i hverdagen. Vi erfarte i denne situasjonen at det å respektere og vise forståelse for pasientenes frykt hadde positiv innvirkning på deres håp fordi de følte seg sett og anerkjent med sine bekymringer.

Ut fra yrkesetiske retningslinjer (2011) punkt 2.2 plikter sykepleier å støtte pasientens håp, mestring og livsmot. Martinsen (2003) knytter livsmot til håp og tillit, og skriver i sin teori at livsmot er sentralt i sykepleieutøvelsen. For å formidle informasjon på en troverdig måte hevder hun at sykepleieren må benytte seg av velvalgte ord og lytteegenskaper i møte med pasienten. Travelbee (2001) skriver i sin teori at sykepleierens automatiske verbale respons i samtale med pasienten kan være spontan og lite gjennomtenkt, noe som kan svekke pasientens håp. Kreftpasientene i forskningen til Stajduhar, et al., (2010) ønsket at helsepersonellet kommuniserte på en måte som uttrykte at de ikke hadde gitt opp pasientene. Selv om pasientene hadde dårlig prognose ønsket de ikke å bli fortalt at "det er ingenting vi kan gjøre for deg". Isteden ønsket de å høre "dessverre har vi dårlige nyheter". Sistnevnte utsagn ga pasientene mer håp og støtte, og oppfattelse av at det fortsatt var noe de kunne gjøre for pasientene. Vi støtter Travelbee (2001) og Stajduhar, et al., (2010) sine påstander og ser at det kan være uheldige ettersom relasjonen kan svekkes og pasienten kan føle seg såret. Dette kan relateres til et utsagn fra en brystkreftpasient vi møtte i praksis som påpekte at sårbarheten er høy, og sykepleieren må derfor veie sine ord og være bevisst på sitt kroppsspråk og ansiktsuttrykk.

Når sykepleieren snakker med pasienten er det viktig at hun bruker passende ord for å skape trygghet og tillit, ettersom verbal kommunikasjon er av stor betydning for relasjonsetableringen (Eide & Eide, 2013). For å innlede en samtale kan et åpent spørsmål

benyttes for å få pasienten til å fortelle om sin opplevelse av å ha brystkreft. I motsetning til ja/nei spørsmål kan et åpent spørsmål som ”hvordan har du det?” føre i retning av pasientens følelser, og sykepleieren kan fange opp underliggende budskap i det pasienten forteller. Hvis pasienten forteller om sine innerste tanker og følelser vil muligheten for å snakke om håp være naturlig. Når pasienten uttrykker seg kan sykepleieren gjenta utsagnet ved å speile innholdet. Dette er for å tydeliggjøre det pasienten sier bevisst og ubevisst, slik at hun kan få et annet perspektiv på sine tanker og meninger (Eide & Eide, 2013). Gjennom erfaring har vi opplevd at denne måten å kommunisere på benyttes i større grad når en er bedre kjent med pasienten. I tillegg er ”hvordan har du det?” et mye brukt spørsmål i dagliglivet som ofte blir besvart overfladisk med ”jeg har det bra”. Etter flere samtaler med pasienten har vi sett at man får bedre respons og ærlige svar slik at følelsene kommer frem. Når sykepleieren får vite hva pasientens håp er kan hun legge til rette for å fremme håpet, ettersom håp ikke er noe man kan gi.

Ved at sykepleieren deler relevante erfaringer om brystkreft kan pasienten gjenkjenne sine utfordringer. Dette kan gjøre at pasienten lettere åpner seg fordi felles opplevelser ofte knytter mennesker sammen. Gevinsten med å dele erfaringer kan være at partene kjenner seg igjen og det fører dem nærmere, på den måte kan relasjonen styrkes (Eide & Eide, 2013). Dersom sykepleieren har lang yrkeserfaring knyttet til brystkreftpasienter eller personlige erfaringer, kan sykepleieren bedre kjenne seg igjen i pasientens situasjon. Vi tror dette kan føre til at sykepleieren får et større engasjement og økt forståelse ovenfor pasienten.

Hvis sykepleieren setter seg selv i fokus følger hun ikke punkt 2.3 i yrkesetiske retningslinjer (2011), fordi hun tar avstand fra pasienten slik at helhetlig omsorg ikke blir ivaretatt. Samspeillet mellom sykepleier og pasient omhandler i følge Hummelvoll (2012) å balansere nærhet og avstand. Slik vi ser det kan for mye nærhet og personlig involvering fra sykepleierens side føre til at fokuset blir flyttet fra pasienten til sykepleieren. Dette kan gjøre at pasienten opplever at hennes utfordringer ikke kan måles med de erfaringene sykepleieren deler. Pasienten kan dermed bli oversett og føle at hennes behov ikke blir tatt på alvor. Hvis sykepleieren i tillegg blir for følelsesmessig engasjert i pasientsituasjon kan hun velge å ta avstand og unngå det hun synes er vanskelig å snakke om. Dette kan gjøre at pasientens mulighet til å dele tanker og følelser omkring håp uteblir.

Martinsen (2003) hevder at sykepleieren må bruke sine fagkunnskaper til å formidle forståelig informasjon til pasienten, mens Travelbee (2001) hevder det er avgjørende at sykepleieren er bevisst på sin egen kompetanse og grenser før hun kan hjelpe pasienten. Det fremheves i yrkesetiske retningslinjer (2011) punkt 1.7 at sykepleierens evnen til å kjenne egen kompetanse kan være av stor betydning i møte med pasienten. Ved manglende kunnskap og evnen til å formidle adekvat informasjon bør sykepleieren søke råd hos kollegaer for å være forberedt til en samtale med pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2011). Dette kan gjør at pasienten føler trygghet og danner tillit til sykepleieren som er viktige elementer i kommunikasjon og relasjonsetableringen (Skårderud, et al., 2010). En brystkreftpasient som blir rammet av lokalt tilbakefall kan oppleve usikkerhet vedrørende muligheten til å bli frisk (Bastøe, 2011). Dette kan true håpet og være utfordrende for å holde motet oppe (Lorentsen, 2003). Ut fra forskningen til Lindholm, et al., (2005) kommer det frem at sykepleieren kan fremme håp ved å gi informasjon om sykdom, behandling, mulige bivirkninger, samt forberede pasienten mentalt på tiden fremover. Kreftpasientene i studien til Stajduhar, et al., (2010) uttalte at den største kommunikasjons feilen sykepleieren kunne gjøre var å formidle et falskt håp til pasienten. Vi har erfart at pasientens håp dannes med utgangspunkt i informasjonen de mottar av helsepersonell. Derfor mener vi det er viktig at sykepleieren gir korrekt og tilstrekkelig informasjon om tilbakefall av brystkreft, slik at dette kan danne et reelt grunnlag for pasientens håp.

Yrkesetiske retningslinjer (2011) plikter sykepleiere å gi helhetlig sykepleie. Slik vi ser det er det begrenset tid i helsevesenet for å møte alle pasienter på en tilstrekkelig måte. Dette kan medføre at muligheten til å snakke med pasienten og ivareta deres behov blir nedprioritert, så fremst ikke sykepleieren disponerer tiden sin på en god måte. I forskningen til Stajduhar, et al., (2010) kommer det frem at pasientene var klar over tidspresset sykepleierne hadde. Dette hadde liten betydning ettersom sykepleierne brukte tiden godt, og var dyktige til å vise interesse og oppmerksomhet i møte med pasientene. Sykepleierne uttrykte god tid gjennom nonverbale kommunikasjonsferdigheter, som å sette seg ned, ha direkte øyekontakt og lytte aktivt. Vi har opplevd det som utfordrende å ta seg tid til å sette seg ned hos pasienten i en travel arbeidshverdag. Likevel har vi sett gevinsten av å prioritere en samtale med pasienten fordi de føler seg sett og hørt i en situasjon som ofte oppleves sårbar. Denne evnen krever at sykepleieren planlegger en arbeidsdag nøye slik at hun ikke blir stresset av arbeidsoppgaver som skal gjøres.

Det er mange måter å styrke håp på gjennom kommunikasjon. Sykepleieren bør bruke passende kommunikasjonsmåter og sørge for å gi tilstrekkelig informasjon, slik at pasienten kan danne håpet ut fra dette. Kommunikasjon er av stor betydning, men det viser seg at relasjonen til andre enn helsepersonell også til er avgjørende for håpet.

Pasientens relasjoner

Så langt har drøftingen dreid seg om hvordan sykepleieren fremmer håp hos pasienten, men de aller fleste har familie og venner rundt seg, hvilken betydning har de? I Lindholm, et al., (2005) sin studie kommer det frem at hos brystkreftpasienten er det relasjon til familie, venner og medpasienter som er mest betydningsfull og avgjørende for å fremme håp. Fra sykehuspraksis har vi erfart at brystkreftpasienter som er til cytostatikabehandling ofte finner støtte i hverandre og utveksler personlige erfaringer. Behandlingen kan gi en rekke bivirkninger og uventede reaksjoner. I slike situasjoner kan medpasienter bidra til å normalisere opplevelsene og på den måten skape trygghet for hverandre. Dette har vi sett kan hjelpe pasienten til å styrke håpet og troen på behandlingen.

Internettbaserte forum blir i følge forskningen til Hovland, et al., (2011) stadig mer brukt av kreftpasienter som ønsker å innhente og utveksle informasjon. I et forum for brystkreftpasienter ble det utvekslet erfaringer relatert til individuelle opplevelser av sykdommen. Pasienter viser seg å være en betydningsfull støtte for hverandre i forbindelse med håp og de følelsesmessige reaksjonene som kan oppstå ved brystkreft.

Ved bruk av forumet kan pasienten få økt kunnskap til å mestre sin situasjon, noe som kan føre til økt selvtillit og en opplevelse av tilhørighet. I studien fremheves det også som svært nyttig når pasienten deler informasjon fordi dette kan gjøre at de identifiserer seg med hverandre. Pasientene opplever en økt forståelse fra andre som er i samme situasjon, og det kan føles trygt å vite at utfordringene man har er normale. Å leve med brystkreft innebærer ofte en hverdag med svingninger mellom håp og fortvilelse. Pasientene uttrykker at det er kun de som har gjennomgått denne følelsen av utrygghet som fullt ut kan forstå hvor krevende det er (Hovland, et al., 2011). Forskningen til Lindholm, et al., (2005) viser til at pasientene har forståelse for at sykepleiere selv ikke har opplevd brystkreft. Pasientene fremhever at sykepleierens evnen til å bry seg, vise interesse og se på pasienten som et særegent menneske kan bidra til å fremme håp. I møte med brystkreftpasienter har vi opplevd at det er utfordrende å virkelig forstå hvordan det er å gjennomgå ulike behandlinger og leve med usikkerhet knyttet til fremtiden. Likevel har mange pasienter forståelse for at

sykepleieren selv ikke har opplevd det de gjennomgår, men de deler gjerne sine erfaringer for at vi skal få større forståelse og kunnskap.

Hovland, et al., (2011) hevder at brystkreftpasienten finner trygghet i medpasienter og at dette er en kilde til håp. Dersom pasienten opplever at medpasienter håndterer sykdommen bedre enn seg selv, kan det føre til en følelse av mislykkethet som kan svekke håpet. Vi sitter igjen med oppfatningen av at ikke alle pasienter vil ha mulighet til å delta i et internettbasert støtteforum. Noen vil muligens føle seg for syk til å delta grunnet manglende energi eller motivasjon, mens andre kan føle seg for friske til å engasjere seg.

For å hjelpe pasienten hevder Fjørtoft (2012) at det er en sykepleieoppgave å etablere en relasjon til pasienten, denne dannes over tid og må vedlikeholdes. Hovland, et al., (2011) har funnet ut at medpasienter er betydningsfull for pasientens håp, i motsetning til dette hevder Lorentsen (2003) at sykepleieren har stor betydning for å styrke pasientens håp. Det kom frem i studien at familie i liten grad kunne fremme pasientens håp. For å fremme håp mener Lorentsen (2003) at sykepleieren kan legge til rette for at pasienten skal ha gode opplevelser. En måte å gjøre dette på er ved å være nær og tåle pasientens desperasjon og motløshet. Sykepleieren kan også legge til rette for gode opplevelser ved å forebygge kvalme som er en kjent bivirkning i forbindelse med cytostatikabehandling. Mok, et al., (2010) skriver i sin forskning at håp er av betydning for kreftpasientens livskvalitet. Erfaringsmessig har vi sett at å dekke fysisk behov eksempelvis ved å dempe smerter og kvalme kan bidra til at pasienten opplever fysisk og psykisk velvære. Når pasienter opplever å ha det godt har de fortalt at livskvaliteten blir bedre, noe som også styrker håpet.

Familie og venner er av betydning for pasientens håp, men det viser seg at medpasienter har en viktigere rolle for å fremme pasientens håp. Fordi de har opplevd det samme som pasienten har bedre forståelse for hva brystkreft innebærer. De finner støtte i hverandre og utveksler nyttig informasjon. I dette kapitlet har vi drøftet ulike elementer som er viktig for å fremme pasientens håp. Gjennom litteratur, forskning og yrkesetiske retningslinjer har vi sett på hva som anses som viktig i sykepleierens møte med en pasient som har tilbakefall av brystkreft. Vi har også trukket inn relevante erfaringer for å belyse flere sider.

Konklusjon

Å bli rammet av tilbakefall av brystkreft kan medføre at håpet trues. Pasienten kan i perioder veksle mellom håp og håpløshet, og en sykepleieoppgave er å støtte pasienten i alle faser. I tillegg bør sykepleieren informere om forventet sykdomsforløp og at det kan påvirke pasientens håp. Det finnes ulike måter og situasjoner der sykepleieren kan fremme håp hos brystkreftpasienten. Det mest naturlige er å gjøre dette igjennom den gode samtalen eller via betydningsfulle opplevelser. Sykepleieren kan gjennom gode holdninger danne en relasjon til pasienten, noe vi anser som helt grunnleggende for å kunne fremme håp. Ettersom håp er et personlig og følsomt tema krever det at sykepleieren tar seg tid til å snakke med pasienten. Vesentlig i denne sammenheng er at sykepleieren er fysisk og psykisk tilstede i samtalen, og med sine kommunikasjonsferdigheter kan hun få forståelse for pasientens tanker og følelser. Mestring er viktig for håp fordi det kan gi pasienten en positiv opplevelse og en følelse av å ha kontroll over eget liv. Det er forskjellig hva pasienten håper på og det dreier seg ikke nødvendigvis bare om å bli frisk, men det rettes oftest mot fremtiden. Et håp for en brystkreftpasient kan bestå av å ha det bra i hverdagen eller gode opplevelser i nær fremtid.

På sykehus vil sykepleieren danne relasjon til brystkreftpasienten og ha en mulighet til å fremme hennes håp. Resultater fra forskning viser at medpasienter kan påvirke pasientens håp, og de er av stor betydning fordi de innehar nyttige erfaringer og opplevelser knyttet til sykdommen. Avslutningsvis konkluderer vi med at sykepleieren kan fremme håp gjennom relasjon, holdninger og kommunikasjon. Det er individuelt hva man håper på, og viktigst av alt er å respektere at det er pasienten som eier håpet.

Litteraturliste

- Bastøe, L.-K. H. (2011). Reaksjoner og strategier i bearbeiding av sykdom og skade. I T. Mekki, & I. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1* (4. utg., s. 81-103). Oslo: Akribe.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Damgaard, I., & Nørrelykke, H. (2001). *Den personlige samtalen. En introduksjon*. Oslo: HøyskoleForlaget. (101 sider)
- *Damsgaard, H. L. (2010). *Den profesjonelle sykepleier. Profesjonalitetens mange ansikter* (1. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. (206 sider)
- Eide, H., & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Fisher, B., Anderson, S., Bryant, J., Margolese, R., Deutsch, M., Fisher, E., et al. (2002, Oktober 17). Twenty-Year Follow-up of a Randomized Trial Comparing Total Mastectomy, Lumpectomy, and Lumpectomy plus Irradiation for the Treatment of Invasive Breast Cancer. *The New England Journal of Medicine* 347, s. 1233-1241. (8 sider)
- Fjørtoft, A.-K. (2012). *Hjemmesykepleie - ansvar, utfordringer og muligheter* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- *Fromm, E. (1991). *Om kjærlighet*. Oslo: Aventura. (126 sider)
- Grov, E. (2011). Å bli pasient og hjelpetrengende. I T. Mekki, & I. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1* (4. utg., s. 51-67). Oslo: Akribe.
- *Haakensen, V. D., Ikdahl, T., Helland, Å., & Børresen-Dale, A.-L. (2012). Tumorbiologi. I E. Wist, & R. Kåresen (Red.), *Kreftsykdommer - en basisbok for helsepersonell* (4. utg., s. 50-63). Oslo: Gyldendal Akademisk. (14 sider)
- *Helsedirektoratet. (2014). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft*. Oslo: Helsedirektoratet. (168 sider)
- *Helseth, S., & Nortvedt, F. (2002). Om tillit. I F. Nortvedt, I. Bjørk, & S. Helseth (Red.), *Møte mellom pasient og sykepleier* (1. utg., s. 237-249). Oslo: Gyldendal Akademisk. (12 sider)
- Holter, I. (2011). Sykepleierprofesjonens kjernekompetanse. I T. Mekki, & I. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1* (4. utg., s. 139-148). Oslo: Akribe.
- *Hovland, G., Slettebø, Å., & Ruland, C. (2011). Medpasienten si rolle i informasjonsutvekslinga i eit internettbasert diskusjonsforum. *Vård i Norden* 31 (2), s. 30-34. (6 sider)

- Hummelvoll, J. (2012). *Helt- ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Kåresen, R., & Wist, E. (2012). Svulster i mamma. I E. Wist, & R. Kåresen (Red.), *Kreftsykdommer - en basisbok for helsepersonell* (4. utg., s. 316-340). Oslo: Gyldendal Akademisk. (24 sider)
- *Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk. (254 sider)
- *Kreftregisteret. (2013, September 5). *Brystkreft*. Hentet April 1, 2014 fra Kreftregisteret: <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/Brystkreft-Alt2/>
- *Kristoffersen, K. (2002). Det tredje øret. I F. Nortvedt, I. Bjørk, & S. Helseth (Red.), *Møte mellom pasient og sykepleier* (1. utg., s. 57-64). Oslo: Gyldendal Akademisk. (10 sider)
- *Lerdal, A. (2012). Forskningsartikkel eller fagartikkel? *Sykepleien* 100 (2), s. 72-73. (2 sider)
- *Lindholm, L., Holmberg, M., & Mäkelä, C. (2005). Hope and Hopelessness- Nourishment for the Patient's Vitality. *International Journal for Human Caring* 9 (4), s. 33-38. (6 sider)
- Lohne, V. (2010). Håp og håpløshet. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2* (3. utg., s. 108-124). Oslo: Akribe.
- *Lorentsen, V. B. (2003). Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp? *Sykepleien* 91 (21), s. 38-41. (8 sider)
- *Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien* (1. utg.). Oslo: Universitetsforlaget. (186 sider)
- *Mok, E., Lau, K.-p., Lam, W.-m., Chan, L.-n., Ng, J., & Chan, K.-s. (2010). Health-Care Professionals' Perspective on Hope in the Palliative Care Setting. *Journal of Palliative Medicine* 13 (7), s. 877-883. (7 sider)
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- *Parker, M. E., & Smith, M. C. (2010). *Nursing theories and nursing practice* (3. utg.). Philadelphia: F.A Davis. (517 sider)
- *Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet - en utfordring for sykepleieren?* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk. (126 sider)
- *Rustøen, T. (1991). *Livskvalitet -en sykepleieutfordring*. Oslo: Gyldendal. (140 sider)
- Schlichting, E. (2011). Sykdommer i brystet. I E. Bach-Gansmo, S. Ørn, & J. Mjell (Red.), *Sykdom og behandling* (1. utg., s. 431-442). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Segesten, K. (2010). Trygghet og utrygghet ved uklar og/eller alvorlig sykdom. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2* (3. utg., s. 125-135). Oslo: Akribe.

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., & Stäincke, E. (2010). *Psykiatriboken. Sinn-kropp-samfunn* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Stajduhar, K. I., Thorne, S. E., McGuinness, L., & Kim-Sing, C. (2010, Juli). Patient perceptions of helpful communication in the context of advanced cancer. *Journal of Clinical Nursing* 19, s. 2039-2047. (9 sider)

*Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg.). Oslo: Universitetsforlaget. (287 sider)

*Tuft, H. (1986). *Min kreft- mitt ansvar?* Oslo: Gyldendal. (179 sider)

Selvvalgt litteratur er markert med * og utgjør totalt 2396 sider.

Vedlegg 1: PICO-skjema

Vi har brukt problemstillingen som et utgangspunkt for å utforme PICO-skjemaet.

| | | |
|--------------------|---|---|
| P: Patient/problem | Hvilken pasientgruppe, eller hvilket problem det handler om? | Kreftpasient, pasient, brystkreftpasient, brystkreftpasient med tilbakefall, cancer patient, breast cancer patient, relapse, recidivation, cancer recidiv, cancer recurrence. |
| I: Intervention | Hva er ved denne pasientgruppen som er interessant/tiltak, hva ønsker vi å vite mer om? | Sykepleie-pasient-relasjon, kommunikasjon, communication, human-to-human relationship model |
| C: Comparison | Skal funnene under "I" sammenliknes med et annet tiltak? | |
| O: Outcome | Hva er interessant å finne mer ut av/utfall/effekt/opplevelse? | Håp, trygghet, håpløshet, tillit, respekt, hope, security, safety, hopelessness, trust respect. |

Vedlegg 2: søkehistorikk

| Dato | Database | Søkeord | Antall treff før begrensning | Begrensninger | Type søk | Antall treff etter begrensning | Motiv for ekskludering | Utvalgte artikler |
|---------|------------|---|------------------------------|--|-----------|--------------------------------|--|-------------------|
| 25/3-14 | EBSCO host | Cancer patients AND Hoplessness AND Hope | 130 | 2004-2014 CINAHL with Full Text Scholarly (peer reviews) Journals | Fulltekst | 14 | Annet fokus og perspektiv. Annen krefttype. Omhandlet ikke håp. | 2 |
| 25/3-14 | SweMed | Håp | 32 | Tilgjengelig online | | 18 | Omhandlet ikke håp. Ikke forskningsartikkel. Omhandlet ikke kreft. | 1 |
| 23/4-14 | EBSCO host | Communication AND hope AND Breast cancer | 87 | 2002-2013 Scholarly (peer reviews) Journals | Fulltekst | 26 | Omtalte ikke kommunikasjon. Ikke sykepleieperspektiv. Manglet abstrakt. | 1 |
| 07/5-14 | EBSCO host | Cancer AND communication AND nurse and patient AND hope | 67 | 2007-2013 CINAHL with Full Text Scholarly (peer reviews) Journals | Fulltekst | 5 | Omhandlet ikke kommunikasjon eller håp. Annen krefttype. Annet perspektiv. | 1 |