



INSTITUTT FOR SYKEPLEIE OG HELSEFAG
GRUNNUTDANNING I SYKEPLEIE

BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

SY 180H 000

KULL 06H

DATO FOR INNLEVERING: 30.04.09

TEMA:

NYOPPDAGET KREFT OG KOMMUNIKASJON

KANDIDATNUMMER: 42, 53

Innhold

| | |
|--|----|
| 1. Innledning..... | 2 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema | 2 |
| 1.2 Vårt faglige ståsted | 2 |
| 1.3 Presentasjon av problemstillingen..... | 2 |
| 1.4 Hensikten med oppgaven..... | 2 |
| 1.5 Avgrensinger | 3 |
| 1.6 Oppbygging av oppgaven..... | 4 |
| 2. Metode | 5 |
| 2.1 Metodevalg | 5 |
| 2.2 Sentrale forfattere | 5 |
| 2.3 Søkehistorikk | 6 |
| 2.4 Kildekritikk..... | 6 |
| 3. Teoridel..... | 7 |
| 3.1 Innledning..... | 7 |
| 3.2 Generelt om kreft..... | 7 |
| 3.3 Kreft og usikkerhet | 8 |
| 3.4 Reaksjoner på kreft..... | 9 |
| 3.5 Joyce Travelbees sykepleieteori | 9 |
| 3.5.1 Menneske-til-menneske-forholdet..... | 11 |
| 3.5.2 Kommunikasjon..... | 12 |
| 3.6 Generelt om kommunikasjon..... | 13 |
| 3.6.1 Nonverbal kommunikasjon..... | 13 |
| 3.6.2 Verbal kommunikasjon..... | 14 |
| 4. Drøftingsdel | 15 |
| 4.1 Innledning..... | 15 |
| 4.2 Sykepleieren og hennes kommunikasjon | 15 |
| 4.3 Samtalen | 18 |
| 4.4 Informasjon..... | 20 |
| 4.5 Tidsaspektet | 22 |
| 5. Avslutning | 25 |
| 6. Litteraturliste | 26 |
| 6.1 Pensumlitteratur..... | 26 |
| 6.2 Selvvalgt litteratur | 26 |
| 6.3 Nettlitteratur..... | 27 |

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Dette er vår avsluttende eksamen i sykepleiefaget, ved Høgskolen i Bodø, avdeling helsefag. Vi har valgt å skrive om nyoppdaget kreft som tema fordi dette er noe vi synes er svært interessant og ønsker å lære mer om. Vi har selv erfaring med kreft i egen familie og ser også at en stor del av befolkningen i en eller annen form kommer borti kreftsykdommen. I vår praksis har vi begge opplevd situasjoner hvor pasienter kommer til sykehuset etter at de nettopp har fått en kreftdiagnose. I en slik fase, hvor pasienten nettopp har fått en alvorlig diagnose, kan det være vanskelig for oss som helsepersonell å vite hva man skal si og hvordan man skal kommunisere med pasienten. Vi føler at vi som snart ferdig utdannede sykepleiere har for lite kunnskaper om hvordan vi kan kommunisere med personer som nettopp har fått diagnosen kreft. Vi ønsker derfor å fordype oss i kommunikasjon.

1.2 Vårt faglige ståsted

Vi som sykepleiere ser på pasienter som ulike individer, hvor ingen er helt lik en annen. Med dette mener vi at hver enkelt person er unik, og hans behov for hjelp fra oss vil variere. Vi mener at en ikke kan stereotipe pasienter, eller sette dem i bås. Med dette mener vi at en ikke kan sette likhetstegn ved en gruppe pasienter, selv om de har samme sykdom. Dette har vi selv erfart i praksis, da pasienter i stor grad trenger individuelt tilrettelagt pleie og behandling.

1.3 Presentasjon av problemstillingen

Problemstillingen vår er som følger:

”Hvordan kan sykepleierens kommunikasjon bidra til å redusere usikkerhet hos pasienter med nyoppdaget kreft?”

1.4 Hensikten med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven er å tilegne oss kunnskaper om denne gruppen pasienter, da vi gjennom praksis har erfart at dette er en stor del av pasientgruppen på et sykehus. Man møter også pasienter med nyoppdaget kreft i de fleste instanser; sykehus, sykehjem og i hjemmesykepleie. En kreftdiagnose og ellers andre sykdommer vil kunne føre til at hverdagen blir endret. Hverdagens forutsigbarhet og vante oppgaver skaper en trygghet, noe som faller bort ved en alvorlig diagnose som kreft. Pasienten opplever å komme i en helt ny situasjon. Han vet ikke hva som skal skje, hva som kan skje og hva som vil skje videre, noe

som kan skape usikkerhet. Vi har selv sett hvor usikker pasienter med nyoppdaget kreft kan være på sin nye tilværelse. Vi har også merket oss at det ofte er travelt i en sykehusavdeling og at de fysiske behov blir prioritert. Det vi ønsker å finne ut er hvordan vi som sykepleiere kan samtale og kommunisere med pasientene. På den måten kan vi kanskje klare å redusere noe av usikkerheten de opplever. Vi ønsker å finne ut dette slik at vi er bedre forberedt på å møte denne pasientgruppen når vi er ferdige sykepleiere. Hensikten vil også være å gjennomføre avsettende eksamen og følge retningslinjene til denne.

1.5 Avgrensninger

Vi har valgt å skrive om nyoppdaget kreft og kommunikasjon i vår bacheloroppgave. Vi ønsker å finne ut hvordan vi kan prøve å redusere noe av usikkerheten som en kreftdiagnose medfører. For å kunne hjelpe en person til å oppleve trygghet må vi ivareta hele mennesket. Det innebærer å ivareta de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. Vi velger derimot å konsentrere oss om hvordan vi kan hjelpe pasienten ved hjelp av vår kommunikasjon. Kreft er en sykdom som angår mange, da rundt 180.000 personer hadde kreft i 2007(www.kreftregisteret.no). Samtidig vil det være mange mennesker som er pårørende eller som kjenner noen som har kreft. Vi har valgt å ta for oss den første måneden hvor pasienten nettopp har fått vite sin kreftdiagnose og er på sykehus. Vi velger å gå kort inn på pasientens reaksjon, men velger å ikke gå inn på krisefasene. Vi vet at pasientene i ulik grad kan oppleve krise, men har ut fra oppgavens omfang valgt å utelate dette. Vi fokuserer dermed på kommunikasjon med det formål å gjøre pasienten mindre usikker i en vanskelig fase av livet.

Vi har valgt å ta for oss voksne mennesker med nyoppdaget kreft. Slik vi ser det vil begge kjønn og alle voksne mennesker ha en del likhetstrekk i hvordan de opplever en kreftsykdom, og hva som gjør dem usikker. Vi velger derfor ikke å spesifisere det ned til en krefttype. Vi involverer ikke pårørende i oppgaven, men holder fokuset på pasienten. Vi vil heller ikke fokusere på somatisk og medisinsk behandling og vi kommer også til å utelukke eventuelle andre sykdommer. Vi er klar over at en sykepleier skal handle ut fra et helhetlig menneskesyn, men oppgaven ville blitt alt for omfattende hvis vi skulle tatt med alle aspektene innenfor sykepleie. I oppgaven bruker vi ”hun” når vi henviser til sykepleieren, og ”han” til pasienten.

1.6 Oppbygging av oppgaven

Oppgaven er delt inn i fem deler; innledning, metodevalg, teoridel, drøftingsdel og avslutning. I metodedelen forteller vi om hvilken metode vi har valgt å bruke og bakgrunnen for denne, samt kildekritikk. I teoridelen tar vi for oss sentral teori for oppgaven. I drøftingsdelen vil vi drøfte faktorer som har betydning for å redusere usikkerhet hos pasienten. I avslutningen vil vi fortelle litt om hvordan arbeidet har vært og hva vi har kommet frem til.

Oppgaven består av 9195 ord.

2. Metode

2.1 Metodevalg

Vi har valgt å benytte oss av litteraturstudie, hvor vi gjennomgår aktuell litteratur som omhandler vårt emne. Vi velger å bruke litteraturstudie da vi har sett at det finnes mye litteratur om emnet vårt, og velger derfor å gå dypt inn i teorien og bruke dette i drøftingen vår. Vi mener dette vil være en god måte for å få svar på problemstillingen vår og for å tilegne oss mer kunnskap om temaet.

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder”(Dalland 2000:71).

Metoden sier hvordan vi bør gå frem for å finne kunnskap om det området vi vil ha belyst. Vi velger en bestemt metode fordi vi mener den vil være hensiktsmessig for vår problemstilling og belyse denne på en faglig god måte(Dalland 2000).

Litteraturen vi bruker vil være basert på pensum fra tre år på sykepleierhøgskolen. Vi vil også bruke selvvalgt litteratur og da tilstrebe å bruke primær litteratur. Der hvor dette viser seg å være vanskelig å få tak i vil vi bruke sekundærlitteratur. I henhold til oppgavens krav vil vi forsøke å bruke over 300 sider selvvalgt litteratur, og da helst fra anerkjente og erfarne forfattere. Da dette er en litteraturstudie vil drøftingen selvsagt bære preg av dette. Vi kan dermed ikke bruke utsagn fra intervju og lignende, men kommer til å bruke egne erfaringer fra praksis der hvor det passer. Vi har også valgt å bruke litt skjønnlitteratur for å få frem kreftsykes egne erfaringer.

Vi har tenkt å bruke Joyce Travelbees teori om mellommenneskelige forhold og kommunikasjon. Dette fordi vi mener denne vil være best i forhold til vår oppgave og vår problemstilling. Ut fra vårt faglige ståsted har Travelbee mange elementer i sin teori, som samsvarer med våre tanker om sykepleie.

2.2 Sentrale forfattere

I oppgaven vår har vi valgt å bruke forskjellige anerkjente forfattere for å belyse kommunikasjon og kreft. Vi velger å bruke både pensum- og selvvalgt litteratur. Vi har blant

annet valgt å bruke Buckman(1990), Eide og Eide(1996), Faulkner og Maguire(1998), Hanssen(1995), Jacobsen(2001), Kirkevold(1998) og Travelbee(1999). Disse har alle lang erfaring innenfor deres spesialfelt.

2.3 Søkehistorikk

For å finne frem til relevante artikler søkte vi innenfor pubmed, vård i norden, sykepleien, legeforeningen, swemed+ med søkeord som: samtale, informasjon, kreft, nyoppdaget kreft, kreft AND samtale, kreft AND kommunikasjon og kreft AND usikkerhet. Vi fikk mange treff på generelle områder som kreft, men mindre treff når vi spesifiserte søkene med kommunikasjon og kreft, eller usikkerhet og kreft. De artiklene vi bruker i oppgaven valgte vi fordi de var relevante for oppgaven og de handlet om temaer som vi ville drøfte.

2.4 Kildekritikk

Kildekritikken viser at man er i stand til å forholde seg kritisk til de kildene man bruker i oppgaven(Dalland 2007). De kildene vi bruker valgte vi fordi de både var av anerkjente personer, samtidig som de passet rett inn i det vi ville lære mer om. Vi undersøkte forfatterens bakgrunn for å kontrollere litteraturens relevans og pålitelighet. Vi så også på andre artikler og bøker de hadde skrevet.

Artiklene vi har valgt å bruke er fra henholdsvis 1992, 2002 og 2008. Det at vi har brukt en artikkel fra 1992 kan være grunnlag for kritikk, da det er over 15 år siden den er skrevet. Derimot har vi valgt å ha denne med på grunn av dens kvaliteter til å diskutere usikkerhet og hvordan det kan være å få en alvorlig sykdom. Vi mener vi veier opp for å ha en eldre artikkel ved også å bruke nyere artikler. En av artiklene er basert på psykisk helse, hvor pasientene kommer frem med hva de synes bør endres. Denne bruker vi fordi vi mener elementer i den også vil gjelde på en sykehusavdeling.

Vi har som tidligere nevnt valgt å bruke bøker fra forskjellige anerkjente forfattere. Forfatterne har erfaring med kreft og kommunikasjon, og sykepleieteoretikeren legger vekt på de mellommenneskelige aspektene ved sykepleie. Vi har valgt å bruke en del sekundærlitteratur, noe som kan ses på som kritikk av våre kilder. Ved å bruke dette vil de nye forfatterens tolkninger av hovedlitteraturen komme med(Dalland 2007).

3. Teoridel

3.1 Innledning

Her vil vi utdype teori som vil være sentral for oppgaven og problemstillingen vår. Vi velger å forklare hva kreft er og hvordan det kan være å få en slik diagnose, samt å nevne noen av de ulike elementene som kan føre til usikkerhet hos pasienten. Vi velger også å gå kort inn på reaksjoner som pasienten kan oppleve. Vi vil også gå inn på den sykepleieteoretikeren vi har valgt å bruke, Joyce Travelbee. Hun ser blant annet på ethvert menneske som et unikt individ og på kommunikasjon som et av de viktigste redskapene sykepleieren har for å utøve sitt fag. Til slutt har vi også valgt å utdype teori om kommunikasjon, både nonverbal og verbal.

3.2 Generelt om kreft

Ordet kreft, cancer, kommer fra det greske ordet krabbe og beskrives som en knute som sender klør eller armer ut i vev omkring seg. Kroppen produserer kontinuerlig nye celler til erstatning for de som dør eller blir skadet. Kreft karakteriseres av forstyrrelse i denne celledelingen, slik at disse ikke klarer å utføre de spesifikke oppgavene de friske cellene skulle gjort. Dermed får man etter hvert en tumor, som konsekvens av ukontrollert vevsvekst. Tumor brukes om både godartete og ondartede svulster. En godartet kan vanligvis helbredes, den vokser sakte og metastaserer ikke. En ondartet svulst, en såkalt malign tumor, vokser vanligvis raskt, og kan infiltrere omkringliggende vev. Den metastaserer ofte, det vil si den sprer seg videre til andre organer gjennom lymfe og blodårer. En sekundær svulst kan da oppstå(Jacobsen m.fl 2001).

Årsakene til kreft er forholdsvis godt kartlagt, men årsaksforholdene til enkelte krefttyper er fremdeles en gåte. Risikofaktorer kan være knyttet til livsstil, seksualvaner, medisiner, arv og miljø(Jacobsen m.fl 2001, Schjølberg m.fl 2000). Behandlingen av kreft består av kirurgi, strålebehandling, medikamentell behandling og palliativ behandling. Generelt krever kreftbehandling ofte kombinerte behandlingsopplegg (Jacobsen m.fl. 2001, Kåresen og Wist 2004, Schjølberg m.fl 2000).

På landsbasis har ca 180.000 personer kreft, og i 2007 ble det rapportert om nesten 26.000 nye tilfeller. Omtrent 60 % av disse er i live etter fem år. Økt forekomst av kreft illegges både økt levealder, bedre diagnostiseringsmetoder og andre årsaksfaktorer. Kreftregisteret i Norge viser også at en av tre vil få kreft før fylte 75 år(www.kreftregisteret.no).

3.3 Kreft og usikkerhet

Kunnskap om kreft er utbredt blant folk flest og mange pasienter vil ha kjennskap til kreft i egen familie, blant venner, bekjente eller naboer. Kreft oppfattes av de fleste som en sykdom som fører med seg lidelse, smerte og død. Det er derfor forståelig at en slik diagnose vil være en påkjenning og føre til en vanskelig situasjon for pasienten(Faulkner og Maguire 1998). I den fasen hvor pasienten venter på svar fra prøver og undersøkelser er det mange usikkerhetsmomenter(Schølberg m.fl. 2000).

Usikkerhet i en situasjon vil ifølge Havik(1992) øke med antall mulige alternativer og med situasjonens grad av nyhet. For de fleste er hverdagslivet oversiktlig og forutsigbart. Når en får en kreftsykdom vil det føre til et stort brudd med den oversiktelige og kjente hverdagen. Nye rutiner, nye kroppsopplevelser, usikkerhet i forhold til sykdom, årsak og behandling, og eksistensielle momenter kan forekomme(Havik 1992). Mange spørsmål vil da kunne oppstå hos pasienten, samt at det kan være vanskelig å forholde seg til en utfordrende behandling. Pasienten må tilpasse seg en skremmende diagnose og en usikker fremtid. Her vil god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient og pårørende kunne spille en viktig rolle for å lette denne tilpasningen(Faulkner og Maguire 1998).

Usikkerhet er en viktig årsak til at mennesker føler seg truet. Fagermoen(2001) hevder opplevelsen av usikkerhet og maktesløshet oftest skyldes at pasienten mangler kunnskap om og kontroll over den situasjonen han er i. Ankersen m.fl.(2000) sier også at opplevelse av kontrolltap og følelse av å være hjelpeløs er et stort problem for kreftpasienter. Når pasienten er innlagt i sykehus kan det bli tatt avgjørelser på hans vegne og de daglige oppgavene blir passet på av andre(Fagermoen 2001). Kreftpasienter kan bestemme om de vil følge behandlingen, men ikke hva utfallet blir eller hvilke symptomer som følger sykdommen. Studier har vist at manglende informasjon om diagnose og behandling er noe av det mest angstskapende under et sykehusopphold(Fagermoen 2001).

Hvordan en pasient opplever å få en kreftsykdom vil variere fra person til person. En pasient med nydiagnostisert kreft vil kunne ha mange tanker rundt sin nye situasjon. Dette kan eksempelvis være om sykdommen kan helbredes, hvor lenge en kan forvente å leve og hvilken behandling en må gjennomgå. Om lag 20 % av alle nydiagnostiserte kreftpasienter vil oppleve psykisk stress over tid. Psykisk stress er blant annet vanlig rundt diagnosetidspunktet(Kvåle 2002).

3.4 Reaksjoner på kreft

Da mennesker er unike individer vil de kunne reagere på ulike måter når de får en kreftdiagnose. Mennesker er ikke flinke til å forholde seg til dårlige nyheter som gjelder en selv. Når en får en diagnose som har en drastisk innvirkning på fremtiden, kan det ta en stund før det går opp for pasienten. Pasienten må arbeide for å klare å erkjenne diagnosen. I løpet av denne tiden kan man ha forskjellige reaksjoner(Buckman 1990).

De vanligste reaksjonene er sjokk, fortregning av sannheten, sinne og raseri, depresjon og skyldfølelse. Ved sjokk stopper normale tanker og følelser opp og beslutningsevnen blir borte. Fortregning er en konflikt mellom kunnskap og tro, hvor pasienten forstår hva som skjer men ikke klarer å tro på det. Sinne og raseri kan komme fordi pasienten mister kontrollen over hva som skal skje. Når man blir deprimert er man nedtrykt og trist. Skyldfølelse kan komme av at man føler sykdommen er et resultat av tidligere livsstil, for eksempel røykere som har fått lungekreft(Buckman 1990). Disse reaksjonene vil variere ut ifra person til person og kan variere i styrke. En pasient som fikk kreft forklarte det slik:

”Sjokk, sjokk, sjokk. Magen min syntes å være knytt opp i en fast knute. Jeg kunne ikke tro at dette hendte meg”(Kvåle 2002:22).

En annen skildret det slik:

”En mørk sky bredte seg over tilværelsen. En gråt steg opp i meg og brast til tusen tårer. Jeg prøvde å jage bort den mørke skyen, men det tetnet bare mer og mer til. Skyen skygget for alt jeg så; sort og dyster boret den seg gjennom våre liv og endret dem”(Tuft 1986:13).

3.5 Joyce Travelbees sykepleieteori

Vi har valgt å bruke Joyce Travelbees teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter da vi mener denne vil passe godt til oppgaven vår. Hun vektlegger etablering av et godt menneske-til-menneske-forhold noe som vi også synes er viktig når man skal kommunisere og forsøke å redusere usikkerhet hos pasienter. Hun tar utgangspunkt i at mennesket er et unikt individ, og at ingen er like. Dette er også noe som er sentralt for oss. Pasienter reagerer forskjellig på sykdom, og hver enkelt med samme sykdom kan ha helt ulike behov.

Joyce Travelbee retter i sin sykepleietenkning oppmerksomheten spesielt mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleie, hun sier hun er inspirert av eksistensialistisk filosofi og humanistisk psykologi(Kristoffersen 2005). Travelbee vil forholde seg til hvert enkelt menneske som en unik person, det enkelte menneske er et enestående og uerstattelig individ, forskjellig fra alle som har levd og som kommer til å leve(Kristoffersen 2005, Travelbee 1999).

I følge Travelbee er lidelse og tap er en fellesmenneskelig erfaring som står sentralt i sykepleiesammenheng. Alle mennesker vil en gang erfare lidelse, som er en naturlig del av livet, og den enkeltes opplevelse av lidelsen vil være personlig(Kristoffersen 2005). Dette ser vi som sentralt i forhold til vår oppgave da pasienter som nettopp har fått diagnosen kreft får erfare lidelse. Alle pasienter har sin egen måte å takle lidelsen på og ingen har likt utgangspunkt i hvordan de takler lidelsen. Travelbee sier også at mennesket har en egen evne til å prøve å finne mening i møtet med lidelse, sykdom og smerte. Denne meningen vil også være pasientens egen tolkning av lidelsen(Kristoffersen 2005).

Travelbees sykepleiedefinisjon bygger på et eksistensialistisk menneskesyn og at lidelse og smerte er en uunngåelig del av livet(Travelbee 1999).

”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 1999:29).

Vi tolker Travelbees definisjon på sykepleie på en slik måte at sykepleieren i stor grad må hjelpe pasienten til å finne mening i sin tilværelse, og å mestre det som skjer og hvorfor det skjer med akkurat ham. En pasient vil aldri ha samme reaksjon som en annen, derfor er det en stor utfordring for sykepleieren hvordan hun på best mulig måte kan redusere usikkerheten pasienten opplever. Travelbee(1999) sier sykepleie består i å hjelpe den syke og lidende til å finne en mening i situasjonen. Dette skjer gjennom etableringen av et menneske-til-menneske-forhold, som er et av de sentrale begrepene i hennes sykepleietenkning.

3.5.1 Menneske-til-menneske-forholdet

I følge Travelbees tenkning er sykepleiens overordnede mål og hensikt å hjelpe personen til å mestre, bære og finne mening i lidelse og sykdom(Kristoffersen 2005). Hun mener at sykepleiens mål og hensikt bare kan oppnås gjennom etableringen av et menneske-til-menneske-forhold. I følge Travelbee etableres et menneske-til-menneske-forhold gjennom en interaksjonsprosess som har flere faser; det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt(Kristoffersen 2005).

Det innledende møtet kjennetegnes ved at sykepleier og pasient er ukjente for hverandre. Sykepleieren forholder seg til pasienten som hvilken som helst annen pasient, og pasienten forholder seg til sykepleieren ut fra forventninger til sykepleie. Ved det første møtet får de et førsteinntrykk av hverandre som er basert på observasjoner av den andres væremåte, handlinger og språk(Kirkevold 1998).

Etter hvert trer sykepleierens identitet frem og stereotype rolleoppfatninger blir svakere. Sykepleieren og pasienten begynner da å danne et kontaktforhold. Sykepleieren ser pasienten som en egen person og begynner å forstå denne pasientens situasjon. Sykepleieren og pasienten begynner å knytte et bånd. Sykepleieren begynner å forstå pasientens oppfatning av sin situasjon, og pasienten ser sykepleieren som en enestående person i stedet for en rolle. For at dette skal gå må sykepleieren fri seg fra å sammenligne pasienten med andre pasienter hun har møtt(Kirkevold 1998).

”Empati er evnen til å trenge inn i, eller ta del i og forstå den psykiske tilstanden som en annen person er i der og da”(Kristoffersen 2005:30).

Empati er når sykepleieren tar del i og forstår tankene og følelsene til pasienten, men er samtidig atskilt fra den andre(Travelbee 1999). Den andres individualitet oppfattes klarere enn ellers. Empati resulterer i at man kan forutsi individets handling. Empati er avhengig av at de involverte har like erfaringer, og kan ikke skje helt uten videre(Kirkevold 1998). Sympati er et resultat av empatifasen. Den er en innstilling eller holdning, en måte å tenke og føle på som sykepleieren formidler til den andre. Når en uttrykker sympati overfor en pasient formidler en at en er engasjert i ham som person og bryr seg om ham. En formidler at en

forstår og deler pasientens fortvilelse, slik at han slipper å bære byrden alene(Kirkevold 1998).

Gjensidig forståelse er et resultat av det som har skjedd i de tidligere fasene, og utvikles når sykepleieren har vist både forståelse og ønske om å hjelpe pasienten til å få det bedre, og faktisk hjelper ham. Fasen representerer en måte to mennesker kan forholde seg til hverandre på(Kirkevold 1998).

3.5.2. Kommunikasjon

Et annet sentralt begrep i Travelbees sykepleietenkning er kommunikasjon. Hun mener kommunikasjon er et av de viktigste redskapene sykepleieren har. Den er en gjensidig prosess hvor en deler tanker og følelser. Sykepleieren bruker denne for å søke og gi informasjon og det er dette den syke og hans familie bruker for å få hjelp. Sykepleieren kommuniserer for å motivere og inspirere pasienten, og slik hjelpe ham i en kanskje vanskelig tid(Travelbee 1999). Kommunikasjon er en forutsetning for å kunne oppnå det Travelbee mener er sykepleiens hensikt; mestring av sykdom og lidelse(Kirkevold 1998).

Kommunikasjon er en prosess som gjør sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Partene som møtes kommuniserer ved hjelp av ord og mimikk, tonefall, bevegelser og berørelser(Kristoffersen 2005). Travelbee(1999) sier at det er gjennom kommunikasjon sykepleieren kan formidle omsorg for pasienten. Hun hevder dette oftest skjer gjennom nonverbal kommunikasjon, eksempelvis gjennom blikket og måten hun hjelper pasienten. Pasienten kommuniserer sin oppfatning av sykepleieren og om han ser på sykepleieren som et hjelpende menneske.

Kommunikasjon er ikke et mål i seg selv, men et redskap til å oppfylle sykepleiens mål og hensikt. Sykepleierens mål er også å bli kjent med den syke, å oppfatte og ivareta den sykes sykepleiebehov. Gjennom kommunikasjon kan sykepleieren altså bli kjent med pasienten og finne ut hvilke saker som opptar ham, og hva han trenger hjelp til. Kommunikasjon er dermed en prosess som kan hjelpe sykepleieren til å nå målene(Travelbee 1999). Bare når sykepleieren klarer å oppfatte hva som opptar pasienten kan hun hjelpe ham, og slik oppfylle sykepleierens mål.

3.6 Generelt om kommunikasjon

Begrepet kommunikasjon kommer av det latinske ordet *communis*, som betyr felles. Ved å kommunisere gjør en noe felles, meddeler noe, har forbindelse med eller formidler noe (Eide og Eide 1996, Hanssen 1995). Ifølge Eide og Eide (1996) kan man enkelt definere kommunikasjon som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. En kommuniserer hele tiden og det er viktig å ha gode kommunikasjonsferdigheter for å oppnå meningsfull samhandling med ulike grupper i sykehussammenheng (Hanssen 1995).

Hanssen (1995) sier kommunikasjon med pasienter og pårørende er fundamentalt i enhver utøvelse av sykepleie. Hun hevder dermed at kommunikasjon er grunnleggende for å utøve sykepleie, noe som da vil være viktig for å prøve å redusere pasientens usikkerhet. Ved å ha gode kunnskaper om kommunikasjon, samt å tilegne seg erfaring vil sykepleieren lettere kunne oppfatte blant annet de hint og tegn som pasienten gir, og dermed lettere komme frem til hva pasienten trenger hjelp til og har problemer med. Ved å være "god" i kommunikasjon kan man redusere misforståelser som kan være en belastning for personer som er syke. Kommunikasjon deles inn i to hovedgrupper; nonverbal og verbal kommunikasjon.

3.6.1 Nonverbal kommunikasjon

Nonverbal kommunikasjon består av den ikke- språklige kommunikasjonen. Øyslebø ser på nonverbal kommunikasjon som en kommunikasjon mellom individer ved hjelp andre kanaler og koder enn de man bruker ved den språklige kommunikasjonen (Hanssen 1995). Denne formen for kommunikasjon kan blant annet uttrykkes ved hjelp av kroppsbevegelser, kroppsuttrykk, stemmebruk og fysisk berøring. En kan også uttrykke seg nonverbalt ved å være taus og konsentrere seg om å lytte til budskapet (Eide og Eide 1996, Hanssen 1995).

Eide og Eide (1996) sier nonverbal kommunikasjon spiller en viktig rolle for selve relasjonen, og kan være en viktig kilde til forståelse av den andre parten. Nonverbale uttrykksformer utdyper og nyanserer det verbale budskapet (Hanssen 1995). Når en kommuniserer med ulike pasienter er det viktig å fange opp de nonverbale uttrykk som kommer frem. Pasienten kan prøve å skjule det som egentlig opptar ham, eller som gjør han usikker. Dette vil en se hvis pasientens nonverbale kommunikasjon ikke stemmer overens med hans verbale uttrykk. Pasienten kan for eksempel vise nonverbale tegn på at han er redd og usikker, samtidig som han sier han har det bra. Ved kongruens er det samsvar mellom nonverbal og verbal kommunikasjon, mens det ved inkongruens er motstridende signaler. Ved og selv lære seg å

kommunisere kongruent kan en bruke det nonverbale til å berolige, oppmuntre og stimulere den andre (Eide og Eide 1996, Hanssen 1995). Slik vi ser det vil det nonverbale underbygge det verbale som vi sier. Når det er samsvar her vil vi formidle trygghet og slik kunne oppnå tillit hos pasienten. Pasienten ser da at vi er ekte og at vi mener det vi sier. Vi viser da både med kroppsspråk og tale hva vi mener. Eksempelvis er en pleier blid og rolig, sitter ved siden av pasientsengen og holder pasienten i hånden, samtidig som hun verbalt uttrykker at pasienten gjerne må spørre hvis han lurer på noe.

3.6.2. Verbal kommunikasjon

Verbal kommunikasjon består av språk i muntlig og skriftlig form. Verbal kommunikasjon består altså av det vi sier og det vi skriver ned, og med de ord vi bruker for å få frem det vi vil.

”Det verbale språket er et enestående og sofistikert kommunikasjonssystem, som er utviklet for å dekke menneskets behov for å utveksle tanker, ideer og meninger” (Hanssen 1995:79).

Ved å bruke den verbale kommunikasjonen kan man samarbeide ved å overføre informasjon fra en part til en annen. Dette er sentralt, da samarbeid uten formidling av informasjon vil bli ufullstendig (Hanssen 1995). Vi kan med det nonverbale språket vise at vi er ekte, og bryr oss om pasienten, men uten verbalt språk vil vi ikke kunne formidle et budskap.

Vi bruker det verbale språket for å uttrykke opplevelser, tanker og følelser vi har, men også for å vise vår modell eller vår oppfatning av verden. Ordene er symboler som representerer det meningsinnholdet vi prøver å formidle til pasienten. Sykepleierne har et spesialisert språk, ved at vi bruker faguttrykk og ord som pasienten kanskje ikke forstår. Hvis vi sier pasienten har fått en pneumoni på grunn av sin cancer pulm, er det ikke sikkert han forstår hva vi mener. Med mer allmennkjente ord vil han kanskje forstå, ved at han har fått en lungebetennelse på grunn av lungekreften. Alle mennesker har også deres personlige stil og uttrykk for hvordan de bruker språket. Ordene kan også brukes på ulike vis og dermed gi ulik mening, samtidig kan de tolkes forskjellig (Hanssen 1995). Vi mener det verbale, det som blir sagt eller fortalt, har mye å si for hvordan pasienten oppfatter en situasjon. Slik vi ser det vil bruk av kun verbal kommunikasjon på mange måter være mangelfull. Derfor er det viktig å samhandle den verbale og den nonverbale kommunikasjon for å best mulig kunne hjelpe pasienten og prøve å redusere hans usikkerhet.

4. Drøftingsdel

4.1 Innledning

Pasienter med kreft, og da nyoppdaget kreft opplever mange usikkerhetsmomenter. De har fått en sykdom som det er mange oppfatninger om, og som i mange tilfeller kan være alvorlig. Sykdommen er også potensielt dødelig og den virker derfor forståelig nok skremmende på folk. Usikkerhetsmomentene kan dreie seg om de kommer til å dø, hvor lenge de har igjen å leve, hva som skal skje, hvilken behandling de blir tilbudt, hvordan det er å være på sykehus og hvordan livet blir forandret(jf. 3.3). Vi som sykepleiere kan naturligvis ikke hjelpe pasienten på alle områder. Om pasienten kommer til å dø, eller hvordan leveutsiktene hans er, vil være vanskelig og i mange tilfeller umulig å garantere for. Kreft er en sykdom som er forskjellig hos hver enkelt, og dermed en sykdom med lite forutsigbarhet. Noen blir friske raskt, andre tar det lenger tid hos, andre igjen dør raskt etter diagnosetidspunkt. Det finnes dermed ingen garanti for hva som vil skje når en får kreft. Vi som sykepleiere kan derimot bidra til å redusere noe av usikkerheten og slik hjelpe pasienten, selv om alle usikkerhetsmomentene aldri vil bli borte.

4.2 Sykepleieren og hennes kommunikasjon

Vi mener det er mange faktorer som kan føre til at sykepleieren kan bidra til å redusere usikkerhet hos pasienten. Det vil også kunne være forskjell hos ulike pasienter, hva de selv mener gjør dem mindre usikre. Vi velger derimot å gå inn på de faktorene som vi på et generelt grunnlag mener vil kunne redusere noe av pasientens usikkerhet.

For at pasienten skal få tillit til sykepleieren må det være samsvar mellom det som blir sagt med ord, og det som formidles nonverbalt. Ærlighet er grunnleggende for et jeg - du forhold, sykepleieren og pasienten må dermed møte hverandre som to likeverdige parter(Hanssen 1995). Når sykepleieren kommuniserer kongruent kan en bruke det nonverbale til å berolige og oppmuntre den andre. Ved å kommunisere på denne måten vil en da vise at en er ekte, ved at både ubevisste og bevisste nonverbale signaler passer inn med det som vi sier verbalt(jf. 3.6.1). Ved å gjøre dette mener vi at pasienten lettere kan bli trygge på oss som mennesker og sykepleiere og dermed skape en relasjon som bygger på tillit og troverdighet. For å kunne kommunisere kongruent må en være ærlig overfor seg selv og erkjenne egne følelser. Hvis en ikke er ekte vil pasienten mest sannsynligvis merke det og trekke seg mentalt unna(Hanssen 1995). Ved å kommunisere kongruent blir vi tydelige både for oss selv og

omgivelsene(Solvoll 1995). Dersom det er inkongruens mellom det nonverbale og verbale, er det som regel det nonverbale som blir oppfattet som ekte(Hanssen 1995, Fagermoen 2001, Travelbee 1999). Pasienten vil da ikke åpne seg opp for pleieren, men heller holde det som plager ham inne i seg selv. Det blir lagt merke til dersom vi prøver å spille en rolle, noe som skaper usikkerhet fordi partene ikke vet hvor de har hverandre(Solvoll 1995). Dette kan da føre til flere usikkerhetsmomenter, da pasienten ikke opplever å bli møtt som en likeverdig part og ikke føler seg trygg til å åpne seg for sykepleieren.

Travelbee(1999) hevder at pasientens sensitivitet og mottakelighet vil gjøre om han avslører sykepleierens inkongruens. Både sykepleieren og pasienten kan gjennom oppfattning og fortolkning av tanker og følelser hos hverandre registrere eller oppfatte den andres grunnleggende intensjoner. Av denne fortolkningen kan pasienten da trekke slutninger om sykepleieren er ekte og mener det hun sier. Slik vi ser det vil en sykepleier som ikke erkjenner sine egne følelser og tanker, og hvor det nonverbale ikke samsvarer med det som blir sagt, som oftest bli avslørt. Det vil være vanskelig å vise at man bryr seg og har et oppriktig ønske om å hjelpe hvis en med nonverbalt språk viser at man egentlig ikke vil hjelpe. Ved å prøve å lure pasienten på denne måten mener vi at vi kan øke pasientens usikkerhet. Dette fordi pasienten kan bli usikker på oss som person og hjelper, men også fordi han kanskje undrer seg over hvorfor vi gjør som vi gjør og om det er noe med ham som gjør det.

Empati er når en person tar del i, trenger inn i eller forstår den andres sinnstilstand(jf. 3.5.1). Dette gjøres uten å tenke og føle som den andre. Empati er viktig for å finne ut av pasientens behov, men også for å forstå pasientens erfaringer, atferd og følelser(Hanssen 1995, Håkonsen 1999). Ved å være empatisk kan vi etablere en relasjon, komme i dialog, finne pasientens problem og utforske løsninger(Håkonsen 1999). Hanssen(1995) sier at en ofte kan uttrykke empati lettest gjennom berøring, og ikke ord. Vi mener at man ved å være empatisk viser man at man bryr seg om pasienten og hvordan han har det. Da kan man klare å sette seg inn i pasientens situasjon, og dermed komme frem til hva han tenker og føler. Ut ifra dette kan vi komme frem til pasientens behov. Vi mener derfor at man kan redusere noe av pasientens usikkerhet ved at man forstår pasienten og bidrar til at pasienten føler seg sett og hørt. Han kan også bli sikrere på oss som hjelpende personer. Fra egen praksis har vi sett at pasienten føler seg mer forstått og ivaretatt om han opplever at sykepleieren er empatisk og forståelsesfull. Dette kan eksempelvis være når sykepleieren samtaler med pasienten og forstår hva han mener uten at han må utdype dette.

Travelbee(1999) sier det er visse forutsetninger for at empati kan oppstå. En nøkkelfaktor er at empati er avhengig av likhetstrekk mellom de to personenes erfaringer. Derfor er evnen til å forstå den andres bakgrunn, erfaringer og atferd begrenset av ens egen bakgrunn.

Sykepleieren kan derfor ikke forstå noe som hun ikke kan knytte sine egne erfaringer til. Dette betyr ikke at sykepleieren må ha opplevd det samme som pasienten, men at man må ha opplevd de samme følelsene som pasienten(Kristoffersen 2005). Dette tolker vi som om at man ikke kan ha empati overfor alle syke, men der hvor man har opplevd lignende følelser, kan man til en viss grad skjønne hva pasienten opplever og snakker om.

For å redusere usikkerhet bør sykepleieren være åpen og ærlig. Hanssen(1995) sier at kommunikasjonen og den mellommenneskelige samhandlingen mellom pasient og sykepleier kan bli sterkt svekket dersom sykepleieren har en fastlåst og rutinemessig atferd. Videre hevdes det at stereotype atferdsmønstre påvirker og kontrollerer atferden til personene en samhandler med. Stereotyp vil si gjentatt atferdsmønster med lite variasjon(Nylenna 2008). Dette forstår vi som at sykepleieren opptrer likt overfor alle pasienter, uten å ta hensyn til individuelle behov. Hvis pleieren er munter og spøkefull, vil det kunne ha en tendens til at pasienten også opptrer spøkefullt. Dette kan opptre både bevisst og ubevisst(Hanssen 1995). Sykepleieren kan da påvirke og kontrollere atferden til pasienten, slik at han ikke kommer med ting som gjør at sykepleieren selv føler seg truet, eksempelvis ved gråt. Ved å ha et åpent sinn, uten å tolke budskapet med en gang, vil en kunne konsentrere seg om det som blir sagt og slik ikke misoppfatte budskapet(Hanssen 1995). Dette tolker vi som at sykepleieren på forhånd har bestemt seg for hvordan hun skal opptre og hva hun skal si før hun kommuniserer med pasienten. Dette vil kunne føre til at pasienten ikke får frem sine problemer eller får snakket om sin usikkerhet. Denne fastlåste og rutinemessige atferden hjelper sykepleieren til å takle lidende personer og vanskelige situasjoner, mens pasienten blir oversett.

Travelbee(1999) sier at den eneste utveien for å unngå å stereotype pasienten er å oppfatte den syke som et unikt menneske. Sentralt i hennes tenkning står synet på pasienten som et unikt individ(jf. 3.5). På grunn av dette mener vi at sykepleieren ikke kan ha en stereotyp atferd, da alle pasienter har ulike behov. Hvis sykepleieren ser på pasientene som mennesker med likhetstrekk, uten å se det unike for hvert individ, vil hun ikke kunne finne frem til pasientens egentlige behov og utøve god sykepleie.

4.3 Samtalen

Å snakke med pasienten er vår beste måte å kommunisere på. Buckman(1990) sier at å snakke om ting gir lindring, og dette kan man bidra til ved å la den syke få snakke. Man trenger ikke sitte inne med alle svarene når man samtaler med en pasient, det kan i mange tilfeller være nok å lytte til det pasienten har og si. Det er bare være nær pasienten og at han får fortalt med egne ord hvordan han har det kan hjelpe. Vi har selv vært i vanskelige situasjoner og opplevd hvor godt det kan være å ha noen å snakke med og som lytter til hva vi har å si.

Når man skal kommunisere med pasienten må man tenke på at forholdene skal være tilrettelagt for samtale(Buckman 1990, Hanssen 1995, Haugslett 2002). Man må også se på tilstanden til pasienten, er han i humør til å snakke? Pasienten kan være sliten, han kan nylig ha snakket med en annen eller han kan rett og slett ikke har lyst å snakke akkurat når pleieren har tid til det. Ved negativ tilbakemelding når en prøver å føre en samtale, kan en forsøke på et senere tidspunkt. Hvis man har vanskeligheter med å få i gang en samtale med en pasient, kan man prøve å inspirere den syke til å snakke. Det kan være nok å virke oppmuntrende ved å nikke anerkjennende og gi korte svar som ”ja”, ”jeg forstår” og ”vil du fortelle mer om det?”(Buckman 1990). Vi mener at det er vanskelig å få til en god samtale med pasienten hvis han ikke har lyst eller forholdene ikke er tilrettelagt.

Hvis samtalen stopper opp og den syke slutter å snakke, kan det være at han tenker på noe han forbinder med smerter og sterke følelser(Buckman 1990). Da bør sykepleieren være tålmodig og ikke bryte tausheten, da pasienten kan bli forstyrret i sine tanker og kanskje ikke komme frem med det som er viktig for ham(Hanssen 1995). Man kan da bli stresset og tenke at man må få i gang samtalen igjen. Samtidig kan det være greit å la være å si noe, da det noen ganger kan være best bare å være til stede for pasienten(Buckman 1990). En pasient med nyopplaget kreft sier det var en enorm trøst å ha sykepleieren der, at hun satt på siden av sengen, uten å gjøre så mye(Wiggen 2007). I mange tilfeller kan et lett kjærtegn eller en klapp på skulderen være like bra som å samtale med pasienten(Buckman 1990). Da viser man at man er til stede for pasienten, og han kan bli mindre usikker på sykepleieren. Vi mener at det er viktig å ha evnen til å være sammen med pasienten, uten nødvendigvis å snakke, for å vise at man bryr seg og vil den andre godt. Pasienten kan da også få tenke uten å bli avbrutt og komme frem til hva som er viktig for ham.

Sykepleieren kan stille pasienten spørsmål for å få informasjon om pasienten, og hvordan han har det. Hun kan stille åpne og lukkede spørsmål. Ved lukkede spørsmål får man bekreftet eller avkreftet noe konkret og spesifikt. Dette kan eksempelvis være om pasienten har tatt medisinen sin eller om han har smerter. Da får man som oftest korte ja eller nei svar. Hvis man ønsker å få et mer helhetlig bilde av pasientens situasjon bør man stille åpne spørsmål, som ikke kan besvares med få ord. Åpne spørsmål gir pasienten anledning til å snakke ut fra sin egen opplevelse av det som spørsmålet dreier seg om. Åpne spørsmål begynner ofte med ”hvordan”, ”hva” eller ”hvorfor”, for eksempel kan man spørre hvordan det er for pasienten å være syk. Når man stiller åpne spørsmål vil man stimulere den syke til å fortelle, og å snakke fritt og åpent med egne ord (Eide og Eide 1996). Vi mener at ved å stille åpne spørsmål vil vi bedre få i gang en samtale, samtidig som pasienten får fortelle med egne ord hva han mener. Vi har selv erfart at pasienter lettere snakker ved bruk av åpne spørsmål. Dermed kan vi få frem hva pasienten synes er vanskelig og hva han trenger hjelp til. Vi mener at en da indirekte kan komme frem til hva som konkret gjør akkurat denne pasienten usikker, og slik kan bidra til å redusere hans usikkerhet.

Travelbee mener det er viktig å bli kjent med pasienten. Et av sykepleierens mål er å bli kjent med pasienten og oppfatte og ivareta hans sykepleiebehov (jf. 3.5.2). Da blir det vesentlig å snakke med pasienten. En kan snakke på en måte som bidrar til at han forteller om seg selv og sitt liv. En kommuniserer da målrettet og stiller åpne spørsmål for å finne ut hvordan pasienten har det og hva han tenker. Målet med å bli kjent med pasienten er å få frem hans behov og slik hjelpe han best mulig. Å engasjere seg i samtaler med pasienten for å bli kjent med ham som person vil også kunne bidra til at pasienten opplever sin situasjon som meningsfull (Kristoffersen 2005). Travelbee (1999) sier også at en ikke kan vite hvordan en pasient opplever sin situasjon før en har snakket med pasienten om det. Dette mener vi også er riktig. Pasienten må selv fortelle hvordan han opplever å få en kreftdiagnose og hva han mener det er som gjør han usikker. Når pasienten selv får snakke vil det kunne føre til at pasienten opplever seg som betydningsfull, ved at sykepleieren vil høre hans egne tanker og opplevelser rundt situasjonen.

4.4 Informasjon

Usikkerhet og maktesløshet skyldes ofte at pasienten mangler kunnskap om og kontroll over den situasjonen han er i(jf. 3.3). Pasienter reagerer som tidligere nevnt forskjellig på nyheten om at de har fått en kreftsykdom. Som Travelbee sier er pasienter unike og enestående personer, hvor ingen er like(jf. 3.5).

Lov om pasientrettigheter(1999) har bestemmelser som skal sikre at pasienten får tilstrekkelig informasjon. Flere studier har vist at manglende informasjon om diagnose og behandling er noe av det mest angstskapende under et sykehusopphold. Pasientens behov for informasjon vil variere ut ifra om pasienten er forberedt, hvor lenge tilstanden har vart og om den innebærer varige endringer i livssituasjonen(Fagermoen 2001). Pasienter med nyoppdaget kreft vil derimot ikke ha forberedt seg lenge. Etter vår mening vil en kreftdiagnose også i mange tilfeller innebære varige endringer i livssituasjonen, da pasienten får en helt ny hverdag med behandling og sykehusinnleggelse. Fagermoen(2001) sier at når pasienten ikke har informasjon om det som skjer eller hvorfor det skjer vil han kunne føle usikkerhet.

Pasienten kan ha vansker for å spørre om det han lurte på, da han er lavest i hierarkiet i sykehusets maktstruktur(Fagermoen 2001). Hvis sykepleierne av ulike grunner avviser pasienten vil han kanskje etter hvert ikke spørre og heller ikke komme frem med det som plager ham. Da kommer ikke alle problemene til hans frem(Fagermoen 2001). Ved å være var for hva pasienten vil vite kan sykepleieren tilpasse informasjonen alt etter hva pasienten vil. Pasienten vil kanskje vite alt om kreftsykdommen og symptomene, eller kanskje han vil ha lite eller ingen informasjon til å begynne med(Faulkner og Maguire 1998, Schjølberg 2000). Faulkner og Maguire(1998) sier det er svært viktig at en ikke presser informasjon på pasienter som tydelig viser at de ikke vil ha detaljerte opplysninger. En kvinne med nyoppdaget kreft skildret det slik:

”Hun svarte bare på det jeg lurte på og gav aldri for mye informasjon. Hun visste vel at jeg ikke ville ha for mye informasjon heller. Jeg hadde nok å ta inn som det var”(Wiggen 2007:23).

Ved at pasienten også får bestemme selv hva han vil vite og ikke vite om behandling og sykdom gir vi han medbestemmelse. Dette er noe som i seg selv kan redusere pasientens usikkerhet da han får ha en viss kontroll. Solvoll(1995) sier at følelsen av kontroll kommer

når pasienten opplever frihet til å ta ansvar for eget liv. Vi mener derfor at pasienten får medbestemmelse når han får informasjon etter eget ønske.

Pasienter som får kreft kan oppleve en krisesituasjon og de kan få ulike reaksjoner på nyheten om sin sykdom(jf. 3.4). Hvis dette skjer vil det kunne føre til at pasienten ikke får med seg informasjonen vi gir. Pasienten kan da ha nedsatt evne til å tenke rasjonelt og bearbeide informasjonen(Nordby 2008). Kanskje må sykepleieren sette seg ned med ham å fortelle det samme om og om igjen, helt til han klarer å ta det inn over seg. Gjentakelse kan være viktig, samtidig som en må være oppmerksom på at pasienten får bestemme selv hva han vil vite og ikke vite, og da i hans eget tempo. Oppsummering og kontrollering av at informasjonen er nådd frem vil gi sykepleieren et svar på om hun har nådd inn til pasientens bevissthet(Nordby 2008). Det er også viktig å la pasienten beholde sitt forsvar for å kunne takle hverdagen. Hjelperne må derfor ikke prøve å få pasienten ut av en eventuell krisesituasjon før han er klar for det. Ro og trygghet er da viktig for at pasienten skal være mottakelig for informasjon(Haugslett 2002). Vi mener at med å være tilgjengelig for pasienten og ved å bygge opp tillit over tid, vil vi kunne gjøre slik at han blir trygg på oss. Det at vi også er ekte, og mener det vi sier og gjør, vil kunne føre til at pasienten føler seg mindre usikker(jf. 3.6.1). Haugslett(2002) hevder at hvis sykepleierne viste åpenhet og trygghet rundt forskjellige temaer, førte det ofte til at pasienten etter hvert brakte det på banen. Dette tolker vi slik at pasienten tør å ta opp vanskelige områder når han er blitt trygg på sykepleieren og når gjensidig respekt og tillit er etablert.

Språket kan ha mye å si for den informasjonen som gis. Sykepleieren må være bevisst på at hun bruker et språk som pasienten forstår(jf. 3.6.2). Nordby(2008) sier hovedgrunnen til at språklige misforståelser oppstår, er to typer språklige uttrykk. Den første innebærer at man bruker medisinske uttrykk som kan være vanskelig for pasienten å forstå. Den andre er helseuttrykk som ikke har klare definisjoner. Ord som kvalme, smerte og vondt er subjektive ord som formes av den sosiale og kulturelle situasjonen pasienten er i. Det er ikke bare uttrykk som sykepleierne bruker i dagligtale som må unngås, men også ord som en kanskje tror er allment kjent for alle(Hanssen 1995, Nordby 2008). Nordby(2008) sier videre at i en travel hverdag kan det være lett å glemme at ord som blodtrykk og hva det er, kan være ukjent for pasienten. Dette er noe som kan føre til usikkerhet. Derfor vil vi ved å være bevisst på dette, kunne redusere noe av usikkerheten ved at vi forklarer og forsikrer oss om at pasienten skjønner hva det er vi snakker om.

4.5 Tidsaspektet

Gjennom vår egen praksis har vi sett at det kan være liten tid til å sette seg ned og samtale og lytte til pasienten. Vi har erfart at det ofte kan være travelt i en sykehusavdeling. Sykepleierne har mange arbeidsoppgaver og stort arbeidspress. Medisinering, praktiske prosedyrer, legevisitter og andre oppgaver tar mye tid. Disse oppgavene må gjøres på gitte tidspunkter og kan ta mye av sykepleiernes tid. Da kan det å tilbringe tid sammen med pasienten være noe som blir nedprioritert. Etter vår erfaring blir praktiske prosedyrer og lignende prioritert, mens andre områder som opptar pasienten blir nedprioritert. Vi mener derfor at tidsaspektet kan være hemmende på kommunikasjonen ved at man ikke får nok tid sammen med pasienten. Tid er et område som det ikke er like mye av i dagens helsevesen, men kommunikasjon og samtaler med pasienten bør prioriteres (Schjølberg 2000). Nordvik (2002) sier for liten tid er et av de emner som går igjen på spørsmål om hva pasienter ønsker seg annerledes ved et sykehusopphold.

For at det som blir formidlet skal oppfattes på rett måte, må en kjenne pasienten.

Fagermoen (2001) hevder at jo bedre en kjenner pasienten, jo større mulighet har en til å gjøre budskapet forståelig. Vi mener også at dette er viktig da det lettere oppstår misforståelser når to parter ikke kjenner hverandre. Vi mener også at tidsfaktoren vil virke inn på om og hvor godt en blir kjent med pasienten. Hvis vi har vært lite sammen med pasienten, vil vi ha et mindre grunnlag til å kjenne pasienten som person. For å kunne få frem alle problemene pasienten har må en kunne oppfatte de hint og de antydninger pasienten gir. For å oppnå tillit hos pasienten mener vi at en må kunne vise at en er ekte og har et ønske om å hjelpe (jf. 3.6.1). Haugslett (2002) har i sin undersøkelse funnet ut at tid var en viktig faktor for hvor mottakelig pasientene var for informasjon. Det å være tilstede for å bygge opp gjensidig tillit og respekt var viktig. Det måtte legges til rette for informasjon, hvis ikke ble det mest generell prat (Haugslett 2002). Dette er ikke noe som skjer på 5 minutter. Ved å ha brukt lite tid på pasienten vil pleieren da kunne mistolke de signalene han gir eller ikke forstå hva det er han egentlig vil frem til. Dermed kan flere usikkerhetsmomenter oppstå ved at pasienten misforstår sykepleieren eller ved at hun misforstår ham, og da skaper mer usikkerhet. Kanskje spør pasienten om noe, og sykepleieren tolker det feil, og på den måten gir et svar som gjør pasienten mer usikker.

Travelbee hevder at en må kjenne pasienten som det unike individ han er. Gjennom kommunikasjon forsøker sykepleieren å finne frem til den sykes individuelle behov (jf. 3.5.2).

Selv de som ikke har lett for å be om hjelp, vil lettere gjøre det hvis de kjenner sykepleieren. Hun sier videre at det å kjenne pasienten er en like nødvendig og effektiv sykepleieaktivitet som å utøve prosedyrer (Travelbee 1999). Når sykepleieren kjenner pasienten vil hun lettere kunne identifisere den sykes behov. Slik vi ser det må sykepleieren ha en viss tid sammen med pasienten for å lære han å kjenne. Ved å etablere et menneske-til-menneske-forhold vil en da kunne lære den syke å kjenne og komme frem til de virkelige problemene til pasienten (jf. 3.5.1).

Hvis sykepleieren har mulighet til det bør hun bruke mer tid på pasienten. Ved å gjøre dette vil en kunne ha bedre tid til god kommunikasjon og til å oppfatte hva som virkelig opptar pasienten. Når sykepleieren har dårlig tid kan også den kreftsyke oppfatte dette ved ubevisste nonverbale signaler hun gir. Det kan være lett å glemme at en rynket panne, eller et sukk kan oppfattes av pasienten. Fagermoen (2001) sier brå bevegelser kan oppfattes som tegn på travelhet. Det samme vil kunne være hvis sykepleieren er opptatt med noe annet mens hun svarer pasienten eller er veldig rask inne på pasientrommet. Nonverbale signaler kan lett ubevisst vises hos sykepleieren og slik ser pasienten at hun har det travelt, og tar dermed ikke opp temaer han er opptatt av. Hanssen (1995) sier det tar tid å kommunisere dersom samhandlingen ikke skal forbli på et overfladisk plan. Fagermoen (2001) hevder også at mange pasienter opplever at det ikke er tid til å snakke om følelser og bekymringer. Pasienten kan da eksempelvis spørre etter konkrete praktiske ting for å skape kontakt, mens det som egentlig opptar ham ikke kommer frem. Vi mener at vi som sykepleiere bør være bevisst på vår fremtreden og hvordan våre nonverbale signaler kan påvirke pasienten.

Sykepleiere er vanlige mennesker, og like ulike som personer ellers i samfunnet. Det kan være vanskelig å ha omsorg for pasienter som er kreftsyke. Da kan det være at helsepersonellet distanserer seg fra pasienten for å beskytte seg selv. Dette kan gjøres ved for eksempel å overhøre stikkord som sier noe om hva pasienten er opptatt av, at en veksler samtaleemne eller fysisk unngår pasienten (Faulkner og Maguire 1998). En kan også ubevisst unngå å være nær pasienter som minner pleierne på egen sårbarhet som menneske (Fagermoen 2001, Kalfoss 2001). Dette vil da være noe som avviser pasienten og hans forsøk på å få kontakt og vise hva han er opptatt av. Sykepleiere er som tidligere nevnt i en maktposisjon overfor pasienter i sykehus og gjentatte avvisninger vil kunne føre til at pasienten unngår å ta opp viktige temaer. Slik kommer ikke alle pasientens problemer frem. Hanssen (1995) stiller derimot spørsmålstegn ved om mangel på tid er en mur som en stiller seg bak, også i perioder

hvor det er rolig på avdelingen. Dette mener vi kan være riktig, da sykepleiere som ikke selv tåler å ta opp følelsemessige temaer, kanskje unngår pasienten. Hvis sykepleieren gjør dette mener vi at hun kanskje er usikker på seg selv i slike situasjoner og ikke klarer å håndtere sine egne reaksjoner på det pasienten tar opp.

Hanssen(1995) hevder også at det ikke trenger å være hvor mye tid man bruker inne hos pasienten som er avgjørende, men hvordan man bruker tiden. Med det tror vi hun mener at man kan være bevisst på å forsøke å bli kjent med pasienten i alle situasjoner. Slik kan det være at man ikke trenger alt for lang tid til på å bli kjent og kanskje etablere et menneske-til-menneske-forhold(jf. 3.5.1). På den måten kan en prøve å komme fram til hva pasienten synes er vanskelig og hva som gjør at han føler seg usikker. Om mulig kan vi da kanskje redusere noe av pasientens usikkerhet.

Travelbees menneske-til-menneske-forhold legger vekt på at man utvikler kontakt gjennom ulike faser. Fasene består av det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt(jf. 3.5.1). For å kunne utvikle et slikt forhold mener vi at tid er et grunnleggende element. Ved å ha lite tid til pasienten vil vi da ikke kunne komme gjennom alle fasene. Kanskje kommer man bare frem til det innledende møtet og har et overfladisk forhold til den andre. For å kunne vise empati og sympati må man forstå den andres tanker og følelser. Dette vil ikke kunne skje hvis man ikke har lært pasienten å kjenne og knyttet et bånd til ham(jf. 3.5.1). Den siste fasen fremtrer når sykepleieren gjennom handlinger viser at hun er til å stole på. Da får pasienten økt tillit og sykepleieren kan iverksette tiltak i samsvar med pasientens behov(Kristoffersen 2005). Slik vi ser det vil tid være avgjørende for om man klarer å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Hvis ikke vil bare deler av dette forholdet etableres og da kommer man kanskje ikke frem til det Travelbee mener et sykepleierens mål og hensikt(jf. 3.5.1).

5. Avslutning

I denne oppgaven har vi forsøkt å få frem hvordan sykepleierens kommunikasjon kan redusere usikkerhet hos pasienter med nyoppdaget kreft. Det er tilsiktet at noe av drøftingen tar mer plass enn annet. Vi har valgt å legge vekt på noen av de temaene som vi vil vise oppmerksomhet rundt. Vi er klar over at oppgaven kan besvares på flere ulike måter, men har etter diskusjoner oss imellom valgt ut hva vi vil konsentrere oss om. Vår oppgave vil derfor ikke være en fasit for hvordan en bør kommunisere for å redusere usikkerhet, men en måte å gjøre det på.

Vi har vist at ved å være åpen, ærlig, se pasienten som en unik person og kommunisere kongruent kan en klare å redusere noe av usikkerheten pasienter med nyoppdaget kreft opplever. Vi mener derfor det er viktig å få frem hva som gjør pasienten usikker, og hvordan vi med vår kommunikasjon kan redusere dette. Gjennom tilrettelagt samtale med pasienten kan sykepleieren finne ut hva pasienten tenker og hva han selv mener. Dette kan hjelpe sykepleieren til å iverksette tiltak for å redusere usikkerheten og hjelpe pasienten. Vi har også reflektert rundt betydningen av informasjon og at denne er tilrettelagt hver enkelt pasient. Til sist, men ikke minst, har vi valgt å reflektere rundt tidsaspektet, da vi mener tid vil være sentralt for å utvikle et menneske-til-menneske-forhold, slik Travelbee beskriver det.

Gjennom arbeidet med oppgaven har vi hatt mange diskusjoner oss imellom. Nå som oppgaven er ferdigstilt, ser vi at å være to om oppgaven har tilført den mye. Vi har ulike kunnskaper og meninger, som har vært med på å skape en god diskusjon oss imellom. Samtidig har vi ikke vært enige om alt, men kommet frem til løsninger som vi begge er fornøyde med.

6. Litteraturliste

6.1 Pensumlitteratur

- Dalland, O. (2000) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Eide, H., Eide, T. (1996) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Fagermoen, M.S. (2001) Samtale, undervisning og veiledning. I: *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Havik, O.E., (1992) Informasjon og kommunikasjon - Hvordan kan vi påvirke pasientens sykdomsforståelse. s. 6-9. I: *Omsorg nr 1*.
- Jacobsen, D. m.fl. (2001) *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kalfoss, M.H. (2001) Møte med lidende og døende pasienter – sykepleierens møte med seg selv. I: *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

6.2 Selvvalgt litteratur

- Ankersen, L. m.fl. (2000) *Behandling og pleje af patienter med kræftsygdomme*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. s. 51-55.
- Buckman, R. (1990) *Jeg vet ikke hva jeg skal si*. Oslo: NKS-forlaget. s. 27-38, 50-96.
- Faulkner, A., Maguire, P. (1998) *Å samtale med kreftpasienter og deres familier*. Oslo: Tano Aschehoug. s. 11- 44, 78-89.
- Hanssen, I. (1995) Kommunikasjon I: Kristoffersen, N. (red.) *Generell sykepleie 2. Pasient og sykepleier - samhandling, opplevelse og identitet*. Oslo: Universitetsforlaget. s. 63- 93.
- Haugslett, J. (2002) Hva informerer vi om – og hvordan gjør vi det. s. 44-47. I: *Tidsskriftet Sykepleien*.
- Håkonsen, K.M. (1999) *Mestring og relasjon*. Oslo: Universitetsforlaget. s. 105- 116.

- Kirkevold, M. (1998) *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. s. 113-127.
- Kristoffersen, N. (2005) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N. m.fl *Grunnleggende sykepleie 4*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. s. 26-33, 76-79.
- Kvåle, K. (2002) *Sykepleie til mennesker med kreft*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. s. 21-24.
- Kåresen, R., Wist, E. (2004) *Kreftsykdommer- en basisbok for helsepersonell*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. s. 15-18.
- Nordby, H. (2008) Oppfatter pasienten det du sier? s. 68-71. I: *Tidsskriftet Sykepleien*.
- Nordvik, T. (2002) Å møte folk som folk. s. 52-56. I: *Tidsskriftet Sykepleien*.
- Nylenna, M. (2008) *Medisinsk ordbok*. Oslo: Kunnskapsforlaget. s. 330.
- Schølberg, T-K.(red) m.fl (2000) *Kreftsykepleie. Pasient- Utfordring- Handling*. Oslo: Akribe Forlag AS. s. 17-19. 28-36, 74-78.
- Solvoll, B-A. (1995) Å utvikle og bevare sin identitet. I: Kristoffersen, N. (red.) *Generell sykepleie 2. Pasient og sykepleier - samhandling, opplevelse og identitet*. Oslo: Universitetsforlaget. s. 174-175.
- Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. s. 29-49, 61-70, 135-167, 171-218.
- Tuft, H. (1986) *Min kreft – mitt ansvar?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. s. 13.
- Wiggen, I. (2007) *Rosa bil*. Oslo: Versal Forlag. s. 23.

6.3 Nett litteratur

- Pasientrettighetsloven(1999): <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html/> dato:03/03-09).
- <http://www.kreftregisteret.no/no/Registrene/Kreftstatistikk/> dato:17/2-09).
- <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Nyheter/2007-tallene-er-klare/> dato: 17/2-09).
- Totalt antall selvvalgt litteratur: 314 sider.