



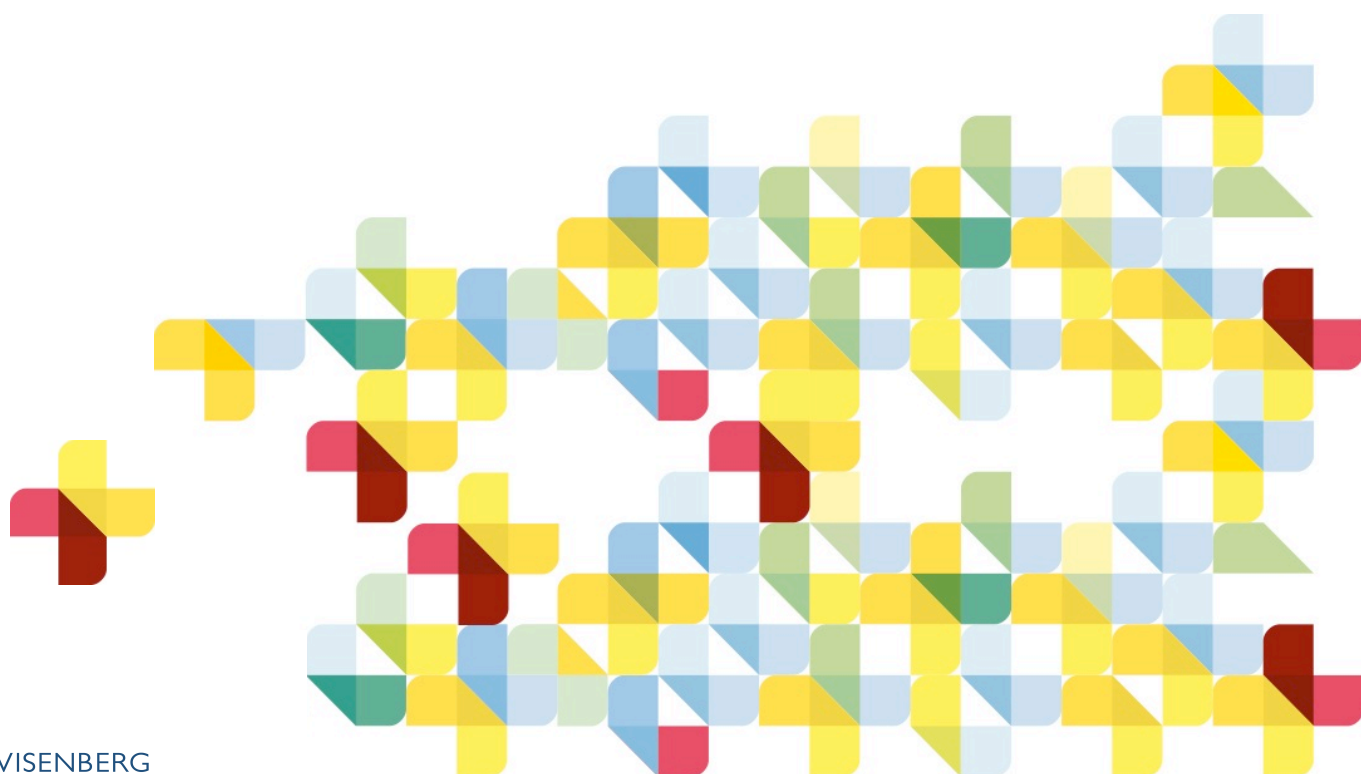
# En støtte i håpets lys

Hvordan kan sykepleieren styrke håp hos, og støtte unge voksne med nyoppdaget akutt lymfoblastisk leukemi?

Kandidatnummer: 375  
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave  
i Sykepleie

Antall ord: 10 688  
Dato: 14.04.16



<b>ABSTRAKT</b>	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 14.04.2016
Tittel: En støtte i håpets lys	
<p><u>Problemstilling:</u> <i>Hvordan kan sykepleieren styrke håp hos, og støtte unge voksne med nyoppdaget akutt lymfoblastisk leukemi?</i></p> <p><u>Metode:</u> Oppgaven er en litterær oppgave, der det har blitt anvendt relevant og anerkjent fag- og forskningslitteratur.</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Pasienter som blir diagnostisert med akutt lymfatisk leukemi vil ha ulike reaksjoner på sykdommen. Sykepleieren må ha tilstrekkelig med kunnskap om sykdom og pasientreaksjoner, som sammen med en god relasjon kan bidra til å få tak i pasientens behov og vite når det er mulig å fremme håp. Joyce Travelbee er valgt som fundament for oppgavens sykepleierteoretiske perspektiv.</p> <p><u>Drøfting:</u> Pasientens opplevelse av å bli diagnostisert med ALL kan potensielt påvirke sykepleierens mulighet til å styrke håpet hos pasienten. En alvorlig diagnose kan stå til grunn for individuelle behov og reaksjoner, og det er opp til sykepleieren å bli kjent med disse for å hjelpe pasienten mot et liv med en alvorlig sykdom. En kan på bakgrunn av dette stille seg spørrende om en god relasjon påvirker sykepleierens mulighet til å være støttende og styrke håpet positivt.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Håp kan vise seg å være en følelse som får pasienten til å se opp og frem, og gradvis tilpasse seg et liv med ALL. Sykepleieren kan gjennom å danne en god relasjon skape tillit. Dette åpner muligheten til å være støttende og oppfatte pasientens behov tidlig, og samlet bidra til å styrke pasientens håp. Sykepleieren kan få et styrket fokus på begrepet håp gjennom å kartlegge håpet, men også ved å legge til rette for samtale og ivareta pasientens ønsker og behov. Sykepleierens kunnskap om diagnosen, behandlingsforløp og om psykiske reaksjoner som kan oppstå vil kunne påvirke pasientens håp positivt i relasjonen.</p>	
<b>Nøkkelord:</b> håp, støtte, akutt lymfoblastisk leukemi, unge voksne, relasjon	

<b>1. INNLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>1.1 PROBLEMFOMULERING</b>	<b>1</b>
<b>1.2 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA</b>	<b>2</b>
<b>1.3 AVGRENSNING</b>	<b>2</b>
<b>1.4 BEGREPSAVKLARINGER</b>	<b>3</b>
1.4.1 HÅP	3
1.4.2 STØTTE	4
1.4.3 LIDELSE	4
1.4.4 AKUTT LYMFOBLASTISK LEUKEMI (ALL)	4
<b>2. METODE</b>	<b>5</b>
<b>2.1 METODEBESKRIVELSE</b>	<b>5</b>
<b>2.3 KILDEKRITIKK</b>	<b>6</b>
<b>3. SYKEPLEIETEORETISK PERSPEKTIV</b>	<b>8</b>
<b>3.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV SYKEPLEIETEORETIKER</b>	<b>8</b>
<b>3.2 JOYCE TRAVELBEES SYKEPLEIETEORI</b>	<b>8</b>
<b>3.3 HÅP OG HÅPLØSHET</b>	<b>9</b>
<b>4. AKUTT LYMFOBLASTISK LEUKEMI</b>	<b>10</b>
<b>4.1 BEHANDLING</b>	<b>11</b>
4.1.1 CYTOSTATIKA OG BIVIRKNINGER	11
<b>4.3 DEN UNGE VOKSNE PASIENTENS OPPLEVELSE AV Å FÅ ALL</b>	<b>11</b>
4.2.1 DEN UNGE VOKSNE PASIENTEN	12
4.3.2 KREFTPASIENTENS UTFORDRINGER OG DEN TRAUMATISKE KRISEN	12
4.2.3 HÅPET HOS KREFTPASIENTEN	13
<b>4.4 SYKEPLEIE TIL PASIENTER MED NYDIAGNOSTISERT ALL</b>	<b>14</b>
4.4.1 SYKEPLEIERENS KOMPETANSE OG PERSONLIGE KVALIFIKASJONER	14
4.4.2 SYKEPLEIERENS LINDRENDE OG STØTTENDE FUNKSJON	15
<b>5. RELASJONEN MELLOM PASIENT OG SYKEPLEIER</b>	<b>17</b>
<b>5.1 MELLOMMENNESKELIG KONTAKT</b>	<b>17</b>
<b>5.3 KOMMUNIKASJON</b>	<b>18</b>
5.3.1 KOMMUNIKASJON MED MENNESKER I KRISE	18
<b>6. DRØFTING AV PROBLEMSTILLING</b>	<b>20</b>
<b>6.1 ET SLAG I ANSIKTET – OPPLEVELSEN AV Å BLI DIAGNOSTISERT MED ALL</b>	<b>20</b>
6.1.3 Å SKIMTE LYSET I ENDEN AV TUNELLEN	22
<b>6.2 Å INSPIRERE TIL HÅP – SETTE LYSET I FOKUS</b>	<b>23</b>
<b>6.3 EN GOD RELASJON – ET POTENSIELT GRUNNLAG FOR Å GJØRE LYSET STERKERE</b>	<b>26</b>
<b>5. KONKLUSJON</b>	<b>31</b>
<b>LITTERATURLISTE</b>	<b>33</b>

# 1. Innledning

Fra 2009 til 2013 var det i gjennomsnitt 65 nye tilfeller av akutt lymfoblastisk leukemi (ALL) i Norge per år. I samme periode var det 22 dødsfall per år. Relativ overlevelse ved ALL var i 2014, fem år etter diagnosetidspunkt, 55% (Engholm et al., 2015). ALL er en sjelden sykdom som kan ramme mennesker i alle aldre, men den er mest vanlig hos barn. Hos barn er prognosen god, men avtar med årene (Tangen et al., 2010; Tjønnfjord, 2010). På bakgrunn av dette vil temaet i oppgaven være sykepleierens evne til å styrke pasientens håp og støtte hos unge voksne som er nydiagnostisert med ALL, en diagnose som kan utløse traumatisk krise (Cullberg, 2011).

*”Vi kan si at vi er i en krisetilstand når vi er kommet inn i en livssituasjon hvor våre tidligere erfaringer og innlærte reaksjoner ikke er tilstrekkelige til å forstå og beherske den aktuelle situasjonen” (Cullberg, 2011, s. 14).*

Det å bli diagnostisert med kreft kan utløse krisereaksjoner som depresjon og håpløshet (Reitan, 2010b). Når pasienten blir diagnostisert med ALL venter lange perioder der ting er uavklart med tanke på behandling og bivirkninger, men også livssituasjonen i nær og fjern fremtid (Reitan, 2010b; Tjønnfjord, 2010). Travelbee (1999) skriver at sykepleiere burde finne like stor tilfredsstillelse i å hjelpe den syke med å finne mening i sykdommen som i å hjelpe pasienten i å bli frisk.

*”Det er alltid et håp, men det forandrer seg hele tiden. Håpet rommer det positive i mørket. Håpet lindrer lidelsen. Håpet gir oss noe å se frem til” - Vibeke Lohne*

Jeg benytter meg av det dagsaktuelle utsagnet fra sykepleier og professor Vibeke Lohne i Aftenposten (Borud, 2016) i min oppgave fordi sitatet griper inn i kjernen av det jeg skriver om.

## 1.1 Problemformulering

*Hvordan kan sykepleieren styrke håp hos, og støtte unge voksne med nyoppdaget akutt lymfoblastisk leukemi?*

## **1.2 Bakgrunn for valg av tema**

Personlig har jeg gjennom studiet hatt et engasjement for kreftsykepleie, og da spesielt utfordringene sykepleieren står ovenfor med tanke på riktig tilnærming til pasienter med alvorlig sykdom. ALL er en kompleks og sjelden diagnose som jeg åpnet øynene for gjennom en bekjent med et faglig engasjement som smitter. På bakgrunn av dette har jeg valgt å gå dypere inn i sykepleierens tilnærming til pasienter med ALL. Etter nærmere litteraturgjennomgang innenfor temaet opplevde jeg ofte at voksne ikke blir omtalt i like stor grad som barn, og ønsker av nysgjerrighet å belyse unge voksne pasienters opplevelse av å få denne diagnosen.

En akutt og alvorlig diagnose kan føre til forskjellige reaksjoner, eksempelvis vil tanker om overlevelse og prognose være tilstede. Håp er noe som kan bidra til at pasienter med alvorlig sykdom ser en fremtid, opplever mestring og motiveres til å takle livet der og da (Rustøen, 2009). Pasienter som diagnostiseres med ALL er i starten av behandlingsforløpet til og fra sykehuset i nærmere fire måneder (Tjønnfjord, 2010). Sykepleieren vil derfor ha nær kontakt med, og muligheten til å støtte og styrke håpet hos pasienten

I Kunnskapsdepartementets (2011) ”Rammeplan for sykepleiestudiet” beskrives faglig forsvarlig sykepleie. Blant annet kreves det at sykepleierstudenten innehar kunnskap om sykdommens påvirkning på mennesket, deriblant menneskets håp. Mitt ønske med denne oppgaven er å styrke egen kompetanse innenfor dette temaet.

## **1.3 Avgrensning**

I denne besvarelsen har jeg valgt å begrense temaet til unge voksne mellom 20-30 år, til tross for at sykdommen oftest inntreffer i barneårene. Dette grunnet nysgjerrighet ovenfor den unge voksne pasienten, samt at yngre barn ofte har svært individuelle krav og vanskelige tilnæringsmåter. Litterært vil jeg forholde meg til voksne pasienter, men vil hensynta at unge voksne pasienter kan ha andre behov.

Sykepleieren kan møte kreftpasienter i mange ulike arenaer. I besvarelsen tas det utgangspunkt i at pasienten har blitt diagnostisert og møter sykepleieren på sykehuset. Bakgrunnen for dette er at pasienter med nyopplaget ALL blir sendt til sykehus for videre diagnostisering og oppstart av behandling ved første mulighet (Kreftforeningen, 2016).

I denne oppgaven blir det satt fokus på sykepleierens fagkunnskap, pasienters opplevelse av sykdom og sykepleierens evne til å danne en relasjon med pasienten. Dette for å støtte pasienten, samt bidra til å styrke håpet. Det hadde vært naturlig å trekke inn andre faktorer som også er relevante for oppgavens problemstilling. Eksempelvis pasientens sosiale nettverk og eventuelle pårørende fordypes ikke i denne oppgaven til tross for at de representerer trygghet og har stor innvirkning på pasientens psykiske reaksjoner og håp (Grov, 2010, Vik, 2010). Andre momenter som kunne vært fokusert mer på er den informerende og veiledende funksjonen som også kan ha innvirkning på pasientens opplevelse av støtte og håp (Reitan, 2010a). Med hensyn til begrensningene i oppgaven er disse faktorene utelatt.

Et menneske med håp ansees å være et menneske som har kunnskaper om at livets vanskeligheter kan mestres (Utne & Rustøen, 2010). Med bakgrunn i dette kan man si at håp og mestring er sterkt knyttet sammen, noe som også gjenspeiles generelt i litteraturen. Begrepet mestring vil likevel ikke bli nærmere beskrevet i denne oppgaven for å bevare fokus på problemstillingen.

Behandling av ALL innebærer i mange tilfeller både kjemoterapi og stamcelletransplantasjon. Sistnevnte vil ikke fordypes nærmere i denne oppgaven da denne formen for behandling først vurderes senere i behandlingsforløpet (Tjønnfjord, 2010).

## **1.4 Begrepsavklaringer**

I denne oppgaven vil det kontinuerlig presenteres forskjellige faglige begreper. I dette underkapittelet vil jeg ta for meg begrepsavklaringer som er aktuelle for å unngå mistolkning.

### **1.4.1 Håp**

Travelbee (1999, s. 117) definerer håp som et mentalt stadium karakterisert ved ønsket om å nå en slutt eller ett mål, kombinert med en viss grad av forventning om oppnåelse.

#### **1.4.2 Støtte**

Å støtte kan beskrives som å bygge relasjon til en annen, og ut fra den andres behov og situasjon, samhandle eller handle for den (Reitan, 2010b, s. 91). Dette vil i denne oppgaven være nært knyttet til begrepet tillit som kan forstås som den trygge troen på at andre mennesker er i stand til å hjelpe i vanskelige situasjoner, og at sannsynligheten er stor for at de gjør det (Travelbee, 1999, s. 120).

#### **1.4.3 Lidelse**

Travelbees (1999, s. 99) skriver at lidelse er å være utsatt for fysisk eller psykisk smerte, utholde plage eller nød, eller være et offer for sykdom eller skade som medfører maktesløshet.

#### **1.4.4 Akutt lymfoblastisk leukemi (ALL)**

Akutt lymfoblastisk leukemi er en form for blodkreft som angriper og utgår fra de hvite blodcellene og deres forstadier (Meyer, 2014,s. 202).

## 2. Metode

Metode kan defineres som spesifikke fremgangsmåter for å løse konkrete oppgaver. Dersom oppgavene blir løst kan ny kunnskap presenteres (Rienecker & Jørgensen, 2013, Dalland, 2013). Metode er et redskap i møte med noe som skal undersøkes og et hjelpemiddel for å samle inn nødvendig informasjon (Dalland, 2013).

Dette er en litterær oppgave der det har blitt anvendt relevant fag- og forskningslitteratur innenfor valgt tema. En litterær oppgave baseres på andres funn i vitenskapelige artikler, bøker og andre tekster (Aadland, 2011). Litteraturen som anvendes skal belyse temaet på en faglig og interessant måte og gi svar på valgt problemstilling (Dalland, 2013). På bakgrunn av dette vil vurderinger og konklusjoner som blir presentert i oppgaven ha grunnlag i anvendt litteratur.

### 2.1 Metodebeskrivelse

Grunnlaget for litteraturen som er benyttet i oppgaven er samlet inn fra bøker, fag- og forskningsartikler og på egne erfaringer. Bøkene som er benyttet er hovedsakelig fra Lovisenberg Diakonale Høgskole sin pensumlitteratur for bachelor i sykepleie. Ved å være aktiv på skolens bibliotek, og ved å lese pensumlitteratur har jeg oppdaget annen interessant litteratur som har vært mer spisset mot min problemstilling. Jeg har funnet informasjon om opplevelsene rundt det å bli alvorlig og akutt syk, samt lest om håp og akutt lymfoblastisk leukemi. Gjennom søkeprosessen har jeg valg å benytte originallitteratur så fremt det har vært tilgjengelig.

For å finne relevante fag- og forskningsartikler har jeg brukt mye tid på å søke gjennom databasen Cinahl med følgende søkeord i forskjellige kombinasjoner: "Early diagnosis", "Leukemia, Lymphocytic, Acute", "Leukemia", "Oncologic Nursing", "Hope", "Cancer", "Nurse-Patient relations", "Coping", "Young Adult", "Chemotherapy", "Communication" og "Social support". Videre avgrenset jeg søket til nyere forskning, samt aldersgruppen 19 til 44 år. Det ble det funnet flere artikler ved gjennomgang av funnene, og jeg endte opp med å bruke 15 artikler. Utenom dette søket er det brukt en artikkel fra sykepleien og en artikkel fra tidsskriftet for den norske legeforeningen, samt en artikkel fra aftenposten. Det har blitt gjort en nøye vurdering og jeg har vært kritisk til artiklene med tanke på troverdighet og relevans for oppgaven. Noen anvendte artikler er *Acute Leukemia: making sense of a complex blood*



*cancer* som tar seg den nødvendige kunnskapen sykepleieren burde ha om ALL og i møtet med pasientene (Meenaghan, Dowling & Kelly, 2012). *The experience of acute leukemia in adult patients: A qualitative thematic synthesis* som er en systematisk litteraturgjennomgang som tar for seg voksnes opplevelser rundt diagnosen akutt leukemi (Papadopoulou, Johnston & Themessl, 2013). Artikkelen *Symptom burden and supportive care in patients with acute leukemia* bruker spørreskjema som metode for å kartlegge 249 pasienters opplevde symptomer og deres støtteapparat (Zimmermann et al., 2013). *Empathic nursing: going the extra mile* tar for seg hvordan sykepleieren med en empatisk tilnærming støtter mennesket bak sykdommen (Davies, 2013). Artikkelen *Living with side effects from cancer treatment – a challenge to target information* tar for seg intervjuer av ni pasienters opplevelse av kreftbehandling Artikkelen er analysert gjennom en hermeneutisk tilnærming (Pedersen, Koltved & Nielsen, 2012). Artikkelen *Experiences of 'being known' by the healthcare team of young adult patients with cancer* bruker intervjuer som metode for å kartlegge den unge voksne pasientens opplevelse av sykepleierens tilnærming (Jacobsen, Bouchard, Emed, Lepage & Cook, 2015).

I skriveprosessen har jeg undersøkt om kildene samsvarer og om de har fått samme resultater. Det har vært en kontinuerlig prosess, som sammen med hospitering på relevant avdeling på sykehus har gitt meg økt forståelse rundt oppgavens tema. Det overnevnte vil drøftes nærmere i kapittel seks.

## **2.3 Kildekritikk**

I et litterært studie er kildekritikk et metodisk redskap som brukes for å vurdere litteraturen som er benyttet. Kildekritikk viser at det i oppgaven er brukt et kritisk blikk på anvendt kildemateriale (Dalland, 2013).

Det er flere aspekter rundt Joyce Travelbees (1999) teori som kan bemerkes. I hovedsak er teorien hentet fra hennes bok *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* som er oversatt fra engelsk til norsk. Dermed kan hennes konkrete beskrivelser ha blitt mistolket i oversettelsesprosessen, noe som kan påvirke oppgavens validitet. Et annet aspekt er Kirkevolds (2009) kritiske blikk på Travelbees teori, da hun mener at teorien ikke tar tilstrekkelig hensyn til sosiale og kulturelle aspekter av individets liv. Dette tatt i betraktning avdekker likevel Travelbee en viktig vinkling av individets sykdom som omhandler

personlige erfaringer som pasienten relaterer sin mening til. Til tross for at Kirkevold kritiserer Travelbees beskrivelser, ønsker jeg å benytte det individorienterte ved Travelbees teori videre i besvarelsen. Kirkevold kritiserer også Travelbees beskrivelse av at sykepleierens samhandling med den syke hele tiden er bevisst og planlagt, noe som avviker fra Kirkevolds egne erfaringer. Hun hevder at menneskelige samhandling ofte ikke er planlagt, men skjer spontant, intuitivt og på en kreativ måte. I denne oppgaven vil sistnevnte kritikk av Kirkevold vektlegges, da det sees som relevant for min problemstilling.

Som tidligere nevnt er det sentralt å være kritisk til litteraturen. Blant annet kan noen av artiklenes relevans diskuteres nærmere. Artikkelen *Nursing intervention to increase hope in cancer patients* er en eldre artikkel (Rustøen & Hansetad, 1998), likevel har artikkelen blitt observert som kilde i flere nyere forskningsartikler og i boken til Rustøen (2009). I artikkelen *The coping process of patients with cancer* benyttes intervju som metode for å finne ut hvordan pasientene takler livsendringene som følger med en kreftdiagnose. Selv om den i hovedsak tar for seg mestring, så står psykiske reaksjoner og håp også sentralt (Chen & Chang, 2011). Når det kommer til artikkelen *Hope in the context of lung cancer: Relationships of hope to symptoms and psychological distress* så tar den for seg eldre med lungekreft, men har i stor grad overføringsverdi når det kommer til pasientopplevelser (Berendes et al., 2010). Et annet funn var *The meaning of hope and social support in patients receiving chemotherapy* som benytter intervju av pasienter som metode for å undersøke betydningen av håp og støtte (Mattioli et al., 2008). Artikkelen tar for seg en eldre aldersgruppe, men anses likevel å ha stor forklaringskraft for min oppgave. Videre ble boken *The Primacy of Caring – Stress and Coping in Health and Illness* skrevet av Benner og Wrubel først utgitt i 1989. Teorien blir kildehenvist til i nyere litteratur, blant annet i boken *Kreftsykepleie* fra 2010, og teorien blir derfor fortsatt ansett som aktuell og benyttes på bakgrunn av dette.

### **3. Sykepleieteoretisk perspektiv**

En teori er isolerte observasjoner eller erfaringer innen et fagområdet satt i system. Teori skal kunne beskrive og forklare fagets fenomener, samt fremme forståelse av faget (Dalland, 2013; Rienecker & Jørgensen, 2013). Teori i denne sammenheng er teoretisk kunnskap som gir oppgaven et tydelig sykepleiefaglig kunnskap- og verdigrunnlag. Oppgaven tar som tidligere nevnt utgangspunkt i Joyce Travelbees teori som har hatt stor innflytelse innen sykepleiens tanker og filosofi (Kirkevold, 2009).

#### **3.1 Begrunnelse for valg av sykepleieteoretiker**

I denne besvarelsen har fokuset vært å finne en sykepleieteoretiker som understreker hvor viktig det er å få en god relasjon og kontakt med pasienten. Joyce Travelbee legger mer vekt på hvordan man bygger opp kontakt fra første stund, sammenlignet med andre sykepleieteoretikere. Hun går dypt inn i den mellommenneskelige kontakten og hvordan denne påvirker pasientens opplevelse av å være syk. Samtidig har hun egne definisjoner av begrepet håp (Kirkevold, 2009). Dette kan relateres til oppgaven da sykepleieren møter en nydiagnostisert pasient. Det å være tilstede for pasienten og å snakke om håp kan for pasienten være et svært intimt tema, det vil derfor være viktig å skape relasjon tidlig.

#### **3.2 Joyce Travelbees sykepleieteori**

En viktig del av Travelbees sykepleieteori er fokuset den har på lindring av lidelse blant syke personer. I Travelbees definisjon av sykepleie beskrives den mellommenneskelige prosessen der den profesjonelle sykepleieren hjelper et individ, en familie, eller samfunnet til å forhindre eller takle opplevelsen av sykdom og lidelse, og dersom det er nødvendig finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999, s. 29). Håp er også et sentralt tema for å minske pasientens belastninger i forbindelse med sykdom. For å styrke håp hos pasienter som lider må sykepleieren erkjenne deres lidelse (Travelbee, 1999).

Den profesjonelle sykepleieren skal hjelpe pasienter til å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom, dette gjøres gjennom mellommenneskelige dimensjoner, som er en av Travelbees fokusområder (Travelbee, 1999; Kirkevold, 2009). En sykepleier må benytte seg av en disiplinert og intellektuell tilnærming, kombinert med å bruke seg selv terapeutisk i møte med pasientutfordringer. En disiplinert og intellektuell tilnærming er sykepleierens evne

til å løse sykepleierrelaterte problemer ved hjelp av tidligere kunnskap og innsikt. Terapeutisk bruk av seg selv er evnen til å bruke egen personlighet bevisst i forsøke på å etablere tilknytning til pasienten (Travelbee, 1999).

For å bli kjent med pasientens opplevelsen av sykdommen må sykepleieren kommunisere direkte og lytte til pasienten. Kommunikasjon gir sykepleieren mulighet til å bli kjent med pasienten som et enkelt individ (Travelbee, 1999). Selv om det ikke alltid er mulig å forebygge sykdom og lidelse kan en sykepleier hjelpe den enkelte til å mestre og holde ut sykdommen dersom den oppstår i livet (ibid.).

### **3.3 Håp og håpløshet**

Travelbee beskriver håp som en mental tilstand som er karakterisert med et ønske om å få en slutt eller å oppnå et mål. Dette kombinert med en forventning om at det som er ønskelig eller etterlengtet er oppnåelig. Videre skriver hun at håp ofte avhenger av det å ha et nettverk, samt at det er nært knyttet til tillit og utholdenhet (Travelbee, 1999). Videre hevder hun at pasienter som opplever håpløshet er de som ikke forsøker å løse problemer, og som opplever fremtidige forandringer, kortsiktige eller langsiktige, som uoppnåelige. Disse pasientene ser ut til å ha tankesettet sitt her og nå, mens pasienter som opplever håp ser ut til å løfte blikket fremover og har tro på at det finnes løsninger. Opplevelsen av håpløshet kan ifølge Travelbee være et resultat av at pasienten føler at hjelpen gjennom lidelsene er fraværende (ibid.).

## 4. Akutt lymfoblastisk leukemi

Kreftsykdommer som rammer blodets celler eller cellenes forstadier kalles leukemier (Tjønnfjord, 2010). Leukemier deles inn i to hovedgrupper; myelogene og lymfoblastiske etter hvilke blodceller leukemien stammer fra. Disse deles videre inn i akutte og kroniske leukemier etter hvor stormende sykdomsforløpet er (Brinch, 2008). Det gir opphav til fire undergrupper av leukemi; kronisk myelogen leukemi (KML), akutt myelogen leukemi (AML), kronisk lymfatisk leukemi (KLL) og akutt lymfoblastisk leukemi (ALL) (Meyer, 2014). Besvarelsen vil videre ha fokus på sistnevnte.

For å forstå patofysiologien ved akutt leukemi må man vite noe om beinmargens funksjon. Røde- og hvite blodceller, samt blodplater produseres i benmargen, og de stammer alle fra umodne stamceller. Ved akutt leukemi oppstår det en overproduksjon av lymfoblaster, som er umodne hvite blodceller (lymfocytter) (Meenaghan et al., 2012). Grunnet svikt i modningsprosessen blir det en oppsamling av lymfoblaster. Dette hindrer normal produksjon av røde blodceller, hvite blodceller og blodplater, som resulterer i beinmargssvikt og medfører høy risiko for infeksjon (Meyer, 2014). Pasientene får anemi og symptomer som tretthet grunnet redusert produksjon av røde blodceller og lav hemoglobin. Trombocytopeni (reduksjon av blodplater) fører til at pasientene lettere får blåmerker og blødninger. Lymfoblaster kan også lekke ut fra benmargen til blodårer og lymfesystemet og ende opp i det sentrale nervesystemet, som fører til symptomer som hodepine, kvalme og oppkast (Meyer, 2014; Meenaghan et al., 2012). I tillegg til de fysiske symptomene er pasienter diagnostisert med ALL vist å ha høy forekomst av psykiske symptomer som depresjon, søvnløshet og stress (Zimmermann et al., 2013).

Akutt leukemi er en relativt sjelden sykdom, og årsaken er i de aller fleste tilfeller ukjent. Pasientene diagnostiseres gjennom påvisning av økt antall lymfoblaster i blod og beinmarg (Tjønnfjord, 2010). Akutte leukemier har et stormende sykdomsforløp, der ubehandlede pasienter dør av blødning eller infeksjon innen kort tid (Meyer, 2014). ALL kan ramme mennesker i alle aldre, men er hyppigst hos barn (Tjønnfjord, 2010).

## **4.1 Behandling**

*”Målet med behandling av akutt leukemi er forlenget overlevelse med god livskvalitet, i beste fall kurere pasienten”* (Brinch, 2008, s. 150).

Behandling av ALL baserer seg på kjemoterapi, som er en kombinasjon av forskjellige cytostatika (Tjønnfjord, 2010). Den kjemoterapeutiske behandlingen av ALL forårsaker en livstruende beinmargssvikt, og er blant de mest belastende kreftbehandlingene.

Beinmargssvikten gir risiko for infeksjoner og blødninger grunnet lave granulocyt- og trombocytverdier (Meyer, 2014). Behandlingsrelaterte komplikasjoner stiger ved økende alder, og gir hos eldre et mer innviklet sykdomsbilde, dette da de har lavere følsomhet for behandling enn barn og unge voksne. På grunn av moderne behandling er prognosen blitt bedre, spesielt hos barn og unge voksne. Hos voksne over 15 år blir ca. 50 % langtidsoverlevende (Tjønnfjord, 2010, s.584). Prognosen er bedre dess yngre pasienten er ved diagnositidspunkt (Tjønnfjord, 2010).

### **4.1.1 Cytostatika og bivirkninger**

Cytostatika er et legemiddel som virker ved å hemme celledelingen. Effekten er størst der delingshastigheten er høy, og cytostatika vil derfor ødelegge lymfoblastene (Lorentsen & Grov, 2010; Tjønnfjord, 2010). Den innledende behandlingen av ALL er kjent som induksjonsbehandling der mange cellegifter blir gitt i kombinasjon over en periode på noen få dager. Hensikten med induksjonskjemoterapi er å oppnå remisjon, som betyr at leukemicellene ikke lenger regjerer i beinmargen og at pasienten er fri for synlige sykdomstegn (Meenaghan et al., 2012; Reitan, 2010a). Remisjon er første nødvendige skritt i riktig retning på en lang vei mot det å bli kurert (Meenaghan et al., 2012). Avhengig av sykdommens alvorlighetsgrad og bivirkninger av behandlingen vurderes videre behandlingsforløp. Som nevnt er pasientene mye til og fra sykehuset de første månedene, hvorav disse innebærer periodevis intensiv kjemoterapi (Tjønnfjord, 2010).

## **4.3 Den unge voksne pasientens opplevelse av å få ALL**

Akutt sykdom kan forklares som sykdom eller skade som oppstår brått, uten tidligere sykdomshistorie. Opplevelsen av å være akutt syk kan forbindes med hvilke psykososiale reaksjoner og behov som oppstår, samtidig som at disse opplevelsene kan være i konstant

endring. Et øyeblikk kan oppleves som håpløst, mens i det neste kan dette erstattes med håp (Stubberud, 2013). Det vil være naturlig at pasienten reagerer med å vurdere livets verdier og mål. Dette er en prosess og utfordring som kan virke vanskelig å takle, noe som kan fremkalle psykiske reaksjoner (Stubberud, 2013; Reitan, 2010a). Ifølge Reitan (2010a) er psykiske reaksjoner i forbindelse med en kreftdiagnose naturlige, og de fleste reaksjonene vil havne innenfor definisjonen traumatisk krise. *”En psykisk traumatisk opplevelse kan kullkaste våre forhåpninger og hardhendt tvinge oss til å skifte perspektiv i vårt syn på vår plass i tilværelsen”* (Cullberg, 2011, s. 18). Hvordan pasienten opplever det å bli syk kan få stor innflytelse på hvordan pasienten mestrer sykdommens konsekvenser (Reitan, 2010a). Pasienten kan prøve å finne mening i situasjonen og spørre seg selv ”hvorfør meg?”, dog vil nok tid og riktig fokus sannsynligvis gjøre at pasienten bearbejder prosessen og retter blikket fremover (Reitan, 2010b). Det blir her viktig at sykepleieren kjenner til den unge voksne pasienten slik at riktig tilnærming blir utført i situasjonen (Vik, 2010).

#### **4.2.1 Den unge voksne pasienten**

For unge voksne kan en sykdom som ALL være svært vanskelig da de ofte er under utdanning enten gjennom studier eller arbeidssituasjon, i en etableringsfase, eller allerede har stiftet familie (Cullberg, 2011, Vik, 2010). Den unge voksne utforsker forskjellige måter å møte verden på og personligheten er fortsatt under utforming (Tetzchner, 2012). Det er sannsynlig at den unge voksne utforsker det å være selvstendig, samtidig som de er på søken etter fellesskap (Cullberg, 2011). En diagnose som ALL kan gjøre at disse livshendelsene utsettes eller settes på prøve, noe som kan påvirke pasientens evne til å takle diagnosen (Vik, 2010). Videre kan det for unge voksne oppleves annerledes å ha en kreftdiagnose enn barn, ungdom og eldre voksne (Jacobsen et al., 2015). Pasientene går igjennom psykiske reaksjoner som fortvilelse, sinne, håpløshet og bekymring for fremtiden. Pasienten kan miste kontroll over påvirkning i eget liv (Jacobsen et al., 2015; Vik, 2010).

#### **4.3.2 Kreftpasientens utfordringer og den traumatiske krisen**

Det er vanlig å beskrive sykdomsforløp i forskjellige faser, og i oppgaven anses Benner & Wrubels (1989) og Cullbergs (2011) to første faser aktuelle. Førstnevnte beskriver kreftpasienters utfordringer, mens sistnevnte tar for seg en traumatisk krise.

Benner & Wrubel (1989) tar for seg den diagnostiske fasen og behandlingsfasen. Den diagnostiske fasen innebærer for pasienten mye stress, og pasienten vil ha behov for informasjon om krefttype og prognose. I denne fasen er det sannsynlig at pasienten opplever uro og bekymring ovenfor det å få beskjed om resultater fra undersøkelser, videre diagnostisering og behandling. Opplevelsen av å ikke ha kontroll kan være svært belastende. Behandlingsfasen vil for mange oppleves roligere. For pasienten er da ofte faktorer som tidsperspektiver og behandlingsforløp avklart (Benner & Wrubel, 1989). Dog er behandling av akutt lymfoblastisk leukemi svært omfattende, og bivirkninger av behandling kan få pasienten til å føle seg enda dårligere enn før behandlingsstart (Benner & Wrubel, 1989; Papadopoulou et al., 2013). Dette kan medføre en følelse av hjelpeløshet og håpløshet, hvorav mange etterstreber å finne ut av hva som er viktig i livet og i situasjonen (Papadopoulou et al., 2013; Benner & Wrubel, 1989).

Cullberg (2011) tar for seg sjokkfasen og reaksjonsfasen, som sammen utgjør den traumatiske krisens akutte faser. I sjokkfasen har pasienten vanskelig for å bearbeide diagnosen, blant annet kan pasienten ha vanskeligheter med å huske hva som har blitt sagt og benekte virkeligheten. Reaksjonsfasen begynner når pasienten tar diagnosen inn over seg, noe som resulterer i at pasienten må omstille seg psykisk. Et kjennetegn i denne fasen er pasientens forsøk på å finne en mening i situasjonen, som ofte oppleves som urettferdig. Det finnes tilfeller der pasienten hopper over sjokkfasen og går rett inn i reaksjonsfasen (Cullberg, 2011).

#### **4.2.3 Håpet hos kreftpasienten**

Håp er viktig for pasientens helse og velbehag. Håp kan styrke og bidra til at mennesket har tro på morgendagen. For å oppleve situasjoner i livet som godt å leve, vil håp være av stor betydning (Rustøen, 2009). Travelbee (1999) hevder at håp kan gi styrke til å mestre tap, tragedier og lidelse, videre hevder hun at håpet kan være avgjørende dersom man er på vei til å gi opp. For en pasient med nydiagnostisert kreft vil håp være av betydning, og vil fortsette å være av betydning gjennom alle stadiene i sykdomsforløpet (Utne & Rustøen, 2010).

Håpløshet er en følelse som er vanlig i forbindelse med kreft (Chen & Chang, 2012). Blant annet har psykiske symptomer som depresjon vist seg å ha stor sammenheng med pasientens grad av håp (Berendes et al., 2010). Til tross for at pasienten er i en vanskelig og tiltagende



håpløs situasjon opplever mange kortere eller langere øyeblikk fylt med mot og styrke, som gjør dem i stand til å være tilstede i eget liv (Thomson, 2013). Det at pasienten opplever mot og styrke vil også påvirke pasientens håp. Håpet synes å være situasjonsbestemt og i konstant endring. Håp kan blant annet handle om å finne rett behandling, være lengre tilstede for pårørende, personlige drømmer eller tanker om å holde fast i det gode i livet (ibid.). Pårørende og pasientens sosiale nettverk betyr mye for pasientens håp (Utne & Rustøen, 2010).

#### **4.4 Sykepleie til pasienter med nydiagnostisert ALL**

Som sykepleier kreves det kunnskap og egenskaper som tilgodeser pasienten (Travelbee, 1999). En utfordring for sykepleieren ved ALL er at pasientens livssituasjon endres i løpet av få dager, og at det selvsagte ved livet blir snudd på hodet. Mange pasienter starter behandling samme dag eller en av de nærmeste dagene etter diagnostisering (Vik, 2010). Samtidig vil en sykehusinnleggelse føre til integritetskrenking i mer eller mindre grad (Cullberg, 2011). Som sykepleier er det flere faktorer som er nødvendig å utøve ovenfor pasienten. Blant disse er det viktig å vise pasienten empati, og sørge for at pasienten har forstått budskapet i diagnosen. Andre faktorer kan være å imøtekomme pasientens følelser og tanker om budskapet, og vurdere hvorvidt håpet kan styrkes (Reitan, 2010c). Pasienten kan i forbindelse med diagnostisering havne i en traumatisk krise som forårsaker psykiske aspekter og reaksjoner som sykepleieren må kjenne til. Det å hjelpe pasienten i krise er primært å vise interesse for pasientens tanker og følelser (Reitan, 2010b, Cullberg, 2011).

##### **4.4.1 Sykepleierens kompetanse og personlige kvalifikasjoner**

Ved å bruke kunnskap og personlighet kan sykepleieren fremme følelsen av mestring av den nye livssituasjonen, samt få frem pasientens ressurser og livsglede (Vik, 2010). Det kan også brukes bevisst i arbeidet med å styrke pasientens opplevelse av håp (Travelbee, 1999). For sykepleieren vil det å knytte spørsmål til håp og mening ivareta respekten for pasienten, og det kan gi kvalitet til behandlingen (Vik, 2010). Det kreves også at sykepleier i møte med kreftpasienten har høy faglig kompetanse, da pasienten står ovenfor en alvorlig diagnose med omfattende behandling og tilhørende bivirkninger. Sykepleiefaglig kompetanse er personlige kvalifikasjoner og oppgaver sykepleieren skal mestre (Reitan, 2010a). Kreftsykepleierens kompetanse er utrolig viktig da sykepleien spiller en stor rolle i den medisinske behandlingen og påvirker behandlingsresultatene (ibid.).

I tillegg skal sykepleieren ha personlige kvalifikasjoner som kommer pasienten til gode. Sykepleieren skal være sosial kompetent i samhandling med pasienten. Dette vises gjennom sykepleierens evne til å være empatisk, ha situasjonsforståelse og ha troen på seg selv i samhandling, samt ha tilstrekkelig kommunikasjonsferdigheter (Reitan, 2010a). Disse personlige kvalifikasjonene bygges opp hos sykepleieren over tid gjennom erfaring, refleksjon og kritisk tenkning, og må kombineres i møte med pasienten for å sørge for god kvalitativ sykepleie (ibid.).

For å kunne ivareta pasientens psykososiale behov må sykepleieren prøve å forstå opplevelsen av å være syk (Stubberud, 2013). Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee (1999) legger vekt på det å forstå pasienten. Sykepleieren hjelper pasienten med å mestre erfaringene knyttet til sykdom og lidelse, samt finne mening i disse dersom det er nødvendig. Under kreftbehandling vil et hovedfokus være å hjelpe pasienten intuitivt med medmenneskelighet, og gi pleie som tilslutt bidrar til at pasientens håp styrkes (Utne & Rustøen, 2010).

Sykepleieren må også ha et etisk grunnlag i møte med pasienten for å kunne ta stilling til eventuelle etiske dilemmaer som kan oppstå (Sørbye, 2010). Samtidig har sykepleieren ifølge Norsk Sykepleierforbunds (2011) yrkesetiske retningslinjer et etisk ansvar ovenfor den enkeltes liv og verdighet. Noe som innebærer at sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten.

#### **4.4.2 Sykepleierens lindrende og støttende funksjon**

Ved å benytte seg av den lindrende funksjonen kan sykepleier, tross pasientens alvorlige diagnose, hjelpe pasienten med å leve et tilnærmet normalt liv, samt opprettholde god livskvalitet (Reitan, 2010a). Det å alltid forsøke å gjøre det beste for pasientens burde være utgangspunktet for alle sykepleiere (Brinchmann, 2012). Målet med sykepleierens lindrende funksjon er å begrense omfanget av pasientens belastninger forbundet med det å bli diagnostisert med en alvorlig sykdom. Normalt vil dette påvirke pasienten psykisk, fysisk og eksistensielt og kan forårsake følelser som ensomhet, angst, lidelse og sorg (Reitan, 2010a). Dette er følelser som kan påvirke pasientens opplevelse av håp (Utne & Rustøen, 2010).

Det å gi pasienten tilstrekkelig informasjon og legge til rette for at pasienten kan stille spørsmål underveis er viktig slik at pasienten ikke får noen overraskelser i behandlingsforløpet. Dersom det oppstår bivirkninger som pasienten ikke har fått informasjon om kan det medvirke til psykiske reaksjoner (Benner & Wrubel, 1989).

Gjennom samtale og kartlegging av pasientens ressurser kan sykepleieren finne ut hva pasienten verdsetter i livet og sørge for at pasienten føler seg hørt. Da er det viktig at sykepleieren bruker god tid for å fremme ro og trygghet (Vik, 2010). For å kartlegge må sykepleier ta vare på pasientens integritet og autonomi i samtalen (Brinchmann, 2012). Det pasienten verdsetter høyest i livet er sannsynligvis noe han er villig å kjempe for. Ved å gi pasienten rom til å uttrykke seg selv kan dette bevisstgjøre pasienten på egne tanker og følelser (Reitan, 2010b). I pleien kan det være hensiktsmessig at pasienten får én sykepleier å forholde seg til, noe som skaper kontinuitet (Wagner et al., 2014; Pedersen et al., 2013). Det finnes også tiltak, som eksempelvis kartleggingsverktøy, som spesifikt måler håp hos pasientene. Herths Håpsindex (HHI) blir av Rustøen (2009) fremstilt som mest anvendelige. Den støttende funksjonen kan styrkes gjennom å skape trygge rammer for pasienten (Eklund, 2010). Oppsummert kan man si at det kreves profesjonell og bevisst sykepleie for å støtte pasienten gjennom den vanskelige situasjonen (Rustøen & Hanestad, 1998).

## **5. Relasjonen mellom pasient og sykepleier**

En relasjon kan forstås som et forhold, en kontakt, eller en forbindelse mellom mennesker (Eide & Eide, 2009). Som sykepleier kan det å danne en relasjon til en annen være en form for støttende funksjon (Reitan, 2010b). Det er også en viktig forutsetning at sykepleieren opprettholder kontinuitet i omsorgen (Eklund, 2011). Gjennom en god relasjon vil sykepleieren være i stand til å samhandle eller handle for pasienten ut fra dens behov og situasjon (Reitan, 2010b). For at sykepleier skal kunne ha en støttende funksjon burde pasienten ha tillit til sykepleieren. Her innebærer det blant annet å fremme pasientens mestring, og da ansees det som viktig at sykepleieren er psykisk, praktisk og følelsesmessig tilstede (ibid.).

Mestring kan forstås som pasientens mot og styrke i situasjonen, som ifølge Thomsen (2013) kan påvirkes av pasientens opplevelse av samhörighet. Det er ikke entydig hvem pasientene opplever samhörighet med, men det er en faktor som må være tilstede i relasjonen for at pasienten skal være komfortabel med å snakke om personlige ting som for eksempel dype tanker om liv, død og intime forhold. Samhörighet kan beskrives som en følelse som kjennetegnes ved tillit til å ikke bli sviktet når behovet for støtte er på sitt sterkeste (Thomsen, 2013).

### **5.1 Mellommenneskelig kontakt**

Ifølge Travelbee (1999) er det å etablere en mellommenneskelig kontakt en av de viktigste forutsetninger for å yte god sykepleie. Denne tilnærmingen utfordrer sykepleieren til å se bort fra stereotyper, være overbærende og å se det helhetlige mennesket. Sykepleieren skal anerkjenne mennesket bak sykdommen, et menneske som har et behov for å bli akseptert og sett på med verdighet og respekt. Forståelsen for det helhetlige mennesket vil føre til at sykepleieren også erkjenner psykologiske og åndelige dimensjoner av sykdommen. Disse faktorene påvirker pasienten og det er gjennom forståelsen av disse at sykepleieren først kan hjelpe pasienten (Travelbee, 1999). Sykepleierens måte å tenke på kan sammenlignes med en holistisk tankegang. For å utøve en holistisk tankegang kan ikke mennesket beskrives utelukkende ut ifra enkeltdelens funksjon, men som et helhetlig fenomen. Der delene kan refereres til eksempelvis tanker, kropp, livssituasjon, ressurser og sårbarhet (Odland, 2012).

## **5.3 Kommunikasjon**

Travelbee (1999) skriver at kommunikasjon i hovedsak er et middel for å bli kjent med, forstå og imøtekomme pasientens behov. Dette gjør sykepleieren i stand til å hjelpe pasienten med å mestre sykdom, lidelse og ensomhet. Ifølge Eide & Eide (2009) er sykepleierens evne til å kommunisere utgangspunktet for den gode relasjonen.

Sykepleieren skal gi pasienten mulighet for samtale, dog skal samtalen skje på pasientens premisser. Samtalens innhold er opp til pasienten, og sykepleier må ikke presse til samtale. For å innhente informasjon om hvordan pasienten har det er de verbale virkemidlene; aktiv lytting, speiling, samt forskjellige åpne og lukkede spørsmål viktige kommunikasjonsferdigheter. Samtidig er sykepleierens interesse for dialog vesentlig for å lykkes, og vises gjerne gjennom kroppsspråket (Eide & Eide, 2009). Dersom pasienten opplever at sykepleieren er oppriktig interessert vil dette skape tillit, trygghet og en følelse av å bli bekreftet (Nåden & Sæteren, 2009). Det sykepleieren sier og signaliserer gjennom kroppsspråket burde ha samme budskap for å ikke gi tvetydige signaler. Om det blir tvetydige signaler kan tilliten svekkes slik at sykepleieren mister muligheten til å kartlegge pasienten gjennom samtale (Eide & Eide, 2009).

Kommunikasjon gir sykepleieren mulighet til å bli kjent med pasienten som et enkelt individ. Ved å bli kjent med individet åpnes muligheten til å lede pasientens tankegang fremover. Sykepleieren kan også bli kjent med pasientens behov og får innsikt i eventuelle bekymringer. Gjennom en kommunikasjonsprosess kan sykepleieren gradvis endre synet til pasienten ved å vise forståelse og tilby støtte (Travelbee, 1999).

### **5.3.1 Kommunikasjon med mennesker i krise**

Pasienter som nylig har blitt diagnostisert med alvorlig sykdom havner ifølge Cullberg (2011) i forskjellig grader av krise og helsepersonell har stor innflytelse på hvordan pasienten opplever denne krisen. Målet er å støtte pasientens egne ressurser for at bearbeidelsen av sykdommen får et naturlig forløp. Ved at sykepleieren stiller seg åpen kan pasienten gi uttrykk for sine følelser, og krisesymptomene kan bli oppfattet som mer naturlige og mindre farlige, samt at dette kan skape forståelse av den alvorlige diagnosen. Ved at sykepleieren har kunnskap om pasientreaksjoner kan dette berolige pasienten om at disse vil avta, noe som kan støtte en håpefull holdning selv om pasienten ikke nødvendigvis tror på det selv. Ved å ta

pasientens opplevelser på alvor skaper sykepleieren stabilitet, og blir en støtte for pasienten (Cullberg, 2011).

Sist men ikke minst er kunnskap, empati og selvinnsikt viktige terapeutiske egenskaper for å lykkes i kommunikasjonen med mennesker i krise. Nødvendig kunnskapsnivå bidrar til at sykepleieren kan utnytte egne erfaringer i samhandlingen som grunnlag i kommunikasjonen (Cullberg, 2011). Med empati kan sykepleieren forstå hvordan pasienten har det ut fra dens uttalelser og oppførsel. Selvinnsikt er sterkt knyttet til empati, da sykepleieren gjennom å erkjenne egne problemer kan hindre at disse kommer ubevisst til uttrykk i samtale med pasienten. Egne problemer kan eksempelvis være følelser som uro og usikkerhet eller pasientegenskaper som mislikes (ibid.).

## 6. Drøfting av problemstilling

I denne delen ønsker jeg å diskutere ulike perspektiver rundt problemstillingen: **”Hvordan kan sykepleieren styrke håp hos, og støtte unge voksne med nyoppdaget akutt lymfoblastisk leukemi?”**. Ved å anvende aktuell litteratur vil besvarelsen videre diskutere tematikken i lys av forskjellige perspektiver, noe Dalland (2013) påpeker er viktig i drøfting.

### 6.1 Et slag i ansiktet – opplevelsen av å bli diagnostisert med ALL

*”Hvorfor meg? Hva har jeg gjort for å fortjene dette?”* (Mattioli et al., 2008).

Ifølge Papadopoulou et al. (2013) kan pasienten føle at integriteten blir truet når en pasient blir diagnostisert med akutt leukemi. De spesifiserer at pasientene er emosjonelt utsatt og får liten tid til å reflektere over diagnosen før behandling starter. Travelbee (1999) hevder at spørsmålet ”hvorfor meg?” oppstår i de fleste tilfeller dersom sykdom eller lidelse inntreffer. Dette understøttes av en undersøkelse gjort av Mattioli et al. (2008) der en av de intervjuede reagerte på kreftdiagnosen med det samme spørsmålet. Reitan (2010b) på den ene siden mener dette kan forstås som et forsøk i å finne mening i situasjonen, mens Travelbee (1999) på den andre siden hevder dette spørsmålet kommer opp grunnet manglende aksept av sykdommen. Tilsynelatende kan det se ut til at en kombinasjon av begge vil være mest naturlig da ulike pasienter har ulike preferanser og behov i situasjonen. Cullberg (2011) sin beskrivelse av sjokkfasen kan også sees i sammenheng med Travelbees (1999) poeng med manglende akseptasjon. Cullberg (2011) illustrerer at en pasient i sjokkfase kan fornekte virkeligheten, altså benekte for å ha mottatt en kreftdiagnose. Det kan derfor sees vanskelig for sykepleieren å ta del i denne opplevelsen.

Som besvarelsen tidligere har belyst kan psykologiske reaksjoner som stress og depresjon være noen faktorer som kan oppstå ved diagnostiseringen av ALL. I forskning gjort av Zimmermann et al. (2013, s. 735) hadde over 60% av pasientene som var under første behandling for akutt leukemi over ti symptomer, derav to av disse var psykologiske symptomer. I tillegg blir det trukket frem at pasienter med ALL har vist seg å ha særlig høy forekomst av psykologiske symptomer, uten tilstrekkelig psykiatrisk oppfølging (Zimmermann, 2013). Det er derfor realistisk å tenke at sykepleieren er den som blir stående nærmest pasienten og naturlig får en psykisk støttende funksjon. Noe som ifølge Wagner et al. (2014) viser seg å være positivt. Kontinuitet og tett oppfølging av en sykepleier er vist å bedre

pasientens opplevelse. De opplever bedre følelsesmessig støtte og har større mulighet til å se fremover (Wagner et al., 2014). Med grunnlag i dette kan det sies at sykepleieren har et stort ansvar for å se pasientens behov, og dersom pasienten trenger tettere psykiatrisk oppfølging, sørge for det (Helsepersonelloven, 1999; Travelbee, 1999).

I tiden etter diagnostisering lever pasienten med usikkerhet, tvil og med tanken om at livet plutselig kan ende (Meenaghan et al., 2012). Rustøen (2009) mener at mange vil oppleve krise, men ikke nødvendigvis alle. Cullberg (2011) som en motpol hevder at alle vil oppleve en krise, men at krisen karakteriseres etter hvor psykisk traumatiske opplevelsen er for pasienten. Ifølge Cullberg (2011) kan krisen knuse alle tanker om fremtiden og tvinge pasienten til å skifte syn på situasjonen.

I et studie kom det frem at alle de intervjuede hadde opplevd perioder med sjokk etter diagnostisering (Chen & Chang, 2012). Dette viser at Cullbergs (2011) beskrivelser av den traumatiske krisen og sjokkfasen, er veldig aktuelle også med tanke på kreftdiagnoser. Imidlertid er det vist at kreftpasientens psykososiale utfordringer er størst i perioden etter diagnostisering (Wagner et al., 2014). I forskning gjort av Chen & Chang (2012) kommer det frem at disse reaksjonene er veldig periodevise og individuelle.

Opplevelsen av å miste kontroll over eget liv kan være svært belastende. Det hevdes at dersom pasienten er deltagende i små avgjørelser kan håpet styrkes i øyeblikket, samt hjelpe pasienten til å se fremover (Rustøen & Hanestad, 1998). Altså vil en følelse av kontroll tilsynelatende se ut til å bidra positivt i pasientens opplevelse av sykdom. Det kan delvis understøttes av Thomson (2013) som mener at pasienter med alvorlig sykdom til tross for sviktende krefter er i konstant søken etter å opprettholde eller bevare opplevelsen av medvirkning i situasjonen. Dette kan forøvrig sammenfattes med Benner & Wrubels (1989) beskrivelser av å være i den diagnostiske fasen.



### 6.1.3 Å skimte lyset i enden av tunellen

*”Når jeg hørte de dårlige nyhetene fra legen begynte jeg først å gråte. Noen prøvde å trøste meg, men jeg følte det i situasjonen var håpløst” (Chen & Chang, 2012).*

Sitatet illustrer en pasients reaksjon da vedkommende fikk beskjed om en alvorlig kreftdiagnose. Som besvarelsen tidligere har vært inne på kan graden av håp være avgjørende for hvilke reaksjoner pasienten har i de forskjellige fasene, og i situasjoner som denne kan Utne & Rustøen (2010) poeng være essensielt. De hevder at håp kan brukes som en strategi i perioder med angst og maktesløshet, samtidig som det kan påvirke kreftpasientens helse og livskvalitet. På bakgrunn av Utne & Rustøens uttalelser er det rimelig å si at håpets betydning vil være aktuell gjennom hele sykdomsforløpet. Likeledes blir håpet hos mennesker sett på som veldig individuelt og personlig (Rustøen, 2009) og Thomson (2013) hevder at det er i konstant endring ut fra pasientens situasjon.

I et studie kom det frem at alle deltagende pasienter opplevde perioder med håpløshet i tiden etter at de hadde mottatt kreftdiagnosen (Chen & Chang, 2012). Chen & Chang (2012) presenterer håpløshet som mest vanlig ved diagnostisering, mens Benner & Wrubel (1989) mener at pasienten i behandlingsfasen er mest utsatt for å oppleve håpløshet. Det kan på grunnlag av dette være nyttig å trekke inn Travelbees (1999) teori som er individfokusert og Cullbergs (2011) teori som poengterer at det ikke finnes noen standard reaksjon i de forskjellige fasene. Her ser vi teoretikernes ulike perspektiver på at alle mennesker er forskjellige og reagerer ulikt i gitte situasjoner, altså kan det konkluderes med at håpet vil variere fra person til person.

Selv om håpet kan være skiftende, er det for sykepleieren verdt å merke seg at den unge voksne kan få reaksjoner som håpløshet og bekymringer for fremtiden (Vik, 2010). Et annet poeng som ung voksen er at det er sannsynlig å ha mange tanker og planer for fremtiden. Hypotetisk sett vil en diagnostisering for en ung voksen som er i startfasen på det selvstendige liv oppleves som tungt. Dette kan understøttes av forskning gjort av Jacobsen et al. (2015) der en av de intervjuede, en ung voksen, følte situasjonen annerledes sammenlignet med andre pasienter i samme situasjon, og påpekte i tillegg sosiale forskjeller. Det å få en kreftdiagnose gjør at livet snus opp ned, noe Cullberg (2011) refererer til som å få en plutselig knekk. Rustøen (2009) mener at mange vil oppleve krise og ifølge Travelbee (1999) er håp en følelse som vil bli sterkt påvirket av en kreftdiagnose. En mulig løsning på bearbeidelse på diagnosen

kan oppnås ved at pasienten uttrykker egne følelser. Dette kan føre til en opplevelse av lettelse, ny styrke og økt selvfølelse (Travelbee, 1999). Forskning viser at håp er en avgjørende faktor dersom pasienten skal lykkes i å tilpasse seg en kreftdiagnose (Berendes et al., 2010). Det er sentralt at den håpende pasienten har et realistisk mål. Dersom dette målet er oppnåelig kan det drive pasienten fremover og ses i sammenheng med at pasienten er motivert. Rustøen (2009) mener at håpet er avgjørende for motivasjonen i situasjonen, og at motivasjon vil gi pasienten mot og krefter til å bekjempe sykdommen. Sett i et slikt lys er det realistisk å tenke på håpet hos kreftpasienten som en positiv følelse, som kan drive pasienten opp og frem.

## 6.2 Å inspirere til håp – sette lyset i fokus

*”Noe av det vi tror inspirerer tro og håp hos pasientene, er overbevisningen om at noen bryr seg om dem”* (Jourard, 1964, gjengitt av Odland, 2012)

Travelbee (1999) mener sykepleieren skal hjelpe individet til å forebygge eller mestre opplevelser knyttet til sykdom eller lidelse. Videre mener hun at opplevelse av håpløshet kan se ut til å være et resultat av at pasientene føler at hjelpen gjennom lidelsene er fraværende. Dog er det realistisk å tenke at hjelpen ikke er fraværende på et sykehus, da sykepleieren ifølge Norsk Sykepleierforbund (2011) oppfordres til å ivareta den enkelte pasientens behov for helhetlig omsorg. På bakgrunn av dette kan det tenkes at dersom sykepleieren er tilstede og støtter pasienten, kan håpløshet forhindres og mestring oppnås. Når det angår mestring så mener Reitan (2010b) at et av målene med kreftsykepleie er å støtte pasienten til mestring. Dette er noe som innebærer emosjonell, kognitiv og praktisk støtte. Blant disse kan håpet, som tidligere er beskrevet som en følelse, gå under både det emosjonelle og det kognitive. Det gjør at Reitans (2010b) mål i kreftsykepleie kan sammenfattes med både Norsk Sykepleierforbund (2011) som beskriver sykepleierens plikt til å understøtte håpet, og Rustøen (2009) som hevder at sykepleieren skal hjelpe pasienten med å opprettholde håp og unngå håpløshet. Det at pasienter opplever håpløshet motstrider imidlertid med det Vibeke Lohne uttaler i besvarelsens innledning, da hun mener at håpet alltid er der bare i forskjellig grad (Borud, 2016). Det at håpet alltid virker å være tilstede kan være motiverende for sykepleieren, og noe å reflektere over. Sett i sammenheng med Rustøen & Hanestad (1998) som mener pasienten kan trenge hjelp til å opprettholde et positivt fokus uavhengig om de

allerede har et optimistisk syn på livet, kan det med godt grunnlag vise seg at sykepleieren burde være tilstede og styrke håp uansett om pasienten er i en positiv eller negativt ladet situasjon.

Selv om håpet viser seg å være veldig individuelt og personlig viser forskning at hos pasienter der håpet er styrket, styrkes også evnen til å mestre kreftsykdom. Videre vektlegges det at desto mer håp hos pasienten, dess bedre humør og fysisk helse (Berendes et al., 2010).

Travelbee (1999) på sin side mener at pasientens tro på egen evne til å håndtere fremtiden er vesentlig for å kunne håpe. Noe som delvis understøttes av Rustøen (2009) som mener det å ha tro på seg selv og egne evner til å mestre hverdagen vil virke positivt i situasjonen. Ifølge Benner & Wrubel (1989) vil det være en essensiell del av sykepleie å styrke håp hos pasienter.

Når dette er sagt kan man trekke inn forskjellige faser av sykdomsforløpet, da det tidligere ble påpekt at håpet hele tiden forandrer seg (Thomsen, 2013). Den diagnostiske fasen innebærer stress, uro og bekymring (Benner & Wrubel, 1989). Det kan være rimelig å si at sykepleieren, som jobber nærmest pasienten, i denne fasen burde være støttende og styrke håpet hos pasienten. Her vil det være naturlig å trekke inn Cullbergs (2011) sjokkfase, da det er mulig at pasienten havner i en traumatisk krise ved diagnostisering. Han beskriver at pasientene har vanskelig for å bearbeide diagnosen og huske ting som blir sagt. Med det i bakhode vil det muligens ikke være aktuelt for sykepleieren å styrke håpet før situasjonen har endret seg og pasienten har fått mulighet til å ta inn over seg det som har skjedd (Cullberg, 2011).

Sykepleieren kan potensielt på bakgrunn av dette bruke Cullbergs (2011) og Benner & Wrubels (1989) faser til å bedre forstå og kartlegge pasientens opplevelse av sykdommen. Ifølge Meenaghan et al. (2012) har sykepleieren sterk psykososial påvirkning, og gjennom å forutse de mange utfordringene som oppstår at sykepleieren har muligheten til gi nødvendig støtte. For å belyse dette mener Pedersen et al. (2012) at for å gi nødvendig støtte må sykepleieren være i stand til å fornemme pasientens behov for hjelp og inngå omsorgsfull relasjon. Når det er sagt kan det tenkes at sykepleieren ikke umiddelbart kan fornemme pasientens behov for hjelp og at disse behovene kanskje må kartlegges eller komme frem gjennom relasjon og samtale.

Rustøen (2009) skriver at kartlegging av håp ved hjelp av for eksempel Herth Hope Index (HHI) kan være hensiktsmessig for å få kontinuitet i pleien, samtidig som det gir sykepleieren

tilgang på pasientens egne vurdering i situasjonen. Hun poengterer at det er spesielt viktig fordi det alltid er en fare for at de som strever mest ikke oppsøker hjelp hos helsepersonell. Hun er ikke alene om å fokusere på mulighetene for å kartlegge pasientenes håp, og verktøyet HHI beskrives i nyere forskning og andre bøker (Rustøen, Cooper & Miakowski, 2011; Lichwala, 2014; Balsanelli et al., 2011; Utne & Rustøen, 2010). Blant annet viser Balsanelli et al. (2011) at det å kartlegge håp muliggjør forbedring av sykepleie til pasienter med kreft, da muligheten for å iverksette tiltak på et tidlig tidspunkt styrkes.

Det å kartlegge håp kan altså være positivt for å øke sykepleierens fokus. Dog er det beskrevet flere steder at det kanskje ikke er nok i seg selv. Det presenteres av Berendes et al. (2010) at sykepleieren burde åpne mulighetene for å implementere en modul for å styrke fokuset på håp. Videre beskrives spørsmål om hvorvidt pasienten har forstått diagnosen og videre behandlingsforløp, samt at det skal inneholde beskrivelser av realistiske mål og pasientens tanker om hvordan veien til målet ser ut. En annen måte å øke håpets fokus blir beskrevet av Rustøen & Hanestad (1998) som tar opp forskjellige temaer i faste samtalegrupper. Dette er temaer som å ha tro på seg selv, følelsesmessige reaksjoner på en kreftdiagnose, relasjoner med andre og om pasienten har motivasjon. Men er det virkelig slik at sykepleieren kan belage seg på at det å måle håp, implementere moduler eller arrangere samtalegrupper styrker håp alene. Eller burde sykepleieren fokusere på den gode relasjonen som grunnlag for å styrke håpet hos pasienten (Travelbee, 1999; Eklund, 2010). Forskning viser at pasienter ønsker et bedre forhold med helsepersonell (Pedersen et al., 2013), i tillegg mener Travelbee (1999) at håpet er sterkt knyttet til troen på at andre er der for dem når de trenger det. På grunnlag av dette er det rimelig å si at sykepleieren som står pasientene nærmest burde etterstrebe det å bygge en god relasjon og være der for pasienten i vanskelige eller håpløse situasjoner.

I intervjuer gjort av Mattioli et al. (2008) kom det frem at pasienter som gikk igjennom cytostatika behandling hadde et sterkt ønske om å leve så normalt som overhodet mulig. De beskrev at små normale ting som å gjøre husarbeid eller se en fotballkamp på tv kunne bidra til å takle diagnosen og behandlingen. Som tidligere nevnt er det viktig å kjenne pasienten godt. En kan derfor stille seg spørrende om sykepleiere til dags dato har for lite fokus på det å normalisere hverdagen. Dette er ikke et sentralt tema for denne oppgaven, men et spennende tema innen sykepleierens støttende funksjon, og kunne kanskje vært et tiltak for å styrke pasientens håp.

### **6.3 En god relasjon – et potensielt grunnlag for å gjøre lyset sterkere**

Som besvarelsen var inne på tidligere er den gode relasjonen et viktig moment for at kvaliteten på sykepleien skal opprettholdes. Eklund (2010) beskriver at for å skape denne relasjonen er det essensielt å støtte og skape kontakt tidlig i sykdomsforløpet, og da helst ved diagnostisering. Noe som kan bety at pasienten er i sjokkfasen. Ifølge Cullberg (2011) er kunnskap en viktig egenskap for å lykkes i samhandlingen med menneske i krise og sykepleieren burde derfor ha kunnskap om eventuelle reaksjoner, diagnose og videre forløp. Selv om pasienten skulle føle at pleiebehovet er tilfredsstillt blir det av Pedersen et al. (2013) trukket frem at pasientene ønsker en bedre relasjon med helsepersonellet. Noe de begrunner med at alle mennesker er forskjellige og må behandles deretter. Dette kan sees i sammenheng med at sykepleieren burde kjenne pasienten godt og av den grunn kan det reflekteres over om sykepleierens kunnskap ikke er tilstrekkelig for å skape en god relasjon. I forskning gjort av Jacobsen et al. (2015) kom det likevel frem at den unge voksne har et behov for at sykepleieren innehar kunnskaper som svarer til deres identitet og spesielle behov. Noe som skaper likheter, som igjen gjør at den unge voksne kan relatere seg til sykepleieren. Eide & Eide (2009) derimot, belyser sykepleierens evne til å kommunisere som utgangspunkt for å danne en god relasjon. Sett fra et annet perspektiv beskriver Travelbee (1999) kommunikasjon som en gjensidig prosess der følelser og tanker blir delt eller overført. Like fullt hevder hun at det er en forutsetning for å oppnå sykepleierens overordnede mål, nemlig å hjelpe pasienten til å mestre sykdom og lidelse og å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999).

Som oppgaven vektlegger kan ALL ramme brått og livet blir snudd på hodet plutselig, det vil derfor være viktig at sykepleieren viser empati, imøtekommer pasientens følelser og jevnlig vurderer hvordan håpet hos pasienten kan styrkes (Reitan, 2010c). Dette kan muligens være lettere sagt enn gjort, da forskjellige pasienter har ulike preferanser og behov i forhold til ønsket om oppmerksomhet og omsorg. Eksempelvis hvis pasienten opplever at sykepleieren ikke viser interesse, eller ønsker å bli kjent, kan dette synes å være negativt. Noe som kan understøttes av Jacobsen et al. (2015), for selv om den unge voksne ønsker å bli sett på som en ung voksen, så viser sykepleierens interesse og tilnærming seg å være vel så viktig.

Foregående eksempel kan understøttes ytterligere av Thomson (2013) som hevder at det ikke er entydig hvem pasientene opplever samhørighet med. Som teoridelen gir uttrykk for er samhørighet en avgjørende faktor i relasjonsbygging. Dette for at pasienten skal kunne åpne

seg mer, noe som kjennetegnes som et positivt element i en vanskelig situasjon. Samhørighet kan forstås som pasientens opplevelse av om sykepleieren har en empatisk tilnærming (Davies, 2014; Thomson, 2013). Cullberg (2011) mener at empati er en viktig egenskap for å lykkes i kommunikasjonen med mennesker i krise. Han uttrykker empati som evnen til å forstå hvordan en annen har det ut fra deres uttalelser og oppførsel. Videre kan man sammenligne dette med Travelbee (1999), som på sin side mener at sykepleieren ikke kan ha empati med alle syke mennesker. Grunnlaget for dette er at det krever likheter i begge partenes tidligere erfaringer, men påpeker at empati likevel kan oppnås dersom sykepleieren jobber aktivt og målrettet. Dette kan sammenlignes med det kjente uttrykke "like barn leker best", og tolkes i den retning at dersom sykepleieren og pasienten for eksempel er jevnaldrende, så kan det være positivt for relasjonen og gjøre det enklere for sykepleieren og tilnærme seg pasienten. Davies (2014) på sin side mener at en empatisk tilnærming er viktig, og en slik tilnærming beskytter og støtter menneske bak sykdommen. På bakgrunn av dette kommer det frem at både Davies (2014) og Travelbee (1999) setter det å se mennesket bak sykdommen høyt når det angår sykepleierens tilnærming. Ingen mennesker er like i møte med hverandre, uavhengig om man er sykepleier eller pasient. Noe som blir skissert tydelig og viser samstemmighet i litteraturen.

Eide & Eide (2009) vektlegger tidligere i besvarelsen viktigheten med at kommunikasjonen ikke skal gi tvetydige signaler, slik at eventuell tillit kan skapes eller opprettholdes. Dette kan settes i sammenheng med at sykepleieren må ha selvvinnsikt i kommunikasjonen med mennesker i krise (Cullberg, 2011). Sykepleieren bør ha selvtillit og være bevisst på egne meninger og tanker. Noe som kan bidra i prosessen med å ta opp pasientens problemer eller tanker om personlige ting som døden (Utne & Rustøen, 2010). Med dette tatt i betraktning kan det sees som nødvendig at sykepleieren er bevisst i sine holdninger og meninger ovenfor pasienten, slik at man ikke er dømmende. Du kan med dette forutse egne handlinger i samtalen, og med det også muligens avverge ubehageligheter. Dette kan igjen settes i sammenheng med det Travelbee (1999) mener om eventuelle ulikheter, som kan være en stor utfordring for sykepleieren, da man i den mellommenneskelige kontakten skal se bort fra stereotyper, være overbærende og se det helhetlige mennesket.

Det å anerkjenne menneske bak sykdommen mener Travelbee (1999) videre er viktig for å kunne knytte kontakt. Videre mener hun at sykepleieren først og fremst skal sette mennesket og individet i sentrum, ikke pasienten med sykdom. Dette kan som tidligere nevnt sees i

sammenheng med en holistisk tankegang, som beskriver hvorvidt stabile kontakter er avgjørende for betydningen og opplevelsen av trygghet og håp (Odland, 2012). Det kan virke som at sykepleieren er pasientens nærmeste relasjon av helsepersonell og blir da naturlig pasientens stabile kontakt i situasjonen. Det kan funderes over om det virkelig er slik at den gode relasjonen kan basere seg på sykepleierens tilnærming. Ifølge Travelbee (1999) kan ikke sykepleieren etablere relasjon alene, det innebærer en gjensidig prosess. Videre presiserer hun at det er sykepleierens ansvar å etablere og opprettholde relasjonen.

Som Thomson (2013) tar opp, så må også pasienten være komfortabel i relasjonen. Det er derfor nødvendig at tilnærmingen skjer på pasientens premisser, og det er da viktig med forståelse av pasientens eventuelle behov for uttrykkelse (Eide & Eide, 2009). Reitan (2010b) mener at en god relasjon gir sykepleieren et grunnlag for kartlegging av pasientens behov og situasjon og kan derfor samhandle eller handle for pasienten. Disse handlingene kan sees på som et grunnlag for at sykepleieren kan fungere som en støtte. Når det er sagt mener Travelbee (1999) at det å støtte pasienten gir grunnlag for å få tillit, og sykepleieren blir betegnet som en del av pasientens nettverk dersom tilliten dannes. Det kan tolkes som at det er nødvendig at sykepleieren får denne tilliten av pasienten for å bli inkludert i pasientens nettverk.

Tillit settes av Eide & Eide (2009) i et annet perspektiv da de mener at det å ha tillit til det åpne og ubestemte kan føre til noe fornuftig og godt. Videre mener de at tillit forutsetter nærhet og kontakt, som igjen vil være en bidragsyter for en god relasjon, samt muligheten til å kunne gi optimal hjelp til pasienten. Både Eide & Eide (2009) og Nåden & Sæteren (2009) mener sykepleieren kan bruke sine bekreftende ferdigheter til å skape tillit og trygghet. Det gjør sykepleieren gjennom å vise interesse og la pasienten føle seg hørt. Flere av de verbale virkemidlene beskrevet tidligere kan medvirke til at pasienten føler seg bekreftet, men ifølge Nåden & Sæteren (2009) er det å formidle håp like viktig for at pasienten skal føle seg sett av sykepleieren. Kommunikasjonen mellom sykepleieren og pasienten ser ut til å kunne være uforutsigbar, noe som ifølge Eide & Eide (2009) ikke nødvendigvis er negativt. De belyser den tilfeldige kommunikasjonen og beskriver den som nyttig i relasjonen. Dette kan sees på som en motsetning til Travelbees teori som Kirkevold (2009) mener undervurderer den tilfeldige samhandling mellom sykepleieren og pasienten ved å ikke ta hensyn til at samhandling kan skje spontant, intuitivt og på en kreativ måte.

En annen viktig forutsetning for å danne god relasjon er at sykepleieren opprettholder kontinuitet i omsorgen (Eklund, 2010). Pedersen et al. (2013) underbygger dette ved å si at manglende kontinuitet i pleien kan påvirke sykepleierens evne til etablere en relasjon med pasienten og få tak i deres spesielle behov. Han skriver videre at kontinuitet og individfokuset kommunikasjon er tillitsskapende. Som det kom frem tidligere i besvarelsen kan tillit være altavgjørende for at sykepleieren kan danne en god relasjon. Videre hevder Pedersen et al. (2013) at dersom kontinuiteten og individfokuset opprettholdes får pasienten mer styrke til å mestre sykdommen. Andre hevder at tillit er sterkt knyttet til trygghet som er viktig i sykepleierens arbeid for å skape forutsigbarhet, tilhørighet og kontinuitet, som videre kan gjøre at pasienten opplever trygge rammer i pleien (Eklund, 2010; Pedersen et al., 2013). Oppsummert kan det virke som at disse begrepene glir litt over i hverandre, men det kan tolkes som at kontinuitet kan skape tillit og trygge rammer, som igjen kan bidra til at det dannes en god relasjon.

Travelbee (1999) på sin side legger lite vekt på kontinuitet i sin sykepleieteori, men det blir nevnt at dersom relasjonen skal skapes, må sykepleieren benytte enhver anledning til å bli kjent med pasienten. Dette kan tolkes som at hun mener det tar tid å skape gode relasjoner. I denne oppgaven er det fokus på sykepleieren, men i praksis så er det flere sykepleiere som er innom pasienten. For å sikre kontinuitet i praksis er det derfor viktig å tilstrebe at én sykepleier i størst mulig grad har primæransvaret for pasienten i egen arbeidstid (Pedersen et al. 2013). Slik at sykepleieren bruker enhver anledning sammen med pasienten (Travelbee, 1999). Når dette er sagt så er det flere faktorer som spiller inn. Selv om det er slik at sykepleieren er tilstede, så viser forskning at tidspress fører til negative resultater hva gjelder å støtte pasienten (Pedersen et al., 2013). Tidspress og manglende kontinuitet er vist å hindre sykepleierens mulighet til å gi informasjon som kan hjelpe pasienten med å mestre diagnosen (ibid.). Dog er det igjen viktig at sykepleieren har fokus på enkeltmenneske og tilpasser seg pasientens behov for informasjon (Travelbee, 1999). For å belyse viktigheten av å se pasientens individuelle behov, kan det nevnes at det uttrykkes av pasienter at det ikke alltid er ønskelig å motta alt av informasjon. Dette begrunnes med at de eksempelvis har mottatt informasjon om mulige bivirkninger, og at disse senere ikke nødvendigvis har inntruffet. Dette kan skape grunnlag for spekulasjoner, frykt og stress (Thomson, 2013). Da sykepleieren er lovpålagt å informere pasienten, kan dette bli et etisk problem (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Her kan det også tenkes at kommunikasjonsbarrierer oppstår dersom sykepleieren ikke tilpasser egne tilnærminger til individet eller gir feilaktig



informasjon. Dette kan igjen gi konsekvenser for pasientens bilde av situasjonen, og sykepleierens støttefunksjon og tillit vil muligens revurderes av pasienten.

Her ser vi hvordan de ulike begrepene som er tatt opp i besvarelsen kan settes i sammenheng med hverandre. Tillit er tidskrevende og må bygges opp over tid. I eksempelet ovenfor kan det se ut som at pasientens tillit til sykepleieren blir svekket, noe som sannsynligvis påvirker sykepleierens rolle i pasientens liv der og da, som igjen avgjør om sykepleieren i det hele tatt har muligheten til å lindre lidelse, støtte og bidra til å styrke pasientens håp. Blir håpet svekket så kan resultatet bli at pasienten får en dårligere opplevelse enn nødvendig i den allerede vanskelige situasjonen. En god relasjon, tilstrekkelig kunnskap, og erfaring kan bidra til at sykepleieren er klar over eventuelle konsekvenser av egne handlinger, samt gjøre riktige tilnærminger til individet.

## 5. Konklusjon

For å besvare problemstillingen har jeg gjennom litteraturen, som er benyttet i oppgaven, kommet frem til at relasjonsbygging mellom sykepleier og pasient er utrolig viktig. Håpets betydning og mulige påvirkningsfaktorer har blitt drøftet og det har blitt belyst at pasienter som blir diagnostisert med ALL er utsatt for å havne i en traumatisk krise. Pasienter kan i den forbindelse oppleve negative psykiske symptomer i forbindelse med ALL, som igjen påvirker pasientens håp. Alle mennesker har vist seg å være forskjellig, men sykepleieren kan gjennom identifisering av pasientens behov, samt reduksjon av symptomene, øke muligheten til å påvirke håpet positivt.

En god relasjon mellom sykepleier og pasient kan skape positivt samspill og bidra til at sykepleieren får tillit fra pasienten. Dette åpner sykepleierens mulighet til å være støttende og oppfatte pasientens behov tidlig, som samlet kan bidra til å styrke pasientens håp. Vedrørende en god relasjon, fremkommer det at sykepleierens kompetanse og tilgjengelighet, sammen med kontinuitet i pleien kan skape trygghet og håp for pasienten i situasjonen. I denne sammenheng vil derfor sykepleierens kunnskap om ALL, den unge voksne, og eventuelle psykiske reaksjoner som oppstår den første tiden etter diagnostiseringen være av betydning for den gode relasjonen. Dog har den unge voksne pasienten vist seg sjeldent henvist eller referert til i litteraturen. Dette har gjort det utfordrende å fokusere kun på denne aldersgruppen. En kan stille seg kritisk til at det er begrenset med litteratur, og det kanskje burde vært mer forskning på feltet for å ivareta og tilrettelegge bedre for denne aldersgruppen. Det kan være vanskelig å si noe konkret om både den unge voksne og pasienten, da alle mennesker er ulike. Som sykepleier kan det å akseptere forskjeller og dyrke disse være av verdi i møte med pasienten.

Det blir i litteraturen presentert forskjellige tiltak som kan bidra til å øke sykepleierens fokus på å styrke håpet hos pasienten. Deriblant et verktøy for måle pasientens håp. I skriveprosessen har jeg kommet frem til at håp bør vurderes jevnlig hos pasienten gjennom sykdomsforløpet. Dette da drøftingen tilsier at håpet er i konstant endring. Iverksettelse av eventuelle tiltak for å vedlikeholde eller styrke pasientens håp kan på denne måten få et økt fokus. Andre tiltak som fremkommer av litteraturen er samtalegrupper og faste moduler. Sykepleieren bør også tilrettelegge for andre relasjoner som har en positiv innvirkning på pasientens håp. Dette kan være familie, venner, psykologer eller å delta i samtalegrupper.

Personlig mener jeg at dersom sykepleieren fungerer som en støtte i situasjonen gjennom å lytte, gi respekt, være tilstede og vise empati, tilslutt vil bidra til å styrke pasientens håp. Avslutningsvis kan man si at håp kan være et positivt element i opplevelsen av å være syk, og gir pasienten en inngang til å gradvis kunne tilpasse seg et liv med en kreftdiagnose.

## Litteraturliste

- Aadland, E. (2011). "Og eg ser på deg..." *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. 3.utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Balsanelli, A.C.S., Grossi, S.A.A. & Herth, K. (2011). Assessment of hope in patients with chronic illness and their family or caregivers. *Acta Paul Enferm.* 24(3). 354-8.
- Benner P. & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring – Stress and Coping in Health and Illness*. California: Addison-Wesley Publishing Company.
- Berendes, D., Keefe, F.J., Somers, T.J., Kothadia, S.M., Porter, L.S. & Cheavens, J.S. (2010). Hope in the context of lung cancer: Relationships of hope to symptoms and psychological distress. *Journal of Pain and Symptom Management.* 40(2). 174-182.
- Borud, H. (2016, 09.06). *Vibeke Lohne fikk livet snudd på hodet da ektemannen fikk aggressiv hjernekreft og døde*. Hentet fra: <http://www.aftenposten.no/kultur/Vibeke-Lohne-fikk-livet-snudd-pa-hodet-da-ektemannen-fikk-aggressiv-hjernekreft-og-dode-8421901.html>.
- Brinch, L. (2008). Akutte leukemier og myelodysplastiske syndromer. I: Evensen, S.A., Brinch, L., Tjønnfjord, G.E., & Holte, H. (red.). *Blodsykdommer*. 6.utg 1.opplag. (s. 127-165). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brinchmann, B.S. (2012). De fire prinsippers etikk. I: Brinchmann, B.S. (red.). *Etikk i sykepleien*. 3.utg. (s. 81-96). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Chen, P.Y. & Chang, H-C. (2012). The coping process of patients with cancer. *European Journal of Oncology Nursing.* 16(1). 10-16.
- Cullberg, J. (2011). *Mennesker i krise og utvikling – en psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie*. 3.utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Davies, N. (2014). Emphatic nursing: going the extra mile. *Practice Nursing.* 25(4). 198-202.
- Eide, H. & Eide, T. (2009). Etikk og kommunikasjon. I: Eide, H. & Eide, T. *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2.utg. (s. 98-126). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eklund, H.B. (2011). Gir god kreftomsorg. *Sykepleien.* 98(14). 48-51. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2011/01/gir-god-kreftomsorg>.
- Engholm, G., Ferlay, J., Christensen, N., Kejs, A.M.T., Johannesen, T.B., Khan, S., Leinonen, M.K., Milter, M.C., Ólafsdóttir, E., Petersen, T., Trykker, H. & Storm, H.H. (2015). NORDCAN: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries. Version 7.2 (16.12.2015). *Association of the Nordic Cancer Registries. Danish Cancer Society*. Hentet fra: <http://www.ancr.nu>.

- Grov, E.K. (2010). Pårørende. I: Reitan, A.M. & Schjølberg, T.K. (red.). *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling*. 3.utg. (s. 269-280). Oslo: Akribe AS.
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>.
- 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.
- Kirkevold, M. (2009). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kreftforeningen (2016, 04.03). *Leukemi hos voksne*. Hentet fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/blodkreft-og-leukemi-hos-voksne/>.
- Kunnskapsdepartementet (2008). *Rammeplan for sykepleieutdanning*. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf).
- Lichwala, R. (2014). Forstering hope in the patient with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 18(3). 267-269.
- Lorentsen, V.B. & Grov, E.K. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I: Almås, H., Stubberud, D-G. & Grønseth, R. (red.). *Klinisk sykepleie 2*. 4.utg. (s. 401-437).
- 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.
- Meenaghan, T., Dowling, M. & Kelly, M. (2012). *Acute leukemia: making sense of a complex blood cancer*. *British Journal of Nursing*. 21(2). 76-83.
- Meyer, P. (2014). Blodsykdommer og sykdommer i lymfoide organer. I: Ørn, S., Mjell, J. & Bach-Gansmo, E. (red.). *Sykdom og behandling*. 1.utg. (s. 197-207). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Norsk Sykepleieforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleieforbund.
- Nåden, D. & Sæteren, B. (2009). To witness patients call: Nurses perceptions of the phenomenon of confirmation in a cancer context. *International Journal for Human Caring*. 13(3). 47-55.
- Reinecker, L. & Jørgensen, P.S. (2013). *Den gode oppgaven – Håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole*. 2.utg. Oslo: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Reitan, A.M. (2010a). Kreftsykepleie. I: Reitan, A.M. & Schjølberg, T.K. (red.). *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling*. 3.utg. (s. 21-47). Oslo: Akribe AS.

- Reitan, A.M. (2010b). Krise og mestring. I: Reitan, A.M. & Schjølberg, T.K. (red.). *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling*. 3.utg. (s. 72-101). Oslo: Akribe AS.
- Reitan, A.M. (2010c). Kommunikasjon. I: Reitan, A.M. & Schjølberg, T.K. (red.). *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling*. 3.utg. (s. 102-120). Oslo: Akribe AS.
- Rustøen, T. (2009). *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?* 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Rustøen, T., Cooper, B.A. & Miaskowski, C. (2010). A longitudinal study of the effects of a hope intervention on levels of hope and psychological distress in community-based sample of oncology patients. *European Journal of Oncology Nursing*. 15(4). 351-357.
- Rustøen, T. & Hanestad, B. (1998). Nursing intervention to increase hope in cancer patients. *Journal of Clinical Nursing*. 7(1). 19-27.
- Stubberud, D-G. (2013). 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 Norsk Forlag.
- Sørbye, L.V. Etske problemstillinger. I: Reitan, A.M. & Schjølberg, T.K. (red.). *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling*. 3.utg. (s. 282-303). Oslo: Akribe AS.
- Tangen, J-M., Fløysand, Y., Haukås, E., Næss, I.A., Skjelbakken, T., Stapnes, C. & Tjønnfjord, G.E. (2010). Overlevelse hos voksne med akutt lymfoblastisk leukemi. Hentet fra: <http://tidsskriftet.no/article/2009335/>.
- Tetzchner, A.V. (2012). *Utviklingspsykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thomsen, T.G. (2013). Kritisk sykdom og død. I: Martinsen, B., Norlyk, A. & Dreyer, P. (red.). *Pasientperspektivet – En kilde til viden*. 1.utg. (s. 227-242). København: Munksgaard.
- Tjønnfjord, G.E. (2010). Leukemier og myelomatose. I: Reitan, A.M. & Schjølberg, T.K. (red.). *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling*. 3.utg. (s. 578-591). Oslo: Akribe AS.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Odland, L-H. (2012). Menneskesyn. I: Brinchmann, B.S. (red.). *Etikk i sykepleien*. 3.utg. (s. 22-41). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Papadopoulou, C., Johnston, B. & Themessl-Huber, M. (2013). The experience of acute leukemia in adult patients: A qualitative thematic synthesis. *European Journal of Oncology Nursing*. 17(5). 640-648.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=lov%20om%20pasient%20og%20brukerrettigheter>.

- Pedersen, B., Koktved, D.P & Nielsen, L.L. (2012). Living with side effects from cancer treatment – a challenge to target information. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 27(3). 715-723.
- Utne, I. & Rustøen, T. (2010). Håp hos mennesker med kreft. I: Reitan, A.M. & Schjøberg, T.K. (red.). *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling*. 3.utg. (s. 62-71). Oslo: Akribe AS.
- Vik, H.B. (2010). Sykepleieutfordringer ved kreft i bloddannende organer og lymfatisk vev. I: Reitan, A.M. & Schjøberg, T.K. (red.). *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling*. 3.utg. (s. 592-602). Oslo: Akribe AS.
- Wagner, E.H., Ludman, E.J., Bowles, E.J.A., Penfold, R., Reid, R.J., Rutter, C.M., Chubak, J. & McCorkle, R. (2013). Nurse Navigators in Early Cancer Care: A Randomized, Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*. 32(1). 12-18.
- Zimmermann, C., Yuen, D., Mischitelle, A., Minden, M.D., Brandwein, J.M., Schimmer, A., Gagliese, L., Lo, C., Rydall, A. & Rodin, G. (2013). Symptom burden and supportive care in patients with acute leukemia. *Leukemia Research*. 37(7). 731-736.