



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

Håp hos kreftpasienter

Hope among cancer patients

Innleveringsdato: 23.05.2018

Emnekode: HSYK3003

Kandidatnummer: 10075

Antall ord: 7566

Sammendrag

Tittel:

Håp hos kreftpasienter

Hensikt:

Undersøke hva kreftpasienters håp innebærer og hva sykepleiers rolle er i møte med disse pasientene.

Problemstilling:

«Hva innebærer håp for kreftpasienter og hvordan kan sykepleier styrke dette håpet?»

Metode:

Litteraturstudie basert på systematisk tilnærming. Oppgaven inneholder åtte utvalgte forskningsartikler som omhandler håp blant kreftpasienter i alle faser og hvilke faktorer som kan påvirke håpet.

Resultater og konklusjon:

Håpet står sterkt i tilværelsen til kreftpasienter i alle faser av sykdommen. Kreftpasienter håper på å bli kurert, men vel så viktig er håpet om å være til stede i livet og ha god livskvalitet. Sykepleiers fremtoning og kommunikasjonsferdigheter kan påvirke pasientens håp både positivt og negativt. At sykepleier tørr å være tilstede og behandler pasienten med omsorg og respekt kan være styrkende for håpet.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	<i>Innledning til tema</i>	1
1.2	<i>Bakgrunn for valg av tema</i>	1
1.3	<i>Definisjon av sentrale begreper</i>	2
1.4	<i>Avgrensing og presisering av problemstilling</i>	3
1.5	<i>Oppgavens oppbygging</i>	3
2	Metode.....	5
2.1	<i>Beskrivelse av metoden</i>	5
2.2	<i>Vitenskapelig tilnærming.....</i>	5
2.3	<i>Søkeprosessen og søketabell</i>	6
2.4	<i>Valg av litteratur.....</i>	8
2.5	<i>Kildekritikk</i>	9
3	Empiri.....	11
3.1	<i>Artikkelmatrise.....</i>	11
3.2	<i>Sammenfatning av empiri</i>	16
4	Teori.....	18
4.1	<i>Kreft.....</i>	18
4.1.1	<i>Kreftbehandling.....</i>	18
4.2	<i>Håp.....</i>	19
4.2.1	<i>Joyce Travelbee om håp.....</i>	19
4.2.2	<i>Håp i et kreftforløp</i>	20
4.3	<i>Sykepleiers rolle</i>	21
4.3.1	<i>Joyce Travelbee om sykepleiers rolle</i>	22
5	Drøfting av problemstilling	23
5.1	<i>Håpet er sterkt hos kreftpasienter i alle faser.....</i>	23
5.2	<i>Innholdet i kreftpasienters håp.....</i>	24
5.3	<i>Faktorer som kan styrke eller svekke kreftpasienters håp.....</i>	25
5.4	<i>Sykepleier kan påvirke kreftpasienters håp</i>	27
6	Konklusjon.....	30
	LITTERATURLISTE	32

1 Innledning

1.1 Innledning til tema

I 2016 fikk over 32 000 nordmenn en kreftsykdom, og i overkant av 260 000 var i live etter å ha fått eller hatt en kreftdiagnose (Kreftregisteret, 2017). Bak hvert av disse tallene er et menneske med en egen historie og erfaring i møte med denne alvorlige diagnosen. En kreftdiagnose er på den ene siden noe av det mest skremmende man kan forestille seg. Noe man ikke ønsker å tenke på eller snakke om. På den andre siden er det så veldig alminnelig, så godt som alle nordmenn har blitt rammet, enten selv eller gjennom familie eller venner (Jacobsen mfl. 1998).

Antall kreftpasienter øker hvert år, men det er på samme tid stadig flere som blir frisk av sin kreftsykdom eller lever lenger og bedre med den (Kreftregisteret 2017). Til tross for dette oppfattes kreftsykdom ofte synonymt med lidelse, smerter, knuste fremtidsplaner og død. Sykdommen rammer personen både fysisk, psykisk, sosialt og eksistensielt. Pasientene opplever ofte mye stress og usikkerhet, både rundt diagnosetidspunkt, ved residiv, metastasering og i terminalstadiet (Lorentsen & Grov, 2016). Sykdommen og alt som følger med, kan oppleves som en trussel mot selve livet og personens håp (Dahl, 2016).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Temaet jeg har valgt i min oppgave handler om kreftpasienters møte med sykdommen og sykepleiere. Som sykepleier vil man møte pasienter med kreft i alle deler av helsevesenet, både sykehus og kommunehelsetjenesten. At det er et økende antall krefttilfeller hvert år vil si at det er et økende behov for kunnskap rundt kreftpasienters utfordringer. Jeg har selv i praksis og gjennom arbeidsforhold møtt pasienter i ulike faser av sykdommen og sett de ulike utfordringene de står over, både fysisk, psykisk og eksistensielt. I denne oppgaven ønsker jeg å sette fokus på de eksistensielle utfordringene som oppstår når et menneske får eller har en kreftdiagnose.

Det er forståelig at pasientene kan oppleve håpløshet og motløshet som følge av de endringer og tapene sykdommen kan føre til. Endring i rolle, funksjoner og kroppsbilde kan representere både et tap og en krenkelse av selvfølelsen til pasienten (Dahl, 2016). Pasienten kan gå fra å være oppegående, hardtarbeidende og selvstendig, til å bli sengeliggende og

hjelpetrengende som følge av sykdommen eller et krevende behandlingsregime. At pasienten opplever dette som frustrerende og sårt er svært forståelig. I møtene med disse pasientene har jeg opplevd å føle meg usikker og utilstrekkelig ovenfor spesielt de eksistensielle behovene til pasienten. Dette er et stort og komplekst tema, og det som gjør det vanskeligere er at alle pasienter er unike og har individuelle behov.

Det kommer frem i både Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleieforbund, 2011) og nasjonale målsetninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018) at helsepersonell skal jobbe for best mulig livskvalitet for pasientene. Mitt inntrykk er at håp og livskvalitet har en nær sammenheng. Retningslinjer og lovverk snakker om det sykepleier skal jobbe mot, men jeg ønsker å se på hvordan sykepleier kan utgjøre en forskjell, både bevisst og ubevisst.

Jeg ønsker å tilegne meg mer kunnskap om håpet til kreftpasienter, hva som påvirker dette håpet og hva sykepleier kan bidra med. Problemstillingen i denne oppgaven er:

«Hva innebærer håp for kreftpasienter og hvordan kan sykepleier styrke dette håpet?»

1.3 Definisjon av sentrale begreper

Kreft:

Forstyrrelser i celledelingen med ukontrollert vekst av celler (Jacobsen & Nome, 2001).

Gjennom kaskader av prosesser kan sykdommen skade vev, organer eller hele organismen (Nakken, 2017).

Sykepleie:

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene.» (Travelbee, 2001, s. 29).

Håp:

«Håp er en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige.» (Travelbee, 2001, s.117).

1.4 Avgrensning og presisering av problemstilling

I denne oppgaven velger jeg å ikke avgrense pasientgruppen til å være i enten kurativ eller palliativ fase. Det innebærer også at jeg har forskning som ser på alt fra nydiagnostiserte til døende pasienter og dette fordi jeg synes det er spennende å se på om det eventuelt er forskjeller i håpet til de forskjellige pasientgruppene. Dette innebærer også at møtet mellom pasient og sykepleier kan være i forskjellige deler av sykdomsforløpet og både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Mine erfaringer er hovedsakelig fra spesialisthelsetjenesten og jeg tar derfor utgangspunkt i at møtet mellom sykepleier og pasient skjer på sykehuset.

Videre velger jeg å inkludere begge kjønn, da jeg tror det er ikke er forskjeller i menn og kvinners håp og ved å inkludere begge vil jeg kunne finne forskning som bekrefter eller avkrefter dette. I tillegg velger jeg å avgrense alderen til å gjelde voksne pasienter, da jeg tenker at barn og ungdom vil oppleve sykdommen og de tap som kommer som følge av sykdommen på en annen måte enn eldre pasienter. Pårørende vil bli nevnt, ettersom de svært ofte er en sentral del av livet til pasienten, men det blir ikke fokus på pårørendesamarbeid.

Kreftpasienter kan ofte ha et komplekst og sammensatt sykdomsforløp, med et stort behov for sykepleie. Fokuset i oppgaven er ikke på det fysiske, men på håpet, som et åndelig og eksistensielt behov. Denne typen behov står sentralt i sykepleie ved kreftsykdom og det kan ofte oppleves som krevende for sykepleier å jobbe for å oppfylle disse. Ettersom håpet er et svært personlig fenomen og ingen andre enn pasienten kan vite hva det betyr, er oppgaven skrevet med utgangspunkt i pasientens perspektiv. For enkelthets skyld omtales sykepleier som «hun» i oppgaven.

1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er delt inn i seks kapitler. Innledningskapittelet presenterer tema og problemstilling. I kapittel to beskrives metoden som er brukt. Søkehistorikk og valg av litteratur presenteres og kildekritikk belyses. I kapittel tre presenteres empirien i en artikkelmatrise, deretter sammenfattes funn i de utvalgte og relevante forskningsartiklene. Kapittel fire tar for seg den teoretiske referanserammen og presenterer aktuell fagkunnskap og sykepleieteorien til Joyce Travelbee. I kapittel fem skal jeg forsøke å besvare

problemstillingen gjennom drøfting av den aktuelle forskningen, sykepleieteori og fagkunnskap. Avslutning og konklusjon kommer så i kapittel seks.

2 Metode

I følge Dalland (2012) er metoden en systematisk fremgangsmåte som er til hjelp for å kunne svare på problemstillingen. Det er redskapet man bruker for å undersøke og samle inn informasjonen man trenger om noe, og for å vurdere om informasjonen er holdbar. I dette kapitlet gjør jeg rede for litteraturstudie som metode, vitenskapelig tilnærming, søkeprosessen, valgt litteratur og kildekritikk.

2.1 Beskrivelse av metoden

Jeg har i denne oppgaven valgt litteraturstudie som metode. I følge Dalland (2012) skal en litteraturstudie være systematisk og basere seg på eksisterende kunnskap. Formålet skal være å gi en oversikt over den kunnskapen som finnes ut ifra det aktuelle tema. Litteraturstudiet skal danne et grunnleggende fundament som problemstillingen skal drøftes opp mot. Dalland (2012) understreker også at det er viktig at man kritisk vurderer litteraturen med tanke på kvalitet, resultat og gyldighet. Jeg har i arbeidet med denne oppgaven prøvd å systematisk søke opp, utforske, vurdere og sammenligne aktuell litteratur som kan besvare min problemstilling.

2.2 Vitenskapelig tilnærming

Dalland (2012) sier at kunnskapstradisjonene forenklet kan deles inn i to. Den ene, positivismen, har sitt opphav i naturvitenskapen. Posivismen tar utgangspunkt i det vi kan observere og regne ut med vår logiske sans. Dette utgjør kunnskap som kan etterprøves empirisk. Den andre, hermeneutikken, har sitt opphav i humanvitenskapen. I motsetning til det målbare og objektive handler hermeneutikken om å tolke, forstå og finne mening i menneskers subjektive opplevelser (Forsberg & Wengstrøm, 2013). Å arbeide med mennesker krever at man har kunnskap om hele mennesket, det er derfor ikke mulig å velge en kunnskapstradisjon foran en annen (Dalland, 2012).

Forskningsartiklene som blir brukt i denne oppgaven har både positivistiske- og hermeneutiske tilnærminger, altså de er både kvantitative og kvalitative. De kvantitative artiklene har som formål å gå i bredden og å få frem det gjennomsnittlige. De kvalitative søker å fange opp meninger og opplevelser som ikke kan tallfestes, de går i dybden og

fokuserer på det individuelle og spesielle med hver enkelt pasient (Dalland, 2012). Dette vil belyse temaet fra ulike innfallsvinkler og kunne besvare min problemstilling mer utfyllende.

2.3 Søkeprosessen og søketabell

For å finne relevante forskningsartikler har jeg utført et systematisk litteratursøk. I denne prosessen har jeg funnet artiklene gjennom databasene Cinahl og PubMed. Jeg søkte i utgangspunktet også i databasen SveMed+, men endte opp med å kun benytte denne til å finne relevante MESH-ord. I Cinahl får man i tillegg opp forslag til relevante søkeord som ikke er MESH-ord, og dette synes jeg var svært nyttig. Jeg har kombinert de forskjellige søkeordene med «AND» og «OR».

Ettersom jeg skulle undersøke hva håpet innebar for kreftpasienter søkte jeg ikke spesifikt på sykepleier, men inkluderte heller søkeord som handler om relasjonen mellom helsepersonell og pasient. Gjennom pensum- og faglitteraturen fikk jeg et overblikk over hva som kunne være sentralt å undersøke, som for eksempel betydningen av håp, nivået og innholdet i håpet. I tillegg ville jeg undersøke i hvilken grad symptomer kunne påvirke pasientens håp.

Tabell 1: Søketabell

Database og dato	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Lest tittel	Lest abstract	Lest hele artikkelen	Valgt artikkel
PubMed 09.04.18	Hope AND (Cancer OR Neoplasms OR Oncology) AND Pain	Voksne Publisert de siste 10 år	151	151	18	3	(A) Utne mfl., (2008). "The relationship between hope and pain in a sample of hospitalized oncology patients"
Cinahl 09.04.18	Hope AND (Meaning OR Level OR Direction) AND (Cancer	English Voksne	69	69	19	6	(B) Mattioli mfl., (2008). "The Meaning of Hope and Social Support in Patients Receiving Chemotherapy"

	Patients OR neoplasms)						(C) Felder, B. E. (2004). "Hope and Coping in Patients With Cancer Diagnoses"
Cinahl 12.04.18	Hope AND (Professional -Patient Relations OR Nurse-Patient Relations) AND (Cancer Patients OR Neoplasms)	Voksne	101	101	14	4	(D) Koopmeiners mfl., (1997). "How healthcare professionals contribute to hope in patients with cancer"
PubMed 12.04.18	Hope AND (Cancer OR Neoplasms) AND Information AND Professional-Patient Relation	Publisert de siste 10 år Voksne	29	29	5	1	(E) Smith mfl., (2010). "Giving Honest Information to Patients With Advanced Cancer Maintains Hope"
Cinahl 13.04.18	Hope AND (Cancer patients OR Neoplasms) AND Level AND Direction		2	2	1	1	(F) Sanatani mfl., (2008). "Level and direction of hope in cancer patients: an exploratory longitudinal study"

PubMed 13.04.18	Hope AND Symptoms AND Needs AND (Cancer OR Neoplasms)	Voksne	78	89	12	4	(G) Ripamonti mfl., (2015). "Is it possible to encourage hope in non-advanced cancer patients? We must try"
PubMed 20.04.18	Hope AND (Cancer OR Neoplasms OR Oncology) AND (Pain OR Depression OR Symptoms) AND Palliative Care	Publisert de siste 10 år Voksne	71	11	4	2	(H) Davis mfl., (2017). "Hope, Symptoms, and Palliative Care: Do symptoms Influence Hope?"

2.4 Valg av litteratur

Jeg har i denne oppgaven benyttet meg av både pensumlitteratur fra sykepleieutdanningen ved NTNU og annen sykepleiefaglig litteratur. I følge Dalland (2012) er pensumbøker et godt utgangspunkt ettersom de er utvalgt av skolen og kan gi en oversikt over fagfeltet. Gjennom håndsøk ved bruk av kildelister i pensumbøkene har jeg funnet andre relevante bøker om det aktuelle temaet. Annen relevant sykepleiefaglig litteratur er funnet gjennom å søke på bibliotekets nettside, Oria.

Jeg har gjennom søk i aktuelle databaser valgt ut åtte relevante forskningsartikler. I tillegg til disse har jeg funnet andre relevante artikler som blir benyttet i drøftingen, men som ikke presenteres i empirikapittelet. Dette er artikler jeg har funnet via de utvalgte forskningsartiklene eller i faglitteraturen. De omhandler tema som kommer frem i drøftingen

som hvorfor det er viktig å styrke pasientens håp (Kübler-Ross, 1972 & Watson mfl., 1999), symptomer nydiagnostiserte kreftpasienter kan oppleve (Duggleby mfl., 2013) og hva pasientene legger i å være en omsorgsfull sykepleier (Kvåle, 2006). Videre har jeg valgt å benytte Joyce Travelbee sin sykepleieteori og da er det hovedsakelig hennes tanker og teorier om håp, håpløshet og sykepleiers rolle som er relevant for min problemstilling.

2.5 Kildekritikk

Kildekritikk er når man vurderer og karakteriserer de kildene som benyttes, for å fastslå om de er relevant, holdbar og gyldig (Dalland, 2012). Jeg har i min oppgave benyttet hovedsakelig primærlitteratur. Dette er litteratur og forskning som er skrevet av forfatteren selv, og siden den ikke er blitt fortolket av andre anses den som den sikreste kilden (Dalland, 2012). Etersom jeg har valgt å bruke Joyce Travelbee sin sykepleieteori, har jeg brukt primærkilden, «Mellommenneskelige forhold i sykepleien». Boken ble opprinnelig utgitt på engelsk, men jeg har brukt den norske utgaven. Det kan selvfølgelig ha oppstått feiltolkninger i oversettelsesprosessen, men ettersom oversettelsen er gjort av profesjonelle og boken er mye brukt akademisk vurderer jeg den som holdbar og gyldig.

Mitt utvalg av forskningsartikler har et flertall av kvantitative artikler. Disse artiklene vil danne et grunnlag for å forstå det generelle ved kreftpasienters håp, og dette kan være et utgangspunkt i møte med alle pasienter. Jeg var noe kritisk til at flertallet av artikler var kvantitative ettersom det jeg skal undersøke er pasientens opplevelse av håp, og at studier med kvalitativ metode bedre vil beskrive den individuelle opplevelsen. Jeg konkluderte med at utvalget gjorde at jeg fikk et bredere og mer utfyllende perspektiv, og at de kvantitative artiklene supplerer og underbygger de kvalitative artiklene.

Noen av artiklene jeg har valgt ut er eldre enn de anbefalte ti år (Dalland, 2012). Dette er artikler jeg har vurdert som fortsatt relevant da de flere ganger er brukt i nyere pensumlitteratur, i tillegg til at resultatene har fellestrekk med nyere forskning. Artiklene jeg har valgt ut kommer fra stort sett fra Norge eller andre vestlige land som USA, Canada og England. Jeg vurderer disse studiene som relevant ettersom dette er land med flere fellestrekk til Norge og resultatene er dermed overførbare. I tillegg sier Utne mfl., (2008) i sin studie at håpet synes å ikke være kulturspesifikt.

Ved gjennomgang av forskningsartiklene bemerket jeg meg at det ofte blir kommentert at utvalget av pasienter ofte blir mindre enn det som var utgangspunktet. Dette fordi kreftpasienter er en kompleks pasientgruppe, som på grunn av sin sykdom eller behandling ikke kan eller orker å delta i studier. Det er mulig at utvalget ikke alltid blir tilfeldig ettersom for eksempel at pasienter med stor symptombelastning ikke orker eller klarer å delta i studier om sammenhengen mellom symptomer og håp. Man kan stille spørsmål ved gyldigheten til disse studiene, men jeg har likevel valgt å inkludere de ettersom det er anerkjente fagfolk som har utført forskningen og artiklene benyttes i faglitteratur. Alle forskningsartiklene jeg har benyttet i oppgaven er primærforskning og fagfelleverdert.

3 Empiri

I dette kapittelet presenteres den utvalgte forskningen i en artikkelmatrise og en kort sammenfatning av det jeg vurderer som de mest relevante funnene i empirien. I artikkelmatrisen finner man hensikt, metode, resultat og kommentarer for hver forskningsartikkel.

3.1 Artikkelmatrise

Tabell 2 : Artikkelmatrise

Artikkel A	
Referanse	Utne mfl., (2008). "The relationship between hope and pain in a sample of hospitalized oncology patients".
Hensikt	Å beskrive håp blant kreftpasienter med smerter og å undersøke om ulike demografiske og kliniske faktorer og smerter påvirket håpet. Sammenlignet også håpet mellom kreftpasientene og den generelle norske befolkning.
Metode	Kvantitativ. 225 kreftpasienter besvarte spørreskjema om blant annet håp og smerter.
Resultat	Kreftpasientene rapporterte om signifikant høyere håp enn den generelle norske befolkning. Det ble ikke funnet en signifikant sammenheng mellom håp og smerter, eller de andre faktorene.
Kommentar	Smerte er et veldig komplekst fenomen, og kan være svært vanskelig å kartlegge korrekt. Jeg vurderer likevel artikkelen til å være relevant og gyldig ettersom de kartleggingsverktøy som blir brukt er anerkjente og blir brukt ved sykehus til vanlig. I tillegg gjenkjenner jeg navnet til den ene forskeren og vet at hun er anerkjent og har skrevet blant annet et kapittel i den ene fagboken jeg har benyttet. Relevant for min oppgave da den undersøker om flere faktorer har sammenheng med pasientens håp.
Artikkel B	
Referanse	Mattioli mfl., (2008). "The meaning of hope and social support in patients receiving chemotherapy".
Hensikt	Å undersøke og beskrive meningen av håp og sosial støtte hos pasienter som mottar kreftbehandling.

Metode	Kvalitativ. Semistrukturerte intervju med 14 kreftpasienter.
Resultat	I analysen av intervjuene dukket fire sentrale tema som omhandler hvordan pasienten forsøker å mestre sykdomssituasjonen og beholde håpet. «Å fokusere på det større bildet» representerte å tilpasse seg og å lære seg å leve til tross for diagnosen. «Å søke ly i stormen» representerte å skjerme seg selv fra de negative aspektene ved sykdommen. «Å fortsette som normalt» står for pasientenes ønske om å fortsette med aktiviteter som de gjorde før sykdommen. «Ikke i dette alene» representerer behovet for å vende seg til sin tro, som i tro på religion og tro på behandling. Samt å vende seg til andre, som sine pårørende og helsepersonell for håp og støtte.
Kommentar	Veldig relevant for problemstillingen ettersom den ser på betydningen av håpet for kreftpasienter. I tillegg er det inkludert flere sitater fra forskjellige pasienter, dette vurderer jeg til å være en styrke da det kan være med å understreke de individuelle forskjellene i håpet til pasientene.
Artikkel C	
Referanse	Felder, (2004). "Hope and Coping in Patients With Cancer Diagnoses" .
Hensikt	Å undersøke håp og mestring blant kreftpasienter.
Metode	183 kreftpasienter besvarte spørreskjema angående håp og mestring.
Resultat	Ingen signifikant sammenheng ble funnet i nivå av håp eller mestring i forhold til type kreft. Nivået av håp var relativt høyt, også hos de palliative pasientene. I tillegg kom det frem at håp og mestring hadde en positiv sammenheng. Faktorer som kjønn, alder, sivilstatus, utdannelse eller type kreft påvirket ikke håpet eller mestringen.
Kommentar	Relevant for min oppgave da den ser på nivået av håp blant kreftpasienter, og på hvilke faktorer som kan påvirke dette håpet.

Artikkel D	
Referanse	Koopmeiners mfl., (1997). "How Healthcare Professionals Contribute to Hope in Patients With Cancer".
Hensikt	Å undersøke om og hvordan helsepersonell påvirker pasientens opplevelse av håp.
Metode	Kvalitativ. Semistrukturerte intervju med 32 kreftpasienter .
Resultat	Helsepersonell kan ha både positiv og negativ innvirkning på pasientens håp. Ting som påvirket håpet positivt var å være til stede, gi informasjon og å være omsorgsfull. Det var hovedsakelig måten informasjon ble gitt på som kunne påvirke håpet negativt.
Kommentar	Denne artikkelen er relativt gammel, og jeg var i utgangspunktet kritisk til dette. Jeg har valgt å bruke den ettersom den blir henviset til flere ganger i nyere faglitteratur, og siden funnene underbygges i nyere forskning. Relevant for min oppgave ved at den ser på hvordan helsepersonell, inkludert sykepleier, kan påvirke pasientens håp, sett fra pasientens perspektiv.
Artikkel E	
Referanse	Smith mfl., (2010). "Giving Honest Information to Patients With Advanced Cancer Maintains Hope".
Hensikt	Å undersøke om det å gi ærlig informasjon om prognose og behandlingseffekt påvirket håpet til pasientene.
Metode	Kvantitativ. 27 pasienter i palliativ fase besvarte spørreskjema før og etter de mottok standardisert informasjon, i form av et informasjonsskriv om prognose og behandlingseffekt.
Resultat	Håpet til pasientene endret seg ikke etter å ha fått informasjonen, og de fortsatte å være håpefull i forhold til sin fremtid. I tillegg viste resultatene at pasientene generelt var svært optimistiske.
Kommentar	Veldig lite utvalg av pasienter i forhold til at det er kvantitativ metode. Dette kan komme av at pasientene som fikk tilbud om å delta i studien fikk

	<p>informasjon på forhånd om at dersom de deltok ville de motta informasjon som kunne være oppskakende, og flere ønsket ikke å delta av den grunn. I tillegg ble pasienter valgt ut i samarbeid med kreftlege og sykepleier, for å unngå at pasienter som i utgangspunktet opplevde svært mye stress rundt sin sykdom skulle få ytterligere belastning. Det at pasientene ble så nøye valgt ut, og at pasienter ble ekskludert av de overforstående grunnene viser at resultatene ikke kan generaliseres til å gjelde alle kreftpasienter. Jeg velger fortsatt å benytte den i min oppgave ettersom forskningen er publisert i anerkjente tidsskrift og fagfelleurdert. Relevant for min oppgave da den ser på informasjon som en faktor som kan påvirke pasientens håp.</p>
Artikkel F	
Referanse	Sanatani mfl., (2008). "Level and direction of hope in cancer patients: an exploratory longitudinal study".
Hensikt	Å undersøke og forsøke å besvare følgende spørsmål: Er det forskjell i nivå av håp blant kurative og palliative pasienter? Hvordan endrer dette seg over tid? Hva håper pasientene på?
Metode	Kvalitativ. 50 pasienter besvarte spørreskjema for å måle nivå av håp. I tillegg fikk pasientene spørsmål om å selv skrive de tre tingene de vurderte som sine høyeste håp. Dette ble gjentatt etter fire måneder.
Resultat	Det pasientene håpet på ble kategorisert som følger: Å bli kurert, andre positive helseutfall, emosjonell tilfredshet, å oppnå noe eller at livet skulle bli som normalt igjen, mellommenneskelige mål og annet. Det var ingen sammenheng mellom om pasienten fikk kurativ eller palliativ behandling og hva pasienten håpet på. Det var en litt større prosentandel av de palliative enn de kurative pasientene som håpet på å bli kurert. Det var en liten økning i håp blant de kurative pasientene etter fire måneder, og ingen endring hos de palliative.
Kommentar	Ettersom denne studien besto både av et standardisert spørreskjema og åpne spørsmål, kan man stille spørsmål ved størrelsen på utvalget. For at de

	tallene man får fra et slikt spørreskjema skal være gyldig burde utvalget vært større. Men ettersom resultatene gir et visst overblikk over håpet til kreftpasienter vurderer jeg denne som relevant for min oppgave. Ser på nivået av og innholdet i håpet.
Artikkel G	
Referanse	Ripamonti mfl., (2015). "Is it possible to encourage hope in non-advanced cancer patients? We must try".
Hensikt	Å identifisere og utforske sammenhengen mellom håp, fysiske og emosjonelle behov og spiritualitet/religiøsitet blant kreftpasienter. Og hvordan helsepersonell påvirker pasientens håp.
Metode	Kvantitativ. 276 pasienter besvarte ulike spørreskjema for å kartlegge blant annet håp, behov, symptomer og tro.
Resultat	Det kommer frem at pasienter som rapporterte om høyere håp også rapporterte om lavere lidelse og psykologisk stress. I tillegg kom det frem at pasientene med høyere håp ofte var mer religiøse, hadde mindre behov for hjelp og psykososial støtte. Når det er snakk om behovet for informasjon kom det frem at pasientene vektla at helsepersonell måtte være mer oppriktig, ha en bedre dialog og å betrygge de mer. Dersom dette ikke ble gjort kunne det ha en negativ effekt på håpet. Å snakke med noen som hadde erfaringer med den samme sykdommen kunne påvirke håpet positivt. Der kom også frem at pårørende måtte ha en støttende og trøstende funksjon, så vell som å forhindre at pasienten følte seg forlatt.
Kommentar	Studien inkluderer pasienter i alle fasene av sykdomsforløpet, fra nydiagnostisert til pallitative pasienter. I og med at utvalget er så spredd og stort, er det sannsynlig at funnene i denne studien kan være relevant å ha som utgangspunkt og bakgrunn med tanke på kreftpasienters håp. Relevant for min oppgave da den ser på nivået av håp blant kreftpasienter, og hvilke faktorer som kan påvirke håpet.

Artikkel H	
Referanse	Davis mfl., (2017). “Hope, Symptoms and Palliative Care: Do Symptoms Influence Hope?”.
Hensikt	Å undersøke om demografiske faktorer, som alder, kjønn og sivilstatus, eller kliniske faktorer, som lengde på sykdomsforløp, symptomer og symptombelastning, hadde sammenheng med kreftpasienters håp.
Metode	Kvantitativ. 197 palliative kreftpasienter besvarte spørreskjema om håp og om symptomer.
Resultat	Håp hadde ingen sammenheng med kjønn, alder, sivilstatus eller lengde på sykdomsforløp. Totalt symptombyrde syntes å ha innvirkning, men det var kun depresjon og angst som enkeltfaktorer som ble vurdert som klinisk relevant. Det vil si at plagsomme symptomer som smerter, mangel på appetitt mfl. ikke ble vurdert som klinisk relevant.
Kommentar	Denne studien bekrefter i stor grad tidligere forskning i forhold til om symptomer påvirker håpet. Relevant for min oppgave da den ser på hvilke faktorer som har sammenheng med håpet.

3.2 Sammenfatning av empiri

I dette kapittelet blir funnene i forskningsartiklene presentert gjennom hva de har til felles og ikke. De omhandler hovedsakelig nivået av, innholdet i og hvilke faktorer som påvirker pasientens håp.

Studiene til både Felder (2004), Utne mfl. (2008), Sanatani mfl. (2008) og Smith mfl. (2010). understreker at nivået av håp er generelt høyt blant kreftpasienter. I studien til Utne mfl. (2008) kommer det faktisk frem at håpet er høyere enn hos den generelle norske befolkning. Sanatani mfl. (2008) undersøkte om det var forskjeller i nivå av håp blant de palliative og de kurative pasientene, og konkluderte med at håpet var generelt høyt i begge gruppene, og dette stemmer godt overens med resultatet i Felder (2004) sin forskning.

Sanatani mfl. (2008) sier at innholdet i håpet er veldig likt, selv om pasienten er under palliativ eller kurativ behandling. Pasientene håper i større grad på å slippe plagsomme

symptomer som smerter og kvalme, enn på å bli kurert (Sanatani mfl., 2008 & Mattioli mfl., 2008). Mattioli mfl. (2008) understreker også at det er en viktig del av sykepleiers rolle å ikke bare jobbe for å oppfylle pasientens håp men også å bistå pasienten i å finne måter å skjerme seg fra de tingene de håper å unngå.

I Koopmeiners mfl. (1997) sin forskning kommer det frem at sykepleier kan påvirke håpet både positivt og negativt, spesielt gjennom måten informasjon blir gitt på. Dette kommer også frem i Ripamonti mfl. (2015) hvor pasientene uttrykker at de ønsker at helsepersonell skal være mer oppriktig, ha en bedre dialog og betrygge mer. Smith mfl. (2010) snakker også om helsepersonell og informasjon, og der konkluderes det med at det å få ærlig og oppriktig informasjon ikke svekker håpet. Dette bekreftes i Sanatani mfl. (2008) sin forskning der det kommer frem at pasienten finner håp til tross for å motta vanskelig informasjon om behandling og prognose.

I flere av forskningsartiklene (Felder 2004, Davis mfl., 2017, Utne mfl., 2008 & Ripamonti mfl., 2015), er det undersøkt og konkludert med at demografiske faktorer som alder, kjønn, sivilstatus og utdanning ikke har sammenheng med håp. Kliniske faktorer, som smerter, lengde på sykdomsforløp, komorbiditet og type kreftsykdom, er også vurdert i flere studier til å ikke være relevant (Utne mfl, 2008 & Davis mfl., 2017). Davis mfl. (2017) og Utne mfl. (2008) undersøkte spesifikt smerter og symptomer i forhold til håp og konkluderer med at det ikke finnes en signifikant sammenheng. Ripamonti mfl. (2015) undersøkte om det er sammenheng mellom symptombelastning og håp, og i denne studien kommer det frem at totalt symptombilde kan ha innvirkning, men som enkeltfaktor var det kun depresjon og angst som synes å være relevant.

4 Teori

4.1 Kreft

Kreft oppstår når celler i kroppen deler seg ukontrollert og uhemmet. Kreftcellene har evnen til å invadere nærliggende vev, metastasere, altså spre seg til fjerntliggende vev og organer, og er preget av hyppig celledeling og kan dermed vokse fort (Wyller, 2014). Hvordan pasienten påvirkes av sykdommen og hvilke symptomer som oppstår, varierer etter kreftsvulstens lokalisasjon, størrelse, om den har metastasert eller invadert nærliggende vev. Vanlige symptomer ved kreftsykdom er smerter, generell sykdomsfølelse, vekttap og utmattelse (Wyller, 2014).

En kreftpasient gjennomgår flere ulike faser i sitt sykdomsforløp. Benner og Wrubel (2016) beskriver disse som seks ulike faser, den prediagnostiske, den diagnostiske, behandlingsfasen, remisjon, residiv og den terminale fasen. Hver pasient er unik og har sin unike sykdomsopplevelse. Gjennom alle disse fasene vil pasienten oppleve en stor usikkerhet, både i forhold til fremtiden og sykdommen. Ofte kan pasienten veksle mellom håp og fortvilelse, tanken om at alt kommer til å ordne seg eller at det går veldig galt. Usikkerheten oppstår da pasienten ofte må vente på en sikker diagnose og behandling, på prøvesvar og kontroller. Det kan oppstå bivirkninger av behandlingen, funksjoner kan tapes og vinnes tilbake, nye symptomer kan oppstå og tilbakefall er alltid en risiko. Denne usikkerheten og ventingen kan fort øke pasientens angstnivå å gi en vedvarende utrygghet (Dahl, 2016).

4.1.1 Kreftbehandling

Moderne kreftbehandling består hovedsakelig av kirurgi, medikamentell behandling og strålebehandling (Langberg, 2012). Disse kan brukes hver for seg, eller kombinert. Gevinsten av en eventuell behandling vurderes opp mot faren for alvorlige eller svært plagsomme bivirkninger. De vanligste bivirkningene som oppstår som følge av behandlingen er fatigue, kvalme og brekninger, diaré og obstipasjon, munnsårhet og – tørrhet. Smerter hos kreftpasienter kan oppstå som en direkte konsekvens av sykdommen, som skjelettsmerter ved metastaser, eller som ettervirkning av behandlingen. Strålebehandling kan føre til strålefibrose, cytostatikabehandling kan føre til nevropati og kirurgi medfører ofte postoperativ smerte (Lorentsen & Grov, 2016).

Målet for behandlingen kan være kurativt eller palliativt. Med kurativt formål menes det at pasienten skal bli kurert fra sin kreftsykdom. Dersom pasienten ikke har nytte av kurativ behandling, endres målet til å forlenge livet, lindre symptomer og gi best mulig livskvalitet, altså palliativt formål (Lorentsen & Grov, 2016).

4.2 Håp

Jeg har i arbeidet med denne oppgaven sett på flere sykepleiefaglige definisjoner av håp. Det teoretikerne Travelbee, Nowotny (1989) og Dufault og Martocchio (1985) har til felles er at håpet beskrives som fremtidsorientert og realistisk og kan bidra til å gi pasienten en opplevelse av energi og krefter.

Sentralt i menneskets håp står en positiv forventning om at det finnes en måte å komme gjennom vanskelige situasjoner og utfordringer (Kristoffersen mfl., 2011b). I følge Renolen (2008) er det håpet som gjør det mulig og meningsfullt for den syke å finne og bruke sine indre og ytre ressurser. En sterk følelse av håp kan føre til at pasienten har mer energi, styrke og mot til å takle motgang. På samme måte vil en svak følelse av håp kunne gjøre at pasienten kan bli resignert og apatisk.

Håp som fenomen er normalt ikke bevisst tilstede i menneskets oppmerksomhet, det blir aktuelt først i situasjoner hvor en persons liv eller helse er truet. En persons håp kan ofte gjenspeile seg i dens tanker, følelser og handlinger og er avhengig av den enkelte personen og dens livssituasjon (Kristoffersen mfl., 2011b).

4.2.1 Joyce Travelbee om håp

Som nevnt tidligere lyder Travelbee sin definisjon av håp:

...en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige (Travelbee, 2001, s. 117).

Travelbee sier at selv om det pasienten håper på skal være innenfor det oppnåelige, kan sannsynligheten for at dette vil skje være større eller mindre. En uhelbredelig syk kreftpasient kan håpe på kurasjon, selv om det er svært liten eller ingen mulighet for at det vil skje. I dette

tilfellet er håpet virkningsfullt, men målet er mest sannsynlig urealistisk og uopnåelig. At håpet er virkningsfullt henger sammen med at håp sannsynligvis er den faktoren som har størst betydning når det gjelder menneskets evne til å bære sykdom og lidelse (Travelbee, 2001).

Ifølge Travelbee er håpet karakterisert av forskjellige faktorer. Håpet er alltid knyttet til en forventning om at dersom ens egne indre ressurser ikke strekker til, vil andre komme en til hjelp, altså en avhengighet av andre. I tillegg har de tillit til at de andre er i stand til, og faktisk vil yte den nødvendige hjelpen. Det kommer også frem at personen som har håp er fremtidsorientert, har ønsker og en opplevelse av å ha valgmuligheter. Travelbee sier også at personen som har håp er utholdende og har mot, tørr å håpe selv om den vet at det er lite sannsynlig å oppnå sine mål (Travelbee, 2001).

Travelbee sier videre at en person uten håp ser på verden på en annen måte enn en som har håp. Håpløshet oppstår trolig når en person har lidd intenst fysisk, mentalt eller åndelig over lang tid, uten hjelp eller pauser. Den som opplever håpløshet forsøker ikke å løse sine problemer eller å mestre det som er vanskelig. Personen er overveldet av sine problemer og ser ingen utvei. Dette kan føre til atferden som pessimisme, apati, desperasjon og aggresjon (Travelbee, 2001).

4.2.2 Håp i et kreftforløp

I følge Kristoffersen mfl. (2011b) er håp et av de viktigste elementene i livet til mennesker med kreft. Utne (2017) sier at det finnes svært få kreftpasienter som kan si at de aldri har tenkt på håp i forbindelse med sin kreftdiagnose. Det er derfor en viktig oppgave for sykepleieren å være oppmerksom på og snakke om håpet med disse pasientene.

Håp er ikke en enkel dimensjon, men sammensatt av følelser, tanker og handlinger som endres over tid (Drageset, 2014). Håpets innhold vil endre seg gjennom sykdomsforløpet. Hos kreftpasienter vil håpet tidlig i sykdommen ofte handle om å bli kurert, men underveis i forløpet kan dette endre seg til at pasienten ønsker å leve så godt som mulig. Dette gjenspeiler seg i om formålet med behandlingen er kurasjon eller palliasjon, og understreker at håpet er realistisk ut fra pasientens perspektiv (Kristoffersen mfl., 2011b).

4.3 Sykepleiers rolle

For å kunne utøve god sykepleie må sykepleieren ha faglig relevant kunnskap, gode praktiske ferdigheter og sterke, solide personlige verdier. Den faglige relevante kunnskapen omhandler både kunnskap om sykdomsprosesser, grunnleggende behov, behandlingsmuligheter, bivirkninger, men også kunnskap om hvordan pasienten opplever sin helsesvikt. Det krever evne og vilje til å sette seg inn i pasientens situasjon, om man skal tilegne seg slik kunnskap (Kristoffersen mfl., 2011a).

Utgangspunktet for utøvelsen av all sykepleie er pasientens behov (Kristoffersen mfl. 2011a). For å systematisere sitt arbeid med pasienter er «Sykepleieprosessen» utviklet. Denne metoden å jobbe på går ut på å samle inn data gjennom systematisk kartlegging, identifisere problem, fastsette mål, utarbeide en plan for arbeidet, gjennomføre planen og evaluere resultatet (Eide & Eide, 2007). Det vil si at sykepleier systematisk innhenter informasjon om et aktuelt problem, setter mål, legger en plan som utføres og til slutt evaluerer om målet er oppnådd. Dette er utgangspunktet og arbeidsmetoden i nesten alt sykepleiefaglig arbeid.

I følge Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF, 2011) skal sykepleieren blant annet understøtte pasientens håp, mestring og livsmot, og ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg. I møte med et menneske som opplever sykdom og lidelse er det en viktig sykepleieoppgave å bidra til at pasientens håp blir opprettholdt eller styrket. Det er også en viktig sykepleieoppgave å hjelpe pasienter som opplever håpløshet å gjenvinne håpet (Kristoffersen mfl., 2011b). Renolen (2008) sier at i tillegg til å være en viktig kilde for håp for mange pasienter, kan helsearbeideren også være grunnen til at håpet svekkes.

Kristoffersen mfl. (2011a) sier at sykepleiers oppgave handler om å hjelpe pasienten til å finne, holde fast ved og omdefinere håpet i vanskelige perioder. Det er også viktig at sykepleier ikke svekker håpet til pasienten, selv når pasienten og helsepersonells forståelse er ulik. Det handler om å ha respekt og ydmykhet nok til å se betydningen av håpet i et menneskes liv. Benner og Wrubel (2016) understreker at det å fremme håp er en vesentlig del av sykepleien og at sykepleier er i en unik posisjon til å kunne påvirke pasientens håp.

I møte med kreftpasienter stilles det krav til sykepleiers personlige og eksistensielle kompetanse. Det krever mot å møte mennesker som lider, å tørre å stå i det og være til stede selv når pasientene uttrykker angst, frustrasjon og sinne, og opplever håpløshet. Det krever også en vilje til å jobbe med, og å være bevisst, sine holdninger til livet og døden. Dette handler om å utøve åndelig omsorg, og for å kunne gjøre dette må sykepleieren ha evnen til se, lytte og la seg berøre, og mot til å samtale, handle og være nær (Sæteren, 2017).

4.3.1 Joyce Travelbee om sykepleiers rolle

Travelbee definerer som nevnt sykepleie som

...en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om mulig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 2001, s.29).

Av dette kan vi lese at sykepleie alltid, direkte eller indirekte, handler om mennesker. Det er møtet mellom mennesker, sykepleier og pasient, og deres pårørende. Travelbee understreker gang på gang viktigheten av at sykepleier forholder seg til pasienten som et individ, og at det er mer riktig å snakke om et menneske-til-menneske- forhold, enn sykepleier-til-pasient- forhold. Dette fordi det er først når man forholder seg til hverandre som mennesker at en reell kontakt oppstår (Travelbee, 2001).

Travelbee (2001, s. 123) sier at «Den profesjonelle sykepleierens oppgave er å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet». Dette kan sykepleieren gjøre ved å gjøre seg tilgjengelig og være villig til å hjelpe. Sykepleier kan aldri «gi» håp til andre, men kan legge til rette for at den syke skal kunne oppleve håp. I tillegg understrekes det at selv om den profesjonelle sykepleieren ikke alltid lykkes i å hjelpe, så forsøker hun alltid å gi hjelp og trøst (Travelbee, 2001).

5 Drøfting av problemstilling

I dette kapittelet vil jeg drøfte min problemstilling i lyst av empiri, faglitteratur og teori.

Problemstillingen min er følgende:

«Hva innebærer håp for kreftpasienter og hvordan kan sykepleier styrke dette håpet?»

5.1 Håpet er sterkt hos kreftpasienter i alle faser

For friske, utenforstående personer kan det være vanskelig å forstå kreftpasienters håp.

Hvordan kan for eksempel en pasient med uhelbredelig kreft oppleve håp? Det oppfattes jo fra utsiden som en håpløs situasjon. Det kommer frem i flere av studiene at håpet generelt er sterkt blant kreftpasienter (Felder, 2004, Utne mfl., 2008, Sanatani mfl., 2008 & Smith mfl., 2010). Utne mfl. (2008) sammenlignet nivået av håp blant norske kreftpasienter og den generelle norske befolkning. I denne studien kommer det frem at kreftpasientene faktisk opplevde et sterkere håp enn resten av befolkningen. Dette bekrefter teorien om at mennesker ikke er bevisst sitt håp før ens liv eller helse er truet (Kristoffersen mfl., 2011b).

Når man snakker om kreftpasienters håp, er det viktig å ta i betraktning at sykdomsforløpet har flere faser og kan være langt og komplekst. Man kan tenke seg at kreftpasienter i kurativ fase opplever mer håp enn pasienter i palliativ fase, ettersom målet med behandlingen i palliativ fase ikke er kurasjon, men heller symptomlindring, livsforlengelse og å øke livskvaliteten. Men er det virkelig slik? Felder (2004) viser i sin studie at nivået av håp er generelt høyt for begge pasientgruppene og i Sanatani mfl. (2008) sin studie kommer det frem at det er svært liten eller ingen forskjell i nivå av håp mellom de to pasientgruppene. Sett i lys av denne forskningen kan man si at håpet er sentralt og står sterkt hos pasienten i alle fasene av kreftsykdommen.

Hvorfor er det så viktig å styrke pasientens håp og unngå håpløshet? Watson mfl. (1999) utførte en studie av håp og overlevelse blant kreftpasienter. I denne studien kom det frem at håp faktisk er relatert til overlevelse. Pasientene som reagerte med fornektelse og kamplyst, altså håp, hadde en signifikant høyere overlevelseshastighet enn pasientene som hadde reagert med håpløshet og hjelpeløshet. Dette kan en finne støtte for i Kübler-Ross (1972) sin studie av alvorlig syke og døende pasienter. Der viste det seg at pasientene som gav opp på håpet, døde innen kort tid. Altså synes pasientens psykologiske respons, å være viktig for utfallet av

sykdommen. Når en pasient opplever håpløshet kan atferden være preget av resignasjon, pessimisme og apati (Travelbee, 2001 & Renolen 2008). Travelbee (2001) sier at håpløshet oppstår når pasienten har lidd intenst fysisk, mentalt eller åndelig, uten hjelp eller pauser. Sykepleiers rolle for å unngå håpløshet må da bli å være den hjelpen eller den pausen i lidelsen. På denne måten kan sykepleier unngå at pasienten opplever håpløshet og kanskje til og med bidra til å bedre pasientens framtidsutsikter.

5.2 Innholdet i kreftpasienters håp

Hva håper egentlig kreftpasienter på? Det første man tenker er kanskje å bli frisk. Sanatani mfl. (2008) sin forskning viste derimot at pasientene i større grad håpet på å ha god livskvalitet enn på å bli kurert. I livskvalitet la pasientene å være symptomfri, selvstendig og å kunne være tilstede for sin familie. Dette understrekes i Mattioli mfl. (2008) sin studie hvor pasientene ble spurt om hva de håpte mest på og ingen nevnte kurasjon. Pasientene fokuserte heller på det store bildet og håpte på å ta del i livet, gjennom for eksempel å få se sine barn bli gift, se barnebarn vokse opp og å reise og oppleve nye ting. Dette fremhever teorien om at håpet er fremtidsrettet (Dufault & Martocchio, 1985, Nowotny, 1989 & Travelbee, 2001).

De ulike sykepleiefaglige definisjonene av håp hadde til felles at håpet er realistisk (Dufault & Martocchio, 1985, Nowotny, 1989 & Travelbee, 2001). Sett i lys av dette kan det tenkes at det er mer realistisk for en pasient under kurativ behandling å håpe på å bli kurert enn for en pasient i palliativ fase. Sanatani mfl. (2008) sin forskning viser faktisk at dette ikke stemmer. I denne studien rangerte de palliative pasientene håpet om å bli kurert høyere enn pasientene under kurativ behandling. Dette understreker Travelbee (2001) sin teori om at selv om det pasienten håper på skal være innenfor det oppnåelige, kan sannsynligheten for at det skal kunne oppfylles være større eller mindre. I dette tilfellet vil håpet være virkningsfullt i den forstand at det kan virke som en motvekt til den usikkerheten, fortvilelsen og angsten pasienten kan oppleve (Dahl, 2016). Det kan tenkes at dette virkningsfulle, men urealistiske håpet kan hjelpe pasienten til å finne styrke, mot og energi nok til å tåle den motgangen som kan oppstå. Det er i slike tilfeller viktig at sykepleier ikke svekker pasientens håp, uansett om sykepleier har mer kunnskap og et mer realistisk perspektiv på situasjonen.

5.3 Faktorer som kan styrke eller svekke kreftpasienters håp

Ripamonti mfl. (2015) sier i sin studie at kartlegging av symptomer er svært relevant i helsepersonells arbeid med å styrke eller bevare pasientens håp. Sykepleier kan gjennom kartlegging, enten ved bruk av et spørreskjema eller gjennom samtale med pasienten, finne ut hva pasienten håper på og eventuelt om pasientens håp er truet (Utne, 2017). Ved å bruke et slikt spørreskjema kan sykepleier danne seg et oversiktsbilde, men det vil ikke kunne fange opp de individuelle aspektene ved pasientens håp. For å få et bedre inntrykk av innholdet i pasientens håp, og eventuelt hva som kan styrke eller svekke håpet, må sykepleier snakke med pasienten (Lorentsen & Grov, 2016). I de rammene som er i helsetjenesten i dag, det tid er en viktig ressurs og ofte en mangelvare er et kartleggingsskjema relevant å bruke da det er mindre tids- og ressurskrevende.

Utne (2017) sier at symptomer som smerter, kvalme og fatigue kan oppleves som en trussel for pasientens håp. Studiene til Utne mfl. (2008) og Davis mfl. (2017) viste at pasienters opplevelse av plagsomme symptomer, som smerte, ikke har en direkte innvirkning på pasientens opplevelse av håp. Faktisk viste Utne mfl. 2008 sin forskning at kreftpasienter med smerter har et høyere nivå av håp enn resten av den norske befolkning. Selv om forskningen til Utne mfl. (2008) og Davis mfl. (2017) sier at smerter ikke har innvirkning på håpet, kan vi se en tydelig sammenheng mellom smerter og håp da annen forskning (Sanatani mfl., 2008) viser at pasientene i stor grad håper på å slippe slike plagsomme symptomer. Derfor tenker jeg at å det å kartlegge slike symptomer, i tillegg til å kartlegge selve håpet, må oppleves som positivt for pasienten, selv om det ikke nødvendigvis påvirker håpet.

Videre viser forskningen (Felder 2004, Utne mfl. 2008 & Davis mfl. 2017) at andre kliniske faktorer, som lengde på sykdomsforløp, type kreft og komorbiditet, og demografiske faktorer, som kjønn, alder, etnisitet, sivilstatus og utdanning, heller ikke påvirker pasientens håp. I Davis mfl. (2017) sin forskning viste det seg at faktorer som faktisk hadde innvirkning på håpet var angst og depresjon. Det kan være verdt å merke seg at en studie utført av Duggleby mfl. (2013) viste at de fleste nydiagnostiserte kreftpasienter opplevde å føle seg nettopp engstelig og deprimert. Hvordan kan det da ha seg at annen forskning (Felder,2004, Utne mfl., 2008, Sanatani mfl., 2008 & Smith mfl., 2010) understreker at kreftpasienter har et generelt sterkt håp i alle faser av sykdommen? Kanskje er det slik at det pasientene

rapporterer som angst og depresjon i Duggleby mfl. (2013) sin studie, er en veldig normal reaksjon på å ha fått en alvorlig diagnose? Det er viktig å huske at det er vanlig at alle mennesker, også pasienter, kan ha tunge og vanskelige dager. Hos alvorlig syke pasienter kan disse dagene ofte preges av en sterk opplevelse av hjelpeløshet og håpløshet. Det blir en viktig oppgave for sykepleier å unngå at dette er følelser som vedvarer og preger pasienten over tid, og da svekker pasientens håp.

Ved sykdom, spesielt ved alvorlig sykdom, har pasienten ofte et stort behov for informasjon og kunnskap (Eide & Eide, 2007). Dette kan være om for eksempel selve sykdommen, prognosen og eventuelle bivirkninger. Bakgrunnen til Smith mfl. (2010) sin studie var at kreftleger rapporterte om at de fryktet å svekke pasientens håp dersom de gav helt ærlig informasjon om prognoser og behandling til pasienter med alvorlig kreftsykdom. Resultatet i denne studien viste at pasientene opplevde å ha et minst like sterkt håp, om ikke litt sterkere, etter å ha mottatt slik ærlig informasjon. Sanatani mfl. (2008) sin forskning understreker dette, da den sier at pasientene finner håp til tross for å motta vanskelig informasjon om behandling og prognose.

Som nevnt tidligere sier Travelbee (2001) at håpet blant annet er beslektet med opplevelsen av å ha valgmuligheter. Det er gjennom tilstrekkelig og tilpasset informasjon pasienten kan få kunnskap og forståelse nok til å kunne ta egne valg og medvirke i sin situasjon. Det er en sentral oppgave for helsepersonell å gi denne informasjonen (Dahl, 2016). At pasienten har med- og selvbestemmelse er en av de grunnleggende verdiene i helsetjenesten (Nortvedt, 2012). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF 2011) sier også at «sykepleier skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser, gjennom å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg at informasjonen er forstått». I tillegg til å være forventet, er dette lovfestet i både Pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2) og Helsepersonelloven (1999, § 10). Pasienten har rett på informasjon og helsepersonell er pliktet til å gi informasjon.

Like viktig som å gi informasjon, er det å gi riktig og relevant informasjonen på en hensiktsmessig måte. I blant annet Mattioli mfl. (2008) og Koopmeiners mfl. (1997) sine studier understrekes viktigheten av at all informasjon gis på en medfølende, positiv, ærlig og

respektfull måte. Dette er store krav ettersom for eksempel «ærlig» og «positiv» ikke alltid harmonerer dersom det er snakk om at pasienten skal få vite at behandling med mål om kurasjon ikke lenger er aktuelt, og at formålet nå er palliasjon, altså livsforlenging. I slike situasjoner er det viktig å gi pasienten noe å holde fast ved (Koopmeiners mfl. 1997), som for eksempel at mange kreftpasienter i dag lever lenge og godt med palliativ behandling (Kreftregisteret, 2018).

Pasienter har flere strategier for å mestre sin sykdomssituasjon og på samme tid bevare håpet. Mattioli mfl. (2008) beskriver eksempel på disse i sin studie. De siterer flere av pasientene i studien og en av pasientene sier: «Det er bedre å være ignorant. Dess mer du lærer, dess mindre håpefull er du». Denne pasienten hørte til gruppen som opplevde mestring og håp gjennom å skjerme seg selv fra de negative tankene og frykten knyttet til kreftsykdommen. I Smith mfl. (2010) sin studie kommer det frem i beskrivelsen av utvalget av pasienter, at en pasient ikke ønsket å delta i studien ettersom hun «ønsket å forbli positiv». Dette understreker at pasienter kan oppleve ærlig informasjon som en trussel mot sitt håp til tross for at forskningen viser det motsatte (Sanatani mfl. 2008 & Smith mfl. 2010). Noen pasienter ønsker ikke å vite «alt» om sin diagnose og prognose. Pasienter har individuelle behov og informasjon og kommunikasjon må tilpasses individet.

En annen måte å beholde håpet og oppleve mestring på, er å søke støtte hos familie, venner og helsepersonell (Mattioli mfl., 2008). Viktigheten av denne sosiale støtten understrekes i flere studier (Felder, 2004, Sanatani mfl., 2008 & Ripamonti mfl., 2015). I Ripamonti mfl. (2015) kommer det frem at pasientene håper på å slippe å føle seg forlatt av familie og venner, og at denne følelsen av isolasjon kunne svekke håpet. Dette sammenfaller med funn i Sanatani mfl. (2008) hvor et av de sentrale håpene var mellommenneskelige mål, altså å være nær familien. Om man ser dette i lys av det Travelbee (2001) sier om at håpet er knyttet til en forventning om at andre vil komme en til hjelp, kan man tenke at en manglende opplevelse av støtte fra familie, venner og helsepersonell kan svekke pasientens håp.

5.4 Sykepleier kan påvirke kreftpasienters håp

Helsepersonell og sykepleier er også svært viktige faktorer når vi ser på hva som kan påvirke pasientens håp. Forskning (Koopmeiners mfl., 1997, Felder, 2004, Mattioli mfl., 2008 &

Sanatani mfl., 2008) viser at helsepersonell ofte blir nevnt som en av faktorene som har evnen til å påvirke pasientens håp, både positivt og negativt. Hva er det egentlig sykepleier kan gjøre for å styrke eller bevare håpet til pasienten? Koopmeiners mfl. (1997) og Mattioli mfl. (2008) sier blant annet at sykepleier må være til stede, ta seg tid, lytte, vise respekt, vise varme og tørre å bry seg. Ripamonti mfl. (2015) slår fast at sykepleier gjennom å være oppriktig, å ha en god dialog og å være betryggende kan styrke pasientens håp. I Koopmeiners mfl. (1997) sin studie kommer det frem at like viktig som at sykepleier innehar disse egenskapene og holdningene er det at omsorgen og relasjonen ikke blir rutinepreget og hverdagslig.

Kvåle (2006) utførte en studie som blant annet så på hvilke egenskaper hos en sykepleier som får pasienten til å føle at vedkommende har omsorg for den. Her kommer det frem mye av det samme som det pasientene sier i Koopmeiners mfl. (1997) og Mattioli mfl. (2008) sine studier, de bryr seg, tar seg tid, de er smilende og varme og gir god informasjon og forklarer. Av dette kan man si at omsorgsfulle sykepleiere styrker håpet til pasienten. De fleste sykepleiere ønsker nok at de hadde hatt muligheten til å ta seg god tid hos hver enkelt pasient, men i de rammer man finner i helsetjenesten i dag, der tid kan være en mangelvare, oppleves dette som umulig. I Kvåle (2006) sin studie kommer det frem at det ikke nødvendigvis er de lange og vanskelige samtalene pasientene forventer og setter mest pris på, det kan holde med at sykepleier viser en genuin interesse for dem som medmennesker og individer. Det kanskje viktigste er at sykepleier kommuniserer både verbalt og nonverbalt at man er tilgjengelig og på den måten har pasienten alltid muligheten til å snakke om det som er vanskelig.

Gjennom praksis som sykepleiestudent har jeg møtt og jobbet sammen med mange forskjellige sykepleiere. Min erfaring er at sykepleiere i stor grad innehar de evner og egenskaper som blir nevnt tidligere. Til tross for dette kommer det frem i Koopmeiners mfl. (1997) sin studie at nesten halvparten av pasientene hadde opplevd at helsepersonell svekket deres håp. Med helsepersonell mentes både leger, sykepleiere og andre. Sykepleiere kunne ha en negativ effekt på håpet gjennom kald og respektløs kommunikasjon, både verbal og nonverbal.

Å jobbe med alvorlig syke og døende pasienter kan fremkalle reaksjoner som avmakt, utilstrekkelighet og usikkerhet hos helsepersonell (Sæteren, 2017). Møtet mellom sykepleier

og den alvorlig syke pasient er utfordrende for sykepleier på et personlig plan. En studie utført av Udo mfl. (2013) så på hvordan sykepleiere håndterte eksistensielle utfordringer hos alvorlig syke og døende pasienter. I denne studien kommer det frem at sykepleiere som er usikre på hvordan de skal håndtere disse utfordringene, kan velge å unngå de. Dette er svært uheldig da det kan føre til at pasienten føler seg isolert. Som nevnt tidligere var opplevelsen av å være forlatt og isolert en av faktorene som kunne svekke pasientens håp (Ripamonti mfl., 2015). Dette understreker at det er et behov for mer kunnskap blant sykepleiere om eksistensielle behov.

6 Konklusjon

I oppgaven har jeg forsøkt å besvare min problemstilling:

«Hva innebærer håp for kreftpasienter og hvordan kan sykepleier styrke dette håpet?»

Drøftingen har belyst forskjellige aspekter ved kreftpasienters håp gjennom relevant teori, faglitteratur og forskning. For å finne ut hva kreftpasienters håp innebærer har jeg sett på nivået av håp, innholdet i håpet og hva som kan virke positivt eller negativt på håpet til kreftsyke i ulike faser. Det kanskje viktigste som har kommet frem er at håpet er svært sentralt i kreftpasienters liv. De opplever et sterkt håp i alle faser av sykdommen, til og med livets slutfase. Pasientene håper selvfølgelig på å bli frisk, men håpet handler i større grad om å leve så godt som mulig og å ta del i selve livet. Her blir det en viktig sykepleieoppgave å kartlegge hva som hindrer pasienten fra å klare dette, iverksette aktuelle tiltak og tilrettelegge i best mulig grad. Videre viste forskningen at verken demografiske faktorer, som alder, kjønn og utdanning, eller kliniske faktorer, som smerter og type kreft, hadde innvirkning på håpet. Eneste faktoren som syntes å ha sammenheng med håpet var opplevelsen av angst og depresjon. Det kan derfor tenkes at en spesielt viktig oppgave i sykepleiers arbeid med å styrke pasientens håp er å være oppmerksom på akkurat disse symptomene.

Det er viktig at man samtidig som å ha fokus på å styrke pasientens håp, har respekt for pasientens frustrasjon og håpløshet. Kreftsykdom er en tung belastning, både fysisk, emosjonelt og eksistensielt, og det finnes ingen fasit på hva som er en normal reaksjon. For å styrke pasientens håp må sykepleier tørre å være til stede, og tørre å snakke med pasienten om både sykdommen og de vanskelige tankene og følelsene. Å kunne snakke om dette krever en god relasjon mellom pasient og sykepleier. Det krever også at sykepleier har kunnskap og mot nok til å stå i slike vanskelige situasjoner. Å jobbe med alvorlig syke og døende pasienter er krevende og kan utløse sterke følelser hos sykepleier. Det er på samme tid viktig å presisere at det ikke bare er krevende og vanskelig, men også i stor grad givende og meningsfullt å få ta del i, og utgjøre en forskjell, i livet til disse menneskene.

Sykepleier må være oppmerksom på at helsepersonell er en av faktorene som kan påvirke håpet. Dette betyr at sykepleieren selv er den faktoren hun har størst kontroll over.

Sykepleiers fremtoning og kommunikasjonsferdigheter er avgjørende for å skape en trygg og

god relasjon til pasienten. Å være oppmerksom på det pasienten uttrykker, både verbalt og nonverbalt, vil gi nyttig informasjon, på samme tid som at pasienten opplever å bli sett og hørt. Ofte skal det ikke mer til enn et smil og en kort samtale for at pasienten opplever sykepleier som respektfull og omsorgsfull. Det handler om å møte pasienten som et menneske, ikke bare en diagnose.

At det er viktig å styrke håpet blir understreket i Travelbee sin teori, faglitteratur, og gjennom retningslinjer. Gjennom drøftingen kommer det frem at like viktig som å styrke håpet, er det å bevare det håpet pasienten allerede har, og å unngå håpløshet. Dette kan gjøres gjennom å se hver enkelt pasient som et individ, med egne behov. Det er også viktig å huske at selv når håpet ikke er realistisk kan det være virkningsfullt, derfor må man aldri ta fra pasienten håpet, men kanskje heller hjelpe den til å omdefinere det og flytte fokus.

Teoriene til Travelbee kan på mange måter anses som idealistiske og målene kan være vanskelig å oppnå i praksis. Med de rammer som er i helsevesenet i dag, er det ikke alle deler av teorien som er realistisk. Det kanskje viktigste jeg tar med meg fra teorien til Travelbee er at selv om en sykepleier ikke alltid lykkes i å hjelpe, forsøker hun alltid å gi hjelp og trøst. Ut ifra dette tenker jeg at jeg som sykepleier alltid skal forsøke å gi nødvendig hjelp, uansett om jeg noen ganger kan føle meg utilstrekkelig eller usikker i møte med pasienter. I slike møter kan man oppdage at man kan mangle kunnskapen som trengs, og det er da viktig å ta initiativ til å tilegne seg denne kunnskapen. Som sykepleier har man tilgang til andre sykepleiere som kan sitte med verdifulle erfaringer og kunnskap, andre yrkesgrupper med et annet kunnskapsområde, faglitteratur, og ikke minst den med ekspertkunnskapen; pasienten selv.

LITTERATURLISTE

- Dahl, A.A., (2016). *Kreftsykdom. Psykologiske og sosiale perspektiver*. Oslo: Cappelen Damm
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Davis, M. P., Lagman, R., Parala, A., Patel, C., Sanford, T., Fielding, F., Brumbaugh, A., Gross, J., Rao, A., Majeed, S., Shinde, S. & Rybicki, L. A. (2017). Hope, Symptoms, and Palliative Care: Do symptoms Influence Hope?. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* [Internett], 34 (3), s. 223-232.
DOI:10.1177/1049909115627772
- Drageset, S. (2014) Mestring. I Haugan, G. & Rannestad, T. (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm
- Dufault, K. & Matrocchio, B.C. (1985). Symposium on compassionate care and the dying experience. Hope: its spheres and dimensions. *Nursing clinics of North America*, 20 (2): 379-391
- Duggleby, W., Ghosh, S., Cooper, D. & Dwernychuk, L. (2013). Hope in Newly Diagnosed Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management* [Internett], 46 (5), s. 661-670 <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.12.004>
- Eide, H. & Eide, T. (2007), *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Felder, B. E. (2004). Hope and Coping in Patients With Cancer Diagnoses. *Cancer Nursing*. 27 (4), s. 320- 324
- Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur og kultur
- Helse- og omsorgsdepartementet (2018). *Nasjonal Kreftstrategi 2018-2022*. Hentet 03.05.2018 fra https://www.regjeringen.no/contentassets/266bf1eec38940888a589ec86d79da20/regjeringens_kreftstrategi_180418.pdf
- Helsepersonelloven. *Lov 2. Juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.*
- Jacobsen, B., Jørgensen, S. D. & Jørgensen, S. E. (1998). *Kræft og eksistens – om at leve med kræft*. København: Dansk psykologisk Forlag

- Jacobsen, D. & Nome, O. (2001). Innledning: Om Kreft. I Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Lund, K. & Solheim, K. (Red), *Sykdomslære: indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kreftregisteret (2018). *Fakta om kreft*. Hentet 02.05.2018 fra: <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Fakta-om-kreft/>
- Kristoffersen, N.J., Breievne, G. & Nortvedt F., (2011b). Lidelse, mening og håp. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (Red), *Grunnleggende sykepleie 3*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.A., (2011a). *Grunnleggende sykepleie bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Koopmeiners, L., Post-White, J., Gutknecht, S., Ceronsky, C., Nickelson, K., Drew, D., Mackey, K. W. & Kreitzer, M. J. (1997). How healthcare professionals contribute to hope in patients with cancer. *Oncology nursing forum*, 24 (9), s. 1507-1513
- Kvåle, K. (2006). Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det. *Vård i Norden* [Internett], 79 (26), s. 15-19. DOI:10.1177/010740830602600104
- Kübler-Ross, E. (1972). *Samtal inför döden*. Stockholm: Bonniers
- Langberg, C.W. (2012). Strålebehandling. I Kåresen, R. & Wist, E. (Red.), *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Lorentsen, V.B. & Grov, E.K. (2016). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I Stubberud, D. G., Grønseth, R. & Almås, H. (Red.), *Klinisk sykepleie 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Mattioli, J. L., Repinski, R. & Chappy, S.L. (2008). The Meaning of Hope and Social Support in Patients Receiving Chemotherapy. *Oncology Nursing Forum* [Internett], 35 (5), s. 822-829. Tilgjengelig fra: <https://search.proquest.com/docview/223110148?accountid=12870> [Lest 09.april 2018].
- Nakken, E. S., (2017) Kap. 19: Generell onkologi. I Reitan, A. M. & Schjølberg, T.K. (Red), *Kreftsykepleie, Pasient – Utfordring – Handling*. Oslo: Cappelen Damm.
- Norsk sykepleieforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 22.04.18 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

- Nortvedt, P. (2012). *Omtanke - En innføring i sykepleierens etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Nowotny, M.L. (1989). Assessment of hope in patients with cancer: Development of an instrument. *Oncology Nursing Forum*, 16 (1), s. 57-61
- Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter*.
- Ripamonti, C. I., Miccinesi, G., Pessi, M. A., Di Pede, P. & Ferrari, M. (2015). Is it possible to encourage hope in non-advanced cancer patients? We must try. *Annals of Oncology* [Internett], 27 (3), s. 513-519. DOI:10.1093/annonc/mdv614
- Sanatani, M., Schreier, G. & Stitt, L. (2008). Level and direction of hope in cancer patients: an exploratory longitudinal study. *Support Care Cancer* [Internett], 16, s. 493-499. DOI:10.1007/s00520-007-0336-6
- Smith, T. J., Dow, L. A., Virago, E., Khatcheressian, J., Lyckholm, L. J. & Matsuyama, R. (2010). Giving Honest Information to Patients With Advanced Cancer Maintains Hope. *Oncology* [Internett], 24 (6), s. 521-525. Tilgjengelig fra: <https://search.proquest.com/docview/324791377?accountid=12870> [Lest 12.april 2018].
- Sæteren, B. (2017). Åndelig og eksistensiell omsorg. I Reitan, A.M. & Schølberg, T.K. (Red.), *Kreftsykepleie – Pasient – Utfordring – Handling*. Oslo: Cappelen Damm
- Travelbee, J. (2001). Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Udo, C., Danielson, E. & Melin-Johansson, C. (2013). Existential Issues Among Nurses in Surgical Care – a Hermeneutical Study of Critical Incidents. *Journal of Advanced Nursing* [Internett], 69 (3), s. 569-577. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06032.x> [Lest 02.mai 2018].
- Utne, I. (2017). Håp i et kreftforløp. I Reitan, A.M. & Schølberg, T.K. (Red.), *Kreftsykepleie – Pasient – Utfordring – Handling*. Oslo: Cappelen Damm
- Utne, I., Miakowski, C., Bjordal, K., Paul, S. M., Jakobsen, G. & Rustøen, T. (2008). The relationship between hope and pain in a sample of hospitalized oncology patients. *Palliative and Supportive Care* [Internett], 6, s. 327-334. DOI:10.1017/S1478951508000527

- Watson, M., Haviland, J. S., Greer, S., Davidson, J. & Bliss, J. M. (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet* [Internett], 354, 1331-6. Tilgjengelig fra: <https://search.proquest.com/docview/764074123?accountid=12870> [Lest 02.mai 2018].
- Wyller, V.B. (2014) *Syk 1*. Oslo: Cappelen Damm