



Fremme håp i kampen mot akutt leukemi

Kandidatnummer: 612
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9514
Dato: 23.04.2019



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 23/04-2019
Tittel: Fremme håp i kampen mot akutt leukemi	
<p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon bidra til å styrke håp hos unge voksne med nyopplaget akutt leukemi?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Oppgavens teoretiske perspektiv bygger på etikk, lovverk og ansvars- og funksjonsområder i forhold til sykepleierens kunnskapsgrunnlag. Det anvendes teori om akutt leukemi, behandling med cytostatika og bivirkninger, den unge voksne pasientgruppen, opplevelsen av å få en akutt leukemi diagnose og traumatisk krise. Videre omtales sykepleierens rolle i å bygge en relasjon, fremme håp, den profesjonelle kommunikasjonen og informasjonsbehovet ved akutt og kritisk sykdom. Joyce Travelbees teori om et menneske-til-menneske-forhold, definisjon av håp og kommunikasjon mellom sykepleier og pasient er sentrale for oppgavens teori og drøfting.</p> <p><u>Metode</u> Dette er en litterær oppgave, hvor eksisterende fag- og forskningslitteratur er anvendt for å besvare problemstillingen.</p> <p><u>Drøfting</u> I startfasen av en akutt leukemidiagnose vil relasjonen og kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient trolig være viktig for sykepleierens mulighet til å styrke pasientens håp. For å skape trygghet og forutsigbarhet anses det som nødvendig at sykepleieren fanger opp pasientens opplevelse av å få en kreftsykdom, og at hun eller han godtar og viser forståelse for følelser og reaksjoner. Den mellommenneskelige kontakten er sentral, og sykepleieren må legge til rette for at pasientens nettverk mobiliseres. Egne praksiserfaringer trekkes inn der det er relevant.</p> <p><u>Konklusjon</u> Det er flere faktorer som viser seg å ha betydning for sykepleierens mulighet til å fremme håp gjennom kommunikasjon. Tillitsbygging mellom sykepleieren og pasienten er viktig for å skape en god relasjon. Sykepleieren må oppfatte mennesket bak sykdommen, og pasientens individuelle behov tidlig. Kartleggingsverktøy kan være nødvendig i denne prosessen. Videre må sykepleieren ha nok kunnskap om sykdommen og behandlingsforløpet for å kunne fremstå selvsikker og kunnskapsrik. Det er nødvendig å legge til rette for samtaler, og normalisere følelser og reaksjoner.</p>	

(Totalt antall ord:288)

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 formål	2
2	Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag	3
2.1	Akutt leukemi	3
2.1.1	Behandling med cytostatika	3
2.1.2	Bivirkninger av cytostatika	4
2.2	Den unge voksne pasientgruppen	4
2.2.1	Pasientens opplevelse av å få diagnosen akutt leukemi	5
2.3	Livskrise	6
2.4	Sykepleiefaglig perspektiv	7
2.4.1	Joyce Travelbee.....	7
2.4.2	Relasjon og mellommenneskelig kontakt	8
2.4.3	Håp	8
2.4.4	Den profesjonelle kommunikasjon	10
2.4.5	Kommunikasjon og informasjonsbehov ved akutt og kritisk sykdom.....	12
3	Metode for oppgave	14
3.1	Metodebeskrivelse	14
3.1.1	Litteratursøk	14
3.1.2	Søkehistorikk	14
3.2	Kildekritikk.....	15
3.3	Etiske overveielser	17
4	Presentasjon av forskningsresultater.....	18
5	Drøfting.....	20
5.1	Kommunikasjon	20
5.1.1	Kommunikasjon i sjokkfasen.....	21
5.1.2	Kommunikasjon i reaksjonsfasen	22
5.2	Opplevelsen av å få akutt leukemi	23
5.3	Skape tillit og en god relasjon	25
5.4	Fremme håp og gi den nye tilværelsen mening	27
6	Oppsummering.....	29
7	Litteraturliste	30

1 Innledning

Det diagnostiseres omlag 200 nye tilfeller av akutt leukemi årlig i Norge (Helsedirektoratet, 2018). Av disse tilfellene er 80% akutt myelogen leukemi, mens 20% er akutt lymfatisk leukemi (Oncolox, 2018). Pasienter med akutt leukemi søker ofte lege grunnet opplevelse av tretthet, slapphet, blødningstendens og smerter i ledd og skjelett. Dette er kjennetegn på symptomene ved beinmargssvikt (Gedde-Dahl, 2014). Forløpstiden fra pasienten blir henvist til spesialisthelsetjenesten, frem til oppstart av behandling, er maks åtte kalenderdager i følge pakkeforløpet for akutt leukemi (Helsedirektoratet, 2018). Målet for behandlingen er i utgangspunktet kurasjon, men det kan ikke forventes at alle tåler den toksiske og intensive behandlingen som kreves. Voksne pasienter med akutt leukemi får ofte residiv om behandlingen av sykdommen alene er cytostatika. Dette betyr at selv om pasientene oppnår ny remisjon, vil de kanskje dø av kreftsykdommen før eller senere. Allogen stamcelletransplantasjon er unntaket, men det er dessverre et fåtall av pasientene som får et slikt behandlingstilbud. Dette på grunn av begrenset donortilgang og at det foreligger tungtveiende kontraindikasjoner (Gedde-Dahl, 2014). Prognosen er avhengig av alder og av type leukemi, men det anslås at ca. 40% av de voksne pasientene kan helbredes (Meyer, 2016). Sjukketilstanden pasientene er i etter den nye diagnosen, den raske oppstarten av behandlingen, og de fatale endringene i helsetilstanden er noe som er naturlig å anta at har en psykisk påvirkning på pasientgruppen.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom studieforløpet har jeg fått interesse for kreftsykepleie. Etter praksis på en hematologisk avdeling ble interessen for akutt leukemi styrket. I løpet av denne perioden opplevde jeg interessante og gripende møter med pasientgruppen som har gitt meg mange tanker i ettertid. Gjennom disse pasientmøtene har jeg sett sykepleierens sentrale rolle, og viktigheten at det fremmes håp for å hjelpe pasienten til ikke å miste motet. Både pasienten og helsepersonellet er avhengige av at pasienten har tro på seg selv, og behandlingen i denne perioden. Som snart nyutdannet sykepleier ønsker jeg å lære mer om hvordan jeg kan tilnærme meg denne pasientgruppen på best mulig måte. Litteraturen som skrives om akutt leukemi har stort fokus på barn, mens det er mindre informasjon rundt den voksne pasientgruppen. Dette gjør det interessant å se videre på den unge voksne pasientgruppen.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon bidra til å styrke håp hos unge voksne med nyoppdaget akutt leukemi?

1.3 Avgrensing

Problemstillingen avgrenses til å ta for seg unge voksne pasienter i alderen 18-30 år.

Pasientene har nylig blitt diagnostisert med akutt leukemi, og oppgaven vil fokusere på de to første ukene av behandlingen. Både akutt lymfatisk leukemi og akutt myelogen leukemi tas med i denne oppgaven, da oppstarten med induksjonsbehandlingen og sykdomstegnene er veldig like for begge pasientgruppene i denne perioden (Tjønnfjord, 2017). Pasientene er innlagt i spesialisthelsetjenesten til behandling for sin sykdom. Behandlingen av akutt leukemi baseres først og fremst på cytostatika og eventuelt stamcelletransplantasjon. I og med at stamcelletransplantasjon vurderes senere i forløpet vil ikke denne behandlingen inkluderes i oppgaven (Tjønnfjord, 2017), og det er kun behandling med cytostatika som omtales videre.

Oppgaven avgrenses videre til bare å ta med situasjoner hvor pasient og sykepleier kan kommunisere på samme språk. Det er naturlig at pårørende har en stor plass i pasientens nye hverdag med akutt leukemi, men på grunn av oppgavens omfang blir ikke pårørende inkludert videre.

1.4 Oppgavens formål

Hensikten med denne oppgaven er å belyse relevant fag- og forskningslitteratur, samt teori og erfaringsbasert kunnskap. Ethiske og juridiske perspektiver relatert til problemstillingen vil også bli diskutert. Det er ønskelig at oppgaven skal fungere som en veiledning til hvordan sykepleieren kan møte den unge voksne pasienten med nyoppdaget akutt leukemi, og hvordan hun eller han gjennom kommunikasjon kan bidra til å fremme håp i den nye tilværelsen. Sykepleierens fagkunnskap, sykepleier-pasient relasjonen og kommunikasjonen, samt pasientens opplevelse av en nyoppdaget akutt leukemi diagnose vil danne grunnlaget for mitt svar på problemstillingen.

2 Teoretisk og empirisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapittelet vil teori som bidrar til å belyse problemstillingen presenteres.

2.1 Akutt leukemi

Kreftsykdommer som oppstår i blodceller eller hematopoetiske celler kalles leukemi. Leukemi oppstår som regel i beinmargen. Ved akutt leukemi påvises et økt antall blaster i blod eller beinmarg, der sykdomsutviklingen skjer svært hurtig. Ubehandlet vil som regel sykdommen være dødelig i løpet av tre til fire måneder etter diagnosetidspunktet. Leukemiene deles inn i to hovedkategorier, myelogen og lymfatisk. Ved akutt myelogen leukemi skjer det en ukontrollert vekst av umodne myeloide celler, og leukemicellene stammer derfor fra den myeloide cellerekken. Ved akutt lymfatisk leukemi skjer det en ukontrollert vekst av umodne lymfocytter, og leukemicellene stammer her fra den lymfoide cellerekken. For valg av behandling er det avgjørende å vite hvilke av disse to typene det dreier seg om (Tjønnfjord, 2017).

Presentasjonen av sykdommen henger sammen med at den normale celledannelsen i beinmargen komprimeres på grunn av leukemicellene som etter hvert hemmer og fortrenger den normale blodcelledannelsen. Dette fører til et lavt antall erythrocytter, leukocytter og/eller trombocytter i blodet. Slapphet på grunn av anemi, blødninger på grunn av blodplatemangel, og infeksjoner på grunn av mangel på leukocytter er symptomer pasienten opplever i presentasjonen av sykdommen. Høye doser ioniserende stråling har betydning for utvikling av spesielt myelogen leukemi, men i de fleste tilfellene kan vi ikke si noe om hva som er årsaken til utviklingen av leukemi hos den enkelte pasient (Tjønnfjord, 2017).

2.1.1 Behandling med cytostatika

Behandlingen ved akutt leukemi baserer seg først og fremst på kjemoterapi, som vil si ulike kombinasjoner av cytostatika (Tjønnfjord, 2017). *”Cytostatika hemmer celledelingen ved å påvirke mitosefasen eller DNA-syntesen”* (Lorentsen & Grov, 2016, s. 399). Kurativ intensjon med behandlingen er svært krevende, og forutsetter derfor et samkjørt og kompetent behandlingsapparat samtidig som at pasienten ellers er ved god helse. I den vestlige verden benyttes det en induksjonsbehandling etterfulgt av intensiv konsolideringsbehandling ved akutt myelogen leukemi. Behandlingen av akutt lymfatisk leukemi skiller seg fra denne

behandlingen på to måter. Her består behandlingen av en meget kompleks kombinasjonsbehandling der en rekke ulike legemidler inngår. I tillegg etterfølges induksjonsbehandlingen ved akutt lymfatisk leukemi av en vedlikeholdsbehandling som strekker seg over to til tre år (Tjønnfjord, 2017).

Cytostatikabehandling medfører komplikasjoner som behandlingsapparatet må være observante på. Pasientene som gjennomgår denne behandlingen oppnår nøytropeni eller aplasi da cytostatikabehandling mot beinmarg nedsetter immunforsvaret og ødelegger de hvite blodcellene. Tiden fra første infeksjonstegn og frem til sepsisutvikling kan dermed gå fort, og medisinske tiltak må iverksettes med en gang for å unngå at pasientene dør av infeksjonen. I tillegg til nedsatt immunforsvar hemmer behandlingen dannelse av erytrocytter og trombocytter. Mangel på røde blodceller fører til anemi, og lavt nivå av blodplater fører til at pasientene lett blør. Transfusjoner av erytrocytter og trombocytter er derfor svært vanlig i forbindelse med cytostatikabehandlingen (Vik, 2017).

2.1.2 Bivirkninger av cytostatika

Bivirkninger forekommer ofte ved kjemoterapi. Grunnen til bivirkningene er den lille forskjellen på maligne og normale celler i kroppen, slik at cytostatika fungerer på begge. Kjemoterapi har størst effekt på celler med rask delingshastighet. Det vil si celler i beinmargen, hårfollikkene, huden, slimhinnene og gonadene. Dette er grunnen til at man ofte hører om bivirkninger som for eksempel hårtap, kvalme, hudirritasjon og sårhet i svelg ved denne behandlingen. I tillegg til at kjemoterapi kan virke skadelig på celler med rask delingshastighet, kan noen også gi skade på hjertet, lever og nyrer. De fleste som behandles med cytostatika får i større eller mindre grad fatigue som en bivirkning. Neutropen feber er også helt vanlig når de hvite blodcellene er lave. Kvinner i fertil alder får uregelmessig menstruasjon, og noen opplever å få en for tidlig overgangsalder. Menn opplever minket sædproduksjon under behandlingen, og enkelte vil oppleve varig sterilitet. De fleste bivirkningene begrenses til behandlingstiden og er reversible, men noen kan også komme flere måneder etter behandling og enkelte kan bli permanente (Lorentsen & Grov, 2016).

2.2 Den unge voksne pasientgruppen

Den unge voksne pasientgruppen befinner seg i en periode i livet hvor en utviklingsbro mellom ungdom på den ene siden og voksenperioden på den andre siden etableres.

Overgangen til voksenperioden kjennetegnes av en strukturerende fase, hvor utviklingsmønstrene ofte er å etablere en intim relasjon, etablere en yrkeskarriere og etablering av et hjem skjer. Større økonomisk uavhengighet og mer ansvarsfulle oppgaver etableres (Håkonsen, 2015). Overgangen fra barndomshjemmet til mer selvstendige livsformer skjer som regel uten større problemer, men for noen kan det føre til en ensomhet. De fleste opplever denne overgangen som positiv, men personer som føler at ensomheten blir et sterkt problem kan utvikle usikkerhet og angst (Cullberg, 2010). Viktige endringer som atskillelse og mindre psykologisk avhengighet fra foreldrene oppstår i denne perioden. Å etablere en stabil struktur rundt eget liv, og å skape en sammenheng mellom selvforståelsen og den voksne verden er viktig (Håkonsen, 2015). En diagnose med akutt leukemi vil for mange naturlig bryte denne utviklingsfasen, og mange vil få en større avhengighet til familien igjen.

2.2.1 Pasientens opplevelse av å få diagnosen akutt leukemi

Hos pasienter som rammes av akutt leukemi endres livssituasjonen dramatisk, ofte i løpet av få dager. Behandlingen starter samme dag eller en av de nærmeste dagene etter diagnosetidspunktet. Det selvsagte i livet blir snudd opp ned, og pasientene blir dratt ut av sin vante livssituasjon i uker, måneder og noen ganger år (Vik, 2017). Pasientene må forholde seg til store mengder informasjon om diagnosen og behandlingsopplegget. De skal gjennomgå en avansert behandling, og må håndtere bivirkninger av sykdommen, noen ganger også forberede seg på at de kan dø i nær framtid. Kreft oppfattes ofte synonymt med smerte, lidelse og død. Den diagnostiske fasen preges av uro, bekymring og angst i forhold til resultater fra prøver og undersøkelser som gjennomføres. Bekreftelse eller avkreftelse på pasientens angst og uro kommer fra tilbakemeldingene på resultatene og undersøkelsene som er gjennomført. Opplevelsen av å ikke ha kontroll over situasjonen vil være svært stressende, og tilgangen på informasjon i diagnosetidspunktet vil være begrenset (Reitan, 2017a).

Unge voksne som rammes av akutt leukemi er ofte i en studiesituasjon eller en tidlig etableringsfase, noen ganger også småbarnsforeldre. Utfordringer knyttes da både til fysisk, sosial og eksistensiell art. Den nye hverdagen består av sykehusopphold og perioder med isolasjon fra familien (Vik, 2017). Når behandlingsperioden starter vil pasienten oppleve at bivirkningene trer fram, og opplevelsen av å være syk blir virkelig. De har kanskje ikke følt at de har vært syke før de første bivirkningene starter. Allikevel opplever mange at

behandlingsfasen føles mer avklart og mindre angstfylt enn diagnosefasen.

Informasjonsbehovet i denne fasen er stort, da behandlingsperioden er svært krevende (Reitan, 2017a). Emosjonelle opplevelser som sinne, negative tanker, redsel, bekymring for familien og en følelse av håpløshet er vanlig. Pasientene kan føle at de mister kontroll og selvfølelsen trues (Vik, 2017).

2.3 Livskrise

Det å få en kreftsykdom er en stor psykisk belastning, og en kan si at når kreft rammer kroppen, rammes også psyken (Dahl, 2013). Diagnosen kommer ofte som et sjokk, da symptomene de har hatt ofte kun er lette plager, og at de ellers føler seg friske. En følelsesmessig krisesituasjon utløses gjerne ved diagnosen, oppstart av behandling og møtet med sykehuset. De psykologiske reaksjonene et menneske opplever når vanlige mestringsstrategier ikke er tilstrekkelig for å løse vanskelige reaksjoner kalles for kriser. Krisen som oppstår ved en alvorlig sykdom er utløst av ytre begivenheter, og betegnes derfor som en traumatisk krise. En traumatisk krise oppleves som truende for individets integritet (Hummelvoll, 2016).

En leukemidiagnose utløser en traumatisk krise som gjennomgår flere faser. Sjokkfasen er den første fasen som pasientene går igjennom, og er preget av sterke avvergereaksjoner. Denne fasen varer som regel et par døgn, og er en fase pasientene ofte husker lite fra. Personen bruker all den psykiske energien på å forstå hva som har skjedd, og er ikke i stand til å bearbeide opplevelsen (Håkonsen, 2015). Etter denne fasen går pasienten inn i benektelsesfasen. Denne fasen er preget av at pasienten benekter diagnosen, og tenker at prøvene må være feil eller forbyttet. Tanker om at diagnosen kanskje ikke er så alvorlig som de blir fortalt kan oppstå (Dahl, 2013). Etter sjokkfasen og benektelsesfasen som varer i noen dager, går pasienten over i reaksjonsfasen. Personens emosjonelle reaksjoner kommer tydeligere fram, og følelser som gråt, fortvilelse, angst, sinne og usikkerhet dominerer (Dahl, 2013; Håkonsen, 2015).

Møtet og den terapeutiske tilnærmingen med mennesker i krise krever ofte en spesiell kompetanse. Allikevel er ofte den nære og personlige kontakten mellom mennesker som er det viktigste bidraget for å hjelpe personene i slike situasjoner. Det er viktigere å ta seg tid til å lytte og være til stede, enn å si og gjøre de rette tingene. Å normalisere reaksjoner som

oppstår i krisesituasjoner er viktig. Det skal være tillatt å vise følelser i slike situasjoner, og emosjonelle reaksjoner må aksepteres. Helsepersonell er ansvarlig for å legge forholdene til rette for at familie, venner og nære bekjentskap mobiliseres, da det er vanlig at personer i krise ikke oppsøker støtte på eget initiativ (Håkonsen, 2015).

2.4 Sykepleiefaglig perspektiv

Kunnskapsdepartementet (2008) har fastsatt en rammeplan for sykepleierutdanningen som blant annet beskriver ulike sykepleierfunksjoner. I denne oppgaven tas sykepleierens lindrende funksjon og sykepleierens undervisende funksjon med, da disse anses som mest relevante i forhold til min problemstilling. Den lindrende funksjonen går ut på å begrense belastninger knyttet til for eksempel fysisk, psykisk eller eksistensiell karakter (Reitan, 2017a). Oppmerksomheten må rettes mot erfaringer og opplevelser knyttet til sykdom (Nordtvedt & Grønseth, 2016). Tiltak som begrenser omfanget av pasientens lidelser og problemer må iverksettes av sykepleieren (Reitan, 2017a). Den undervisende funksjonen går ut på iverksettelse av opplæringsaktiviteter som er tilrettelagt for å gi informasjon, undervisning og veiledning. Dette for å gi pasienten den nødvendige kunnskapen og ferdighetene til å mestre livssituasjonen med kreft (Reitan 2017a). Kunnskap om hvordan sykdom har innvirkning på mennesket og sykdommens betydning for håp, livskvalitet, mestring og velvære kreves for å utøve en faglig forsvarlig sykepleie (Kunnskapsdepartementet, 2008). Sykepleieren må både styrke pasientens kompetanse til selv å mestre sykdommen, og i tillegg sette seg inn i pasientens tilstand, for å forstå hvordan pasienten opplever sin situasjon (Nordtvedt & Grønseth, 2016).

2.4.1 Joyce Travelbee

Joyce Travelbees teori anvendes gjennom oppgaven, da teorien får frem betydningen av relasjon og tillit mellom sykepleier og pasient. Teorien dekker definisjon av håp, og tar for seg kommunikasjon og pasientens opplevelse i å være syk. Joyce Travelbee forklarer hvordan kontakten mellom sykepleier og pasient bygges opp fra første stund, og beskriver utviklingen av den mellommenneskelige kontakten gjennom et menneske-til-menneske-forhold (Kirkevold, 2014).

2.4.2 Relasjon og mellommenneskelig kontakt

I helsefaglig sammenheng kan begrepet relasjon forklares med kontakten, forbindelsen eller forholdet til andre personer som helsepersonellet hjelper, behandler eller samarbeider med (Eide & Eide, 2016). Den terapeutiske relasjonen forutsetter gjensidig respekt, at sykepleieren har tilstrekkelige ferdigheter og kunnskaper, og en forutsetning til å forholde seg til pasienten på en hensiktsmessig måte. Kunnskaper og ferdigheter rundt pasientens grunnleggende behov, menneskets lidelse og påkjenninger gjør oss i bedre stand til å fatte riktige vurderinger av situasjonen pasienten befinner seg i. Å ha erfaring om hva mennesker opplever som vanskelig, samt hvilke faktorer som skaper mistrivsel eller ubehag, gjør at vår forpliktelse til å hjelpe blir sterkere, og det vil gjøre oss i stand til å bli mer hjelpsomme og empatiske overfor pasienten. Den terapeutiske relasjonen forutsetter at sykepleieren har overskudd og kapasitet til å kunne hjelpe. Hun eller han må derfor evne å kunne sette seg inn i hvordan pasienten opplever sin situasjon, sørge for selv å ha det bra, både fysiske og følelsesmessig, og ha tid nok til disposisjon (Håkonsen, 2015). Kreftpasienter kan oppleve en sterk ensomhetsfølelse, føle seg forlatte og verdiløse i kampen mot kreftsykdom (Reitan, 2017b). Sykepleieren skal i vanskelige situasjoner kunne veie opp for pasientens selvtillit, gjennom og være til stede og kunne hjelpe, for å kunne gi mot og styrke til å komme seg gjennom den vanskelige situasjonen (Eide & Eide, 2016). Målet til sykepleieren skal være å støtte og hjelpe pasienten til en følelse av mestring av den nye situasjonen med kreftsykdom (Reitan, 2017b).

Travelbee (1999) sier at menneske-til-menneske-forholdet kjennetegnes ved at sykepleieren og den syke oppfatter hverandre som unike menneskelige individer, ikke som rollene ”sykepleier” og ”pasient”. Teorien er virkemiddelet som gjør det mulig for sykepleieren å hjelpe en person med å forebygge eller mestre sykdom og lidelse, og med å finne mening i disse erfaringene. Forholdet går ut på at den sykes behov blir ivaretatt konsekvent og betingelsesløst, det er godt og konstruktivt. Et menneske-til-menneske-forhold kan etablere en gjensidig forståelse og kontakt, som Travelbee mener er det overordnede målet for all sykepleie (Travelbee, 1999).

2.4.3 Håp

”Håp er en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventninger om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige” (Travelbee, 1999, s. 117).

Håp innebærer ikke nødvendigvis en forventning om at problemer og vanskeligheter skal løses, men en tillit til at fremtiden kan oppleves meningsfylt. Håp forbinder derfor nåtid med fremtid, og innebærer forventninger til hva som kan virke positivt og mulig på kort eller lengre sikt (Eide & Eide, 2016). Opplevelsen av å være kritisk syk kan endres fra time til time, og fra dag til dag. Dette gjør at pasientens følelser kan svinge mellom håp og håpløshet, trygghet og utrygghet. Endringene i kroppen kan påvirke sjelelivet, og hvilke sider ved livet som er viktige vurderes på nytt, hvor betydningsfulle mål og verdier kanskje endres. Denne opplevelsen har sammenheng med psykososiale reaksjoner og behov, og handler om hvordan pasienten opplever å være syk (Stubberud, 2015). Håp i et kreftforløp er viktig for nydiagnostiserte leukemipasienter, som det er for pasientene som befinner seg i andre stadier i behandlingsforløpet (Utne, 2017). I sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleieren skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasientene (Norsk Sykepleierforbund [NSF], 2011). Å drøfte håpet med pasientene er en viktig oppgave for sykepleieren. Skape et miljø som er preget av en omsorgsfull tone er nødvendig for å styrke pasientens samhörighet med seg selv og andre (Utne, 2017).

Håp er sterkt knyttet til avhengighet av andre, og til forventningen om at andre vil komme til hjelp. Da det å være uavhengig ofte er en del av menneskers personlighet, er det mange syke som ikke ønsker å be om hjelp. Omgivelsene rundt pasienten må dermed ligge til rette for at håp skal kunne utvikles. Den som har håp har et ønske om at livssituasjonen skal endre seg, og håp er en motiverende faktor bak menneskers atferd. Travelbee hevder ved kriser at håp sannsynligvis er den viktigste faktoren for å bære byrdene av sykdom og lidelse. Mennesker uten håp er overveldet av problemene, noe som kan gjøre det vanskelig å tenke på fremtiden. Frustrasjonen ved å oppleve håpløshet kan føre til atferdsreaksjoner som blant annet aggresjon, fortvilelse, apati og pessimisme. Den profesjonelle sykepleierens oppgave er å hjelpe den syke til å opprettholde håpet for å unngå følelsen av håpløshet (Travelbee, 1999).

Det sies at mennesker som håper, lever lenger og bedre enn de som ikke håper. Dette er på grunn av at tap av håp blant annet fremmer utvikling av patologiske prosesser, mens håp produserer helende prosesser. Håp kan derfor anses som selve drivkraften i sykepleiefaget, noe som gjør at sykepleieren står i en strategisk posisjon hvor hun eller han enten kan fremme eller frata en pasients håp. Hvordan den enkelte pasient velger å forholde seg til sine vanskeligheter er blant annet basert på håpet. Sykepleieren er den som overvåker pasienten

døgnet rundt, og vil naturlig stå helt sentralt i pasientens helbredende prosesser. Sykepleierens hensikt er å skape muligheter til å oppleve helse og velvære, vekst og utvikling, til tross for sykdom. Hva som betyr noe for pasienten og hvordan dette er mulig må sykepleieren ha kunnskaper om for å kunne møte pasienters behov for å finne eller opprettholde håp. Håp og tillit er nært beslektet, og framskritt stimulerer håpet. Pasienten må derfor ha et ønske om endring, og tro på at en bedring av situasjonen er mulig, for at håpet skal opprettholdes eller skapes. Mening og hensikt i tilværelsen bringer håp med seg. Det sies at personer med håp lettere følger opp behandling, og har høyere toleranse for smerter og ubehag, enn pasienter uten håp (Lohne, 2016).

En sentral sykepleieutfordring er å inspirere til håp hos pasienter som lider, da veien mellom håp og håpløshet kan være kort. En opplevelse av negative utfordringer, fokus på begrensninger og hjelpeløshet er kjennetegn på fravær av håp. Å tape mening er å miste håpet fordi om livet er meningsløst er det også håpløst. Mennesker skaper håp hos hverandre, og trygghet skapes gjennom gode relasjoner til andre og til omgivelsene. Sykepleieren er en viktig og nødvendig del av pasientens omgivelser, og kan dermed bidra til å styrke eller svekke pasientens håp. Sykepleie dreier seg om aldri å gi opp, da håp og sykepleie består så lenge livet eksisterer (Lohne, 2016).

2.4.4 Den profesjonelle kommunikasjon

I jobben som helsepersonell kommuniserer vi ikke som privatpersoner, men som yrkesutøvere. Dette gjør at den profesjonelle kommunikasjonen ikke blir helt det samme som kommunikasjonen ellers i dagliglivet. Empati er ansett som helt nødvendig for å kunne kommunisere godt, og i profesjonell sammenheng innebærer empati at den følelsesmessige forståelsen av den andre kommuniseres tilbake. Dette kan være verbalt, nonverbalt eller gjennom handling. Kommunikasjonen vi utfører som yrkesutøvere har et helsefaglig formål. De vi kommuniserer med er personer som trenger, søker eller er henvist til vår hjelp eller assistanse. Det må handles ut fra forståelsen til vedkommende sitt beste. Det hjelper ikke om sykepleieren forstår pasienten, om handlingsaspektet ikke er tilstede. Kunnskap om sykdom, behandling og bivirkninger er viktige fagkunnskaper som er med å bidra til at sykepleieren evner å leve seg inn i pasientens bekymringer og plager. Forbindelsen mellom fagkunnskap og evne til profesjonell empati er nær. Uten fagkunnskap hjelper det lite med gode kommunikasjonsferdigheter, da en mangel på fagkunnskap vil utelukke sykepleierens

mulighet til å oppdage det som er viktig for pasienten. Kommunikasjon og fagkunnskap må derfor spille sammen (Eide & Eide, 2016).

Etikk og kommunikasjon er ansett som to sider av samme sak i profesjonell praksis. Omsorg, fagkunnskap og kvalitet er sentrale verdier i sykepleieryrket, og etikk blir derfor et spørsmål om verdier eller holdninger i praksis (Eide & Eide, 2016). I forhold til sykepleiernes etiske retningslinjer blir det overordnede formålet for sykepleieren å fremme helse, forebygge sykdom, og ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (NSF, 2011).

Kommunikasjonen vi utfører som helsepersonell er basert på yrkets verdigrunnlag. Den viktigste kommunikative utfordringen er å gi tilstrekkelig og god informasjon. Å etablere en trygg og god relasjon for å samarbeide om best mulig resultat er en forutsetning her som ellers i yrkesutøvelsen. Pasienten trenger hjelp til mestring, og kunnskap om hva sykdommen innebærer, og hvordan hun eller han kan forholde seg til den nye situasjonen på best mulig måte. En god og hensiktsmessig profesjonell kommunikasjon krever kommunikasjonsferdigheter fra sykepleieren. Evnen til å oppfatte hva som moralsk sett står på spill, og hvordan en som fagperson bør forholde seg til den aktuelle situasjonen kalles etisk bevissthet. Dette er en forutsetning for å kommunisere godt og hensiktsmessig i tillegg til å yte god omsorg. For å kunne føle seg trygg i rollen som sykepleier og fremstå med faglig integritet og tyngde i møtet med pasienten, er det nødvendig med gode og velbegrunnede beslutninger (Eide & Eide, 2016).

Travelbee (1999) mener det foregår kommunikasjon mellom sykepleieren og den hun har omsorg for i et hvert møte, både når det samtales og når de er tause. Kommunikasjon er en prosess som kan gjøre sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Kommunikasjonssvikt oppstår når budskapet i kommunikasjonen ikke mottas, blir feiloppfattet eller misforstått. Hovedårsakene til kommunikasjonssvikt mener Travelbee er at den syke ikke blir oppfattet som et unikt menneskelig individ. Om sykepleieren ikke erkjenner budskapet som overføres i kommunikasjonsprosessen, vil det oppstå en kommunikasjonssvikt. Når sykepleieren ikke lytter, kan den hun har omsorg for oppfatte at sykepleieren ikke er interessert i han eller hun som et individ (Travelbee, 1999).

2.4.5 Kommunikasjon og informasjonsbehov ved akutt og kritisk sykdom

Støtte, medmenneskelig kontakt, noen å dele tanker og følelser med, blir ekstra viktig for personer i krise. Bearbeidelse av reaksjoner som oppstår, og hjelp til å mestre sykdom og krisen bedre, kan god kommunikasjon bidra til. Sykepleierens viktigste kommunikative oppgave i denne tiden er å gi informasjon og veiledning. Målet er at pasienten skal kunne mestre situasjonen bedre (Eide & Eide, 2016). Det fremgår i sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer at informasjonen som gis av sykepleieren skal være tilstrekkelig og tilpasset, i tillegg skal hun eller han forsikre seg om at informasjonen er forstått. Dette for å fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser (NSF, 2011). At mottakeren av informasjonen har forstått innholdet og betydningen av informasjonen er i tillegg fastsatt i Pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Om informasjonen sykepleieren ønsker å formidle skal nå frem til pasienten må pasienten være i stand til å høre, forstå og huske det nødvendig som blir sagt. Dette kalles tilpasset kommunikasjon. Informasjonen som formidles må gis på et språk som er forståelig for pasienten. Det kan for eksempel være riktig å bevisst unngå medisinske fagtermer (Eide & Eide, 2016). Det er også fastsatt ved lov at sykepleieren skal gi den informasjonen som er nødvendig for at pasienten skal få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Hun eller han må også informere om mulige risikoer og bivirkninger av behandlingen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2). Målet er at pasienten skal føle seg ivaretatt på en god måte, og at informasjonen pasienten har behov for og er i stand til å motta formidles. Informasjonen skal gjøre at situasjonen blir så forutsigbar for pasienten som mulig, og den må dermed komme på rett tidspunkt, og i god tid slik at pasienten vet hva som skal skje framover og hvordan han eller hun kan forholde seg. God informasjon gir økt kunnskap, og dette fører til en følelse av kontroll og opplevelse av mestring hos pasienten (Eide & Eide, 2016).

Når en får en sjokkartet nyhet er det vanlig å ikke erkjenne fullt ut hva som har skjedd, og reaksjonene vil ofte være ulike former for forsvar. Pasienten kan oppfattes som forholdsvis uberørt av situasjonen, men behovet for trygghet og omsorg i denne perioden er stort. Ulike mestringsstrategier anvendes når personer gjennomgår en traumatisk krise. Mestring kan forklares med å forholde seg hensiktsmessig til situasjonen og egne reaksjoner. Dette vil for eksempel si å få en bedre forståelse av den nye situasjonen, bedre kontroll på følelsene eller ta grep som kan bidra til at sykdommen skal bli mindre belastende. Det er ikke sikkert pasienten får med seg alt som blir sagt i denne perioden, da forsvaret som aktiveres i denne perioden innskrenker pasientens evne til å oppfatte like mye som han eller hun ellers gjør (Eide & Eide,

2016). Sykepleieren skal tilpasse informasjonen etter mottakerens individuelle forutsetninger, og informasjonen skal gis på en hensynsfull måte (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-5). Sykepleieren må derfor i denne perioden forholde seg rolig, informere klart og tydelig, og lytte nøye og forståelig (Eide & Eide, 2016).

3 Metode for oppgave

Hvordan vi skal gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap skal metode hjelpe oss med, og vil dermed være redskapet vårt i møte med det vi ønsker å undersøke. Metoden vi velger skal egne seg til å belyse problemstillingen på best mulig måte (Dalland, 2018).

3.1 Metodebeskrivelse

Denne oppgaven er skrevet i tråd med høgskolens krav og retningslinjer for bacheloroppgave, og er derfor utformet som en litterær oppgave. Det vil si at data er hentet fra eksisterende forskning, fagkunnskap og teori. Litteraturen som anvendes skal belyse problemstillingen på en faglig og engasjerende måte (Dalland, 2018). Vurderinger og konklusjoner som blir presentert vil på bakgrunn av dette ha grunnlag i anvendt litteratur.

3.1.1 Litteratursøk

Bøkene som er anvendt i denne oppgaven er primært hentet fra Lovisenberg Diakonale Høgskole sin pensumlitteratur for bachelor i sykepleie. Ved søk etter litteratur på skolens bibliotek, og ved å lese pensumlitteratur har jeg også kommet over interessant litteratur som har vært mer rettet mot min problemstilling, og er derfor anvendt i denne oppgaven.

Primærlitteratur er brukt så langt det har vært tilgjengelig.

3.1.2 Søkehistorikk

Dato	Database	Søkeord	Kombinasjon av søkeord	Avgrensning	Antall treff	Inkluderte artikler
03/12-2018	Cinahl	Hope, Courage, Hopelessness, Leukemia, Cancer pasiens	(Hope OR Courage OR Hopelessness) AND (Leukemia OR Cancer patients)	Fulltekst, Ikke eldre enn 2008, Fagfellevurdert	Søket resulterte i 62 treff, hvor åtte av titlene virket interessante. Etter å ha lest abstraktet på disse endte jeg opp med to av artiklene	”The meaning of hope and social support in patients receiving chemotherapy” ”A comperative study on resilience, perceived social support and hopelessness among cancer

					som kunne inkluderes videre.	patients treated with curative and palliative care”
04/12-2018	Cinahl	Psychosocial aspects of illness, Leukemia, Young adults	Psychosocial aspects of illness AND Leukemia AND Young adults	Fulltekst, Fagfelleverdert	Søket resulterte i to treff, hvor kun en av artiklene ble inkludert.	”Processes of patients with acute leukemia within the first year after diagnosis or relapse”
12/03-2019	Cinahl	Cancer patients, Adult, Communication	Cancer patients AND Adult AND Communication	2009-2019, Fagfelleverdert, Fulltekst, Norsk, Svensk, Dansk, Engelsk	Søket resulterte i 106 treff. Jeg leste gjennom abstraktet på seks av artiklene hvor tittelen hørtas interessant ut, og endte opp med en artikkel.	”Factors influencing communication between the patients with cancer and their nurses in oncology wards”
27/03-2019	PubMed	Acute leukaemia, Hope, Experience, Adults	Acute leukaemia AND Hope AND Experience AND Adults	10 siste år, Fulltekst	Søket resulterte i 14 treff. Jeg leste fire abstrakter, hvor to av artiklene ble lest videre. Endte opp med å bruke en av disse.	”The experience of acute leukaemia in adult patients: A qualitative thematic synthesis”

3.2 Kildekritikk

Vurdering og karakterisering av anvendt litteratur er kildekritikk. Hensikten er å vise hvilke refleksjoner som er gjort i forhold til hvilken relevans og gyldighet anvendt litteratur har til besvarelse av problemstillingen (Dalland, 2018).

Teorien til Joyce Travelbee (1999) er i hovedsak hentet fra boken *Mellommenneskelige forhold ved sykepleie*. Boken er oversatt fra primærkilden, som dermed gjør at teksten kan

være bearbejdet og det opprinnelige perspektivet noe endret. Kirkevold (2014) trekker fram Travelbees mangel på hensyn til den kulturelle og sosiale sammenhengen pasientene lever i, og at dette er ansett som helt vesentlig at har innvirkning på individet. Videre beskriver hun sykepleierens interaksjoner med den syke som av Travelbee forklares som bevisste og planlagte til alle tider. I forhold til Kirkevold (2014) sine egne erfaringer er menneskelige handlinger svært ofte ubevisste, intuitive og kreative, uten å være planlagt i minste detalj. Oppgaven vil ta hensyn til den sosiale sammenhengen pasientene lever i, da jeg av egen erfaring anser dette som svært relevant for sykepleieren å ta hensyn til. Når det gjelder sykepleierens interaksjoner med pasienten anser jeg dette som relevant å diskutere videre i drøftingskapittelet.

Proessen med å finne forskningsartikler som egner seg konkret for min problemstilling har vært utfordrende, da det generelt er lite forskning som inkluderer både akutt leukemi og valgt aldersgruppe. Det er nødvendig å ta i betraktning at flere av studiene inkluderte få deltakere, noe som kan hatt påvirkning på resultatet da de som deltok kanskje hadde høyere håp enn de som ikke ønsket å delta. Videre kan ikke studiene trekke klare konklusjoner på hvordan sykepleier gjennom kommunikasjon kan bidra til å fremme håp hos den aktuelle pasientgruppen. Jeg anser allikevel de inkluderte artiklene som gode, da de belyser viktige temaer ved min problemstilling. Det er nødvendig å påpeke at forskningsartiklene er skrevet på engelsk, og at resultatene er fortolket ut fra mine oversettelser og forståelse av innholdet.

Studien til *Papadopoulou, Johnston & Themessl-Huber (2013)* tar for seg flere kvalitative undersøkelser om hvordan pasienter med akutt leukemi opplever å leve med sykdommen. Artikkelen baserer seg på noe eldre forskning, da artiklene som er inkludert i studien er fra årene 1990-2013. Studien omhandler relevante temaer som personenes håndtering av akutt leukemi, viktighet av sosial støtte fra helsepersonell og familie, informasjonsbehov og betydning av håp. Dette er temaer som er rimelig å anta at ikke endrer seg så mye på forholdsvis få år. Studien til *Zamanzadeh et al. (2014)* tar for seg hvilke faktorer som påvirker sykepleier-pasient kommunikasjonen i kreftomsorgen i Iran, og gir et godt innblikk i hva som blir ansett som gode kommunikasjonsferdigheter hos sykepleierne. En stor svakhet ved studien kan være de kulturelle forskjellene i kommunikasjonen mellom kvinner og menn. Dette kan ha påvirket resultatene av studien. Noe som også nevnes i studien hvor unge ugifte kvinner syntes det var utfordrende å kommunisere på en vennlig måte med mannlige pasienter, da de oppfattet at de unge mannlige pasientene tolket deres vennlighet som noe mer

personlig. *Mattolini, Repinski & Chappy (2008)* beskriver betydningen av håp og sosial støtte til pasienter som gjennomgår behandling med kjemoterapi. Det er to svakheter som utmerker seg i denne studien. Det ene er at gjennomsnittsalderen på deltakerne var 63,3 år, og det andre er at det kun var to av deltakerne som ble behandlet for leukemi. *Papadopoulou, Johnston & Themessl-Huber (2016)* utforsker prosessene der de deltakende pasientene forklarer hvordan de former sin personlige betydning av akutt leukemi. Studien utforsker ikke primært det min problemstilling omhandler, men trekker frem viktige momenter i forhold til starten av pasientenes behandling, opplevelsen de har, og hvordan sykepleieren kan møte og mulig skape tillit til pasientene i fasene de gjennomgår. *Somasundaram & Devamani (2016)* tar for seg forholdet mellom pasientenes motstandskraft, sosial støtte og håpløshet blant kreftpasienter. Artikkelen belyser viktigheten og sammenhengen mellom opplevd sosial støtte og håp. Gjennomsnittsalderen på deltakerne var 40 år, og inkluderte både pasienter som gjennomgikk palliativ og kurativ behandling. Artikkelen tar ikke for seg leukemi, men kreftsykdom generelt.

3.3 Etiske overveielser

I oppgaven har jeg valgt å anvende egne erfaringer fra praksis ved hematologisk avdeling. På grunnlag av taushetsplikten har jeg ikke oppgitt på hvilket sykehus jeg har hatt praksis ved.

4 Presentasjon av forskningsresultater

I matrisen under presenteres anvendt forskning.

Nr.	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Constantina Papadopoulou, Bridget Johnston & Markus Themessl-Huber	The experiences of acute leukemia in adult patients: A qualitative thematic synthesis	European Journal of Oncology Nursing	Identifisere og sammenfatte alle kvalitative bevis på hvordan voksne pasienter diagnostisert med akutt leukemi opplever å leve med sykdommen.	En kvalitativ tematisk syntese: Det ble inkludert ni kvalitative studier som var fagfellevurderte og publisert mellom årene 1990 og 2013.	I startfasen av sykdommen må pasientene håndtere livet på sykehuset, følelse av tap, virkningen sykdommen har på følelser og mellommenneskelige forhold. Faktorer som håndtering, støtte, informasjon og håp ble viktige. Etter hvert begynte pasientene å revurdere personlige verdier og tildelte en mening til erfaringene.
2	Vahid Zamanzadeh, Maryam Rassouli, Abbas Abbaszadeh, Alireza Nikanfar, Hamid Alavi-Majd & Akram Ghahramanian	Factors influencing communication between the patients with cancer and their nurses in oncology wards	Indian Journal of Palliative Care	Hvilke faktorer som påvirker sykepleier-pasient-kommunikasjonen i kreftomsorgen i Iran.	Kvalitativ metode: Halvstruktureerte dybdeintervjuer. Deltakerne var ni pasienter, tre familiemedlemmer og fem sykepleiere.	Pasienten, sykepleieren og organisasjonen har påvirkning på kommunikasjonen. Faktorene som påvirket kommunikasjonen var pasientens egenskaper, endringer ved sykdom, følelse av sårbarhet, oppfatning av faglig selvtillit hos sykepleieren, arbeidsbelastning og tidsubalanse, mangel på tilsyn, forsømmelse av pasientbehov.
3	Jennifer L. Mattioli, Rhonda Repinski & Sharon L. Chappy	The meaning of hope and social support in patients receiving chemotherapy	Oncology Nursing Forum	Å beskrive betydningen av håp og sosial støtte til pasienter som gjennomgår behandling med cellegift.	Kvalitativ metode: Semistruktureerte intervjuer med åpne spørsmål. Deltakerne var seks menn og åtte kvinner fra 51-79 år. De hadde ulike former for kreft.	Deltakerne forsøkte å fokusere på "det store bildet". De ønsket ikke å la kreften styre deres liv, men fokuserte på fremtiden. De forsøkte å beskytte seg mot negative tanker, og ville vite minst mulig om de negative sidene ved kreften, spesielt de

						dårlige prognosene. De hadde et ønske om å leve et så normalt liv som mulig. Sosial støtte fra familie, venner og helsepersonell var viktig, for å unngå følelse av å stå i kampen alene.
4	Constantina Papadopoulou, Bridget Johnston & Markus Themessl-Huber	Decay, transformation, and growth: Meaning-making process of patients with acute leukemia within the first year after diagnosis or relapse	Oncology Nursing Forum	Å utforske prosessene hvor pasientene former sin personlige betydning av tilværelsen med akutt leukemi.	Kvalitativ metode: To serieintervjuer med hver pasient som ble gjennomført i et tidsrom på to til fire uker mellom intervjuene. Det ble stilt åpne spørsmål. Deltakerne var syv menn og tre kvinner. De var over 18 år og diagnostisert med akutt leukemi.	Sjokk og frykt over diagnosen dominerte i starten. Etter hvert som pasientene opparbeidet en tillit til helsepersonellet og behandlingen startet en personlig vekst. Følelsen av trygghet var et resultat av tiden tilbragt sammen med, og kvaliteten på informasjonen mellom helsepersonell og pasient. Etter hvert formet noen pasienter nye betydninger av sine verdier, sykdommen og hensikten i livet.
5	Ravindran Ottilingam Somasundaram & Kiran A. Devamani	A comparative study on resilience, perceived social support and hopelessness among cancer patients treated with curative and palliative care	Indian Journal of Palliative Care	Studien undersøker forholdet mellom motstandskraft, sosial støtte og håpløshet blant kreftpasienter behandlet med kurativ eller palliativ behandling.	Kvantitativ metode: En tverrsnittsundersøkelse ved hjelp av praktisk prøvetaking. Studien inkluderte 60 kreftpasienter mellom 18-65 år. Gruppen var delt i to (med 30 pasienter hver) hvor den ene gruppen mottok kurativ behandling, mens den andre mottok palliativ behandling.	Det var en sammenheng mellom resiliens, opplevelse av sosial støtte, og høyere grad av håp. De som mottok kurativ behandling hadde høyere opplevelse av sosial støtte, følelse av håp og resiliens, enn de som gjennomgikk palliativ behandling.

5 Drøfting

I dette kapittelet skal elementer som er naturlig å drøfte tas med for å svare på problemstillingen ”Hvordan kan sykepleier gjennom kommunikasjon bidra til å styrke håp hos unge voksne med nyoppdaget akutt leukemi?” Gjennom drøfting er målet å vise hva den nye kunnskapen kan bidra med i forståelsen av oppgaven (Dalland, 2018). Resultater skal drøftes, og relevant teori, juridisk og etisk kunnskap, samt erfaringsbasert kunnskap fra praksis, danner grunnlaget for argumenter og synspunkter.

5.1 Kommunikasjon

Det sies at den viktigste utfordringen sykepleieren har når det gjelder kommunikasjon, er å gi tilstrekkelig og god informasjon (Eide & Eide, 2016). Selv om mange pasienter med leukemi melder om at de er godt informert, er det ikke alltid at de forstår informasjonen som er gitt (Papadopoulou et al., 2013). Virkelighetsoppfatningen til den syke og til sykepleieren kan være forskjellig. Sykdom oppleves annerledes for pasienten som føler den innenfra, kontra sykepleieren som opplever den utenfra. Denne forskjellen i virkelighetsoppfatning kan skape misforståelse i kommunikasjonen, noe som er viktig at sykepleieren er klar over slik at meninger bak ord og uttrykk oppfattes likt. Fravær av denne forståelsen kan i verste fall true eller frata pasientens håp (Lohne, 2016). Travelbee er enig i at sykepleieren må sette seg inn i innholdet i kommunikasjonen, for å finne ut om det som kommuniseres hjelper sykepleieren til å få kontakt med den syke. Hun eller han må utforske hvilket innhold som legges i forskjellige ord og vendinger, lytte til den syke, og tilpasse samtalen i den sykes tempo og rytme. Den profesjonelle sykepleierens oppgave er å finne ut hva den syke bekymrer seg over eller er redd for, og deretter planlegge sykepleieinervensjoner ut fra det (Travelbee, 1999).

Både gjennom sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer og gjennom pasient- og brukerrettighetsloven kommer det fram at sykepleieren skal gi informasjonen på en individuell og tilpasset måte (NSF, 2011; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Forskning viser til at påvirkningen av informasjonen pasientene fikk var et nøkkelement for livskvalitet, opprettholdelse av håp, og for å gjenvinne kontroll. Det var høyt verdsatt om sykepleieren innså at ikke alle pasientene ønsket all informasjon om behandlingen og sykdommen (Papadopoulou et al., 2013). Studien til Mattioli et al. (2008) støtter at informasjonen må individualiseres, og basere seg på graden av informasjon den enkelte pasient ønsket.

Studien til Zamanzadeh et al. (2014) viser at dårlig kommunikasjon eller en svikt i kommunikasjonen blant annet kommer av at sykepleiere må ta hånd om mange pasienter av gangen, stress og dårlig tid. Dette gjør at sykepleierne får et rutinepreget arbeid hvor de legger fokuset på den fysiske støtten fremfor den psykiske støtten. En kommunikatív utfordring i denne fasen er på den ene siden å vise støtte og forståelse, og på den andre siden stille krav til egeninnsats og sette grenser mot pasitivitet (Eide & Eide, 2016). I studien til Zamanzadeh et al. (2014) viser det seg at sykepleierne med gode kommunikasjonsferdigheter er de som vinner tilliten hos pasientene. Å trene opp kommunikasjonsferdighetene blir sett på som et viktig element, da økte kommunikasjonsferdigheter skapte en bedret selvtillit hos sykepleierne i kommunikasjonen med pasientene.

5.1.1 Kommunikasjon i sjokkfasen

I studien til Papadopoulou et al. (2013) forklarte deltakerne at de hadde en følelse av uvirkelighet. Noen av deltakerne i studien til Papadopoulou et al. (2016) uttrykte en sjokktilstand over den nye diagnosen hvor tankene var dominert av frykt, og etterfulgt av usikkerhet og en følelse av å leve i en uvirkelig verden. Noen har tenkt at symptomene har vært forårsaket av influensa (Papadopoulou et al., 2016), mens andre hadde vanskeligheter med å finne en årsak til akutt leukemi, da de ikke har hatt noen tegn til sykdom (Papadopoulou et al., 2013). Det er her viktig at sykepleieren forklarer og gir konkret informasjon om behandlingens hensikt, samt virkninger og bivirkninger som forventes, slik at pasienten får en større forståelse av hva som skal skje. Det kan også være positivt å iverksette tiltak, og sørge for at pasienten vet hva som skal til for å gjennomføre disse. Her er det nødvendig å være klar over at pasientene kan ha en tendens til ikke å ta innover seg den nye situasjonen de er satt i (Eide & Eide, 2016).

Informasjonen som gis kan påvirke sykepleier-pasient-relasjonen, og skape en selvtillit hos pasienten (Zamanzadeh et al., 2014). Det sentrale i denne fasen er å vise medmenneskelighet, å være til stede, og hjelpe den andre til å åpne seg der det er naturlig. Å godta og vise forståelse for følelser og reaksjoner som kommer i denne fasen kan være tilstrekkelig for at pasienten kan leve med og mestre den nye livssituasjonen. En forutsetning for at sykepleieren skal klare å ta i mot reaksjonene i denne fasen, er at hun eller han kjenner seg selv og sitt følelsesliv godt (Eide & Eide, 2016). Studien til Zamanzadeh et al. (2014) viser allikevel at

sykepleierne uttrykte en utfordring i kommunikasjonen etter hvert som behandlingen ga komplikasjoner, eller følte unyttig for pasienten om de ikke opplevde forbedring. Sykepleierne opplevde at pasientene la skylden på behandlingsapparatet, men rettet sitt sinne mot dem. Videre forklarte sykepleierne at de tok mindre initiativ til samtaler når pasientene uttrykte sinne, og at de heller lot dem være for seg selv. Sykepleieren må derfor få et fullstendig bilde over pasientens sosiale situasjon i denne fasen, særlig i forhold til venner og familie. Dette for å få en forståelse av muligheter for sosial støtte til pasientene gjennom krisen. Hun eller han må også danne seg et bilde av hvilken livssituasjon pasienten befinner seg i, og dermed forstå hvilke konsekvenser og utfordringer dette vil ha for livskrisen pasienten er i (Eide & Eide, 2016).

5.1.2 Kommunikasjon i reaksjonsfasen

I reaksjonsfasen er det viktig med god informasjon for å unngå unødvendig engstelse og bekymring. Tilpasset informasjon som imøtekommer spørsmål og problemer pasienten har er nødvendig. Denne situasjonen kan oppleves uoversiktlig, og pasienten har mest sannsynlig behov for informasjon uten selv å være klar over det. Sykepleieren kan spørre pasientene om hva de behøver av informasjon, men ofte vet ikke pasienten selv hva han eller hun trenger i denne situasjonen. Sykepleieren bør her unngå å stille ja og nei spørsmål for å finne ut hvordan informasjon pasienten har behov for. Hun eller han kan stille åpne spørsmål som for eksempel ”hvordan opplever du situasjonen din?”. Gjennom slike spørsmål er det lettere at sykepleieren kan fange opp materiale som kan danne grunnlag for en empatisk forståelse, og som igjen kan avklare hva pasienten behøver av informasjon. God kommunikasjon i denne fasen kan blant annet være å ta utgangspunkt i mangler og problemer ved pasientens fortellinger. Sykepleieren må forsikre seg om at pasienten forstår informasjonen, og la pasienten formulere sin forståelse av informasjonen som er gitt (Eide & Eide, 2016).

Det er viktig at sykepleieren forsøker å skape en trygghet og forutsigbarhet med et mål om å hjelpe pasienten til å få kontakt med sine sterke og kaotiske følelser. Sykepleieren må hjelpe pasienten til å sortere ut tanker, vurderinger og følelsesmessige reaksjoner (Eide & Eide, 2016). Det er dermed viktig at sykepleieren tar seg tid til å lytte og normaliserer reaksjonene som kommer (Håkonsen, 2015). Studien til Papadopoulou et al. (2016) viser at å skape mening rundt den nye tilværelsen er det nødvendig slik at pasienten får mulighet til å snakke om tanker og følelser. En tilpasset følelsesmessig støtte er derfor hensiktsmessig. Dette kan

for eksempel sykepleieren oppnå ved å lytte aktivt og la pasienten selv finne en måte å regulere det følelsesmessige trykket (Eide & Eide, 2016).

Å skape et miljø som er preget av en omsorgsfull tone er nødvendig for å styrke pasientens samhørighet med seg selv og andre (Utne, 2017). Et omsorgsfullt miljø kan for eksempel skapes gjennom en empatisk tilnærming, hvor sykepleieren evner å ta del i, samt forstå pasientens psykiske tilstand (Travelbee, 1999). Vise interesse og innta en lyttende holdning er derfor viktig. Å diskutere mål og hensikt med behandlingen er nødvendig, og å etablere eller omformulere mål for å fremme håp i behandlingsforløpet (Utne, 2017).

Bruk av humor kan virke positivt for å fremme et lyst sinnelag i behandlingen. Sykepleieren kan bidra til at mål som må endres blir oppfattet positivt for pasienten (Utne, 2017). Mattioli et al. (2008) sier at inkludering av humor og etablering av realistiske mål ble viktig for pasientene. Sykepleieren kan her stille seg åpen for pasientens humor omkring sin situasjon. Det er dog viktig at sykepleieren er tilbakeholden med egne humoristiske bemerkninger før hun eller han kjenner pasienten godt. I tillegg er det viktig at det humoristiske innholdet skal omhandle den aktuelle situasjonen eller hendelsen, ikke pasienten selv (Eide & Eide, 2016). Gjennom erfaring fra praksis med denne pasientgruppen har jeg selv erfart hvor viktig humor er, selv i en følelsesladet og sårbar hverdag. Etter hvert som sykepleier og pasient starter å lære hverandre å kjenne, er det lettere å implementere humor som kan ha positiv virkning på en ellers trist og utfordrende ny tilværelse.

5.2 Opplevelsen av å få akutt leukemi

Mange pasienter får en opplevelse av å være syk først når behandlingen starter, og symptomene fra cytostatika behandlingens bivirkninger trer fram (Reitan, 2017a). Allikevel er det mange som ikke forstår sykdommen eller alvorligheten av den, da behandlingen starter med en gang etter diagnosen er fastsatt, og at dette medfører en mangel på bearbeidelse hos pasientene (Papadopoulou et al., 2013). Forskning viser også at mange pasienter ikke kjenner igjen sin egen kropp i den akutte endringen av tilværelsen med sykehusinnleggelse, intensiv kjemoterapi og annen støttebehandling (Papadopoulou et al., 2016).

Som tidligere omtalt i oppgaven rammes også psyken når kreft rammer kroppen, og pasienten går inn i en følelsesmessig og traumatisk krisetilstand (Hummelvoll, 2016). Sykepleieren bør

her ta seg tid til å lytte, da dette ofte oppleves som viktigere for pasienten enn å si de rette tingene i øyeblikket (Håkonsen, 2015). Følelsen av å leve i en kontraherende verden, hvor pasientene får en følelse av ikke lenger å bestemme sin sosiale kontekst, er en beskrivelse som kommer frem i forskning (Papadopoulou et al., 2013). Opplevelsen av ikke lenger å ha kontroll er stressende (Reitan, 2017a; Vik, 2017). Det er ikke bare håndtering av sykdommen pasientene skal gjennomgå, men også den nye tilværelsen på sykehuset (Papadopoulou et al., 2016). Dagligdagse rutiner skiftes ut med sykehusets rutiner. En verden som kanskje har virket forutsigbar og trygg, endres til en ny tilværelse med usikkerhet, fortvilelse og redsel for døden. En følelse av håpløshet på grunn av trusselen fra sykdommen er vanlig (Papadopoulou et al., 2013; Somasundaram & Devamani, 2016). En akutt leukemidiagnose bryter i tillegg den naturlige fasen i å bli mer selvstendig, og pasientene går ofte tilbake til å bli mer avhengige av familien igjen (Håkonsen, 2015).

Flere pasienter rapporterer om en frihetsberøvelse, hvor de føler seg fanget i egen kropp. De må holde seg på rommet som følge av lavt immunforsvar. Leukemien skaper fysiske restriksjoner som påfølgende gir en følelsesmessig betydning for den enkelte (Papadopoulou et al., 2016). En følelsesmessig ensomhet er vanlig blant pasientgruppen (Papadopoulou et al., 2013; Papadopoulou et al., 2016). Tiden på pasientrommet fører til tid for refleksjon. Mange begynner her å føle tap av personlig kontroll, tap av selvstendighet, tap av normalitet, og tap av fremtiden. De føler at alt er bestemt på deres vegne, og at det er de kliniske anbefalingene som må følges (Papadopoulou et al., 2013). I denne krisesituasjonen blir den mellommenneskelige kontakten viktig, og denne kontakten blir ansett av flere pasienter som en viktig kilde til å fortsette å kjempe, og til å fremme håp (Mattolini et al., 2008; Papadopoulou et al., 2013). Sykepleieren bør derfor legge til rette for at pasientens nettverk, som familie og venner, blir mobilisert i denne tiden (Håkonsen, 2015). Det ble også presisert at sykepleieren kunne veilede og gi informasjon om hvordan nettverket kunne hjelpe og støtte pasienten. Å leve med andre viste seg å være en positiv faktor i forhold til å danne håp hos pasientene. Unge mennesker opplevde mindre grad av håp om de bodde alene (Mattioli et al., 2008). Pasientene som opplevde en høy grad av sosial støtte, viste seg også å ha mindre grad av håpløshet (Somasundaram & Devamani, 2016). Av egen praksiserfaring kan det her være nyttig at sykepleieren gjennomgår planen for behandlingen, setter mål for behandlingen, og om mulig en dato for hjemreise. Enten for en dag eller en lengre periode. Dette kan oppleves som et eget mål å se frem til, og ikke kun fokusere på når han eller hun skal bli kreftfri. Å bli kreftfri kan være en lang prosess og det er da viktig å ha noe å glede seg til underveis.

5.3 Skape tillit og en god relasjon

Travelbee (1999) mener at et av grunnlagene for utviklingen av et menneske-til-menneske-forhold er evnen til å etablere tilknytning til, og verdsette den andre som et menneskelig individ. I studien til Papadopoulou et al. (2013) kom det fram at tro og på behandlingen og til behandlerne var viktige aspekter for følelse av tillit og trygghet. Sykepleierne spiller en sentral rolle i kreftbehandlingen, da de ikke bare skal fokusere på de biologiske og medisinske aspektene ved sykdommen, men også de følelsesmessige.

Gjennom studien til Zamanzadeh et al. (2014) var det særlig tre karaktertrekk hos sykepleierne som ble trukket fram hos de som evnet å kommunisere på en god måte. Det var selvtillit, et holistisk syn og ekspertisekunnskap. Dette skapte tillit til sykepleierne, og dermed en forbedret kommunikasjon. Fravær av et holistisk menneskesyn ga pasientene en følelse av et økt omfang på den fysiske støtten, mens de psykiske behovene ikke ble imøtekommet. Sykepleieomsorg ble beskrevet som å behandle pasientene på en holistisk måte, i tillegg til å støtte pasientene gjennom sykdommen. Min oppfatning er at det dermed er nødvendig at sykepleieren klarer å se mennesket bak sykdommen. Noe som støttes opp av litteraturen som er gjennomgått. Travelbee (1999) presiserer at sykepleieren må bryte ned karakteriseringen ”pasient” og se på pasienten som et individuelt menneske, for å kunne ha et holistisk syn. Selvtillit mener jeg kommer fra at sykepleieren er trygg i sin rolle og trygg på seg selv. Sykepleieren må vise dette gjennom sine kommunikasjonsferdigheter overfor pasienten. Ekspertisekunnskap kommer av å vise at hun eller han har kunnskap og erfaring i sitt fagfelt.

Pasientene ga uttrykk for at mangel på tillit til helsepersonell var et resultat av å ikke bli respektert som individuelle individer. Dette ga også en følelse av mangel på støtte (Papadopoulou et al., 2013). Det er dermed viktig at sykepleieren tar seg god tid til samtale, og at samtalen er preget av ro og trygghet. Sykepleierens personlighet og kunnskap må anvendes for å bidra til å fremme pasientens mestring av den nye livssituasjonen. Det er viktig å mobilisere pasientens ressurser, livsmot og livsglede i denne tiden hvor pasienten er rammet av en livstruende sykdom (Vik, 2017). Av egen praksiserfaring gir det å fremme pasientens mestring et bidrag for en optimistisk holdning til behandlingen og prognosen. I studien til Somasundaram & Devamani (2016) viser det seg at optimistiske personer tiltrekker seg andre og fremmer utvikling av sosial støtte. Noe som ikke er overraskende da optimistiske personer

i større grad ser ut til å ha tillit til behandlingen og behandlerne, og som kan gjøre det lettere å motta den hjelpen og støtten de har behov for i den nye situasjonen de befinner seg i.

Studien til Zamanzadeh et al. (2014) viser at pasientene har behov for svar på spørsmål i starten av behandlingen, og et større behov for emosjonell støtte etter hvert. Det var også varierende i hvor stor grad pasientene stilte spørsmål, og de med høyere utdanning hadde en tendens til å stille flere spørsmål enn de med lavere utdanning. Det ble uttrykt at sykepleierne som evnet å tilpasse kommunikasjonen etter pasientenes kunnskapsnivå klarte å bygge en større tillit. Selv om pasientene med lavere kunnskapsnivå stilte færre spørsmål, er det sannsynlig å anta at disse pasientene i like stor grad har behov for den samme informasjonen. Det er sykepleierens oppgave å tilpasse informasjonen etter mottakerens individuelle forutsetninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-5). Ved tilpasset informasjon blir det mest sannsynlig skapt en større forståelse som igjen bidrar til at pasienten får svar på spørsmål han eller hun har behov for. Det kan også dukke opp spørsmål som pasienten selv ikke visste at de hadde behov for svar på. De yrkesetiske retningslinjene påpeker samme krav for en tilpasset informasjon som skal bidra til at pasienten kan ta selvstendige avgjørelser (NSF, 2011).

I studien til Papadopoulou et al. (2016) kom det fram at pasientene overga kontrollen til helsepersonellet som en tilpasningsstrategi i sjokkfasen. Etter hvert som pasientene opparbeidet tillit til helsepersonellet, klarte de selv å vokse på sine erfaringer. Tiden som ble avsatt sammen med helsepersonell, og kvaliteten på informasjonen som ble gitt var viktig i tillitsskapelsen. Pasientene uttrykte at følelsen av å være likestilte med helsepersonellet under behandling, var viktig for å finne en mening med tilværelsen i sykdomsperioden (Papadopoulou et al., 2016). Dette vil for eksempel være gjennom å gjøre seg tilgjengelig, og villig til å hjelpe når den syke snakker om sin angst eller frykt. Sykepleieren må være kvalifisert til å gi medfølelse omsorg, og se tegn på psykiske og fysiske plager. Håp er nært beslektet med tillit, og dette kan oppnås ved at sykepleieren evner og ønsker å hjelpe den syke når behovet oppstår. Tillit oppstår ikke automatisk, men er noe sykepleieren må gjøre seg ”fortjent” til. Dette kan blant annet gjøres ved å ta seg tid til å bli kjent med pasienten, noe som vil bidra til at sykepleieren kan fange opp hvordan pasienten tenker og føler (Travelbee, 1999).

5.4 Fremme håp og gi den nye tilværelsen mening

Travelbee (1999) mener at håp er knyttet til avhengighet av andre, og at sykepleieren må legge til rette for at pasienten får hjelp. Følelsen av å være en byrde for andre kan skape en følelse av håpløshet (Lohne, 2016). Av erfaring er den nye tilværelsen på sykehuset vanskelig å tilvenne seg, da den etablerte uavhengigheten i mennesket er vanskelig å gi slipp på. Selv om sykepleieren etterstreber å gi pasienten en følelse av å ikke være til bry, er det mange som gir uttrykk for at de allikevel syntes det er vanskelig å skulle be om hjelp til dagligdagse oppgaver. Med arbeidsdager som kan være stressende, og med et innhold av mange oppgaver som skal gjøres, er det lett å innta en effektiv holdning. Når sykepleieren går inn til den enkelte pasient blir det derfor viktig å ikke synliggjøre dette stresset til pasienten, men vise at man har tid til den enkelte pasient. Da mener jeg det vil bli lettere for pasienten å gi mer slipp på den etablerte uavhengigheten i tiden han eller hun er innlagt til behandling.

Håp påvirkes av omgivelsene, og sykepleieren er en stor del av pasientens omgivelser på sykehuset (Lohne, 2016). Forskning viser at personer som gjennomgår kjemoterapi anså relasjoner til helsepersonell og sine nærmeste som viktige elementer for å fremme og bevare håp (Mattioli et al., 2008). Å drøfte håpet med pasientene er en viktig oppgave for sykepleieren. To kartleggingsmuligheter som kan anvendes for å finne ut om pasientens håp er truet er gjennom samtale eller spørreskjema. Spørreskjema kan være et nyttig redskap i kartleggingsfasen, da dagens helsetjeneste ofte bærer preg av at tid er en viktig ressurs. Et kartleggingsskjema kan trekke frem viktige aspekter ved håpet til pasienten, og danne utgangspunktet for en samtale. Sykepleieren kan da se hva som eventuelt er problematisk ved håpet, og legge vekt på dette i samtalen med pasienten. Spørreskjemaet kan vært kort og enkelt, og dermed lettanvendelig i klinisk praksis (Utne, 2017). I egen praksiserfaring ble det anvendt et kort spørreskjema hvor pasientene kunne krysse av fra første dag, og deretter hver uke. Dette for underveis å kartlegge hvor de befant seg på skalaen i forhold til personlige følelser og opplevelser. Disse følelsene og opplevelsene dreide seg om håp, angst, smerte, tretthet, og lignende. Om det kom frem store endringer fra uke til uke, var dette noe som kunne fokuseres på og tas tak i av sykepleieren, slik at pasientens behov ble ivaretatt på best mulig måte.

Håp er alltid til stede (Utne, 2017), og Mattioli et al. (2008) sier at selv om noen pasienter var nær døden, hadde de fortsatt håp. Pasientene forsøkte å skjerme seg selv fra negative tanker rundt kreftdiagnosen, og syntes det var bedre å vite mindre når det omhandlet negative sider

ved sykdommen som for eksempel dårlige prognoser (Mattioli et al., 2008). Noen pasienter har dette som en strategi for å ta vare på seg selv, og ønsker derfor å ta en dag av gangen (Lohne, 2016). Studien til Mattioli et al. (2008) viser til nødvendigheten av at sykepleiere erkjenner viktigheten av håp og sosial støtte til kreftpasienter. Videre går det fram i denne forskningen at håp ble ansett som helt nødvendig, og ga pasientene et ønske om å kjempe for livet. Aksept og hjelp fra andre dannet grunnlaget for håp, og ga dem mulighet til å tilpasse seg utfordringene ved kreftdiagnosen og påkjenningene fra kjemoterapi (Mattioli et al., 2008).

Sykepleieren skal inspirere til håp. Et udekket informasjonsbehov og en følelse av verdiløshet skaper en svekkelse av håpet (Lohne, 2016). Håp ble fremmet ved tro på behandlingen, og en opprettholdelse av positiv innstilling. Det var ansett som viktig at helsepersonellet lyttet aktivt, tillot pasientene å uttrykke håpløshet, ga pleie, viste aksept og en villighet til å gi informasjon. Igjen så kan sykepleieren positivt påvirke håp ved å gi informasjonen på en medfølede, ærlig, respektfull måte, og ved å være vennlig, høflig, positiv og selvsikker (Mattioli et al., 2008).

I og med at håp og tillit er nært beslektet, må sykepleieren finne ut av hva som betyr noe for den enkelte pasient, nettopp for å kunne utvikle en tillitsfull relasjon (Lohne, 2016). Akutt leukemi endret hva som ble viktig for den enkelte, og skapte en reprioritering av hva pasientene anså som betydningsfullt (Papadopoulou et al., 2016). Fokuset på et større bilde av livet heller enn selve kreftsykdommen var vanlig. Det betydde ikke at de aksepterte sykdommen, men at kreftsykdommen ikke skulle kontrollere livene deres. De ønsket å opprettholde dagligdagse rutiner, som kunne hjelpe de i å fortsette dagliglivet på en så normal måte som mulig under behandlingen (Mattioli et al., 2008).

Pasienter oppfatter håp som et verktøy for å takle leukemien. Tilpasning, akseptering, og å innta en positiv innstilling ble sett på som viktige mestringsstrategier (Papadopoulou et al., 2013). Det sies at en følelse av håpløshet fremmer en utvikling av patologiske prosesser (Lohne, 2016). Pasientene nevnte at de hadde inntatt en kampvilje hvor de tok kontroll på mulige ressurser, jobbet gjennom vanskeligheter og innså at personlig innflytelse var viktig. Håpet endret seg over tid, og økte etter hvert som behandlingen gikk videre eller fikk ønsket effekt (Papadopoulou et al., 2013).

6 Oppsummering

For å svare på problemstillingen har jeg gjennom oppgaven forsøkt å påpeke noen sentrale momenter. Jeg har kommet frem til at relasjonsbygging mellom sykepleieren og pasienten er veldig viktig for å kunne skape forståelse og tillit. Håp er nært beslektet med tillit, og tillit til sykepleieren er derfor nødvendig. Pasientene befinner seg i en krisesituasjon hvor informasjonsbehovet er stort. Det er derfor nødvendig at sykepleieren tilpasser den enkeltes informasjonsbehov, og gir god informasjon. Hun eller han må åpne opp for samtale og innta en lyttende holdning. Pasienten har behov for trygghet og forutsigbarhet i denne tiden. Videre må sykepleieren åpne opp, og normalisere følelser og reaksjoner hos pasientene. Det er dog viktig at sykepleieren kjenner sitt eget følelsesliv, for å kunne være forberedt, og for å kunne ta i mot reaksjonene som kommer i denne tiden. Det kommuniseres også når det ikke samtales, noe som gjør at sykepleieren må være bevisst sitt kroppsspråk.

Et holistisk menneskesyn er nødvendig for å kunne skille sykdom og pasient. Alle pasienter er forskjellige, og det blir derfor nødvendig å finne ut hva som bidrar til å fremme håp hos den enkelte. Håp endres over tid, noe sykepleieren må være klar over og følge opp. Det må ligge kartleggingsmuligheter til grunn for å følge opp endringer i pasientens håp over tid. Håp fremmes av tro på behandlingen og en positiv innstilling. Inkludering av humor kan være et fint hjelpemiddel i en ellers kaotisk hverdag.

Den mellommenneskelige kontakten er helt sentral for å fremme håp. Sykepleieren må sørge for å inkludere pasientens nærmeste, og gi forklaringer om hva de kan bidra med for pasienten. Sykepleieren er en stor del av pasientens omgivelser i tiden hun eller han er innlagt på sykehuset. Dette gjør at sykepleieren har en sentral rolle i å bidra til at pasientens håp ivaretas. Hun eller han må bidra til å formulere og omformulere mål med pasienten slik at den nye hverdagen kan oppleves som meningsfylt. Sykepleierens selvtillit og ekspertisekunnskap ble tatt frem som viktige egenskaper. Sykepleieren bør derfor trene opp sine kommunikasjonsferdigheter om dette er nødvendig, i tillegg til å ha god kunnskap rundt sykdommen og behandlingsforløpet.

7 Litteraturliste

- Cullberg, J. (2010). *Mennesker i krise og utvikling*. (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dahl, A. A. (2013). Psykiske symptomer og lidelser. I J. H. Loge, A. A. Dahl, S. D. Fosså & C. E. Kiserud (Red.), *Kreftoverlevende: Ny kunnskap og nye muligheter i et langtidsperspektiv* (2. utg., s. 127-149). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eide, H. & Eide, T. (2016). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gedde-Dahl, T., (2014). Akutte leukemier og myelodysplastiske syndromer. I Wisløff, F., Gedde-Dahl, T., Tjønnfjord, G. E., & Holte, H (Red.), *Blodsykdommer* (7. utg., s. 132-169). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2018). *Pakkeforløp for akutt leukemi*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/akutt-leukemi-pakkeforlop>
- Hummelvoll, J. K. (2016). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Håkonsen, K. J. (2015). *Psykologi og psykiske lidelser*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Oncolex. (2018). *Leukemi*. Hentet fra <http://oncolex.no/Leukemi>
- Kirkevold, M. (2014). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Lohne, V. (2016). Håp og håpløshet. I A. K. T. Heggstad & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (4. utg., s. 110-126). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Lorentsen, V. B., & Grov, K. E., (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I Stubberud, D-G., Grønseth, R., & Almås, H (Red.), *Klinisk Sykepleie: Bind 2* (5. utg., s. 397-436). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mattioli, J. L., Repinski, R. & Chappy, S. L. (2008). The meaning of hope and social support in patients receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 35(5), 822-829. <https://doi.org/10.1188/08.ONF.822-829>

- Meyer, P., (2016). Blodsykdommer og sykdommer i lymfoide organer. I Ørn, S., & Bach-Gansmo, E (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 203-214). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, P., & Grønseth, R., (2016). Kinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I Stubberud, D-G., Grønseth, R., & Almås, H (Red.), *Klinisk Sykepleie: Bind 1* (5. utg., s. 17-39). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Papadopoulou, C., Johnston, B. & Themessl-Huber, M. (2013). The experience of acute leukaemia in adult patients: A qualitative thematic synthesis. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(5), 640-648. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2013.06.009>
- Papadopoulou, C., Johnston, B. & Themessl-Huber, M. (2016). Decay, transformation, and growth: Meaning-making process of patients with acute leukemia within the first year after diagnosis or relapse. *Oncology Nursing Forum*, 43(2), 73-81. <https://doi.org/10.1188/16.ONF.E73-E81>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Reitan, A. M. (2017a). Kreftsykepleie. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling* (4. utg., s. 33-47). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Reitan, A. M. (2017b). Psykologisk krise og mestringsmuligheter. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling* (4. utg., s. 82-101). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Somasundaram, R. O. & Devamani, K. A. (2016). A comparative study on resilience, perceived social support and hopelessness among cancer patients treated with curative and palliative care. *Indian Journal of Palliative Care*, (22), 135-140. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.179606>
- Stubberud, D-G., (2015). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I Stubberud, D-G (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (1. utg., s. 13-41). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tjønnfjord, G. E. (2017). Leukemier og myelomatose. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utfordring – Handling* (4. utg., s. 646-664). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Utne, I. (2017). Håp i et kreftforløp. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utdfordring – Handling* (4. Utg., s. 67-81). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Vik, H. B. (2017). Sykepleieutfordringer ved kreft i bloddannede organer og lymfatisk vev. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient – Utdfordring – Handling* (4. utg., s. 665-676). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Zamanzadeh, V., Rassouli, M., Abbaszadeh, A., Nikanfar, A., Alavi-Majd, H. & Ghahramanian, A. (2014). Factors influencing communication between the patients with cancer and their nurses i oncology wards. *Indian Journal of palliative care*, 20(1), 12-20. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.125549>