



Håpets kraft i kampen mot kreft

Hvordan kan sykepleier fremme håp hos unge voksne med akutt myelogen
leukemi?

Kandidatnummer: 775
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9477
Dato: 16.04.2018



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 16.04.2018
Tittel: Håpets kraft i kampen mot kreft	
<p><u>Problemstilling</u> <i>Hvordan kan sykepleier fremme håp hos unge voksne med akutt myelogen leukemi?</i></p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Det teoretiske perspektivet i oppgaven bygger på sykepleierens kunnskapsgrunnlag og rammeverk, derav etikk, lovverk og sykepleierens ansvars- og funksjonsområde. I oppgaven er det anvendt teori om akutt myelogen leukemi, behandlingen og dens bivirkninger, den unge voksne pasienten, kommunikasjon, håp og kartlegging av kreftpasienter. Tone Rustøens tanker om håp er sentrale for oppgavens teoretiske perspektiv og for drøftingen.</p> <p><u>Metode</u> Dette er en litterær oppgave hvor det blir hentet inn og anvendt eksisterende fag- og forskningslitteratur for å besvare problemstillingen. Relevant pensumlitteratur, fagbøker, forskningsartikler, rammeplan, lovverk og enkelte nettsider er benyttet som kunnskapskilder. Forskningsartiklene som er benyttet er kvalitative.</p> <p><u>Drøfting</u> Pasientens opplevelse av å bli diagnostisert med akutt myelogen leukemi vil potensielt påvirke sykepleierens mulighet til å fremme håp. I dette arbeidet vektlegges relasjonen mellom sykepleier og pasient, kartlegging av håp, kartlegging av symptomer og kommunikasjonens betydning for å fremme håpet. Ulike kartleggingsverktøy presenteres. Egne erfaringer fra kliniske studier vil trekkes inn der det anses som relevant.</p> <p><u>Konklusjon</u> Flere faktorer viser seg viktige for å fremme pasientens håp, deriblant relasjonsbygging mellom sykepleier og pasient. Det samme gjelder hvorvidt sykepleieren kartlegger symptomer systematisk, det vil si viser en høy medisinsk-teknisk kompetanse. For å fremme håp er kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient essensiell, samt å sørge for at pasientens informasjonsbehov er tilstrekkelig dekket.</p>	

(Totalt antall ord: 237)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1. 1 Bakgrunn for valg av tema	1
1. 2 Presentasjon av problemstilling	2
1. 3 Avgrensning	2
1. 4 Oppgavens oppbygging	2
2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag	3
2. 1 Akutt myelogen leukemi	3
2. 2 Behandling	3
2.2.1 Cytostatika og bivirkninger.....	4
2. 3 Den unge voksne pasienten	4
2.3.1 Den unge voksne pasientens opplevelse av å få AML.....	4
2.3.2 Den traumatiske krisen.....	5
2. 4 Kommunikasjon	6
2. 5 Sykepleiefaglig referanseramme	7
2. 6 Håp	7
2. 7 Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder	8
2.7.1 Undervisende funksjon.....	8
2.7.2 Lindrende funksjon	8
2. 8 Systematisk kartlegging av kreftpasienter	8
2.8.1 ESAS	9
2.8.2 NEWS	9
2.8.3 Smerter	9
2.8.4 Kvalme og brekninger	10
2.8.5 Vekttap	10
2. 9 Ethiske og juridiske føringer	10
3. Metode	12
3. 1 Metodebeskrivelse	12
3. 2 Litteratursøk	12
3. 3 Kildekritikk	13
3. 4 Ethiske overveielser	14
4. Presentasjon av forskningsresultater	15
5. Drøfting	16
5. 1 En god relasjon	16
5. 2 Kartlegging av håp	19
5. 3 Kartlegging av symptomer	21
5. 4 Kommunikasjonens betydning for å fremme håpet	22
6. Avslutning	28
Litteraturliste	29

1. Innledning

I kapittel 1 vil jeg presentere bakgrunn for valg av tema, kontekst, problemstilling og avgrensning.

1. 1 Bakgrunn for valg av tema

Det diagnostiseres ca. 250 tilfeller av akutte leukemier årlig i Norge, hvorav 80% er akutte myelogene leukemier (Meyer, 2016). Det er en alvorlig sykdom, og bare rundt 20% av alle voksne pasienter med akutt myelogen leukemi blir friske. Ved leukemi iverksettes intensiv behandling med cytostatika umiddelbart etter diagnosen er stilt. Pasienten kan bli svært syk, både av selve sykdommen og av behandlingen, og situasjonen kan oppleves som dramatisk (Finne-Grønn & Dagestad, 2010, s. 455) Å bli rammet av en alvorlig sykdom påvirker hele mennesket, både kroppslig, psykisk, sosialt og eksistensielt. Pasienter med kreft er i en sårbar og stressende situasjon, og de har behov for mye støtte og omsorg. Sykepleieren må derfor skape en relasjon til pasienten som preges av tillit og omsorg, og styrke pasientens håp under behandlingsforløpet (Grov & Lorentsen, 2010).

Oppgavens tema er unge voksne med akutt myelogen leukemi. Jeg har valgt å skrive om akutt leukemi blant annet fordi jeg har vært i praksis på avdeling for blodsykdommer. I løpet av praksisperioden min møtte jeg flere unge pasienter. På grunn av sykdommens alvorlighetsgrad og den livsfase unge voksne befinner seg i, ønsker jeg å fordype meg i konsekvensene som følger av å få en alvorlig kreftdiagnose, og hvordan sykepleier på ulikt vis kan fremme håp hos denne pasientgruppen. Jeg er også interessert i generell kreftsykepleie, og ønsker å styrke egen kompetanse innenfor dette feltet.

På hematologisk avdeling erfarte jeg at det er sykepleieren som har mest kontakt med pasientene, noe som gir et godt utgangspunkt for å skape en relasjon med pasienten.

Ifølge sykepleierens yrkesetiske retningslinjer (2011) skal sykepleieren understøtte håp hos pasienten. Et sentralt mål i sykepleien til pasienter med maligne blodsykdommer er å gi pasienten støtte til å mestre behandlingen og mulige følger av sykdommen (Finne-Grønn & Dagestad, 2010). Dette understreker hvorfor det er viktig for meg som sykepleier å sette fokus på oppgavens tema. Sykepleie skal være en prosess som fremmer pasientens vekst og utviklingsmuligheter og har til hensikt å realisere positive verdier hos pasienten i form av velvære, håp, mestring, livskvalitet og helse (Stubberud, 2013). Håp som en aktiv ressurs aktualiseres og trer fram i livssituasjoner som truer personens liv og helse. Når et ungt

menneske får en alvorlig kreftdiagnose, blir det sykepleierens oppgave å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet (Kristoffersen, Breievne, & Nortvedt, 2015).

1. 2 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av det foregående kapittelet har jeg valgt problemstillingen:

Hvordan kan sykepleier fremme håp hos unge voksne med akutt myelogen leukemi?

1. 3 Avgrensning

I besvarelsen har jeg tatt utgangspunkt i aldersgruppen 18-30 år. Denne pasientgruppen er i starten av voksenlivet, og det å få en kreftdiagnose i en slik alder vil føre med seg mange ulike reaksjoner og utfordringer. Jeg har valgt akutt myelogen leukemi som er den vanligste formen for akutt leukemi hos voksne (Tangen et al., 2008).

Pasienter med alvorlige blodsykdommer behandles i poliklinikker og på sykehusavdelinger (Finne-Grønn & Dagestad, 2010). På bakgrunn av det vil konteksten i min oppgave være en sengepost på sykehus, hvor pasienten er inneliggende og under behandling.

Omtrent halvparten av pasientene vil få stamcelletransplantasjon etter endte cellegiftkurer (Gedde-Dahl, 2014). Grunnet oppgavens omfang vil ikke stamcelletransplantasjon bli beskrevet nærmere.

Kreft rammer ikke bare den enkelte personen. Familien til den syke rammes og involveres også i stor grad. Jeg har likevel valgt å forholde meg til pasienten uten pårørende, men de vil nevnes og trekkes inn der det er naturlig.

Jeg har ikke foretatt noen begrepsavklaring da aktuelle begrep vil bli beskrevet nærmere i teoridelen.

1. 4 Oppgavens oppbygging

Videre kapittel 2 presenteres teori som omhandler medisinskfaglig kunnskap, sykepleiefaglig kunnskap samt juridiske og etiske føringer. De metodiske valgene og metoden som er benyttet i oppgaven blir begrunnet i kapittel 3. Deretter, i kapittel 4, vil forskningsresultatene presenteres i en artikkelmatrise. I kapittel 5 kommer oppgavens drøfting, og avslutningsvis i kapittel 6 vil jeg oppsummere og trekke fram hovedfunn. Helt til slutt presenteres oppgavens anvendte referanser.

2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I det følgende vil teori som bidrar til å belyse valgt problemstilling presenteres.

2.1 Akutt myelogen leukemi

Leukemi, blodkreft, er fellesnavnet på en gruppe ondartede blodsykdommer som kommer fra umodne hvite blodceller. Leukocytene utvikler seg ikke som de skal, og det blir en opphopning av umodne blodceller som fortrenger andre blodceller. Sykdommen har sitt utgangspunkt i benmargen, som finnes i hulrommene i kroppens store knokler (Kreftforeningen, 2017). Leukemi deles inn i akutte og kroniske former, etter hvilken celletype som er utgangspunktet for kreftcellene. Omkring halvparten av alle leukemier er akutte (Quist-Paulsen & Evensen, 2018). Akutte leukemier er sykdommer som utgår fra den hematopoietiske stamcellen som fører til opphopning av umodne celler (blaster) i benmargen og blodet og resulterer i benmargssvikt. Hovedtypene er akutt lymfatisk leukemi (ALL) og akutt myelogen leukemi (AML) (Meyer, 2016).

Ubehandlet har sykdommen vanligvis et stormende forløp, og pasienten dør av infeksjon eller blødning i løpet av noen uker til få måneder (Gedde-Dahl, 2014). Det er likevel et flertall yngre pasienter som kan oppnå remisjon med intensiv kjemoterapi (Tangen et al., 2008). Pasienter med leukemi har som regel nedsatt infeksjonsforsvar. De maligne cellene er umodne og funksjonsløse, samtidig som andelen av normale hvite blodceller ofte er redusert. Produksjonen av røde blodceller og blodplater rammes som regel også. Pasienten utvikler derfor ofte både anemi og trombocytopeni, det vil si unormalt lav konsentrasjon av trombocytter. Årsaken til sykdommen er ukjent (Kreftforeningen, 2017).

2.2 Behandling

Målet med behandlingen av akutt leukemi er i utgangspunktet kurasjon, men ikke alle kan forventes å tåle den intensive og toksiske behandlingen som kreves. Behandlingen består av kraftige kurer med cellegift. Ved AML legges det større vekt på intensiteten enn lengden av behandlingen, som ofte er avsluttet i løpet av seks måneder. Induksjonsbehandlingen er så krevende at den bare bør gis ved regionsykehus eller sykehus med god hematologisk kompetanse, adekvat beredskap og kapasitet til å gi optimal støttebehandling. De siste årene har en mer aggressiv behandling gitt bedre langtidsoverlevelse med færre tilbakefall (Kreftforeningen, 2017).

Pasientens alder er en viktig prognostisk faktor, og overlevelsen er klart høyere hos yngre pasienter (Tangen et al., 2008).

2.2.1 Cytostatika og bivirkninger

Cytostatika brukes for å drepe kreftceller. Behandlingen fører ofte til store bivirkninger, som viser seg både underveis og etter kurene. Blant de vanligste plagene er kvalme, infeksjoner, munnsårhet, diaré og hårtap (Kreftforeningen, 2017). Mange cytostatika virker på celler i deling. Siden den høyeste delingsaktiviteten i normalt vev finnes i slimhinneepitel og i bloddannende benmarg, har mange legemidler bivirkninger som domineres av slimhinneskader og effekter på dannelsen av blodceller i benmargen. Produksjonen av leukocytter, trombocytter og erytrocytter kan hemmes i varierende grad. Redusert antall leukocytter kan gi svekket immunrespons og alvorlige infeksjoner, reduksjon i antall trombocytter kan gi økt blødningstendens, og mangel på erytrocytter, anemi, gir økt generell tretthet. Også hud- og hårceller deler seg raskt, og håravfall er derfor en vanlig bivirkning ved cellegift (Slørdal, 2013). Enkelte stoffer er hjertetoksiske, noen kan gi lever- og lungeskader, og andre igjen virker sterkt nyretoksisk og gir alvorlig nyreskade og eventuelt nyresvikt. De fleste som mottar cytostatikabehandling får i større eller mindre grad fatigue som bivirkning av behandlingen (Grosv & Lorentsen, 2010).

2.3 Den unge voksne pasienten

Utviklingsperioden mellom barndom og voksenlivet begynner med puberteten og slutter i oppnåelsen av voksenrollen og dens ansvarsområder (Tveten et al., 2016). Livsfasen som ung voksen er forbundet med store forandringer og mange overganger i livet. Flesteparten av de som befinner seg i aldersgruppen 18-30 år vil være i en studiesituasjon eller tidlig etableringsfase, noen er kanskje småbarnsforeldre (Vik, 2017). Mange lever i egne leiligheter, hybler eller kollektiv. Økt selvstendiggjøring innebærer at mye skal utforskes, som utdanning, jobb, personlig identitet, seksualitet og tilhørighet (Jacobsen, Bouchard, Emed, Lepage & Cook, 2015).

2.3.1 Den unge voksne pasientens opplevelse av å få AML

Behandlingen ved akutt leukemi starter ofte samme dag eller en av de nærmeste dagene etter at diagnosen er stilt. Ved flere andre kreftformer har pasientene vært igjennom en lengre utredningsfase og fått tid til å forberede seg på at de kan være alvorlig syke. Dette er ikke tilfellet hos pasienter med akutte leukemier. Som beskrevet i avsnittet over er den unge

voksne ofte i en livsfase preget av endring og overganger, som i seg selv kan representere en økt sårbarhet. Plutselig endres deres vante livssituasjon i en dramatisk og livstruende retning. Hverdagen forandres til sykehusopphold og isolasjon fra familie og venner. De utsettes for ubehagelige behandlingsprosedyrer og plagsomme bivirkninger melder seg (Vik, 2017). Rutiner som henger tett sammen med trygghet, forutsigbarhet og kontroll i hverdagen blir plutselig endret ved kreftsykdom. Kreften kan oppleves som et angrep på livet selv: det trygge og kjente, på identitet og helse, på fremtidsplaner og forventninger. Behandling og oppfølging må gå foran alt annet. Tidligere uproblematisk daglige funksjoner som spising og toalettbesøk kan plutselig bli til vedvarende problemer med negative følger for samværet med andre (Dahl, 2016).

Å være ung og plutselig oppleve sykdom som en livstrussel er forbundet med stor psykisk belastning (Tveten et al., 2016). Selv om kreft rammer unge voksne sjeldnere enn den eldre befolkningen, har virkningene av sykdommen vist seg å ha en mer negativ effekt på denne aldersgruppen enn eldre voksne (Jacobsen et al., 2015).

Det er normalt at kreftpasienter veksler mellom håp og fortvilelse, tankene på at alt ordner seg eller at alt går galt. Usikkerhet og venting kan lett øke angstnivået og gi en vedvarende utrygghet om hva fremtiden vil bringe. Å bli rammet av kreft i ung alder gjør det vanskelig å planlegge fremtiden (Dahl, 2016). Livet har brått fått preg av stor utrygghet og usikkerhet.

Kreftsykdom blir av mange oppfattet som synonymt med knuste framtidsplaner, lidelse, smerte og død. Hvordan den enkelte opplever å få en kreftsykdom, varierer mye. Mange vil oppleve psykiske problemer og flere vanskelige perioder med psykisk stress.

Den medisinske behandlingen pasienten får, vil foruten fysiske plager også kunne være en psykisk påkjenning. Pasientene må leve i usikkerhet om hvorvidt behandlingen virker, hvor lenge den virker og den stadige frykten for tilbakefall. Det har vist seg at pasientens personlighet og eventuelle erfaringer med slekt og venner som har vært syke, påvirker hvordan en mestrer det å få en kreftsykdom. Mange kreftpasienter opplever en traumatisk krise når de får diagnosen (Grov & Lorentsen, 2010; Kvåle, 2002).

2.3.2 Den traumatiske krisen

Det er naturlig at pasienter får en psykisk reaksjon når de får vite at de har kreft. Ofte gjennomgår de krisereaksjoner som kan sammenliknes med reaksjonene ved en traumatisk krise (Reitan, 2010). Johan Cullberg definerer en traumatisk krise som *"individets psykiske*

situasjon ved en ytre hendelse av en slik art at personens fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet eller grunnleggende livsmuligheter blir truet” (Cullberg, 1992, s. 100).

De fleste av oss har ikke mye erfaring eller kunnskap om hvordan vi skal håndtere uventede og alvorlige livssituasjoner. ”Hvordan kunne dette hende meg?” er det angstfylte spørsmålet som dukker opp. Den kriserammede gjennomlever en sjokkfase, en reaksjonsfase, en bearbeidingsfase og en nyorienteringsfase. Sjokkfasen vil bli vektlagt mest i denne oppgaven. Å være i en krise er ingen sykdom, men en naturlig eksistensiell opplevelse som alle mennesker på et eller annet tidspunkt erfarer (Reitan, 2010).

2. 4 Kommunikasjon

”Det krever en god lytter for å høre

hva som faktisk sies

En enda bedre for å høre

hva som ikke sies,

men som kommer til uttrykk i talen” (Palmer, referert i Eide & Eide, 2017, s. 1)

Profesjonell kommunikasjon er personorientert, det vil si at man ser den andre som en *hel* person, med iboende ressurser og muligheter, egne verdier og prioriteringer. Det omfatter også ønsker og mål når det gjelder egen helse og livssituasjon for øvrig. Det sentrale er å forstå hva som er viktig for pasienten *i den aktuelle situasjonen* (Eide & Eide, 2017).

Personorientert kommunikasjon anses som et viktig element i møte med kreftsyke unge voksne (Jacobsen et al., 2015).

Den syke kommuniserer noe til sykepleieren gjennom sitt utseende, sin atferd, holdning, ansiktsuttrykk, manerer og gester, og sykepleieren gjør det samme overfor den syke. Begge parter kommuniserer, enten de er seg det bevisst eller ikke. I interaksjonen går påvirkning gjensidig fram og tilbake mellom sykepleieren og den syke; de observerer hverandre og utveksler tanker, følelser og holdninger.

God kommunikasjon og samhandling med kreftpasienter er grunnleggende for utøvelse av god sykepleie. Kommunikasjon er et godt verktøy ved informasjonsoverføring, men det er først og fremst et middel til å bli kjent med pasienten, forstå og møte pasientens behov og hjelpe vedkommende til å mestre sykdom, lidelse og ensomhet. Kommunikasjon er mer enn formidling av informasjon. Det er et spørsmål om *hvordan* sykepleieren informerer pasienten

på en god måte, og hvilket forhold det er mellom informasjon og kommunikasjon (Reitan, 2017, s. 104). Det er av stor betydning at sykepleiere har gode ferdigheter i kommunikasjon når de skal samhandle med kreftpasienter.

2. 5 Sykepleiefaglig referanseramme

Håp er en referanseramme i denne oppgaven. Sentralt blir da Tone Rustøens tanker om håp, og boken ”Håp og livskvalitet” som er brukt gjennomgående i besvarelsen. I tillegg vil jeg benytte Joyce Travelbee sin definisjon av begrepet håp.

2. 6 Håp

Håp kan beskrives som en del av menneskets utvikling, en prosess, en teori og en kilde til mening. Håp er blitt sett på som en nødvendighet for å overleve, og som sentralt ved kriser eller tap (Stubberud, 2013). Pasienter med en rekke sykdommer har beskrevet betydningen av håp når man blir livstruende syk. Håp kan være en ressurs som gir styrke til å mestre lidelsen. Det er også vist at håp er sentralt for ens livskvalitet. På denne måten vil håp også være av betydning for helsefremming (Rustøen, 2016, s. 60).

Håp knyttes ofte til begrepet mestring. Det er krefter og styrke i håpet, krefter til å gå videre selv om man møter motstand i form av alvorlig sykdom. Håpet kan gi kraft i kampen mot kreften. Unge pasienter som får diagnosen akutt myelogen leukemi vil i høyeste grad kunne kjenne på sykdommens desillusjon og nedbrytende krefter. Travelbee (2007) hevder at det er sykepleierens oppgave å forhindre at pasientenes håp går tapt. Håpet er knyttet til framtiden, og ved alvorlig sykdom vil framtiden være usikker. Mulighetene man ser i en vanskelig situasjon, er knyttet til håp. Eksempelvis hvordan man vurderer sine egne sjanser til å klare seg. Det er ikke uvanlig at pasienter må mestre usikkerhet over tid. Et sterkt håp vil kunne gjøre situasjonen lettere. Forskning peker også på sammenhenger mellom håp og overlevelse blant annet ved at håp kan ha en positiv innvirkning på immunforsvaret (Rustøen, 2006). Pasienter med kreft opplever håp i alle stadier av sykdommen, men håpet kan endres over tid fra håp om å bli helt frisk til håp om å være smertefri eller få oppleve en spesiell begivenhet (Grov & Lorentsen, 2010). Det finnes ulike kartleggingsverktøy som måler håp hos pasienter. Herths Håpsindeks blir av Rustøen (2006) fremstilt som et enkelt og anvendelig kartleggingskjema for kreftpasienter.

2. 7 Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder

Sykepleieren har fagspesifikke funksjoner og ansvar som skal prege måten vedkommende tilnærmer seg og ivaretar pasienter på (Nortvedt & Grønseth, 2016).

En sykepleier skal ha handlingskompetanse til å ivareta og utføre oppgaver som er sentrale i yrkesfunksjonen. I Rammeplanen for sykepleierutdanning (2008) er det beskrevet 7 funksjonsområder for sykepleiere. Jeg vil ta utgangspunkt i to av disse som jeg mener har særlig relevans for oppgaven.

2.7.1 Undervisende funksjon

Den undervisende og veiledende funksjonen innebærer ansvar for å informere, undervise og veilede pasienter. Den handler om å bidra til læring, utvikling og mestring. Pasientopplæring innebærer planlagte opplæringsaktiviteter for å bedre pasienters helseatferd og helsestatus (Reitan, 2010). Dette skal blant annet fremme trygghet og hjelpe pasienten til å forstå og mestre konsekvensene av sykdom og behandling. Det er særlig viktig å tenke på hvordan en kan skape gode rutiner og prosesser som sikrer pasientens brukermedvirkning i hele sykdoms- og behandlingsforløpet (Nortvedt, Skaug, Kristoffersen, & Grimsbø, 2016; Nortvedt & Grønseth, 2016).

2.7.2 Lindrende funksjon

Sykepleierens lindrende funksjon skal begrense omfanget av pasientens fysiske, psykiske og sosiale belastninger. Når problemet ikke kan fjernes, vil lindring ha som mål å redusere eller begrense omfanget av ulike typer belastninger. Hos kreftpasienter kan belastningene være krisereaksjoner, smerte, stress, ensomhet, angst, samt vonde og vanskelige opplevelser (Reitan, 2010). Et viktig mål knyttet til den lindrende funksjonen er å fremme menneskets opplevelse av velvære. Sykepleieren må rette oppmerksomheten spesielt mot pasientens livskvalitet, opplevelse og erfaringer knyttet til sykdom og lidelse (Nortvedt & Grønseth, 2016).

2. 8 Systematisk kartlegging av kreftpasienter

Pasienter med kreft har ofte fysiske symptomer og plager som de må få hjelp til å lindre (Kvåle, 2002). En studie viser at pasienter med nylig diagnostisert AML har økt risiko for å oppleve høyt symptomtrykk relatert til sykdommen og dens behandling (Albrecht, Boyiadzis, Elswick, Starkweather & Rosenweig, 2017).

Momentene som presenteres i det følgende er tatt med på bakgrunn av min praksiserfaring hvor de aktuelle problemene var fremtredende. I studien nevnt ovenfor som omhandler symptomtrykk og psykososiale behov hos voksne med akutt myelogen leukemi kommer det fram at smerter og dårlig appetitt var to av de mest hyppige symptomene (Albrecht et al., 2017). Det finnes mange ulike kartleggingsverktøy for kreftpasienter. ESAS og NEWS vil benyttes i denne oppgaven.

2.8.1 ESAS

ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) er et skjema som kartlegger flere symptomer samtidig. Hovedsakelig er det besluttet at ESAS skal være en kvalitetsindikator for palliativ behandling. Skjemaet har en skala fra 0-10, der 0 er ”ingen plage” og 10 er ”verst tenkelige plage”. Pasientens score overføres til et grafisk ”forløpsskjema” som gir en god visuell framstilling av endringene i pasientens tilstand over tid. Skjemaet er enkelt å bruke og lite tidkrevende. Symptomer som kartlegges er smerte, slapphet, kvalme, tung pust, munntørrehet, matlyst, angst/uro og tristhet/depresjon.

2.8.2 NEWS

NEWS er et nyttig redskap for å systematisere datasamlingen og identifisere tidlige tegn til alvorlig sykdomsutvikling. Pasienten får en score fra 0-3 ut i fra målte vitalia som baserer seg på ABCDE-prinsippet.

2.8.3 Smerter

En vanlig årsak til smerter hos pasienter som får cytostatikabehandling ved akutte leukemier er mukositt. Cytostatika påvirker celler i celledeling, og plagene blir spesielt uttalt på steder der cellene deler seg raskt. Slimhinnene fra munnhulen til endetarmen har rask celledeling, som gjør at det kan oppstå sårhet i hele dette området. Mukositt kan arte seg som sår og hudløse områder der slimhinnene løsner i hele eller deler av mage-tarm-kanalen. Dette gir smerter i munn og svelg. Magesmerter, kvalme, oppkast eller diaré kan oppstå. Omtrent 40% av de som får kurativ kjemoterapi får mukositt. Munnsårheten vedvarer til antallet hvite blodceller er normalisert (Grov & Lorentsen, 2010). Leukemipasienter kan også få skjelettsmerter som følge av et høyt antall umodne celler og blaster i benmargen (Vik, 2017). Opplevelsen av smerte og ubehag kan føles belastende og meningsløs, noe som kan forsterkes ved at pasienten ikke har innsikt i eller oversikt over situasjonen. Dette gjelder spesielt for den kritisk syke pasienten (Stubberud, 2013).

2.8.4 Kvalme og brekninger

Kvalme og brekninger er vanlig ved cytostatikabehandling, spesielt ved høydoseregimer. De fleste pasienter synes denne bivirkningen er mest belastende. I tillegg til cellegiften i seg selv, kan angst, opioidbehandling, hypotensjon og hypoksi også gi kvalme. Pasienter under 50 år blir oftere uvel enn eldre pasienter. Kvalme og oppkast kan medføre underernæring, væsketap og elektrolyttforstyrrelser, som igjen kan bidra til psykisk og fysisk utmattelse. Pasienter kan få problemer med å gjennomføre behandlingene (Grov & Lorentsen, 2010).

2.8.5 Vekttap

Vekttap og reduksjon av almenntilstanden på grunn av ernæringsforstyrrelser er et hyppig problem hos kreftpasienter. Tilstanden før sykdommen, kreften og behandlingen kan virke inn på pasientens evne til å spise og drikke, og gi appetittløshet. Cytostatikabehandling kan gi en rekke bivirkninger som fører til nedsatt appetitt og vansker med å spise, som smaksforandringer, munnsårhet, munntørrehet, kvalme og brekninger. Anemi på grunn av redusert produksjon av røde blodceller kan medføre generell svekkelse og inaktivitet, og videre dårlig appetitt. Depresjon er også en vanlig årsak til appetittløshet (Grov & Lorentsen, 2010).

2. 9 Etiske og juridiske føringer

I det følgende vil relevant jus og etikk bli beskrevet. De delene av lovverket som er tatt med anses som betydningsfulle for oppgavens tema.

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Det skal også informeres om mulige risikoer, bivirkninger og komplikasjoner (Molven, 2014). Informasjonen skal tilpasses mottakerens individuelle forutsetninger, og gis på en hensynsfull måte. Helsepersonell skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av informasjonen.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) slår fast at pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasienten, og det skal legges stor vekt på pasientens mening. Sykepleieren skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra kvalifikasjoner, den aktuelle situasjonen og arbeidets karakter (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

Sykepleiernes yrkesetikk anses som en viktig del av det profesjonelle verktøyet (Molven, 2014). De yrkesetiske retningslinjene slår fast at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til blant annet omsorgsfull hjelp og medbestemmelse. Sykepleie skal være kunnskapsbasert, og bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap (Sneltvedt, 2016, s. 103).

3. Metode

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Aubert, referert i Dalland, 2015, s. 111).

Dalland (2015) beskriver to ulike metoder innenfor forskning: kvalitativ og kvantitativ metode. Kvantitativ metode gir data til oppgaven i form av målbare enheter, og egner seg best til oppgaver der det er ønskelig å utforske et tema i bredden. Det er benyttet kvalitativ forskning i denne oppgaven, da det anses som mer relevant å gå i dybden og fange opp mening og opplevelse som ikke så lett lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2015).

3. 1 Metodebeskrivelse

I tråd med høgskolens retningslinjer og krav for oppgaveskriving er denne oppgaven utformet som en litterær oppgave hvor data har blitt hentet fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori. Jeg har systematisk samlet inn faglitteratur og forskning og fordypet meg i dette. Dalland (2015) understreker at en litteraturstudie krever et kritisk blikk i utvelgelse av litteratur. Litteraturen som anvendes skal belyse temaet på en faglig og interessant måte og gi svar på valgt problemstilling. Vurderinger og konklusjoner som blir presentert i oppgaven vil ha grunnlag i anvendt litteratur. I mitt utvalg har jeg fokusert på litteraturens pålitelighet, overføringsverdi, holdbarhet og relevans for tema (Dalland, 2015).

3. 2 Litteratursøk

I oppgaven anvendes forskningsartikler, fagartikler, pensumlitteratur og annen faglitteratur med relevans for min problemstilling. Bøkene som er benyttet er hovedsakelig fra Lovisenberg Diakonale Høgskole sin pensumlitteratur for bachelor i sykepleie, lånt på skolens bibliotek. Etersom biblioteket oppbevarer tidligere årganger av bøker har jeg i enkelte tilfeller benyttet meg av eldre utgaver dersom jeg har funnet nyttig stoff i disse (Dalland & Trygstad, 2015).

Jeg har i hovedsak benyttet CINAHL for å finne relevant forskning, ettersom dette er en internasjonal referansedatabase som dekker tidsskrifter innen sykepleie og helsefag. Søkord som ble benyttet er ”Cancer Patients”, ”Young Adult”, ”Leukemia”, ”Hope”, ”Chemotherapy”, ”Oncologic Nursing”, ”Acute Leukemia”, ”Cancer”, ”Coping”, ”Social Support”, ”Communication”, ”Nurse-Patient-Relations” og ”Adolescent”

i ulike kombinasjoner. Søkene ble avgrenset til de seneste 10 årene. I CINAHL fant jeg tre artikler jeg valgte å bruke. Jeg har også benyttet referanselister i fagbøker og forskningsartikler som omhandler mitt tema for å finne relevante artikler. Det var blant annet slik jeg fant min fjerde artikkel av Lorentsen (2009) som er fra Sykepleien. I skriveprosessen har jeg undersøkt om kildene samsvarer, og om de samme resultatene går igjen. Jeg har i mine søk ønsket å få frem pasientens opplevelse av å være kreftsyk, og viktigheten av håp hos unge voksne i en sårbar situasjon.

3. 3 Kildekritikk

Gjennomgående i søkeprosessen min har forskningsartiklene etterlyst ytterligere forskning både når det gjelder håp og opplevelsen av kreftsykdom hos ungdom og unge voksne. Det kan derfor virke som om jeg har valgt et tema der det er vanskelig å trekke konklusjoner på bakgrunn av for lite forskning. Studien til Albrecht et al (2017) poengterer at det ikke finnes forskning som undersøker betydningen av alder og akutt myelogen leukemi.

I studien til Mattioli, Repinski og Chappy (2008) som undersøker betydningen av håp og sosial støtte hos pasienter som får cellegift er gjennomsnittsalderen 63,6 år, og kun en av deltakerne i studien til Jacobsen et al (2015) blir behandlet for akutt leukemi. Dette er faktorer som gjør at resultatene ikke kan knyttes direkte opp mot min problemstilling. Samtidig kan en ta utgangspunkt i at relasjonsbygging og det å føle seg sett av sykepleier anses som like viktig uavhengig av hvilken kreftform pasienten behandles for.

Flere av forskningsstudiene består av små utvalg. De utvalgte artiklene har henholdsvis 13, 14 og 19 deltakere, og Lorentsen (2009) har kun intervjuet to sykepleiere. I kvalitativ forskning kan utvalget være lite fordi man går i dybden på det aktuelle temaet (Dalland, 2015). Tatt i betraktning at det er få deltakere i de aktuelle studiene kan ikke resultatene generaliseres for verken kreftomsorg eller betydningen av håp. At en studie har få deltakere kan også gi skjevheter ved at de som har høyest håp i utgangspunktet også er de som velger å delta. En kan også stille seg kritisk til den vitenskapelige tilnærmingen til å "måle" grader av håp, ettersom håp fremstår som noe kvalitativt, dermed lite målbart. Det samme gjelder intervjuer der deltakeren fyller ut spørreskjemaer med allerede fastsatte svar.

Den benyttede forskningen er skrevet på engelsk foruten om Lorentsen (2009) sin, noe som gjør artiklene sårbare for feiltolkninger under oversetting.

3. 4 Etiske overveielser

Som et supplement til litteraturen har jeg i oppgaven lagt vekt på egne erfaringer som student i praksis på en hematologisk avdeling. I oppgaven har jeg vært påpasselig med ikke å oppgi navn på sykehuset der jeg har hatt praksis for å overholde taushetsplikten.

4. Presentasjon av forskningsresultater

I artikkelmatrisen nedenfor vil benyttet forskning presenteres.

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Susanna K. Jacobsen, Gabrielle M. Bouchard, Jessica Emed, Karine Lepage og Erin Cook (2015)	“Experiences of “Being Known” by the Healthcare Team of Young Adult Patients With Cancer”	Oncology Nursing Forum	Finne ut hvordan ungdom og unge voksne med kreft opplever å bli sett og anerkjent av helsepersonell	Kvalitativ metode: Halvstrukturerte intervjuer med 13 pasienter i alderen 18-39 år.	Å bli sett (“being known”) var høyt verdsatt og ble opplevd og uttrykt på en unik måte for hver enkelt. Det var ofte enkle intervensjoner som skulle til.
2	Tara A. Albrecht, Michael Boyiadzis, R.K. Elswick, Angela Starkweather og Margaret Rosenzweig (2017)	“Symptom Management and Psychosocial Needs of Adults With Acute Myeloid Leukemia During Induction Treatment”	Cancer Nursing	Beskrive de multidimensjonelle symptomene og den helsemessige livskvaliteten som opplever av pasienter med AML	Pilotstudie. Langsgående metode der deltakerne ble fulgt over 6 uker.	Flere plagsomme symptomer opplevtes under behandling. Pasientgruppen har forhøyet risiko for økt symptomtrykk, redusert livskvalitet og psykiske plager. Pasienter med AML opplever høyere symptomtrykk enn pasienter med andre kreftsykdommer.
3	Jennifer L. Mattioli, Rhonda Repinski og Sharon L. Chappy	“The Meaning of Hope and Social Support in Patients Receiving Chemotherapy”	Oncology Nursing Forum	Utforske og beskrive meningen med håp og sosial støtte hos pasienter med kreft som får cellegift	Kvalitativ metode: Halvstrukturerte intervjuer med 6 menn og 8 kvinner med pågående cytostatikabehandling	Håp er betydningsfullt i forbindelse med helse og velvære. Støtte fra venner, familie, og helsepersonell var viktig for deltakerne mens de ble behandlet for sin sykdom
4	Vibeke Bruun Lorentsen (2009)	“Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp?”	Sykepleien	Få kunnskap om hvilke konkrete sykepleierintervensjoner sykepleieren kan gjøre for at pasienten skal ha håp.	Kvalitativt forskningsintervju av to sykepleiere på en sykehusavdeling som primært driver med palliativ behandling. Halvstrukturert intervjuguide med åpne spørsmål.	Opplevelsen av noe godt var viktig i forhold til det å håpe. De små ting hadde betydning for håpet. Å gi håp handler ikke om det å si noe, men heller å lytte til lidelsen. Å øke sykepleierens bevissthet om hvilken kraftkilde som ligger i ordet håp, er vesentlig for at det blir lagt til rette for dette i institusjonen.

5. Drøfting

I dette kapittelet vil jeg, med utgangspunkt i valgt teori, drøfte ulike perspektiver rundt problemstillingen ”**Hvordan kan sykepleier fremme håp hos unge voksne med akutt myelogen leukemi?**”

5. 1 En god relasjon

Omsorgsfulle og bekreftende relasjoner er viktige for å utvikle og styrke håpet om et positivt utfall. Fellesskap med andre kan gi trygghet og selvbekreftelse, noe som er viktige forutsetninger for håp (Grov & Lorentsen, 2010). I studien til Jacobsen et al (2015) kommer det fram at det å gi pasienten mulighet til å bli kjent med sin sykepleier kan fremme kommunikasjonen mellom disse, som igjen øker pasientens tilfredshet og trivsel. Eklund (2010) beskriver at for å skape denne relasjonen er det essensielt å støtte og skape kontakt tidlig i sykdomsforløpet, helst ved diagnosetidspunkt. På dette tidspunktet kan pasienten være i sjokkfase. I følge Cullberg (1992) kan pasienten da ha vanskelig for å bearbeide diagnosen og huske hva som blir sagt. Drøftingen vil senere komme inn på spesielle hensyn sykepleier må ta i forbindelse med sjokkfasen.

I møte mellom pasient og sykepleier er det viktig at sykepleieren er klar over sitt spesielle ansvar. Møtet mellom dem er ikke som et hvilket som helst møte mellom to personer (Eriksen, 2015). For å bli kjent må en både møte mennesket i pasienten og pasienten i mennesket. En pasient er til enhver tid noe mer enn bare pasient. Det er viktig å oppfatte, respondere på og respektere det unike ved vedkommende. Sykepleier må ha evne til å oppfatte mennesket som skjuler seg bak merkelappen ”pasient”. En annen viktig faktor er å skille pasientene fra hverandre, som unike individer. Dette viser seg også viktig i forskningen til Jacobsen et al (2015) der unge voksne vektlegger det å bli sett og behandlet som mer enn et tall eller en pasient i en seng. De ønsker å sett på som et unikt individ med egen identitet, adskilt fra deres sykdom. Å bli behandlet som en ”ikke-person” av liten verdi er beskrevet av pasienter som trussel mot håpet (Rustøen, 2006). Dette belyser viktigheten av at sykepleieren har kunnskap om hva som karakteriserer akkurat denne pasient- og aldersgruppen. På den annen side kan det være fare for generalisering hvor sykepleieren ikke ser pasienten som individ, men som en del av en gruppe. Lite skiller den ene pasienten fra den andre. Sykepleieren bør derfor forsøke å forstå hvordan sykdomserfaringen framstår for det aktuelle individet som gjennomgår behandling. Det er forskjell på det å ha informasjon om en person

og det å kjenne vedkommende. På en travel sengepost er det lett at sykepleieren har lest journalen til pasienten, har god kjennskap til sykdommen og hvilke tiltak som må settes inn for å lindre plagene, men fremdeles ikke kjenner den syke som person. Men hvorfor bør sykepleieren kjenne pasienten mer inngående? Hvis en skal hjelpe den syke til å mestre sykdom og lidelse, til å mobilisere håp, er det essensielt å respondere på det unike. Alle er forskjellige og vil reagere på sin individuelle måte under påkjenninger. Dersom sykepleieren ikke har innsikt i hvordan den enkelte takler krevende situasjoner, vil det bli vanskelig å gi meningsfull hjelp og utøve helhetlig sykepleie. Forholdet mellom pasient og sykepleier er vesentlig for at pasienten skal oppleve sykepleien som god, og for opplevelsen av psykososial støtte. Ikke minst er det viktig å skape en relasjon på grunn av all informasjon som vil bli formidlet til pasienten. Mye av den informasjonen som formidles til kreftpasienter kan være ubehagelig, og medføre sterke emosjonelle reaksjoner. Pasientens relasjon til den som formidler informasjonen er derfor av betydning (Groven & Lorentsen, 2010).

Å være seg bevisst det dynamiske og vekslende forholdet mellom håp og håpløshet er alfa og omega i pasient-sykepleier-relasjonen. Håpet kan bli tent av et omtenkstomt og klokt personale, men like lett kan det slukkes av et tankeløst oppgaveorientert pleiepersonale uten varme og omsorg. På den måten kan resignasjon og håpløshet ta overhånd (Hall & Graubæk, 2010).

Hva er så et godt utgangspunkt for å danne en relasjon? For det første må sykepleieren fremstå tilgjengelig og tilstedeværende. Oppfatter pasienten at sykepleieren er til stede i øyeblikket vil det kunne gi en følelse av verdi ved at pasienten føler seg sett, som dermed kan være til hjelp under sykdomsforløpet. Det vil ikke hjelpe tilstrekkelig å være fysisk tilstede hos pasienten hvis tankene er et helt annet sted (Lorentsen, 2009). Jacobsen et al (2015) sin studie rapporterer om at unge voksne anser det som viktig for relasjonen at sykepleieren ikke bare gjør jobben sin fordi de må, men at de viser at de bryr seg og er påkoblet pasienten. Unge voksne pasienter verdsetter blant annet sykepleierens vennlighet, smil, og hverdagslige samtaler. Sykepleieren må anstrenge seg og vise kreativitet i arbeidet med å bli kjent med pasienten. Hva og hvem er denne personen utover det å være pasient? I dette arbeidet kan sykepleieren også bruke pårørende, venner eller kollegaer (Kristoffersen, Breivne, & Nortvedt, 2015).

Sykepleieren har ansvar for å knytte kontakt med andre i helseteamet dersom pasienten har behov for det. Det samme gjelder tilbud om kontakt med pasientgrupper. I tillegg til

informasjon fra helsepersonell kan pasientforeningen Margen være aktuell. Dette er en landsomfattende forening for personer med leukemi og andre blodkreftrelaterte sykdommer (Kreftforeningen, 2017). De forstår personen på en annen måte enn familie og venner, fordi de gjennomlever noe av det samme selv. Å høre hvordan andre har det, hvilke utfordringer de møter og hvordan de takler og mestrer egen sykdom, kan være lærerikt. Medpasienter kan derfor være til uvurderlig støtte for pasienten (Grovs & Lorentsen, 2010; Finne-Grønn & Dagestad, 2010). Familie og venner kan også være viktige støttespillere i en tid som er preget av sykdom. Ved å omgås andre kan man bli minnet på at man betyr noe for de rundt. Dette er spesielt viktig dersom pasienten opplever en psykisk krise, som kan føre til at man føler seg verdiløs og ensom (Cullberg, 1992).

Et nyttig tiltak kan være å lage et nettverkskart sammen med pasienten. Et slikt kart kan gjøre en oppmerksom på styrker og svakheter i ens nettverk. Kanskje pasienten har flere støttespillere rundt seg enn de først antok. Pleiepersonalet vil også kunne utgjøre en viktig del av nettverket når man er alvorlig syk (Rustøen, 2006). Støtte fra fagpersoner viser seg i studien til Mattioli, Repinski og Chappy (2008) som betydningsfullt for deres opplevelse av sykdom.

Ut fra pasientens tilstand og situasjon kan det være aktuelt å utforme mål sammen med sykepleieren. Konkrete og realistiske mål kan gi pasienten en økt opplevelse av kontroll i en situasjon som ofte kjennetegnes ved en mangel på kontroll, og kan dermed fremme mestringsfølelse og medbestemmelse. Målene må ta utgangspunkt i den enkelte, og de kan være både kort- og langsiktige. Gjennom å anerkjenne pasientens ønsker og behov viser man samtidig respekt. Respekt er vesentlig i forhold til å styrke pasientens håp (Lorentsen, 2009). Handling er viktig for å påvirke resultatet av håp, som innebærer at pasienten må bruke sine ressurser og være engasjert i egen situasjon. Pasientene som er i stand til å sette mål, og selv tar ansvar for å nå disse målene, er blitt karakterisert som de mest håpefulle (Rustøen, 2006). Ikke alle mål og drømmer vil være realistiske, men de bringer likevel noe positivt inn i pasientens nåværende situasjon. Det er derfor viktig at sykepleieren tar utgangspunkt i pasientens livsverden (Kristoffersen, Breievne, & Nortvedt, 2015; Lorentsen, 2009). Mange ønsker å medvirke der de kan. Spesielt unge voksne som nettopp har blitt selvstendige kan føle et behov for å kontrollere det som angår deres hverdag. Pasientens medbestemmelsesrett er en viktig verdi å ivareta for at pasientene skal opprettholde selvbilde, selvrespekt og for at de ikke skal føle seg umyndiggjorte eller hjelpeløse. Det hevdes at

dersom pasienten er deltakende i små avgjørelser kan håpet styrkes i øyeblikket, samt hjelpe pasienten til å se framover (Kvåle, 2002, s. 17).

5. 2 Kartlegging av håp

Pasienter som rammes av kreft i bloddannende organer og lymfatiske vev møter utfordringer av fysisk, psykisk, sosial og eksistensiell art (Vik, 2017, s. 665). Helsetjenesten har ofte en formålsrasjonell tilnærming til pasientens problemer, men det er viktig å være seg bevisst at spørsmål knyttet til håp og mening ivaretar respekten for menneskeverdet og gir kvalitet til behandlingen (Vik, 2017). Hypotetisk sett vil diagnostisering for et ungt menneske oppleves som tungt, og den fortvilelse og motstand de føler på kan påvirke deres evne til å håpe på en negativ måte. Likevel skjer det en endring med et menneske når sykdom inntreffer. Blant annet hevdes det at man får en ny virkelighetsoppfatning når man blir alvorlig syk, ved at man ser annerledes på verden enn det man gjorde før. På den måten kan et håp også styrkes ved sykdom (Rustøen, 2006). Prosessen knyttet til håp kan være virkningsfull, selv om pasientens håp kanskje er urealistisk (Lorentsen, 2009).

Det er viktig at sykepleier fremmer håp hos en ung voksen med diagnosen akutt myelogen leukemi fordi målet med behandlingen vil være helbredelse. Det ønskede behandlingsresultatet er tilfriskning og overlevelse, og sykepleier har en viktig rolle i å oppmuntre pasienten til å håpe på dette utfallet. Håp kan imidlertid ikke bare installeres eller bli gitt til andre. Håpet må eies av pasienten hvis det skal få betydning. I og med at det er et indre anliggende, må det letes fram i en selv. En uhelbredelig syk pasient kan også håpe på å bli frisk igjen, selv om det er små eller ingen muligheter for at det vil skje. I tilfeller der behandlingsmålet er kurativt kan imidlertid håpet om å bli frisk være den største motiverende faktoren. Det er nettopp dette som gjør sykepleieren sin rolle så viktig. Den som mangler håp, ser ingen utsikter til forandringer eller bedring (Travelbee, 1999; Rustøen, 2006).

Flere kartleggingsverktøy er utviklet for å kartlegge håp innenfor helsefaglige disipliner. Herths håpsindeks er et av instrumentene som er anvendt i en rekke studier både i Norge og internasjonalt. Skjemaet består av 12 spørsmål, og har vist seg å ha tilfredsstillende psykometriske egenskaper. Svaralternativene går fra ”veldig uenig” til ”veldig enig”, og inneholder blant annet utsagn som: Jeg ser positivt på livet; jeg ser muligheter i problematiske situasjoner; jeg er redd for hva framtiden vil bringe; jeg føler at mitt liv har verdi. Skjemaet er kort og enkelt å fylle ut, og anvendes blant annet til pasienter med kreft. I tillegg er Herths

håpsindeks ikke rettet mot et bestemt livssyn. Styrken med skjemaet er at det er så kort at det kan anvendes i klinisk praksis der man står overfor pasienter hvor det er ønskelig å foreta en kartlegging. Et slikt spørreskjema kan være et godt utgangspunkt for å sammenligne hvordan pasienten scorer i oppstartsfasen av behandlingen. Skjemaet kan brukes for å bli kjent med pasienten, og senere i forløpet. På denne måten kan sykepleieren fange opp eventuelle endringer i løpet av behandlingsforløpet. Kartleggingen kan være et viktig hjelpemiddel for å identifisere pasienter som har det vanskeligst på et tidlig tidspunkt. Samtidig kan en også få informasjon om pasienter som scorer høyt og som på den måten har et intakt og håpefullt perspektiv. Pasienten skal fylle ut skjemaet systematisk og resultatene skal brukes aktivt i behandlingsevalueringen. Resultatene dokumenteres slik at kollegaer som har nytte av å følge utviklingen også får tilgang til dette. Det er likevel en fare for at de pasientene som har det vanskeligst, ikke ønsker å besvare spørsmålene hvis de hvis kjenner på vonde følelser og frykter at det vil bli verre av å få svarene svart på hvitt (Rustøen, 2016; Rustøen, 2006).

Hver fase i sykdomsforløpet har sine spesielle utfordringer. Det ble i studien til Albrecht et al. (2017) observert psykiske plager som depresjon og angst i uke 1, 4 og 6 av behandlingen. Slik informasjon er viktig for sykepleieren ettersom pasientens livskvalitet påvirkes, noe som igjen vil gå ut over deres opplevelse av håp. Kunnskaper om de enkelte fasene kan gjøre det lettere for sykepleieren å finne ut hvilke handlinger som skal iverksettes for å hjelpe pasienten gjennom sykdomsforløpet. De periodene pasienten er spesielt utsatt for psykiske belastninger er det ekstra viktig med individuell, pasientsentrert sykepleie. Det vil være viktig å fokusere på de små tingene i de periodene pasienten har det ekstra tøft. Et smil, en berøring, en ekstra pute eller en spøkefull kommentar kan være særlig kjærkomment. Dette kombinert med at sykepleieren er tidlig ute med å observere og lindre symptomer, det vil si viser en høy medisinsk-teknisk kompetanse, vil kunne hjelpe pasienten til å reinstallere håp om tilfriskning (Reitan, 2010).

Det lindrende aspektet i sykepleien retter seg mot både fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Lindrende sykepleiehandlinger kan derfor være godt kroppslig stell, støtte og veiledning samt tiltak for å tilrettelegge miljøet både fysisk og psykososialt i samsvar med pasientens ønsker og behov (Nortvedt, Skaug, Kristoffersen, & Grimsbø, 2016, s. 18).

I Lorentsen (2009) sine kvalitative forskningsintervjuer kom det fram at opplevelsen av gode øyeblikk kan gi pasienten håp til å fortsette å leve og bekjempe sykdommen.

Det fysiske og psykososiale miljøet har betydning for pasientens opplevelse av helse og velvære. Alvorlig syke kreftpasienter har i en studie blitt spurt om hvordan miljøet virker inn på livskvaliteten deres. Lyse, luftige og rene rom, med mulighet for å se gjennom et vindu ble trukket fram som betydningsfullt. Muligheten for å komme i kontakt med naturen, enten ved å se ut eller fysisk å være ute, var også viktig for opplevelsen av livskvalitet. Det hevdes at håpet er avhengig av holdningen og atmosfæren rundt en. Som en del av sykepleierens lindrende funksjon kan det å tilrettelegge for et terapeutisk miljø være med på å gi pasienten en bedre opplevelse av oppholdet på sykehus. Dette kan gjøres blant annet ved å holde nattbord rent og ryddig, skifte på sengen regelmessig, sørge for frisk luft på rommet og slippe inn dagslys eller trekke for gardinene avhengig av pasientens preferanser (Rowlands & Noble, referert i Grov & Lorentsen, 2010, s. 416).

Som nevnt er alder en viktig prognostisk faktor. Pasienter under 60 år har bedre sjanser for å bli friske, noe som kan være en viktig motivasjonsfaktor hos de unge voksne. Selv husker jeg at dette ble vektlagt på hematologisk avdeling når yngre pasienter fikk leukemi. Unge kropper tåler mer enn eldre og mer skrøpelige kropper, noe de ansatte visste å bruke positivt og lot til å være en faktor som hadde effekt hos flere av pasientene. På den andre siden kan frykten for eventuelle tilbakefall bli så stor at en ikke makter å se noe positivt i den aktuelle situasjonen. Mange er innforstått med at dersom en skulle få tilbakefall, vil utfallet som regel være dårligere enn ved første sykdomsdebut (Albrecht et al., 2017). Det vil da være lurt å minne pasienten på at et flertall yngre pasienter kan oppnå remisjon med intensiv kjemoterapi (Tangen et al., 2008).

5. 3 Kartlegging av symptomer

Behandlingsperioden er meget krevende. Pasienter som behandles for akutt leukemi kan være svært syke, samtidig som de er utsatt for alvorlige komplikasjoner som følge av benmargsdepresjon. Observasjon av tidlige tegn på komplikasjoner (blødning, infeksjon) er viktig slik at eventuelle tiltak kan iverksettes raskt. Et av de sentrale målene i sykepleien til pasienter med maligne blodsykdommer er å forebygge plagsomme og alvorlige symptomer og komplikasjoner av behandlingen (Finne-Grønn & Dagestad, 2010; Reitan, 2010). En av sykepleierens viktigste oppgaver er å observere tegn til infeksjoner for å forebygge sepsisutvikling. Temperaturutvikling, blodtrykk, puls, respirasjon og almenntilstand må observeres regelmessig (Vik, 2017). Her kan NEWS, et verktøy for tidlig identifisering av

risikopasienter, være nyttig. Selv opplevde jeg at dette ble brukt systematisk på hematologisk avdeling. Kartleggingsverktøyet ESAS blir som nevnt hovedsakelig brukt i palliativ behandling. Etter å ha forhørt meg med en ansatt på hematologisk avdeling ble jeg opplyst om at det nå også brukes på pasienter med kurativt siktemål, i forbindelse med et screening-prosjekt. Inneliggende pasienter skal screenes en gang pr uke med ESAS. Symptomene som kartlegges ved hjelp av dette skjemaet er som nevnt ofte fremtredende hos pasienter med akutt leukemi. Hyppigheten og alvorlighetsgraden av opplevde symptomer varierer over tid. Introduksjonsbehandlingen er ofte en stressende periode ettersom det er uvisst om behandlingen har hatt ønsket effekt eller ikke. Pasientene risikerer da å oppleve høyt symptomtrykk og påfølgende redusert livskvalitet. Hvordan pasienten opplever å være kritisk syk kan endres fra til time, fra dag til dag, og skifte mellom håp og håpløshet (Stubberud, 2013). Det ustabile er ofte det stabile i denne situasjonen. Bivirkningene fra cytostatika kan, avhengig av omfang og i hvor stor grad de påvirker pasientens velvære, også påvirke pasienten på en slik måte at evnen til å kjenne håp svekkes. Sykepleier må derfor identifisere plager hos pasienten på et tidlig tidspunkt og iverksette nødvendige tiltak for å forhindre at det utvikler seg til vedvarende problemer.

I tillegg til det medisinske aspektet ved en negativ sykdomsutvikling kan en forverring av sykdommen true og utfordre håpet (Kristoffersen, Breievne, & Nortvedt, 2015).

Regelmessig symptomkartlegging er særlig aktuelt hos denne pasientgruppen ettersom studier har vist at unge voksne med kreft rapporterer om høyere symptombelastning og lavere livskvalitet sammenliknet med ungdom og eldre aldersgrupper (Albrecht et al., 2017). Flere undersøkelser viser at pasienter verdsetter sykepleiernes tekniske dyktighet og medisinske kunnskap som viktig for opplevelsen av god omsorg (Kvåle, 2002). Opplever pasienten at sykepleieren har gode kunnskaper om symptomlindring, kan det gi håp. (Grov & Lorentsen, 2010). Derimot kan lite oppmerksomhet på pasientens velvære eller fysiske behov påvirke håp negativt (Travelbee, 1999). Dersom sykepleieren jobber kunnskapsbasert og bruker kartleggingsverktøy systematisk, kan dette ha stor betydning for i hvilken grad pasienten føler seg trygg og ivaretatt. Dette kan i sin tur styrke håpet om å bli frisk.

5. 4 Kommunikasjonens betydning for å fremme håpet

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2011) er det presisert i punkt 2.4 at *”Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått”*.

Kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient bør være personorientert, noe som innebærer at man forholder seg åpent og anerkjennende til den andre som en unik person. Dette forutsetter at man er oppmerksomt til stede og lytter godt både til det den andre sier, men også det som uttrykkes nonverbalt.

Pasienten kan uttrykke noe som er vesentlig og viktig for dem, indirekte eller direkte, og kunsten er å oppdage og gripe det øyeblikket når det oppstår. Forskning viser at pasienten sjelden uttrykker seg direkte om det de har på hjertet. I stedet uttrykkes helsebekymringer ofte gjennom indirekte antydninger og hint, nonverbalt eller verbalt. Det er derfor viktig at sykepleier lytter aktivt, ikke bare til det som blir sagt, men også til det som *ikke* sies. Mye viktig informasjon kan komme til uttrykk gjennom kroppsspråk, stemmebruk og ansiktsuttrykk. Essensen i personorientert kommunikasjon er å være aktivt lyttende til stede på en slik måte at den andre opplever å bli sett, hørt og forstått. Hvis pasienten opplever å bli møtt på en god måte er det større sjanse for at vedkommende åpner seg for sykepleieren (Eide & Eide, 2017, s. 17).

Profesjonell kommunikasjon har alltid et helsefremmende formål, og et formål om å motivere den andre. I kommunikasjonens betydning innebærer helsefremming å se og anerkjenne den andres ressurser og muligheter til mestring og utvikling, og ikke bare se personen som en pasient. Situasjonen man havner i når diagnosen akutt leukemi er et faktum, kan oppleves svært kaotisk. Ved hjelp av gode kommunikasjonsferdigheter kan man bidra til å skape struktur og mening i denne situasjonen. De gode kommunikasjonsferdighetene er hjelpemidler til blant annet å forstå pasienten som person, til å forstå relasjonen, til å gi bedre hjelp og støtte og styrke følelsen av trygghet (Eide & Eide, 2017). I tillegg til gode kommunikasjonsferdigheter er det essensielt at sykepleieren tar i bruk sin undervisende funksjon. Sykepleieren har blant annet ansvar for å gi informasjon relatert til behandlingsopplegget. Gjennom å informere, undervise og veilede pasienten bidrar sykepleieren til å fremme trygghet og mestre konsekvensene av sin behandling. Hvis pasienten føler at de mestrer sin situasjon per i dag er dette noe som også kan gi håp for tiden videre. Selv opplevde jeg flere ganger i praksis at pasienten ble informert av legen, med sykepleier til stede. Ofte glemte pasienten hva som nettopp ble sagt, og trengte en gjentakelse fra sykepleier. Å kunne gjenta informasjonen i rolige omgivelser, og la pasienten stille spørsmål i eget tempo opplevde jeg at de hadde godt utbytte av og det var noe som så ut til å trygge pasienten.

Pasienten kan ha behov for gjentatte informasjonssamtaler. Det er viktig at sykepleieren har et mål med samtalen og en plan for hva en vil oppnå. Pasientens informasjonsbehov må kartlegges. Av og til kan helsepersonells behov for å informere være større enn pasientens behov for å vite. En må derfor hele tiden ta utgangspunkt i pasientens situasjon. En pasient som befinner seg i sjokkfase kan ha vanskeligheter med å huske hva som ble sagt, og blir lett overveldet av for mye informasjon. Det er viktig at sykepleier er klar over dette slik at informasjonen kan gjentas når pasienten i større grad har roet seg ned, og kommet over sjokkfasen. Fasen preget av sjokk kan vare alt fra et kort øyeblikk til noen døgn (Cullberg, 1992). En sykepleier som kjenner pasienten godt, kan lettest finne ut hva og hvor mye pasienten ønsker og trenger å vite (Grov & Lorentsen, 2010; Kvåle, 2002).

Kreftpasienten kan, gjennom samtale med helsepersonell, lære å forstå seg selv bedre, finne en mening med situasjonen og gjenvinne kontroll over livet sitt (Reitan, 2017). Det er viktig å være klar over at sykepleierens atferd, holdninger og ordbruk i samtaler og informasjonsutveksling er medvirkende til om pasienten opplever økt mismot eller håp (Grov & Lorentsen, 2010, s. 402). Å formidle informasjon på en ærlig, respektfull og medfølende måte er betydningsfullt for håpet til pasienten (Mattioli et al., 2008). Informasjonssamtaler bidrar til forutsigbarhet og kontroll. Liten eller ingen informasjon vil bidra til usikkerhet og økt stressopplevelse. Det er derfor viktig at sykepleieren tar seg god tid, slik at samtalen preges av trygghet og ro. En må også kartlegge hvorvidt det passer å gjennomføre en samtale akkurat nå. Er pasienten tilstrekkelig smertelindret? Fremdeles preget av sjokkfase?

Sykepleieren må ta i bruk sin egen personlighet og kunnskap, i den hensikt å bidra til å fremme pasientens mestring av den nye livssituasjonen. Under samtalen må en også være bevisst på at pasientens autonomi og integritet ivaretas (Vik, 2017, s. 666).

Sykepleierne må ha nok kunnskap til å informere, og føle seg trygg nok til å gjøre det, men en må også kjenne sine begrensninger. Feil informasjon kan være verre enn ingen informasjon, ikke minst kan det gi et falskt håp (Kvåle, 2002). Sykepleieren har makt til å gi eller begrense informasjonen, men plikter å gi den informasjonen som er nødvendig for at pasienten får innsikt i sin helsetilstand (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2; Reitan, 2017).

I forbindelse med min praksis ble det gjennomført en workshop på skolen hvor vi praktiserte ulike kommunikasjonsøvelser gjennom rollespill. Vi øvde på responderende ferdigheter som å stille åpne spørsmål, og fikk kjenne på hvordan samtalen begrenses når spørsmålene er lukket. Det var svært lærerikt å erfare hvordan spørsmålene vi stiller kan fremme dialog med

pasienten, og hvordan lukkede spørsmål kan gjøre sykepleieren til den aktive part og pasienten til en passiv mottaker i samtalen (Reitan, 2017).

Kommunikasjon er en prosess som kan gjøre sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold, og dermed oppfylle sykepleiens mål og hensikt, som dreier seg om å hjelpe enkeltindivider med å forebygge og mestre erfaringer med sykdom og lidelse.

Avgjørende er sykepleierens atferd. Pasienten stiller seg intuitivt spørsmålene: vil denne personen meg vel, er denne personen til å stole på, kjenner jeg tillit til vedkommende? Jo mer kreativ, kunnskapsrik og dyktig sykepleieren er, desto bedre er vedkommende i stand til å øse av den kraften og styrken som ligger i kommunikasjon. Pasienten deler ikke noe meningsfylt med sykepleieren før en er sikker på at det en meddeler, vil bli mottatt – at det ikke blir ignorert, avvist, nedvurdert eller latterliggjort (Travelbee, 1999). Trygghet og tillit er grunnleggende størrelser i denne sammenhengen.

Den profesjonelle sykepleieren vil hjelpe syke mennesker med å opprettholde håp og unngå håpløshet ved å være tilgjengelig, og vise villighet til å hjelpe. Empati og interesse for pasientens situasjon er ofte et godt tiltak for å avhjelpe nedstemthet. Derimot kan en uinteressert og lite empatisk sykepleier tolkes dit hen at pasientens situasjon er håpløs og ikke verdt videre innsats. En aktiv, personorientert tilnærming til pasienten vil kunne gi et godt grunnlag for å utnytte pasientens evne til egenmestring. Er sykepleieren engasjert og medfølende kan engasjementet smitte over på pasienten, gi nye krefter, og styrke håpet (Rustøen, 2006). I følge Lorentsen (2009) sin studie var ikke selve ordene som ble sagt i seg selv noe som styrket pasientens håp. Sykepleierintervensjonene som styrket kreftpasientenes håp, handlet heller om å lytte og observere. Også sykepleierens gode humør og små spøkefullheter kan gjøre inntrykk. En bemerkning som «Se der, nå greier du dette også!» uttalt på rett tidspunkt, kan gi håp og krefter.

Humor er et virkemiddel som pasienter kan sette pris på, som kan bidra til å bedre kommunikasjonen i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Humor og latter kan være viktig både for pasientens velbefinnende, og som en mestringsstrategi for hjelperen og pasienten. Humor kan også bidra til å redusere spenning, spesielt i situasjoner hvor det psykiske presset har vært stort. Når man kan le av et problem, er mye oppnådd. Da er man ikke like redd, den opplevde trusselen er ikke så farlig lenger. En av deltakerne i studien til Jacobsen et al (2015) beskrev hvordan bruk av humor lettet på stemningen under spesifikke behandlingsprosedyrer. På en annen side kan bruken av humor også overdrives eller være malplassert, og bidra til å skape en kunstig munterhet som virker fremmedgjørende. Hvis humor blir brukt for å unngå viktige og vonde temaer, eller på feilaktig grunnlag er ment å skåne pasienten, tjener den ikke

lenger den ”gode” funksjonen. Det er derfor viktig å huske på at ikke alle former for humor er akseptable i profesjonelle relasjoner. Sykepleieren bør stille seg åpen for den andres humor omkring egen situasjon, men være tilbakeholden med egne humoristiske kommentarer, spesielt før en kjenner pasienten (Eide & Eide, 2012).

Som nevnt har dagens kreftpasienter mye kunnskap om sykdom og behandling, men kunnskapsnivået vil variere, avhengig av blant annet pasientens alder. Det kan være store individuelle forskjeller på hvor mye en pasient på 18 år vet om kreft, sammenliknet med en på 30 år. Ettersom behandlingen starter umiddelbart etter diagnositidspunkt er det ikke rom for å lese seg opp før innleggelsen. Hvor mye kunnskap den aktuelle pasienten har bør kartlegges allerede i inntakssamtalen. I informasjonssamtalen må sykepleieren ta hensyn til pasientens alder og kunnskapsnivå, slik at informasjonen som gis er tilpasset den aktuelle pasienten.

Pasienten vil få tilgang på informasjon gjennom medpasienter, familie, venner, massemedier eller ulike utsagn fra helsepersonell. En ung voksen har gjerne samlet informasjon på Internett og trenger å diskutere denne. Pasienten kan også overhøre bemerkninger fra helsepersonell eller andre som vet noe om pasienten sin situasjon, som vedkommende selv ikke er informert om. Slik kommunikasjon kan svekke tilliten mellom partene, noe som vil være ugunstig ettersom håp har nær sammenheng med tillit (Reitan, 2017).

Mange av de som sitter med mye kunnskap om egen sykdom blir redde, de klarer ikke å vurdere det de får av informasjon på en kritisk måte. Sykepleier kan hjelpe pasienten med å skille viktig og relevant informasjon fra mindre relevant informasjon. Noe av informasjonen som gis kan med fordel suppleres med skriftlig informasjonsmateriell. Skriftlig informasjon kombinert med samtale vil fremme pasientens opplevelse av kontroll og mestring (Grov & Lorentsen, 2010).

Helsepersonell kan oppfordre kreftpasienten til å ta med pårørende i viktige informasjonssamtaler. Mye informasjon om for eksempel behandlingsstrategi og prøveresultater kan bli et tema, og det kan derfor være en fordel med flere tilstede. Pårørende kan også bidra til å styrke pasientens identitet, og kan være til stor hjelp når kreftpasienten forsøker å mestre sykdommen. Dersom pasienten ikke ønsker å ha pårørende til stede i samtalen, er dette et valg som må respekteres.

Mye av informasjonen pasienter med kreft mottar vil for de fleste endre livet totalt, og de kan oppleve tap av kontroll når det gjelder egen helse, framtidsutsikter og forventet levetid. Maktesløshet kan ramme dem. Det er knyttet stor uro og bekymring til sykdomsforløpet, fordi

kreft får en innvirkning på alle aspekter av pasientens liv. Alle som befinner seg i en vanskelig situasjon, vil forsøke å finne en mening med det som skjer. Å finne mening kan innebære å henvende seg til andre mennesker, snakke med familie og venner, eller søke etter kunnskaper om kreft. Ved å samtale om sykdommen, behandlingsforløpet, effekten av behandlingen, omfang og bivirkninger, psykiske reaksjoner og situasjonen fra dag til dag får kreftpasienter oversikt og mulighet til å gjenvinne kontroll over eget liv. Det er faktorer som i sin tur kan påvirke håp i riktig retning (Reitan, 2017). Dersom pasienten erfarer at legens eller sykepleierens holdninger er dominert av håp og tro, kan vedkommende oppleve at håpet styrkes hos en selv. Det er riktignok en kunst å støtte opp om pasientens håp, uten å gi vedkommende falske forhåpninger. (Grov & Lorentsen, 2010; Evensen, 2014). Det gjør det ikke mindre viktig å gi pasienten tegn på at det finnes noen som har tro på at ting kan bli bedre. Hvis pasienten merker en positiv holdning fra sykepleieren, kan det styrke håpet. Sammen kan dette bidra til å kunne forestille seg en fremtid på ny, som frisk og fri fra sykdommen (Angel, 2010).

6. Avslutning

For å fremme håp hos unge voksne pasienter med en alvorlig kreftdiagnose, har jeg i oppgaven forsøkt å peke på noen sentrale momenter.

Relasjonsbygging mellom sykepleier og pasient tidlig i forløpet er viktig for å fremme håp og motvirke håpløshet. Det gir den unge pasienten tillit og trygghet i en situasjon med mye usikkerhet.

Pasienter er forskjellige og unike, og hva håp kan knyttes til vil variere fra pasient til pasient. Her spiller personlighet, livserfaringer og alder inn. Sykepleieren må samarbeide tett med pasienten for finne ut hva som mobiliserer håp og mestring hos den enkelte.

Informasjon om sykdom, behandling og prognose må tilpasses sykdomsfase, alder og modenhet hos pasienten. Det er viktig å gi tilstrekkelig informasjon til riktig tid.

Å kartlegge pasientens sosiale nettverk viser seg å være nyttig ettersom det er mye støtte i slike nettverk. I skriveprosessen har det blitt tydeliggjort i hvor stor grad håp og mestring kan knyttes opp mot hverandre.

God symptomkontroll viser seg gjennomgående viktig for opplevelsen av håp, noe som understreker viktigheten av at sykepleier jobber kunnskapsbasert, bruker kartleggingsverktøy systematisk samt hyppig observerer og lindrer symptomer.

God kommunikasjon med pasientene omfatter både faglighet og medmenneskelighet, handling og lydhørhet. Å sørge for at pasientens informasjonsbehov er dekket viser seg også avgjørende. Sammen kan ovennevnte faktorer bidra til å fremme håp i kampen mot kreft.

Litteraturliste

- Albrecht, T. A., Boyiadzis, M., Elswick Jr, R. K., Starkweather, A., & Rosenzweig, M. (2017). Symptom Management and Psychosocial Needs of Adults With Acute Myeloid Leukemia During Induction Treatment: A Pilot Study. *Cancer Nursing*, 40(6), E31-E38. doi:10.1097/NCC.0000000000000428
- Angel, S. (2010). Kampen for å komme videre i livet. I A.-M. Graubæk (red.), *Å være pasient* (ss. 105-123). Oslo: Akribe.
- Cullberg, J. (1992). Krisens forløp og symptomer. I J. Cullberg, *Mennesker i krise og utvikling* (ss. 121-135). Gjøvik: Aschehoug.
- Cullberg, J. (1992). Opplevelser som utløser en traumatisk krise. I J. Cullberg, *Mennesker i krise og utvikling* (ss. 100-114). Gjøvik: Aschehoug.
- Dahl, A. A. (2016). Kreftpasientens utfordring. I A. A. Dahl, *Kreftsykdom* (ss. 19-36). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Dalland, O. (2015). Den litterære oppgaven. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (ss. 223-231). Oslo: Gyldendal.
- Dalland, O. (2015). Hva er metode? I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (ss. 111-122). Oslo: Gyldendal.
- Dalland, O., & Trygstad, H. (2015). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (ss. 63-80). Oslo: Gyldendal.
- Eide, H., & Eide, T. (2012). Bekreftende ferdigheter. I H. Eide, & T. Eide, *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk* (ss. 219-242). Oslo: Gyldendal.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). Hva er god, profesjonell kommunikasjon? I H. Eide, & T. Eide, *Kommunikasjon i relasjoner - personorientering, samhandling, etikk* (ss. 15-40). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eklund, H.B. (2010). Gir god kreftomsorg. *Sykepleien*, 15, 54-57. Hentet fra:<https://static.sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/565641.pdf?c=1410453533>
- Eriksen, S. (2015). Menneskets psykososiale behov. I E. K. Grov, & I. M. Holder (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie I* (ss. 887-905). Oslo: Cappelen Damm.
- Evensen, S. A. (2014). Kommunikasjon med den kreftsyke pasienten. I F. Wisløff, T. Gedde-Dahl, G. E. Tjønnfjord, & H. Holte (red.), *Blodsykdommer* (ss. 409-413). Oslo: Gyldendal.

- Finne-Grønn, L., & Dagestad, A. W. (2010). Sykepleie ved blodsykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie 2* (ss. 455-474). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Gedde-Dahl, T. (2014). Akutte leukemier og myelodysplastiske syndromer. I F. Wisløff, T. Gedde-Dahl, G. E. Tjønnfjord, & H. Holte (red.), *Blodsykdommer* (ss. 132-169). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Grov, E. K., & Lorentsen, V. B. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie 2* (ss. 401-437). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hall, E. O., & Graubæk, A.-M. (2010). Pasientologi - fra fortelling til grunnleggende verdier. I A.-M. Graubæk (red.), *Å være pasient*. Oslo: Akribe.
- Jacobsen, S. K., Bouchard, G. M., Emed, J., Lepage, K., & Cook, E. (2015). Experiences of 'Being Known' by the Healthcare Team of Young Adult Patients With Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 42(3), 250-257. doi:10.1188/15.ONF.250-256
- Kreftforeningen (2017) Leukemi hos voksne. Hentet fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/blodkreft-og-leukemi-hos-voksne/>
- Kristoffersen, N. J., Breievne, G., & Nortvedt, F. (2015). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende sykepleie 3* (ss. 245-280). Oslo: Gyldendal.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). Rammeplan for sykepleieutdanning. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Kvåle, K. (2002). Sykepleie i forhold til kreftsykes livssituasjon. I K. Kvåle, *Sykepleie til mennesker med kreft* (ss. 15-45). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lorentsen, V.B. (2009). Hvordan kan sykepleier styrke pasientens håp? *Sykepleien*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/hvordan-kan-sykepleieren-styrke-pasientens-hap>
- Mattioli, J., Repinski, R., & Chappy, S. (2008). The meaning of hope and social support in patients receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 35(5), 822-829. doi:10.1188/08.ONF.822-829
- Meyer, P. (2016). Blodsykdommer og sykdommer i lymfoide organer. I S. Ørn, & E. Bach-Gansmo (red.), *Sykdom og behandling* (ss. 203-214). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Molven, O. (2014). Forholdet mellom jus og etikk. I O. Molven, *Sykepleie og jus* (ss. 65-78). Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Molven, O. (2014). Forholdet mellom jus og etikk. I O. Molven, *Sykepleie og jus* (ss. 65-78). Oslo: Gyldendal Juridisk.

- Molven, O. (2014). Pasientenes rett til selvbestemmelse. I O. Molven, *Sykepleie og jus* (ss. 169-181). Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Molven, O. (2014). Taushetsplikt. I O. Molven, *Sykepleie og jus* (ss. 197-210). Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Norsk Sykepleieforbund (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, F., Skaug, E.-A., Kristoffersen, N. J., & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I F. Nortvedt, E.-A. Skaug, N. J. Kristoffersen, & G. H. Grimsbø (red.), *Grunnleggende sykepleie 1* (ss. 15-27). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (red.), *Klinisk sykepleie 1* (ss. 17-39). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Quist-Paulsen, P., & Evensen, S.A. (2018). Leukemi. Store Medisinske Leksikon. Hentet fra: <https://sml.snl.no/leukemi>
- Reitan, A. M. (2010). Kreftsykepleie. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (red.), *Kreftsykepleie. Pasient - utfordring - handling* (ss. 21-32). Oslo: Akribe.
- Reitan, A. M. (2010). Krise og mestring. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (red.), *Kreftsykepleie - pasient - utfordring - handling* (ss. 72-101). Oslo: Akribe AS.
- Reitan, A. M. (2017). Klinisk kommunikasjon. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (red.), *Kreftsykepleie* (ss. 104-118). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Rustøen, T. (2006). Begrepet håp. I T. Rustøen, *Håp og livskvalitet* (ss. 42-54). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rustøen, T. (2006). Eksempler på kartlegging av livskvalitet og håp. I T. Rustøen, *Håp og livskvalitet - en utfordring for sykepleieren?* (ss. 68-77). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Rustøen, T. (2006). Hvordan håp kan styrkes i møte med pasienter. I T. Rustøen, *Håp og livskvalitet* (ss. 97-110). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rustøen, T. (2016). Håp. I G. Haugan, & T. Rannestad (red.), *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten* (ss. 59-72). Oslo: Cappelen Damm.
- Rustøen, T. (2016). Håp. I G. Haugan, & T. Rannestad (red.), *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten* (ss. 59-69). Oslo: Cappelen Damm.
- Slørdal, L. (2013). Legemidler ved kreftsykdommer. I H. Nordeng, & O. Spigset (red.), *Legemidler og bruken av dem* (ss. 131-139). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Sneltvedt, T. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (red.), *Etikk i sykepleien* (ss. 97-110). Oslo: Gyldendal.
- Stubberud, D.-G. (2013). Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov. I D.-G. Stubberud (red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal.
- Stubberud, D.-G. (2013). Konsekvenser for sykepleierens funksjon og ansvar. I D.-G. Stubberud, *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (ss. 42-64). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2013). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.-G. Stubberud (red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (ss. 13-37). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tangen, J.-M., Fløisand, Y., Foss-Abrahamsen, J., Haukås, E., Næss, I. A., & Skjelbakken, T. (2008, Mai 15.). Overlevelse hos voksne med akutt myelogen leukemi. Oslo, Oslo, Norge.
- Travelbee, J. (1999). Begrepet håp. I J. Travelbee, *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (ss. 117-123). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Travelbee, J. (1999). Begrepet kommunikasjon. I J. Travelbee, *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (ss. 133-166). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tveten, K., Stokke, K., Riddervold, H.M., Lebesby, J., Antonsen, K.M., Gudim, M., ... Næss, S. (2016). Psykososial støtte for ungdom og unge voksne med kreft. Helsebibloteket. Hentet fra: <http://www.helsebibloteket.no/fagprosedyrer/ferdige/Psykososial-st%C3%B8tte-for-ungdom-og-unge-voksne-med-kreft>
- Vik, H. B. (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft i bloddannende organer og lymfatisk vev. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg (red.), *Kreftsykepleie* (ss. 665-676). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Wyller, V. B. (2014). Blodsykdommer. I V. B. Wyller, *Syk 1 - Mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi og klinisk medisin* (ss. 263-282). Oslo: Cappelen Damm AS.