

**PROFESJONSHØGSKOLEN
SYKEPLEIE OG HELSEFAG
KULL 2007H
SY180H 000 BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE
OMSORG FOR PÅRØRENDE TIL DØENDE PASIENTER
Innleverings dato: 30.04.2010
Kandidatnummer: 50 og 86**

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING

1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling	3
1.2 Problemstilling	3
1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen	3
1.4 Oppgavens formål	4
1.5 Oppgavens oppbygging	4

2.0 METODE

2.1 Metodevalg	5
2.2 Litteraturstudie som metode	5
2.3 Litteratur og kildekritikk	6
2.4 Metodekritikk	6

3.1 TEORI

3.1 Joyce Travelbees sykepleieteori	7
3.1.1 Sykepleie	7
3.1.2 Å hjelpe den sykes familie	7
3.1.3 Lidelse	7
3.1.4 Sykepleierens mål og hensikt	8
3.1.5 Menneske-til-menneske-forhold	8
3.1.6 En disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer	9
3.1.7 Å bruke seg selv terapeutisk	9
3.1.8 Kommunikasjon	10
3.2 Omsorg	10
3.2.1 Omsorgens relasjonelle side	10

3.2.2 Omsorgens praktiske side	11
3.2.3 Omsorgens moralske side	12
3.3 Pårørende	12
3.4 Døende pasienter	13
3.5 Kommunikasjon	13
3.5.1 Ansiktsuttrykk	14
3.5.2 Øyekontakt	14
3.5.3 Kroppsspråk	15
3.5.4 Stemmens klang	15
3.5.5 Berøring	15
3.5.6 Stillhet	15
4.0 DRØFTING	
4.1 Den gode relasjonen	16
4.2 Omsorg igjennom praktiske handlinger	20
4.3 Den moralske siden ved omsorgen	22
5.0 AVSLUTNING	23
Litteraturliste	25

1.0 INNLEDNING

1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Vi er to sykepleierstudenter på vårt siste år ved sykepleier utdanningen og skal skrive vår avsluttende hovedoppgave. Vi har valgt å skrive om temaet ”Omsorg for pårørende ved livets slutt”. Begrunnelsen for valg av tema og problemstilling er at vi begge som sykepleierstudenter opplevde døden på nært hold i vår praksis, og for at begge har ulike erfaringer med døden. I løpet av vår praksis har vi opplevd situasjoner hvor vi har møtt døende pasienter, og det har da vært vanskelig for oss som sykepleierstudenter å tilnærme oss deres pårørende. Dette på grunn av at vi føler vi har for lite erfaringer og kunnskaper rundt det å møte pårørende i slike situasjoner. Vi har også observert at pårørende ofte kan bli overlatt til seg selv. Vi ønsker derfor å kunne tilegne oss mer faglige kunnskaper om hvordan sykepleieren kan vise omsorg for pårørende til pasienter ved livets slutt.

1.2 Problemstilling

Vi har valgt problemstillingen:

”Hvordan kan sykepleieren vise omsorg for pårørende til døende pasienter?”.

1.3 Avgrensing og presisering av problemstillingen

Siden omsorg er et sentralt begrep i problemstillingen i oppgaven, har vi valgt å bruke denne forklaringen på hva som menes med omsorg:

«Omsorg har med nestekjærlighet å gjøre, å handle mot andre som vi vil at andre skal handle mot oss. Det er å bryte egosentrisiteten, å gå ut over seg selv. Det er følelsen av å stå andre nær.» (Martinsen 2003:14).

For å avgrense oppgaven har vi valgt å konsentrere oss om pårørende ved en somatisk sengepost, dette fordi det er ved en slik sengepost vi har opplevd møte med pårørende og døden. Når vi snakker om pårørende tenker vi på de nære pårørende. Moesmand og Kjøllesdal definerer en nær pårørende slik:

«En nær pårørende er den pasienten selv gir, eller ville ha gitt, dennes status dersom han hadde hatt mulighet til det. Pårørende og pasient er personer som står hverandre følelsesmessig nær, og som har et gjensidig avhengighets- og kontaktforhold.» (Moesmand og Kjøllesdal 2004:153).

I de fleste situasjoner er pårørende nær familie, som for eksempel samboer, ektefeller, barn eller søsken. Men pårørende kan også blant annet være venner eller kollegaer (Christoffersen og

Gamborg 1996:102). Vi har valgt å konsentrere oss om voksne pårørende, dette fordi det er denne gruppen pårørende vi selv har møtt i praksis. Vi velger derfor å utelukke barn som pårørende, også fordi vi mener barn kan ha andre og spesielle behov som vi ikke har kunnskaper og erfaringer om.

Vi velger i denne oppgaven å se pårørende til døende pasienter ut i fra et holistisk menneskesyn, hvor man i en behandlings- og pleiesituasjon tar i betraktning at mennesket er mer enn en fysisk kropp. Mennesket er en helhet med blant annet kropp, tanker, engstelse, skam, sårbarhet, skavanker, ånd, ressurser, smerte og kulturbakgrunn. Ut i fra en holistisk tenkning kan man ta utgangspunkt i fire dimensjoner ved mennesket: det fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspektet. Det er viktig at sykepleieren har en forståelse for hvordan disse dimensjonene står i forhold til og påvirker hverandre (Odland 2008:25-27).

Ute i praksis har vi møtt pasienter med ulike diagnoser, sykdomsforløp og døds årsaker. Derfor velger vi og ikke knytte oss opp mot en bestemt type diagnose, sykdom eller lidelse, men generelt om døende pasienter. Døende pasienter omtales også ofte av helsepersonell som terminale pasienter. Ordet terminal betegnes som slutfasen av livet, og det er denne fasen og når døden inntreer vi vil fokusere på (Mathisen 2005: 281).

1.4 Oppgavens formål

Formålet med denne oppgaven er at vi ønsker å øke vår forståelse, faglige kunnskaper og bedre vår utøvelse av omsorg for pårørende. Dette for at vi en dag som sykepleiere føler vi kan håndtere og utfordre oss selv til å ivareta pårørendes behov, slik at de opplever omsorg når en av deres nærmeste går bort.

1.5 Oppgavens oppbygging

I kapittel 1 kommer innledningen. Her sier vi noe om hvorfor vi har valgt dette temaet, presenterer problemstillingen, avgrensning og hva som er formålet med oppgaven. Kapittel 2 omhandler metoden for oppgaven. Her sier vi kort om en litteraturstudie som metode for datainnsamling, og om hvordan vi har funnet fram til litteraturen vi har brukt, kildekritikk og metodekritikk. I kapittel 3 presenterer vi sykepleieteoretikeren Joyce Travelbees teori og teori om omsorg, pårørende, døende pasienter og kommunikasjon. I kapittel 4 drøfter vi hvordan sykepleieren igjennom de tre sidene av Kari Martinsens omsorgsfilosofi kan vise omsorg for pårørende til døende pasienter. I kapittel 5

kommer avslutningen på oppgaven vår. Oppgavens omfang er på 8248 ord.

2.0 METODE

2.1 Metodevalg

Ifølge Vilhelm Auberter er en metode ”*en framgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare*” (Dalland 2007:81).

Han sier også:

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metode» (Dalland 2007:81).

Metodelæren skiller mellom kvantitativ og kvalitativ metode. En kvantitativ metode har som formål å forme informasjonen om til enheter som er målbare, og som gir oss muligheter til å gjøre operasjoner som er regnbare. Det kan for eksempel være å finne gjennomsnitt eller prosent av en mengde. En kvalitativ metode går mer i dybden, den har som formål å fange opp meninger og opplevelser som ikke er målbare og som ikke kan tallfestes. Begge metodene skal bidra til en bedre forståelse av samfunnet vi lever i, og hvordan for eksempel enkeltmennesker og grupper samhandler (Dalland 2007:82).

Vi har valgt en kvalitativ metode med hermeneutisk tilnærming i vår oppgave. Hermeneutikk betyr i følge Dalland (2007) fortolkningslære. Å fortolke er et forsøk på å finne frem til en underliggende mening, eller gi klarhet til noe som er uklart. Denne tilnærmingen er viktig for alle som forbereder seg til å arbeide med mennesker (Dalland 2007:53,54).

2.2 Litteraturstudium som metode

Vi har valgt å belyse problemstillingen vår ved hjelp av litteraturstudie som kvalitativ metode for datainnsamling. Ved bruk av en slik metode finner man ut hva som står i litteraturen fra før av rundt det aktuelle temaet, istedenfor å skape eller produsere ny teori. Skulle vi ha produsert ny teori rundt dette temaet, måtte vi ha innhentet data fra pasienter og pårørende for å høre om deres erfaringer og opplevelser av å bli vist omsorg. Dette har vi ingen mulighet til ut fra gjeldene regelverk. Vi mener en litteraturstudie kan bidra til å øke vår forståelse og kunnskapsnivå rundt temaet vi har valgt.

2.3 Litteratur og kildekritikk

I oppgaven vår har vi brukt både primær og sekundær litteratur. Primær litteratur er når forfatteren presenterer eget arbeid, og sekundærlitteratur er når forfatteren siterer eller refererer andre (Dalland 2007:79). Vi har brukt både pensum litteratur og selvvalgt litteratur. Pensum litteraturen fant vi gjennom bruk av studieplanen vår hvor vi finner alt av vårt pensum i løpet av studiet, mens den selvvalgte litteraturen fant vi gjennom bibliotekets søkebase BIBSYS. Søkeordene vi har brukt er: omsorg, trygghet, kommunikasjon, Joyce Travelbee, pårørende, terminal pleie, terminale pasienter, døende pasienter og døden. Vi har valgt å ta med to artikler i oppgaven vår som underbygger våre meninger i drøftingen. Den ene artikkelen fant vi på sykepleien.no hvor vi brukte søkeordene omsorg og støtte, mens den andre artikkelen fant vi i en bok vi leste i og søkte den deretter opp på tidsskriftet.no. Vi har brukt nøyaktige kildehenvisninger i oppgaven, og skilt selvvalgt litteratur og pensum litteratur fra hverandre i litteraturlisten.

2.4 Metodekritikk

Bruk av litteraturstudie som metode betyr at man bruker litteratur som allerede finnes om det valgte temaet. En svakhet ved en slik metode kan være at man ikke produserer noe ny litteratur, men at man må gjøre sine egne tolkninger av den litteraturen som allerede finnes. Det vi opplevde som utfordrende ved bruk av denne metoden, var å finne relevant litteratur i forhold til pårørende.

3.0 TEORI

3.1 Joyce Travelbees sykepleieteori

3.1.1 Sykepleie

Vi har valgt å støtte oss til teoretikeren Joyce Travelbee i vår hovedoppgave. Dette i hovedsak fordi hun i tillegg til den syke er opptatt av dens familie og de mellommenneskelige forhold i sykepleiefaget. Dette belyser hun i sin sykepleiedefinisjon:

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller å mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee 1999:29).

Travelbee mener at ethvert menneske skal sees på som en unik person. Hvert enkelt menneske er enestående, uerstattelig og forskjellig fra alle andre som har levd og som kommer til å leve. Mennesket tar del i en rekke fellesmenneskelige erfaringer igjennom livet, et eksempel på dette kan være opplevelse av lidelse, sykdom og tap, som ikke er til å unngå igjennom et livsløp. Selv om disse erfaringene er felles for flere mennesker, vil den enkeltes opplevelse av for eksempel lidelsen være høyst personlig (Travelbee 1999:54-58).

3.1.2 Å hjelpe den sykes familie

Travelbee mener det er viktig og ikke glemme den sykes familie som sykepleier. Pasienten er medlem av en familie og det som skjer med han/hun har også innvirkning på familien og omvendt. Sykepleieren vil indirekte være til hjelp for familien når han/hun pleier den syke. Men for å gi direkte omsorg til familien bør sykepleieren gå innfor å bli kjent med vedkommende. Sykepleieren bør være tilgjengelig for familien, snakke og lytte til dem, men også gi informasjon om den syke hvis de trenger det. Det at sykepleieren viser at han/hun forstår hvilke påkjenninger familien gjennomgår, vil bety mye for familien. Å utføre små velgjerninger som tar kort tid, som for eksempel å sørge for en kopp kaffe hvis vi vet vedkommende liker det, vil for dem oppleves betydningsfullt (Travelbee 1999:259,260).

3.1.3 Lidelse

Lidelse blir definert som å være utsatt for fysisk eller psykisk smerte. Dette er en erfaring som varierer i intensitet, varighet og dybde av individet. Hver enkelt opplever lidelsen på sin egen unike måte. Lidelse er noe som kan ramme både en selv eller noen

som står en nær. Dette kan være av ulike årsaker som for eksempel sykdom, fysisk- eller psykisk smerte, tap som dødsfall, skilsmisse, samlivsbrudd, tap av kjæledyr eller en eiendel og av status. Ensomhet kan også gi en følelse av lidelse. Lidelse er en unnværlig del av det å være menneske og vil oppleves av alle før eller senere i livet (Travelbee 1999:98-102).

3.1.4 Sykepleiens mål og hensikt

Ifølge Travelbee er sykepleiens mål og hensikt å hjelpe personen til å mestre, bære og finne mening i de erfaringene som følger med sykdom og lidelse. Å gi hjelp til å akseptere sin sårbarhet som menneske, og til å bevare håp står også sentralt. For å oppnå sykepleiens mål og hensikt er det nødvendig å etablere et menneske-til-menneske-forhold, å ha en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer, og å kunne bruke seg selv terapeutisk (Travelbee 1999:41-46).

3.1.5 Menneske-til-menneske-forhold

Et menneske-til-menneske-forhold etableres gjennom en samhandlings prosess som inndeles i fem faser: det innledende møtet, framveksten av identiteter, empati, sympati, medfølelse og gjensidig forståelse og kontakt. *Det innledende møtet* mellom sykepleier og person kjennetegnes ved at de er fremmede for hverandre. Når en sykepleier møter en person for første gang, vil han/hun observere og gjøre seg opp noen meninger om vedkommende, og det samme gjøres motsatt vei. Sykepleierens oppgave er her å få øye på det unike mennesket bak rollen som pasient eller pårørende (Travelbee 1999: 186,187).

Etter det innledende møtet vil både personens og sykepleierens *identitet* tre frem og bli oppfattet av den andre. Sykepleieren ser at pasienten eller pårørende er forskjellig fra alle andre pasienter og pårørende, og begynner å forstå hvordan denne personen opplever sin situasjon. Pasienten eller pårørende fra sin side vil kunne se sykepleieren som et unikt individ, forskjellig fra alle andre sykepleiere (Travelbee 1999:188,189).

Empati er evnen til å sette seg inn i eller ta del i og forstå den andres situasjon i øyeblikket. I situasjoner der en har empati med en annen person, opplever en kontakt og nærhet. I sykepleien gir empati viktig informasjon om å forstå den andre personens indre

opplevelse og ytre atferd. Travelbee mener at empati ikke oppstår tilfeldig. Empati bygger på bestemte likheter i erfaringer som er gjort, og evnen til å ha empati i en annen persons situasjon er derfor til en viss grad avhengig av likheter i erfaringsbakgrunn (Travelbee 1999:193-195).

Sympati vil si at en har evne til å forstå andres plager, og man har et ønske om å lindre og hjelpe vedkommende som har det vondt. Ved å ha *sympati* ovenfor en pasient eller pårørende gir en uttrykk for at en er engasjert i han/hun som en person og at man bryr seg om hvordan han/hun har det. Dette kan uttrykkes gjennom verbal eller nonverbal kommunikasjon (Travelbee 1999:200,201).

Den femte og siste fasen i etableringen av menneske-til-menneske-forholdet er en nær og *gjensidig forståelse og kontakt* mellom sykepleier og pasient eller pårørende. Gjensidig forståelse og kontakt oppleves når sykepleieren og pasienten eller pårørende har gått igjennom de fire første fasene som er nevnt. Denne fasen utvikles når sykepleieren i sine handlinger har vist forståelse og ønske om å hjelpe pasienten og pårørende med å få det bedre, og faktisk er i stand til å hjelpe vedkommende (Travelbee 1999:211).

3.1.6 En disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer

I dette begrepet legges det vekt på at sykepleieren benytter sine fagkunnskaper om fysikk, medisin, biologi, sykepleievitenskap og atferdsvitenskaper, og sin innsikt til å kunne finne fram til pasienters eller pårørendes behov for omsorg. Sykepleieren bruker denne tilnærmingen for å kunne hjelpe den syke og den lidende med å mestre sin situasjon eller å finne en mening med den. Dette beskriver en profesjonell sykepleier (Travelbee 1999:42,43).

3.1.7 Å bruke seg selv terapeutisk

Evnen til å bruke seg selv terapeutisk er et annet kjennetegn på en profesjonell sykepleier ifølge Travelbee. En slik bruk av seg selv er knyttet til fornuft og intellekt. Sykepleieren bruker altså seg selv på en bevisst bruk av sin egen personlighet og egne kunnskaper, med sikte på å fremme forandring hos andre mennesker. Denne forandringen sees på som terapeutisk når den reduserer eller lindrer plagene hans/hennes.

Evnen til å bruke seg selv må hele tiden utvikles hos sykepleieren, dette allerede gjennom utdanningen (Travelbee 1999:42-45).

3.1.8 Kommunikasjon

Travelbee mener at kommunikasjon er et av sykepleierens viktigste redskap når man skal etablere et menneske-til-menneske-forhold. Gjennom kommunikasjon blir sykepleieren kjent med pasienten og pårørende som enestående individer, og sikrer at tiltak som blir gjort er i samsvar med personens behov. Å kommunisere er en gjensidig prosess. Sykepleieren bruker kommunikasjon for å søke å gi informasjon, og den syke og hans/hennes pårørende bruker kommunikasjon for å få hjelp. Sykepleieren kommuniserer også for å motivere og påvirke syke mennesker, og blir gjensidig påvirket av dem. På denne måten formidler sykepleieren omsorg for den han/hun har ansvaret for, dette kan være gjennom blick eller måter han/hun utfører sine handlinger på. Pasienten eller pårørende kommuniserer ut i fra sin oppfatning av sykepleieren, det vil altså si i hvilken grad han betrakter han/hun som et hjelpende menneske (Travelbee 1999:135-137).

3.2 Omsorg definert ut fra Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Omsorg er et dagligdags ord, som forbindes med å hjelpe og ta hånd om. Det har med nestekjærlighet å gjøre, om hvordan man behandler andre ut i fra hvordan man selv ønsker å bli behandlet. I følge Martinsen er det tre dimensjoner ved omsorgsbegrepet som er viktige. Omsorg har en relasjonell, en praktisk og en moralsk side (Martinsen 2003:14).

3.2.1 Omsorgens relasjonelle side

Kari Martinsen mener at omsorg har med hvordan vi forholder oss til hverandre, og hvordan vi viser omtanke for hverandre i vårt praktiske dagligliv. Omsorg er det mest naturlige og det mest grunnleggende ved menneskets tilværelse. I omsorgen er forholdet mellom mennesker naturlig, da omsorg er en sosial relasjon. Dette har med fellesskap og samhold med andre å gjøre. Omsorg er en relasjon mellom minst to personer. Martinsen skiller mellom to omsorgsrelasjoner, som hun kaller balansert gjensidighet og uegennyttig gjensidighet. Ved balansert gjensidighet gir og mottar begge parter omsorg, mens ved uegennyttig gjensidighet sørger den ene parten for den andre, uten og forvente

noe tilbake (Martinsen 2003:69,72,73).

Omsorg har også med forståelse å gjøre, at en kan forstå den andres situasjon. For at vi skal kunne forstå den andre, må vi som sykepleiere være villig til å kunne sette oss inn i pasienten eller pårørendes situasjon. Det å forestille seg å være i den andres situasjon, vil kunne få en til å tenke hvordan en selv ville ha ønsket å bli behandlet. På denne måten kan en lettere finne ut hva den andre er best hjulpet med (Martinsen 1990:74).

Tillit er en fundamental verdi i omsorg. Tillit er noe vi alle mennesker møter hverandre med i en relasjon, så lenge man ikke har noen grunn til det motsatte. Å vise tillit betyr at man utleverer seg, åpner seg for å bli imøtekommet. Det er grunnleggende i en hver samtale og i vår holdning til den andre. I gjennom våre holdninger tar vi enten vare på eller ødelegger tillits forhold. Å bryte et tillits forhold gjør man ved å være likegyldig ved og ikke ta i mot den andres utleverthet, dette kan skape mistillit (Martinsen 1990:70-72).

3.2.2 Omsorgens praktiske side

Omsorg vises gjennom våre praktiske handlinger med ting og redskaper, da det er igjennom disse vi treffer andre mennesker. Vi bruker tingene på en bestemt måte ut i fra hvordan vi befinner oss i forhold til den andre, dette formidler holdningene vi har til vedkommende. Mennesket forholder seg til andre gjennom sine handlinger. Det vi gjør for og sammen med andre igjennom handlinger, er på grunnlag av forståelsen for den andres situasjon ut fra den felles sammenhengen vi befinner oss i (Martinsen 2003:70).

Det å være et medmenneske gjør at man kan forstå den syke eller dens pårørende fordi vår hverdag har likhetstrekk. Ens egne erfaringer med smerte, med å ligge vondt og med å være sulten og tørst, gjør en i stand til å se og forstå den andre ut fra hans/hennes situasjon. Med de situasjonene vi har erfaringer og kunnskaper om, kan vi lettere forstå og dermed formidle til hverandre gjennom handlingene våre. Man kan aldri kjenne den andres ubehag eller lidelse, men man kan gjenkjenne situasjonen og forstå pasienten eller pårørende ut fra egne erfaringer i lignende situasjoner, og lindre hans/hennes plager. Det at sykepleieren anvender sine fagkunnskaper gjennom praktiske handlinger, som for eksempel å vaske kroppen og å gi mat er noe av det mest grunnleggende i

omsorgssituasjonen. På denne måten viser man omsorg og forståelse gjennom praktiske handlinger (Martinsen 2003:75,76).

3.2.3 Omsorgens moralske side

Den moralske siden har med livsførsel å gjøre, om hvordan vi er i relasjonen igjennom det praktiske arbeidet. Omsorgsmoral og gode sykepleieholdninger må læres. I følge Kristoffersen mener Martinsen at moralen har to sider, *spontanitet* og *norm*. Den spontane moralen uttrykkes i kjærligheten, handlinger som er til det beste for den andre. Normmoralen viser til regler og prinsipper som er skapt av mennesket og av samfunnet, og har som hensikt å uttrykke kjærlighetens idé. Normmoralen uttrykkes for eksempel i gjennom den gyldne regel, hensikten er å få mennesker til å oppføre seg som om de elsker sin neste, selv om de kanskje ikke gjør det. I sykepleien kreves det både spontan- og normmoral. Som sykepleiere må vi kunne møte pasienten eller pårørende spontant og uten baktanker, i andre situasjoner må en foreta grundige faglige overveielser for å kunne avgjøre hva som er den riktige handlingen. Sykepleiere må i stor grad ta hensyn til akkurat den situasjonen en befinner seg i (Kristoffersen 2005:67,68).

3.3 Pårørende

I de fleste situasjoner er pårørende nær familie, som for eksempel samboer, ektefeller, barn eller søsken. Men pårørende kan også blant annet være venner eller kollegaer. Pårørende er den døendes mest betydningsfulle nettverk, da det de som kjenner hans/hennes liv, verdier og vaner best. De er også sentrale personer i den døendes liv og tanker, de er der for hans/hennes sorg og bekymringer, og er hans/hennes håp og trøst (Christoffersen og Gamborg 1996:102).

Å være nær pårørende kan være utrolig krevende og vanskelig, men også berikende og traumatisk. De kan stå ovenfor flere problemstillinger og deres hverdag omfatter også fysiske, psykologiske, åndelige og sosiale aspekter. Det vil alltid være *fysisk* belastende å være nær pårørende til en døende. De kan selv være preget av sykdom eller andre lidelser som kan påvirker deres hverdag. Pårørende kan også ha behov for støtte og praktisk hjelp, noe som den døende tidligere har kunnet gi. Uansett hvor mye eller lite man som pårørende deltar i pleien av den døende, blir de ofte påvirket av den endrende tilværelsen på flere måter, som for eksempel mangel på søvn, lite hvile og nedsatt

appetitt (Christoffersen og Gamborg 1996:102,103).

Pårørende lider ofte like mye som den døende, men på en annen måte. Han/hun legger gjerne sine egne behov til side for å ivareta den døende, slik at han/hun opprettholder et normalt funksjonsnivå for å ikke la de *psykiske* følelsene ta overhånd. Mange pårørende gir også avkall på sine *åndelige* behov og dagligdagse aktiviteter som for eksempel skole, kultur og mosjon for å være sammen med den døende. Dette kan medføre psykologiske reaksjoner, som sosial tilbaketrekning og avvisning av venner og familie. Det som blant annet kan gå utover de *sosiale* forholdene kan være at pårørendes økonomi forandres. Det kan være snakk om redusert inntekt, økte utgifter eller overtakelse av familiens økonomi (Christoffersen og Gamborg 1996:104,105).

3.4 Døende pasienter

Døende pasienter beskrives også som terminale pasienter. Terminal er et begrep som omtaler pasienter i livets slutfase og betyr egentlig siste stadium. Det er stor forskjell på å være alvorlig syk, dødssyk og døende. En alvorlig syk person kan bli frisk, mens en dødssyk person har en langtkommen uhelbredelig sykdom som vil føre til døden. Begrepet døende brukes når en pasient har kliniske observerbare forandringer som en vet tyder på død. De kliniske tegnene som kan oppstå kan blant annet være overflatisk og uregelmessig respirasjon, synlig nedsatt blodsirkulasjon, opphør av urinproduksjon, at pasienten blir tiltakende sengeliggende, mer forvirret eller bevisstløs, uinteressert i mat og drikke og avtakende interesse for omgivelsene (Blix og Breivik 2006:358, Mathisen 2005: 281).

3.5 Kommunikasjon

Begrepet 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 og Eide 2007:17).

Gode kommunikasjonsferdigheter kan bidra til å bedre kontakten med andre, redusere stress hos helsepersonell og sikre kvaliteten på samhandlingen under høyt arbeidspress. Kommunikasjon brukes til å stille spørsmål, å hjelpe andre til å uttrykke sine følelser og for å gi nærhet. God kommunikasjon kan skape god kontakt mellom helsepersonell og

pasienter eller pårørende. Gode samtaleevner kan være et middel til å forstå den andre, og til å skape en bedre samhandling. Dette kan bidra til økt trygghet og tillit (Stordalen 2009:141).

I gjennom god kommunikasjon skapes gode relasjoner og samhandlinger, dette skjer både verbalt og nonverbalt. Verbal kommunikasjon er det vi sier med ord, vi bruker det først og fremst når vi skal formidle et budskap til andre. Det er forskjellige måter å henvende seg til andre igjennom verbal kommunikasjon, dette skjer ofte sammen med nonverbal kommunikasjon. Nonverbal kommunikasjon er hvordan vi bruker stemmen, blikk, mimikk, øyekontakt, ansiktsuttrykk, hodebevegelser, bevegelser med armer, hender og føtter, dette kalles også kroppsspråk. Personlig rom, samhandlingsavstand, fysisk berøring og taushet er også måter å uttrykke seg nonverbalt på (Stordalen 2009:147,154,158).

Den viktigste funksjonen til sykepleieren i gjennom nonverbal kommunikasjon er å møte for eksempel pasienter og pårørende på en oppmuntrende, bekreftende og bestyrkende måte. Og gjennom dette skape trygghet og tillit som de kan trenge for å kunne åpne seg, dele tanker og følelser. Dette kan skape en relasjon, gi motivasjon og hjelpe den andre til å bruke sine ressurser så godt som mulig. Nonverbal kommunikasjon kan gis til uttrykk gjennom ulike tegn og signaler (Eide og Eide 2007:199,202).

3.5.1 Ansiktsuttrykk

Observasjon av ansiktsuttrykk kan gi oss informasjon om hverandres følelser og reaksjoner. Om vi for eksempel møter et trygt smil, vet vi at ting er bra, men møter vi et stramt ansikt med sammenbitte tenner skjønner vi at noe kan være galt. Ansiktsuttrykk blir observert og fortolket av andre, både bevisst og ubevisst. Igjennom kommunikasjon søker vi ofte spontant etter tegn på bekreftelse eller avvisning (Eide og Eide 2007:202,203)

3.5.2 Øyekontakt

Blikket er en av de viktigste nonverbale formene og sier noen om både relasjon og om personlige kvaliteter. Gjennom blikk uttrykker man følelser, holdninger og oppmerksomhet for andre, og det kan vekke følelser og reaksjoner, berolige eller vekke

engstelse. Å være bevisst på sitt eget blikk kan gjøre at man kommuniserer mer i overensstemmelse med det man ønsker. Blikk kan bidra til å bedre relasjonen, mens å overdrive blikkontakten kan gi en følelse av overvåkning. Det er viktig å holde seg på samme nivå som den man kommuniserer med. Et eksempel på dette kan være at man setter seg ned når man snakker med noen som ligger til sengs. Dette for å kunne ha øyekontakt på samme nivå. Det gjelder å skape en god balanse mellom for lite og for mye, og gjøre det som føles naturlig i en hver situasjon (Eide og Eide 2007:206,207).

3.5.3 Kroppsspråk

Kroppsspråket er også uttrykk for følelser og holdninger, og er en viktig del av vår kommunikasjon med andre. I samtaler er det viktig at kroppsspråket bidrar til å skape kontakt og trygghet, og at hensikten med samtalen kommer frem. Når man sitter henvendt mot den man kommuniserer med, formidler man interesse og ønske om kontakt, dette kan gjøre at man lettere skaper fortrolighet og trygghet (Eide og Eide 2007:207-209).

3.5.4 Stemmens klang

Klangen i stemmen forteller mye om personen. Våre følelser vil påvirke klangen, den kan være hard, varm, urolig, nervøs, skjelvende osv. Stemmen formidler uro eller ro, oppmerksomhet eller distraksjon (Eide og Eide 2007:209).

3.5.5 Berøring

Berøring er ofte en del av den daglige omsorgen for pasienter. Hvordan berøring oppleves avhenger av situasjonen og varierer fra person til person. Berøring kan føre pasienter eller pårørende og sykepleier nærmere hverandre. Når evnen til kommunikasjon er nedsatt som for eksempel hos døende vil det være mer naturlig å røre ved den andre under samtaler. Dette formidler kontakt, sympati og omsorg for den andre (Eide og Eide 2007:210,211).

3.5.6 Stillhet

Å bruke stillhet aktivt er sterkt kommunikasjonsmiddel. Stillhet kan brukes på flere måter som for eksempel å gi hverandre tid til å reflektere og bearbeide det som er sagt, å

stimulere den andre til å fortsette å dele tanker og følelser, og å gi tid og rom til å kjenne på og dvele ved det som er følelsesmessig ladet. Dette oppleves ofte som noe meningsfylt og bestyrkende (Eide og Eide 2007:212).

4.0 DRØFTING

Siden omsorg er et av de mest sentrale begrepene i problemstillingen vår, velger vi å disponere drøftingen ut i fra Kari Martinsens tre dimensjoner ved omsorgsbegrepet. Vi skal drøfte Joyce Travelbees teori ut ifra omsorgens tre sider, hvor vi skal trekke inn teori om kommunikasjon, pårørende, døende pasienter og våre egne erfaringer, opplevelser og meninger rundt temaet og problemstillingen vår.

4.1 Den gode relasjonen

Travelbee (1999) er opptatt av å vise omsorg til den sykes familie. Hun mener pasienten er en del av familien og at det som skjer med han/hun også har innvirkning på familien og omvendt. For at sykepleieren skal kunne gi direkte omsorg til familien bør han/hun gå inn for å bli kjent med vedkommende, at de etablerer et menneske-til-menneske-forhold. Hun mener kommunikasjon er et av de viktigste redskapene for å kunne etablere et slikt forhold. Dette skjer igjennom en samhandlings prosess på fem faser: det innledende møtet, framveksten av identiteter, empati, sympati, medfølelse og gjensidig forståelse og kontakt. Vi mener at måten sykepleieren tilnærmer seg pårørende på i *det innledende møtet*, har mye å si for hvordan det videre forholdet mellom sykepleieren og pårørende blir. Kommer man skjært ut fra starten av, kan dette prege det videre forholdet dem imellom. At sykepleieren er imøtekommende, hyggelig, smiler og hilser er gode måter å møte pårørende på. Eide og Eide (2007) sier at man igjennom blant annet ansiktsuttrykk, blick og kroppsspråk uttrykker følelser, holdninger og oppmerksomhet for andre. Ut i fra dette kan man skape trygghet og tillit, slik at pårørende lettere åpner seg for sykepleieren og deler sine indre tanker og følelser. Vi mener at på denne måten viser sykepleieren omsorg for pårørende igjennom ansiktsuttrykk, kroppsspråk og blick, som kan danne grunnlaget for en god og betydningsfull relasjon.

Etter det innledende møtet mener Travelbee (1999) at sykepleierens og pårørendes *identitet* trer frem. Sykepleieren er i bedre stand til å se det unike mennesket bak rollen som pårørende, at han/hun er forskjellig fra alle andre. På denne måten mener vi

sykepleieren viser omsorg til pårørende ved at han/hun forsøker å forstå og sett seg inn i hvordan denne personen opplever det å være pårørende til en døende. I slike situasjoner er det viktig at sykepleieren ser det lidende mennesket. Travelbee (1999) fremhever at lidelse er noe alle mennesker opplever på sin egen unike måte, noe vi mener sykepleieren skal være oppmerksom på. Det vil aldri finnes et fasitsvar på hvordan man opplever og håndterer å miste noen som står en nær, og dermed vil også alle ha ulike behov som trenger å bli ivaretatt. Vi vil fremheve viktigheten av å kunne se pårørende som et helhetlig menneske med fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. For sykepleieren er det viktig å kunne se hvilke av disse behovene den enkelte pårørende trenger hjelp til å ivareta, på den måten kan han/hun vise omsorg.

I løpet av våre praksisperioder har vi erfart mangel på *empati* i flere situasjoner. Travelbee (1999) mener at empati er evnen til å forstå og frempeker at dette er noe som ikke oppstår tilfeldig, men at det bygger på bestemte likheter i erfaringer som er gjort. En av oss opplevde i praksis sitt første møte med pårørende til en døende pasient. Pårørende var en kvinne som i løpet av natten hadde mistet sin mann etter lengre tids sykdom. Da studenten og en sykepleier kom på vakt morgenen etter, fikk de ansvaret for kvinnen og hennes avdøde mann. Siden dette var studentens første møte med døden, var hun utrygg på hvordan hun skulle opptre i denne situasjonen. Studenten kunne i denne situasjonen ikke forstå hvordan kvinnen følte tapet over sin mann, og dermed ikke oppleve empati. Vi mener om studenten hadde hatt egne erfaringer om hvordan det er å miste noen som står en nær, så kunne hun vært i bedre stand til å sette seg inn eller å ta del i kvinnens situasjon i øyeblikket, og dermed opplevd empati. Derfor er vi enige i at empati er noe som kan oppleves på grunnlag av egne erfaringer, og som hver enkelt sykepleier vil oppleve forskjellig. Selv om sykepleieren ikke kan oppleve empati ovenfor alle pårørende, er det likevel mulig å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Sykepleieren kan da vise omsorg til pårørende igjennom de andre fasene.

Selv om studenten i eksemplet over ikke kunne oppleve empati ovenfor kvinnen, var hun likevel i stand til å kunne føle *sympati*. Slik som Travelbee (1999) beskriver sympati hadde studenten et ønske om å kunne lindre pårørendes tap og lidelse, men viste ikke hvordan. Men da kvinnen senere brøt ut i gråt, følte studenten for å vise sin sympati og medfølelse igjennom en klem. Kvinnen mottok klemmen og tok godt rundt studenten. Slik ble de stående en stund, uten å veksle et eneste ord, noe som studenten følte at kvinnen opplevde som omsorgsfullt. Eide og Eide (2007) bekrefter at berøring og stillhet

formidler kontakt, sympati og omsorg for den andre.

Det å ha etablert et menneske-til-menneske-forhold mener vi vil ha en innvirkning for hvordan sykepleieren vil vise omsorg for pårørende. Har man etablert et slikt forhold har sykepleieren i følge Travelbee (1999) blitt kjent med pårørende og omvendt, de har oppnådd *gjensidig forståelse og kontakt*. På denne måten kan sykepleieren lettere se hvilke behov pårørende har og vise omsorg ut ifra det. Men vi vil fremheve viktigheten av at man også som sykepleier skal kunne vise omsorg uten å ha etablert et slikt forhold, da det ikke er alltid at sykepleieren får truffet pårørende før døden inntreffer. Vi mener at sykepleieren bør gå varsomt frem når han/hun skal tilnærme seg pårørende i en slik situasjon. Det finnes ikke et bestemt svar på hvordan sykepleieren skal opptre i slike situasjoner, og her gjelder det at sykepleieren bruker sine erfaringer og sitt skjønn for å gjøre det som føles riktig i en hver situasjon (Martinsen 2005). Pårørende er ofte sårbare og kan ha vanskeligheter med å slippe fremmede inn på seg. Sykepleieren kan oppfattes som fremmed da de ikke har etablert en relasjon (Blix og Breivik 2006). En av oss har selv erfart dette. Da vedkommende mistet sin farfar for noen år siden, opplevde hun å bli vist omsorg av en sykepleier som hun først møtte etter at farfaren var død. Etter at farfaren var stelt og rommet var ordnet, fikk nærmeste familie en stund alene med han. Da de etter en stund kom ut av rommet gikk sykepleieren bort til familien for å kondolere alle for deres tap. Sykepleieren ga farmoren en klem, mens vedkommende selv mottok et godt håndtrykk og et varmt blick. Siden dette var deres første møte, hadde ikke vedkommende likt om sykepleieren hadde trengt seg innpå henne ved å gi henne en klem. Men igjennom håndtrykket og blikket opplevde vedkommende at sykepleieren viste sin medfølelse, og opplevde denne situasjonen som omsorgsfull. I de situasjonene sykepleieren ikke har etablert en relasjon til pårørende er det som sagt viktig at han/hun viser omsorg på andre måter. Dette kan for eksempel være igjennom hans/hennes praktiske handlinger, noe vi skal drøfte senere i oppgaven.

Martinsen (1990) mener at for å kunne vise god omsorg er man blant annet avhengig av et godt tillitsforhold mellom sykepleier, pasienten og hans/hennes pårørende. Vi mener tillit kan skapes gjennom samtaler og god kommunikasjon med personene. Stordalen (2009) påpeker også at god kommunikasjon kan bidra til økt trygghet og tillit. Vi mener sykepleieren bør gi uttrykk for at han/hun både har tid og vilje til å sette seg ned å prate med pårørende. Dette bør ikke gjøres på korridoren eller dagligstuen hvor det er andre mennesker til stede, men på et mer rolig, privat og passende sted, som for eksempel på et

samtalerom. Vi har selv erfart at dette ofte gjør at både pasienter og pårørende lettere åpner seg.

En av oss observerte en situasjon i praksis som ikke var preget av et godt tillitsforhold mellom pårørende og sykepleier. I en samtale ute på korridoren mellom lege, sykepleier og en mann som var pårørende til sin kreftsyke kone, ble mannen spurt om hvordan han hadde det. Mannen svarte at han var meget sliten og at han slet med å få slappe av og sove. Legen svarte raskt at han skulle skrive ut en resept på sovetabletter, og deretter forlot både han og sykepleieren mannen. Her ble mannen overlatt til seg selv da verken sykepleieren eller legen møtte mannen igjennom en relasjonell tilnærming. Vi mener sykepleieren skulle ha vist mannen omsorg ved å tatt mer ansvar og tid til å sette seg ned for å prate med han. På denne måten kunne mannen ha fått muligheten til å prate ut om sine psykiske følelser i forhold til konas sykdom. Dette kunne kanskje ha lettet hans lidelse, slik at han lettere hadde fått slappe av og sovet. Vi mener det er viktig at sykepleieren er klar over at de pårørende lider ofte like mye som den døende, men på en annen måte (Christoffersen og Gamborg 1996). Vi utelukker ikke at sovetabletter hadde vært nødvendig selv om han hadde fått en samtale, men vi mener det ikke skulle vært første og eneste løsning. Sovetabletter vil ikke kunne erstatte den gode samtalen, som vi har observert har en stor betydning for mange lidende. Slike medikamenter kan også være vanedannede, men ofte er det slik at mennesker som lider eller er i tøffe perioder av livet har behov for hjelp igjennom medikamenter da andre tiltak ikke hjelper. Årsaken til at både legen og sykepleieren distanserte seg fra mannen kan være flere. Det kan for eksempel være at de var redde for å gå inn i relasjonen da det ofte er en vanskelig oppgave, at det var travelt i avdelingen, eller at de var ubevisste på å se mannen som et helhetlig menneske. Ved at sykepleieren og legen handlet slik de gjorde mener vi de ikke viste omsorg igjennom en relasjonell tilnærming, som i denne situasjonen kanskje ville ha vært det beste for mannen. Men ved å skrive ut en resept, tydde de til en praktisk handling og viste omsorg ut i fra det.

Vi har gjort oss flere tanker og refleksjoner om hvordan sykepleieren kan forberede pårørende på døden. Som sykepleier mener vi det er viktig å tenke over at ikke alle mennesker er klar over hva som skjer med kroppen når en person er døende. Det er viktig å gjøre pårørende klar over de kliniske tegnene som kan oppstå før døden inntreffer. De kliniske tegnene kan for eksempel være overflatisk og uregelmessig respirasjon, blålig farge på lepper, hender og føtter som følge av nedsatt blodsirkulasjon,

mer forvirring eller avtakende interesse for mat og drikke (Blix og Breivik 2006). Vi har opplevd at disse symptomene ofte har virket skremmende på pårørende, da de i forkant ikke har fått informasjon om at dette er tydelige tegn som kan oppstå når det går mot livets slutt. I en undersøkelse fra Oslo uttrykte pårørende til pasienter som døde på sykehus behov for bedre og løpende informasjon om sykdomsutvikling (Ottesen mfl. 2005). For å forberede de pårørende på best mulig måte, mener vi det er viktig med åpen og ærlig kommunikasjon mellom sykepleieren og pårørende. Her er det viktig å ha utviklet en god relasjon som bygger på gjensidig forståelse og tillit, slik et menneske-til-menneske-forhold beskrives.

4.2 Omsorg igjennom praktiske handlinger

Omsorg til pårørende kan også vises i gjennom sykepleierens praktiske handlinger. Travelbee (1999) påpeker betydningen av de små velgjerningene som tar kort tid, som for eksempel å tilby pårørende en kopp kaffe. I en artikkel skrevet av Hauge mfl. (2005) kommer det også fram at det ofte er de enkle tingene som har betydning i sårbare situasjoner. Vi har selv observert at pårørende ofte sitter i flere timer inne hos den døende, uten å ivareta sine egne behov. Dette kan for eksempel være fysiske behov som å få i seg mat og drikke, søvn og hvile. Da vi i slike situasjoner blant annet har servert pårørende mat og drikke har de gitt tilbakemeldinger på at dette opplevdes som svært omsorgsfullt. Vi har da brukt våre fagkunnskaper som tilsier at alle mennesker trenger mat og drikke for å kunne fungere i dagliglivet. Travelbee (1999) beskriver en profesjonell sykepleier når han/hun benytter sine fagkunnskaper for å finne frem til pårørendes behov for omsorg. Og på denne måten mener vi at pårørende kan få mer overskudd og krefter til å kunne sitte og være der for den døende. Martinsen (2003) påpeker at det er grunnleggende i omsorgssituasjonen at sykepleieren anvender sine fagkunnskaper igjennom praktiske handlinger. På denne måten viser sykepleieren omsorg og forståelse for pårørende.

Som nevnt har vi observert at pårørende ofte sitter timevis ved sengen hos den døende. Det er ikke bare de fysiske behovene pårørende ofte gir avkall på, men de legger også ofte sine egne sosiale og åndelige behov til side for å kunne være tilstede hos den dødende. Vi har fått inntrykk av at mange pårørende ikke forlater pasientrommet av den grunn at de er redde for at deres nærmeste skal bli liggende alene, eller dø akkurat når de er ute. Da mener vi at sykepleieren bør komme med konkrete forslag til den

pårørende og påpeke viktigheten av at de også ivaretar sine egne fysiske, sosiale og åndelige behov. Om dette ikke blir gjort sier Christoffersen og Gamborg (1996) at det kan medføre psykologiske reaksjoner som sosial tilbaketrekning og avvisning av venner og familie. Et slikt forslag kan for eksempel være å si til vedkommende at: «vi som er på vakt kan bytte på å sitte her i en times tid, slik at dere får kommet dere hjem til familien en tur». Ved å komme med slike konkrete forslag kan det kanskje være lettere å akseptere tilbudet, enn om vi hadde spurt om de trenger å komme seg hjem en tur. Sykepleieren bør da holde det han/hun har sagt, slik at pårørende kan føle seg trygge på at deres nærmeste ikke er alene, dette vil være en måte å vise respekt og omsorg for pårørende på. Om sykepleieren ikke holder det han/hun har sagt og den døende ligger alene når pårørende kommer tilbake, kan føre til at pårørende får mistillit til sykepleieren og vil kanskje ikke oppleve omsorg (Martinsen 1990). Men på en annen side er det viktig at sykepleieren tenker over at noen pårørende har behov for å sitte hos den døende mest mulig. De kan tenke at dette er det siste de kan gjøre for sin nærmeste før han/hun dør og ønsker derfor å være der mest mulig den siste tiden (Christoffersen og Gamborg 1996).

Travelbee (1999) mener også at sykepleieren kan vise indirekte omsorg for pårørende, igjennom pleien av den døende/døde. Vi har selv erfart at når vi går inn på pasientrommet for å for eksempel gi smertestillende og stelle den døende, så har pårørende bekreftet at de setter pris på at vi forklarer det vi gjør og hvorfor vi utfører de praktiske handlingene. Ved at vi informerer pårørende om behandlingen og de praktiske tiltakene vi iverksetter rundt pasienten, mener vi sykepleieren beroliger og trygger pårørende med at vi gjør det beste for den døende, og at han/hun har det godt helt fram til døden inntreffer. Dette vil også oppleves som godt for pårørende (Travelbee 1999). Mange pårørende har behov for å stelle den døende på egen hånd. De kan ha vært vant til dette før han/hun ble innlagt på sykehus, og kan ha et ønske og/eller behov for å gjøre noe konkret for deres kjære, selv om dette er noe de ikke må gjøre. Å foreta munnstell, børste håret eller å gi mat og drikke kan være eksempler på dette (Blix og Breivik 2006). Vi mener det er viktig at sykepleieren ikke overkjører pårørende og gir dem tid og rom for å stelle og ivareta den døende slik de selv ønsker.

Når pasienten dør har sykepleieren i oppgave å stelle den avdøde. Men det er også tilfeller der pårørende ønsker å få være med på det siste stellet. De kan oppleve dette som betydningsfullt og vil symbolisere sin siste kjærlighet for den avdøde (Sand 2001). I

praksis har vi opplevd at sykepleiere har lagt stor vekt på at det blir vist respekt for den avdøde og deres pårørende igjennom det siste stellet. Da en gammel dame døde på avdelingen stelte sykepleierne den avdøde slik de pleide å stelle henne da hun levde. De tok på henne en av hennes yndlings kjoler, flettet håret slikt hun likte og foldet hendene fint på brystet hvor de la en blomst som hun hadde hatt på nattbordet under oppholdet. Sykepleierne gjorde rommet pent og ryddig og la en hvit duk og tente et lys som de satte på nattbordet. Da datteren kom inn for å ta farvel med sin mor, var det første hun sa: «Å så vakker hun er!». Datteren uttrykte stor takknemlighet og fortalte at dette opplevdes svært omsorgsfullt at sykepleierne hadde lagt så mye kjærlighet i stellet av hennes mor. Vi mener dette også kan sees på som en god moralsk handling, da sykepleierne uttrykt i sine handlinger at de ønsket det beste for datteren. Mathisen (2005) bekrefter at stillhet, blomster og lys kan øke inntrykket av verdighet og omtenkksomhet rundt avskjeden.

4.3 Den moralske siden ved omsorgen

I følge Kristoffersen (2005) mener Martinsen at den moralske siden av omsorgen har med livsførsel å gjøre, om hvordan vi er i relasjonen igjennom det praktiske arbeidet. Her velger vi å poengtere dette igjennom det samme eksempelet som vi brukte under praktisk omsorg for pårørende, hvor vi i flere situasjoner har sett at pårørende har sittet i flere timer hos den døende. De har da gitt avkall på blant annet sine fysiske behov som for eksempel å få i seg mat og drikke. Da vi har tilbudt dem et måltid har de fleste svart at de mangler matlyst og takket nei. Vi har i slike situasjoner likevel servert dem mat og drikke, da vi i gjennom våre fagkunnskaper vet at alle mennesker har behov for næring for å kunne fungere i dagliglivet. Vi vet også ut i fra erfaringer at pårørende ofte blir sittende hos den døende så lenge de har muligheten til det. Da er det viktig at de får i seg mat og drikke slik at de får mer overskudd og krefter til å sitte hos den døende. Ifølge Kristoffersen (2005) mener Martinsen at dette er en spontan moralsk handling. Omsorgen uttrykkes her i gjennom kjærligheten, da sykepleieren vil det beste for pårørende.

Vi har i praksis observert at det er sykepleiere som har negative holdninger og meninger ovenfor pårørende, noe vi ofte ser kommer til uttrykk igjennom måten sykepleiere tilnærmer og forholder seg til pårørende på. Enkelte sykepleiere ser på dem som en belastning eller at de bare er i veien med alle sine spørsmål, og andre sykepleiere lar også sine private oppfatninger av mennesker påvirke deres utøvelse av sykepleie. I

praksis observerte vi en situasjon der sykepleieren hadde dårlige holdninger ovenfor en pårørende, dette uttrykte hun igjennom måte hun pratet om og til vedkommende på. Pårørende var en kvinne som hadde en mann som nylig hadde fått diagnosen lungekreft. Kvinnen var meget opptatt av mannens pleie og sykdom, som hun stilte mange spørsmål om, og sa raskt ifra om det var noe hun ville sykepleieren skulle gjøre for mannen. Vi tolket det slik at sykepleieren likte dette dårlig, da hun ofte pratet negativt om kvinnen. Vi kunne ofte høre at hun sa hun var så lei av alle spørsmålene rundt sykdommen, pleien og tiltakene som ble iverksatt. Vi mener dette var umoralsk av sykepleieren, og at hun burde ha sett situasjonen ut i fra kvinnens perspektiv. Kanskje kvinnen var i sjokk som nylig hadde fått vite at mannen hadde en uhelbredelig kreftsykdom, og at dette var mye for henne å håndtere. Vi mener sykepleieren kunne ha gått mer aktivt inn for å bli kjent med kvinnen, å ha etablert et menneske-til-menneske-forhold, som bygger på en gjensidig forståelse og kontakt med kvinnen. Slik kunne hun ha vært mer forståelsesfull og vist omsorg ovenfor pårørende. Her mener vi sykepleieren brøt en av de yrkesetiske retningslinjene som er utarbeidet for sykepleiere. De yrkesetiske retningslinjene skal være en av sykepleierens viktigste verktøy og sykepleieren er pliktig til å utøve sykepleie ut i fra disse. Dette for å sikre høy etisk sykepleiefaglig standard blant norske sykepleiere. Disse retningslinjene omhandler sykepleierens forhold til pasient, *pårørende*, profesjon, medarbeidere, arbeidssted og samfunn. I punktet som omhandler sykepleieren og pårørende, står det blant annet at sykepleieren skal vise omsorg og respekt for pårørende. Vi mener sykepleieren skal vise respekt og omsorg for alle pårørende, uavhengig av mottakerens alder, hudfarge, trosoppfatning, kultur, funksjonshemming eller sykdom, kjønn, nasjonalitet, politisk oppfatning og etnisk bakgrunn (Sneltvedt 2008). Ifølge Kristoffersen (2005) mener Martinsen at normmoralen viser til regler og prinsipper som er skapt av mennesket og av samfunnet, hensikten er å få mennesker til å oppføre seg som om de elsker sin neste, selv om de kanskje ikke gjør det.

5.0 Avslutning

Vi mener arbeidet med dette temaet har vært interessant, lærerikt og utfordrende. Vi har fått erfare at omsorg er mer enn et ord for det å bry seg. Omsorgsbegrepet er et vidt begrep og har flere forklaringer og definisjoner. Ved å bruke Kari Martinsens definisjon på omsorg, har vi fått innsyn i begrepets tre dimensjoner. Omsorgen har en relasjonell, en praktisk og en moralsk side. Ved drøftingen av dette har vi erfart at de tre dimensjonene går veldig inn i hverandre, og at det er vanskelig å skille de helt. Vi mener

at en hver situasjon vil preges av moralen, da sykepleieren alltid vil stå ovenfor et valg. For å kunne vise pårørende direkte omsorg er det viktig at sykepleieren ser det unike mennesket bak rollen som pårørende. Som Travelbee (1999) fremhever i sin sykepleieteori er et hvert menneske enestående og forskjellig fra alle andre. Vi mener det er viktig at sykepleieren igjennom både nonverbal og verbal kommunikasjon viser initiativ og vilje til å kunne hjelpe pårørende i den tunge tiden. Igjennom et menneske-til-menneske-forhold vil sykepleieren bli kjent med pårørende og vil lettere få en innsikt i vedkommendes lidelse, og bedre kunne se hvordan han/hun kan hjelpe pårørende. I de tilfellene sykepleieren ikke har muligheten til å inngå en relasjon til pårørende, mener vi han/hun likevel skal kunne vise omsorg. Sykepleieren må trygge pårørende med at han/hun er der for dem og at han/hun vil deres beste. Omsorgen kan også komme til uttrykk igjennom de praktiske handlingene. Det kan være å servere dem mat og drikke, tilby en seng å sove i eller indirekte igjennom stellet av den døende/døde. Moralens vil komme til uttrykk igjennom de valgene sykepleieren foretar seg, og moralen er god når sykepleieren vil det beste for den andre. Igjennom arbeidet med denne oppgaven har vi tilegnet oss flere faglige kunnskaper rundt temaet og vil som nyutdannede sykepleiere ta med oss denne kunnskapen i møte med pårørende til døende pasienter.

Litteraturliste

Pensumlitteratur

- Blix, E. S og Breivik, S. (2006) *Basisbok i sykepleie- om menneskets grunnleggende behov*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H og Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. Utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2005) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: *Grunnleggende sykepleie Bind 4*, Kristoffersen, N.J, Nortvedt, F. Og Skaug, E. A (red.), s.13-99, 1. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Martinsen, K. (1990) Omsorg i sykepleien- en moralsk utfordring. I: *Moderne omsorgsbilder*, Jensen, K (red.), s.61-96, 1. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Martinsen, K. (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk- filosofiske essays*. Oslo: Universitets Forlaget.
- Moesmand, A. M og Kjøllesdal, A. (2004). *Å være akutt kritisk syk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sand, A. M. (2001) Se også meg - om å være pårørende til en syk. I: *Klinisk sykepleie*, Almås, H (red.), s. 31-47, 3. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Selvvalgt litteratur

- Christoffersen, S og Gamborg, H. (1996) *Livet før døden - Terminal pleje*. København: G.E.C.Gads Forlag (s.102-117).

- Hauge, G., Eskerud, R.S og Eide, K (red.) (2005). *Samtaler hjelper etterlatte*. [Online], Tilgjengelig fra http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p_document_id=117817 [20. April 2010].
- Mathisen, J. (2005) Livets avslutning. I: *Grunnleggende sykepleie Bind 3*, Kristoffersen. N. J, Nortvedt, F. Og Skaug, E.A (red.), s. 271-318, 1. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Martinsen, K. (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin- Historisk- filosofiske essays*. Oslo: Universitets Forlaget (s.67-83).
- Martinsen, K. (2005) *Samtalen, skjønnnet og evidens*. 1. Utg. Oslo: Akribe as. (135-167).
- Odland. L.H. (2008) Menneskesyn. I: *Etikk i sykepleien*, Brinchmann, B. S (red.). s. 23-41, 2. Utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ottesen, S., Fossli, I., Aamosmo, T., Holten, R (red.) (2005) *Fra teori til virkelighet i det palliative landskap*. [Online], Tilgjengelig fra http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1166087 [23. April 2010].
- Sneltvedt, T. (2008) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I: *Etikk i sykepleien*, Brinchmann, B.S (red.), s. 97-115, 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Stordalen, J. (2009) Kommunikasjon. I: *Etikk og kommunikasjon*, Grasaas, K. K, Sjursen, M og Stordalen, J (red.), s. 137-148. Kristiansand: Høyskoleforlaget – Norwegian Academic Press.
- Stordalen, J. (2009) Kommunikasjonsprosessen. I: *Etikk og kommunikasjon*, Grasaas, K.K, Sjursen, M og Stordalen, J (red.), s. 149-161. Kristiansand: Høyskoleforlaget – Norwegian Academic Press.

Travelbee, J.(1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS. (s.29-49,s.53-60, s.98-116, s. 135-167, s.171-218, s.219-261).

Til sammen 336 sider selvvalgt pensum.