

BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE – Våren 2009

SY 180H 000

KULL 2006 HØST

TEMA: KREFTOMSORG

INNLEVERINGSFRIST: 30.04.2009

KANDIDATNUMMER: 16 og 32

BØNN FRA EN PASIENT

Kjære dere hvitkledde!
Dere har
så skrekkelig
stor makt.

Dere har
Posisjoner og profesjoner.
Det innebærer muligheter.

Kjære dere,
ikke trakk på meg
trakk inn til meg.

Livet mitt er i deres hender.

Jeg er
Ikke bare
Et nummer, et navn et kasus.
Eg er
Et helt menneske
Med påtrengende tanker
Og følelser i full forvirring.

Det er vanskelig
å være syk.

Det er vondt å vente og vente
Og vente
På beskjeder og telefoner,
Datoer og innkallinger,
inngrep og resultat.

Kjære dere hvitkledde!

Dere
Kan være engler.
Ta spørsmålene mine på alvor,
Stå på for mer fremdrift.
Snakk med øynene mine.

Det gjelder livet mitt!

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 Innledning.....	s. 4
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	s. 4
1.2 Problemstilling med avgrensning.....	s. 4
1.3 Hensikt med oppgaven.....	s. 5
1.4 Oppbygging av oppgaven.....	s. 5
2.0 Metode	
2.1 Valg av metode.....	s. 6
2.2 Hermeneutisk tilnærming til utvikling av kunnskap.....	s. 6-7
2.3 Gjennomføringen av intervjuene.....	s. 7
2.4 Anonymisering og personvern.....	s. 7
2.5 Metodekritikk.....	s. 7-8
3.0 Teori	
3.1 Sykepleiefaglig forankring.....	s. 9
3.2 Joyce Travelbee's sykepleieteori.....	s. 9-10
3.2.1 Håp.....	s. 10
3.2.2 Mening.....	s. 11
3.2.3 Livsmot.....	s. 11-12
3.3 Å rammes av kreft – opplevelser og reaksjoner.....	s. 12
3.3.1 Krisereaksjoner.....	s. 12-13
3.3.2 Lidelsen.....	s. 13-14
3.4 Kommunikasjon.....	s. 14-15
4.0 Presentasjon og drøfting av funn.....	s. 16
4.0.1 Betydningen av å fremme håp, mening og livsmot i møte med pasienten.....	s. 16-18
4.0.2 Det stå og faller på kommunikasjon.....	s. 19-21
4.0.3 Betydningen av å gi god informasjon.....	s. 21-23
4.0.4 Pasientindividualitet.....	s. 23-25
5.0 Avslutning.....	s. 27
Litteraturliste.....	s. 28- 30
Vedlegg	

1.0 INNLEDNING

Vi er to sykepleierstudenter som studerer siste året på sykepleien ved Høgskolen i Bodø, og dette er vår avsluttende eksamen i Bachelor i sykepleie. Oppgavens omfang er på 9271 ord.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi ønsker med denne oppgaven å få innsikt i hvordan man bør møte mennesker som opplever en vanskelig livssituasjon. I praksis har vi opplevd det vanskelig å tilnærme oss de nære og personlige tanker og følelser som alvorlig syke kreftpasienter har. Vi synes det blir lagt for lite vekt på samtaler og psykisk støtte til pasienter med alvorlige kreftdiagnoser, ikke bare på institusjoner, men også igjennom utdanningen. I fra praksis har vi har begge erfaring med mennesker som har kreft, og vi opplevde ofte situasjoner der vi ble usikre på hvordan vi skulle forholde oss til pasienten. Vi synes det er vanskelig å gå inn i nære og personlige samtaler med en pasient som har fått en kreftdiagnose der utfallet av behandlingen er usikkert.

I statistikken til kreftregisteret kommer det frem at 25 943 krefttilfeller ble oppdaget i Norge i 2007, dette er en økning på seks prosent fra 2006. 33,4 prosent av norske menn har en risiko for å få kreft i løpet av livet, og 27,4 prosent av kvinner vil få kreft før fylte 75 år.

(Kreftregisteret 2007).

1.2 Problemstilling med avgrensning

Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til at kreftpasienter opplever økt håp, mening og livsmot?

Kreft kan opptre på mange forskjellige måter og i alle aldersgrupper, vi vil fokusere på kreftpasienter fra 30-60 år som befinner seg i sykehus. Dette er fordi det er den aldersgruppen vi fikk mest erfaring med da vi var i praksis. Vi konsentrerer oss om kreftpasienter som er under behandling og er i et stadie av sykdommen der man ikke vet utfallet av behandlingen. Vi har ikke valgt å konsentrere oss om en spesifikk krefttype, men heller drøfte det å være kreftsyk generelt.

1.3 Hensikt med oppgaven

Vi mener det vil være umulig å finne noe fasitsvar på problemstillingen vår, men vi er ute etter å få en bedre forståelse av innholdet i begrepene håp, mening og livsmot, og hvordan vi som sykepleiere kan bidra til å øke disse. Ved å intervju erfarne sykepleiere som arbeider innenfor kreftomsorg, ønsker vi å ta del i deres egne erfaringer. Slik kan det være enklere for oss som nyutdannede sykepleiere å vite hvordan vi kan være med på å øke håp, mening og livsmot, hos de pasientene som trenger hjelp til dette.

1.4 Oppbygging av oppgaven

I kapittel 1.0 gjør vi rede for våre valg i henhold til tema, avgrensning av problemstilling, hensikt og oppbygging av oppgaven. I kapittel 2.0 presenterer vi metoden og den vitenskapelige tilnærmingen vi har bruk, forklarer gjennomføringen av intervjuene, beskriver hvordan vi har forholdt oss til anonymisering og personvern, deretter kritikk av metode. I kapittel 3.0 presenterer vi den sykepleiefaglige forankringen, og sykepleieteoretikeren vi har valgt å bruke i oppgaven vår. Deretter vil vi forsøke definere begrepene håp, mening og livsmot, og forklare dem på en best mulig måte. I denne delen tar vi også opp hvordan det er for et menneske å rammes av kreft, krisereaksjoner, lidelsen og kommunikasjon. I kapittel 4.0 presenterer og drøfter vi funnene vi har gjort gjennom intervju og litteratur og kapittel 5.0 inneholder avslutningen.

2.0 METODE

2.1 Valg av metode

Vi har valgt Dalland(2006) ”Metode og oppgaveskriving for studenter” som rammeverk for vår metode.

Vi ønsker å bruke en kvalitativ metode for intervju av fagpersoner innen tema. Denne metoden tar sikte på å fange opp meninger og egenopplevde situasjoner som ikke kan måles.

Intervjuet tar sikte på å få frem nyanserte beskrivelser av den situasjonen som intervjupersonen befinner seg i. For at beskrivelsene skal bli dekkende, er det ofte nødvendig å stille utfyllende spørsmål(Dalland 2006:122).

Vi valgte å intervju en kreftsykepleier(Sykepleier 1) og en somatisk sykepleier(Sykepleier 2) ved en kreftavdeling. Ved å gjøre dette får vi frem deres ulike erfaringer. Det å velge to forskjellige informanter fører til at erfaringene kan bli mer variert og det er lettere å få bredde og dybde i kunnskap om temaet vi har valgt. To forskjellige informanter kan også veie opp for hverandre, da de begge jobber med sykepleie til pasienter med kreft, og har lang erfaring innenfor temaet. Litteraturen vi har brukt er et viktig supplement til intervjumaterialet vårt.

2.2 Hermeneutikk

For å kunne besvare problemstillingen, er det viktig at vi forstår den hjelpesøkende pasienten og pasientens behov for håp, mening og livsmot. Som studenter har vi ikke tillatelse til å intervju pasienter og går derfor omveien om sykepleiere som har erfaring fra feltet vi interesserer oss for. For å tilegne oss kunnskaper og forståelse som sykepleierne besitter, har vi brukt en hermeneutisk tilnærming til intervjumaterialet vårt. Hermeneutikk handler om å fortolke meningsfulle fenomener og å beskrive vilkårene for at forståelse av mening skal være mulig. Når man fortolker tekster ser vi på det som skal utforskes gjennom vår egen forforståelse (Dalland 2006). De tanker, følelser, inntrykk og kunnskaper vi har, vil være de ”brillene” vi ser gjennom og tolker utskriftene av intervjuene våre med. Vår teoretiske forforståelse gjenspeiler seg i teorien vi har valgt, og som vi betegner som vårt teoretiske perspektiv. Ved å intervju sykepleier og kreftsykepleier om deres erfaring og kunnskaper knyttet til vår problemstilling og ved å tolke deres utsagn, håper vi å få en dypere forståelse

for hvordan sykepleieren kan bidra til at pasienten vil oppleve håp, mening og livsmot i en vanskelig livssituasjon.

2.3 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuguiden vi lagde inneholder først en liten introduksjon som forteller hvem vi er, hva som er hensikten med intervjuet og problemstilling. Deretter hadde vi formulert fem spørsmål. Intervjuguiden ble levert informantene ca en uke før intervjuet skulle finne sted, slik hadde de god tid på å forberede seg. Intervjuet fant sted på et lukket rom der vi ikke kunne bli avbrutt eller forstyrret av andre. Vi hadde på forhånd bestemt oss for hvem informantene skulle være, og vi hadde inngått en avtale om at vi fikk lov å intervju disse i god tid før selve intervjuet fant sted. På denne måten kunne informantene selv bestemme når det passet best å utføre intervjuet, og dermed unngikk vi tidspress. I forkant hadde vi fått lånt en båndopptaker, denne hadde vi testet hjemme slik at vi viste hvordan den skulle brukes, og hvordan den skulle holdes for å få best mulig lyd.

2.4 Anonymisering og personvern

Før vi startet intervjuene fikk vi informantene, enhetsleder og veileder til å underskrive en søknad om *tillatelse til innhenting av data*. Denne søknaden gjelder innhenting av data i forbindelse med skriftlige studentarbeider. Etter at vi var ferdig med intervjuene skrev vi intervjuene inn på data slik at vi hadde de i skriftlig form, og deretter slettet vi båndene. Det blir ikke nevnt navn, tid eller sted i hverken i oppgaven eller i utskriften intervjuene, og det er bare intervjuguiden som blir lagt ved i oppgaven. Under intervjuene nevnte informantene aldri navn på pasienter, pårørende eller sykepleiere. Gjennom skolen har vi skrevet under en taushetserklæring som er gjeldende under arbeidet med oppgaven. Informantene fikk også beskjed om at de når som helst kunne trekke seg fra intervjuet, og at de kunne velge å ikke la oss bruke intervjuet når det var ferdigstilt (Dalland 2006).

2.5 Metodekritikk

I ettertid ser vi at vi kunne vært flinkere til å få informantene til å utdype svarene. Hadde vi greid det, kunne vi nok fått bedre og mer konkrete svar og eksempler. Vi fikk en del gode svar

på våre spørsmål, men vi skulle gjerne ha intervjuet flere informanter for å få et bedre grunnlag til å diskutere problemstillingen.

Gjennom utformingen av intervjuet har vi lagt føringer for hvordan vi kan drøfte funnene i drøftingsdelen. Håp, mening og livsmot ble tatt opp hver for seg, vi ser i ettertid at disse skulle ha gått mer inn i hverandre. Kommunikasjon er et funn som går igjen i begge intervjuene, dette er et hovedfunn som vi i intervjuguiden ikke hadde tatt høyde for. I ettertid ser vi at vi skulle formulert flere spørsmål rundt kommunikasjonens betydning i forhold til håp, mening og livsmot. Vi begynte å arbeide med to teoretikere, vi fant ut at dette ble for mye i forhold til oppgavens omfang og i forhold til drøftingen. Dette førte til at det ble en del redigering av oppgang etter at vi var begynt å arbeide med den.

3.0 TEORETISK PERSPEKTIV

3.1 Sykepleiefaglig forankring

Vi har valgt Joyce Travelbee's teori om sykepleiens mellommenneskelige aspekter, som utgangspunkt for sykepleiefaglig forankring. Det er især boken *"Interpersonal Aspects of Nursing"* som er kilde for vår forståelse av Travelbee's teori om sykepleie. Begrepene håp, mening og livsmot er sentrale begreper i hennes teori og for vår problemstilling.

3.2 Joyce Travelbee's sykepleieteori

Travelbee mener at sykepleie er å hjelpe et menneske, en familie eller et samfunn, slik at det blir mulig å mestre erfaringer med sykdom og lidelse. Om nødvendig, også å finne meningen med disse erfaringene. Hun er opptatt av å skape et menneske- til – menneskeforhold mellom pasient og sykepleier. Da vil sykepleieren bruke seg selv som terapeut i møte med pasientene og de pårørende (Travelbee 1996). Travelbee liker ikke begrepet "rolle", og hun tar avstand fra alle vanlige oppfatninger av pasienter og sykepleiere som har oppstått over tid, og som har tildelt dem roller. Hun mener at slike roller tar ifra individet dets særpreg. Et menneske- til – menneskeforhold kan ikke dannes gjennom "roller". Hun mener det er viktig at pasient og sykepleier ser hverandre, og at de forholder seg til hverandre som den personen de er. Hun sier at et hvert menneske er unikt. Mennesket er uerstattelig, og ingen mennesker er like. Mennesket kan aldri erstattes med et annet menneske, da man aldri vil kunne finne den samme likheten igjen. Travelbee mener at vi mennesker naturlig har en evne til og skal finne meningen med lidelsen, smerten eller sykdommen. Omsorg i sykepleie består av å hjelpe den syke til å finne en mening i den situasjon han opplever, og dette skjer gjennom et menneske til menneske forhold. En sykdom eller en lidelse som rammer et menneske, kan utvikle en personlig vekst hos det enkelte individ, og vil ha betydning for utviklingen av det enkelte mennesket (Kristoffersen 1996). Travelbee definerer sykepleie som;

An interpersonal process whereby the professional nurse practitioner assists an individual, family, or prevent or cope with the experience of illness and suffering and if necessary, to find meaning in these experiences (Travelbee 1996:7).

Sykepleie er en prosess siden det alltid handler om mennesket, direkte eller indirekte. Med prosess menes erfaringene eller hendelsene mellom en sykepleier og mennesket, eller en gruppe mennesker, der man trenger den hjelpen en sykepleier kan tilby (Travelbee 1996).

3.2.1 Håp

Travelbee (1996) sier at det er vårt ansvar som helsepersonell å hjelpe det syke mennesket til å opprettholde håpet og dermed unngå håpløshet. Det er også vår oppgave å hjelpe mennesker som lever i håpløshet til å oppnå håp igjen. Dette stiller krav til oss som sykepleiere, vi må vite hva som legges i ordet håp, og vi må vite om eller hvordan håpet forandres ved alvorlig sykdom.

Håpets kjerne består i menneskets grunnleggende tillit til omverden, barnet utvikler tillit til omverden når dets behov blir imøtekommet av omgivelsen, og et menneske bevarer sin opplevelse av tillit og håp dersom omgivelsene fortsetter å imøtekomme dets behov for hjelp når dette er påkrevd (Kristoffersen 1996:407).

Håpet er forskjellig fra menneske til menneske. Håp er en sinstilstand som kan karakteriseres med et ønske om å oppnå eller avslutte et mål, kombinert med en hvis grad av forventning om at målet faktisk er oppnåelig. Et mål kan være stort eller lite, men om man ikke oppnår målet på den måten man ønsker, vil håpet fort kunne forsvinne. Håp er et ønske om å forandre den livssituasjonen som man befinner seg i akkurat nå og å tro at man kan ta valg, og at man har flere alternativer å velge mellom. Håp er å ønske å eie ting eller inneha en tilstand, ønske om å greie en oppgave eller ønske å oppleve noe spesielt. Når vi ser på håpet på denne måten har mennesker som håper, en formening om hva som er mulig. Mennesker som håper tror sterkt på at det som det ønsker kan og vil oppfylles. Gjennom denne prosessen trenger mange mennesker hjelp fra andre for å oppnå eller opprettholde det den håper på (Travelbee 1996). Travelbee sier videre at et menneske som er sykt eller lider, er avhengig av andre og håper på deres hjelp, selv om han ikke spør direkte etter hjelp. Å spørre etter hjelp kan for mange føles som en svakhet, man ønsker ikke å være avhengig av andre mennesker, man vil ikke belaste andre med sine problemer og bekymringer. Har et menneske mistet håpet, vil det også ha vansker med å forbedre og forandre den situasjonen han opplever. Man greier ikke å se at det finnes en utvei av situasjonen, og at problemer som oppstår kan forandres underveis (Kristoffersen 1996).

3.2.2 Mening

Når vi skal forklare ordet mening er det viktig at vi ser det i sammenheng med sykdom og lidelse. Når vi som sykepleiere skal hjelpe mennesker som har kreft med å oppleve mening med livet, er det viktig at vi vet hva dette begrepet innebærer. Travelbee mener at ordet mening blir brukt i en begrenset betydning og at det kun henviser til de meninger som muliggjør det syke mennesket, ikke bare til å leve med sykdom, men til å bruke det til å muliggjøre livserfaringer. Med å muliggjøre menes det at det fremdeles er mulig for mennesket å oppnå selvrealisering, på tross av sykdom. For å forklare dette bedre kan man sitere den tyske filosofen Friedrich Nietzsche som sa ” *He who has a why to live for, can bear almost any how*” I følge (Travelbee:1996). Å oppleve sykdom og lidelse er situasjoner som oppstår i livet, og det er i slike situasjoner at behovet for å finne meningen i livet kan virke tvingende nødvendig. (Travelbee:1996). Meningen er noe som må finnes av den enkelte person, og den kan ikke gis videre over til en annen person. Da vil meningen ikke kunne ha samme betydning for denne personen. En person vil også kunne oppleve mening ved at han føler verdi, at man enda kan fange andres oppmerksomhet på en god måte, og at man betyr noe for andre. Det å være betydningsfull for andre mennesker og ikke minst for seg selv, kan være et avgjørende faktum for det enkelte menneske og for opplevelsen av ordet mening. For å skulle opprettholde denne følelsen av ordet mening, er det viktig med støtte fra helsepersonell og pårørende, mener Travelbee(Kristoffersen 1996).

3.2.3 Livsmot

Livsmot kan sees på som menneskets lyst til å leve, eller grad av mot i livet. For et menneske som er rammet av sykdom vil omfanget av livsmot være av vesentlig betydning, da livsviljen til et menneske kommer av hvor stor grad av livsmot man har. (Jacobsen 1998). Videre sier Jacobsen at livsmot er noe som finnes i alle mennesker, det er en av våre grunnleggende livsfølelser, parallelt med denne naturlige følelsen innehar de fleste mennesker en frykt for døden, og har dermed et bevisst ønske om å leve. Travelbee(1996) sier at livsmot ikke bare viser seg når et menneske konfronteres med desperate livssituasjoner eller ekstreme kriser. Men at det også er behov for livsmot når man opplever mindre dramatiske situasjoner som er likeså viktige for et menneske som lider av sykdom. Man trenger livsmot når man har en langvarig sykdom, som innebærer smerter over en lengre periode av tid, for å kunne møte

hver dag og leve uten å gi seg over til fortvilelsen. Et menneske med livsmot benekter ikke sine problemer eller livsvansker, de velger heller ikke å overse sine problemer. Videre mener Travelbee at livsmot ikke er noe som kommer av seg selv. Livsmot oppstår ut fra hvordan hvert enkelt menneske konfronterer problemer og vanskelige situasjoner ettersom de oppstår. I følge en undersøkelse som Jacobsen(1998) har utført viser det seg at mennesker som er blitt rammet kreft, først etter de ble syk, ble klar hvor stor grad av livsmot de hadde. Halvparten av de menneskene som ble intervjuet sa også at sykdommen var med på å øke livsmotet deres, og sykdommen gjorde dem bevisst på at de hadde, og bestandig hadde hatt livsmot.

3.3 Å rammes av kreft – opplevelser og reaksjoner

Kreft er en sykdom som tar utgangspunkt i kroppens molekylære og cellulære nivå, men kanskje like så viktig vet vi at den rammer menneskets eksistens og den får både kroppslig, sjelelig og åndelige konsekvenser. Det å få en kreftdiagnose kan beskrives som en eksistensiell rystelse, og sykdommen fører pasienten gjennom krevende sykdoms- og behandlingsfaser. Noen ganger vil behandlingen føre til helbredelse, andre ganger vil sykdommen medføre en dødelig utgang(NOU 1997:20). Når man får kreft skjer det en forvandling i livet som man selv ikke har kontroll over. Noen tenker automatisk på døden med en gang, mens andre greier å leve livet så normalt som mulig. Gjennom årene blir sykdommen en lidelse for mange, mens noen greier å "glemme" den eller finne noe positivt i den. Alle finner sin egen måte å leve med kreften på, og de måtene man velger å leve på er forskjellig fra person til person. Det som kanskje er likt for mennesker som får kreft er den harde måten kreftdiagnose rammer på. Kreft er en diagnose som ofte oppfattes som dødelig. Den forbindes med svært dårlige prognoser, på tross av at kreft er en betegnelse for forskjellige sykdommer med forskjellige forløp. Videre sies det at kreft i dag brukes som en metafor, på den måten at sykdommen står for mer enn det den inneholder rent klinisk. Kreft blir dermed et symbol på angst, kaos, smerte, fortvilelse og oppløsning, og dette kan igjen påvirke hvordan de som rammes av kreft opplever sin situasjon(Jacobsen 1998).

3.3.1 Krisereaksjoner

Kriser er blant de viktigste og mest avgjørende opplevelser vi har. Vi kan bli helt og endelig knust av dem, eller vi kan slite oss gjennom en vond vei gjennom dem og så vidt berge stumpene av vår tilværelse for så å gå videre. Vi kan etter en vanskelig tid

til og med vokse og berikes av krisen. Men hvordan enn utfallet omsider blir, er kriser alltid vonde, desorienterende og farlige(Eide og Eide 2006:104).

Eksistensielle kriser er noe uunngåelig, noe som alle mennesker vil oppleve før eller siden. En plutselig krise kan skape forandringer i hvordan man har forstått livet sitt før krisen oppstod. Man kan derfor i ettertid trenge hjelp til ny selvforståelse, da man som en konsekvens av krisen mistet forståelsen av sitt eget liv. En måte å definere en krise på er slik den svenske psykiateren Johan Cullberg gjør. Han definerer en traumatisk krise som;

Individets psykiske situasjon ved en ytre hendelse som er av en slik art at personens fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet eller grunnleggende livsmuligheter er truet(Reitan og Schjølberg 2004:48).

Benektelse er ofte den umiddelbare reaksjonen i en krisesituasjon. Mange mennesker vil reagere med forsvar og prøve å holde tanker og følelser unna, når de har fått en kreftdiagnose. Etter den første fasen, som normalt ikke varer lenge, vil andre fase komme. I denne fasen kommer de følelsemessige reaksjonene mer og mer frem. Man har fremdeles ikke helt kontroll, så benektelse oppstår parallelt med tanker og følelser. Den tredje fasen består av bearbeidelse. Man tar innover seg det som oppleves som farlig og truende, og begynner sakte men sikkert å bearbeide opplevelsen. Den fjerde og siste fasen er nyorienteringsfasen. Her gjennomoppretter man en ny likevekt, og benektelsen eksisterer ikke lengre. Man kan altså dele opp menneskers krisereaksjoner i fire faser. Disse fasene vil varieres og kan ofte flyte inn i hverandre. Og ved alvorlig sykdom som kreft kan det oppstå nye kriser underveis, noe som forandrer og kompliserer disse fasene. Det vi som helsepersonell kan gjøre er å bruke disse fasene som et hjelpemiddel til å forstå hva pasienten går igjennom og kartlegge de behov som pasientene eventuelt måtte ha(Eide og Eide 2006).

3.3.2 Lidelsen

Lidelse blir spesielt tydelig i møte med en sykdom som kan være dødelig. Å rammes av kreft kan sees på som en lidelse som ikke har noen mening. På tross av dette er det mange pasienter som uttrykker at det å få kreftdiagnosen fører til en positiv livsforandring(Mock 1998). Å lide blir av Travelbee(1996) definert som fysisk eller mental smerte, å holde ut med elendighet. Lidelsen er en personlig opplevelse til den som lider. Lidelse er et begrep som har mange meninger. Generelt er lidelse et begrep man bruker til å beskrive menneskets opplevelse av

psykisk eller fysisk smerte. Mer nøyaktig, og tilnærmet vår oppgave, bruker vi lidelse til å beskrive menneskets opplevelse av negative forandringer som oppstår i forbindelse med sykdom. Lidelsen varierer i intensitet, dybde og varighet. Lidelsen er altså en følelse av ubehag. Dette ubehaget kan være forbigående psykisk, fysisk og åndelig, eller ekstrem angst. Lidelsen oppstår når ett menneske opplever forskjellige typer av vansker som skaper stress. Slike vanskeligheter kan ramme en selv eller en person man står veldig nær. Eksempler på slike vansker kan være sykdom, fysisk smerte, psykisk smerte og forskjellige tap, enten det er personlige tap eller tap knyttet til andre mennesker. Lidelse er et komplekst menneskelig fenomen. Lidelse er noe som alle mennesker før eller siden vil oppleve, og ingen kan bli spart for lidelsen. En forutsetning for lidelsen er livsmotet (Martinsen 1993). For at vi som sykepleiere skal kunne hjelpe pasienten gjennom lidelsen må vi kunne se og oppfatte livsmotet. Dette livsmotet uttrykker seg ofte som en appell om hjelp fra pasienten. Et rop om hjelp uttrykker at pasienten vil ha hjelp ut av lidelsen, og dette forteller oss at pasienten innehar ett vist nivå av livsmot. Et livsmot som forteller pasienten at det finnes noe mer i livet en lidelsen han befinner seg i, og at det kreves arbeid og livsmot for å komme seg igjennom dette. Som sykepleiere står vi overfor en vanskelig oppgave når vi skal forstå og hjelpe et lidende menneske. For en pasient som lider er det avgjørende at vi som sykepleiere ser og bekrefter lidelsen, hvis vi ikke gjør dette vil lidelsen bli ytterligere forsterket. Som nevnt tidligere vil alle mennesker før eller siden erfare det å lide, enten det er kreft eller andre ting som forårsaker denne, og alle er avhengige av medspillere for å overkomme lidelsen. (Kristoffersen: 1996)

3.4 Kommunikasjon

Det å kommunisere med et menneske som har en alvorlig sykdom stiller krav overfor oss som sykepleiere. Ved å tyde den nonverbale kommunikasjonen kan vi få svar på hvordan pasienten oppfatter sin egen sykdom og situasjon, og hvordan pasientens forhold til oss som sykepleiere er. Ved nonverbal kommunikasjon formidler vi noe uten å bruke ord. Vi bruker isteden kroppen vår gjennom bevegelse, kroppsholdning, berøring og ansiktsuttrykk. Lyder som for eksempel gråt og latter og også lukter inngår i den nonverbale kommunikasjonen (Travelbee 1996). I følge Eide og Eide skaper samsvar mellom verbale og nonverbale signaler tillit, mens det motsatte skaper mistillit. Den nonverbale kommunikasjonen kan formidle mer enn den verbale kommunikasjonen og kan dermed gi en

større dybde i relasjonen mellom pasient og sykepleier. Den verbale kommunikasjonen forteller oss hvordan pasienten ser på sin egen sykdom, og den forteller oss hvordan pasienten opplever det å være syk. For at vi som sykepleiere skal kunne utøve god kommunikasjon krever det mer enn kun evne til innlevelse og medfølelse. Høy faglig kompetanse er sykepleiernes spesifikke forutsetning for god kommunikasjon og godt samarbeid med pasienter og pårørende. Vi bruker dette for å analysere situasjoner, formidle vår forståelse til pasientene og til å gjennomføre nødvendige tiltak. Fagkunnskap og empati er grunnleggende faktorer for god kommunikasjon (Eide og Eide 2006). Travelbee (1996) sier at empati er evnen til å sette seg inn i/ dele, en forbigående psykisk tilstand som andre mennesker opplever. I dette tilfellet er det vår evne, som sykepleier, til å forstå den syke pasientens tanker og følelser. For å få til dette er det viktig at vi er åpen og lytter til pasienten. Ved å være empatisk åpner vi opp for å forsøke å forstå andre menneskers behov. Det er viktig at vi skiller mellom empati og projeksjon. Projeksjon er når vi overfører våre egne indre tanker og følelser til pasienten, dette kan føre at vi overfører våre følelser til pasienten. Empati er når vi greier å plassere oss i pasientens indre følelser og tanker og dermed få en bedre forståelse av hvordan pasienten selv tenker og føler (Kvåle 2002). Her er det viktig at vi ikke tar innover oss for mye av pasientens følelser og bekymringer, slik at forholdet ikke lengre blir fag- og jobbrelatert. Ved å sette oss inn i pasientens følelser og bekymringer risikerer vi også å knytte oss følelsesmessig til pasienten, og dermed gå ut av det profesjonelle pasient- sykepleier forholdet.

4.0 PRESENTASJON OG FUNN

”Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til at kreftpasienter opplever økt håp, mening og livsmot?”

Vi vil i denne delen av oppgaven presentere og drøfte funn fra intervjuene med de to sykepleierne. Drøftingen vil sentrere seg om hovedfunn som er fremkommet ved analyse av intervjuene, og de blir presentert under temaene;

- Betydningen av å fremme håp, mening og livsmot i møte med pasienten
- Det står og faller på kommunikasjon
- Betydningen av å gi god informasjon
- Pasientindividualitet

4.0.1 Betydningen av å fremme håp, mening og livsmot i møte med pasienten

For mange er håpet knyttet til fremtiden, enten den er nært forestående eller befinner seg langt framme, og det er en vesentlig del av alle menneskers liv. Det å få en kreftdiagnose innebærer for mange usikkerhet rundt fremtiden, og dermed kan det være lett å miste håpet når man får en kreft sykdom (Jacobsen 1998). Vi tror det er viktig at mennesker har noe å håpe på, spesielt viktig blir det når man rammes av en livstruende sykdom. Travelbee (1996) sier at det er vårt ansvar som sykepleiere å hjelpe det syke mennesket til å opprettholde håpet og dermed unngå håpløshet. Det er også vår oppgave å hjelpe pasienter som lever i håpløshet til å oppnå håp igjen. Dette stiller krav til oss som sykepleiere, vi må vite betydningen av håp, og hvordan håpet kan forandres og svekkes ved alvorlig sykdom. I følge Travelbee (1996) står et menneske som innehar håp sterkere til å kjempe seg igjennom sykdom, sammenlignet med et menneske som lever i håpløshet.

Sykepleieren som vi intervjuet fortalte om en pasient som en gang hadde sagt: *”Ved å fortelle meg sannheten og dens begrensninger kom de og tok alt håpet ifra meg”*. (Sykepleier 1) Når pasienten befinner seg under behandling og prognosene er usikre, er det vår oppgave som sykepleiere å bidra til at pasienten ikke blir fratatt håpet. Samtidig må man være forsiktige med å gi falske forhåpninger. Sykepleiere vet jo mange ganger heller ikke utfallet av behandlingen, og det ville være galt av oss å gi håp om noe som kanskje ikke er mulig. Håpet

kan derimot styrkes på mange måter. Vi kan bruke oss selv til å oppmuntre pasienten til å bruke sine egne ressurser.

Det var en enn gang en pasient som sa at han elsket å lage kniver, men når han fikk kreft, la han den denne hobbyen på hylla. Da når han kanskje trengte den mest. Så begynte han å vente på døden.(Sykepleier 1)

Vi kan lære pasienten til å ta vare på seg selv eller mestre sykdommen sin på en best mulig måte. Et eksempel på dette kan være å bidra med å øke pasientens evne til å mestre sykdommen så godt som mulig uten profesjonell hjelp. Dette gjør det mulig for pasienten å se, selv i en kritisk situasjon, at det fremdeles finnes ressurser i livet(Rustøen 1991). På en annen side må vi ikke stille for høye krav til pasienten, eller gi dem oppgaver som de ikke vil mestre. Dette kan igjen føre til at de føler seg verdiløse, og de kan miste håpet. I intervjuet sa sykepleier:

Håpet er forskjellig fra person til person. Fordi om jeg som sykepleier vet at det ikke er håp for en pasient om å få et langt liv, så sier jeg aldri dette til pasienten. For håp skal vi alle ha, skal man klare å leve, så må man ha et håp å holde seg fast i. Det blir helt feil å ta fra noen håpet om å bli frisk.(Sykepleier 2)

Selv om man er usikker på fremtiden må man ikke gi opp å finne håp i den situasjonen som man befinner seg i akkurat nå. Hvordan kan vi hjelpe noen å finne håpet? Små ting kan gi håp til mennesker, poenget er å finne ut hva som er håp for hver enkelt, og prøve å hjelpe pasienten å bygge videre på ting som han kan klare å mestre eller oppnå.

En livstruende sykdom som kreft kan oppleves meningsløs, vi kan hjelpe en pasient til å skape mening i denne nye livssituasjonen. Vi kan bare hjelpe en pasient med dette om vi greier å skape et menneske- til- menneske forhold(Travelbee 1996). Dette hjelper ikke pasienten direkte til å finne mening, men det skaper et trygt forhold som gir pasienten en mulighet til å motta hjelp fra oss. Det er vår oppgave som sykepleiere å være med på å skape et forhold der begge parter forholder seg til hverandre som individer, man må gå bort fra roller som pasient og sykepleier. Vi må arbeide for å forstå hverandre som unike individer. Vi som sykepleiere har en viktig jobb med å hjelpe pasienter med å finne eller fremme det som gav dem mening i livet før de fikk kreft. Rustøen(1991) sier at ved å la mennesker føle at de gir noe, bidrar med noe, kan man hjelpe dem til å føle at de har en mening, selv i en krisesituasjon. Det vi og må være klar over er at mange mennesker opplever å få en annen

mening i livet når de blir syk, og da kan vi ikke forholde oss til det som gav dem mening før de ble syk.

Det var en ung dame som var alvorlig syk, og vi kan ha, jeg og du kan ha, mange forestillinger om hvordan det er å være den andre, og hva som er verst for den andre. Men når de tok seg tid til å spørre om hva som bekymret henne mest, så var det at hun hadde lovet sine gamle foreldre å stille de når de ble gamle og at hun nå ikke kunne holde sitt løfte. (Sykepleier 1)

I intervjuet kom det frem at sykepleieren hadde erfart at mange pasienter virkelig finner meningen i livet når de ble alvorlig syk. De lærte å sette mer pris på ting, hverdagslige ting som de før ikke tenkte ordentlig over. De finner glede i de små tingene i livet, og blir mer klar over hvorfor de vil leve.

Ved å ha noe å håpe på i livet, og ved å ha en mening i livet tror vi et menneske vil få livsmot til å leve best mulig selv om det er sykt. Travelbee(1996) sier at håpet henger sammen med motet. Ved at vi hjelper pasienten til å finne håp eller styrke et håp som allerede er der, bidrar vi dermed til at pasienten øker sitt livsmot. Vi kan ikke forvente at vi kan hjelpe en pasient til å øke livsmotet, om han ikke er i besittelse av håp og mening. Det vi kan gjøre er å få pasienten til å bli klar over sitt eget livsmot. ”Det er mulig at de fleste individer ikke er klar over hvor mye mot de har, siden det er veldig vanskelig å forutse ens egen oppførsel i en uforutsett situasjon”(Travelbee 1996). Vi som sykepleiere kan få pasienten til å skjønne at hans livsmot reflekteres i at han holder ut i den situasjonen han befinner seg i nå, at det krever livsmot å håpe på noe og at det kreves livsmot å ønske å motta hjelp. Men på en annen side må vi som sykepleiere tolke og forstå når en pasient uttrykker ønske om å motta hjelp, for å kunne styrke livsmotet i lidelsen. Det er viktig at pasienten vet at vi forstår hans ønsker, at vi er flinke til å gi bekreftelse. For å kunne gjøre dette sier Martinsen(1993) at vi som sykepleiere er nødt til inneha medfølelse, barmhjertighet, tillit og ærlighet, og at dette må brukes sammen med vår fagkunnskap. Også det å vise omsorg rundt de grunnleggende behovene som pasienten trenger hjelp til, mener vi at vi kan fremme håp, mening og livsmot. Disse behovene kan vi se gjennom å kommunisere med pasienten og ved å være til stede. I intervjuet kom det frem at sykepleier mente at det var på denne indirekte måten de ofte hjalp pasienten til å fremme håp, mening og livsmot.

4.0.2 Det står og faller på kommunikasjon

Jeg tenker at alt står og faller på kommunikasjon. Det er hele deg du har, og det er det beste redskapet!(Sykepleier 1)

Travelbee (1996) sier at sykepleierens mål med kommunikasjon er å bli kjent med den syke personen. Det å bli kjent med den syke pasienten er det målet vi må nå for å kunne fremme håp, mening og livsmot, alt står og faller på at vi er trygg (trygge) på hverandre og at vi kan snakke åpent. For å kunne nå dette målet må vi fokusere på pasienten, og vi må være mottakelig for det pasienten ytrer. Dette gjør det mulig for oss å se det individuelle mennesket som er ”gjemt” bak pasientrollen. Dette fører også til at vi ser pasienten for den han er, uten å klassifisere, kategorisere eller sammenligne pasienten med andre. På en annen side er det viktig at vi ikke fordyper oss for mye i pasienten, vi er fremdeles profesjonelle sykepleiere, og vi må passe på at vi ikke tar innover oss for mye av pasientens fortvilelse og bekymringer. Vi må heller ikke overføre våre egne behov til pasienten, eller sammenligne en pasient med erfaringer vi har fra andre pasienter(Kristoffersen 1996).

Jeg føler det er en pasientgruppe som trenger mye tid. De trenger egentlig mye tid! For man skal jo observere hva de trenger, trenger de å snakke, trenger de å ha noen hos seg, det er jo veldig viktig det at vi har tid til å snakke ordentlig med dem.(Sykepleier 2)

Mange pasienter er redde for å ta initiativet for å starte en samtale. De vet ofte ikke hvor de skal begynne, og hva de skal spørre om. Ofte er de redde for å bli avvist av oss som sykepleiere. Mange er også engstelige for å være til belastning, eller at de ”opptar” tiden vår(Almås 2005). Særlig kan den første tiden etter en krise være vanskelig. Pasienten kan ha mange tanker som det er vanskelig å få orden på. Da må vi som sykepleiere ta hensyn til at pasienten befinner seg i en situasjon der han beskytter seg selv mot realiteten og det den kan innebære, ved å benekte situasjonen. Vi må ta oss god tid, la pasienten litt etter litt komme ut av sjokkfasen, og prøve å være positiv i forhold til fremtiden. Hvis vi jobber med dette vil pasienten la følelsene slippe mer og mer til, og deretter gå over i reaksjons- og bearbeidelsesfasen. Dette gjør at det er viktig for oss som sykepleiere, å ta initiativet til å starte samtalen med pasienten. I en hektisk hverdag ser vi ofte at dette kan være vanskelig å gjennomføre. I tillegg sier Almås(2005) at sykepleiere ubevisst kan unngå å være nær pasienter fordi pasienten kan minne dem på deres egen sårbarhet som menneske, dermed kan

de blokkere for samtaler om slike forhold. I Intervjuet forklarte kreftsykepleier at mange ofte viker unna slike eksistensielle spørsmål:

Veldig mye av håpet, meningen og livsmotet henger sammen med hvordan mitt håp er, min mening og mitt livsmot, tør jeg tenke på det? Tør jeg tenke på meg selv, er jeg bevisst at jeg selv er dødelig? For det er vi faktisk, vi er alle dødelige. Og dette er veldig vanskelig, for i vårt samfunn skal vi jo ikke dø. Vi har penger, makt og alt det materielle på plass, og da passer ikke døden inn. (Sykepleier 1)

Det er også viktig å ikke trår over de personlige grensene til pasienten. Gjennom non verbal og verbal kommunikasjon kan vi finne ut hva pasienten er usikker på, og hva pasienten trenger å snakke om, i forhold til det å fremme håp, mening og livsmot på tross av sykdommen. Vi må være bevisst at vår sannhet ofte ikke er pasientens sannhet. Og pasientens sannhet vet vi ikke uten å stille spørsmål eller kommunisere med pasienten. Vi skal hjelpe pasienten til å fremme håp, meningen og livsmot, i den situasjonen som han befinner seg i akkurat der og da (Rustøen 1991). Dette kan gjøres ut ifra en subjektiv og en objektiv måte. Som sykepleiere skal vi hjelpe pasienten på hans premisser, det er pasienten selv som skal finne mening i livet. Ved å bruke den objektive måten er det mennesker rundt pasienten som opplever hva som er verdifullt for pasienten. Videre sier Rustøen (1991) at det pasienten ser på som meningen i livet sitt, ikke bestandig er det andre ser på som meningen i livet til pasienten. Ved å forholde oss objektivt til hva som gir håp, mening og livsmot til pasienten, vil vi aldri kunne hjelpe pasienten til å fremme disse faktorene. Pasienten kan ha et meningsfylt og godt liv uten at vi vet hva det er som fremmer dette. Når vi som sykepleiere ikke vet hva pasienten selv synes er meningsfylt, eller går ut ifra at han ikke føler han har en mening med livet, risikerer vi å behandle pasienten på en slik måte at han mister selvrespekten og deretter meningen i livet. Travelbee (1996) sier derimot at det ikke er noe fasitsvar på hvordan man skal hjelpe mennesker å finne mening i livet. Det er ingen lett oppgave å skulle hjelpe mennesker å finne meningen, det er en vanskelig og detaljert oppgave som krever at vi som sykepleiere forstår pasienten, har mot til å stå i situasjonen og at vi har fagkunnskaper om det å finne mening i livet. Det at det er vanskelig å skulle fremme mening i en pasients liv gjør at mange trekker seg unna. Derimot sier Travelbee at det ikke finnes noen annen situasjon i livet som gjør det så nødvendig å finne mening, som når man selv eller noen av de nærmeste opplever sykdom.

I følge Eide og Eide(2006), er fagkunnskap, målorientering og empati de forutsetningene som er viktigst for profesjonell kommunikasjon og omsorg. Dette stiller krav til oss som sykepleiere, vi må vise empati med pasienten, og dette må gjøres i kombinasjon ved at vi bruker våre fagkunnskaper for å nå eller formidle et mål. Det hjelper ikke bare å forstå pasientens behov og ønsker. Vi må også greie å utføre sykepleiefaglige handlinger ut i fra denne forståelsen. Videre sier de at kommunikasjon imidlertid først og fremst er et middel til å opprette menneske- til- menneske forholdet. Et menneske – til- menneske forhold skapes ved å gi empati til pasienten. Vi må bruke dette forholdet som et middel til å realisere våre formål (Eide og Eide 2006). Da vil vi automatisk få en bedre kontakt, nærhet og forståelse av pasientens situasjon, og det vil være enklere for oss som sykepleier å hjelpe pasienten til å finne håp, mening og livsmot. Når man føler empati med pasienten, har man fått et bånd av kontakt som er gjeldene for pasienten under hele sykehusoppholdet. Det sykepleieren må være oppmerksom på når en slik kontakt er opprettet med pasienten, er at han blir mer sårbar ovenfor sykepleieren. Om sykepleieren gjør noe eller sier noe som sårer pasienten, vil pasientens selvbilde bli sviket (Kristoffersen1996).

4.0.3 Betydningen av å gi god informasjon

I følge en studie publisert i Sykepleien(2002), er mange kreftpasienter redd for å ikke få tilstrekkelig informasjon til at de skal kunne mestre sykdommen og den behandlingen de trenger. I den samme studien sies det at kreftpasienter faktisk ikke får tilstrekkelig informasjon. I følge Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter, har pasienten rett til å få informasjon om sin egen helsetilstand. De har også rett til å få vite innholdet i helsehjelpen de mottar, og informasjon om hvordan virkninger og bivirkninger behandlingen kan ha. Videre i undersøkelsen står det at kommunikasjon og samhandling er et grunnleggende element når det kommer til utveksling av informasjon mellom pasient og sykepleier. Dette stiller igjen krav til oss som sykepleiere, vi må kunne kommunisere på en ordentlig måte med alle pasienter, og vi må forsikre oss om at pasienten er mottakelig for den informasjonen vi gir. En nødvendig forutsetning er altså at vi har kunnskaper om hvordan læring skjer, og hva vi skal ta hensyn til når vi informerer syke mennesker. I tillegg må vi må tenke på at informasjonen vi gir ikke bare skal være faglig orientert, men må gis på en slik måte at pasienten forstår fagspråket vårt. Usikkerhet rundt begreper og faguttrykk kan være med på å gjøre pasienten utrygg, og dette kan igjen føre til at pasienten mister håpet på at sykehusoppholdet skal gå bra. Når vi som

sykepleier skal gi pasienten informasjon om den sykdommen han har fått, kan det fort oppstå missforståelser. Ofte er grunnen til at missforståelser oppstår, pasientens evne til å ta imot informasjonen der han befinner seg. Pasienten kan ha problemer med å bearbeide det sykepleieren sier, spesielt når det blir brukt ukjente ord gjennom informasjonen. I slike situasjoner vil det være viktig at sykepleier gjentar de viktigste punktene ved informasjonen, slik kan pasienten bedre huske hva sykepleier egentlig sa. Et annet ”problem” som kan oppstå, er at for mange pasienter er det å være innlagt i sykehus ukjent og skremmende. Det å møte mange forskjellige profesjonsroller kan føre til usikkerhet rundt sykdommen sin, og pasienten bruker mye energi på å bearbeide de sanseintrykkene han opplever på sykehus. Det er derfor viktig å gi pasienten tid til å bearbeide sykehusinntrykkene, før man begynner å gi viktig informasjon om hva som skal skje videre(Nordby 2008).

Ved å gi pasienten god og gjennomtenkt informasjon kan vi bidra til å styrke håp, mening og livsmot. Vi må forklare i klar kontekst hva som feiler dem, hvordan behandlingen skal foregå og hva de kan forvente av behandlingen. Dette kan redusere angst. Her er det viktig at vi kommuniserer på riktig måte. En forutsetning for at vi skal klare dette er at vi skaper en trygg og god relasjon til pasienten, og at vi gir emosjonell støtte. På denne måten vil videre samarbeid bli lettere for både pasient og sykepleier. Vi skal formidle et konkret og faglig budskap, men vi må også tenke på måten vi formidler budskapet på.(Eide og Eide 2006) Det er viktig at vi gjennom kommunikasjon med pasienten, viser at vi er interessert, at vi er vennlig, viser omsorg for den situasjonen pasienten befinner seg i, og at vi lar pasienten få anledning til å ta til seg informasjonen, og i ettertid komme med spørsmål. *”Flere studier har vist at manglende informasjon om diagnose og behandling er noe av det mest angstskapende under sykehusoppholdet”*(Almås 2005). Omgivelsene rundt pasienten er også viktig å tenke på når vi skal formidle informasjon. Et tremannsrom med mye støy er for eksempel ikke et ideelt sted for å føre en samtale, det kan også være bra å gi pasienten skriftlig informasjon på forhånd. På denne måten får pasienten en liten innføring i samtalen man skal ha senere, og får bedre tid til å formulere spørsmål og få tankene sine over på det som skal skje. Det kan også være smart å gi beskjed til pasienten om at informasjonen kommer til å bli gjentatt, og at pasienten selv, kan komme med spørsmål når han måtte ønske det(Haugstlett 2002). Uansett må man vurdere situasjonen utifra hvordan pasienten er, enkelte kan oppfatte gjentakning av informasjon som unødvendig, andre igjen kan sitte inne med mange spørsmål uten å våge å spørre. Vi må la pasienten i størst mulig grad bestemme tempoet og formen informasjonen gis

i. Vi ser derimot at det med dagens arbeidsmengde og pasientantall, kan være vanskelig å gi informasjonen på denne måten, forholdene ligger rett og slett ikke til rette for en slik kvalitetssikring.

4.0.4 Pasientindividualitet

Et at hovedfunnene i intervjuene er at håp, mening og livsmot bestandig er individuelt, og at det krever mye tid til samtale for å finne ut hva den enkelte pasient legger i disse begrepene. Det er vanskelig å vite hvor åpen man kan være, hva man kan si og hvor direkte og ærlig man kan være.

Det er kjempe vanskelig! Det er veldig, veldig vanskelig å vite hvordan vi kan takle dette, hvordan kan jeg møte dem, hva trenger de. I hvor stor grad kan jeg vær åpen, direkte, hva er det denne personen tåler, og da e det min erfaring at det kan vær stor hjelp å spørre de det gjelder. Hva tenker du? Hva har du hørt? Hvordan ser du for deg dette? Hva er det du trenger? La svarene komme fra dem, mer enn fra meg selv. For jeg kan bare gi mine svar, men de kan gi sine, og de kjenner situasjonen best. (Sykepleier 1)

Vi trenger altså mye tid til å kunne hjelpe pasienten til å eventuelt øke håpet, meningen og livsmotet, derfor er det veldig viktig at vi tar oss tid til samtale. Samarbeid med pårørende blir også lagt stor vekt på, med også dette er individuelt fra pasient til pasient. Alle er forskjellig og man må derfor ta hensyn til hvilken stemning pasienten er i. Noen føler at det er viktig at vi er litt glad og positiv, mens noen vil ha det litt dempet.

For å kunne hjelpe pasienten må vi se individet, og på hans premisser skape et tillitsforhold. Dette kan være vanskelig om pasienten har holdninger og meninger som vi ikke deler med han. Hvis en slik situasjon skulle oppstå er det viktig at vi skiller privatliv og fag. Når vi er på jobb er vi der for å hjelpe mennesker. Vi kan uttrykke at vi ikke er enig med pasienten som privatperson, men vi har ikke lov til å nekte pasienten det han trenger av oss som sykepleiere. I følge Travelbee(1996) innehar vi egenskapen til å se unikheten i individet når vi ikke behandler pasienten som om han er en kategori eller en vi kjenner fra før. For å kunne hjelpe en pasient med å øke håp, mening og livsmot, kan vi ikke si ”jeg skjønner hva du går igjennom”, for det vil vi aldri skjønne. Oppfatter vi ikke pasienten som et unikt individ kan det være starten på et vanskelig forhold, der vi ikke kan hjelpe pasienten på hans premisser,

og vi greier ikke å skape et menneske- til- menneske forhold. En sykepleier som har opplevd det samme som en pasient og gått igjennom en lignende situasjon, kan skape et sterkt bånd til pasienten, og kan gjennom sin egen situasjon forstå pasienten bedre en andre som ikke har opplevd det samme. Men dette kan også ha en negativ viking. Sykepleieren kan komme til å se seg selv i pasienten, og dermed gå utifra at pasienten har det slik sykepleieren hadde det i samme situasjon. Hvis man ikke får til å skille seg selv fra det pasienten opplever, vil man ikke se det unike individet som pasienten er.

Det åndelige behovet dukker ofte opp når et menneske blir rammet av sykdom, lidelse og når man føler seg truet på livet. Det åndelige er noe som føles større, tryggere og noe man kan søke trøst i når man trenger det. Det å utvikle eller å ha en åndelig tro, vil for mange kreftsyke pasienter være med på å utvikle et sterkere livsmot, og til å få energi til å kjempe hardere når de selv trenger dette (Blix og Breivik 2006). For at vi som sykepleiere skal kunne være en støtte for pasienten på det åndelige plan, er det viktig at vi selv har en klar personlig og åndelig identitet. Man må vite hva man selv står for og hva man tror på. Den faglige identiteten kommer derimot ikke av seg selv, men den er en del av den personlige identiteten som man utvikler gjennom hele livet (Kristoffersen 1996). I intervjuet kom det frem at begge informantene hadde inntrykk av at de åndelige behovene, som kanskje for mange er med på å fremme håp, mening og livsmot, var lagt i en ”skuff”, og at denne skuffen var låst.

Man må tørre å stille eksistensielle spørsmål til pasienten, for eksempel: I den situasjonen du er i nå. Har du noen tanker om tro? Hva er det som har hjulpet deg før i livet når det har vært motgang? (Sykepleier 1)

Mange har vanskeligheter med å snakke om eksistensielle og åndelige behov, mens de grunnleggende behovene i mye større grad blir imøtekommet. De åndelige behovene til kreftpasienter er ofte et tema vi som sykepleiere mange ganger synes er vanskelig å snakke om. Det er veldig lett for at slike samtaler blir gjemt bort i en travel hverdag, og ikke tatt opp igjen før kanskje pasienten eller pårørende begynner å snakke om temaet. Vi mennesker er alle ulike, og ofte hender det at pasienten selv er taus om dette temaet, og kanskje ønsker at vi som sykepleiere skal ta det første steget i samtalen om det åndelige behov. Det å samtale om hva som er pasientens åndelige behov, kan bli en støttepilar videre i sykdommens forløp til å finne håpet, meningen og livsmotet i sykdommen. Mange føler at det å tro på noe gir dem en

trygget og noe å holde seg fast til, mens andre har et mer utviklet og sikkert forhold når det kommer til åndelige behov.

BÆRE

Herre,

jeg bærer tungt.

Jeg sliter i skyggefulle skråninger.

Jeg bærer så tungt, Herre.

Herre,

jeg bærer tyngre

og tyngre.

Skråningene synes strie og steile.

Jeg bærer stadig tyngre, Herre.

Herre,

du bar tyngst.

Du bar korset opp på høyden.

Du bar alle menneskers tunge bærer,

også mine.

Du bar tyngst, Herre.

Herre,

du som bar alt,

kan du også bære meg?

5.0 Avslutning

Gjennom arbeidet med oppgaven har vi funnet ut at håp, mening og livsmot er individuelt, og at de henger tett sammen. Hvis vi som sykepleiere greier å hjelpe en pasient som har kreft med å fremme håpet eller meningen, er det stor sannsynlighet for at livsmotet også vil øke. Det vi har funnet ut underveis er at kommunikasjon og etablering av et menneske-til-menneske forhold er absolutt nødvendig for å kunne fremme håp, mening og livsmot. Vi er, som nevnt tidligere, klar over at det vil være umulig å finne noe fasitsvar på problemstillingen, men vi har gjennom arbeidet fått en forståelse av hva begrepene håp, mening og livsmot innebærer, og hva vi kan gjøre for å fremme disse. Vi har funnet ut at vi må etablere en god relasjon til pasienten, gjennom tilstedeværelse og kommunikasjon, og deretter kan vi starte prosessen med å fremme håp, mening og livsmot.

Arbeidet med oppgaven har lært oss hvor viktig det er å være i besittelse av håp, mening eller livsmot når man har fått en kreftdiagnose. Vi har også lært oss at disse faktorene kan videreføres og fremmes uansett hvilken sykdom eller krise ett menneske skulle rammes av, og vi ser betydningen av at sykepleiere vet hva disse begrepene innebærer og hvordan man kan fremme disse i møte med pasienter. Sykepleie handler om å hjelpe pasienten på alle områder, både fysisk, psykisk, sosialt og åndelig og da er det avgjørende at vi har kunnskaper om ting som går utover prosedyrer og tekniske oppgaver. For å opparbeide oss kunnskaper må vi tørre å gå inn i utfordrende samtaler og situasjoner, vi må ta lærdom av pasienten og ta utgangspunkt i dette samarbeidet. Vi vet vi kommer til å møte mange pasienter med kreft i fremtiden, og det viktigste er at vi møter disse pasientene som de forskjellige individene de er og tar hensyn til de individuelle behovene de har.

LITTERATURLISTE

Selvvalgt litteratur

Bakke, R W(2008) *"Ikke sykemeldt fra livet"* Beregen, Akribe

Side: 52 og 80

Hansen S R(2009) "Lidelse- som beskrevet i uhelbredelig kræftsyrge patienters sygeplejediagnoser" *Vård i Norden*. Nr 1:2009

3 Sider

Haugslett, J(2002) "Hva informerer vi om- og hvordan gjøres det?" I: *Sykepleien*

Tilgjengelig fra: Sykepleien.no - Artikkel-fag [lest 26.04.09]

Side 44-47

Helse- og omsorgsdepartementet(2008) *"Pasientrettighetsloven"* Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter

Tilgjengelig fra: <dato>LOV-1999-07-02-63</dato> Pasientrettighetsloven - pasrl. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).

[lest 22.04.09]

1 Side

Jacobsen, B. mfl. (1998) *"Kræft og eksistens- om at leve med kræft"* København, Dansk psykologisk Forlag

Side: 11-14 og 258-265 og 272-274

Kreftregisteret. Cancer in Norway 2007

Tilgjengelig fra: <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Publikasjoner/Cancer-in-Norway/Cancer-in-Norway-2007/> [lest 09.02.09]

1 Side

Kristoffersen, N, J (1996) *"Generell Sykepleie I"* Oslo, Universitetsforlaget

Side: 61-63 og 405-412 og 410-411 og 294-295

Kvåle, K. (2002) *"Sykepleie til mennesker med kreft"* Oslo, Gyldendal Norsk Forlag

Side: 16

Martinsen, K (red) (1993) *"Den omtensomme sykepleier"* Otta, TANO

Side: 9-11

Moch, S.D. (1998). "Health-within illness: concept development through research and practice" I: *Journal of Advanced Nursing*; **28** (2)

Side: 305-310

Nordby, H. (2008) "Oppfatter pasienten det du sier?" I: *Sykepleien*, nr: 96 s.68-71

Tilgjengelig fra: Sykepleien.no - Artikkel-fag [lest 08.04.09]

4 Sider

NOU(1997) *"Omsorg og Kunnskap"*. Norsk Kreftplan. Akademika as. 1997:20

Tilgjengelig fra: [NOU 1997: 20 - regjeringen.no](http://NOU1997:20-regjeringen.no) [lest 17.03.09]

3 Sider

Reitan, A.M. og Schjølberg, T.K. (red) (2004) *"Kreftsykepleie. Pasient-utfordring-handling"*

Oslo, Akribe Forlag

Side: 48 og 215-218

Rustøen, T. (1991) *"Livskvalitet- En sykepleieutfordring"* Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

Kap2 og Kap3

Travelbee, J. (1996) *"Interpersonal aspects of Nursing"*. Philadelphia: Davis Company.

Kap1- Kap12

Totalt: 329 sider selvvalgt litteratur

Pensumlitteratur

Almås, H (2005) *"Klinisk sykepleie 1"* Oslo, Gyldendal Akademisk

Side: 13-14

Blix, E og Breivik, S. (2006) *"Basisbok I Sykepleie"* Bergen, Fagbokforlaget

Side: 103-104

Dalland, O. (2006) *"Metode og oppgaveskrivning for studenter"* Oslo, Gyldendal Akademisk

Side: 55-57 og 122 og 221-226

Eide, H. og Eide, T. (2006) *"Kommunikasjon i relasjoner- samhandling, konfliktløsning, etikk"* Oslo, Gyldendal Akademisk

Side: 104-109 og Kap 2

INTERVJU

Vi er to studenter som går siste året på sykepleien i Bodø. Vi vil med dette intervjuet prøve å belyse problemstillingen vår som er følgende. *"Hvordan kan vi som fremtidige sykepleiere øke håp, mening og livsmot hos kreftpasienter"*. Vi har begrenset problemstillingen til pasienter som er under behandling og ikke vet resultatet av behandlingen, aldersgruppen på pasientene har vi satt til 30-60 år. Vi vil prøve å finne ut hva informantene gjør for å fremme håp, mening og livsmot.

1. Hva legger du i begrepene håp, mening og livsmot sett i lys av problemstillingen?
2. Når du møter en pasient som er under behandling, legger du da vekt på andre ting enn når du møter pasienter med andre somatiske lidelser?
3. Synes du det er vanskelig å forholde deg til pasienter med kreft, og hva er det som eventuelt gjør dette vanskelig?
4. Blir det lagt nok vekt på å fremme håp, mening og livsmot hos pasienter som har kreft?
5. Mener du at samtaler med pasienter som har kreft, der man legger vekt på håp, mening og livsmot er en viktig del av behandlingen?