



Bacheloroppgave i sykepleie (vår 2010)

Emnekode: SY 180H 000

***Stress og omsorg.***

[Olsen, Marit]

Kandidat nr: 43

Innlevering: 30.04.10

Antall ord: 9849

Kull: 2007 Høst

**Innholdsfortegnelse og disposisjon:****Sidetall:****Kapittel 1:**

1.0. Innledning.	Side 04
1.1. Bakgrunn og problemstilling.	Side 04
1.2. Avgrensinger og presiseringer.	Side 05
1.3. Hensikt.	Side 05

**Kapittel 2:**

2.0. Metode.	Side 06
2.1. Litteraturstudie og erfaringsbaserte kunnskaper.	Side 06
2.2. Metode og fremgangsmåte.	Side 06
2.3. Vitenskapelig forankring.	Side 08

**Kapittel 3:**

3.0. Teorikapittel.	Side 09
3.1.0. Introduksjon.	Side 09
3.1.1. Stress og stressore på sykehuset.	Side 09
3.1.2. Hva er stress, og er det noe spesielt med eldre og stress?	Side 10
3.2.0. Lazarus teori om stress og mestring.	Side 11
3.2.1. Kognitiv estimering.	Side 11
3.2.2. Det å mestre.	Side 12
3.3.0 Kari Martinsen.	Side 13

3.3.1	Omsorgsfilosofien.	Side 13
3.3.2	Omsorgens relasjonelle dimensjon.	Side 13
3.3.3	Omsorgens praktiske dimensjon.	Side 14
3.3.4	Omsorg som et moralsk begrep.	Side 15
3.4.0	Forskningsartikler.	Side 15
3.4.1	Hospital noise pollution: an environmental stressmodel to guide research and clinical interventions.	Side 15
3.4.2	The experience of hospitalized elderly patients.	Side 16

**Kapittel 4:**

4.0.	Drøfting.	Side 17
4.1.	Innledning.	Side 17
4.2.	Forforståelse med hermeneutisk utgangspunkt.	Side 17
4.3.	Fysiske stressore.	Side 19
4.4.	Mentale stressore.	Side 23
4.5.	Oppsummering.	Side 27

**Kapittel 5:**

5.0.	Konklusjon.	Side 28
5.1.	Grunnlag for videre studie.	Side 29

**Litteraturliste:**

Side 30

## **1.0. Innledning.**

Stress er et relevant tema, fordi det holder på å bli en folkesykdom i dagens samfunn. Folk stresser frem og tilbake, og forsøker løse problemer. Stress kan komme av dårlig helse, mye arbeid, dårlig økonomi, eller drivkraften om å være vakker og suksessrik. Mennesket vil alltid lete etter måter å bli bedre på. Et problem er, at selv om tiden og omgivelsene har forandret seg, har mennesker fremdeles likhetstrekk til steinaldermennesket. Stressfølelsen blir like intens i dag, som den gang menneske ble jaget rundt av sabeltanligere, fordi vi har de samme metabolske reaksjonene. Sammenligner vi tilgjengelige farer, blir intensiteten av følelsene, litt i meste laget (Assadi, Skansen, 2001).

### **1.1. Bakgrunn og problemstilling.**

Jeg har valgt å skrive min bacheloroppgave rundt temaet *fysisk og mentalt stress*, opplevd ved sykdom og innleggelse i sykehus. Jeg har gjennom praksis i medisinsk- og kirurgisk avdeling, møtt eldre pasienter. De var utsatte for stressore i sykehusmiljøet, og gjennom sykdomsopplevelsen. Historiene jeg vil ta opp i oppgaven, berørte meg personlig, og har preget meg som fagperson. Jeg mener at det fordrer sykepleieren i møtet med pasientene, å legge tilrette for å redusere stress. Jeg mener å fordype meg i problemområdet vil være lærerikt, så jeg kan få bedre grunnlag til forståelse og refleksjon.

Bondevik og Nygaard sier halvparten av pasientene innlagt på medisinsk avdeling, er over 65 år. Det er gunstig å ha kunnskap om gruppen (2008). Temaet er av stor interesse for meg, og jeg vil øke min faglige viten om det. Jeg opplever det som utfordrene, og ikke vite hva jeg bør si eller gjøre, når pasientene er veldig stresset.

Min problemstilling er: *Hvordan kan sykepleier gjennom omsorg, redusere stress blant eldre, innlagt på sykehus?*

## 1.2. Avgrensinger og presiseringer.

I oppgaven benytter jeg Lazarus definisjon av begrepene stress og stressorer. Stress er en *psykofysisk reaksjon, og et resultat av samspill mellom individet og miljøet*. Reaksjonen oppretter en opplevd *ubalanse mellom egne resurser, og miljøets krav*. *Stressorer er et stress-stimuli*, som øker stressfølelsen. De kan komme utenfra miljøet, eller innenfra individet. For å *mestre* stress, bidrar kognitive prosesser, til å tilpasse seg(Lazarus, Folkman, 1984). Begrepet *helse* er nært sammenknyttet med fravær av sykdom og stressorer(Hummelvoll, 2008). *Omsorgen* som sykepleieren utøver, er nestekjærlighet for syke og svake. Omsorgen formidles på mange måter, blant annet gjennom tillit, talens åpenhet, håp og barmhjertighet(Martinsen, 2003).

Oppgaven dreier seg om den omsorgen sykepleier yter. Begreper som stress, stressore og omsorg, vil være sentrale. Jeg har valgt å skrive om eldre pasienter(over 65 år), både menn og kvinner. De som blir innlagt på sykehus på grunn av akutt grunnlag eller forverring av kronisk sykdom.

Jeg vil ikke gå nærmere inn på hvorfor pasienten er på de ulike avdelingene, eller hvilke sykdommer de har. Men heller hvordan pasientene har det psykisk, og stresset som følger med alvorlig sykdom. Det er flere ting som er kjempeviktig for stressopplevelsen, og som jeg tror har mye innflytelse, men som jeg ikke kan ta opp på grunn av oppgavens omfang. Det er blant annet posttraumatisk stress, sykepleiepleie til terminale pasienter, og pårørende som støtte og kilde for livsverdi. Det kunne vært spennende og sett på prosedyrer, medisiner og bivirkninger, og om de har effekt på psykisk helse. Jeg velger å heller ikke ta for meg *eldre med demensdiagnoser*, de har andre forutsetninger kognitivt og emosjonelt. De kan ha godt av å bli raskt overført til sykehjem, og til mer kjente omgivelser for videre behandling. Oppgaven vil få et smalere fokus, der kvaliteten på sykepleien står sentralt.

## 1.4. Hensikt.

Selve formålet med oppgaven er en innlevering i forbindelse med sykepleierutdanningen, en avsluttende eksamen i 6. semester.

Jeg vil ta opp en relevant sykepleier- problemstilling, stress, som ikke alltid er i fokus når pasienten

blir syk. Dette synes jeg er synd, fordi akutte innleggelser kan oppleves som en *krisesituasjon i livet* til folk. Ved å fordype meg i problemområdet, vil jeg finne *verktøy* å anvende når jeg skal møte enkeltindividene, i en hektisk hverdag som er mye preget av effektivisering. Når jeg bruker begrepet verktøy, mener jeg at akkurat som en snekker bruker hammer i sin jobb, bruker sykepleieren omsorg og omhu. Med bakgrunn i aktuell forskning og faglitteratur, vil jeg drøfte hvordan sykepleiere kan møte pasienter på en måte som reduserer stress. Jeg ønsker å drøfte dataene med utgangspunkt i mine egne opplevelser i praksis.

## **2.0. Metodekapittel.**

### **2.1. Litteraturstudie og erfaringsbaserte kunnskaper.**

Metoden er hvordan jeg innhenter kunnskapen, jeg vil drøfte (Dallan, 2004). Jeg har valgt å ta utgangspunkt i *systematisk litteratur søk*. Jeg henter relevant data fra pensum i sykepleieutdanningen, og forskningsbaserte artikler.

Jeg vil også bruke mine egne *erfaringsbaserte kunnskaper* fra praksis, når jeg drøfter teorien. Disse kunnskapene er relevante, fordi de kommer av læring, refleksjon, kyndighet og ferdigheter. Fenomenene jeg vil beskrive er *min subjektive opplevelse og erfaring*. Historiene vil være farget av måten jeg tolker hendelsen. Jeg har likevel sett på hendelsene i ulikt lys nå, enn da jeg var ute i praksis. Nå har jeg fokusert spesielt på stress og psykisk opplevelse. Da jeg var i praksis, fokuserte jeg heller på sykdomslære, prosedyrer, prøveresultater og medisiner. Jeg var preget av en medisinskteknisk tilnærming. Erfaringsbaserte kunnskaper vokser frem gjennom kommunikasjon, samhandling og deltagelser i situasjoner. Kunnskapene er påvirket av hvilke sammenheng de tilegnes i (Karlsson, 2003).

### **2.2. Metode og fremgangsmåte.**

Der er kriterier for å finne data gjennom systematisk litteratursøk. Data kan finnes manuelt i bøker, eller gjennom databaser ved bruk av søkeord.

Data jeg har hentet fra pensum, er det jeg synes er relevant for oppgavens emne. Jeg fant i tillegg

interessante artikler, ved å lese overskrift og abstrakt. Ethiske normer for å bruke forskningsbasert litteratur, er at dataene ikke skal forvrenges, eller resultater endres. Det er heller ikke tillat med plagiering, som vil si å kopiere noen andres verk, og gi uttrykk for at jeg skrev det selv (Forsberg, Wengstøm, 2008). Ut fra oppgavens omfang, har jeg brukt to artikler.

Systematisk litteratursøk åpner opp spennende og aktuell litteratur om emnet. Jeg kan samle inn store mengder data i databaser, som er relevant for min problemstilling på kort tid. Senere kan jeg gå tilbake, og forsikre meg om at jeg har forståelse for teksten. Dette hadde vært vanskelig hvis jeg hadde benyttet meg av intervju, som metode. Hvis jeg finner unyttige artikler, kan jeg gå videre i ulike databaser, eller endre søkeord. En ulempe er at det kan være vanskelig å finne primærkilder, og en må stole helt på forfatterens tolkning av data. Forskningspublikasjoner er allerede godkjent av referee komité (Forsberg, Wengstøm, 2008). En svakhet med metoden, kan være at ikke alle nyanser og motsetninger blir presentert i kildene.

Jeg benyttet meg av databasene ProQuest og PubMed. I utgangspunktet hadde jeg flere (Google Scholar, Sykepleien og helsebiblioteket), men her fant jeg artiklene. Søkeordene jeg brukte, var relevante for problemstillinga, og jeg søkte med norske og engelske ord. Artiklene er gode i den forstand at de er oversiktlig og beskriver tema, metode og resultat og konklusjon (Forsberg, Wengstrøm, 2008).

### **Søk i databaser:**

#### PubMed:

- Søkeordet stress, gav 74679 treff. Søkeordene: Hospital, Noise, Environment og stress, gav 88 treff. Blant disse var artikkelen, "Hospital noise pollution: an environmental stressmodel to guide research and clinical interventions". Den *kvantitative* artikkelen tar for seg forsøk med kontrollgrupper, gjort i laboratorium og på sykehus. Deltagerne er menn og kvinner i alle aldre. Forfatteren, Topf, tilbyr en plan for å redusere omkringliggende stressore. Undersøkelsen er spesielt gjort for pasienter ved intensivavdelinger. Jeg ser ingen grunn til at de ikke kan anvendes og legges til grunn for denne oppgaven. Medisinsk- og kirurgiske avdelinger er større, har flere pasienter, og mye støy der også.

#### ProQuest:

- Søkeordet stress, gav 642311 treff, med fulltekst. Søkeordene: Hospitalized, elderly og patients, gav 40 funn, med kun avhandlinger. Her fant jeg abstraktet til, "The experience of hospitalized elderly patients". Den *kvalitative* artikkelen, tar opp hvordan 8 eldre mennesker opplever sykehusinnleggelse på godt og vondt. Den bruker ikke begrepet stress, men essensen dreier seg om stressore i sykehusmiljøet. Jeg hadde problem med å finne fullteksten av dokumentet. Jeg søkte igjen på navnet av artikkelen, da fikk jeg opp 35 funn, og dokumentet i fulltekst.

Artiklene utgir ulike syn på problemstillingen min, dette er med på og gi bredde på oppgaven. Det er viktig at dataene er aktuelle, for å finne grunnlag for anvendelse i klinisk praksis. Det vil si, at de ikke må være for gamle. Samtidig skulle de kunne bli koblet opp mot hverandre, og oppgavens sammenheng. Jeg har skrevet oppsummering av artiklene, for å få mer håndterlige mengder data(Forsberg, Wengstøm, 2008).

Når jeg benytter meg av erfaringsbaserte kunnskaper, fra praksis, er jeg pålagt taushetsplikt. Helsepersonelloven § 21 pålegger meg å gå etisk frem, og ikke dele folks legems-, sykdomsforhold eller andre personlige forhold, med noen(HOD, 2001). Så alle historiene i oppgaven vil være anonymiserte, og ikke gi mulighet til og kjenne igjen personer, eller hvilket sykehus de fant sted.

### **2.3. Vitenskaplig forankring.**

Når det gjelder innsamling av data, tilnærming til drøfting, og mine erfaringsbaserte historier, bruker jeg en *hermeneutisk vitenskapsforankring*. Hermeneutikken er en fortolkningsteori. Det går ut på at jeg prøver å forstå, og forklare et fenomen. Fenomenet er stress hos eldre mennesker ved sykehusinnleggelser, og omsorgen de mottar. Samtidig utelukker jeg ikke min forforståelse om temaet, fordi det er ut fra den jeg vil forstå teorien, og drøfte min erfaringsbaserte kunnskap. For å ikke påvirke leseren, med det jeg kaller mine *fordommer*, vil jeg presentere dem siden. Dette er et forsøk på å se dataene med nye øyne, og lære noe. Den *hermeneutiske sirkel* legger opp til å forstå helheten ut fra delene, også omvendt. På denne måten vil vi tilegne oss nye kunnskaper og forstå fenomener. Det er viktig å huske på at pasientene alltid er i kontekst med sine omgivelser(Gilje, Grimen, 2002).



### **3.0. Teorikapittel.**

#### **3.1.0. Introduksjon.**

I følgende kapittel vil jeg presentere ulike kilder om stress. Alle har vært med på å forme min egen oppfatning om begrepet. De influerer meg hver dag i yrket, når jeg opplever pasientsituasjoner, og reflekterer over hendelser.

#### **3.1.1. Stress og stressore på sykehus.**

Ved innleggelse i sykehus rører en sterkt ved menneskets stressreaksjon. Sykdom eller ulykker er med på å fremmedliggjøre kroppen, og pasienten har ikke lengre kontroll over hva som skjer. Kanskje en heller ikke kjenner igjen følelser som gråt, sinne, eller forvirring. Bruk av fagbegreper og fremmedord, fra leger og sykepleiere, forsterker fremmedliggjøringen. Det pasienten føler er hjelpeløshet, maktesløshet, frykt og angst. Årsaken til stresset, kan være mye, blant annet virus, bakterier, støy, kulde, varme, skade, smerte, luftforurensing, sult eller tørste. Alle de nevnte momentene er i sykehusmiljøet. Så for en syk pasient, er sykehuset fullt av stressore. Behovet for emosjonell støtte, sosial kontakt, bekreftelse, oppmuntring, aksept av følelser, og noen som lytter, øker i denne situasjonen. Vi må se hele mennesket, det hjelper å bevare energi og integritet, som hjelper pasienten møte og håndtere sykdommen og behandlingen. Møtet med sykdom er uansett, intens og personlig, og det kommer aldri til å bli stressfritt (Moesmand, Kjøllesdal, 2004).

Et *holistisk menneskesyn*, vil si å se mennesket ut fra helheten av sine deler. Mennesket kan deles i en fysisk-, psykisk-, sosial- og åndelig dimensjon, som har innvirkning på hverandre. Stress er en psykisk følelse, som kan gi fysisk utslag på kroppen (Brinchmann, 2005). I sykehusmiljøet er det mye snakk om diagnoser, sykdom, undersøkelser og prosedyrer. Dette er preget av et *reduksjonistisk* menneskesyn, motsetningen til det holistiske. Overvåking av medisinsk teknisk utstyr, tar fokus bort fra pasienten. I sykehus er sykepleieransvaret delt i to, både for behandlingen og pleien. På denne måten er sykepleieutøvelsen, preget av begge de ovenfornevnte ideologiene, og begge må integreres. Forventningene fra pasientene til sykepleier, er å være hyggelig, omsorgsfull, holde god kontakt, få informasjon i ventetid og å bli møtt med toleranse. Annet personale forventer faglig kompetanse, utøvelse av faglig forsvarlig pleie, ha handlingsberedskap, evne til selvstendig

jobbing, ta hensyn, undervise og å samarbeide tverrfaglig(Slettebø, 2005).

New Public Management(NPM) er en reform, som er innført i helsesektoren. Den har vært med på å omformere helsetjenesten og gitt nye rammer for sykepleierutøvelsen. Det er blant annet blitt mindre tid, fordi færre sykepleiere i grunnbemanningen ved avdelinger, har vært en av følgene. Det dreier seg blant annet om å spare penger og effektivisere helsetjenesten(Orvik, 2006).

Sykepleierressursene blir strukket tynt, fordi en prøver å møte de økonomiske rammene og spare på personalutgiftene(Fause, Micaelsen, 2005). En av følgene, er at helse nærmest blir en vare vi produserer. Det blir vanskeligere å integrere mellommenneskelige relasjoner og etiske holdninger, i sykepleierutøvelsen(Orvik, 2006).

Ved raske innleggelser, har pasienten større behov for informasjon. Jo lengre tid pasienten har på å forberede seg, jo mer avskrekkende er hendelsen. Sykepleier skal gi informasjon og undervisning. Å innta pasientrollen, er skremmende og maktpreget. Det skjer et fokusskifte fra fremtiden, til det som skjer akkurat nå. Fokusskiftet er preget av smerter, sårhet, kvalme, forsterkede sanseinntrykk for lyder, lukter og synsinntrykk(Fagermoen, 2005). *Yrkesetiske retningslinjer*, pålegger oss å styrke pasientens egne resurser, å sette ham i stand til og ivareta egen helse, på bakgrunn av respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Det innebærer å gi informasjon, så pasienten selv, kan ta avgjørelser(NSF, 2008). *Målrettet kommunikasjon* dreier seg om å kommunisere på pasientens premisser, og å sjekke om pasienten har forstått hva en har sagt. Frykt og angst kan gjøre det vanskelig og motta informasjon, berøring og kroppsspråk kan signalisere ro og trygghet(Fagermoen, 2005).

### **3.1.2. Hva er stress, og er det noe spesielt med eldre og stress?**

Selve stressreaksjonen, er både kroppslig og mental. Det blir stimulert av det *sympatiske nervesystemet*, som gjør at adrenalin lages i binyrene, og hjerte slår raskere. Oksygenmettet og friskt blod går til skjelettmuskulaturen. Blod til fordøyelsesorganer reduseres, energien blir tappet, immunforsvaret hemmes, og det er økt sjanse for å utvikle hjerte og karlidelser. Pasienten svetter for å kvitte seg med overskuddsvarme. Stressfølelsen kan iverksettes av følelser, på grunn av et *de limbiske strukturerne* i hjernen som styrer følelsene, er nært knyttet hypotalamus. Hypotalamus stimulerer adrenalinproduksjonen. Følelser som sinne eller frykt kan gi stressfølelse(Bjålie, Haug,

Sand, Sjaastad, 2003).

Aldring er en irreversibel prosess og helt naturlig. Det som skjer inni kroppen, er at cellene blir mindre funksjonsdyktige, organer skrumper og mister maksimal yteevne, og man får redusert reservekapasitet. Kroppen blir mindre i stand til å takle stress og sykdommer. Aldringen skjer i hjernen også, etter 50års alderen minsker den i størrelse og vekt. Den krymper ikke, men viser heller tegn på atrofi, reduksjon av dendritter som lager synapser(Engedal, 2006). Hukommelsen svikter, en blir glemsk, og det er mer anstrengende å tilpasse seg, og lære nye ting. Det er vanlig å få dårligere hørsel og syn(Bondevik, Nygaard, 2008). Eldre har større problemer med å tilpasse seg endringer enn yngre, og trenger mer hjelp(Kristoffersen, 2005).

Det kreves mer av sykepleier for å ivareta eldre pasienter, enn yngre. Det som er felles, er at pasientene trenger aksept, bekreftelse, støtte, omsorg, og god kontakt. Men langsommere fysiske og mentale prosesser, gjør at en må leve seg inn og ta seg bedre tid i samtale, med eldre mennesker. En må benytte enkelt språk og enkle setninger, heller ikke skifte tema for raskt. Samtale og informasjon, styrker kontroll og oversikt i en situasjon. Og god kommunikasjon, sikrer samarbeid og godt behandlingsresultat(Eide, Eide, 2007).

### **3.2.0. Lazarus teori om stress og mestring.**

Richard Lazarus, en amerikansk psykolog, har fokusert spesielt mye stress i forskningen sin. Boka *Stress, Appraisal and Coping*, dreier seg om hvordan kognitive prosesser bidrar til mestring.

#### **3.2.1. Kognitiv estimering.**

Ved stressreaksjoner skjer der en kognitiv estimering, en vurdering vi gjør oss mentalt. Det er preget av dynamikk, fordi omgivelsene og menneskene er hele tiden i samspill og endring.

Stressreaksjonen kommer av store forandringer, og oppfattes utenfor sin kontroll. Estimeringen skjer for å tilpasse seg endringene, som oppleves som en følelsesmessig ubalanse. Mestring er å tilpasse seg endringene, og dreier seg om å håndtere det dynamiske samspillet, og emosjonell mestring. Teorien fokuserer på tanker og følelser, som utgangspunktet for å håndtere stress, og alt skjer automatisk(Lazarus, Folkman, 1984).

En *primær estimering*, går ut på å vurdere hva i omgivelsene som truer seg, enten det er sykdom eller skade. *Sekundær estimering*, hjelper individet å vurdere hva som kan være løsningen. En *reestimering* finner sted når en får ny informasjon, og går ut på det samme som de tidligere. Bortsett fra at en har flere tilleggsopplysninger, og den er korrigert ut fra tilbakemeldingene fra miljøet. Estimeringsprosessen er livsviktig, for å vurdere farlige situasjoner fra trygge. Det man trenger er en velfungerende hjerne, evne til abstraksjon, symbolsk aktivitet, forestilling og vurderinger(Lazarus, Folkman, 1984).

Prossesen er individuell, og ulik for alle, det dannes på bakgrunn av vår personlighetstype, historie, erfaringer, avhengighet til andre, autonomi, intimitet, og å tørre stole på å få hjelp. I prosessen inngår det bedømminger, avgjørelser, og valg av aktiviteter. Alle alternativ, konsekvenser og resurser evalueres også. Valg av *strategier* for mestring innvirkes av flere ting, blant annet hvor *tilknyttet* man er med det som trues. *Egenkontroll*, gir tro på at en kan mestre. *Tidligere erfaring* gjør situasjonen mer oversiktlig og forutsigbar, og da kan en forberede seg. Jo lengre *tid* en har til estimering, jo mindre stressfull er situasjonen. Og jo lengre *varighet* situasjonen har, jo mer øker stressfølelsen(Lazarus, Folkman, 1984).

### 3.2.2. Det å mestre.

*Mestringsprosessen*, vil si hvordan pasienten reduserer stresset. Denne prosessen er preget av dynamikk mellom hva individet gjør, omgivelsene og tanker. Det går ut på alt en gjør, for å håndtere indre eller ytre krav. *Problemfokusert mestring*, skjer når det er mulig å avverge faren. Det går ut på å definere problem, generalisere alternativ og løsninger, veie alternativenes fordeler og ulemper, og å velge mellom dem. Løsningen kan være rettet mot miljøet, og innover mot individet. *Emosjonell mestring*, går ut på å endre følelsene, eller oppfattingen av situasjonen. Det forekommer gjerne når problemet ikke kan løses på annen måte. Det forandrer hvordan situasjonen oppleves, uten å endre selve situasjonen. Det går ut på å få perspektiv, positiv sammenligning, å se på den lyse siden, eller tenke på hvor mye verre det kunne vært. Undersøkelser viser at mennesker bruker begge formene for mestring samtidig, for å håndtere stressreaksjoner(Lazarus, Folkman, 1984).

Der er ulike måter å gå frem for å mestre stressfølelsen. *Benektelse* er en av dem, det gjør at man

føler seg bedre, men opplever økt stress senere, hvis problemet blir større. Det å møte problemet, og håndterer det, er best. Det kan gå ut på å søke informasjon. Hvis man har et positivt selvbilde, tro på seg selv, og at man har kontroll og utgjør en forskjell, fungerer som en god resurs. God helse og energi er ressurser for å håndtere stress, disse er redusert siden det har oppstått sykdom eller ulykke. Gode sosiale evner, slik at en kan be om hjelp og støtte er også med på og redusere stress. En måte å redusere stress på, som kan benyttes av sykepleier i sykehus, er å legge opp til å snakke om den stressfulle opplevelsen. Det letter på et innvendig trykk, og virker rensende, som hjelper pasienten å tilpasse seg miljøet. Andre ting som hjelper er blant annet å lære avslappingsteknikker, meditasjon, forsiktig og rolig pusting, eller å forsøke tenke på ingenting. Selv om en ikke da kan kontrollere omgivelsene, virker de mer oversiktlig og det er med på og redusere stressfølelsen (Lazarus, Folkman, 1984).

### **3.3.0. Kari Martinsen.**

#### **3.3.1. Omsorgsfilosofien.**

I Martinsens omsorgsteori er *spontane og suverene livsytringene*, sentrale. De er det første gitt oss, og er suverene. Livsytringene gror frem i relasjonen mellom mennesker, og er uttrykksform for *nestekjærlighet*, som innebærer tillit, talens åpenhet, håp og barmhjertighet. Omsorgen hun mener sykepleieren skal utøve, er preget av denne nestekjærligheten. Siden mennesket er et av guds skaperverk, er vi også grunnleggende moralsk gode. I tillegg forholder vi oss, og er alltid rettet mot noe eller noen. Når vi deltar i relasjoner skapes suverene livsytringer. Omsorgsfilosofien kan deles i tre, en relasjonell, en praktisk, og en om moral (Martinsen, 2003). Jeg vil presentere teorien i den rekkefølgen.

#### **3.3.2. Omsorgens relasjonelle dimensjon.**

Noe av det viktigste med omsorgsfilosofien hennes, er hvordan vi forholder oss til andre, og møter dem som ytrer livsytringene. Livsytringene er pasienten som utleverer seg. Bare med å forstå ham, kan vi yte god, anerkjennende og ekte omsorg. Vi skal være likeverdige, og fokuset må være på mennesket som opplever sykdommen, og ikke på sykdommen. For å gjøre dette må vi utøve *situasjonsforståelse*, å se pasientens livsverden. Fordi at vi alltid er rettet mot noe, er det normalt å

være avhengig av hverandre. Og siden vi er moralsk gode, er vi pålagt å hjelpe. Dette gjør at det ikke er negativt og være avhengig av andre, men heller normalt(Martinsen, 2003).

For å forstå pasienten, må vi tyde deres livsverden. Tydingen går ut på observasjon, intuisjon, det å sanse, lytte, se og føle. Først må en relasjon eksistere, før vi kan være så nær at vi kan yte god og ekte omsorg. En forutsetning er å forstå pasienten i sine omgivelser. Den etablerte relasjonen til pasienten, går utover å synes synd på ham(*sentimental omsorg*), og dreier seg om og gjør noe konkret for å hjelpe(Martinsen, 2003).

Det går ikke an å unndra seg livsytringenes makt, for de er sterkere enn vår vilje. Men de kan ignoreres, og da vil vi føle ubehag. Det kommer av at vi ikke gjorde alt vi kunne, for at pasienten skal ha det bra. Pasienten fordrer sykepleier når relasjonen oppstår, vi utleveres også på den måten. Det vil si «hvordan kan *jeg* i situasjonen ta ansvar for den andres liv som jeg har i mine hender?» De suverene livsytringene fordrer oss til å gjøre pasientens liv bedre, og må ikke misbrukes eller utnyttes. Det vokser tillit når vi å utlevere oss, fordi pasientene viser sårbarhet og uttrykker hva de trenger hjelp med. Sårbarheten kommer av at pasienten lett kan krenkes, hånes, sladres om, trues, ydmykes eller avises. Så sykepleier skal være imøtekommende, å aktende, å få pasienten til å føle seg anerkjent og oppmuntret. Dette innebærer også en viss tilbakeholdenhet fra vår side, så vi er åpen for å ta imot pasienten. Pasientens kropp gir sykepleieren ordre. At vi utøver forståelse og deltagelse med pasienten, gjør at vi unngår maktforhold. For når vi ser pasientens livsverden, og forstår ham, er vi likeverdige(Martinsen, 2003).

### 3.3.3. Omsorgens praktiske dimensjon.

«Sykepleie er omsorg i nestekjærlighet for det lidende og syke mennesket, der fagkunnskap og menneskelig nærvær er vevet inn i hverandre, og uttrykt i aktelsens språk.» (Martinsen, 2003: 38)

Aktelsens språk, betyr en trang til ivareta, og beskytte de som er svake. Omsorg og å ivareta behov, er sykepleiers ansvar. Siden kroppen og miljøet er i en dynamisk prosess, er behovene aldri de samme, og omsorg er et mål i seg selv. Sykepleier skal gjøre det som er best for pasienten der og da, i den situasjonen, basert på pasientens tilstand. Der er to sider til den omsorgen sykepleier utøver:

*en konkret handling*(på bakgrunn av fag, skjønn, erfaringer), og at den skal være *betingelsesløs*(Martinsen, 2003).

De suverene livsytringene, er en appell, og praktisk sykepleie er å svare på dem. Det er noe som ikke kan lyves om, fordi de er grunnleggende gode og moralsk rette. Vi vil føle det er galt og ikke gi hjelp. Fra situasjonen gjør vi en konkret handling, og deltar i den andres lidelse gjennom relasjoner, der vi «svarer» på deres appell. Livsytringene ansvarliggjør meg for pasienten, jeg er da nødt til og finne ut hva som er best for pasienten(Martinsen, 2003).

### **3.3.4. Omsorg som et moralsk begrep.**

Martinsen deler *moral* inn i to deler. Den *spontane moralen*, er hjelpen vi utøver fra vårt engasjement om at hjelpe, uten og forvente noe tilbake. Det er svaret på de suverene livsytringene, og er preget av nestekjærlighet. *Norm moralen* slår inn når spontan moralen er hindret. Den er basert på regler, normer, lover og prinsipper, og menneskeskapt. Det er for eksempel FNs menneskerettserklæring, og går ut på at vi skal være gode mot andre. Norm moralen gjør at vi er snille mot andre, selv om vi egentlig ikke liker dem. Det gjør at sykepleier, blir reflektert over situasjoner, holdninger og handlinger. Martinsen sier at den omsorgen som utøves, skal ikke forventes noe tilbake for, den er ubetinget. Vi handler også ut fra det at vi gjør mot andre, som vi vil de skal med oss(Martinsen, 2003).

### **3.4.0. Forskningsartikler.**

Jeg ønsker å se nærmere på to nyere forskningsartikler, som omhandler stress og eldre mennesker. Jeg vil se på resultatene av undersøkelsene, og drøfte deres relevans for sykepleierutøvelsen. Artikkene er delt inn i hvert sitt underkapittel.

#### **3.4.1. Hospital noise pollution: an environmental stressmodel to guide research and clinical interventions.**

Professor, Margaret Topf, gjorde undersøkelse med flere grupper mennesker. De ble utsatt for omkringliggende stressorer, som fantes på en sykehusavdeling. Omkringliggende stressorer er støy

og irritasjonsmomenter. Resultatet var at stressorene gav dårlig og lite søvn, og forverret situasjonen betraktelig. Kontrollgruppen som ikke ble utsatt for støy, sov mye bedre. Stressorene hadde betydning for behandlingen. Hensikten og problemstillingen, med forskningen dreide seg om å utarbeide tiltak, som kan gjøres for å redusere støyen(2000).

God søvn er viktig for syke menneskers celledeling, proteinsyntese og groforhold av sår. De har økt behov for hvile, som fremmer helingen og gir økte resurser. Søvn gjør pasientene i stand til å bekjempe sykdommen. Eldre og kvinner, var mer påvirket av støyet, enn de andre(Topf, 2000).

I sykehusmiljøet kan pasienten være for slapp til å si ifra om stress, eller for å få gjort noe med det selv. Sykepleieren får ansvar i å vurdere støynivået, og hva som kan gjøres med det. Sykepleierne er mye tilstede, og ser mulighet for forbedringer, og får ansvaret for å få igangsatt tiltak. Rollen sykepleier får blir miljøaktivistisk. En modell gir konkrete råd for å gå frem og fjerne, og forebygge, omkringliggende stressore(Topf, 2000). Jeg vil trekke frem noen tiltak i drøftingen.

### **3.4.2. The experience of hospitalized elderly patients.**

I studien gjort av Alicia A. Huckstad i 2002, var problemstillingen om hvordan eldre mennesker opplevde sykehusinnleggelse. Målet med studien var å forstå problemer ved innleggelse, å være i stand til og minimalisere stressore. Hun hever den *subjektive opplevelsen* av sykehusinnleggelse. På bakgrunn av at eldre har mindre energi og evne til tilpassing, var det viktig å tilrettelegge for dem(2002).

Det kom både positive og negative funn ved pasientenes subjektive opplevelse. Det ble en del engstelse for ektefellen som var hjemme alene, savn av noe å fylle tiden med, og ønske om å ikke bli overkjørt, og å klare seg mest mulig selv. Det var pasienter som hadde tidligere dårlige erfaringer. Pasientene gruet seg for vanskelige prosedyrer, forstyrrelser om natta, bråk, smerter, ensomhet, bivirkninger av medisiner, mat de ikke likte, eller at de måtte bytte rom. De fleste pasientene uttrykte bekymring for at de ikke vil ha overskudd av energi til og takle situasjoner de kunne komme opp i. Men de fleste pasientene syntes personalet var positivt innstilt. Sykepleierne og legene, oppmuntret pasientene til å tro at de skulle bli bedre, og sørget for å gi håp. Pasientene var glade for hjelpen de mottok. Men det var delte meninger, noen pasienter følte de ble



kommandert rundt, eller at sykepleierne ikke var nok tilstede på pasientrommene. En pasient fortalte at hun opplevde at to sykepleiere var frekke mot henne. Men pasientene oppgav forståelse for travelheten blant sykepleierne(Huckstad, 2002).

Resultatet av studien, var at alle pasientene vurderte flere situasjoner som stressende ved sykehusinnleggelsene. Artikkelen løfter at sykepleier er en stor resurs for å redusere stressorene i sykehusmiljøet. Den kontakten de har med de eldre, er god, bortsett fra visse unntak. Som sluttreplikk tar artikkelen opp behov for bedre tid, for å bli kjent med pasientene, så de fikk noen å prate med(Huckstadt, 2002).

#### **4.0. Drøfting.**

##### **4.1. Innledning.**

Jeg vil drøfte teorien, opp mot mine egne erfaringer fra praksis. Jeg har delt kapittelet opp i fire deler. Jeg vil starte med å klargjøre mine egne forutinntagelser, med bakgrunn i hermeneutikken som er vitenskaplig forankring. Så vil jeg drøfte fysisk og mentalt stress, med bakgrunn i teori, og trekke frem sykepleierfaglige utfordringer, og hva omsorgen innebærer. Til slutt vil jeg oppsummere hovedfunnene, og hvordan sykepleier kan gi god omsorg til eldre innlagt på sykehuset som opplever stress.

##### **4.2. Forforståelse med hermeneutisk utgangspunkt.**

Mine egne erfaringer, er grunnlaget for drøftingen, og de utgjør min forforståelse omkring temaet. Jeg har gjennom og jobbet med oppgaven, sett erfaringene i nytt lys. Hermeneutikken er en fortolkningssteori, som dreier seg om å forklare og forstå fenomener. Det er forforståelsen jeg tolker hendelsene ut fra.

Min rolle i situasjonene var deltakende, jeg var ikke passiv til omgivelsene eller pasientene. Omgivelsene var hvite og sterile, og språket var preget av fremmede ord, som jeg hadde lite kjennskap om i begynnelsen. Pasientene, hadde jeg mye empati for, og lurte på hvorfor ulykken hadde inntruffet nettopp dem. Alle var så snille og åpne med meg, selv om jeg bare var

sykepleierstudent. Det var lett å bli kjent med pasientene, og danne relasjoner. Men det var sikkert lett, fordi jeg hadde bedre tid til å bli kjent med dem i praksis, enn jeg vil ha når jeg skal jobbe. Jeg la mye vekt på hva de delte med meg, og hvordan de opplevde påkjenningen med sykehusinnleggelse. Jeg så lett *maktforhold*. Det jeg mener, er at pasientene sikkert trodde de var nødt til å åpne seg for meg, hvis ikke, trodde de sikkert ikke jeg ville hjulpet dem. Så i historiene, kan det hende at jeg tilskriver dem mye sympati. I tillegg var jeg jo der i en læresituasjon, det føltes som jeg var nederst på rangstigen. Jeg trodde alle kunne mer enn meg. Det kan ha gjort at jeg var mer ydmyk ovenfor sykehusmiljøet, enn jeg behøvde være.

Bortsett fra praksis, er min eneste erfaring med sykehusinnleggelser, at min far var innlagt. Det han fortalte hadde mye innflytelse på meg. Han misstrivdes, følte seg alene, og trodde sykepleierne var uinteressert i det han sa. Jeg tar stor interesse i hver pasient, og hvordan de har det. Og jeg tror det kommer av at pasientene er noens foreldre, og at det er ingenting jeg respekterer mer enn mine foreldre. Så jeg er nok ikke helt upartisk, og det kan hende jeg tilskriver erfaringene mer mening, enn de egentlig har.

Hermeneutikken sier vi tar med oss en horisont, som er summen av våre fordommer, når vi tolker et fenomen. Så min horisont, kan være at jeg tilskriver pasientene for stor sympati. Igjen tror jeg ikke det er noen som utøver omsorg perfekt, for da tror jeg at de måtte være ”inni hode” til pasienten, og se alt han tenker. Og siden de fleste sykepleierne jeg har møtt, ikke akkurat kan lese tanker, kan nok aldri omsorgen bli helt perfekt. Men jeg tror de fleste sykepleiere er i stand til å utøve god omsorg, gjennom å ta del i andres livsverden, og tar hånd om hverandre.

Den hermeneutiske sirkelen går ut på å *tolke helheten ut fra delene, og omvendt*. Helheten i min oppgave, er et fenomen, der mennesker er preget av stressfølelse, er blitt syk og behøver hjelp. Jeg tror delene av fenomenet er mange. Der er følelser, andre pasienter, leger og sykepleiere som kan masse om diagnoser, sterile omgivelser, det å bryte med dagligdagse rutiner, smerter, kvalme eller slapphet, kjedsomhet, engstelse. Jeg tror hvis man ser på helheten først, ser man kanskje bare en pasient. Og det er det jeg tror, Martinsen mener om sentimental omsorg. Det vil si å gå utøver det å synes synd på pasienten(2003). Man går videre å ser delene av fenomenet, og føler mer sympati, og det utgjør et nytt helhetsbilde.

### 4.3. Fysiske stressore.

Fysiske stressore, er konkrete irritasjonsmomenter i omgivelsene. Det er kilder til ubehag for pasientene. Stressore kan være støy, lukter, rot, eller travle mennesker. Det kan ofte fjernes ganske enkelt, hvis det ikke er susing fra maskiner som vedlikeholder vitale funksjoner. *Yrkesetiske retningslinjer* ansvarliggjør oss for at styrke pasientens resurser, autonomi og integritet(NSF, 2008). Dette vil si, at vi bør fjerne eller redusere alt som skaper ubehag.

En del av det å se fysiske stressore, er å se pasienten og hvordan han har det, og å se miljøet rundt. Sykepleierne på avdelingen, er faktisk en del av pasientens dynamiske omgivelser, vi kan styrke pasientens resurser ved å legge til rette for mestring. Hvis pasienten føler at sykepleierne ser og forstår seg, vil han stole på omgivelsene. Pasienten vil føle mer kontroll, at han vil få hjelp hvis han trenger det, og dette reduserer stressfølelsen(Lazarus, Folkman, 1984). Et eksempel på stressore i miljøet, kan være aktiviteten på avdelingen.

- *Historie fra praksis #1: En eldre mann med svineinfluensa hadde diabetes, og ustabil blodsukker. Det krevde tilsyn flere ganger i løpet av nattevakten, for å måle blodsukkeret. Det var tydelig at mannen ble sint og irritert den første natten, da jeg kom inn og forstyrret søvnen hans. Neste natt gikk jeg inn og avtalte da jeg ville komme på forhånd, før han sovnet. Da jeg kom denne natten kl. 24.00 og 04.00, var ikke mannen sint.*

Det at jeg gikk inn, og avtalte på forhånd, gjorde at han var forberedt. Lazarus og Folkman sier at selv om stressoren er uunngåelig, kan pasienten få følelse av oversikt. Og selv om vi ikke kan forandre eller kontrollere situasjonen, reduseres stressfølelsen(1984). Jeg tok utgangspunkt i pasientens situasjon og omgivelser. Det var ikke vanskelig og forestille seg, at det var stressende og bli vekket midt på natta, spesielt da han var syk og slapp. Feberen og muskelsmertene, gjorde ham kjempesliten, i tillegg er det vanskelig å sove på fremmede plasser. Når man er syk, er det bra og sove, det er da man gjenhenter seg. I døra var det et vindu, så jeg slapp unødige inn ved tilsyn, og kanskje å forstyrre ham. Topf tar dette opp i modellen for reduksjon av omkringliggende stressore. Modellen innebærer hvordan støy fra for eksempel vinduer og dører, kan forebygges og fjernes. Sykepleier har et ansvar til å fremme at tiltakene blir gjennomført, og at det er stille om natta, og ellers. Det vil si hun skal være en miljøaktivist(2000). Noe av omsorgen som ytes i historien, er å gi

best mulig forutsetning til hvile. Det inngår respekt for mannens integritet og autonomi, i den forstand at jeg ikke bare gikk rett inn, men respekterte hans rett til å være alene. Jeg inkluderte ham også i avgjørelsen, og gav han oversikt, da jeg gikk inn på forhånd. I *pasientrettighetsloven* § 3 er vi lovpålagt å gi pasient innsyn og medvirkning (HOD, 2001).

- *Historie fra praksis #2: Det var tidlig morgen, kl. var ca. 05.00, og alle pasientene sov enda. Det sto et messing- vaskefat på en vask, bak en dør, som gjorde det vanskelig å legge merke til. Jeg gikk rundt og la håndklær og temperaturmål, på pasientrommene. Da jeg åpnet døra på dette rommet, kom jeg borti vaskefatet, som falt i gulvet. Det var mildt å si at det bråkte litt, da det i tillegg spratt bortover gulvet og spant rundt. Der lå en kvinnelig pasient på dette rommet, hun var terminal og alltid veldig redd. Hun hadde fått Stesolid hos meg bare fire timer tidligere, og hadde så å si nettopp sovnet. Hun våknet igjen.*

Jeg har helt siden den gang hatt dårlig samvittighet for og lagd så mye bråk, og erger meg over at det vaskefatet var forlatt fra kvelden i forveien. Av alle pasienter som jeg kunne vekt, var det hun som trengte søvnen mest. De få timene hun fikk slappe av, var ødelagte. Hun døde to dager senere. Topfs ansvarliggjør sykepleier for å fjerne unødig rot, og potensielle stressmomenter. Der er ikke bare ubehagelig å se på sykehusutstyr, det er i veien, og kan lage bråk (2000). Det er mye omsorg i å legge tilrette for å redusere stressore, det er en innsats vi gjør for at pasientene skal ha det bra. Der er god praktisk, moralsk og relasjonell omsorg, i å legge tilrette for at hun får sove når hun sover, så hun får hvile og opplevd velvære (Martinsen, 2003). Jeg ønsker å gå tilbake til da, og endret det. Jeg kommer alltid til å bære med meg, at jeg gjorde noe av den siste tiden til denne kvinnen verre. Det og rydde på plass etter seg, er også med på og spare penger, utstyr forsvinner ikke på grunn av rot, og blir i større grad oppbrukt.

Det er givende og sette seg i pasientens situasjon, å tenke over hva en selv ville vært stresset over. Men det er ikke like enkelt. Sykepleieren har en arbeidsdag på 8,5 timer, og pasienten er der hele døgnet. Små ting, lyder eller lukter, kan bli store hvis de varer lenge. Bare tenk hvor uutholdelig det er å ligge og høre på tikkingen fra en klokke om kveldene. Lazarus og Folkman sier stressfølelsen blir større, jo lengre stressoren varer (1984). Vi spør alltid pasienten om han har det bra, og om det er noe mer en kan gjøre. Eide og Eide tar opp nødvendigheten av å ta seg tid hos pasientene. Hvis sykepleier høres ut som hun har det travelt, vil ikke pasient be om noe fordi han vil være til

bry(2007). Der er omsorg i å gi tid til pasienten, det formidler «jeg vil ikke dra før du får det best mulig, bare si hvordan du vil ha det». Det formidler at pasienten ikke trenger være alene, og at det pasienten sier, betyr noe. De relasjonelle livsytringene, som må frem for at pasienten skal ha det best mulig, tar iblant tid(Maritnsen, 2003).

- *Historie fra praksis #3: En sengeliggende pasient lå ubehagelig. Når en blir liggende lenge som følge av apoplexia, og ikke selv er i stand til å bevege seg, kan det bli vondt. Ved å spørre pasient om han ville skifte stilling, og om han hadde det bra, kunne pasienten selv si hvordan han ville ha det. Vi var to sykepleiere inne på rommet i fire minutter som skulle til, for å få mannen lengre opp i senga, riste hodeputa, legge pute mellom bena og heve hjerterettet.*

For pasienten gjorde det godt, han opplevde velvære, og det vernet om hans integritet.

Fremmeliggjøringen av kroppen, som sykdommen bidro til, kan reduseres med at sykepleier kompenserer for pasientens manglende resurser(Moesmand, Kjøllesdal, 2004). En utfordring er å oppdage stressoren hos pasientene. Det kan komme av at sykepleierne er preget av et reduksjonistisk syn, og overser signaler. Det er avgjørende for pasientenes velvære at en også legger merke til mennesket, og dets følelser. Holismen omfatter å ta vare på alle menneskets aspekter(Slettebø, 2005). Omsorgen i historien er på bakgrunn av erfaring, om at pasienter synes det er vont å ligge lenge. Samtidig ble det gjort en faglig vurdering, ut fra nedsatt sirkulasjon, fare for decubitus, kontrakturer og spissfot. Akkurat som Martinsen sier, gjøres praktisk omsorg på bakgrunn av faglig skjønn og at den er betingelsesløs(2003).

Der er også de situasjonene, en ikke kan ta vekk stressorene i omgivelsene.

- *Historie fra praksis #4: En eldre kvinne hadde KOLS, hun fikk oksygenbehandling gjennom nesekateter. Hun var veldig opprørt fordi hun hadde vansker med å puste ordentlig, i tillegg bråket O2-apparatet, og var plagsomt å ha i nesa. At hun var kortpustet gjorde henne veldig angstpreget og urolig, som er vanlig hos KOLS-pasienter. Jeg satte meg ved siden av henne på en stol, og fortalte henne hvorfor hun burde ha det på en stund til. Jeg forholdte meg hele tiden rolig og forsøkte å få henne til å puste i takt med meg. Etter en liten stund roet hun seg ned, pusten ble mer avslappet, og grepet hun hadde tatt rundt armen min løsnet. Jeg fjernet*

*nesekateteret en halvtime senere, da oksygenmetningen var blitt 91%.*

Jeg forklarte hvorfor det var viktig at hun beholdt nesekateteret, og ble sammen med henne, for å vise at hun ikke var alene. Moesmand og Kjøllesdal sier hvor skremmende det kan være å bli alvorlig syk, og utbytte en har av å ikke være alene med redselen. Frykten for å kveles reduseres når du ser at hjelpen er nær. Kroppskontakten, og det å beholde roen i situasjonen, er det viktig, fordi det smitter over på pasienten. Det jeg føler jeg gjorde, var å tilby emosjonell støtte(2004). Sykepleierens rolle går ut på å undervise pasientene, å få dem til å forstå hvorfor de trenger denne behandlingen. Hvis ikke, kan pasienten nekte behandling, som hun har full rett til. Det er omsorg i å ville det som er best for pasienten, og jeg formidlet det gjennom nærhet, trygghet, berøring og ro. Det er utfordrende å delta i slike relasjoner, og klare bevare roen. Det er fort gjort å kave seg opp, fordi pasienten gjør det. Det kan gjøre henne enda mer angstpreget.

Å formidle kunnskap, fremmer samarbeid og behandling, mellom sykepleier og pasient. Det går ut på å fortelle hvorfor noen trenger en behandling, og hvorfor det er bra. Det var med på å overbevise henne om at det var til det beste, og da ville hun ha det selv(Fagermoen, 2005). Gjennom undervisning fremmer sykepleiere integritet hos pasienten, som hever evne til å håndtere sykdom, styrker resurser og autonomi(Kristoffersen, 2005). Lazarus og Folkman sier en av måtene å håndtere stress på, er benektelse. Det er mulig med å forsøke ta av seg nesekateteret, at kvinnen forsøkte bevise for seg selv at hun ikke trengte det. Ved å ikke bli behandlet og overleve, blir en plutselig ikke så syk lengre. Dette ville redusert stressfølelsen. Da jeg forsøkte få henne til å slappe av, benyttet jeg meg av en avslappingsteknikk. Det gikk ut på å få henne til å puste rolig, og oppmuntre henne til å fortsette(1984). Martinsen sier at omsorg er et mål i seg selv, som skal tolkes ut fra relasjonen og å sette seg inn i pasientens livsverden. Det kan gi uttrykk for at en må gi etter, hvis pasienten nekter og respektere dette(2003). Jeg er av den oppfatning, at det vil si at en må legge til rette for at pasienten selv forstår hva som er best, for det er ikke noe velvære og hente i kvelningsfølelser. Det er et engasjement, jeg tror vi gjør for at få pasientene til selv og innse hva som er bra for dem. Så jeg mener at der er mye omsorg i å styrke egenomsorg. Dette betyr at det er omsorg å gi kunnskap, fordi det styrker pasientens integritet og autonomi.

#### 4.4. Mentale stressore.

Mentale stressore, er tankeprosesser og følelser, noe innvendig i pasienten. De er ikke like lett å merke, som fysiske stressore, fordi det ikke trenger være noe galt i pasientrommet eller med pasienten. Men det kan være et bekymret blikk, et sukk, eller noen som traver oppgitt rundt. Mentale stressore kan være å engste seg for noe som kan skje, eller noe en ikke har fått gjort. Lazarus og Folkman nevnte at tilknytting til et objektet, har mye og si for stressfølelsen(1984). I historien har kvinnen stor tilknytting til mannen sin, og hun er redd for noe som kan skje.

- *Historie fra praksis #6: En kvinne i 70 årene var innlagt på medisinsk avdeling, med en stor abcess i bukhulen. Abcessen var nødt til å bli tappet med lokalbedøvelse og en stor steril nål, tilkoblet et lukket drenasjesystem. For å gjøre prosedyren var hun nødt til og ligge over på sykehuset, og få det gjort neste dag. Hun ville ikke selv ligge over, og fortalte hun var nødt til å dra hjem samme dag. Hun hadde en man som var dement, og ikke klarte seg lenge uten hennes hjelp. Selv om det er uhyre viktig for egen helse at hun ble, satte hun dette tilside for ektefellen. Hun var redd han skulle bli forvirret og gå ut, og glemme hvor han var. Løsningen på situasjonen ble at vi avtalte med hjemmesykepleien på stedet, at de skulle dra innom å se til mannen. Dette syntes hun er en god ide og lot seg falle til ro med. Hun ringte også mannen flere ganger, og hørte hvordan det gikk. Kvinnen ble over natten på sykehuset, og fikk gjennomført prosedyren neste morgen. De tappet 3,5 liter væske fra bukhulen. Hun reiste hjem på ettermiddagen.*

I historien er det ikke seg selv pasienten engster seg for, stresskilden er mannen som er alene hjemme. Den nyoppståtte sykdommen og behandlingen ved sykehuset er stressor for henne. Hun føler ikke hennes ressurser strekker til. Det ble for langt å reise hjem og å komme tilbake for kvinnen, og abcessen vokste fort. I og med at vi er moralsk gode, ifølge Martinsen, skal vi alltid finne ut hva som er best for pasienten. Det ville selvfølgelig ikke vært best om hun hadde dratt hjem, da ville abcessen bare vokst til hun ikke hadde fått puste ordentlig. Vi forsøker å gjøre det beste for livet vi har i våre hender, selv om det går imot pasientens ønske(2003). Igjen trekker jeg frem Slettebøs ord, om å integrere begge ideologiene. Det som er best for pasienten sett fra en side, den medisinske, er at hun bør få tømt abcessen. Fra en annen side, den holistiske, opplever kvinnen en indre følelsesmessig dissonans, når mannen er alene hjemme. Det er klare fordeler når vi

integrerer begge ideologiene. Abscessen ble tappet, og kvinnen følte at hun ble sett og hørt(2005). En del av å utøve situasjonsforståelse, å leve seg inn i pasientens livsverden, å danne relasjon, og ta alt i betraktning. Når vi «titter inn» i ens annen livsverden, ser en interaksjonen de har med miljøet, og hva som betyr mye for dem. Pasienten viste tillit og delte sine engstelser med meg, og fordret meg til å hjelpe. Så tenker jeg «hva kan jeg gjøre for å hjelpe?» Hvilken ideologisk retning kan vi velge, så pasienten oppnår størst vinning i lengden. Det er ikke alltid pasienten selv vil det som er best for seg, fordi hun risikerte å miste noe hun hadde stor tilknytning til. Mye av omsorgen formidles gjennom å bry seg om det pasientene bryr seg om, i tillegg til innlevelse, forståelse og sympati(Martinsen, 2003). Det er også avhengig av personlighet mener jeg, denne kvinnen er jo veldig uselvvisk. Jeg tror mange i hennes situasjon, ville prioritert egen helse. Uansett er det vanskeligere å utarbeide løsninger på problemer, når man ikke forstår hvorfor. Så vi er nødt til og forstå hvorfor pasientene vil noe, og da kan vi gjøre det som er best for dem. I historien samarbeidet vi også med hjemmesykepleien. Det tverrfaglige samarbeidet, gjorde det enklere for pasienten, og fremmet god helse. Det er mulig å hjelpe mange mennesker gjennom samarbeid med andre. Det er også god omsorg i å kjenne egne begrensinger, og legge de tilside, for at pasienten skal få best mulig hjelp.

Innleggelse på sykehus og sykdom i seg selv, er en kjempestor stressor. Der er et *fokusskifte* fra fremtiden, og en blir nødt til å tenke på nåtiden. Det er svært skremmende å gjennomgå(Almás, 2005). Det er en måte å bli minnet på sin egen dødlighet, og at en ikke kommer til å leve evig.

*- Historie fra praksis #7: En kvinnelig pasient i 80 årene ble operert for hoftebrudd, og hadde startet å gå igjen med prekestol. Hun hadde kommet seg godt etter fallet og operasjonen, men hadde enda smerter da hun reiste og satt seg ned. Det begynte å nærme seg tiden for hjemreise, for hun klarte seg godt på egen hånd og trengte ikke hjelp lengre. På nattevakten gikk jeg forbi romdøra som sto på gløtt, og hørte at noen snufset. Da jeg tittet inn så jeg henne smile gjennom tårene og si "det er ingenting, bare slappe av, jeg er bare litt redd for å dra herfra". Jeg hentet litt tørkepapir og satte meg ned på kanten av senga og holdt rundt henne. Jeg sa ingenting før hun begynte å snakke; "Jeg er plutselig blitt kjempegammel og skrøpelig, og jeg vill ABSOLUTT IKKE på sykehjem! Det må jeg sikkert hvis jeg faller igjen!" Det går en stund før noen sier noe. Jeg pratet om hvor store fremskritt hun hadde hatt bare de siste dagene, og at slik hun følte det, var det mange som følte det.*



*Det var tydelig at hun var en kvinne som knyttet mye selvverd til å være selvhjulpen. Jeg fortalte henne at hjemmesykepleien var tilstede da hun kom hjem, og ville komme innom å se til henne hver dag. Det var også bestilt trygghetsalarm, men det tok noen dager før den kom. Det var også ordnet slik hjemme for henne, at hun kunne gå med rullator. Jeg minnet henne på at hun hadde den og holde fast i, så det var mindre sjanse for at hun falt. Jeg ville også gi henne telefonnummeret til hjemmesykepleien, så hun kunne ringe hvis det var noe. Til slutt sa hun "jeg vet, jeg vet. Jeg måtte bare få det ut. Det er skummelt skjønner du, men det er eneste måten".*

Kvinnen opplevde stress da hun viste hun måtte dra hjem, hun var redd for å falle igjen, og ikke komme seg oppe. Dette førte jo til sykehusinnleggelse sist gang, og da var hun helt maktesløs og trodde hun skulle sitte i rullestol resten av livet. Kvinnen hadde det trygt og godt på sykehuset, og fikk hjelp til det hun trengte. Men opplevelsen av å falle og smertene, gjorde at hun er kjempe redd for å prøve seg på egen hånd. Stressfølelsen kom til syne da hun ble liggende våken om natten og grue seg til hjemreisen. Som Lazarus og Folkman sier, er det å prate ut om hendelsen, hjelpende. Og å gråte, har en rensende effekt på sjelen. Å snakke gjennom følelsene, å bearbeide dem, gjør de blir mindre avskrekkende, og letter på et innvendig trykk. Ut fra reaksjonen kvinnen hadde, kan vi si at den *estimeringen* hun hadde gjort, om trusselen å reise hjem, gav henne en sterk stressreaksjon. Da jeg pratet med henne om hvor langt hun allerede hadde kommet, forsøkte jeg å fokusere på små ting, for å fremme *emosjonell mestring*. Og å se på deler av realiteten(1984). En del av sykepleie og omsorgen vi yter, er å styrke livsmot og integritet. Det innebærer en vurdering om hva som er best for pasienten, også i lengden. Å la pasienten bli, fordi hun er redd for å prøve seg, selv i kontrollerte omstendigheter, ville vært å invalidifisere henne, og ikke ivareta iboende autonomi(Martinsen, 2003). Mye av omsorgen sykepleieren yter er gjennom nærhet, berøring, oppmuntring, å motivere, og å gi tid til å føle og lytte.

Eide og Eide tar opp at eldre mennesker trenger mer tid når de inngår i relasjonene. Ulike forutsetninger gjør at vi må snakke høyere, saktere, ikke skifte tema fort, og gi bedre tid når vi venter på svar(2007). Eldre pasienter har stort utbytte av sykepleierne og omsorgen de får fra dem. Der er et savn av at de skal ha bedre tid til og bli kjent med dem. Dette er spesielt i sykehus, fordi der er flere pasienter, og ikke tid satt av til å bli godt kjent med dem. Sykepleier har en motiverende- og oppmuntrende rolle som gir kilde for trivsel og resurser. Det gir håp, og en følelse

av at der er løsning på problemene deres(Huckstad, 2002). Jeg er glad jeg hadde tid til å sette meg ned hos pasienten fra historien, det ville ikke føles rett å forlate henne der uten og si noe, eller høre hva det var. Det var selvfølgelig midt på natta, og jeg hadde bare å gå tilsynsrunden, så det åpnet for å tilbringe tid med henne. Martinsen tilnærming går ut på at suverene livsytringene fordrer oss, og at *vi ikke kan unndra oss deres makt*. For vi vil føle ubehag hvis vi ignorerer dem(2003). Når pasientene opplever omsorgen sykepleier yter, og andre tar del i deres liv, og engasjerer seg, styrker vi håp og gir kilde for livsmot.

- *Historie fra praksis #8: En kvinne i 60 årene kom inn med anginasmerter, hun hadde nyoppdaget hjerte- kar sykdom, der koronararteriene var smalere på grunn av høy konsentrasjon kolesterol- og kalkavleiringer. Hun var kjempeengstelig, selv om smertene var gått over etter at hun hadde fått MONA- behandling(morfin, oksygentilførsel, nitroglyserin, acetyl salisylsyre). Hun var livredd fortalte hun, og torde ikke røre seg. Legen hadde vært inne og snakket med henne om videre behandling, hun skulle til et annet sykehus for og utblokke blodkarene til hjertet. Hun var godt informert, inntil flere ganger, og var klar og orientert. Jeg satte meg ved siden av henne i senga og strøk henne med en våt klut over panna. Det tok en stund men tårene sluttet å komme og hun roet seg.*

Stresset i historien er opplevelsen av sykdommen, den kom akutt. Smertene, da brystet snørte seg sammen, og frykten for å dø var rystende for henne. Etter hvert fikk hun litt avstand fra hendelsen, og innså at hun kunne røre på seg uten å få vondt. Det gav henne kontroll tilbake, da hun følte at hun hadde mistet den. Der var omsorg i å være sammen med henne imens hun var redd. Det beviste for henne at hjelpen var nær, og at hun var trygg.

En holistisk tilnærming, tar alle menneskelige aspekter i betraktning. Stress gir utslag i mye mental og emosjonell aktivitet, for å mestre følelsen. Pasienter har stort utbytte av å snakke ut(Brinchmann, 2005). Selvfølgelig kunne alt vært godt hvis alle hadde denne tilnærmingen. Men hvis ingen stod for det medisinsk reduksjonistiske synet, ville jo ingen blitt friske. Men de ville i vertfall dødd med en terapeut, som sørget for å prate om alle floker, følelseslivet kunne hatt. Og pasientene ville levd i en liten hvit og behagelig boble, uten omkringliggende stressore. Slettebø sier, noe i samme dur som Martinsen, at det å integrere begge ideologiene, er å gjøre det som er best for pasienten. For en kommer ikke utenom at det er best for pasienten at motta IV-antibiotika, hvis en for eksempel har

sepsis. I motsetning til å respektere og godta, at den emosjonelle påkjenningen med å legge inn en veneflon er for stor(2005).

NPM har gjort det vanskelig å integrere begge ideologiene. Økonomisering og effektivisering, har gjort at vi er færre på jobb, og at vi har mer og gjøre(Orvik, 2006). Jeg har erfart at det er vanskelig å finne tid til å bli bedre kjent med pasientene, fordi det er så mange viktige praktiske sykepleierprosedyrer som blir prioritert. Det innebærer væskende sår, fallende blodtrykk, intense smerter, CVK`er som trenger stell, medisiner skal gis, tidsfrister skal overholdes, og der er mange pasienter å ha tilsyn til. Det er ikke å legge skjul på at det er travelt at være sykepleier. «Mindre alvorlige» ting, som samtaler, blir skjøvet bak på listen over gjøremål. Det ansvarliggjør sykepleieren for prioriteringer av prosedyrer, delegering av arbeid, og i tillegg å avtale tidspunkt, og overholde dem. Huckstad sier pasientene var klar over at sykepleierne hadde det travelt, og aksepterte det. Dette vil kanskje si at sykepleierne er flinke til dette allerede, eller i alle fall til å forklare seg(2002). En del av det å kunne gi informasjon og undervisning, innebærer å avtale et senere tidspunkt å komme tilbake til pasienten på og gjennomføre det. Det kan ifølge Fagermoen, være givende på flere måter. Pasienten får blant annet tid til å forberede seg mentalt, og kan tenke over spørsmål hvis han har. Det er viktig å overholde tidspunktet man avtaler. Hvis det skjer noe akutt, slik at vi ikke får anledning, må sykepleieren gå og avtale nytt tidspunkt. Hvis vi ikke gjør det mister vi tilliten som er opparbeidet, og relasjonen svekkes(2005). Hvis sykepleier avtaler tidspunkt å komme tilbake på, har vi mulighet til å ikke "unndra seg de fordrende, suverene livsytringene", og samtidig prioritere at de andre pasientene overlever oppholdet. Der er også omsorg i prioritering og delegering, fordi det sørger for at omsorgen blir strukturert og oversiktlig. Det gjør det at pasienten er sikret oversikt, som reduserer stress.

#### **4.5.Oppsummering**

Den veien jeg har valgt for å nærme meg problemstillingen, har vært med og gitt svar som begrenser seg til kvaliteten, på omsorgen sykepleier yter. Stressfølelsen kan reduseres, med å gi pasienten følelse av kontroll eller oversikt. En forutsetting, er at det skjer gjennom deltagelse i relasjoner og andres livsverdner. Ut fra relasjonen finner sykepleieren ut hva som er best for pasienten. Studiet har vist at det er ulike former å vise omsorg på.

Å redusere stress for innlagte pasienter på sykehus, åpner for utfordringer hos sykepleierne. Eldre mennesker kan ha ulike forutsetninger for å kommunisere, men har like stort behov for omsorg som andre aldersgrupper, om ikke mer. Eldre pasienter har også et redusert utgangspunkt for å håndtere omgivelsenes krav, og har større behov for hjelp. Sykepleier bør tilrettelegge for at ingen blir oversett eller forbigått. Det utfordrer også sykepleieren til å være deltakende, og ikke være redd for å lytte til såre temaer, og noen som ventilerer følelsene. Det er mange vanskelige og triste skjebner ute i en sykehuskorridor, og det er utfordrende, å ikke ta det for langt innover seg ved arbeidsløst slutt. Jeg mener det er viktig å møte utfordringene, fordi det hjelper oss å oppfylle den rollen pasientene forventer av sykepleieren. Jeg tror at når vi tilrettelegger for rolige, oversiktlige omgivelser, med få omkringliggende stressorer, fremmer vi også et godt arbeidsmiljø. Som åpner for å være fleksibel, læresituasjoner og utfordringer, som igjen skaper trivsel på en avdeling. Og når vi tar del i andres sorger og gleder, utvikler vi oss som mennesker, og til bedre sykepleiere.

### **5.0.Konklusjon.**

Den nye kunnskapen oppgaven har tilegnet meg, er at sykepleier kan tilrettelegge og yte god omsorg, som reduserer stress hos eldre pasienter. Stress dreier seg mye om hvordan pasienten har det psykisk, og det er ikke lett og begi seg inn på det sjelelige planet. Sykepleier på sykehus blir ikke like godt kjent med pasientene som foreksempel på et sykehjem. Det utgjør tidspress på interaksjonen mellom sykepleier og pasient. Uansett bør vi legge tilrette for at pasientene i sykesituasjoner, mottar emosjonell støtte og omsorg. Fordi det er givende å snakke. Det inkluderer å være sensitiv, for fordrende livsytringene.

Jeg sa innledningsvis at jeg ønsker å finne verktøy å anvende i møte med enkeltindividene. Omsorgen vi yter er det viktigste momentet. Det fordrer oss på ulike måter. Men viktigst av alt, er å fremme omsorg, velvære og trygghet, hos pasientene. Det hjelper pasienten til en bedre forutsetning, for å mestre tilværelsen og utfordringene fra omgivelsene. Det fremmer en god helsetjeneste, som tar vare på og bryr seg om folk.

### **5.1. Grunnlag for videre studie.**

Oppgaven har hatt et smalt fokus på kvaliteten på omsorgen sykepleieren utøver. Hele interaksjonen mellom sykepleier og pasient, og mellom pasient og miljøet, dekkes ikke. Ulike faktorer i omgivelsene er med på å forsterke og redusere stressopplevelsen. Medisiner, kan ha ulike bivirkninger, som vanskeliggjør å oppleve velvære. I tillegg tror jeg fysioterapi er en kjempestor påkjenning. Fysioterapi er nødvendig, men kan gi utslag i stress og samtidig mestring og kontroll. Jeg tror det kunne vært spennende og gjort undersøkelse, på stress og slike momenter i omgivelsene.

Det at jeg har hatt en hermeneutisk tilnærming, kan også ha vært med på å begrense hvordan jeg tolket fenomenet. Metodevalget kan begrense utfallet. Hvis jeg for eksempel har gjort intervju av sykepleiere på medisinsk- eller kirurgisk avdeling, kan jeg ha fått bredere spekter på stresskildene og omsorgen.

**Litteraturliste:**

- Bjålie, J. G., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ø. V. (2003) *Menneskekroppen. Fysiologi og anatomi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2004) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Engedal, K. (2006) *Urunde hjul. Alderspsykiatri i praksis*. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.
- Fagermoen, M. S. (2005) *Samtale, veiledning og undervisning ved sykehusinnleggelse. I: Klinisk sykepleie, bind 1*. Almås, H. (red.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fause, Å., Micaelsen, A. (2005) *Et fag i kamp for livet. Sykepleiens historie i Norge*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) (2001) *Lov om helsepersonell (helsepersonelloven)*. Link: <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html> (Hentet 16.04.10. Kl. 17.29)
- Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) (2001) *Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*. Link: <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html> (Hentet 16.04.10. Kl. 17.42)
- Hummelvoll, J. K. (2008) *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Moesmand, A. M., Kjøllesdal, A. (2004) *Å være akutt og kritisk syk, om pasienters og pårørendes psykososiale reaksjoner og behov*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Odland, L. H. (2005) *Menneskesyn. I: Etikk i sykepleien*. Brinchmann, B. S. (red.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Orvik, A. (2006) *Organisatorisk kompetanse i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Sletvold, O., Nygaard, H. A., Nordhus, I. H. (2008) *Biologisk aldring, Psykologisk aldring. I: Tverrfaglig geriatri en innføring*. Bondevik, M., Nygaard, H. A. (red.) Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

**Selvvalgt litteratur:**

Assadi, A., Skansen, J. (2001) *Stresshåndboken*. Gjøvik: Tiden Norsk Forlag AS. ss. 7 – 36, 80.

Forsberg, C., Wengstøm, Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur. ss. 21 – 173.

Gilje, N., Grimen, H. (2002) *Hermeneutikk: forståelse og mening. I: Samfunnsvitenskapens forutsetninger, innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi*. Gilje, N., Grimen, H. (red) Oslo: Universitetsforlaget AS. ss. 142 – 174.

Haram, R. B. (2005) *Forventninger og krav til profesjonelle utøvere ved akuttavdelinger på sykehus. I: Etiske utfordringer og kvalifikasjonskrav i helsetjenesten. Hva innebærer det å være profesjonell utøver i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten?* Slettebø, Å. (red.) Kristiansand: Høyskoleforlaget AS. ss. 133 – 158.

Huckstadt, A. A. (2002) The experience of hospitalized elderly patients. I: *Journal of Gerontological nursing*. Vol 28, iss. 9. pg 24, 6 pgs. (hentet 07.04.2010 kl. 15:58). Link: <http://proquest.umi.com/pqdweb?sid=1&vinst=PROD&fmt=6&startpage=1&clientid=29144&vname=PQD&RQT=309&did=186748401&scaling=FULL&ts=1265635813&vtype=PQD&rqt=309&TS=1265635820&clientId=29144>

Karlsson, B. (2003) *Erfaringsbasert pasientkunnskap: et nytt grunnlag for forståelse av klinisk arbeid i psyk. sykepleie. I: kunnskaps dannelse i praksis, handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Hummelvoll, J. K. (red.) Oslo: Universitetsforlaget AS. ss. 147 – 171.

Kristoffersen, N. J. (2005) *Stress, mestring og endring av livsstil. I: Grunnleggende sykepleie, bind 3*. Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. (red.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. ss. 206 – 270.

Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984) *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company. ss. 1 – 225, 261 -284, 334 – 374.

Martinsen, K. (2003) *Fenomenologi og omsorg – tre dialoger*. Oslo: Universitetsforlaget. ss. 9 – 116.

Topf, M. (2000) *Hospital noise pollution: an environmental stressmodel to guide research and clinical interventions*. Journal of advanced nursing. 31(3), 520-528. (Hentet 07.04.2010 kl. 15:58). Link: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/121440815/PDFSTART>