

# Bacheloroppgave

**"Hvordan pasienter med kreft opplever at omsorgen blir ivaretatt hos sykepleier"**

Kandidatnummer: 2513

Totalt antall sider inkludert forsiden: 26

Innlevert Ålesund,

## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å betrakte som fusk og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§30 og 31.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter <a href="#">høgskolens studieforskrift</a> §30	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15 poeng

Veileder: Eva Walderhaug Sæther

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiÅ med forfatter(ne)s godkjennelse.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13/Fvl. §13](#))

Dato: 15.05.2015

**Antall ord: 8072 ord**

## **Sammendrag**

**Tittel:** "Hvordan pasienter med kreft opplever at omsorgen blir ivaretatt hos sykepleier"

**Bakgrunn for tema:** Kreft rammer alle aldersgrupper, men risikoen øker med alderen. Kreft er den vanligste dødsårsaken i Norge etter hjerte- og karsjukdom. Hvert år dør omtrent 10 000 mennesker av kreft (Kreftforeningen 2015). Dette er med på at som sykepleier vil det være stor sannsynlighet å møte på pasienter med kreft.

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å øke min kunnskap om hvordan pasienter med nyoppdaget kreft opplever å få dekt sitt omsorgsbehov.

**Metode:** Oppgava er et litteraturstudie, som inkluderer 8 forskningsartiklar. Et litteraturstudie baserer seg på et systematisk søk for å identifisere, velge ut, evaluere og analysere forskning for å belyse studiens hensikt. De inkluderte artiklene ble funnet gjennom databasene CINAHL, PubMed, Google scholar og science direct.

**Resultat:** Viktigheten med kommunikasjon, omsorg, relasjonsbygging, pasientens forventninger og erfaringer. Dette er med på å belyse og svare på problemstillingen min.

**Oppsummering:** Hvor viktig kommunikasjon er for å kunne utøve god omsorg til pasientene med nyoppdaget kreft. Kommunikasjon bidrar til relasjonsbygging, tillit. Dette er faktorer som skal til for å kunne gi pasienten god omsorg.

**Nøkkelord:** Omsorg, kommunikasjon, nyoppdaget kreft.

## **Abstract:**

**Title:** "How to patients with cancer feel that care is taken care of by a nurse"

**Background for themes:** Cancer affects all ages, but risk increases with age. Cancer is the most common cause of death in Norway for cardiovascular karsjukdom. Each year, approximately 10 000 people of cancer (Cancer Society 2015). This helps the nurse would be likely to encounter patients with cancer.

**Purpose:** The purpose of the exercise is to increase my knowledge about how patients with newly diagnosed cancer experience to get covered their care.

**Method:** The task is a literature review, which includes 8 research articles. A literature study is based on a systematic search to identify, select, evaluate and analyze research to elucidate the study purpose. They included articles were found through the databases CINAHL, PubMed, Google Scholar and science direct.

**Result:** Importance of communication, caring, relationship building, patient expectations and experiences. This helps to illuminate and answer the question.

**Summary:** How important communication is to practice good care of patients with newly diagnosed cancer. Communication contributes to relationship building, trust. These factors needed to be able to give the patient good care.

**Keywords:** Care, communication, newly diagnosed cancer.

# Innhold

<b>1. Innledning</b>	<b>s. 1</b>
1.1 Bakgrunn av valg av tema	s. 1
1.2 Problemstilling	s.1
1.3 Hensikt	s.1
1.4 Omgrepsforklaring	s. 2
1.5 Avgrensing og presisering	s. 2
1.6 Videre organisering i oppgaven	s. 2
<b>2.0 Teori</b>	<b>s. 3</b>
2.1 Kreft	s. 3
2.2 Omsorg	s. 3
2.2.1 Omsorgens tre aspekter	s.4
2.3 Kommunikasjon	s. 4- 5
2.4 Håp	s. 5
2.5 Mestring og Empowerment	s. 5-6
2.6 Krise og krisereaksjoner	s. 6
<b>3.0 Metode</b>	<b>s. 7</b>
3.1 Datasamling	s. 7-9
3.2 Etske omsyn	s. 9
3.3 Analyse	s. 10-11
<b>4.0 Resultat</b>	<b>s. 12</b>
4.1 Kommunikasjon og behovet for informasjon	s. 12-13
4.2 Omsorgen er essensen i god sykepleie	s. 14-15
4.3 Relasjon mellom sykepleier og pasient	s. 15
4.4 Pasientens erfaringer og forventninger	s. 16
<b>5.0 Diskusjon</b>	<b>s. 17</b>
5.1 Metode diskusjon	s. 17-18
5.2 Resultat diskusjon	s. 18
5.2.1 Kommunikasjon og behovet for informasjon	s. 18-20
5.2.2 Omsorgen er essensen i god sykepleie	s. 20-21
5.2.3 Relasjon mellom sykepleier og pasient	s. 21-22
5.2.4 Pasient forventninger og erfaringer	s. 22
5.2.5 Mestring og Empowerment	s. 23-24
<b>6.0 Konklusjon</b>	<b>s. 25-26</b>
6.1 Forslag til videre forskning	s. 26

## **1.0 Innleiing**

### **1.1 Bakgrunn for val av tema**

Temaet for oppgaven er pasienter som blir rammet av kreft. Gjennom min utdanning har jeg møtt mange pasienter med kreft, derfor valgte jeg dette temaet til hovedoppgaven min. Ønskte å lære mer om hvordan man skal møte denne pasientgruppen, når de har fått den vanskelige beskjeden om kreftdiagnose.

I 2013 fikk 30 401 nordmenn kreftdiagnose. Av disse var det 13 919 kvinner og 16 482 menn. Kreft rammer alle aldersgrupper, men risikoen øker med alderen. Av antall nye tilfeller er det omtrent 85% prosent kvinnene og 90% mennene i aldergruppa 50år. Kreft er den vanligste dødsårsaken i Norge etter hjerte- og karsjukdom. Hvert år dør omtrent 10 000 mennesker av kreft (Kreftforeningen 2015)

Hos sykdom og helsesvikt kan det være smertefullt og skremmende, og medføre endringer i dagliglivet. Pasienter og helsesituasjoner er forskjellige, og læringsbehov hos pasienter og pårørende er mange og varierte gjennom pasientforløpet. Sykepleiepedagogisk praksis er et viktig redskap for å møte den enkeltes behov for støtte, læring, tilpasning og håndtering av nye utfordringer (Brataas 2011:6)

”Det er viktig at vi møter pasienten med respekt, at vi vektlegger pasienten fremfor sykdommen, og oppøver ferdigheter i å møte og kommuniserer med pasienten som er i en endret livssituasjon” (Brataas 2011:111)

Ved økende krefttilfeller vil dette føre til at en vil møte pasienter med diagnosen kreft. I møte med disse pasientene, vil det oppstå utfordringer både for pasienten, men også for sjukepleier. En skal ikke behandle svulsten, men pasienten som er rammet av en kreftsykdom.

### **1.2 Problemstilling**

”Hvordan opplever pasienter med nyoppdaget kreft at omsorgen blir ivaretatt”



### **1.3 Hensikt med oppgaven**

Hensikten med oppgaven er å øke min kunnskap hos pasienter med nyoppdaget kreft, og hvordan de opplever å få dekt sitt omsorgsbehov. Vil legge vekt på at alle er individuelle, og har individuelle behov. Nettopp det er så viktig i kreftomsorgen. Det er nettopp ingen fasit på hva som er rett og galt hos den enkelte pasient.

### **1.4 Omgrepsforklaring**

**Kreft:** fellesbetegnelse på sykdommer som skyldas ukontrollerte celledelinger eller cellevekst (Nyklenna 2013)

**Omsorg:** Omsorg er i sitt vesen et sosialt fenomen, nettopp fordi omsorgen blir gitt til en annen som har behov for det. Omsorg har å gjøre med hvordan vi forholder oss til hverandre, hvordan vi viser omtanke for hverandre i dagliglivet (Kirkevold 2009)

### **1.5 Avgrensning og presisering**

Jeg har valgt å ha mennesker over 18år, der de nylig har fått en kreftdiagnose. Men det er ikke en spesifikk krefttype jeg skal å gå inn på. Derfor vil jeg forholde meg til kreftsykdom generelt. Dette foregår på en poliklinikk, eller ved et legekantor. Oppgaven min har pasientperspektiv.

### **1.6 Videre organisering i oppgaven**

I denne oppgaven presenterer jeg relevant teori, metodeskildring og resultat og funn etter analyse. Til sist vil jeg drøfte konsekvensen for sjukepleie, samt komme med en konklusjon på problemstillinga min.

## **2.0 Teori**

### **2.1 Kreft**

Kreft er en fellesbetegnelse for alle kreftsykdommer. Kroppen produserer hele tiden nye celler, og når noen celler dør eller blir syke blir de byttet ut med nye. Men når et menneske får kreft oppstår det en feil, slik at kreftcellene ikke gjør det en normalt ville gjort. Cellene begynner å dele seg ukontrollert, og slik blir det dannet en kreftsvulst (Kreftforeninga 2015).

Kreftpasienter og familier står ovenfor nye utfordringer, som forutsetter en eller annen form for mestring. I forbindelse med kreftdiagnosen, behandling, behandlingsrelatert bivirkninger og leveutsikter. Det er derfor naturlig at pasienten får en krisereaksjon som kan sammenlignas med en traumatisk reaksjon (Reitan 2010:72).

### **2.2 Omsorg**

I følge Martinsen er sykepleierfaget bygd opp rundt begrepet omsorg. Omsorg ligger til grunn for all menneskelig liv, sei noe om at mennesker er avhengige av hverandre. Omsorg er både måten sykepleieren møter pasienten på, og måten hun handler på. Omsorg innebærer videre at omsorgsyteren ikke venter seg noe i gjengjeld for omsorgsyttelsen. Martinsen brukar omgrepet ”generalisert gjensidighet” når det kjem til denne formen for omsorg. Generalisert omsorg er en refleksjon av forståing av alle mennesker kan komme opp i situasjoner der de er avhengige av hjelp fra andre (Kirkevold 2009:171).

Omsorg for andre er en grunnleggende verdi både i sykepleien, og i andre helsefaglige yrker. Begrepet ”omsorg” forstås vi gjerne som omtenkksomhet, det å bekymre seg for andre eller å bry seg om andre. I helsefaglig sammenheng kan begrepet knyttes opp mot å ivareta og sørge godt for andre mennesker, som har behov for hjelp og støtte (Eide & Eide 2009:32).

#### **2.2.1 Omsorgens tre aspekt**

Omsorgsomgrepet er ikke entydig, det består av både en relasjon, et praktisk og moralsk aspekt. Den første dimensjonen omhandler relasjoner til andre mennesker, med to involverte parter. Et omsorgsforhold består som regel av individ, der den ene parten mottar

omsorg fra en omsorgsgiver. I den andre dimensjonen er omsorg som en praktisk handling, her må sykepleier tilpasse omsorgen til hver enkelt pasient, der pasienten befinner seg. Når sykepleieren yter god omsorg er fagkunnskap og sansene for pasientens ønsker og behov viktig. Den tredje dimensjonen handler om moral. Sykepleier må se hva som er en rett handling i en bestemt situasjon. Gjennom praksis blir man lært god omsorgsmoral. I avhengighetsrelasjoner må du være bevisst på hva makt en sitter på som sykepleier. (Matinsen 2003).

### **2.3 Kommunikasjon**

Kommunikasjon kan defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Begrepet kommunikasjon kommer av det latinske *communicare*, som betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i, ha forbindelse med (Eide & Eide 2007:17)

Hjelpende kommunikasjon er en kunst. Alle har medfødt en evne til å kommunisere. Kjernen i profesjonell kommunikasjon er at den er faglig velfundert og til hjelp for pasienten. Hjelpende kommunikasjon bygger på en rekke ferdigheter. Som åpen, et visst ubestemt og uforutsigbart preg. Tillit er en forsetning for nærhet og kontakt, danne en relasjon og mulighet til å gi god hjelp og støtte. Hjelpende kommunikasjon er sammensatt og kompleks (Eide & Eide 2007:12)

Empati er evna til å kunne lytte, sette seg inn i en annen situasjon, forstå andre sine følelser og reaksjoner. Empati er en forutsetning for god sosial- og helsefaglig arbeid generelt og for profesjonell hjelpende kommunikasjon spesielt (Eide & Eide 2009:36)

Det er ikke mulig for sykepleier å forstå pasientens situasjon fullt ut, men det er mulig å få innsikt i deler av den. Gjennom at pasienten forteller om sitt liv og sine opplevinger. Vi kommuniserer både verbalt og non-verbalt. Den verbale kommunikasjonen går for seg ved hjelp av tale eller tekst. Non-verbale kommunikasjon går på kroppsspråk, kroppsholdninger, ansiktsuttrykk, stemmeføring, kremting osv. Verbal kommunikasjon blir forstått gjennom den non-verbale kommunikasjonen (Eide & Eide 2007)

Begrepet relasjon kjem av det latinske ”*relatio*”, som egentlig beskriver det at en gjenstand står i forbindelse med en annen. I dagligtalen brukes begrep relasjon om forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker (Eide & Eide 2007:17). I en relasjon mellom hjelper

og pasient er det midlertidig ikke bare hjelperen som sitter med kunnskap. Pasienten kjenner seg selv best, sin egen situasjon (Eide & Eide 2009:94).

## **2.4 Håp**

Håp er viktig både for nydiagnostisert kreftpasienter, for pasienter som får tilbakefall av kreft og når pasienter har ein langt framskreden sjukdom. ”Så lenge det er liv, er det håp” sier et gammalt ordtak. Noen kreftpasienter ofte holdt fast ved, ved sitt sykdomsutvikling. Håp beskrives også som en viktig beskyttende faktor både når det kom til hvordan pasientene kommer seg etter sykdommen, men også for livskvaliteten deres. Håp er et begrep med mange fasetter. Onkologiske sykepleiere og kreftsjukepleierer har formulert håp som ein motiverende styrke og som en indre parathe til å nå et mål (Utne 2010:245)

Håp er en viktig følelse når man opplever kriser eller tap. Håp er sannsynligvis en av de viktigste faktorene som gjør et menneske i stand til å bære byrden av sykdom og lidelse (Reitan 2010: 63). Det fins knapt pasienter med kreftdiagnose som ikke har tenkt på håp i forbindelse med sykdommen. Som sjukepleier har vi derfor en viktig oppgave i å drøfte håpet med pasientene (Reitan 2010: 64)

## **2.5 Mestring og empowerment**

Alvorlige livshendelser, som å for eksempel være sykdom eller andre store forandringer i livet, kan føre til tap av mening og sammenheng. Verden blir plutselig annerledes, mindre trygg og forutsigbar. De som blir ramma går inn i en krise (Eide & Eide 2009:166)

Mestring er å forholde seg hensiktsmessig til en situasjon og egne reaksjoner. Dette kan for eksempel bety å forsøke å få kontroll på følelser, få en bedre forståelse av situasjonen eller rett og slett få et praktisk grep om det som skal gjøres for at sykdommen skal bli minst mulig belastende (Eide & Eide 2009:172)

Empowerment blir definert som en maktoverføring, det å gi makt eller å sette i stand til. I følge litteraturen kan empowerment både være et mål i seg selv, en prosess og en strategi. Empowerment kan defineres slik; ”Empowerment is a process helping people to assert control over factors which affect their lives”. Prosessen må være preget av likeverdig forhold mellom partene i et samarbeid, der pasienten gjennomgår flere faser for å oppnå økende kontroll (Gammersvik 2012:106, Brataas 2011). Dette innebærer at sykepleier utfører de daglige sykepleieroppgavene, men samarbeider med pasienten. En mer aktiv

pasientrolle er ønskelig, der en tilpasser sykepleien ut i fra ressurser og muligheten til å delta. En har tre hovedelement for empowermeint på individnivå der hensikten er å fremme helse (Gammersvik 2012:106):

1. Å stimulere den hjelpetrengende sine ressurser og muligheter
2. Å fremme krefter og energi
3. Å redusere faktorer som skaper stress

## **2.6 Krise og krisereaksjoner**

Alvorlige og vanskelige livshendelser er fellesbetegnelse for kriser. Personer som er i krise trenger støtte, medmenneskelig kontakt og noen å dele tanker og følelser med. God kommunikasjon kan hjelpe pasienten til å legge til rette for reaksjoner og mestre sykdom og krise bedre. Samtidig er det viktig at pasienten får tilstrekkelig og god informasjon om sykdom og behandling (Eide & Eide 2009:166).

Den umiddelbare reaksjonen i en krisesituasjon er det normalt å være i benektelse. Når man får vite man har kreft, vil man reagere spontant med forsvar og holde tanker og følelser på avstand. Denne første fasen varer ikke lenge, og blir etterfulgt av en følelsesmessig reaksjon (Eide& Eide 2009:167). Vi har fire ulike faser; sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidelse- reperasjonsfasen og nyorienteringsfasen. Disse fire fasene flyter inn i hverandre. Ved alvorlig sykdom vil det kunne oppstå nye kriser underveis i prosessen. Når man har en alvorlig kreftsykdom så vil man kunne føle angst, fortvilelse og usikkerhet som kan utløse nye krisereaksjoner (Eide & Eide 2009:167).

### **3.0 Metode**

*”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problem og komme frem til ny kunnskap. Hva som helst middel som tjener dette formålet, høyrer med i arsenalet av metoder” (Dalland 2012).*

Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss god data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte (Dalland 2014:111). Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss til å samle inn data, den informasjonen vi treng til undersøkelsen vår.

#### **3.1 Datainnsamling**

Et systematisk litteratursøk innebærer å lage en søkestrategi der man identifiserer interesseområdet og definerer relevant søkeord, samt inklusjons og eksklusjonskriterier. Disse søkene blir gjennomført i ulike og egnet databaser. Overskrifter og abstrakt ble brukt for å finne frem til artikler som en ønsker å gå nærmere inn på. Jeg har brukt Fosberg og Wengstrøms (2013:84) i datasamlinga min. Som går på 5 ulike steg. Disse stegene skal jeg systematisk gå igjennom.

##### *Steg 1: Identifisere interesseområdet og definer søkeord*

Jeg startet høsten 2014 å lese litteratur som jeg tenkte jeg kunne bruke til denne oppgaven og problemstilling som jeg hadde tenkt meg ut. Dette for å innhente kunnskap om kreft, omsorg, kommunikasjon, mestring og håp hos pasienter med nyoppdaget kreft diagnose. Dette gjør jeg nettopp for å få en videre forståelse, og jeg skulle være mer klar på hva søkeord jeg skulle benytte meg, og hva jeg skulle lete etter. Retningslinjene for bacheloroppgaven kull 2012 sei at litteraturstudien skal basere seg på minimum 8 forskningsartikler. Jeg har brukt 4 databaser.

##### ***Søkeord som blei brukt i kvar database:***

Cancer, Care, Newly diagnosed, Communication, Nurse/Nursing, Patient perspectiv.

##### *Steg 2: Inklusjons – og eksklusjonskriterier*

Valgte å inkludere artikkel når artikkelen inneholdt; fylt 18 år og eldre, pasientperspektiv mann og kvinne og nylig diagnostisert med kreft.

### *Eksklusjonskriterier*

”eldre” pasientgrupper, sykepleier og legeperspektiv, forskning eldre enn år 2000 og mangler IMRAD struktur

*Steg 3 og 4: Gjennomfør søking i egnede databaser. Velg titler og les sammenfatninger*

### **CinahlComplete**

25.11 starta jeg første hoved søket mitt. På nåværende tidspunkt skulle problemstilling handle om kommunikasjon ved kreftpasienter. Derfor brukte jeg søkeord ”Communication” ”Cancer patients” ”Patients with cancer” ”Newly diagnosed”. Dette søket gav 177 treff. Med fulltext, publisert fra 2001-2015. Her leste jeg 10 abstrakt, og satt igjen med 4 artikler. To av disse blei ekskludert på grunn av sykepleieperspektiv og eldre pasientgruppe. Dermed ble satt jeg igjen med 3 artikler.

**10.03** ble problemstilling endret. Og dermed blei søkeorda endret til ”Nursing Care” AND ”Cancer patient” NOT palliativ som gav 27 treff. Her blei 10 abstrakt lest, og 4 inkludert.

### **PubMed**

**10.3** ble søkeord ”Caring” AND ”Cancer patient” AND ”communication”. Abstrakt, free full text, fulltext, 2011-2015 blei resultatet 6 artikler. Her leste jeg 6 abstract, og satt igjen med 5 artikler som kunne besvare og være relevant for min problemstilling.

### **Scients Direct**

Brukte søkeord ”Nursing care for cancer patients” som gav 61,813 artiklar. Jeg leste 5 abstrakt, men ingen artikler blei inkludert i oppgaven.

### **Google Scholar**

**20.04** følte jeg at manglet noe om håp, og ville få frem viktigheten med hva håp gjør med pasienten når de får den tøffe beskjeden om kreftdiagnosen. Derfor brukte jeg søkeord ”Hope for patients with cancer” som gav (resultat av søk). Satt deretter igjen med en artikkel som var relevant for mi problemstilling.

**01.05** Information need when diagnosed with cancer var søkeordet som blei brukt, dette resultatet gav 1 230 000 og jeg las 3 abstract deretter satt jeg igjen med 1 artikkel.

Ved bruk av både Cinahl Complete, SveMed, Sciencedirect og Bibsys har jeg måtte brukt Google Scholar for å få artiklene mine i fulltext.

#### *Steg 5: Kvalitetsbedømming*

Etter søk i databasene satt jeg igjen med 14 artikler som jeg skulle kvalitets bedømme. Jeg sjekket om artiklene hadde IMRAD struktur (Introduction, methods, results and discussion) her ble 2 artikler ekskludert. Deretter skummet jeg gjennom artiklene for å se om disse kunne besvare problemstillinga mi. På grunn av endring av problemstilling i søkeperioden ble 4 ekskludert på grunn av manglende relevans til min oppgave.

Ved bruk av kunnskap senteret og ”sjekklister for vurdering av kvalitative forskning” kunne jeg bruke skjemaet og sjekklisten deres. Sjekklisten inneholdt en rekke spørsmål, som er med på å kvalitetssikre artiklene til denne oppgaven. Ville ha artikler som var kvalitative, for der blir det ikke fokusert på det målbare, men tar opp mening og opplevelser (Dalland 2009)

### **3.2 Etiske omsyn**

Studiene som jeg har valgt å bruke i min oppgava er godkjent av ulike etiske komiteer. Samtykke er innhentet fra deltakere før iverksetting av studien. Alle vitenskapelige studier har et krav om etiske overveielser. Interessen for å innhente ny kunnskap skal alltid veies opp mot kravet om å beskytte deltakerne (Forsberg og Wengström 2013:70).

Personlige meninger har blitt holdt utenfor under arbeidsprosessen. Og viktigheten med å være nøyen på kildebruk, for å henvise at arbeidet er gjort av noen andre og det ikke er mitt arbeid.



### 3.3 Analyse

En analyse skal gjøre store mengder data forståelig ved å minske mengden informasjon og identifisere mønster (Fosberg og Wengström 2013). Jeg har benytta meg av Evans (2002) sine 4 trinn i min innholdsanalyse.

#### *Steg 1: Les teksten flere ganger og bli kjent med stoffet*

Ved bruk av inklusjon, eksklusjon og relevans for min problemstilling satt jeg igjen med 8 artikler som jeg mener vil besvare min problemstilling. Leste de 8 artiklene ett par ganger. Deretter oversatt jeg det til norsk. For å få en oversikt over artiklene og for å unngå å misforstå innholdet.

#### *Steg 2: Finn hovedfunn og likheter mellom studiene. Gi utsagnene koder*

Jeg nummererte artiklene fra 1-8. Dette for å få en oversikt over de ulike artiklene. Deretter valgte jeg å streke under viktige setninger/utsagn som ville besvare problemstillinga min. Opprettet et dokument som jeg nummererte fra 1-8, for å få systematikk over de ulike artiklene. Lett å gå seg vill når en arbeider med en viss mengde artikler. Jeg valgte meg ”koder”: ”kommunikasjon/informasjon”, ”omsorg”, ”relasjon mellom sykepleier og pasient”, ”pasienterfaring”, ”behovet for å bli sett”, ”pasienttilfredsheit”, ”pasientens forventning til sykepleier” ”sykepleiers rolle i kreftomsorgen”. Disse kodene fikk hver sin farge. Deretter las jeg de ulike artiklene på nytt, og funn blei organisert etter farge.

#### *Steg 3: Sammenstill koder til kategorier*

Jeg ville sammenstille disse kodene i ulike kategorier. Jeg så etter likheter, forskjeller og motsetninger. De ulike kategoriene ble deretter slik:

- \* Kommunikasjon og behovet for informasjon
- \* Omsorg er essensenes i god sjukepleie
- \* Pasienten erfaring og forventning til god sykepleie
- \* Sjukepleierens rolle i kreftomsorgen
- \* Relasjon mellom sykepleier og pasient

#### *Steg 4: Sammenstill kategorier til temaer*

For å korte ned til temaer så jeg på likheter og hva kategorier som kunne slås sammen. Jeg gikk gjennom artiklene, for å bevare den røde tråden i de ulike artiklene. Finne essensen i de 8 artiklene, for å finne mine temaer:

- \* Kommunikasjon og behovet for informasjon
- \* Omsorg er essensen i god sjukepleie
- \* Relasjon mellom sykepleier og pasient
- \* Pasient erfaring og forventinger

<b>Hovedfunn</b>	<b>Undertema</b>
<b>1. Kommunikasjon og behovet for informasjon</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>* Rett informasjonsmengde til rett tid</li><li>* God kommunikasjon mellom helsepersonell</li><li>* Variabelt hva pasienten ønsker av informasjon</li><li>* Informasjon om sykdomsforløpet, sykdommen og framtida</li></ul>
<b>2. Omsorg er essensen i god sykepleie</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>* Pasienter ønsker å ta del i beslutninger som omhandler egen omsorg</li><li>* Medkjensle, omsorg og godhet</li><li>* Tilfredsstillende universelle og personlige behov</li></ul>
<b>3. Relasjon mellom sykepleier og pasienten</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>* Forholdet til pasienten er den viktigste komponenten av sykepleie.</li><li>* Det første møtet er viktig for å danne tillit til pasienten – for å deretter skape en god relasjon.</li></ul>
<b>4. Pasient erfaringer og forventinger</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>* Pasientens oppfatning av hva som utgjør pasienttilfredshet er det som teller.</li><li>* empatisk evne og gode kommunikasjonsevner, være i stand til å gi nødvendig informasjon, å guide pasienten både følelsesmessig og fysisk</li></ul>

## **4.0 Resultat**

### **4.1 Kommunikasjon og behovet for informasjon**

Pasientene hadde ønsket informasjon om diagnose, behandling og vanlige bivirkninger av behandlingen. Men tidspunktet for ønsket om denne informasjonen varierte, det samme gjorde detaljnivået og innholdet. Noen pasienter hadde gjort forsøk på å få så mye informasjon som overhode mulig, men de resterende pasientene rapporterte minimal innsats for å få informasjon utover det som ble tilbudt av sykehuspersonalet. Alle intervjuene avslørte en variasjon i holdninger til ytterligere informasjon: pasienter ønsket ikke informasjon om alt hele tiden, men til forskjellige tider. Pasienters holdninger til å søke eller ta imot ytterligere informasjon var basert på deres holdninger til forvaltning av sin kreftdiagnose. Vanskeligheta er hvordan man skal møte individuelle informasjonsbehov, gi håp, men ikke levere urealistiske forventninger (Leydon m.fl 2000, Brown m.fl 2011)

Klar kommunikasjon og informasjonen var en forutsetning for pasientens oppfatning av tilfredshet med sykepleier. Pasienten understreket viktigheten av å motta tilstrekkelig informasjon og at det var behov for den informasjonen som ble mottatt slik deres tilfredshet kunne øke. Det var viktig at sykepleierens forklaring var klar og rett frem, slik at pasienten kunne forstå hva de snakket om. Tidsaspektet hadde også en innvirkning på pasientenes tilfredshet. Pasienter som hadde mottatt informasjon om menighetens rutiner på et tidlig stadium vurdert kvaliteten på pleien høyere (Johannson m.fl 2002)

Troen ble klart knytt opp mot at pasientene mente medisinsk kunnskap var vanskelig å forstå. Dette var spesielt tilfelle blant eldre pasienter, fordi de følte sin egen kunnskap og forståelse av medisin ble avgrenset, antok at ytterligere leting kan være farlig og forverre en allerede vanskelig situasjon (Leydon m.fl 2000)

Håpet ble sett på som nødvendig for å overleve, for å kunne søke etter informasjon på en kompleks måte. Noen pasienter va ivrige etter å søke etter informasjon, spesielt om alternativ behandling, men for andre var det mer begrenset søk og unngåelse av ny informasjon. Disse periodene av selvsensur fungerte i å bevare håp ved å unngå negativ

informasjon om sin sykdom og dette bidrog deres frykt for et negativt utfall (Leydon m.fl 2000, Johannson m.fl 2002)

Kvinnelige pasienter verdsatt ofte å dele kunnskap og erfaringer med andre kreftpasienter fremfor medisinsk informasjon, og personlig erfaring vist seg ofte å være uvurderlig med behandling. I motsetning ville menn sjeldent snakke om erfaringer fra andre pasienter: med en gang de forlot poliklinikken eller behandlingsrommet foretrekk de en politikk med "livet er som normalt" der kreft kan bli glemt (endelig kunne de være overflatiske) (Leydon m.fl 2000)

Uttrykk for håp inneholdt ofte å presentere et modig ansikt til andre, og dette kan i seg selv gjøre det vanskelig å snakke om eller søke informasjon om kreft. Menn spesielt ønsket ikke å stille spørsmål til den medisinske profesjon, eller mennesker i deres sosiale nettverk, dette for å unngå diskusjoner om tilbakefall av sykdommen og eller døden. Arbeidet med å opprettholde håpet kunne dermed kjøre ut interessen i å finne ut mer informasjon (Leydon m.fl 2000)

Noen fann det lettere å akseptere informasjon innhentet av venner og slektninger, fordi de ikke hadde personlig brukt ”opp” en ressurs. Tilsvarende pasienter fann tydelig funnet informasjon lettere å akseptere da det ble verbalt tilbudt av sykehuspersonalet i stede for å måtte be om ytterligere informasjon selv. (Leydon m.fl 2000). Kunnskap om diagnosen var i balanse med håp. Forskere fant ut at håpet var positivt med graden av tilfredshet med informasjon mottatt fra helsepersonell (Butt m.fl 2011). Mestring og tilpasning til av sykdommen ble identifisert til å være i balanse med håp.

Hull i kommunikasjonen mellom omsorgspersoner og pasienter fører til redusert kvalitet på omsorg, dårlige resultata og misnøye med helsevesenet. Den viktigste faktoren i å involvere pasienter i sin egen omsorg var den informasjon og opplæring som ble gitt av sykepleier (Zamanzadeh m.fl 2014 Johannson m.fl 2002). Det er mye enighet om viktigheten av effektive kommunikasjonsferdigheter innen kreftomsorgen. Flere studier peker på at ineffektiv kommunikasjon lar pasienter føler seg engstelig og misfornøyd, og fører til dårligere livskvalitet. De fleste sykepleiere i onkologi erfarer problem med å kommunisere med kreftpasienter, for eksempel når de støtter pasienter og familier etter at de fikk dårlige nyheter, for eksempel en kreftdiagnose (Fukui m.fl 2010)

## 4.2 Omsorg er essensen i god sykepleie

Pasientene definerer god omsorg slik; sykepleier som viser medfølelse, omtanke og godhet. Støttende, trøstende, bekymret forståelse, følsom, nyttig og empatisk. in omsorgsfull sykepleier ville stille opp, og prøve å ta vare på alle behovene pasienten hadde. De negative bemerkningene pasientene kom med var at sykepleier var likegyldig og ufølsom. På sjukehuset var pleiepersonalet effektive, men de hjelper meg ikke, eller trøster meg ikke på noen måte. Det de så på som en likegyldig sykepleier var: h\*n var der når du trengte de” (Radwin m.fl 2004)

Caring is the essence of nursing  
(Zamanzadeh m.fl 2010)

Om pasienten er fornøyd med omsorgen er dette ikke bare positivt for enkelte, men også for sykepleieren. På grunn av omsorg er viktig for pasienttilfredshet. Et interessant poeng er hvordan sykepleier kan forbedre det (Johansson m.fl 2002)

Sykepleier kan ikke være sikker på at deres oppførsel er i samsvar med pasientens oppfatning av deres omsorg. Dessuten kan ikke sykepleier anta at pasienten oppfatter sykepleier slik sykepleier var ment. Som sykepleier kan man ha en oppfatning av hva det innebærer å gi og vise omsorg, mens pasienten sitter med en annen oppfatning enn sykepleierens. For å unngå disse problemene, er det viktig at sykepleier blir enig med pasienten om hva begge anser som god omsorg, slik at omsorgsbehovet blir oppfylt (Zamanzadeh 2010 m.fl)

Sykepleie omsorg er basert på samhandling med det formål å tilfredsstillende universelle og personlige behov i forhold til dagliglivet. Behov som nettopp har blitt avbrutt på grunn av dårlig helse. Profesjonell sykepleie er basert på teoretisk kunnskap og systematiske vitenskapelig metoder. Muligheten til å gi tilfredsstillende sykepleie har blitt omskrevet samtidig med praten om nedbemanning i helsesektoren (Johansson m.fl 2002)

Sykepleieren spiller en viktig rolle i kreftomsorgen, fordi kreft sykepleie ikke bare fokuserer på de biologiske og medisinske aspektene av omsorg, men også på de følelsesmessige aspektene. Derfor krever omsorg en helhetlig forståelse av pasienten (Zamanzadeh m.fl 2014)

### **4.3 Relasjon mellom sjukepleiar og pasient**

Nursing care should be based on a dynamic relation  
between patient and nurse  
(Johansson m.fl 2002)

Forholdet til pasienten er den viktigste komponenten av sykepleie. Sammen med andre organisatoriske forhold, vil det bidra til å bygge en positiv relasjon mellom sykepleier og pasienten. Videre hjelper det på å tilby sykepleie kvalitet. Sykepleier klager ofte om dårlig forhold, og pasientene føler ofte helsepersonell ikke oppfyller alle deres kommunikative behov (Zamanzadeh m.fl 2014)

Den første kontakten var spesielt viktig for utviklingen av framtidig relasjoner og pasienter fikk tillit til sykepleier. Som igjen vil påvirke deres oppfatning av tilfredshet med god sykepleie. Sykepleie basert på følelser var den beste oppfatning av tilfredshet. Sykepleie basert på følelser betyr å være lydhør overfor pasienter, der pasienten føler seg ivaretatt og at de føler behovene ble oppfylt. Det som kjennetegner en god relasjon var: gjensidig forståelse, respekt, tillit, ærlighet, samarbeid og humor (Johansson m.fl 2002).

Sykepleieren skal skape et naturlig og konstruktivt forhold til pasienten i den hensikt å nå målet om sykepleie, som er å imøtekomme pasientenes behov og å hjelpe pasienten å oppnå størst mulig grad på å ha troen på å kunne utføre en bestemt oppgave. For å gjøre dette, har sykepleieren nødt å være lydhør, empatiske, gi emosjonell støtte og være i stand til å observere og forstå pasientens verbale uttrykk (Johansson m.fl 2002)

Pasienttilfredshet blir påvirket av sykepleierens atferd og sjukepleie kvaliteter. Disse bør være preget av en hyggelig og positiv samhandling mellom pasienten og sykepleier, som krever at sykepleieren skulle være forståelsesfull, snill, oppmerksom, rolig og oppmuntrende. Andre viktige faktorer var at sykepleieren tok tid til å lytte til pasienten samt vise en interesse og et engasjement i kontakt med pasienten (Johansson m.fl 2002)

#### **4.4 Pasientens erfaringer og forventninger**

Pasienttilfredshet ble rangert høyt i en organisasjon hvor sykepleierne fikk lov til å gi mer personlig pleie. Personlig pleie resulterte i forbedret kommunikasjon, økt pasient involvering og et bedre resultat. Det var en positiv sammenheng mellom sykepleier og pasienttilfredshet. Jo mer oppmerksomhet sykepleieren gav til pasienten, jo større var oppfatning av tilfredshet (Johansson m.fl 2002)

”The nurses is the most important part of the hospital. We couldn´t do it without them” (Radwin m.fl 2004).

Det er pasientens subjektive oppfatning av hva som utgjør pasienttilfredshet som teller. Ingen andre enn pasienten kan fortelle helsepersonell hva som er viktig. Av denne grunn bør konseptet anse som en tilstrekkelig indikator på sykepleie kvalitet (Johansson m.fl 2002). Andre forventninger var at sykepleieren ville ha en empatisk evne og gode kommunikasjonsevner, samt være i stand til å gi nødvendig informasjon, mens å guide pasienten både følelsesmessig og fysisk. Pasientens forventninger til god sykepleie var viktig for utfallet av omsorgen som ble gitt, og deres oppfatning av tilfredshet eller misnøye. Det var også forventninger om at sykepleieren og legen ville samarbeide i å gi omsorg til pasientene (Johansson m.fl 2002)

Pasientene hadde forventninger om at sykepleieren skulle spille en sentrale rolle i deres varetekt. Samt forventninger om stell som skulle leveres av sykepleieren. Disse forventningene ble ikke bare knytt til sykepleierens kunnskap og kompetanse, men også til personlig pleie (Johansson m.fl 2002)

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Metode diskusjon

I diskusjonsdelen sier Fosberg og Wengström (2013) at resultatet skal bli diskutert i lyset av problemstilling, hensikt og bakgrunns litteratur. De 8 studiene forteller oss noe om hvordan pasientene erfarer god omsorg og god sykepleie i en krisesituasjon, der de har nylig har fått en kreftdiagnose.

Jeg har brukt Fosberg og Wengström (2013) og Dalland (2012) som støttelitteratur. I tillegg har forelesning og veiledning på Høyskolen vært nyttig. Ser nå hvorfor det har vært et så stort fokus på forskning og litteratursøking helt fra 1 semester til nå.

Har gjennom hele arbeidsprosessen vært opptatt av at dette skal være et systematisk litteratursøk. Har brukt Fosberg og Wengström (2013:84) sine steg i datasamling prosessen. Benyttet meg 4 databaser: Cinahl, PubMed, ScienceDirect og Google Scholar. Har benyttet meg ”bare” 4 databaser på grunnlag av at jeg har funnet de artiklene som jeg mener vil besvare problemstillingen min. Hadde jeg strevd mer med å finne disse artiklene, ville jeg trolig benyttet meg av flere databaser. På grunn av stadig endring av problemstilling, ble det stadig nye søkeord, og en ny ”vinkling” på oppgaven. Her skulle jeg vært mer nøyaktig til hvor mange treff hvert søkeord gav, og skrevet ned etter hvert søk. Her har jeg måtte gått tilbake for å dobbeltsjekke og kontrollere. Her kunne jeg nok ha spart meg for en del dobbelt arbeid.

Inklusjon og eksklusjonskriterier kan ha forårsaket at jeg har gått glipp av gode og relevante artikler. I begynnelsen av søkeperioden var jeg ikke interessert i artikler fra ikke-vestlige land. Men dette valgte jeg senere å inkludere, på grunn av funn av relevante artikler fra disse landene. Jeg har valgt å ikke inkludere aldersgruppa ”eldre”. Det at jeg valgte å ha pasientperspektiv har medført at artikler med sykepleier, pårørende og legeperspektiv har blitt ekskludert.

Jeg hadde 14 artikler til kvalitetsbedømming. Ekskluderte 2 artikler som mangla IMRAD struktur. 4 artikler blei ekskludert på bakgrunn av manglende relevans og manglende besvarelse på problemstilling. Av disse hadde 4 ekskluderte enten sykepleieperspektiv, pårørende eller legeperspektiv. Artiklene blei kvalitets bedømt ved bruk av Fosberg og



Wengström (2013:210) sin sjekkliste for kvalitative artikler. Sjekklista blei overtatt til norsk, slik jeg skulle få ett bredere forståelse for sjekklisten. Der er 17 ja/nei spørsmål som gir poengscore på 100%. Alle 8 artikler fikk innpass.

I analyseprosessen brukte jeg Dalland (2012) sine 4 steg for å gjøre en innholdsanalyse. Analyseprosessen var utfordrende og krevende. Det krevde konsentrasjon, holde den røde tråden i oppgaven og være systematisk. Jeg nummererte artiklene fra 1-8, dette var med på å holde tungen rett i munnen i mange tilfelle. Deretter laget jeg et dokument, der de ulike kodene og tilhørende fargekoder ble skrevet opp på en systematisk og oversiktlig måte. Å skulle organisere teksten gjør at jeg fikk god oversikt over funnene i artiklene. Redusere teksten, sammenstille like funn og formulere setninger var til god hjelp. Det var utfordrende å skulle å sammenstille kategorier til temaer. Men det gjør at jeg måtte dykke djupere i artiklene, for å se den røde tråden. En lang prosess, men dette gjør at jeg fikk mer kontroll over oppgava og ser den røde tråden i hele oppgaven.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

### **5.2.1 Kommunikasjon og behovet for informasjon**

Ved nyoppdaget kreftdiagnose der beskjeden er ”Du har kreft”, så vil det automatisk komme mange spørsmål. Hvorfor har dette nettopp skjedd med meg, hva vil skje fremover, vil jeg dø, hvordan skal jeg klare dette. Ordet kreft, cellegift og stråling vil være tøft for enhver. Pasienten vil i de fleste tilfeller oppleve en krise (Eide & Eide 2009:166). Personer som opplever krise trenger en sykepleier som de kan dele følelser og tanker med. God kommunikasjon er viktig. Det kan hjelpe å legge til rette for reaksjoner, mestre sykdom og krise på en bedre måte. De trenger tilstrekkelig og god informasjon om veien videre.

Det er av stor betydning at sykepleier har god kommunikativ ferdigheter når de skal samhandle med kreftpasienter og deres pårørende. Pårørende til kreftpasienter er ofte de som har det verst. Fellessamtaler mellom pårørende, pasient og helsepersonell kan bidra til at pårørende og kreftpasienten kan dele kunnskap om sykdommen og behandlingen og hjelpe hverandre til å mestre de utfordringene de står ovenfor. Fellessamtaler med pårørende kan bidra til felles forståelse av situasjonen, fremme åpenhet mellom partene, være et vern mot bekymring og misforståelser og gi emosjonell støtte i denne vanskelige

situasjonen (Reitan 2010:106) Sykepleier har tre områder for kommunikasjon; formidling av informasjon, undervisning og veiledning av formidling av dårlige nyheter (Reitan 2010:102).

Informasjon mengde og behovet for informasjon har stor variasjon hos pasientene. Men det de alle ønsker er informasjon om diagnosen, behandlingen og bivirkninger av behandling (Leydon m.fl 2000, Brown m.fl 2011). Som helsepersonell skal en være klar over at pasientene vil være ulike, og behovet for mengde informasjon kan variere. Derfor må sykepleier sense hva som blir rett for den enkelte pasient. Noen tåler å høre at en spade er en spade, mens andre vil streve med å ta realiteten innover seg. Her må sykepleier ta opp tidlig i forløpet om hva ønsket er, eventuelt komme til en enighet der pasienten selv kan ta opp når de trenger å spørre om mer informasjon og føler behov for det. En må møte pasienten på halvveien. Til tross for fremskritt i kommunikasjonstrening, er det klart fra pasientens erfaring, at det er misnøye med hvordan de ble fortalt sin kreftdiagnose, og det det er fortsatt mye arbeid som må utføres i klinikker der hvor pasienten får kreftdiagnosen (Brown m.fl 2011). For å bedre omsorgen for kreftpasienter må vi være klar over individuelle informasjonsbehov, og være klar over at der kan finnes hindringer i helsetjenesten som hindrer pasientens behov til å bli ivaretatt. Denne studien viser at de fleste pasienter vil ha en diskusjon om prognose, men også å bli gitt håp

Som sykepleier kan det være det kan være vanskelig å skulle oppfylle pasientens behov for informasjon, samtidig som man skal gi håp og ikke utlevere urealistiske forhåpninger. Å skulle stå i denne situasjonen sammen med pasienten og deres pårørende kan være utfordrende. Du skal være empatisk, forståelsesfull og imøtekommende som sykepleier (Leydon m.fl 2000, Brown m.fl 2011). Pasienterfaringer av mangelfull informasjon kan forklares med at informasjon er gitt i situasjoner hvor pasienter opplever stress og påkjenning. Forskning viser at omtrent 80% av den informasjonen legen har gitt, blir glemt og omtrent halvparten av den informasjonen som huskes er ukorrekt. Evnen til å huske informasjon helsepersonellet gir, er dårlig og upresis dersom mottaker av informasjonen er redd og engstelig. Stress og engstelse påvirker hva mennesker husker. Sykepleiere som formidler informasjon bør opptre rolig uten tegn til hastverk, og informere lett forståelig. Det kan bidra til mindre engstelse og noe mer kunnskap. Når pasienten blir mindre stresset, kan sykepleier få kunnskap om hva pasienten husker og gjenta informasjonen som pasienten har behov for (Brataas 2011:109).

Noen kunne unngå å spørre om informasjon rundt sykdommen, i frykt for at dette skulle ødelegge følelsen av håp. I uttrykk for håp inneholdt det å skulle bevare et modig ansikt. Det gjør det vanskelig å snakke og søke informasjon om kreft. Spesielt menn ønsket ikke å stille spørsmål til helsepersonell og mennesker i sosialt nettverk. I frykt for å skulle prate om tilbakefall og døden (Leydon m.fl 2000). Ved nyoppdaget kreft var håpet nødvendig for å overleve. Håp er en motiverende styrke og er med på å nå et mål (Utne 2010:245). Når alt endrer seg, og det føles som alt er snudd på hodet er håpet med på å klare å bære byrdene av sykdommen (Reitan 2010:63).

Ved hull i kommunikasjonen vil pasienten føle på redusert kvalitet på omsorgen og misfornøye ved helsevesenet (Zamanzadeh m.fl 2014 Johansson m.fl 2002). Ved kommunikasjon hos pasienten er det viktig man blir forstått, ikke bruker vanskelige medisinske ord, men bruke uttrykk som er forståelsesfulle (Reitan 2010:103) Viktig å ta seg god tid, som blir vist gjennom kroppsspråket at en har tid ved å for eksempel sette seg ned på en stol. Stille åpne spørsmål slik pasienten kan velge hvor mye h\*n vil snakke om spørsmålet sykepleier stiller. Kommunikasjon er et verktøy for å bli kjent med pasienten, skape trygghet og trygge rammer.

### **5.2.2 Omsorg er essensen i god sjukepleie**

Pasientens definisjon på hva god omsorg er; sykepleier som viser medkjensle, omtanke og godhet. Er støttende, trøstende, bekymret, har forståelse, følsom, nyttig og empatisk. Ikke alle sykepleierne ble oppfattet som omsorgsfulle, heller likegyldig og ufølsomme (Radwin m.fl 2004). Omsorg innebærer at omsorgsytteren ikke forventer noe i gjengjeld for omsorgsyttelsen. Martinsen meiner det er basis sykepleie som omsorgsyrke (Kirkevold 2009:171). Omsorg og kommunikasjon går hånd i hånd, har man ikke god kommunikasjon med pasienten vil man som sykepleier ikke kunne yte god omsorg. Har opplevd i praksisperiodene mine at vi har for mange oppgaver i løpet av en arbeidsdag. Dette kan komme i veien for den gode omsorgen. Dårlig bemanning som går utover pasienten, og deres behov. Her opplevde jeg stor forskjell på sykepleierne. Alle kunne ha det like travelt, mens enkelte tok seg likevel tid, til å sette seg ned, stille spørsmål og være tilstede for pasienten. Men det som gjør det vanskelig var at ikke alle gjør og gjør dette. Vi er ikke alle like, dette gjelder også under vår utøvelse av sykepleie. Dette ble tydeliggjort når noen tar seg tid, og andre velger å ikke prioritere dette. Alle har det travelt, men det

handler om hvordan en planlegger arbeidet sitt. Litt tid er bedre enn ingenting, og det er ofte de små tingene som betyr noe for pasienten.

Som sykepleier skal man ikke være for sikker på egen oppfatning av omsorg. Pasienten kan ha et annet syn på sykepleierens utøvelse av omsorg, og hva omsorg er for pasienten. Derfor er det viktig med god og åpen kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Ved nyoppdaget kreftdiagnose er det nettopp viktig å skulle sette seg ned sammen med pasienten og bli enig om hva begge partene anser som god omsorg. På denne måten vil det bli færre misforståelser, og pasienten vil føle seg hørt og sett (Zamanzadeh m.fl 2010). Kari Martinsen ser på omsorg som tre aspekt. Relasjon, praktisk og moralsk aspekt. Det sier noe om relasjonen mellom to parter, sykepleier må tilpasse omsorgen til hver enkelt pasient. Sykepleier skal kunne se hva som er en rett handling i ulike situasjoner. I sitt arbeid som sykepleier blir man lært god omsorgsmoral gjennom praksis (Martinsen 2003). I løpet av praksisperiodene, når jeg var sammen med pasienter med nyoppdaget kreft var alle ulike, med ulike behov. Noen trengte å ha sykepleier sammen med seg i lengre perioder, noen satt pris på å skulle få være aleine for å la alle inntrykk synke, mens andre trengte å gjøre hverdagslige ting som de ellers ville gjort om de ikke var sjuke.

### **5.2.3 Relasjon mellom sykepleier og pasient**

Sykepleiers forhold til pasienten er den viktigste komponenten av sykepleie. Å danne en god relasjon mellom sykepleier og pasienten er viktig (Zamanzadeh m.fl 2010). Vi har fire ulike faser i sykepleier-pasient forholdet; orienteringsfasen, indentifiseringsfasen, utforskningsfasen og løsningsfasen. I disse fasene er det lagt vekt på; at det er viktig å identifisere pasientens behov, og sykepleier må møte pasientens behov. En må hjelpe pasienten til å utfordre tanker, følelser og forestillinger til hvorfor en ønsker hjelp fra sykepleier. Sykepleier skal støtte pasienten til å ta helsefremmende valg (Eide & Eide 130-131). Sykepleier er pasientens største støttespiller utenom pårørende.

Den første kontakten er spesielt viktig for å kunne danne en fremtidig relasjon, og skape tillit til sykepleier. Vil man oppnå dette, vil det påvirke pasientens tilfredshet på deres oppfatning av hva god sykepleie er. Pasienten ville at sykepleien skulle være basert på følelser. Var sykepleien basert på følelser følte pasienten seg ivaretatt og at behova ble oppfylt. Kjennetegn på en god relasjon er gjensidighet, forståelse, respekt, tillit, ærlighet, samarbeid og humor (Johansson m.fl 2002). Forholdet til pasienten er bestemmende for hva

en snakker om, og hvordan partene prater sammen. Når sykepleier for eksempel informerer pasienten, prøver sykepleier konsekvent å velge temaer og uttrykksmåter pasienter forstår fra sin deltakerforutsetninger. For å oppnå en felles forståelse på hvordan pasienten opplever sin kreftsykdom, er det ikke nok at pasienten forstår sykepleiers forklaring, men sykepleier må også forstå hva sykdommen betyr for pasienten (Reitan 2010:103).

Pasienten blir påvirket av sykepleiers atferd og kvaliteter. Disse bør vær preget av en hyggelig, positiv samhandling mellom pasienten og sykepleieren. I relasjon med sykepleier så pasienten på kvaliteter som forståelsesfull, snill, oppmerksom, rolig og oppmuntretes som viktig. Ta seg tid til å lytte til pasienten, samt vise interesse og engasjement (Johannson m.fl 2002). Tillit er en forutsetning for nærhet og kontakt, for å danne en relasjon og mulighet til å gi god hjelp og støtte (Eide & Eide 2009:12) Dette er egenskaper som er med på å danne tillit i sykepleier – pasient relasjonen. Til tryggere pasienten er på sykepleier, til bedre er omsorgen som blir utøvd.

#### **5.2.4 Pasient erfaringer og forventninger**

Tilfredshet blei rangert høyt i en organisasjon der sykepleier utøvde personlig pleie. Personlig pleie resulterte i forbedret kommunikasjon, økt pasient involvering og et bedre resultat. Jo mer oppmerksomhet sykepleier gav til pasienten, jo større var oppfatningen av tilfredshet. Pasientens subjektive oppfatning av hva som er viktig, er det som teller. Det er ingen andre enn pasienten selv som kan fortelle helsepersonellet hva som er viktig. Av den grunn burde det være en tilstrekkelig indikator på sykepleiekvalitet (Johannson m.fl 2002). Både pasienter og mennesker har forventninger til sykepleieren, og de fortolker fortløpende det de erfarer. Sykepleieren ”er” og ”blir” noe for den andre gjennom det som skjer og gjennom egen være – og handlemåte under hele prosessen (Brataas 2011:89). Pasienten sitter med mye kunnskap og informasjon og kjenner seg selv aller best. De kan formidle hva de ønsker av deg som sykepleier, og hva behov de trenger å oppfylle. Uten pasienten og deres ekspertise på egen kropp og ønsker, vil man ikke kunne utøve god omsorg, og pasienten vil oppleve å bli ivaretatt og få behovene sine oppfylt.

Forventninger knytt til sykepleierens kunnskap og kompetanse, men også personlig pleie. Pasientene ønsket sykepleier skulle ha gode kommunikasjonsevner, gi nødvendig

informasjon, guide dem gjennom følelsesmessige og fysiske reaksjoner. Forventninger til god sykepleie blei viktig for utfallet, om omsorgen som blei gitt og oppfatning av tilfredshet eller misnøye. Sykepleier og lege skulle samarbeide i å gi omsorg til pasienten (Johannson m.fl 2002).

### **5.2.5 Fremme mestring og Empowerment**

Pasienten kan forvente og kreve tilfredsstillende sykepleie og få lov til å ta en aktiv del i beslutninger som omhandler pasientens omsorg. Dette bidro til å gjøre god sykepleie både pasient og er resultatorientert (Johannson m.fl 2002). Når en fremmer helse, er sykepleierens oppmerksomhet rettet mot mange forhold ved pasienten. Det krev evne til lyttende nærvær, tilpasning og kreativitet. Under et sykdomsforløp kan ressurser, muligheter, krefter, energi og stress variere. Sykepleierens oppgave er i daglig møte med pasienten, er å arbeide for at pasientens helse får en positiv retning, og å akseptere i takt med pasientens voksende eller minkende evne til å ta ansvar (Gammersvik 2012:106).

Det er den nye måten å tenke og arbeide på, helsefremmende arbeid. Paternalistisk verdisett er når pasienten vil møte en sykepleier som er opptatt av å gi generell informasjon om sykdommen og konsekvensen av den. Sykepleier vil støtte seg på det rutinemessige og det som oftest føles trygt. Gi råd og være mindre interessert i pasientens innspill. Det er motsetning av Empowerment tenkning som går under ”den nye måten” å fremme helse på. Der det er mer likeverdig linje mellom hjelper og mottaker (Gammersvik 2012:108). Sykepleier må finne ut hva som fremmer og hemmer pasientens krefter. Ettersom kvar enkelt pasient er forskjellig. Å bli kjent med pasienten er en viktig sykepleier oppgave, dette krev en god dialog med pasienten. Dialog er en sentral arbeidsmåte i den ”nye måten” (Gammersvik 2012:109).

I folkehelsesloven presiseres det at med helseopplysning blir ment at ikke utelukkende enveisformidling, men kommunikasjon basert på gjensidig forståelse, involvering og deltakelse. For å nå denne måten å fremme helse, må sykepleier bruke læringsprosesser der pasienten føler h\*n blir sett, blir tatt på alvor, pasienten får et eierforhold til det som skal læres slik pasienten opplever personlig kompetanse til å mestre situasjonen pasienten er i (Gammersvik 2012:109). Får pasienten ta del i sykdomsforløpet, vil det øke følelsen av egenomsorg.

Mestring er ikke motpol mot stress. Mestring er det man gjør med det sammenbrudd av mening man opplever, og med de forandringene som skjer. En stressituasjon er preget av personer som ikke finner frem til mestring (Reitan 2010:78). Mestringsstrategier er det man gjør for å takle krav og utfordringer som kommer. Mestringsstrategier blir brukt for å bevare selvbilde, finne mening og opprettholde personlig kontroll over de problemene og indre og ytre krav som en står ovenfor. Kontrollaspekt er grunnleggende ved mestring. Noen plasserer kontroll ved seg selv og noen med andre mennesker. Mennesker bruker ulike sider ved seg selv for å få kontroll over ulike mestrings utfordringer, som for eksempel livstruende sykdom. Det dreier seg om å få kontroll på følelser, tanker og reaksjoner på traumet som har oppstått(Reitan 2010:80). Som sykepleier skal du bidra til at pasienten får kontroll på de vanskelige følelsene og uttrykker reaksjoner.

## 6.0 Konklusjon

Så hva er egentlig god omsorg, og opplever pasientene at omsorgen ble ivaretatt? Omsorg er så utrolig stort. Det er ikke bare et begrep som forteller deg noe om et mellommenneskelig forhold mellom to mennesker, basert på gjensidighet og felleskap (Kirkevold 2009:171). Men omsorg er også hvordan vi kommuniserer med hverandre, følelsen av å bli sett, hørt og forstått. Sykepleier skal være med på å motivere, engasjere og la pasienten bli involvert i egen sykdom og sykdomsforløp, og la det være pasientsentrert sykepleie. Kari Martinsen forklarer det slik: for at vi skal kunne forstå hverandre, må det være noe som binder oss sammen i en type fellesskap, for eksempel felles normer, regler, behov eller virksomhet. Vi må dele en dagligverden kor vi har noe til felles” (Kirkevold 2009:171)

Mine resultat viser at i utøvelsen av god omsorg er kommunikasjon en av de viktigste aspekta. Kommunikasjon er det som skal til for å danne tillit, trygghet og skape en god relasjon. God kommunikasjon og samhandling med kreftpasienter og deres pårørende er grunnleggende for utøvelsen av god sjukepleie og god omsorg. Kommunikasjon er et verktøy for å overføre informasjon, men et hjelpemiddel til å bli kjent med pasienten, forstå og møte pasientens behov og hjelpe vedkommende å mestre sykdom, lidelse og ensomhet (Reitan 2010:102). Det er gjennom kommunikasjon man kan vise empati, vise en bryr seg og er der for pasienten i denne vanskelige perioden. Sykepleier må kunne sette seg inn i pasientens situasjon, og se situasjonen fra pasientens side. Når alt er mørkt og tungt er det vi som sykepleiere som skal lyse vegen, fremme håpet og la pasienten få følelsen av mestring.

Pasienten er med på å kvalitetssikre hva god sykepleie er. En ting alle pasientene var enige i, var at alle ønsket informasjon om diagnosen, behandlingen og bivirkninger. Men forskjellen var at noen ønsket å fordele informasjonen, noen ville høre alt med det samme og andre trengte å fordøye selve kreftdiagnosen i seg selv, før de fikk mer informasjon. Det er ingen selvfølge at en vil ha mye informasjon med det samme, derfor må sykepleier gå varsomt frem. En er også i en krisesituasjon, og når pasienter befinner seg i denne situasjonen vil viktig informasjon være vanskelig å huske, det blir fort for mye på en gang. Sykepleieren har ansvar for å gjenta informasjonen. I dialog med pasientene kan sykepleierne identifisere hva pasienten har forstått og hva pasienten trenger mer



informasjon om. Et alternativ til den muntlig informasjonen er å sette seg ned sammen med pasienten og lage et hefte med den viktigste informasjonen. Her kan man notere undervegs, for eksempel prøvesvar og eventuelt tidspunkt for behandling og generell informasjon om veien videre for pasienten. Informasjon som blir gitt skriftlig gjør det mulig for pasienten å tilegne seg og repetere stoffet når det skulle passe og når h\*n. Dette er med på at pasienten får ta det i eget tempo (Brataas 2011:111)

### **6.1 Forslag til videre forskning**

Tenker det er nødvendig å forske mer på hvordan mennesker (både kvinne og menn) opplever å få en kreftdiagnose, og spesielt på det tidlige stadiet ved kreftsykdommen. Er det forskjell på pasienter som er innlagt ved sykehus, i forskjell til pasienter som får beskjed gjennom legesenteret eller ved en poliklinikk? Det er også vist fra tidligere forskning (Brown m.fl 2011) at ikke alle er fornøyd med utlevering av kreftdiagnosen. Der de la vekt på at alle er individuelle, og har individuelle behov. Nettopp det er så viktig i kreftomsorgen. Det er nettopp ingen fasit på hva som er rett og galt hos den enkelte pasient. Dette er sider ved nylig kreftdiagnose som jeg mener burde belyses og forskes nærmere på. Er mye forskning som går på palliativ pleie og hvordan yte god sykepleie til den gruppen. En del forskning som går på dette temaet er mye ”eldre” forskning, som går på før år 2000. Dette er et tema som alle sykepleiere trenger å øke kunnskapen sin på, på bakgrunn av økende krefttilfeller.

## 7.0 Litteratur

Alvsvåg H (2010) Omsorg – med utgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstenkning (417-450); I:Knutstad U (red). Sentrae begreper i klinisk sykepleie – sykepleieboken 2. Akribe As.

Bjørk I,T og Solhaug M (2008). Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie. En ressursbok. Akribe

Braatas H (red (2011) Sykepleiepedagogisk praksis. Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer. Gyldendal Akademisk.

Butt CM, RN, MSN, AOCN (2011) ”Hope in Adults wirh Cancer: State of the Science Oncology Nursing Forum” Vol 38, No.5

Brown V.A, Perker P.A, Furbel L. & Thomas A.L. (2011) ”Patient preferences for the delivery of bad news – the experience of a UK cancer centre”. European Journal of Cancer Care, 2011, 20 56-61

Dalland O (2012) Metode og oppgaveskriving. 5. Utgave. Gyldendal Akademisk.

Eide H og Eide T (2011) Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Evans, D (2002) Systematic reviews of interpretive rearch: interpretive data of processed data, Australian Journal of Advanced Nursing, Vol 20 no 2, pp 22-26

Forsberg C og Wengström Y (2013). Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation av omvårdensforskning.

Fukui S, Ogawa K and Yamagishi A (2010) ”Effectiveness of communication skills training of nurses on the quality of life and satisfaction with healthcare professionals among newly diagnosed cancer patients: a preliminary study”. Psycho-Oncology 20: 1285–1291.

Gammersvik Å og Larsen T (red) (2012) Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis. Fagbokforlaget.

Hummelvoll JK (2012) Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. 7 utgave. Gyldendal Akademisk.

Johannson P, Oléni M, Fridlund B (2002) "Patient satisfaction with nursing in the context of health care: a literature study". Nordic College of Caring Science, Scand J Caring Sci Review

Kirkevold M (2009) Sykepleieteorier – analyse og evaluering. *Kari Martinsen omsorgsteori*. Gyldendal Akademisk.

Knutstad (red) 2010. Sentrale begrep i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2. Akribe.

Kreftforeningen.no (2015) Om Kreft. (Elektronisk versjon) Tilgjengelig frå <https://www.kreftforeningen.no/om-kreft/> (15.05.2015)

Leydon M, Geraldine, Mary Boulton, Clare Moynihan, Alison Jones, Jean Mossman, Markella Boudioni, Klim McPherson (2000) "*Cancer patients' information needs and information seeking behaviour: in depth interview study*" BMJ VOLUME 320

Martinsen K (2003a) Omsorge, sykepleie og medisin. Universitetsforlaget 2003

Martinsen K (2003b) Fenomenologi og omsorg. Universitetsforlaget 2003

Martinsen, K (2005) Samtalen, skjønnnet og evidensen. Akribe As

Nylenna M (2013) Medisinsk ordbok. Kunnskapsforlaget. 7.utgave

Radwin L.E., Farquhar S.L, Knowles M.N. & Virchick B.G. (2005) "*Cancer patients' descriptions of their nursing care*. College of Nursing and Health Sciences, University of Massachusetts Boston

Reitan AM og T Schjølberg (red) 2010. *Kreftsykepleie*. Pasient – utfordring – handling. Akribe

Zamanzadeh Z, Rassouli M, Abbaszadeh A, Nikanfar, Hamid A, Akram A-M, Ghahramanian (2014) "*Factors influencing communication between the patient with*

*cancer and their nurses in Oncology wards*". Indian Journal of Palliative Care. Vol-20

Zamanzadeh V, Azimzadeh R, Rahmani A and Valizadeh L (2010) "*Oncology patients and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors*". Zamanzadeh *et al. BMC Nursing* 2010, **9**:10

VEDLEGG:

Litteratormatrise "Factors influencing communication between the patients with cancer and their nurses in Oncology ward"

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
Zamanzadeh Z, Rassouli M, Abbaszadeh A, Nikanfar, Hamid A, Akram A-M Ghahramanian (2014) "Factors influencing communication between the patients with cancer and their nurses in Oncology wards"  Indian Journal of Palliative Care / Jan-Apr 2014 / Vol-20 / Issue-1  Godkjent	<b>Mål:</b> Hensikten med hans studie var å demonstrere de faktorene som påvirker sjukepleier-pasient kommunikasjon i kreftomsorg i Iran	Kreft, Effektive faktorer, Sjukepleier-pasient kommunikasjon, Onkologi	Denne studien ble gjennomført med en kvalitativ konvensjonell innholdsanalyse tilnærming i onkologiavdelinger på sykehus i Tabriz.  Data ble samlet inn gjennom målrettet prøvetaking av semistrukturerte dybdeintervjuer med ni pasienter, tre familiemedlemmer og fem sykepleiere og analysert samtidig.  Robustheten i dataanalysen ble evaluert av deltakeren og eksternt	Hovedtema for forskningen dukka opp som "tre-faktor effektar" som viser alle forhold knyttet til pasienten, sjukepleier og organisasjonen og omfatter tre kategorier av "Pasienten som sentrum for kommunikasjon", "Sjukepleier som menneskelige faktorer" og "organisasjonsstrukturer".  Den første kategorien består av to underkategorier av "pålagt endringer ved sykdom" og "pasientens spesielle egenskaper".  Den andre kategorien omfatter	Forstå faktorer som påvirker kommunikasjonen. Det kan være første steget til å løse kommunikasjonsproblemer.  Faktisk kan det sies at en tilfredsstillende kommunikasjon er umulig uten tilstrekkelig og helhetlig forståelse av synspunktene til sykepleier og pasienten. Sykepleiere må føle at de får riktig trening for omsorg og kommunikasjon med pasienter. Og ifølge noen studier på dette området, er det nødvendig at faktorer som påvirker

nivå 1			kontroll	<p>underrubrikker " følelse av sårbarhet " og " oppfatning av faglig selvtillit: Forutsetning for pasientsentrert kommunikasjon" . Den tredje kategorien består av underkategoriane " arbeidsmengde og tid ubalanse " , "mangel på tilsyn" og " pålegge plikter i forbindelse med forsømme sjukepleiar og pasientens behov " .</p> <p>Karakteristikker av pasientar, sjukepleiarar og omsorg miljø syntes å være innflytelsesrike faktorar på kommunikasjon.</p>	<p>sykepleier - pasient kommunikasjon i andre livs - truende kroniske tilstander må bli undersøkt .</p>
--------	--	--	----------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

Litteratormatrise ”Effectiveness of communication skills training of nurses on the quality of life and satisfaction with healthcare professionals among newly diagnosed cancer patients: a preliminary study”

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans : Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Fukui S , Ogawa K and Yamagishi A (2010)</p> <p>Effectiveness of communication skills training of nurses on the quality of life and satisfaction with healthcare professionals among newly diagnosed cancer patients: a preliminary study”</p>	<p>Denne studien tar sikte på å vurdere effektiviteten av kommunikasjonsferdigheter trening (CST) av sykepleiere for pasientens livskvalitet og deres tilfredshet med helsepersonell bare etter å ha blitt diagnostisert med kreft.</p>	<p>Kommunikasjonsferdigheter, livskvalitet, tilfredshet; randomisert studie; kreftpasient</p>	<p>Metode: Dette er en sekundær analyse av en randomisert kontrollert studie</p> <p>Åtte sykepleiere, som i hovedsak gir psykologisk og informasjonssøtte for pasienter snart etter at de ble informert om sin kreftdiagnose av leger ved et kreftscreening klinikk, ble randomisert til en eksperimentell gruppe som deltar på en CST</p>	<p><b>Resultat:</b> Gjentatt tiltak variansanalyse viste en gruppe-for-time betydelig auke av de mentale aspektene av og tilfredshet med sykepleier</p>	<p>Våre funn understreker betydningen av CST – Communication skills training for helsepersonell å forbedre livskvalitet for pasienter samt deres tilfredshet med disse profesjonelle.</p>

Psycho-Oncology 20: 1285–1291 (2011)  Godkjent nivå 1			program (fire sykepleiere) eller til en kontrollgruppe ( fire sykepleiere) .  Åtti-ni pasienter med mage, kolorektal, eller brystkreft ble støttet og vurderes av enten gruppe sykepleiere løpet av studieperioden.		
-------------------------------------------------------------------	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--



Litteratormatrise "Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors"

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel - begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Zamanzadeh V, Azimzadeh R, Rahmani A and Valizadeh L (2010)</p> <p>"Oncology patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors"</p> <p>Zamanzadeh <i>et al. BMC Nursing</i> 2010, 9:10</p> <p>Godkjent av nivå 1</p>	<p>Omsorg er essensen i sjukepleie. Omsorg for å være meningsfulle behov for å være basert på gjensidig avtale mellom sykepleier og pasienter om hva som er sykepleier omsorg atferd. Som et resultat, kan helsepersonell forbedre pasientens tilfredshet på omsorg ved å gi riktig omsorg atferd.</p> <p>Men tidligere</p>	<p>Omsorg, onkologi, sykepleier, pasient, kreft, perspektiv</p>	<p>Metode: Denne studien er en samanliknende beskrivende design som ble gjennomført i en iransk onkologisenter.</p> <p>Convenience prøvetaking ble brukt til å rekruttere 200 pasienter og 40 sjukepleieren til å delta i studien.</p> <p>Data ble samlet inn over en periode på fire måneder i 2009 ved hjelp av;</p> <p>Caring Assessment Questionnaire, utviklet av Larson.</p> <p>Omsorg atferd ble rangert på ein 5-punkts Likert-type skala og bestilles på seks subskalaer:</p> <p>* "Å være tilgjengelig"</p> <p>*"Forklarer og forenkler"</p>	<p>Resultater: Resultatene viser at begge gruppene anses samme rekkefølgen av betydning for omsorg, den høye rangeringen av "overvåker og følger gjennom" å være tilgjengelig "og den lave rangeringen av" Comforts "og" tillitsfulle relasjoner "Også Pasienter bare rangert "Å være tilgjengelig" og "Forklarer og letter" høyere enn sykepleiere.</p>	<p>De onkologipasienter og sykepleiere som oppfattes svært fysiske aspekter av omsorg og resultatene gir for sykepleiere å være klar over behovet, under deres samspill med pasienter, å validere effekten deres tiltenkte omsorg har på pasienter.</p>

	<p>forskning som kombinert er flere typer pasienter, sykepleier og institusjoner viste uenighet i å prioritere viktige atferd. Dette notatet rapporterer en studie som tar sikte på å bestemme omsorgs atferd som onkologipasienter og onkologiske sjukepleiere oppfatter å være det viktigste.</p>		<p>*"Comforts",  "forventer"  * "tillitsfullt forhold"  * "skjermer og følger gjennom"</p>		
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Litteratormatrise ”Cancer patients’ information needs and information seeking behaviour: in depth interview study”

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Leydon Geraldine M Mary Boulton, Clare Moynihan, Alison Jones, Jean Mossman, Markella Boudioni, Klim McPherson.</p> <p><b>(2000)</b></p> <p>Cancer patients’ information needs and information seeking behaviour: in depth interview study</p> <p>BMJ VOLUME 320 1 APRIL 2000</p> <p>Nivå 1</p>	<p><b>Hensikt:</b> Å undersøke hvorfor kreftpasienter ikke ønsker eller søker informasjon om sin tilstand utover det frivillig av sine leger til tider i løpet av sin sykdom.</p>	<p>Informasjon Kreft, pasienter, sjukepleier og holdninger</p>	<p>17 pasienter med kreft diagnostisert i siste 6 månedene .</p> <p>Kvalitativ studie basert på dybdeintervjuer . Innstilling Poliklinisk onkologi klinikker på en London kreftsenter</p>	<p><b>Resultater:</b> Mens alle pasientene ønsket grunnleggende informasjon om diagnose og behandling, ikke alle ønsket ytterligere informasjon på alle stadier av sykdommen. Tre overordnede holdninger til sin styring av kreft begrensede pasienters ønske om og påfølgende arbeidet for å få ytterligere informasjon: tro, håp og kjærlighet.</p> <p>Tro på legens medisinske ekspertise utelukket behovet for pasienter å søke ytterligere informasjon selv. Håpet var viktig for pasientene å fortsette med livet som</p>	<p>er kreftpasienters holdninger til kreft og deres strategier for å takle sin sykdom kan begrense deres ønske om informasjon og deres innsats for å få det.</p> <p>I utviklings anbefalinger, bør regjeringens kreftinformasjons strategi ivareta variasjoner i pasientenes ønsker om informasjon og årsakene til dem.</p>

				<p>normalt og kunne opprettholdes gjennom stillheten og unngå informasjon, spesielt for detaljert eller "usikker" informasjon.</p> <p>Veldedighet til andre pasienter, særlig de sett på som mer trengende enn seg selv, ble uttrykt i erkjennelsen av at knappe ressurser- inkludert informasjon og forklaringer- måtte deles og mente at begrenset informasjon ble akseptert som uunngåelig.</p>	
--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Litteraturmatrise ”Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study”

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Johannson P, Oléni M, Fridlund B (2002)</p> <p>”Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study”</p> <p>Nordic College of Caring Sciences, Scand J Caring Sci Review</p> <p>Nivå 1</p>	<p>I løpet av de to siste tiårene har det vært en økende interesse for hvordan pasienten opplever helsevesenet. Det er av største betydning for å kunne definere, måle og vurdere kvaliteten på helsehjelpen gitt, for å opprettholde og auke pasienttilfredshet</p>	<p>Pasienttilfredshet, omsorg, pasient</p>	<p>Litteraturen ble utført ved hjelp av Medline og CINAHL databaser.</p> <p>Søket ble ikke begrensa med hensyn til datoer. Følgende søkeord ble brukt hver for seg og i kombinasjon med kvarandre: kundetilfredshet, pasienttilfredshet, livskvalitet, kvalitetsindikatorer og kvaliteten på sykepleie.</p>	<p><b>Resultat:</b> Litteraturen ble utført ved hjelp av Medline og CINAHL databaser. Søket ble ikke begrensa med hensyn til datoer. Følgende søkeord ble brukt hver for seg og i kombinasjon med hverandre: *kundetilfredshet *pasienttilfredshet livskvalitet *kvalitetsindikatorer og * kvaliteten på sykepleie.</p> <p>Det er også viktig å utvikle en observasjon instrument for måling av pasienttilfredshet hos pasienter som har kommunikasjons vansker eller som lider av demens, som ingen slike</p>	<p><b>Konklusjon:</b> Pasientens forventningar til helsevesenet er en viktig faktor når det gjelder tilfredshet med sjukepleie. Fleire faktorar påverkar pasientens forventningar både før og under behandling. De bakgrunnsfaktorer som påverke forventningane før omsorga begynner er alder, kjønn og utdanning, som alle tilhører den sosio - demografiske domene, samt erfaringar fra tidligare anledningar kor pasienten fikk behandling.</p> <p>Det er også grunn til å fokusere vidare forskning med en måling av pasientens misnøye, da dette</p>

				instrument er tilgjengelig i dag	kan være et steg videre i å forbedre pasienttilfredshet og dermed kvaliteten på pleien.
--	--	--	--	----------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

Litteratormatrise ”Patient preferences for the delivery of bad news – the experience of a UK cancer centre”

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Brown V.A, Parker P,A, Furber L &amp; Thomas A.L (2011)</p> <p>”Patient preferences for the delivery of bad news – the experience of a UK cancer centre”</p> <p>European Journal of Cancer Care, 2011, 20 56-61</p> <p>Godkjent nivå 1</p>	<p>Hovedmålet med denne studien var å vurdere hvordan pasienter foretrekker å bli gitt sin kreftdiagnose i en typisk UK kreftsentral.</p>	<p>Pasient - lege kommunikasjon, kreft, onkologi, informasjonsbehov</p>	<p>Spørjeskjema ble delt ut til 244 onkologi polikliniske pasienter (ny, oppfølging, kjemoterapi og strålebehandling avtale) på Leicester Royal Infirmary Storbritannia.</p> <p>Pasienten var minst 18 år, diagnostisert med kreft minst ein måned tidligere og i stand til å gi skriftlig informert samtykke.</p>	<p><b>Resultat:</b> Fra 244 spørreskjemaer, blei 90,2 % returnert. Av disse blei 89,5 % fylt helt inn. Resten hadde mindre enn 4 % av manglende svar og derfor var i stand til å bli brukt for analyse. Dei vanligste krefttypene var lunge (21,4 %) kolorektal (20%) og bryst (15%), men alle sjukdoms nettsider var representert inkludert sjeldne svulstar (7%) litt over halvparten (52,7 %) av studiepopulasjonen hadde metastatisk sykdom.</p>	<p>Til tross for fremskritt i kommunikasjonsterapi, er det klart fra pasientens erfaring, at det er misnøye med hvordan de ble fortalt sin kreftdiagnose, og det forgrunnen det er fortsatt mye arbeid TGO utføres i undervisnings klinikk hvordan å bryte dårlige nyheter. For å bedre omsorgen for kreftpasienter må vi være klar over individuelle informasjonsbehov, og også til å adressere noen hindringer i helsetjenesten som hindrer deres behov blir møtt. I konklusjonen, må i avsløringen i kreftdiagnose legene forsøke å møte informasjonsbehovet til den enkelte pasient. Denne studien viser at de fleste pasienter vil ha en</p>

					diskusjon om prognose, men også å bli gitt håp. Den store utfordringen for onkologer er hvordan man skal gi håp uten å oppfordre til urealistiske forventninger.
--	--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Litteratormatrise ”Cancer patients’ descriptions of their nursing care”

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Radwin L.E, Farquhar S.L, Knowles M.N &amp; Virchick B.G (2005)</p> <p>”Cancer patients’ descriptions of their nursing care ”</p> <p>College of Nursing and Health Sciences, University of Massachusetts Boston</p> <p>Godkjent av nivå 2</p>	<p>Artikkelen rapporterer en studie av kreftpasientenes beskrivelser av sykepleier og sykepleie.</p>	<p>Sykepleie, mediekampanje , konstant komparativ metode , pasientenes oppfatninger</p>	<p>Kvalitative data fra et instrument utviklingsstudie ble analysert.</p> <p>Totalt 461 pasienter svarte på spørsmålet " Generelt, hvordan føler du om sykepleiara ? Dataene ble analysert ved konstant komparativ metode og grunn teori koding teknikker.</p>	<p><b>Funnt:</b> En typologi av fire konsepter reflekterer kreftpasientenes beskrivelser av sine sykepleie dukket opp fra data. Konseptene var: prisverdig , omsorg, profesjonell og utfall. Konseptet rosverdig refererer til verdig kvaliteter av sykepleier og sykepleie. Omsorg refererer til sykepleier som viser medfølelse , omtanke og godhet. Professional refererer til sykepleieren som å møte forventende standarder av kunnskap, ferdigheter og oppførsel. Utfall referere til affektive, kognitive eller fysiske effekter tilskrives sykepleie.</p> <p>Både positive og</p>	<p>Konklusjonar: Disse kreftpasientar haldt sykepleiarar i relativt høgt. Disse funna vil kunne spre seg til det offentlige pressen som eit eksempel på kva pasientane s verdi om sykepleiarar og sykepleie. De kan også brukas i mediar innsats for å rekruttere og behalde sykepleiarar.</p>

				<p>negative forekomstar av konseptene ble inkludert i analysen. Eksemplar på kvart enkelt konsept å bruke pasientanes egne ord er gitt .</p>	
--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Litteratormatrise "Hope in Adults With Cancer: State of the Science (2011)"

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans: Hvordan vil jeg bruke denne artikkelen i min oppgave?
<p>Butt CM, RN, MSN, AOCN (2011)</p> <p>Hope in Adults with Cancer: State of the Science</p> <p>Oncology Nursing Forum * Vol 38, No.5, September 2011</p> <p>Godkjent nivå 1</p>	<p>Å bygge opp litteratur om forskning på håp hos voksne med kreft</p>	<p>Håp, voksne mennesker,</p>	<p>CINAHL pluss og PscINFO databaser.</p>	<p>Seksten artikler publisert fra 2005-2009 ifølge Oncology Nursing Society nivåer av bevis.</p> <p>Forskningsstudier om håp hos voksne med kreft ble analysert , kritisert , og syntetiserte.</p> <p><b>Konklusjon:</b> Selv sykepleie intervensjon programmer har demonstrated positive effekter på håp hos voksne nylig diagnostisert med kreft , de med en første kreft resurrense , de dødssyke , og overlevende av kreft hos barn , aktuelle studiene er små og ytterligere forskning i indikert.</p>	<p>Forskning viser at evidens basert sykepleie sin beskrivelse av håp hos voksne mennesker. Sykepleie intervensjon har vist positive effekter hos pasienter med nylig diagnostisert kreft.</p>

