



UNIVERSITETET I
NORDLAND

” Ventesorg ”

Bacheloroppgave i sykepleie

Kurskode: SY 180H

Dato:24.4.2013

Kandidatnr.: 207

Totalt antall ord: 8547

Totalt antall sider: 33

[Thomassen, Solveig Margarete]



Eg ser at du er trøtt, men eg kan ikkje gå alle skritt for deg.

Du må gå de sjøl, men eg ve gå de med deg.

Eg ve gå de med deg.

Eg ser du har det vondt, men eg kan ikkje grina alle tårene for deg.

Du må grina de sjøl, men eg ve grina med deg.

Eg ve grina med deg

Eg ser du vil gi opp, men eg kan ikkje leva livet for deg.

Du må leva det sjøl,men eg ve leva med deg.

Eg ve leva med deg.

Eg ser at du er redd, men eg kan ikkje gå i døden for deg.

Du må smaka han sjøl, men eg gjør død til liv for deg, eg gjør død til liv for deg.

Eg har gjort død til liv for deg.

Eg har gjort død til liv for deg (Eidsvåg B).



Sammendrag

I oppgaven ønskes det å finne svar på hvordan kunnskap om ventesorg kan bidra til at pårørende blir bedre ivaretatt i perioden etter at de har fått beskjed om at det ikke er mer som kan gjøres for deres kjære. Hensikten er å oppnå en forståelse og kunnskap om hva ventesorgen innebærer slik at man som sykepleier kan yte god sykepleie til pårørende. For å finne svar er det brukt et litteraturstudie som metode. Jeg har valgt ut 3 artikler som jeg mener har gitt meg svar som er relevante i forhold til problemstillingen. Via litteraturen kom jeg frem til at sinne, sorg og håp er sentrale begreper i ventesorgen. Jeg har brukt teori som jeg opplever som relevante fordi de forklarer hvordan vi kan møte mennesker som viser sinnet, deres sorg, og hvordan vi kan fremme håpet hos dem. I drøftingsdelen reflekterer jeg over hvordan vi kan møte mennesker som er i ventesorg.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING

1.2 Presentasjon av tema og problemstilling.....	5
1.3 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling.....	6
1.4 Avgrensing og presisering av problemstillingen.....	6
1.5 Oppgavens hensikt.....	7
1.6.Oppgavens oppbygning.....	7

2.0.METODE

2.1 Litteraturstudie som metode.....	8
2.2 Kildekritikk.....	9
2.3 Analyse av artiklene.....	9
2.4 Databasen, søkeord.....	10
2.5 Presentasjon av funnene.....	11
2.5.1 Sinne.....	11
2.5.2 Sorg.....	11
2.5.3 Håp.....	11

3.0 TEORI

3.1 Joyce Travelbees sykepleierteori.....	12
3.2 Menneske til menneske forhold.....	12-13
3.3 Lidelse.....	14
3.4 Kommunikasjon.....	15
3.5 Håp.....	15-17
3.6 Sorg.....	17
3.7 Sinne.....	18

4.0 DRØFTING

4.1 Å møte sinne.....	19-22
4.2 Å styrke håpet.....	23-24
4.3 Støtte pårørende i sorgen.....	25-26

5.0 KONKLUSJON..... 27

6.0 VEDLEGG

Vedlegg 1 “Anticipatory grief among parents whit a child whit cancer.”
..... 30

Vedlegg 2 ”Anticipatory grief among close relatives of patient in hospise and
palliative wards” 31

Vedlegg 3 ”The impact of anticipatory grief on caregiver burden in dementia
caregivers”..... 32

Innledning.

Jeg har i løpet av mine praksiser som sykepleierstudent ofte undret meg over hvordan pårørende finner styrke og mening med livet når et familiemedlem blir livstruende syk, uavhengig om det er et barn, ungdom voksen eller eldre person. Hva er det som får pårørende til å holde ut hele veien og ikke bryte sammen, ofte ser jeg at det kan ta lang tid fra pårørende får beskjed om at det ikke er mer som kan gjøres for pasienten, de blir da gående å vente på døden. Jeg har valgt å konsentrere meg om pårørende og deres opplevelse av situasjonen i oppgaven.

Jeg har søkt på internett rundt emnet, og det har i de siste årene dukket opp et nytt ord som er ment å skal beskrive det de gjennomgår når en slik situasjon oppstår, ordet er ventesor. Denne betegnelsen sier noe om sorgen man er tynget av når et dødsfall er ventet. Årsaken til og varigheten av sorgen er varierende, det kan være et barn med akutt leukemi, en eldre med demens, eller et barn født med en sykdom som gir forventet kort levetid, likheten og det spesielle er at de pårørende vet et den de har kjær skal dø, de vet bare ikke når.

1.2 Presentasjon av tema og problemstilling

Ventesorg er en oversettelse av det engelske ordet anticipatory grief, og opphavsmannen til ordet er Erich Lindemann (1900-74), han skrev om "ventesor" i forhold til opplevelsen av separasjon under krigen. Den eldste artikkelen som er funnet om ordet anticipatory grief er fra *British journal of psychiatry* og er fra 1973. I Norge var det organisasjonen "ja til lindrende enhet for barn" som i 2012 holdt en konferanse hvor de tok i bruk ordet ventesor. (Pedersen, 2011)

Problemstillingen min er:

Hvordan kan kunnskap om fenomenet ventesor bidra til at pårørende blir bedre ivaretatt i ventesorgen.

1.3 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

I løpet av min utdanning har jeg møtt personer som mottar palliativ/lindrende behandling, og jeg opplever at det som vanskelig for meg å være sammen med pårørende. Når jeg har snakket med erfarne sykepleiere om hvordan de forholder seg viser det seg at også de finner det vanskelig. Selv opplever jeg at jeg blir usikker på hva jeg skal si, hva de forventer av meg og hvordan jeg skal forholde meg til både pasienten og pårørende. Jeg tenker at når jeg som ferdigutdannet sykepleier skal begynne å arbeide er dette noe jeg vil møte, så jeg ønsker å finne ut mer om dette, hva vil det si å sørge mens man venter på døden, hva handler ventesorgeren om, hva er det den betyr, er den annerledes enn det vi ellers legger i ordet sorg?

1.4 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Jeg ønsker å finne ut hva ventesorger innebærer og jeg vil konsentrere meg om pårørende og deres opplevelse.

”Det er mange praktiske utfordringer knyttet til behandling, pleie, og omsorg av pasienter med kort forventet levetid, hvor hovedfokus bør være å bedre, opprettholde eller tilrettelegge for så god livskvalitet som mulig både for pasienten og hans/hennes pårørende”

(Kaasa, 2007.s.37)

Når man leser i media om pårørendes opplevelser av helsevesenet viser det seg at de fleste opplever at det få som snakker med dem om det som skal skje, og de føler seg alene som sorgen. Med å kunne bedre ivareta pårørende i ventesorger tenker jeg generelt på pårørende som har en kjær som skal dø.

1.5 Oppgavens hensikt

Hovedformålet med denne oppgaven er at det er min bacheloroppgave som er en del av sykepleier studiet, samtidig som jeg ønsker å finne ut mer om hva ventesorger er, og hva det innebærer for dem det omhandler, slik at jeg kan utøve god sykepleie i form av å møte pårørende på en måte som er dem verdig. Jeg håper også at når vi får mer kunnskap om hva fenomenet ventesorger innebærer, vil det kunne være til nytte for andre studenter og fremtidige arbeidskollegaer fordi man får større forståelse av hvilke elementer dette er snakk om, og hva utfordringene blir for for sykepleieren.

1.6 Oppgavens oppbygning

I innledningen presenterer jeg bakgrunn for valg av tema og problemstillingen. Her under kommer også hvordan jeg har avgrenset problemstillingen, og formålet med oppgaven min. Etter dette har jeg et eget kapittel for metoden, som inneholder beskrivelse av metoden, kildekritikk og etiske overveielser. Som metode har jeg valgt å bruke litteratursøk. I teoridelen presenterer jeg det jeg mener er relevant teori for min oppgave, med det mener jeg at den beskriver hva funnene mine innebærer. Jeg har valgt å bruke Joyce Travelbees teori om menneske - til- menneskeforhold, lidelse, hennes teori om kommunikasjon og om håp. Videre presenterer jeg funnene i artiklene, funnene drøfter jeg opp mot teori og egne erfaringer fra praksis og arbeid. Til slutt kommer jeg med en konklusjon.

2.0 METODE

Dalland (2007) beskriver metode som et redskap for å samle inndata eller for å undersøke noe.

” En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet hører med i arsenalet av metoder ” (Dalland ,2007.s.71)

Dalland (2007) sier også at det som er viktig når man velger en metode, er at man har tro på at dette er den beste måten å finne svar på . Det er også viktig å ta i betraktning at når man velger en metode og får et svar, vil valg av en annen metode kanskje gi et annet svar. Dette belyser viktigheten av å ha kunnskaper om metodekritikk, da ulike metoder kan gi ulike svar (Dalland, 2007).

Dette skal bidra til å fremskaffe den nødvendige informasjonen jeg trenger, for å kunne svare på min problemstilling.

2.1 Litteraturstudie som metode.

Jeg har valgt å utføre en litteraturstudie. Det vil si at jeg bruker relevant litteratur for å søke svar på min problemstilling. På denne måten vil det være nødvendig å gjennomgå litteratur som er aktuell i forhold til mitt tema, slik at jeg kan få belyst min problemstillingen gjennom kunnskapen som allerede finnes. Siden jeg er student ved Universitetet i Nordland, har jeg benyttet meg av de databasene jeg har til rådighet gjennom skolen, tilsammen 62 databaser. Enkelte har det vært uaktuelt å søke i fordi de er relatert til skoleundervisning, fiskeindustri eller økonomiutdannelser. De jeg har brukt og som har vært relevante i forhold til min problemstilling er de som har gitt meg innsikt i hva ventesorger inneholder, disse viser jeg til i oversikten "databaser". Jeg har tatt med alle databasene jeg har søkt i, også de jeg ikke har noen treff på, men som kunne vært aktuelle fordi de omhandler sykepleie til den syke. I enkelte databaser må man betale for artikkelen og disse har jeg ikke benyttet meg av. Siden de fleste av databasene er utenlandske, har jeg brukt ordet anticipatory grief, som på Norsk er oversatt til ventesorger. Ordet ventesorger har jeg brukt på søk i Norske databaser, og treffene der har omhandlet palliasjon til pasientene hvor pårørende opplever ventesorger, uten at det i artiklene har kommet frem hva denne sorgen omhandler. De fleste artiklene har handlet om sykepleie til pasienter i palliativ fase, både barn og eldre og de har jeg ikke brukt, fordi temaet mitt ikke handler om palliasjon har jeg tolket dem som uaktuelle for min problemstilling. I og med at temaet min handler om ventesorger hos pårørende, uansett alder på den som har forventet forkortet levetid, har jeg brukt artikler som omhandler pårørende til barn, eldre og ektefeller til demente personer. Jeg endte opp med 9 artikler som var relevante i den forstand at de sa noe konkret om hva sorgen handlet om, etter å ha lest grundig gjennom dem satt jeg igjen med 3 artikler som ga meg kunnskap og innsikt i fenomenet ventesorger. Foruten pensumlitteratur har jeg brukt flere bøker og artikler som jeg vil henvise til i tekst og litteraturliste. Tilnærming til et fenomen, enten det er forskning, litteratur, eller pasienten selv, vil være basert på egen for forståelse av fenomenet. Dette vil være med på å resultere i ulike fortolkninger av ulike fenomener. Hermeneutikk som fortolkningsmetode går ut på å prøve å forstå, eller tolke noe som er uklart som for eksempel tekster, for og deretter finne mening med det (Dalland, 2007). Som tidligere nevnt har jeg har valgt ut 3 artikler som jeg mener er aktuelle i forhold til å få belyst min problemstilling, fordi de forteller meg hvordan pårørende opplevde det å vente på at den de hadde kjær skulle dø, og de følelsene dette bragte frem i dem. Alle 3 artiklene er peer reviewed det vil si at de er fagfellevurdert, og det bekrefter at de er forskningsartikler. Den eldste artikkelen er fra 2009. Artiklene er representert etter oversikten over hvilke databaser jeg har valgt å søke i og resultatene jeg kom frem til. Treffene er relatert til perioden jeg har brukt på oppgaven min og kan derfor være annerledes i tiden etterpå.

2.2 Kildekritikk.

Litteratur om "ventesorg", omhandler i all hovedsak den syke og ikke pårørende. Lite utvalg av litteratur vil dermed kunne gi meg et noe snevrere innsyn en et bredere utvalg kunne gitt meg. Jeg er også oppmerksom på at når artiklene er av utenlandsk opprinnelse vil resultatene man kommer frem til ikke nødvendigvis være sammenlignbare med det man kanskje ville kommet frem til i Norge, dette av kulturelle forskjeller. Det kan også ha oppstått feiltolkninger fra min side fordi alle artiklene er på engelsk. Jeg er også oppmerksom på at teksten kan være lest og fortolket av andre før jeg leste den. Dalland (2007) sier at generelt benyttes kvalitativ metode for innsamling av data som kan beskrive et fenomen samtidig som metoden tar utgangspunkt i mening og opplevelse som ikke kan tallfestes eller måles. Kildekritikk handler om å vurdere om kilden man henter litteratur fra er pålitelig at dette innebærer å vurdere litteraturen man bruker, og at man er i stand til å forholde seg kritisk til de kildene man bruker. Tanken bak å være kildekritisk, er at leseren skal få muligheten til å se hvilken relevans og gyldighet kildene har i forhold til problemstillingen. Videre må man være tro mot den som har skrevet artiklene, ved å henvise til dem i mitt arbeid og ikke la deres forskning bli noe jeg selv har kommet frem til, og man skal være tro mot teksten man har funnet og tatt i bruk.

(Dalland 2007)

2.3 Analyse av artiklene

Det har vært utfordrende å finne artikler som omhandler temaet anticipatory grief eller på Norsk, ventesorg. I Norge er ordet ventesorg et nytt ord som jeg ikke har funnet noe litteratur på, annet en at det er brukt i forbindelse med palliativ behandling til barn hvor organisasjonen "ja til lindrende enhet og omsorg" I 2012 tok ordet i bruk. Jeg endte opp med 3 artikler på engelsk som ga meg svar på min problemstilling. Etter å ha lest artiklene så ser jeg at ventesorgeren inneholder begrepene sinne, håp og sorg. Håpet om at dette bare er en drøm, at dette er ikke virkelighet. At sinne var et funn var som nevnt overaskende. Jeg tenkte ikke at sinne er noe man forbinder med å vite at et barn, foreldre eller ektemake har forkortet levetid, samtidig kom det frem i de tre artiklene at dette var en sentral følelse til informantene i undersøkelsene. Sorg var et forventet funn, det ligger også i selve ordet "ventesorg", og når man vet at den man har kjær skal dø, vil sorg også være en sentralt følelse.

2.3 Databaser, søkerord

Hvor har jeg søkt	Hvilke søkerord er brukt	Evt.avgrensniger	Antall treff	Antall leste abstrakt	Artikler/bøker brukt i oppgaven
The Cocane library	Anticipatory grief	Ingen	2	1	0
Doaj	Anticipatory grief	Ingen	0	0	0
Helsebiblioteket	Anticipatory grief og ventsorg	Ingen	0	0	0
Nora	Ventesorg	Ingen	0	0	0
Norart	Ventesorg	Ingen	0	0	0
Kvasir	Ventesorg	Ingen	297	56	0
Bio med central	Anticipatory grief	Ingen	11	11	0
Whiley online library	Anticipatory grief	Ingen	1045	56	1
Pro guest	Anticipatory grief	Peer reviewed Full text	1052	23	1
Pub med	Anticipatory grief	Per reviewed Full tekst	132	33	1
Dart Europa	Anticipatory grief	Ingen	4	4	0

2.4 Presentasjon av funn.

Etter en sammenfatning av artiklene kom jeg frem til at det var tre sentrale begreper som beskriver ”ventesorgen” disse er sinne, sorg og håp.

2.4.1 Sinne fordi de skulle miste en de hadde kjær, fordi de har mistet det livet de hadde, sinne rettet mot den syke fordi han skal forlate dem, sinne rettet mot verden fordi akkurat de ble rammet av sykdom.

2.4.2 Sorg fordi de ikke lever slik de har gjort, sorg over at en de ha kjær skal dø. Sorg med tanke på alt de ikke får oppleve med sin kjære og alt den syke ikke får oppleve.

2.4.3 Håp om at dette bare er en drøm, håp om at den syke skal blir frisk slik at de får tilbake det gamle livet. og at de på at de skal får oppleve mange fine stunder sammen med sin kjære, og at dette skal gå bra.

3.0 TEORI

3.1 Presentasjon av Joyce Travelbees sykepleierteori

Joyce Travelbee er født i 1926 i New Orleans USA og hun døde bare 47 år gammel i 1973. Hun er kjent for sin sykepleierteori som handler om menneske-til-menneske-forhold, lidelse, mening, håp, kommunikasjon og målrettet intellektuell tilnærming. Travelbee mener sykepleie er en mellommenneskelig prosess der sykepleieren gir hjelp til å forebygge, mestre og finne mening ved sykdom og lidelse. Hun mener at sykepleierens rolle er å bruke seg selv terapeutisk i samhandling med pasienten. Kommunikasjon er målrettet og sentralt i Travelbees syn på sykepleie (Travelbee 1999).

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

3.2 Menneske til menneske forhold

I følge Travelbee er et menneske-til-menneske-forhold i sykepleien en eller flere opplevelser og erfaringer som deles av den som er syk og sykepleieren. Travelbee mener at sykepleierens mål og hensikt kun kan oppnås ved at det etableres et menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleieren og pasienten. Forholdet etableres gjennom en interaksjonsprosess som har flere faser (Travelbee 1999).

Det innledende møtet

Det første møtet mellom sykepleieren og pasienten vil være preget av at sykepleieren og pasienten ikke er blitt kjent. Ved å observere pasienten vil sykepleieren bygge seg opp meninger om pasienten. Også pasienten vil gjøre seg opp tanker om sykepleieren. I det innledende møtet får begge et førsteinntrykk av hverandre. Førsteintrykket vil hovedsakelig være basert på en verbal og non-verbal kommunikasjon. Sykepleierens oppgave vil være å bryte ned kategoriseringen av pasienten for å kunne forstå mennesket, dette for at interaksjonen ikke skal bli upersonlig og overflatisk (Travelbee 1999).

Fremvekst av identiteter

I denne fasen karakteriseres evnene til å verdsette den andre som et unikt menneskelig individ i tillegg til å etablere tilknytning til vedkommende. Dette krever evnen til å overskride seg selv for å se og oppfatte den andre, samtidig som man bruker seg selv som et instrument i denne prosessen. I denne fasen vil man oppleve at en retter tanker og følelser mot den andre og å motta inntrykk fra den andres personlighet. En sykepleiers oppgave er å vurdere likheter og forskjeller mellom seg selv og pasienten. Dette for å kunne bidra til fremvekst av empati (Travelbee 1999).

Empatifasen

Empati er i følge Travelbee (1999) en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer. Det er evnen til å leve seg inn i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket. Dette innebærer ikke at sykepleieren skal tenke og føle det samme som pasienten, men at hun skal være der for pasienten å ta del i pasientens sinnstilstand. I situasjoner der man har empati til et annet menneske opplever man nærhet og kontakt. Travelbee mener at empati vil forandre forholdet mellom pasient og sykepleier for bestandig. For å oppnå empati mener Travelbee at det må være likhetstrekk i partenes erfaringsbakgrunn. Samtidig må sykepleieren evne å forstå pasientens opplevelse av situasjonen.

Sympatifasen

I følge Travelbee (1999) er sympati og medfølelse et resultat av empatifasen, men representerer et skritt videre. Dette ved at det foreligger en grunnleggende trang eller et ønske om å lindre plager. Man kan formidle sympati og medfølelse verbalt, men også non-verbalt. Gjennom sympati formidler sykepleieren at hun bryr seg om pasienten som det unike mennesket han er. Dette viser sykepleieren ved at hun forstår og deler pasientens fortvilelse og ønsker å hjelpe. Resultatet av sympati og medfølelse er at sykepleieren klarer å omsette sin sympati og medfølelse til sykepleierhandlinger, og har lindret eller redusert pasientens plager. Pasienten vil oppleve at sykepleieren hjelper han, og at hun ser på han som et unikt menneskelig individ.

Gjensidig forståelse og kontakt.

Etableringen av et menneske-til-menneske-forhold er i følge Travelbee (1999) opplevelsen av gjensidig forståelse og kontakt. Dette er det overordnede målet for all sykepleie. Gjensidig kontakt og forståelse oppleves når pasienten og sykepleieren har gjennomgått de fire forutgående, sammenhengende fasene. I denne fasen mener Travelbee at sykepleier tittelen avløses av trygghet. Pasienten har nå erfart at sykepleieren ikke misbruker hans tillit.

3.3 Lidelse

"A lide er å få vite at en av ens kjære har en dødelig sykdom - å leve med kunnskapen om dette dag etter dag, mens en holder opp en glad og forhåpningsfull fasade"

(Travelbee 1999.s.35)

Travelbee forklarer at lidelse kommer i alle former, fysisk som psykisk. Den rammer ikke bare en person, et menneske, en pasient - men et nettverk. Lidelse kan en oppleve i alle aldrer og en takler lidelse på ulike måte. Lidelse er en felles livserfaring som hører med livet, alle vil på et tidspunkt i livet oppleve lidelse og alle vil en gang møte døden. I mitt tilfelle hvor jeg skriver om pårørende vil det å miste en man har kjær, være en av de sterkeste opplevelsen man kan utsettes for, og i enkelte tilfeller kan det også være deres første møte med lidelsen. For å erfare lidelse må individet oppleve en situasjon som smertefull. De fleste ønsker å komme seg ut av denne, men ikke alle. Noen har religiøse overbevisninger eksempelvis hvor de finner en mening i lidelsen og derav ikke oppsøker lindring. Et mål i seg selv vil være å finne en mening i det som skjer, en måte å forstå det på (Travelbee 1999).

I følge Travelbee (1999) er mening noe vi alle spør etter på et eller annet tidspunkt i livet. Den som har et hvorfor å leve etter kan overleve nesten hvilket som helst hvordan. Alle mennesker rammes på et eller annet tidspunkt av et hvorfor, men det er i sykdom dette er svært fremtredende. Både i forhold til den som er syk, og i forhold til hva pårørende gjennomgår. Noen takler sorgen bedre over tid, andre takler den dårligere. Det er derfor viktig at helsepersonell er der når en trenger noen å snakke med, samtidig som man gjennom å bruke seg selv terapeutisk, og med aktiv lytting og en intellektuell tilnæringsmåte hjelper pårørende til å finne en mening i situasjonen en står i. Mening brukes i den forstand at en ikke underkaster seg situasjonen en gjennomgår, men bruker den som en positive livserfaring. Mening kan kun oppnås i selvet, det oppstår ikke i situasjonen en står i, men det situasjonen gjør med en selv. Siden hvert mennesket er unikt vil også det de oppfatter sommeningen med situasjonen være forskjellig (Travelbee 1999). Jeg forstår det slik at en må hjelpe individet selv til å finne mening i situasjonen man står i, og at dette er noe bare pårørende selv kan bidra til.

3.4 Kommunikasjon

Travelbee(1999) beskriver kommunikasjon som et av sykepleierens viktigste redskaper når man skal bli kjent med pasienten. Videre sier hun at kommunikasjon kan betraktes som en prosess der sykepleieren bruker kommunikasjon for å søke å gi informasjon til pasienten og hans familie. Gjennom kommunikasjon kan sykepleieren formidle omsorg til pasienten hun har ansvar for, gjerne ved bruk av non-verbal kommunikasjon."Verbal kommunikasjon er kommunikasjon ved hjelp av ord - skriftlig eller muntlig. Non-verbal kommunikasjon betegner overføring eller budskap uten bruk av ord; en kommuniserer non-verbalt med gester, ansiktsuttrykk og kroppsbevegelser (Travelbee 1999).

Travelbee (1999) mener også at kommunikasjon er en dynamisk kraft som kan ha innvirkning på graden av mellommenneskelig nærhet i sykepleiersituasjoner. Kommunikasjon kan være med på å trekke andre mennesker nærmere, støte dem bort fra hverandre, gi hjelp eller såre hverandre. Det er gjennom kommunikasjon at den andres verdi som et unikt menneskelig individ kan komme til uttrykk eller tilsløres.

3.5 Håp

Joyce Travelbee (1999) skriver:

"Håp er en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige"

(Travelbee 1999.s.17)

Håpet defineres som en tilstand karakterisert av en sterk avhengighet til andre. Samarbeid eller hjelp er nødvendig for at vi som individer skal overleve. Som personer er vi avhengige av at noen produserer maten, som andre bearbeider, mens andre igjen frakter varene til butikken vår, slik at vi kan kjøpe den der. Denne "avhengigheten" kan vi akseptere. (Travelbee 1999)

Som syk eller lidende er man også avhengig av andre og håper på hjelp fra andre selv om de ikke har lyst til å be om det. Mange ber ikke om hjelp fordi det å være uavhengig av andre er så dypt inngrodd i dem at det er blitt en del av deres identitet, slik at det å motta hjelp eller være avhengig av andre oppleves opprivende for enkelte. I kulturen vår synes det som om det å være avhengig av andre i den forstand at man er til byrde for noen, er mer skremmende en selve døden. Håp er alltid knyttet til at noen vil komme å hjelpe en, spesielt når ens egen ressurser er mangelfulle.

Håp er fremtidsrelatert.

Den som har håp, befinner seg derfor i en posisjon der hans avhengighet til andre aksepteres av han. Han ønsker at livssituasjonen skal endre seg, og han er utilfreds med livet sitt her og nå, til tross for at det eneste vi mennesker har er "her og nå. Den som har håp må derfor ta sitt "her og nå" i bruk på en måte som strukturerer og bygger fremtiden for det han ønsker å oppnå. (Travelbee 1999)

Håp er relatert til valg.

Den som har håp tror at enkelte valg er tilgjengelige for han, og han tenker at han har enkelte alternativer tilgjengelige. Å ha slike valgmuligheter når livet er vanskelig, og det å stå fritt i valg blant dem, er antakelig mer en andre faktor en kilde til opplevelse av autonomi og frihet hos mennesker og styrker følelsen av kontroll over egen skjebne. (Travelbee 1999)

Håp er relatert til ønsker.

Å ønske er en komponent i håpet, den skiller seg bare fra håpet med graden av sannsynlighet til å oppnå det en ønsker. Å ønske er å ville ha det usansynlige eller umulige og samtidig være klar over hvor liten sannsynlighet det er at ønsket noengang blir oppfylt, mens den som håper derimot har en tro og fornemmelse av at det han håper på kan bli virkelighet, men han trenger andres hjelp for å oppnå dette.

(Travelbee 1999)

Håp har sammenheng med tillit og utholdenhet:

Med tillit menes troen på at andre mennesker er i stand til å yte hjelp i nødens stund, at det oppleves trygt, og at det er sannsynlig at de vil gjøre det. Utholdenhet er en egenskap som gjør en i stand til å prøve igjen og igjen for å få løst sine problemer, plager eller tilstander. Det er også denne egenskapen som gjør at man tåler vanskelige opplevelser over et lengre tidsrom uten å gi opp eller miste motet, dette krever også sterk viljeinnsats. (Travelbee 1999)

Håp er relatert til mot:

Når man innser sin utilstrekkelighet og frykt skal det mot til for å se dette og likevel stå på for å nå målene sine, til tross for at det kan være små sjanser for at man oppnår disse. (Travelbee 1999)

Sykepleierens rolle:

”Den profesjonelle sykepleiers oppgave er å hjelpe den syke til å holde fast ved håpet og unngå håpløshet. Omvendt er det også den profesjonelle sykepleiers oppgave å hjelpe den som opplever håpløshet, til å gjenvinne håp”.

(Travelbee 1999.s.123)

Når man er tilgjengelig og lytter til den syke som snakker om sin frykt og sin angst kan sykepleieren hjelpe syke mennesker til å opprettholde håp og unngå håpløshet. Dersom man ikke er tilgjengelig blir det vanskelig å oppfatte hva pasienten er opptatt av og hvilke problemer den syke selv opplever å ha. En måte å frata pasientens hans håp på er å være lite oppmerksom på hans velvære og fysiske behov. Enkelt syke vil ikke be om hjelp fordi de tenker at sykepleierne har det så travelt, det er da den profesjonelle sykepleiers rolle å gi hjelp det er behov for, uten at pasienten må be om det (Travelbee1999).

3.6 Sorg

Nedtrykthet og sorg ligger som en mulig og nødvendig følelse hos alle mennesker. Denne følelsen vil komme som en naturlig del av det å leve. Tap etterfølges ofte av sorg, og det som i størst grad kan provosere frem denne følelsen er tap av en kjær persons død eller separasjon på annen måte. Sorgfølelsen kan blusse opp igjen ved tap som betyr mye for ens selvaktelse, for eksempel tap av arbeide, økonomi, og sosial anseelse. (Hummelvoll 2004)

Blix & Breivik (2006) sier at følelsen sorg vil alle møte i livet, dette en av våre grunnfølelser, og det kan oppleves som om det aldri skal ta slutt. De som venter på at en kjær skal dø, opplever kanskje at den aldri tar slutt, og når det er over blir det kanskje en lettelse fordi sorgen har vært så altoppslukende og har overskygget alt annet i livet i den perioden. Sorg er en personlig og individuell opplevelse en føler når noe eller noen man har vært glad i blir tatt fra en. Vanligvis assosierer vi det med noe som kun skjer når en som står en nær dør, men sorg kan også oppleves ved brudd i et forhold, spontanabort, tap av en drøm, sykdom i familien. Jo mer signifikant tapet er, dess mer intens oppleves sorgen. Hvordan man sørger er avhengig av ens egen personlighet og mestringsstil, ens livserfaring, ens tro og hvilket tap man har opplevd (Skåksrud).

3.7 Sinne:

Sinne oppleves når man møter frustrasjoner som ikke gir mulighet til alternative , akseptable løsninger. Personen kjenner seg handlingslammet og intenst frustrert. En årsak kan være at får høre at du skal miste en du har kjær. Dette sinne er vanskelig å håndtere, samtidig om det opptar det meste av ens oppmerksomhet.

Positive sider ved sinne/aggresjon:

- Det gir en følelse av å ha større kontroll over situasjonen (Kraftgivende funksjon)
- Det kan tjene som en vekkemekanisme som viser at de er behov for ny adferd for å mestre situasjonen. (Diskriminerende funksjon)
- Det kan tjene som egoforsvar. Sinne kommer som svar på øket angst- ved å flytte konflikten utenfor individet. (Forsvarsfunksjon)
- Det kan brukes til å overføre et positivt selvbilde. Dette innebærer at man er trygg på seg selv og sine rettigheter. (Selvhevdende funksjon)
- Sinne gir drivkraft til handling. (Energigivende funksjon)
- Åpen tilkjenning av sinne kjennetegner et sunt mellommenneskelig forhold. (Ekspressiv funksjon)

(Hummelvoll 2004)

4.0 DRØFTING

Jeg vil her drøfte min problemstilling ” *Hvordan kan kunnskap om fenomenet ventesorger bidra til at pårørende blir bedre ivaretatt i ventesorger*” Jeg vil gjøre med å bruke den kunnskapen jeg har fått om ventesorger gjennom ulike teoriartikler og egne erfaringer fra praksis.

4.1 Å møte sinne.

Når man sitter inne til rapport i et vaktskiftet, og man får høre at pårørende inne på et pasientrom viser sinne, så gjør det noe med våre tanker om på de pårørende. Disse opplysningene kan prege vår forkunnskap, som nå er basert på andres opplevelse av disse menneskene. Dette preger vår forståelse av dem og det gjør noe med vårt møte med de pårørende. Dette må vi være klar over allerede under rapporten, og vi må sile ut hva som er viktig og hva som er andres opplevelser. Vår fremtoning og vårt kroppsspråk vil være preget av forkunnskapen og vi møter ikke disse pårørende med et åpent sinn, dette vil være et hinder i forhold til å oppnå en god relasjon, noe som er nødvendig for å yte god sykepleie. Vi må være klar over at det blir vanskelig å være empatisk i vårt møte dersom vi har en forkunnskap som hindrer oss i det. Jeg tenker da at vi allerede før vi åpner døren til deres rom har dannet oss et bilde fra rapporten om hva vi kan forvente å møte. I vårt innledende møte med disse pårørende vil vi ikke være preget av imøtekommenhet og åpenhet dersom vi har en slik forkunnskap, Travelbee (1999) sier at å komme mennesker i møte med åpenhet er helt nødvendig for å skape en god relasjon. Når vår selvtillit hemmes blir vi sinte. Dette er pårørende som er frarøvet alle sine drømmer, de har allerede lidd et tap, tapet av det livet de hadde, og de skal gjennom enda et tap, de skal miste en de har kjær, det er ikke vanskelig å forstå at de reagerer med å være sinte. Ekhlal AL-Gamal & Tony Long (2010) skriver at 98% av de pårørende i rapporten håpet at det hele var en drøm. Majoriteten blant informantene rapporterte om følelsene sorg og sinne og negative opplevelser i forhold til ivaretagelse av sitt syke barn. Jeg ville også vært sint dersom det var meg som var pårørende. Jeg ville forventet at de måtte forstå min situasjon og hvorfor jeg reagerer som jeg gjør. Hummelvoll (2004) definerer aggresjon som en måte å kommunisere på med seg selv eller andre for å frigjøre emosjonelt sinne eller frustrasjon og han kaller dette projisering. Når vi som sykepleiere blir engstelige i vårt møte med disse pårørende, kan selv de enkleste ting vanskelig å utføre og vi føler oss lite flinke. Det er da lett at vi også oppfattet som uprofesjonelle av de pårørende. De

forventer at vi er profesjonelle, også i møte med deres følelser. Det er viktig for sykepleieren å forstå at dette er naturlige reaksjoner på situasjonen pårørende er i, og at akkurat her og nå, projiseres sinnet deres på deg. Vi må våge å se dem, møte blikket deres og ha respekt for deres situasjon, de er sinte fordi de er frustrerte, redde og engstelige. Når vi med hele oss viser at vi er tilstede for dem, at vi er ekte i vårt møte, selv om de møter oss med sinne, vil vi greie å få til en relasjon bygd på tillit, vi oppnår å fremstå som sympatiske sykepleiere som ser pårørende og den situasjonen de er i, vi er der for dem når de trenger oss. Når vi spør om det er noe de ønsker, er det noe vi kan hjelpe dem med, vil de oppleve at det er noen som bryr seg, noen lurte på hvordan de har det. Kanskje er det ingen som tidligere har spurt dem om akkurat det, hvordan de har det. Det er ofte slik at det er den syke man forholder seg til, ikke de pårørende. Det er enklere fordi vi der kan vise omsorg til en trengende, mens i møte med pårørendes sinne tenker vi kanskje at de ikke fortjener å bli møtt med omsorg, de har en kjær som skal dø og de opptrer med aggresjon! Hvordan kan man bli sint på et barn eller en annen man har kjær som skal dø? Det er ikke den syke de er sinte på, det er situasjonen, det at en de har kjær er blitt så syk at den vil dø av det, og det har forandret hele livet deres, et liv som aldri vil bli det samme igjen. Gunhild Corvwin (2005) skriver i sin bok *"Idas dans"*,

" jeg blir gal av å høre på den kontinuerlige hosten hennes. Jeg vil at den skal slutte og at Ida skal bli bra igjen" Hun hadde en datter som fikk leukemi og levde i 14 måneder etter diagnostiseringen. Jeg synes det beskriver hvordan en hverdagslig bagatell, som det at barnet ditt hoster, endrer seg til å bli en belastning, fordi hosten nå omhandler om noe annet en vanlig forkjølelse. Moren reagerer med sinne på hosten, fordi den truer Idas helse, og dermed deres liv. Det er viktig at sykepleiere vet at sinne er en reaksjon på deres redsel og frustrasjon, hvis vi bare tror at de er sinte uten å forstå hvilke mekanismer som utløser sinnet, vil vi ikke oppnå en relasjon til dem bygget på mellom menneskelig forståelse, rett og slett fordi vi ikke fremtrer som et menneske som forstår. Med kunnskap om hvorfor de reagerer som de gjør vil vi være bedre i stand til å se at de trenger å bli sett og ivaretatt, akkurat slik den syke er. Vi må tørre å være nær, by på oss selv, røre ved dem, spørre hvordan har du det? Jeg opplever at du ikke virker helt fornøyd, er det noe jeg kan hjelpe til med? Vi kan oppleve å bli avvist, eller vi kan oppleve å bli veldig nær, men vi må tørre. Og vi må være klar til å ta imot det som kommer, Hummelvoll (2004) kaller dette projisering. Det vil si at personene tillegger andre mennesker uakseptable følelser som

en selv har. Dette er en måte å ivareta seg selv på. De pårørende opplever kanskje situasjon så vanskelig og ute av deres kontroll, at de klarer ikke å stå i det og sender dette videre til oss, at vi ikke gjør jobben vår og ingen har kontroll eller oversikt over situasjonen. Det blir da ekstra viktig at vi opptrer rolig og profesjonelt. Vi vet at det de sier ikke er ment på oss men på dem selv og at de ikke klarer å være alene om det lenger, de må dele dette med noen. Vi skal da være der, tilstede, lyttende og ekte. En annen side kan være at de pårørende opplever at sinnet deres er uhensiktsmessig, og at de kanskje får skyldfølelse fordi de opptrer som de gjør, med at dette er den eneste strategien de har. Å få være sint mens noen tar i mot kan virke befriende, det betyr ikke at sinnet er rettet mot oss, men vi skal ta imot det som kommer, vi skal ikke komme med svar eller forklaringer på noe, for vi har ikke svaret, men vi skal lytte og vi skal være tilstede. Senere kan vi forsøke å si ” jeg har tenkt litt på det vi snakket om i går, og jeg lurte på...” dette gir vedkommende mulighet til selv å komme med løsningen på det som er årsaken til at de reagerer med sinne, og med den forståelsen vil vedkommende ha mulighet til å finne andre strategier han kan bruke. Vi må også huske på at sinne gir en følelse av å ha kontroll, Hummelvoll (2004) kaller dette en kraftgivende funksjon. Kanskje er det dette det handler om, å få kontroll over situasjon, for dette er pårørende som ikke lenger har noen kontroll på det som kommer, de er prisgitt krefter utenom seg selv. Som helsepersonell representerer vi en gruppe som skal vite noe, kunne noe, om den sykes situasjon, og likevel opplever pårørende at vi faktisk ikke kan gjøre noe for den syke lenger, at de reagere med sinne er forståelig og det kan være behov for å få snakket om dette. Kanskje har de et ønske om å snakke med oss uten at den syke hører det? Det være vanskelig å snakke åpent om hvorfor man er sint når den som er syk hører det fordi noe av aggresjonen ligger i at sykdommen er selve årsaken, og man er redd for at den som er syk skal få skyldfølelse. Vi må vise empati, evne å sette oss inn i hva det er disse menneskene gjennomgår, deres situasjon er så sammensatt og kompleks av følelser at vi må forstå at sinne blir en naturlig del av det. Travelbee (1999) sier vi må la den andre tre frem, det må disse pårørende få lov til men hele seg og alle følelsene det bringer med seg. Ved å spørre dem om de ønsker å snakke med deg utenfor rommet, gir vi dem en mulighet til å gjøre det, samtidig kan det oppleves godt å være utenfor sykerommet. Det kan være at de ikke ønsker det akkurat når de får tilbudet, men de har fått en opplevelse av at her er noen jeg kan henvende meg til dersom jeg trenger det. Kanskje kommer de senere og spør om du har tid til å snakke med dem. Det blir da viktig at du som sykepleier tar deg tid til å gjøre

det, de opplever da at du er til å stole på og at du er tilgjengelig for dem når de trenger det. Jeg har opplevd at det er de sykepleierne som tør å vise nærvær og ekthet, ofte er det dem pårørende ber om å få snakke med når de føler behov for det.

4.2 Styrke håpet.

Når man får beskjed om at den man har kjær ikke får leve så lenge som man trodde eller ønsket, endrer livet seg, det får et annet innhold. Men håpet om at alt skal gå bra, det er der hele tiden, det har bare skiftet betydning. Håpene er ikke lenger så store, ønskene og drømmene har et annet innhold en tidligere. Håpet til disse pårørende har endret seg fra håpet at den de har kjær skal bli frisk, til at dagen i dag må bli smertefri for den som er syk, eller at den syke greier å spise eller drikke noe i dag!

Måten vi sykepleier møter pårørende på er med på å styrke håpet, det vil si både kroppsholdning, stemmens tone og det ansiktsuttrykket vi har gir signaler til pårørende. Hvis pårørende merker en positiv holdning fra sykepleieren, så kan det være med på å styrke håpet. Et godt øyeblikk kan i møte med pårørende være et varmt smil og et blikk som viser at vi ser dem, slikt er med på å styrke håpet.

Corwin (2005) skriver at hun merker at kroppsholdningen til leger og sykepleiere endret seg, ansiktsuttrykkene ble anneledes når Idas prøver ble forverret, dette medførte at håpet endret seg. Det krever bevissthet og kunnskap av sykepleieren, dersom vi ikke er klar over hvilke ringvirkninger vårt nonverbale språk kan ha, kan det medføre at pårørende mister noe av håpet. Vi kan styrke håpet ved å hjelpe de pårørende til å få gjennomført sine mål. Det kan være å få den syke med hjem en tur, at vi tilrette legger for at det blir mulig. Vi kan bistå de pårørende slik at de får oppleve julaften med den syke eller andre ting som oppleves viktige for dem. Det betyr ikke nødvendigvis at de kan ta den syke med hjem på julaften, det er det tilstanden som avgjør, men at vi ser til at det blir en hyggelig høytid der de er. Ved å hjelpe pårørende til å få gjennomført målene, viser vi dem respekt. Når pårørende snakker om at de skal ordne rommet hjemme slik at den syke kan være mer der, så trenger de støtte på dette, selv om både du som sykepleier og de selv vet at dette vil kanskje ikke skje, er det med på å styrke håpet deres. Av og til kan ønsket pårørende ha være urealistisk å få gjennomført, men Travelbee (1999) mener at selv om håpet er urealistisk, så er håpsprosessen virkningsfull. For å kunne klare å leve i den vanskelige situasjonen disse pårørende er i, må vi som sykepleiere ha kunnskap om at urealistisk håp kan være en nødvendighet. Det er en hjelp til å kunne mestre den vanskelig situasjonen som det å leve med en kjær som skal dø, og det er en avlastning for psyken. Vi skal lytte og la dem være i sin forestillingsverden, fordi det er helt naturlig og nødvendig, virkeligheten er for vanskelig. Blix & Breivik (2006) sier at håpet representerer en indre kraftkilde til å gå videre i livet og kan gi en følelse av mening, uansett prognose, også Travelbee (1999)

sier at mening kan kun oppnås i selvet, det oppstår ikke i situasjonen en står i men det situasjonen gjør med en selv. Jeg tenker at dette betyr at mennesker kan finne mening uansett hvordan fremtiden ser ut. Ekhlal AL-Gamal & Tony Long (2010) viser i sin studie til at pårørende var engstelige og redde for fremtiden. Som sykepleiere må vi være tilstede både fysisk og psykisk. Ved at sykepleieren viser, både gjennom ord og handling, at hun er tilgjengelig for pårørende, kan det gi dem en bekreftelse på at det hele tiden vil være tid og rom for å få sette ord på følelser eller få svar på uløste spørsmål. Å være ekte i sitt nærvær betyr å ta utgangspunkt i den enkeltes pårørendes situasjon, og ved å vise ekte nærvær har vi som sykepleiere en unik mulighet til å være tilstede for de pårørende, og hjelpe dem til å med å finne en viss forståelse og mening med livssituasjonen de er i.

4.3 Støtte pårørende i sorgen

Målet med å støtte de pårørende er at de skal finne trøst og lindring og oppleve at de ikke er alene, her er noen de kan dele sorgen med dem. Vi trenger ikke alltid å si så mye, vår tilstedeværelse i seg selv kan virke lindrende. Pårørende er ulike og noen snakker mye om det forekommende og finner støtte i å snakke om det, mens andre er tydelig preget av tristhet, det er disse pårørende det kan være mest utfordrende å komme i relasjon med. Marie Aakre (1998) sier at det er ofte de som ikke bestiller oss som behøver oss mest. Det blir viktig å snakke med pårørende på en måte som kan bidra til at de forteller om hvordan de opplever situasjonen. Man kan bruke åpne spørsmål, Travelbee kaller det å bruke seg selv terapeutisk. (Travelbee 1999)

Vi må snakke med de pårørende på en målrettet og hensiktsmessig måte for å finne ut hvordan de har det. Vi må også være bevisst vår måte å kommunisere på, og samtalen må være basert på faktakunnskap om situasjonen, på den måten kommer det frem at vi vet hva dette handler om og vi blir oppfattet som ekte i vårt møte. Ved å være lyttende gir vi den sørgende en mulighet til å få uttrykt sine tanker og følelser, dette er med på å hjelpe den sørgende til bearbeide følelsene sine (Fyhr 1999).

Blix & breivik (2006) sier at dersom pårørende finner lindring gjennom gråt, er det viktig at sykepleieren er tilstede, stille og lyttende. Andre ganger kan det være nok å gi noen oppmuntrende ord, et smil eller et stryk på kinnet for å vise at vi forstår hvordan de har det. I det profesjonelle møtet må vi bruke følelsene som en ressurs for å forstå en annens situasjon, Brinchmann (2008) titulerer dette til empati. Empati er et sentralt begrep i sorgarbeid. Det innebærer innlevelse og evne til å sette seg inn i de pårørendes situasjon og utfordringer (Brinchmann 2008). Når vi gir dem av vår tid og vår nærhet oppstår en relasjon basert på følelser, denne relasjonen trenger vi for å gjøre en god jobb. Når vi er støttende og pårørende finner lindring i vårt nærvær kan fortvilelsen få utløp, og da skal vi være der for dem. Fyhr (1999) sier vi må være tilstede for den sørgende på deres premisser, og i forhold til behovet pårørende formidler. Det kan lett bli til at vi blir for hjelpsomme slik at den som er i sorg blir overkjørt av vår velvilje og våre tanker om hvilken støtte de trenger, årsaken til dette kan være at det er vi selv som har behov for den hjelpen vi utøver mot pårørende. Den sørgende har behov for å få klarhet i sine tanker og følelser, samtidig må vi ikke la oss bli oppslukt av sorgen deres. En gråtende hjelper vil kanskje ikke bli oppfattet som pålitelig eller til hjelp.

Ofte kan det være praktiske ting de ønsker hjelp til, selv om dette kan virke frustrerende på oss som sykepleiere fordi vi ser et annet behov en hva de formidler, dette må vi godta, å sørge er det de som gjør. Fyhr (1999) sier at ved å samarbeide med den sørgende på deres vilkår om hva de ønsker støtte til, vil de oppleve å ha kontroll og støtten bli brukt der de ønsker å ha den. Jeg tror at det vil oppleves trygt for den sørgende at vi er der og tilbyr støtte de selv kontrollerer. Vi må møte de sørgende med respekt. Medlidenhet derimot kan medføre at pårørende mener de er underdanige og du oppnår avstand mellom deg og dem. Man må heller ikke bagatellisere sorgen deres. Respekt innebærer å godta at pårørende er der i de er akkurat nå. Som sykepleier, er det viktig å vite at sorgen består av ulike faser og at rekkefølgen av disse er individuelle, at ingen pårørende er like medfører at sorgfasene varierer, både i styrke, varighet og uttrykk. Vi må la sorgen ta den tid den trenger, og vi må skaffe profesjonell hjelp derom det er behov for det. Til tross for teori rundt sorgarbeid opplever jeg at jeg mangler kompetanse på sorgarbeid, også andre sykepleiere opplyser dette. Er det våre egne følelsesreaksjoner vi er rede for? Blir tausheten for trykkende, møter man sin egen dødsangst, vet man ikke hvordan man skal trøste dem, opplever vi avmakt? Uansett hva årsaken er så det viktig å være klar over at dette med på å prege vårt møte med pårørende. Aakre, K (1998) sier at våre egne følelsesreaksjoner er kjente utfordringer i sykepleierens møte med sørgende. Johanson AK, Grimby. A (2011) sin studie viser at pårørende hadde behov for noen å snakke med og at pårørende opplevde sorgen i forkant av dødsfallet som sterkere en den som kom etter dødsfallet. Enkelte kan oppleve lettelse når det er over, fordi sorgen har vært så tung å bære i ventetiden. Som sykepleier må vite om dette. Vi må ha forståelse for at lettelse kan være en reaksjon etter et dødsfall. Dette er viktig for oss å vite, sorg er ikke nødvendigvis noe som kommer i etterkant av et dødsfall, man kan leve lenge med den i forkant. Kanskje er det nettopp dette som er det unike med ”ventesorgen” at de pårørende sørger mens de venter.

5.0 Konklusjon:

I oppgaven har jeg arbeidet med å finne svar på hvordan vi kan møte pårørende i ventsorg. Jeg har kommet frem til at sinne, sorg og håp er sentralt i ventesorgen. Under drøftingen viser det seg at empati i møte med pårørende er viktig. Dersom vi ikke greier å sette oss inn i hvordan disse menneskene har det, og møte dem der de er, får vi ikke gjort en god jobb. Gjennom Travelbees teori har jeg lært ulike måter å komme mennesker i møte på, samtidig som jeg tenker at å møte pårørende i ventsorg kan by på mange og sterke følelser.

Å være tilstede i situasjoner hvor man blir så nær et annet menneske gjør noe med deg som sykepleier. Man bruker seg selv og det bringer frem følelser hos en som man kanskje ikke trodde man hadde. Dette kan bli slitsomt, og utbrenthet er vanlig når man arbeider så tett innpå mennesker som er i en krise. Vi må selv sette grenser for hva vi kan stå i og vi må ta følelsene som kommer på alvor. Dersom vi ikke klarer å ivareta oss selv vil vi ikke være rustet nok til å ivareta andre. (Marie Aakre 1998) skriver at den som ikke tar vare på seg selv, kan heller ikke ta vare på andre over tid. Ingen kan jobbe profesjonelt på denne måten uten at det er noen som ser og bekrefter dem selv. Det er viktig å gode kollegaer og en dyktig leder som kan ivareta de som er involvert i slikt pårørendearbeid. Det er et lederansvar å tilrettelegge for dette. Man vil trenge å få snakket om hvordan man opplevde møtet med de pårørende, og man trenger kanskje veiledning i forhold til hvordan man skal gå frem i hvert enkelt tilfelle. Ingen pårørende er like og hver situasjon er unik, slik at selv om man har erfaring fra lignende hendelser vil det ikke nødvendigvis kunne benyttes neste gang. Slike stadige følelsesmessige utfordringer er krevende og man vil ha behov for refleksjon og bearbeiding.

Litteraturliste:

Aakre, K. (1998) *Hvorfor er det så vanskelig å sitte ned?* Omsorg 15 (2-3)

Selvvalgt litteratur: 3 sider

Blix og Breivik, (2006). *Basisbok i sykepleie. Om menneskets grunnleggende behov*: Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke

Berit Støre Brinchmann (2008) *Etikk i sykepleien*. Gyldendal Norsk Forlag

Holley, Caitlin K, Mast, Benjamin T. (2009) *The impact of anticipatory grief on caregiver burden in dementia caregivers*. The Gerontologist, 49 (3) 388-396

Selvvalgt litteratur: 5 sider

Åsa Johansson & Agneta Grimby. (2011) *Anticipatory grief among close relatives of patient in hospice and palliative wards*. Department of geriatric medicine, Sahlgrenska University Hospital, Göteborg, Sweden. 29 (2) 134-138

Selvvalgt litteratur: 4 sider

Corwin, G. (2005). *Idas dans: en mors beretning*. Lysaker: Dinamo.

Selvvalgt litteratur: 150 sider

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo Gyldendal

Akademisk

Gurli Fyhr (1999). *Hur man möter människor i sorg*. Bokforlaget Natur och kultur, Stockholm

Selvvalgt litteratur: 20 sider

Jan Kåre Hummelvoll. (2004) *"Helt ikke stykkevis og delt"*, Gyldendal Norsk Forlag

Kaasa, S. (2007) *Palliasjon: nordisk lærebok* Oslo: Gyldendal akademisk.

Selvvalgt litteratur: 1 side

Ekhlas AL-Gamal & Tony Long, (2010). *Anticipatory grief among parents whit a child whit cancer*. Journal of advanced Nursing 66 (9), 1980-1990

Selvvalgt litteratur: 10 sider

K.Skåksrud 2011(online). *De fem sorgstadiene*. Oslopsykologene

Hentet fra <http://oslo-psykologene.no/tap-og-sorg/de-fem-sorgstadiene> 18.3.2013

Selvvalgt litteratur: 1 side

N. Pedersen 2011 (online). *Ventesorg*. Tidsskrift for den Norske legeforening.

Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/2142496/> 6.3.2013

Selvvalgt litteratur :1 side

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelig forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Vedlegg: 1

“Anticipatory grief among parents with a child with cancer.”

Skrevet av Ekhlal AL-Gamal & Tony Long, utgitt av Blackwell Publishing Ltd. (Mai 2010)

Formål:

Mange steder i verden har antallet barn med kreft blitt større og i Storbritannia lever opptil 75 % av disse barna i inntil 5 år, i Vest Europa er tallene like. Dette er mange år med uforutsigbarhet, med skade eller død som forventet resultat. Formålet er økt forståelse av fenomenet venting slik at man får en større forståelse av hva sykepleie skal inneholde i et tilbud til disse pårørende.

Hensikt:

Denne artikkelen er en forskningsrapport av venting hos foreldre til barn som nylig er diagnostisert med kreft og de som ble diagnostisert 6-12 måneder tidligere.

Hensikten var å sammenligne ventingen til nylig diagnostiserte barn og pårørende til de som hadde hatt en diagnose over tid for å se om det var forskjeller på deres venting

Metode:

Ett hundre og førti foreldre, fordelt mellom 'nylig diagnostisert' og 6 -12 måneder etter diagnose grupper ble i 2006 rekruttert til å være representanter fra to sykehus fra helsesektoren i Jordan.

Utdanningsnivå, sivil status, religiøs bakgrunn på de pårørende ble tatt med i analysen. Strukturerte intervjuer ble gjennomført for å kunne se nærmere på fenomenet venting. Ved hjelp av Marwit og Meuser sin avkryssingsskjema fra Childhood Cancer kunne de analysere svarene slik at de kunne vises i prosent.

Funn:

Funnene jeg har tatt med er de som har størst majoritet og som var tydelig hos alle som var med i undersøkelsen.

Nesten alle foreldrene opplevde det som negativt å leve med et diagnostisert barn, følelsen av stress og berøvelse av frihet og det livet de tidligere hadde levd, alle lengtet tilbake til det livet de hadde før diagnosen kom. Majoriteten rapporterte følelsen av sorg, sinne og negative opplevelser rundt det å ivareta sitt barnet sitt. 98 % håpet på at dette var en drøm. Mange var også engstelige og redd for fremtiden.

Vedlegg 2

”Anticipatory grief among close relatives of patient in hospice and palliative wards”

Skrevet av Johansson Åsa K, Grimby Agneta (2011)

Formål:

Flere aspekter av savn og sorg har nå vært grundig undersøkt, for eksempel reaksjoner etter et dødsfall (psykisk og fysisk helse, overlevelse, støttesystemer, religiøse tro, etc.), og mange målinger av sorg har vært utviklet gjennom de to siste tiårene. Folk tenker ofte at sorg refererer bare til sorg som noe som kommer etter et tap. Det er imidlertid slik, at sorg kan være mer langvarig og skje selv før en person dør, dette kalles ventesor, og man vil her finne ut hva dette innebærer for pårørende.

Hensikt:

Hensikten med studien er å finne ut om sorgen var annerledes etter at den døde var gått bort enn de var mens de ventet på at den de hadde kjær skulle dø.

Metode:

Deltakerne var 50 menn og kvinner hvis nære slektninger ble behandlet for uhelbredelig kreft i palliativ avdelinger ved 2 universitetssykehus og et Kommune-baserte hospice i Sverige.

Pålitelige data fra 49 deltakere ble analysert. De ble spurt av sykepleiere som hadde ansvaret for å undersøke ventesor (AGS) 20 og de deltok i personlige intervjuer om for eksempel deres emosjonelle forhold til pasient, innsikt i alvorlighetsgraden av sykdommen, forberedelse til død, fysisk og mental status, og behov for informasjon og støtte. Alderen på deltakerne varierte 17-81 år, gjennomsnittlig alder er 56,9 år Det var likt antall menn og kvinner

Funn:

4 av 10 kunne opplyse at ventesor var tyngre enn sorgen i etterkant av dødsfallet. De opplyser at tiden innebar emosjonelt stress, lengsel etter pasientens tidligere personlighet, ensomhet, irritasjon, sinne og sosial tilbaketrekning og behov for å snakke om det forekommende.

Vedlegg 3

"The impact of anticipatory grief on caregiver burden in dementia caregivers"

Skrevet av Holley CK, Mast BT (April 2009)

Formål:

Formålet er å se på hva ventesorger innebærer for disse pårørende.

Hensikt:

Ventesorg har i all hovedsak vært et fenomen knyttet til kreft og palliasjon til disse pasientene, her ønsket man å se på hva en slik sorg innebar for pårørende med sykdommen demens. Disse pårørende er unike i så måte fordi sorgen her også innebærer kognitive og psykiske tap av sin kjære over lang tid.

Metode:

80 individuelle informanter som er pårørende til pasienter med ulike demenssykdommer ble intervjuet og spurt om dere sorg, psykiske og mentale helse. Dette ble sortert i et hierarkisk system som Marwit-Meuser har utarbeidet.

Funn:

Sorg var assosiert med det ha omsorg for sin kjære, mer en det man hadde antatt, depresjon var tydelig, og måten man forholdt seg til sin kjære var ble beskrevet som problematiske.