

UNIVERSITETET I  
NORDLAND

## Bacheloroppgave i sykepleie.

*«Hvordan kan sykepleiernes holdninger og kunnskap bidra i smertelindringen av kreftsyke pasienter i den kurative fasen, innlagt i sykehus?»*

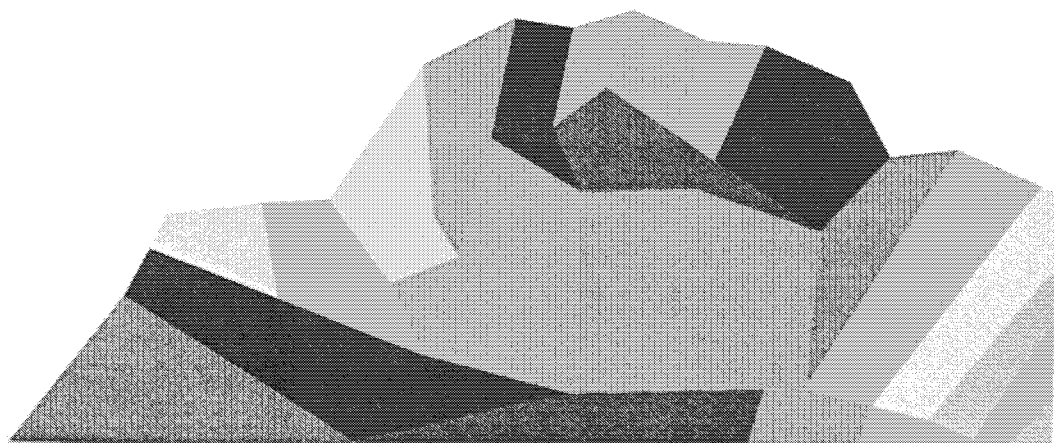
Emnekode: SY180H

Dato: 24.04.2013

Kandidatnr.:214

[Skevik, Tina]

Totalt antall sider: 34



# INNHALDSFORTEGNELSE.

## 1.0 INNLEDNING

1.1	Bakgrunn for oppgave og valg av tema.....	1
1.2	Selverfart historie.....	2
1.3	Presentasjon av problemstilling.....	2
1.4	Avgrensning og presisering.....	3
1.5	Oppgavens oppbygging.....	3
2.0	METODE.....	5
2.1	Litteraturstudium som metode.....	5
2.2	Kvalitativ metode.....	5
2.3	Litteratursøk og kildekritikk.....	6
2.4	Funn.....	7
2.5	Etiske overveielser.....	8
2.6	Vitenskapssyn.....	8
3.0	TEORI.....	10
3.1	Hva er kreft?.....	10
3.2	Hva er smerter?.....	10
3.3	Hva er smerteopplevelse?.....	10
3.4	Sykepleierens rolle og ansvar i smertelindringen.....	11
3.5	Sykepleierens behov for kunnskaper.....	11
3.6	Hva er holdninger?.....	12
3.6.1	Den tankemessige delen.....	12
3.6.2	Den følelsesmessige delen.....	13
3.6.3	Den atferdsmessige delen.....	13
3.7	Hva er tillit?.....	13
3.8	Hva er trygghet?.....	14
3.9	Sykepleieteori.....	14
3.9.1	Kari Martinsen's omsorgsteori.....	14
3.9.2	Omsorg som er relasjonelt begrep.....	15
3.9.3	Omsorg som et praktisk begrep.....	15
3.9.4	Omsorg som et moralsk begrep.....	16
4.0	DRØFTING.....	17
4.1	Tillit til pasientens opplevelse av smerten.....	17
4.2	Sykepleierens kunnskaper om smertebehandling.....	20
4.3	Sykepleierens holdninger.....	24
5.0	OPPSUMMERING.....	26
	LITTERATURLISTE.....	28
	VEDLEGG 1: Artikkelmatrise.....	30

# 1.0 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for oppgaven og valg av tema

Jeg har i min oppgave valgt å skrive om temaet sykepleiers holdninger til pasienter med kreftsmertner i den kurative fasen. Når jeg skulle bestemme meg for tema var det viktig for meg å finne noe som jeg både finner interessant, og som er relevant slik at jeg kan ha bruk for kunnskapen jeg tilegner meg gjennom oppgaven når jeg skal jobbe som sykepleier. Kreft er en av de sykdommene jeg selv anser som en stor utfordring fordi det rammer en stor del av befolkningen, unge som gamle, og fører ofte med seg en rekke plager.

Det har det de siste 60 årene vært små endringer i tallene for dødeligheten av kreft. Men selv om dødeligheten ikke øker, har likevel forekomsten av kreft økt betydelig. 4 av 10 forventes å få en form for kreft i løpet av sitt liv. Det vil da si at flere av de som får diagnosen kreft, overlever sykdommen (Folkehelseinstituttet 2012). I følge en spørreundersøkelse utgitt i Tidsskriftet for den norske legeförening har 30-50 % av dem som rammes av kreft, smerter i den kurative fasen. Det kommer også frem at smerter er den plagen som er mest fryktet blant kreftpasientene (Borchgrevink m.fl. 2004). Dette viser at mange rammes av kreft og en stor andel av dem sliter med smerter. Sannsynligheten er derfor stor for at jeg som sykepleier vil møte pasienter med en slik problematikk i fremtiden.

Når pasienten opplever smerte, er reaksjonen hans helt avhengig av tidligere erfaringer. Dette gjelder også for sykepleiere. Sykepleieren tolker andres smerte ut fra sin egen erfaring og skjønn. Det innebærer at vår egen smerteterskel vil ha betydning for hvordan vi tolker pasientens smerter. Det er viktig å være bevisst på disse forholdene. Hvis ikke kan det skje at en handler som om ens egen oppfatning er mer objektiv og pålitelig enn pasientens egen opplevelse av smertene (Almås m.fl. 2001).

Sykepleierens holdninger vil altså ut i fra dette ha betydning i smertebehandlingen av pasienten, og siden en så stor andel av kreftpasientene opplever og frykter smerte synes jeg det er viktig og belyse hvilken virkning holdninger faktisk kan ha. Dette er et tema som jeg selv mener det er lite fokus på i helse og omsorgstjenesten, men som jeg likevel synes er svært viktig. Jeg har også selv opplevd en situasjon i praksis som jeg vil bruke som grunnlag

for denne oppgaven. I den situasjonen så jeg at sykepleiernes holdning hadde negative konsekvenser i smertelindringen av pasienten, og jeg har gått og tenkt på denne spesifikke situasjonen helt siden jeg var i praksis.

## **1.2 Selverfart historie.**

*Jeg var i praksis ved en medisinsk sengepost i somatisk sykehus. Der møtte jeg Liv, en dame i 30-40 årene som var innlagt på grunn av sterke smerter som følger av underlivskreft. Hun fikk tilførsel av store mengder smertestillende, noe som vekte bekymring hos sykepleierne fordi hun tidligere hadde blitt avhengig på grunn av hyppig bruk av opioider. Så selv om de ønsket å gi god smertelindring, var sykepleierne redde for konsekvensene det kunne føre til. Til tross for hyppig tilførsel av smertestillende, var hun dårlig smertelindret. Hun ba ofte om mer smertestillende og ga da uttrykk for sterke smerter. Men dersom man sto en stund og pratet med henne, virket hun aldeles ikke like smertepåvirket som hun gjorde med det samme man kom inn til henne. De ga henne alltid smertestillende når hun ba om det, men likevel skapte det stor tvil hos de ansatte. Hadde hun virkelig så vondt? Hadde hun virkelig bruk for all smertestillende hun fikk? Disse undringene førte til snakk personalet seg imellom, både i korridorer og på pauserom. Det tok ikke lange tiden før Liv oppdaget dette, noe som gjorde henne usikker og utrygg. Nå vegret hun seg for å be om mer smertestillende, fordi hun var redd for ikke å bli trodd. Liv's kreft var i den kurative fasen.*

## **1.3 Presentasjon av problemstilling.**

**«Hvordan kan sykepleiers holdninger og kunnskap bidra i smertelindringen av kreftpasienter i den kurative fasen, innlagt i sykehus»**

## ***1.4 Avgrensning og presisering.***

Siden jeg har brukt en selverfart historie som grunnlag for oppgaven, avgrenser den ganske mye i seg selv. Jeg har valgt å fokusere på en spesifikk pasientgruppe i en spesifikk del av sykdomsforløpet. Jeg har altså avgrenset til å omhandle kvinner i 30-40 årene med kreft i den kurative fasen. Det er også avgrenset til pasienter innlagt i sykehus. Med den kurative fasen mener jeg at behandling/kirurgi var under planlegging, og det fantes enda håp for at kvinnen skulle bli frisk. Sykdommen var ikke så kommet så langt at det var snakk om palliativ/lindrende behandling.

I min selverfarte historie var kvinnen rammet av kreft, og litteratur viser til at en stor andel av kreftpasienter opplever smerter. Oppgaven er derfor basert på smertelindring til kreftpasienter. Men siden oppgavens hovedfokus ligger på sykepleiernes atferd i forhold til smertelindringen, vil funnene i denne oppgaven være aktuell i forhold til smertelindring uavhengig om pasientene har kreft eller ikke. Jeg har på bakgrunn av dette, og på grunn av oppgavens omfang valgt og ikke skrive spesielt om ulike typer kreft, kreft smerter og behandlinger. Av samme årsak har jeg også avgrenset til ikke å skrive om ulike typer smerter og medikamentelle eller alternative behandlingsmåter.

Holdninger er noe som dannes ut i fra oppveksten vår. Vi påvirkes av en rekke faktorer som fører til at vi danner oss meninger, verdier og holdninger som vil ha betydning for atferden vår. En holdning kan beskrives som den bestemte måten vi reagerer på i møtet med personer eller situasjoner. En holdning består av tre komponenter. Den tankemessige, den følelsesmessige og den atferdsmessige delen (Håkonsen 2009). Jeg vil gå nærmere inn på holdninger i den videre tekst.

## ***1.5 Oppgavens oppbygging.***

Oppgaven har jeg delt opp i fem deler. Den første delen er innledningen. Her vil jeg begrunne mitt valg av tema. Jeg presenterer en selverfart historie som også er grunnlaget for oppgaven, og presentasjon av problemstilling. Videre vil jeg forklare hvilke avgrensninger og

presiseringer jeg har gjort i forhold til oppgaven. I del to om metode vil jeg kort forklare hva en metode er, og så beskrive metoden jeg har valgt. Jeg vil også redegjøre hvordan jeg har gått frem for å samle inn data og hvilke kritiske vurderinger jeg har gjort, samt kort presentere litteraturen jeg har valgt å bruke. Jeg vil også beskrive hvilke etiske overveielser jeg har tatt og hvilket vitenskapssyn oppgaven baseres på. I den tredje del kommer teorien. Her presenterer jeg kort hva kreft og smerter er. Jeg viser til hva teorien sier om smerteopplevelse, sykepleiernes ansvar, holdninger, tillit, trygghet og behov for kunnskaper. Jeg vil også her beskrive mitt valg av sykepleieteoretiker og framstille hovedpunktene i hennes teori. I del fire kommer drøftingen. Her vil jeg bruke funnene fra datasamlingen, kunnskapen jeg har tilegnet meg gjennom litteraturen og egne erfaringer for å drøfte problemstillingen min. Til slutt kommer del fem, hvor jeg vil komme med en oppsummering/avslutning.

Oppgavens omfang er på 8772 Ord.

## **2.0 Metode**

Metode er den framgangsmåten som brukes for og enten frembringe kunnskap eller etterprøve påstander med krav om å være gyldige, sanne eller holdbare. En metode sier noe om hvordan vi skal gå frem for å fremskaffe eller etterprøve denne kunnskapen. Valg av metode skal være begrunnet med at den vil gi gode data og belyse spørsmålet på en faglig interessant måte (Dalland 2000).

### ***2.1 Litteraturstudium som metode.***

For å løse oppgaven min har jeg valgt litteraturstudie som metode. Dette på grunn av oppgavens tidsbegrensning, men også fordi målet mitt med oppgaven er å tilegne meg mer kunnskap, og i forhold til min problemstilling mener jeg at å gå i dybden av litteraturen kan gi meg mest mulig korrekt kunnskap. Siden det er mye som kan ligge til grunn og utspeile seg i sykepleieres holdning kan intervju, spørreskjema eller observasjon, gi meg et mer feilaktig svar på problemstillingen min. I Et litteraturstudie gjør man et søk i litteraturen for å finne tidligere forskning og litteratur. Man må videre gå systematisk igjennom funnene man gjør, for å finne det som er relevant i forhold til tema. Det skal beskrives hvordan man har søkt og hvorfor de brukte artikkelene er valgt ut. Man må til slutt gå kritisk igjennom artikkelene for å vurdere kvaliteten (Axelsson 2008).

### ***2.2 Kvalitativ metode***

I en tekst skilles mellom kvantitativ og kvalitativ orienterte metoder. Den kvantitative metoden former informasjonen om til målbare enheter, som videre gir mulighet til å foreta regneoperasjoner som for eksempel det å finne et gjennomsnitt eller en prosent av en større mengde. Min oppgave er basert på en kvalitativ metode, fordi funnene mine ikke kan tallfestes. Den kvalitative metoden gir mulighet til å fange opp opplevelser og meninger, som ikke lar seg måle eller tallfeste. Denne metoden blir ofte omtalt som «tolkning» og den gir mulighet til å gå i dybden for å finne det spesielle og eventuelt avvikende i et fenomen. Dataene som samles inn tar sikte på å fremme en sammenheng og helhet, og fremstilles på en

måte som har som mål å formidle forståelse (Dalland 2000). Av artiklene jeg har valgt er to av dem kvalitative. Jeg har også valgt å ta med en kvantitativ artikkel fordi metoden de har brukt var et åpent spørreskjema og sykepleierne som svarte på spørreskjema kom med utsagn som jeg finner relevant i forhold til min oppgave.

### **2.3 Litteratursøk og kildekritikk**

For å finne fram til artiklene jeg har brukt begynte jeg søket i forskjellige databaser. Av søkemotorer har jeg brukt svemed+, scopus, tidsskriftet.no, sykepleien.no og google scholar. Jeg brukte søkeordene smertelindring, smertebehandling, holdninger, sykepleiers holdninger, pain relief, analgesics, attitude of health care personnel. Jeg brukte også ordene i kombinasjon med hverandre. Jeg opplevde det som vanskelig å finne artikler som var relevant i forhold til mitt tema. Jeg fant flere artikler om sykepleiers holdning til smerte hos kreftpasienter i palliativ fase, holdninger til postoperative smerter, og holdninger i forhold til rusmisbrukere med smerter. Etter å ha lest mange av de artiklene fant jeg lite som sa noe generelt om holdninger i forhold til smerter, og disse artiklene var derfor ikke relevant til mitt tema. Ved søk i svemed+ fant jeg flere artikler publisert i tidsskriftet vård i Norden som kunne være relevant. Jeg gikk derfor inn i databasen til vård i Norden og så igjennom tidsskriftene. Der fant jeg en artikkel om sykepleiers oppfatning av smertebehandling og anvendelse av retningslinjer. I den artikkelen henviste de til andre artikler, og jeg fant der 3 artikler som kan hjelpe meg å finne svar på min problemstilling. Artiklene jeg har valgt og bruke er forskningsartikler.

For å finne aktuell litteratur til min oppgave har jeg søkt i bibsys etter bøker som omhandlet smerte, kreft eller holdninger. Jeg har også funnet frem til noen av bøkene ved å ha sett igjennom gamle bachelor oppgaver, som henviste til de aktuelle bøkene. I tillegg til pensumlitteratur vil jeg bruke disse bøkene:

- *Smertelindring utfordringer og muligheter.* Av Finn Nordtvedt og Jan Ove Nesse.
- *Smerte boken.* Av stein Husebø.
- *Smerte – fenomen og forståelse.* Av Finn Nordtvedt og Per Nordtvedt.
- *Innføring i psykologi. 4.utgave.* Av Kjell Magne Håkonsen.



- *Møte mellom pasient og sykepleier.* Av Ida T Bjørk, Sølvi Helseth og Finn Nordtvedt.
- *Smertes.* Lærebok for helsepersonell. Av Margo McCaffery og Alexandra Beebe.

I forhold til sykepleieteori har jeg valgt å bruke bøkene *Omsorg, Sykepleie og Medisin, Fra marx til lögstrup* og *Moderne omsorgsbilder.* Av Kari Martinsen.

Siden jeg har opplevd det som vanskelig å finne litteratur har jeg prioritert innholdet. Men selv om litteraturen ikke er av nyeste årgang, har jeg vurdert den til og likevel være relevant. Videre har jeg prøvd å bruke primærlitteratur. Dette fordi sekundærlitteratur allerede er tolket av noen andre og kan derfor ha et feilaktig perspektiv (Dalland 2000). Jeg har også valgt og hovedsakelig bruke bøker skrevet av sykepleiere/spesialister.

## **2.4 Funn**

I to av artiklene ble sykepleiere intervjuet/svart på spørreskjema for å finne ut om høyere utdanning og mer erfaring har betydning for hvilke holdninger og kunnskaper sykepleiere har, og som vil ha innvirkning på smertelindring. Viktige synspunkter i artiklene er at sykepleiere har for lite kunnskaper om smertebehandling, og holdninger som forstyrrer behandlingen. I den tredje artikkelen ble pasienter med kreft intervjuet for å finne ut hvordan de oppfattet smertebehandlingen. I denne artikkelen blir det poengtert at pasientene må bli trodd for at smertelindringen skal kunne bli god. Det poengteres også at det er viktig at pasienten kan ha tillit til helsepersonell. Artiklene er videre beskrevet i artikkelmatrisen, vedlegg 1.

Ut i fra disse artiklene har jeg kommet frem til noen punkter jeg anser som viktig og derfor vil utdype nærmere i teoridelen, og som sammen med historien min, legger grunnlaget for drøftingen. Disse punktene er:

- Tillit.
- Kunnskap.
- Holdninger.

## ***2.5 Ethiske overveielser.***

Etikk handler om normene for god og riktig livsførsel. Etikken har som mål å gi oss grunnlag og veiledning i forhold til å vurdere før vi handler, når vi står ovenfor vanskelige avgjørelser i livet. Ved bruk av etikken kan man forhindre at målet om å finne ny kunnskap og innsikt ikke skjer på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd. Jeg vil holde meg tro mot kildene som blir brukt i oppgaven ved at jeg alltid refererer i teksten når jeg bruker litteratur skrevet av andre (Dalland 2000).

Man skal allerede fra planleggingsfasen ha en formening om hvem som kan ha nytte av oppgaven (ibid). Jeg mener oppgaven først og fremst vil være til nytte for meg selv. Jeg vil gjennom arbeidet med oppgaven ha mulighet til å tilegne meg kunnskap som kan komme til nytte når jeg skal jobbe som sykepleier. Men jeg tror også at andre sykepleiere/studentere/helsepersonell kan ha nytte av kunnskapen jeg prøver å formidle gjennom oppgaven.

Siden jeg har basert min oppgave på en situasjon jeg opplevde i praksis, er det viktig å påpeke at jeg har anonymisert historien etter gjeldende lovverk. I helsepersonelloven kapittel 5, § 21 står det: «*Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell*»

Jeg vil derfor i denne oppgaven ikke oppgi pasienten riktige navn eller konkret alder. I fortellingen har jeg brukt navnet Liv, som er et fiktivt navn. Jeg vil heller ikke komme med detaljer som kan føre til at pasienten vil bli gjenkjent. Det vil ikke komme frem i oppgaven hvilken institusjon hun oppholdt seg på og i hvilken kommune.

## ***2.6 Vitenskapsteori.***

Min kunnskapsforståelse springer ut fra hermeneutikken. Den hermeneutiske forståelsen går ut på og tolke de skjulte meningene i et fenomen. Hermeneutisk tilnærming er viktig når man arbeider med mennesker fordi det handler om å tolke og forstå grunnlaget for menneskelig

eksistens. For å forstå hvordan sykdommen/plagene oppleves må vi sette det i lys av det enkelte menneskets historie. Mennesket er en enhet satt sammen av flere deler av opplevelse, som knyttes sammen til en helhet av felles innhold. Mennesket kan ikke forklares ut fra et positivistisk og naturvitenskapelig tankeskjema, fordi mennesket er et tenkende, handlende, villende og skapende vesen. Når vi har et hermeneutisk syn, bruker vi vår egen førforståelse i tilnærmingen av det som skal utforskes. Vi må bruke våre tanker, inntrykk, følelser og kunnskapen vi har om emnet som en ressurs og ikke et hinder, i tolkningen og forståelsen av fenomenet vi står ovenfor (Dalland 2000).

## **3.0 Teori**

### ***3.1 Hva er Kreft?***

Kreft er en fellesnevner for en gruppe sykdommer som alle oppstår som følger av ukontrollert celledeling av unormale celler. Disse cellene har evnen til å invadere vev og organer og kan skape metastaser ved at de sprer seg til andre deler av kroppen. Disse maligne svulstene vil uten behandling fortsette å vokse og kan føre til alvorlig skade på nærliggende vev og organer. I tilfeller hvor kreften har spredt seg og skapt metastaser, vil det i de fleste tilfeller føre til død (Kreftregisteret 2013). Kreftcellene danner svulster i det organet cellene deler seg. Etter hvert som svulsten begynner å vokse kan det føre til forstyrrelse i organet. Dette kan føre til symptomer som blant annet smerter (Kreftforeningen 2013).

### ***3.2 Hva er smerter?***

Smerte er en følelse som i de fleste tilfeller oppstår som en reaksjon på stimuli som gir vevsskade, eller som vil føre til vevsskade dersom det vedvarer (Nordtvedt og Nesse 1997). Når det oppstår vevsskade frisettes kjemiske stoffer som aktiverer smerteimpulsene. Informasjon om smerte bringes til ryggmarg og hjerne, og når slike impulser har nådd hjernen på en spesiell måte, opplever vi smerter. Denne opplevelsen vi har er privat og unik for hver enkelt av oss (Husebø 1990).

### ***3.3 Hva er smerteopplevelse?***

Smerte er en individuell opplevelse vi har, som er privat og unik for hver enkelt av oss. Det er kun vi selv som vet hvordan plagene er. Andre kan derfor få problemer med å få en korrekt forståelse eller vurdering av andres smerter. Vår reaksjon på smerte er noe vi lærer igjennom barndommen, vi blir påvirket av kultur og miljø. Smerte er ikke bare en atferd, men det er også nært knyttet til forståelse og følelse. Med smerter følger også ofte angst, noe som igjen kan øke smertenivået. For eksempel kan innleggelse på sykehus, reaksjon fra familiemedlemmene og frykt for det ukjente være med på å aktivere eller forsterke angst.

Hvis personer med smerter og angst blir møtt med åpenhet, får nødvendig og målrettet informasjon og opplever trygghet, kan angst reduseres og også behovet for smertestillende medikamenter. For å forstå smerte, og pasientens opplevelse av den er det viktig at vi ser *hele* pasienten. Vi må altså ha informasjon om pasientens liv, bakgrunn som person og som pasient, og om personens ressurser og valg. Uten dette er det umulig for oss å klare å forstå hvordan personen opplever smertene (Husebø 1990).

### ***3.4 Hva er sykepleiers rolle og ansvar i smertelindringen.***

Sykepleieren har en sentral rolle i smertelindringen fordi hun er den som tilbringer mest tid med pasienten og derfor har best mulighet til å observere og vurdere smertene. Det er ofte sykepleieren som gir pasientene den beste smertekontrollen. Hun har mulighet til å sette i verk smertelindrende tiltak for og med pasienten. Sykepleieren kan ut i fra observasjon vurdere effekten av de smertestillende tiltakene. Hun kan også ut i fra det påvise behov for endringer eller ytterlige tiltak, for så å sette disse i verk. Men for at sykepleieren skal kunne tilpasse metodene ut i fra pasientens behov, må hun ha kunnskaper om farmakologi. Det er lege som har det overordnede ansvar når det gjelder å forskrive medikamenter. Det er da sykepleierens oppgave å tale pasientens sak og påvirke behandlingen slik at den blir til det beste for pasienten. For at sykepleieren skal kunne gjøre dette er det nødvendig med gjensidig tillit mellom sykepleier og pasient, og at sykepleier har kunnskaper om pasientens erfaringer og syn på smerte (McCaffery og Beebe 1996).

### ***3.5 Sykepleierens behov for kunnskaper.***

Som sykepleier forventes det at man holder seg faglig oppdatert. Man må til en hver tid opprettholde og videreutvikle sin kunnskap. At man har en grunnleggende forståelse av menneskekroppens fysiologi og patologi, og naturvitenskapelig kunnskap er både nødvendig og uunngåelig i sykepleieryrket. Dette innebærer også at man må ha kunnskaper om smerter, og i all profesjonell smertebehandling er det viktig at utøverne har oppdaterte kunnskaper. Kunnskap alene er likevel ikke nok. Man må ikke skille empati og omsorg fra det profesjonelle, fordi det i smertebehandling er like viktig som

kunnskaper. Sykepleieren må også tenke igjennom sine verdier og holdninger. (Nordtvedt og Nordtvedt 2001).

### ***3.6 Hva er holdninger?***

«En holdning er en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte ovenfor andre mennesker, ting eller hendelser» (Håkonsen 2009:205). Hvilke holdninger vi har er noe som læres gjennom oppveksten. Som barn er foreldrene de som påvirker mest og barn vil ofte ha et syn og en forståelse av verden som er likt foreldrenes. Etter hvert som vi vokser påvirkes vi også av andre ting. Skolen, venner, miljøet, kulturen og massemedia er kilder som påvirker hvilke holdninger vi skaper oss. En holdning er noe som i stor grad påvirker atferden vår på en positiv eller negativ måte ved at den er dømmende, evaluerende eller vurderende. Den innebærer at vi tar et standpunkt. Vi har holdninger til stort sett alt, og det er holdningene som gjør at vi reagerer på bestemte måter. Holdninger er noe vi har med oss over tid, og det krever både tid og arbeid for å endre en holdning. En holdning er bygd opp av tre deler: den tankemessige, den følelsesmessige og den atferdsmessige delen (Håkonsen 2009).

#### *3.6.1 Den tankemessige delen.*

Denne delen av en holdning inneholder det vi tenker om ting. Det er hva vi har lært, erfart og hørt som ligger til grunn for hva vi tenker om ulike emner. Det vi tenker om noe på et spesielt område, vil gjenspeile seg i hvilke holdninger vi har til like tema. Hva man tenker om ting, og hvilke kunnskaper man har gjør ikke nødvendigvis at man oppfører seg deretter. For eksempel kan man tenke at trening gir god helse, men likevel ikke trene (ibid).

### *3.6.2 Den følelsesmessige delen.*

Denne delen innebærer de positive eller negative følelsesmessige reaksjonene som utløses i bestemte situasjoner. Eksempel på følelser kan være sympati, respekt, forakt, frykt eller avsky. Hvis vi har fordommer mot noe, er det en holdning som gir uttrykk for en negativ følelse om et emne. Følelseladete reaksjoner ovenfor ulike emner er noe som ofte fester seg og er vanskelig og endre. Selv om vi har et ønske om å endre en holdning, er det likevel lett at disse reaksjonene utløses (ibid).

### *3.6.3 Den atferdsmessige delen.*

Med tanker og følelser liggende til grunn, reagerer og handler vi på en bestemt måte. Det er det den atferdsmessige delen handler om. Hva vi faktisk gjør i en bestemt situasjon. Det er her holdningene våre faktisk kommer til uttrykk. Det er likevel ikke bestandig atferden vår stemmer overens med de egentlige holdningene vi har. Dette gjør at man kan stille viktige spørsmål om grunnlaget for handlingene våre, og sammenhengen mellom atferd og holdninger (ibid).

## **3.7 Hva er tillit?**

Tillit blir omhandlet som en spontan livsytring. Det er noe som melder seg ubedt og spontant, fullstendig uavhengig av vår vilje og beslutninger. Å ha tillit kan defineres som at man har tiltro til en person eller et system. I sykepleier – pasientforholdet vil det innebære at pasienten har tiltro/forventninger til sykepleierens kunnskaper, og tro på at sykepleieren vil vise omsorg og har vilje til å handle til det beste for pasienten. Det kreves erfaringer som gjør den vanskelig, eller knuser tilliten for at den skal forsvinne. Dersom man velger og ikke vise tillit, er dette valget motivert av en negativ erfaring. Denne spontane tilliten er ikke noe som kan kreves, men vi kan møte andre på en måte som gjør at tilliten lettere springer frem. I møte med andre vil tilliten være det første som settes på spill. Når pasienten viser sykepleieren tillit gir hun noe av seg selv til deg, og du som sykepleier har da et ansvar for hvordan du møter tilliten. Når sykepleieren ikke møter denne tilliten på en god måte, vil pasienten få en følelse

av å bli stilt på siden. Tillit er derfor en nødvendig og terapeutisk ressurs som er nødt til å ligge til grunn for at sykepleieren skal kunne yte god omsorg og pleie for pasienten. Sykepleieren bør ikke ignorere eller knuse denne tilliten, fordi den kan ha grunnleggende betydning også for pasientens trygghet (Bjørk m.fl. 2002).

### ***3.8 Hva er trygghet?***

Trygghet er å føle seg ivaretatt, å oppleve at en ukjent situasjon ikke blir skremmende. Som pasient kan det ofte være at man føler seg usikker eller utrygg i møtet med sykepleiere. Det er som regel ikke deg som person hun er utrygg på, men situasjonen hun befinner seg i. Det er likevel viktig og være oppmerksom på at ting man sier eller gjør kan føre til at pasienten blir mer utrygg. Når pasienten opplever trygghet, blir det lettere for pasienten og pleieren å ha et godt samarbeid og pasienten kan derfor få bedre innsikt i behandlingen (ibid).

### ***3.9 Sykepleieteori***

Som sykepleieteoretiker har jeg valgt å bruke Kari Martinsen og hennes omsorgsteori. Grunnen til det er at jeg finner hennes syn på sykepleie nærmest mitt eget. Jeg ser også at hennes teori er relevant i forhold til mitt tema fordi hun vektlegger relasjonen mellom sykepleier og pasient. Jeg mener også det moralske aspektet ved omsorg er viktig. Spesielt i forhold til mitt tema med tanke på at makt skal brukes med solidaritet for den svake.

#### ***3.9.1 Kari Martinsen's omsorgsteori***

Kari Martinsen ble utdannet sykepleier i 1965 ved Ullevål sykepleieskole. Etter å ha jobbet en stund tok hun videreutdanning i psykiatrisk sykepleie. Martinsen begynte allerede som student å lese filosofi fordi hun ikke var tilfreds med sykepleieteorien. Hun opplevde stor svikt mellom teori og praksis og lette derfor etter svar igjennom filosofien. Dette var drivkraften til et langt studium i filosofi. I 1974 avla hun magistergrad i filosofi og i 1986 avsluttet hun sin doktorgrad. Hun har siden den gang skrevet flere bøker og artikler, og har



hatt stor innvirkning i Norge med å gi begrepet omsorg en større plass i sykepleiefaget (Mekki og Tollefsen 2002).

Kari Martinsens omsorgsteori har med nestekjærlighet å gjøre. Det handler om å gå ut over seg selv, og være mot andre som du vil at andre skal være mot deg. For å forklare Martinsen's (1989) omsorgsteori vil jeg presentere de mest sentrale punktene i hennes teori. Hun beskriver omsorgsteorien med tre begrep som jeg vil gå nærmere inn på.

### *3.9.2 Omsorg som et relasjonelt begrep*

For å få et positivt syn på omsorg, må en ha et kollektivt basert menneskesyn. Det er grunnleggende at vi er avhengige av hverandre, og ut i fra et slikt menneskesyn står ikke avhengighet i motsetning til selvhjulpenhet. Vi har i prinsippet et ansvar for de svake. Alle kan havne i en situasjon hvor vi har bruk for hjelp fra andre. Det er derfor viktig at vi handler slik at alle kan få de samme mulighetene til å leve livet best mulig ut i fra hva de er i stand til (ibid).

### *3.9.3 Omsorg som et praktisk begrep*

Dette begrepet handler om at vi skal delta praktisk i den andres lidelse. Det vil si at det ikke er nok å synes synd i vedkommende, vi må gjøre noe for å prøve å hjelpe personen. Det er viktig at hjelpen som gis er betingelsesløs og gis ut i fra behov. Men det aller viktigste er at en ikke handler ut i fra forventninger om å få noe igjen eller oppnå et resultat. For å yte god omsorg er det også viktig at omsorgsgiveren har en god situasjonsforståelse, slik at vi har innsikt i menneskets livssituasjon, hvilke muligheter og begrensninger personen har. Dette er viktig for å få en fin balansegang mellom at personen får den omsorgen han trenger, og samtidig får ivaretatt sin autonomi (ibid).

### *3.9.4 Omsorg som et moralsk begrep*

Omsorgsmoral er noe som må læres. Det har med hvordan vi er i relasjonen gjennom det praktiske arbeidet, og det er kvaliteten i relasjonen som er viktig. Prinsippet om ansvaret for de svake er noe som må læres gjennom praksis. Verdiene vil skape røtter i oss gjennom det vi erfarer i praksis og oppdragelsen til godhet. Verdiene må samtidig underkastes kritisk vurdering. I følge Martinsen (1989) er makt noe som inngår i alle avhengighetsrelasjoner, og omsorgsmoral handler også om hvordan vi lærer å bruke denne makten. Ved å bruke makten ut i fra solidaritet med den svake, brukes den også moralsk ansvarlig. Hun beskriver solidaritet som handlinger basert på engasjement. En må kunne se seg selv i den andres situasjon, identifisere seg med den andre. Sykepleieren er forpliktet til å handle på en måte som gir de svakes posisjon muligheter til endring, slik at de får en reell mulighet til å leve livet på best mulig måte ut i fra hva de er i stand til (ibid).

## 4.0 Drøfting

Jeg skal nå drøfte min problemstilling: *Hvordan kan sykepleiers holdninger og kunnskap bidra i smertelindringen til kreftsyke pasienter i den kurative fasen, innlagt i sykehus.* Dette vil jeg gjøre ved å knytte mine egne erfaringer fra historien min opp mot kunnskapene jeg har tilegnet meg gjennom teorien, i forhold til sykepleieteoretikeren jeg har valgt og bruke og funnene fra artiklene. Etter nøye å ha vurdert historien min, og gjennomgått litteratur og artikler har jeg kommet frem til tre punkter som jeg mener er vesentlig for at god smertelindring skal kunne finne sted. For at kreftsyke pasienter i den kurative fasen skal kunne bli godt smertelindring er det viktig at sykepleieren har tillit til pasientens opplevelse av smerter, og at pasienten har tillit til sykepleieren. Sykepleieren må ha kunnskaper om smerte som fenomen, pasientens oppfatning og syn på smerte, og farmakologi. Videre må sykepleieren vise gode holdninger slik at tilliten ikke brytes. Disse tre aspektene vil jeg utdype her.

### ***4.1 Tillit til pasientens opplevelse av smerter. Gjensidig tillit.***

I følge McCaffery og Beebe (1996) er smerte hva pasienten selv sier det er, og er til stede når han sier det. Når vi ikke finner samsvar mellom pasientens verbale og subjektive formidling av sin smerte, og de objektive tegn vi forventer å finne i en situasjon, er det ofte at pasientens troverdighet blir satt i tvil (Nordtvedt og Nesse 1997). Dette har jeg selv erfart i praksis og i historien om Liv. Når vi kom inn til henne etter at hun hadde ringt på, lå Liv og vred og ynket seg, holdt hendene over plassen hun hadde vondt og så tydelig smertepåvirket ut. Hun ga også verbalt uttrykk for sterke og utholdelige smerter. Men hvis man ble stående en liten stund og pratet med Liv ble hun helt rolig og det non-verbale uttrykket hennes tydet ikke lenger på at hun var smertepåvirket. Dette ble oppfattet som at hun «glemte å gi uttrykk for smertene». Sykepleierne ga henne smertestillende som hun ba om, men hadde nå begynt og sette seg i tvil til hennes smerter på grunn av måten hun var på.

Det at hun ikke lenger ga uttrykk for sterke smerter med kroppsspråket etter man hadde pratet litt med henne tenker jeg det kan være flere årsaker til. Selv om pasienten ikke gir så sterke uttrykk for smerter, behøver det ikke å bety at de ikke er der. De tegnene Liv uttrykker når vi

kommer inn i rommet er typiske tegn som oppstår ved akutte smerter. Disse tegnene er vanligvis ikke langvarige siden det forekommer en atferdsmessig og fysiologisk tilpasning, ofte i løpet av sekunder eller minutter. Dette kan innebære at tegnene opphører en stund, selv om pasienten fortsatt har like sterke smerter (McCaffery og Beebe 1996).

Min oppfatning er at det er vi som helsepersonell, da spesielt sykepleiere (og hjelpepleiere) som har den nærmeste kontakten med pasienten som er innlagt på sykehuset. Det er vår oppgave å være pasientens «advokat». Med det mener jeg at det er sykepleieren som taler pasientens sak, og at vi i stor grad kan påvirke den behandlingen pasienten får. Vi kan samarbeide med legen for å finne fram til den løsningen som vil være til det beste for pasienten. Hvis vi ser at pasienten er dårlig smertelindret, må vi videreformidle dette til lege som kan gjøre endring i medisinene. Siden det er vi som bruker mest tid hos pasienten, har vi gode muligheter til å observere og bli kjent med pasienten. Og for at vi skal kunne tale pasientens sak og handle ut i fra det pasienten ønsker, er det viktig at sykepleieren og pasienten har den samme forståelsen. Når pasienten opplever smerter, men sykepleierne setter pasientens troverdighet i tvil sier det seg selv at de ikke har den samme forståelsen.

Kari Martinsen (1990) sier at for å kunne utøve omsorg i sykepleien ut fra en autoritesstruktur med svak paternalisme er det nødvendig at sykepleieren har kunnskaper slik at hun forstår mer enn den andre, men først og fremst kan forstå det den andre forstår.

Jeg reflekterer over hvordan sykepleieren skal kunne tale pasientens sak og handle til det beste for pasienten, når hun ikke finner smertene hennes troverdig. I følge Kari Martinsen (1990) er det sykepleierens faglige skjønn som avgjør hvordan hun skal handle til det beste for pasienten. Men for å kunne gjøre det er det en forutsetning at sykepleieren er villig til å sette seg inn i den andres situasjon. Man må forsøke å fortolke den andres realitet og oppfatte hva den andre erfarer. Det handler om å forstå ut fra den andres horisont og prøve å møte den andre på best mulig måte ut i fra hvordan han selv ville handlet i situasjonen. Vi må prøve å forestille oss hvordan vi selv ville ønsket å bli behandlet dersom vi var i vedkommendes situasjon (Martinsen 1990).

I en kvalitativ undersøkelse gjort av Holley, McMillan m.fl (2005) kommer det frem at hele 51 % av sykepleierne estimerte at deres oppfatning av smerte var mer gyldig enn pasientens. De fleste sykepleierne i denne studien bekreftet også at deres oppfatning om smerte, påvirket vurderingen av pasientene. Slik jeg forstår dette kan ikke sykepleieren formidle pasientens

problemer og behov dersom hun ikke har tillit til pasientens opplevelse. Det kan da være fare for at sykepleieren vil handle ut i fra det *hun* mener er det beste. Dette mener jeg blir veldig feil, og slik jeg forstår det er dette også stikk i strid med hva Kari Martinsen sier om hvordan man skal utøve sykepleie. Kari Martinsen (1989) sier at vi som sykepleiere kun kan hjelpe en annen ved å anerkjenne vedkommende. Ved at vi aksepterer den andre med de ressurser og begrensninger personen har, kan vi unngå å ta over og umyndiggjøre pasienten.

Hvis sykepleiere ikke kan ha tillit til pasientens opplevelser av smerter, og pasienten ikke føler seg trygg på pleieren, er det en alvorlig forstyrrelse i forholdet mellom dem som også vil ha innvirkning på behandlingsforløpet (Bjørk m.fl. 2002). At tillit kan stå i veien for god smertelindring kommer også frem i en undersøkelse gjort av Bostrøm og Sandh m.fl. (2004). I denne studien ble flere pasienter med kreft intervjuet for og utforske deres syn på smerte og smertebehandling. I funnene fra denne artikkelen kom det frem at når smertelindringen hadde mislyktes, var det ofte på grunn av at pasienten hadde mistet tilliten til helsepersonell, og dermed selv begynt og oppfatte smertelindringen som uoppnåelig. For at pedagogiske tiltak skal være vellykket, er det viktig at pasienten blir trodd. Dette kan føre til vellykket smertelindring fra begynnelsen av. Det kommer også frem at pasientene opplevde det å ikke bli trodd, og feilaktig vurdering av deres smerte som faktorer som førte til økning i smertene.

Dette viser at det ikke bare er sykepleieren som må ha tillit til pasienten og hans opplevelse av smerter. Pasienten må også kunne ha tillit til sykepleieren. Tillit er en grunnverdi i omsorgen, det har med engasjement og innlevelse å gjøre. Å vise tillit til den andre handler om at man utleverer seg. I sykepleier-pasient forhold vil dette si at pasienten utleverer seg til sykepleieren. Han går ut av seg selv og gir noe av sitt liv i sykepleierens hånd. Med dette følger en fordring til sykepleieren om å ta vare på denne tilliten. Dersom sykepleieren ikke møter denne utlevertheten, eller misbruker informasjonen pasienten gir vil tilliten brytes og mistillit oppstår (Martinsen 1990).

I møtet med Liv oppstod også denne spontane tilliten. Hun utleverte seg til sykepleieren ved å fortelle om smertene sine. Hun ga da et ansvar til sykepleieren om å bruke denne informasjonen, og stolte på at sykepleieren ville bruke det til å handle ut i fra hva pasienten ønsket, nemlig å få smertestillende medikamenter. Sykepleieren tok fordringen og ga Liv smertestillende slik hun ønsket.

Slik jeg har forstått det skulle dette da vært med å bidra til å styrke denne tilliten pasienten har til sykepleier. Fordi hun tok pasienten på alvor og hjalp pasienten til å lindre smertene, slik hun ønsket. Hadde historien stoppet der hadde atferden samsvart med hva teorien sier man skal gjøre. I dette tilfellet gjorde den ikke det. Jeg opplever det som et kjent fenomen at sykepleierne snakker mye seg imellom på vaktrommet. Her kom det frem at flere av sykepleierne satte tvil til pasientens smerter. De reflekterte over om Liv virkelig hadde så vondt som hun sa, eller om hun overdrev smertene. Denne snakken dem imellom som foregikk på vaktrommet, men også på medisinrom og i korridorer kom til slutt til syne for pasienten. Tilliten hun hadde til sykepleierne derfor brutt. Hun følte seg utrygg fordi hun ble alene med smertene. Hun vegret seg for å tilkalle sykepleierne når hun hadde smerter fordi hun ikke ble trodd.

Nordtvedt og Nesse (1997) sier at dersom sykepleiere ikke tror på pasienten og pasienten oppdager dette, vil det sannsynligvis føre til større smerter. Pasienten kan også finne på å bruke sin energi og krefter på finne metoder for å tydeliggjøre sin smerte overfor de ansatte. I dette forsøket kan pasienten komme til å overspile sine smerter, noe som igjen kan føre til økt mistillit. Ut i fra dette kan man også tenke seg at det kunne være tilfelle i fortellingen om Liv. Hvis hun hadde mistanker om at sykepleierne sådde tvil angående smertene hennes, kan det hende hun følte hun måtte uttrykke det non-verbalt for å bli trodd.

## ***4.2 Sykepleierens kunnskaper om smertebehandling.***

For at sykepleierne skal kunne vurdere smertene på en god måte er det viktig at de har tilstrekkelige kunnskaper. Mangel på kunnskaper angående smertebehandling kan være en grunn til helsepersonell ikke tar smertene på alvor. (Bostrøm m.fl 2004). Stein Husebø skriver: «*Kreftpasientenes smerter kan nesten alltid lindres på en god måte. Men mange ganger mangler det på forståelse og kunnskaper*» (S.156). Sykepleiernes egen forståelse og erfaringer ligger til grunn når vi skal tolke andres smerter. Siden sykepleieren har et ansvar som pasientens «advokat» er det svært viktig for pasienten at sykepleieren har den nødvendige kunnskapen. Manglende kunnskaper og forståelse for farmakologi og smertevurdering kan føre til feiltolkninger og upresise konklusjoner, som igjen hindrer

effektiv smertelindrende behandling (Mcaffery og Beebe 2001). I følge Kari Martinsen (1997) har lidelsen en appell til praktisk handling, og hvis vi avviser lidelsens appell avviser vi også den andres identitet. For å kunne forstå dette trengs det sykepleiefaglige kunnskaper og erfaring. Slik jeg forstår dette er det altså helt nødvendig at sykepleieren har relevant kunnskap og erfaring for å kunne utføre praktiske handlinger, til hjelp for pasientens smertelidelse.

Feiltolkninger og upresise konklusjoner vil jeg påstå er akkurat hva som skjedde i fortellingen om Liv. De mistolket signalene Liv uttrykte og satte pasientens troverdighet i tvil. Selv om pasienten i dette tilfellet fikk smertestillende som hun ønsket, var ikke smertelindringen god. Dette tenker jeg kan skyldes barriere hos sykepleierne.

I en kvalitativ undersøkelse gjort av Holley og McMillan m.fl. (2005) har studier gjennomført i USA avdekket alvorlige mangler i sykepleiernes kunnskaper om smertebehandling. Når sykepleiere blir oppmerksomme på at pasienten har smerter, er reaksjonen deres påvirket av en rekke faktorer. Deriblant deres kunnskaper og ferdigheter knyttet til smerter og smertelindring, holdninger til smerte og misoppfatninger om bruk av opiater. Det kommer frem at hele 56 % av sykepleierne hadde misoppfatninger angående avhengighet.

Liv var godt kjent blant de fleste sykepleierne på avdelingen. Hun hadde tidligere vært innlagt med samme problematikk, og den gangen hadde hun blitt avhengig av medikamentene. Sykepleierne uttrykte at de var redde for at dette skulle skje igjen denne gangen, noe de også snakket med pasienten om. Jeg syntes det virket som at Liv stilte seg likegyldig til om medikamentene gjorde henne avhengig igjen, bare hun ble smertefri.

Men i følge Husebø (1990) er redselen for avhengighet på grunn av opioider sterkt overdrevet. Det er nemlig ikke slik at vanlige folk blir narkomane på grunn av sterke opioider. Han sier at man kan bli fysisk avhengig av sterke medikamenter på lik linje med stoffer som nikotin, alkohol eller koffein. Hvis man slutter brått kan man få abstinenser, men dette kan i stor grad unngås ved gradvis nedtrapping. Det viktigste når det kommer til sterke medikamenter er å bruke det med forsiktighet. Den smertestillende effekten ved bruk av morfinlignende preparater oppnås best ved jevn tilførsel og ved bruk av tabletter, mikstur eller stikkpiller. Eventuelt via en smertepumpe. Når pasientene derimot får injeksjoner er faren større. Dette fordi konsentrasjonen av det smertestillende virkemiddelet i kroppen stiger raskt

til et høyt nivå, for der igjen å synke raskt. Det som skjer da er at pasienten får seg en «rus», som lettere fører til avhengighet. Denne måten gir ikke pasienten en god smertelindring, og bør brukes kun i nødstilfeller på grunn av effekten (Husebø 1990).

Liv fikk tilført opioider parenteralt via cvk (Sentralt vene kateter) ved behov, som var opptil 20 ganger i døgnet på det meste. Det som skjedde var at smertene hennes forsvant raskt da hun fikk medikamentet, og slik jeg forstår Husebø kan man tenke seg at hun da fikk en slags rus. Medikamentet mistet fort sin virkning og innen en til fire timer, hadde Liv igjen store smerter og ba på nytt om smertestillende. Jeg stiller meg i tvil til kunnskapen hos sykepleierne og legen i dette tilfellet, siden de ville unngå avhengighet, men likevel fortsatte og gi henne medikamenter på denne måten. Og siden hun heller ikke var godt smertelindret, mener jeg de skulle ha prøvd hardere for å finne en annen løsning.

McCaffery og Beebe (1996) derimot sier det er en feiloppfatning at opioider gitt som injeksjon eller infusjon øker faren for avhengighet, fordi det ikke finnes tegn som underbygger denne påstanden. Videre viser også de til at vanedanning sjelden oppstår ved bruk av opioider mot smerter. Dersom den faglige litteraturen ikke samsvarer kan det tenkes at sykepleierne har forskjellige kunnskaper angående dette, alt etter hva de har lest eller lært. Det kan derfor være at sykepleierne hadde kunnskaper, men at den kunnskapen de hadde var at injeksjoner og infusjoner ikke var noen større risiko og derfor ikke gjorde noe for å endre administrasjonsmåten.

For at sykepleieren skal kunne vite noe om det særegne, og tolke pasientens situasjon på en måte som blir til det beste for ham, må sykepleieren ha kunnskaper om smerte som fenomen. Men det alene er ikke nok, også pasientens opplevelser av smertene er det viktig og ha kunnskaper om. I de tilfellene hvor man ikke finner årsaken til smertene, har sykepleierne ofte mer tillit til sin fagkunnskap enn til pasienten (Nordtvedt og Nesse 1997).

I situasjonen med Liv var det svulster/kreften som var årsaken til smertene, men derimot kunne de ikke finne uttrykket på smerte troverdig. Jeg har reflektert litt over hvilke kunnskaper sykepleierne i denne situasjonen kunne ha satt sin lit til. Jeg tenker nok at det sannsynligvis kunne vært sykepleiernes holdninger og *mangel* på kunnskap, som gjorde at situasjonen ble som det ble. At de hadde kunnskaper om smerte som fenomen kan hende, men



de hadde ikke nok innsikt i pasientens bakgrunn, annet enn at hun tidligere hadde blitt avhengig og kunne derfor ikke vite hvilke holdninger hun selv hadde til smertene sine. Kari Martinsen (1990) sier at når sykepleieren skal utøve omsorg, må man ha en emosjonell involvering for å kunne bli klar over det risikable i enhver situasjon. Hun befinner seg i en vippeposisjon mot omsorgens utartinger. Sykepleieren må være faglig dyktig, ha skjønn og intuitiv bedømmelse over situasjonen slik at hun ikke vipper over, og derfor kan handle innenfor en autoritetsstruktur med svak paternalisme. Med dette forstår jeg at sykepleieren må bruke sin kunnskap og sin skjønn for å kunne forstå pasientens situasjon og handle ut i fra det beste for ham. Denne kunnskapen er nødvendig for at sykepleieren ikke skal vippe mot en retning hvor hennes egen oppfatning blir viktigere enn pasientens.

Siden smerte er en individuell opplevelse vil alle reagere ulikt på smerte. Hva vi lærer gjennom oppveksten, og kultur har innvirkning på vår smerteatferd. Det er feilaktig å tro at alle reagerer likt på samme type smerte. Så selv om sykepleierne hadde god erfaring med smerter hos kreftpasienter, vil Liv's reaksjon på smertene være ulik det sykepleierne hadde erfart tidligere hos pasienter med samme problematikk. Smerteatferden i forhold til type smerte, kan ikke sammenlignes. Noen personer klager lett ved smerter, mens andre biter i hop tennene og prøver og ikke uttrykke smerter. Det er derfor svært viktig at sykepleiere har kunnskaper om den enkelte pasients opplevelse av smerter (McCaffery og Beebe 1996).

Som sykepleier møter man ofte pasienter med smerter daglig. I lengden kan dette føre til at noen av helsepersonell blir mindre følsomme for andres lidelse, noe som kan stå i veien for god smertelindring. Det blir derfor viktig at sykepleieren klarer å bruke sine erfaringer på en positiv måte, ved å møte pasienten med forståelse. Hvis sykepleieren bruker sine erfaringer for å tilegne seg mer kunnskap til videre bruk i behandling, vil hun lettere kunne se pasienten ut i fra hans situasjon. At man har en forståelse for den andres situasjon er i følge Martinsen (1989) sentralt i omsorg.

### ***4.3 Sykepleierens holdninger.***

Når sykepleiere blir oppmerksomme på at pasienten har smerter, er reaksjonen deres påvirket av blant annet deres egen oppfatning om smerter. Men det er ikke bestandig holdningene våre samsvarer med hvordan vi handler i situasjoner. Dette kan skyldes at man er i en situasjon som krever at vi handler på en bestemt måte. Atferden vår påvirkes også ut i fra forventninger om roller, normer, lydighet og konformitet. Dette vil si at vi som sykepleiere har en bestemt rolle og vi må da handle ut i fra hva som forventes av den rollen vi har. Vi er også pålagte å handle etter normer som beskriver hva som er akseptabel atferd (Håkonsen 2009).

I følge Kari Martinsen (1997) har en persons holdninger sitt utspring i handlingen, i det en gjør for den andre. Men dette er det motsatte av det jeg har erfart. I tilfellet med Liv, hadde sykepleierne holdninger som uttrykte skepsis til å gi medikamenter. Likevel ga de henne smertestillende når hun ba om det. Dette kan skyldes akkurat det at den rollen vi har følger normer som skal hindre at sykepleiernes negative holdninger står i veien for å utøve god sykepleie. Slik jeg forstår det var sykepleierne altså nødt til å gi Liv smertestillende, til tross for hvilke holdninger de hadde. Selv om hun fikk medikamentene, så jeg at sykepleiernes holdninger likevel hadde innvirkning på behandlingen.

Hvis omsorgen skal være ekte, må man forholde seg til den andre personen ut i fra en bestemt holdning. Det må være en holdning som anerkjenner den andre ut i fra hans situasjon. I dette ligger gjensidighet, utviklet gjennom samhandling i en praktisk arbeidssituasjon (Martinsen 1989). Slik jeg forstår dette må vi ha en holdning som tillater pasientens egen opplevelse å være utgangspunktet for smertelindringen. Vi må kunne samarbeide med pasienten for og sammen kunne finne den beste løsningen. Det er da viktig at våre egne holdninger om smerte ikke står i veien for vurderingen av pasienten.

Hvordan vi selv er som person og hvilket forhold vi har til egen smerte er ofte avgjørende når vi skal vurdere pasientens smerte. Observasjonene og reaksjonene på pasientens smerte vil derfor variere veldig alt etter hvilken person som gjør vurderingene. Holdningene våre kan derfor resultere i at det blir store spriker i hvordan pasientens smerter blir møtt og hvordan behandling han får. Mens en sykepleier mener at pasienten ikke har noe særlig med smerte, kan en annen sykepleier oppleve pasientens smerter som uutholdelige (Husebø 1990).

Det jeg opplevde i situasjonen med Liv, var at det virket som om de fleste sykepleierne på avdelingen hadde lik holdning. De syntes hun ba for ofte om smertestillende, trodde ikke hun hadde så vondt som hun sa. Grunnen til denne tvilen var hennes tidligere avhengighet og at hennes verbale og non-verbale tegn på smerte ikke stemte overens.

Men det er ikke en selvfølge at hele personalet i utgangspunktet hadde en slik holdning. Når man tilhører en gruppe er det ofte at ens egne meninger blir basert på hva slags oppfatninger resten av gruppen har (Håkonsen 2009). At det er lett og bli påvirket er noe jeg merket godt da jeg var i praksis. Sykepleierne reflekterte mye over situasjonen med Liv. Jeg syntes det virket som at sykepleierne prøvde å overføre sine meninger på de andre. Sykepleierne snakket seg imellom, og med resten av personalet. Når alle til slutt ga uttrykk for den samme holdningen oppdaget Liv dette, noe som skapte mistillit til sykepleierne.

I studien til Young, Horton og Davidhizar (2005) sies det at hvis en person mener at en bestemt atferd vil gi mest positive resultater, vil denne personen ha positive holdninger til å utføre denne atferden. Hvis man derimot mener at å utføre denne atferden kan føre til noe negativt, vil man ha en ugunstig holdning til å utføre det. Sykepleierne på avdelingen jeg var i praksis mente at hvis de ga pasienten for mye smertestillende, ville hun bli avhengig igjen. Slik jeg forstår det kan altså sykepleierne ha en negativ holdning til smertelindringen av pasienten, fordi de mente at å gi henne så mye medikamenter ville føre noe negativt med seg.

Holdningen man har kan gjøre livet til den andre enten truende eller trygt (Martinsen 1990). I tilfellet med Liv førte sykepleiernes holdninger til at pasienten mistet tilliten til sykepleierne. Hun ga uttrykk for at hun følte seg usikker og utrygg. Hun ble da alene med smertene sine, og slik jeg har forstått det kan dette igjen føre til at smertene ble verre.

## 5.0 Oppsummering.

Gjennom arbeidet med denne bacheloroppgaven har jeg ved hjelp av litteraturstudiet prøvd og finne svar på hvilken innvirkning sykepleieres holdninger og kunnskaper har på smertelindringen av pasienter. Jeg ser at smerte er en individuell opplevelse og det er derfor viktig å være klar over at alle har ulik smerteterskel. Hvordan pasientene takler smerte læres gjennom barndommen og påvirkes av en rekke faktorer, og ligger til grunn for hvordan de uttrykker smerte. For at vi som sykepleieren skal kunne vurdere pasientens smerter er det viktig at vi ikke bare har kunnskaper om smerte som fenomen, men også om pasientens bakgrunn og egen oppfatning om smerter. Vi må ha tillit til pasienten. Hvis vi som sykepleiere ikke har tillit til pasienten eller uttrykker holdninger som gjør at pasientens tillit til oss brytes, vil heller ikke smertelindringen kunne bli optimal. Når våre holdninger står i veien for gjensidig tillit mellom sykepleier og pasient vil det føre til mistillit. Dette kan føre til at pasienten selv mister troen på at hun kan bli smertefri, og det igjen kan øke smertene.

En annen ting som kan stå i veien for god smertelindring er barrierer hos helsepersonell, som mangel på kunnskaper eller misoppfatninger angående avhengighet. Når vi som sykepleiere har oppdaterte kunnskaper om smerte som fenomen, pasientens syn og egen oppfatning av smerte og farmakologi, har vi bedre grunnlag for å kunne gi pasienten god smertelindring. Dette fordi vi som sykepleiere da forstår at smerte er subjektivt og vet at man derfor er nødt til å ha tillit til det pasienten uttrykker. Vi kan da lettere tale pasientens sak og i stor grad påvirke behandlingen som gis slik at den blir til det beste for pasienten. Holdningen sykepleiere har til at opioider skaper avhengighet, mener jeg kommer av manglende kunnskaper om farmakologi. Litteratur og forskning viser at opioider vanligvis ikke skaper avhengighet og vil gi god smertelindring dersom det administreres på rett måte.

Selv om jeg har drøftet tillit, kunnskaper og holdninger hver for seg synes jeg det er viktig og påpeke at disse aspektene henger i hop. For eksempel vil ikke kunnskaper alene bidra til god smertelindring hvis man har en holdning som ikke tillater tilliten å springe frem. Men slik jeg har forstått det vil gode kunnskaper ofte føre til at det skapes gode holdninger. Og dersom man har gode holdninger, vil de normalt sett bidra til at det skapes et gjensidig tillitsforhold. Dersom alle disse tre aspektene ligger til grunn, har man gode forutsetninger for å kunne gi pasienten god smertelindring.

Jeg valgte dette temaet til min oppgave fordi jeg opplevde det som utfordrende og fordi jeg følte jeg trengte mer kunnskaper om temaet. Jeg har gjennom denne oppgaven fått en større forståelse av hvor viktig det er at vi som sykepleiere har gode kunnskaper og holdninger, slik at man kan skape et gjensidig tillitsforhold og dermed øke sjansen for god smertelindring. Jeg synes det har vært interessant og lærerikt og jobbe med denne oppgaven, og mener absolutt jeg vil få bruk for kunnskapen jeg har tilegnet meg i jobben som sykepleier.

# Litteraturliste

## *Pensumlitteratur.*

Almås, H., Valand, E., Bilicz, J. A., Berntsen, H. (2001). *Sykepleie til pasienter med smerter*. I: Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie bind 1*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, (3. utgave, 4. opplag).

Dalland, Olav. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helse- og omsorgsdepartementet. *Helsepersonelloven*. LOV-1999-07-02-64. Hentet 31.01.13. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html>

Mekki, T. E., og Tollefsen, S. (2002). *På Terskelen. Introduksjon til sykepleie som fag og yrke*. Oslo: Akribe forlag.

## *Selvvalgt litteratur:*

Axelsson, Å. (2008). *Litteraturstudie*. I: Granskär, M. & Nielsen, B.H. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. s. 173-188 Stockholm: Studentlitteratur AB **(15 sider)**

Bjørk, I. T., Helseth, S. Nordtvedt, F. (2002). *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo: Gyldendal akademiske. Kapittel 10 og 15. **(27 sider)**

Borchgrevink, P. C., Klepstad, P., Kongsgaard, U. E., Kaasa, S. *Bruk av opioider mot sterke kreftrelaterte smerter*. I Tidsskrift for den norske legeforening. 2004; 124:337-8. Hentet 22.01.13. Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/article/967572> **(2 sider)**.

Bostrøm, B., Sandh, M., Lundberg, D., Fridlund, B. (2004) *Cancer-related pain in palliative care: patients' perceptions of pain management*. I: Journal of Advanced Nursing 45(4), 410-419. **(10 sider)**.

Holley, S., McMillan, S. C., Hagan, S. J., Palacios, P., Rosenberg, D. *Pain Resource Nurses: Believing the patients, Believing in Themselves*. I: Oncology Nursing Forum. 2005; 32, 4. S. 843-848. **(6 sider)**.

Husebø, S. (1990). *Smerteboken*. Oslo: Eide forlag. Kapittel 1,2,18,19 og 20. **(40 sider)**

Håkonsen, K. M. (2009). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. 4.utgave. kapittel 11. **(15 sider)**

Kreftforeningen (2013). *Hva er Kreft?*

Tilgjengelig fra: <https://kreftforeningen.no/om-kreft/hva-er-kreft/> (Lest 14.04.13) **(1 side)**

Kreftregisteret (2013) *Fakta om Kreft*.

Tilgjengelig fra: <http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft-test/> (Lest 16.04.13) **(1 side)**

Martinsen, K. (1997) *Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Otta: TANO. 2. utgave. Kapittel 4. **(19 sider)**

Martinsen, K. (1990) *Omsorg i sykepleien – en moralsk utfordring. I: Moderne omsorgsbilder*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag. Side 61-94. **(33 sider)**

Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays*, 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget. Side 14-37, 42-62, 67-81 **(60 sider)**

McCaffery, M. og Beebe, A. (2007). *Smerter: Lærebok for helsepersonell*. Oslo: Ad Notam Gyldendal. Kapittel 1 og 2 **(21 sider)**

Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2012. *Helsetilstanden i Norge: Kreft*. Hentet 25.01.13.

Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=70807> **(1 side)**

Nordtvedt, F., Nesse, J.O. (1997) *Smertelindring: utfordring og muligheter*, 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget AS. Kapittel 1 og 2. **(58 sider)**

Nordtvedt, F. og Nordtvedt, P. (2001) *smerte – fenomen og forståelse*. Oslo: Gyldendal Akademiske. Kapittel 5. **(17 sider)**

Young, J. L., Horton, F. M., Davidhizar, R. (2006). *Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management*. I: *Journal of Advanced Nursing* 53(4), 412-421. **(10 sider)**.

Sum: 336 sider selvvalgt litteratur.

## Vedlegg 1.

### *Artikkelmatrise.*

#### Artikkel 1.

**Tittel:** Pain Resource Nurses: Believing the patients, Believing in Themselves.

**Forfatter:** Holley, S., McMillan, S. C., Hagan, S. J., Palacios, P., Rosenberg, D.

**Publikasjonsår:** 2005

**Tidsskrift:** Oncology Nursing Forum. Artikkelen er en forskningsartikkel.

**Land:** USA

**Database:** ProQuest

**Hensikt:** Å beskrive opplevelsen av å være en smerte ressurs sykepleier, diskutere hvilken påvirkning rollene deres har på kolleger og pasientbehandlingen, og utforske hindringer for rollen deres.

**Metode:** Kvalitativ utforskende metode. To fokus gruppearbeid, hver med 4-8 sykepleiere, hvor alle ble bedt om å skrive ned sine erfaringer. Intervju ble transkribert og data analysert ved hjelp av spradley domene analyse for å oppdage prosesser og temaer fra de transkriberte dataene.

**Funn/konklusjon:** De viktigste punktene fra smerte ressurs sykepleiernes erfaring var at for og effektivt håndtere pasientens smerter må sykepleierne tro på pasienten, og tro på seg selv. Smerte-kurset smerte ressurs sykepleierne hadde gjorde dem til trygge, troverdige og ressurs sterke fagfolk.

**Relevans i forhold til oppgave:** Artikkelen viser at et stort antall av sykepleiere mener deres vurdering av smerter er mer pålitelig enn hva pasienten eller pasientens pårørende sier. Sykepleierens holdning og misoppfatninger om avhengighet kan stå i veien for at pasienten blir godt smerte lindret. Den belyser at sykepleiere har for lite kunnskaper, og at for å kunne gi god smertelindring er det utrolig viktig å ha tro på pasienten og hans egen opplevelse av smertene. Ved å ha tro på pasienten, får også sykepleier mer tro på seg selv.



## Artikkel 2

**Tittel:** Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management.

**Forfatter:** Young, J. L., Horton, F. M., Davidhizar, R.

**Publikasjonsår:** 2005

**Land:** USA

**Tidsskrift:** Journal of advanced nursing. (Forskningsartikkel)

**Database:**

**Hensikt:** Å finne ut om sykepleiernes holdninger og oppfatninger til smerte kartleggingsverktøy og om sammenhengen mellom holdningene og utdanning/erfaring.

**Metode:** Det ble brukt et åpent spørreskjema utviklet for denne studien, som ble basert på Fishbein og Ajzen forventet – verdi modellen. 52 sykepleiere ble stilt spørsmålene: hvilke oppfatninger har du om vurdering av smerte? Hvilke oppfatninger har du om bruk av smerte kartleggingsverktøy? Hvilke oppfatninger har du om bruk av smerte kartleggingsverktøy for å forbedre pasientens utfall? Sykepleiernes holdninger ble vurdert i forhold til hvert spørsmål og hvilke følelser de hadde om tema. Biografiske, utdannings og eksperimentelle data ble brukt til å avgjøre om det var en sammenheng mellom holdninger i forhold til smerte vurdering, og utdanning og erfaring.

**Funn/konklusjon:** Fishbein og Ajzen modellen gir en nyttig måte å få tak i informasjon om holdningen til sykepleiere om bruk av smerte vurdering instrumenter. For å gi ytterligere informasjon bør denne studien følges med et åpent instrument og en fast respons undersøkelse med større utvalg og i forskjellige settinger. De sykepleierne som hadde minst erfaring, var de med mest negative holdninger til smerte kartlegging.

**Relevans i forhold til oppgaven:** I artikkelen kommer det frem utsagn fra sykepleiere om deres oppfatning/mening om vurderinger av pasienters smerter. Det kommer også frem at sykepleierne som hadde mest erfaring/opplæring innen smerte og smertekartlegging, var de som hadde et mest positivt syn på dette. Det kommer også frem de negative følelsene sykepleiere har til smerte vurderingen.

## Artikkel 3

**Tittel:** Cancer – related pain in palliativ care: patients' perceptions of pain management.

**Forfatter:** Bostrøm, B., Sandh, M., Lundberg, D., Fridlund, B.

**Publikasjonsår:** 2004

**Land:** Sverige

**Tidsskrift:** Journal of Advanced Nursing. (Forskningsartikkel).

**Database:**

**Hensikt:** Målet med denne studien var å beskrive hvordan pasienter med kreft-relaterte smerter i palliativ omsorg oppfatter forvaltningen av smertene

**Metode:** Tretti pasienter ble strategisk valgt for intervjuer med åpent spørsmål, designet for og utforske smerte og smertebehandling relatert til deres kreft. Intervjuene ble analysert ved hjelp av en fenomenografisk tilnærming.

**Funn/konklusjon:** Pasientene beskrev forskjellige oppfatninger av smerte og smertebehandling som videre kunne oppsummeres i tre kategorier: kommunikasjon, planlegging og tillit. I form av kommunikasjon, uttrykte pasientene behov for en åpen og ærlig dialog med helsepersonell om alle problemer knyttet til smerte. Pasienter uttrykte et behov for planlegging av deres smerte behandling. Når de følte tillit til helsevesenet, organisasjonen som helhet, og til sykepleiere og leger spesielt, beskrev de bedre evne og vilje til å delta i smertebehandling.

**Relevans i forhold til oppgaven:** Selv om studien tar utgangspunkt i kreftsmarter i palliativ fase mener jeg funnene som blir gjort også er viktig i forhold til pasienter med kreft i kurativ fase. Denne artikkelen er relevant for min oppgave fordi den tar utgangspunkt i pasientenes opplevelser av smerter og hva som er viktig for god smertelindring. Pasientene beskriver behovet for en åpen og ærlig dialog mellom dem og helsepersonell. Viktigheten av gjensidig tillit for å kunne føle trygghet, og for å få bedre selv innsikt i smertebehandlingen. Det kommer frem at tillit, kommunikasjon og egen innsikt i smertebehandlingen er avgjørende for god smertelindring.