



UNIVERSITETET I
NORDLAND

SYK 180 H
BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

*Hvordan kan vi som sykepleiere møte en sint pårørende
på en god måte?*

Kandidatnummer:

29 og 38

Bodø. 11 april 2014



En pårørende forteller:

Ta dere de ekstra minuttene til å prate med den/de pårørende også.

*Som regel er dere flinke til å prate med pasienten, men de pårørende trenger ofte en prat alene. Ikke vær så redde for oss, for at vi skal begynne og gråte og bli hysteriske, for får vi ikke «tømt oss», er vi en tidsinnstilt bombe, som bare går rundt å tikker ...
tenk på det ...*

(Moesmand, 2004b, s. 161)

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	3
1.1 Forforståelse.....	3
1.2 Presentasjon av problemstilling	3
1.3 Hensikt og begrunnelse for problemstilling	3
1.4 Avgrensninger.....	4
1.5 Begrepsavklaring.....	4
1.6 Oppgavens oppbygging	4
2.0 METODE	5
2.1 Valg og begrunnelse av metode.....	5
2.2 Etsiske overveielser	5
2.3 Kildekritikk.....	6
2.4 Litteratursøk.....	6
2.5 Presentasjon av vitenskapelige artikler.....	7
3.0 TEORI	8
3.1 Sykepleieteori.....	8
3.1.1 Sykepleie til familien	8
3.1.2 Kommunikasjon.....	8
3.1.3 Å bruke seg terapeutisk.....	9
3.1.4 Menneske-til-menneske-forholdet	9
3.2 Kommunikasjon	10
3.2.1 Profesjonell og hjelpende kommunikasjon	10
3.2.2 Kommunikasjonsteknikker	11
3.3 Sykepleierens rolle.....	11
3.4 Etisk refleksjon av egen praksis.....	12
3.5 Pårørendes roller og behov.....	12
3.6 Pårørendes reaksjoner på krise	13
3.7 Stress og mestring.....	13
3.8 Sinne og aggresjon.....	14
3.8.1 Hva påvirker sinne og aggresjon?.....	15
4.0 DRØFTING	16
4.1 Det innledende møtet.....	16
4.2 Fremvekst av identiteter	19
4.3 Empati	21
4.4 Sympati og medfølelse.....	23
4.5 Gjensidig forståelse og kontakt	24
5.0 AVSLUTNING	25
5.1 Litteraturliste.....	26
5.2 Vedlegg	29
5.2.1 Vedlegg 1. Artikkelsøk.....	29
5.2.2 Vedlegg 2. Lesematrise	30

1.0 INNLEDNING

Vi er to studenter fra kull 11-høst, som sammen har utarbeidet denne bacheloroppgaven i sykepleie ved Universitetet i Nordland.

Antall ord i oppgaven: 8877

1.1 Forforståelse

Det har i utdanningen vår vært lite fokus på ivaretagelse av pårørende. I praksis opplevde vi møte med dem som både fint og utfordrende. Vi møtte pårørende som var sinte grunnet mangel på informasjon og lange ventetider. Dette medførte at vi forsøkte å unngå kontakt, da vi ble usikre på hvordan vi skulle forholde oss. I praksis har vi hatt en veileder å støtte oss til, og kanskje ikke hatt den fulle oversikten, eller kjent rutinene godt nok på avdelingen. Vi mener dette kan ha vært av betydning for hvordan møtet ble. Vi har opplevd pårørende bli omtalt som sinte og vanskelige, under muntlige rapporter. Noe vi tenker er uheldig da det kan påvirke våre holdninger, som kan gi utslag i hvordan vår atferd blir i møte med pårørende. I tillegg var det lite informasjon om dem, da forhold rundt pårørende ofte ikke ble dokumentert. Vi mener pårørende kan reagere med sinne på grunn av redsel og bekymring for pasienten, men tenker at det kan være flere situasjoner som fører til denne reaksjonen.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Problemstillingen vår er:

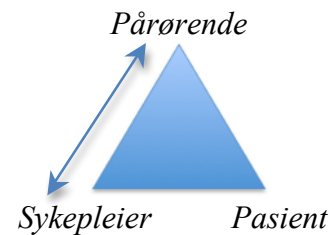
”Hvordan kan vi som sykepleiere møte en sint pårørende på en god måte?”

1.3 Hensikt og begrunnelse for problemstilling

Når vi er ferdig utdannet som sykepleiere og skal ut i en stresset sykehushverdag, oppleves det utfordrende å skal kunne ivareta pårørende på en god måte. Som sykepleier skal vi strekke til for pasienten, legen og pårørende, samt utføre sykepleieoppgaver av høy kvalitet. Det kan være lett å glemme de pårørende som er i en sårbar situasjon, og har behov for å inkluderes. Gjennom mer kunnskap, ønsker vi å finne årsaker til sinne, samt hva vi kan bidra med for å hjelpe. Vi ønsker å bli bedre i stand til å møte sinte pårørende, slik at de opplever å bli sett selv i en travel hverdag.

1.4 Avgrensninger

Vi har valgt å avgrense oppgaven til å omhandle møte med en sint pårørende på en god måte. Vi ser for oss at vi arbeider i spesialisthelsetjensten på en somatisk avdeling, hvor vi møter voksne pårørende til en pasient som har en alvorlig sykdom. Vi understreker at ivaretagelse av pasienten alltid kommer først og at



alle forhold som gjelder pasienten, vil innvirke på relasjonen mellom pårørende og sykepleieren. Figuren illustrerer den gjensidige relasjonen mellom sykepleier og pårørende som vi ønsker å fokusere på. I forhold til oppgavens størrelse, velger vi å utelate pasientens sykdomstilstand, pårørende med funksjonsnedsettelse, fremmede kulturer, samt lovverk som regulerer helsetjenesten. Vi presenterer yrkesetiske retningslinjer, men har valgt å ikke gå i dybden på de. I tillegg er håp et av pårørendes viktigste behov, og kan være en vesentlig faktor for at de kan mestre situasjonen (Moesmand, 2004b, s. 170). Dette vil vi også utelate å utdype. Kommunikasjon er et komplekst tema. Vi har derfor valgt å begrense, ved å kun presentere noen teknikker vi ser relevante i forhold til drøfting.

1.5 Begrepsavklaring

Pårørende: Pårørende er de eller den personen som pasienten selv oppgir, eller ville ha oppgitt dersom mulighet for det. Pårørende er personer som står pasienten følelsesmessig nær. De har et gjensidig avhengighets- og kontakforhold med hverandre (Moesmand, 2004b, s. 153).

1.6 Oppgavens oppbygging

Oppgaven består av fem deler. I første del presenteres vår forforståelse, problemstilling, hensikt og begrunnelse, avgrensninger og begrepsavklaringer i forhold til problemstillingen. I andre del presenteres og begrunnes valg av metode. Del tre inneholder sykepleierteori, kommunikasjon og de kommunikasjonsteknikker vi ser relevante i forhold til drøfting, sykepleierens rolle, pårørendes roller, behov og reaksjoner på krise. I tillegg presenteres stress, mestring, sinne og aggresjon. I del fire drøftes teori opp mot relevant forskning, praksiserfaring og annen litteratur. Femte del avsluttes med vårt læringsutbyttet av oppgaven.

2.0 METODE

Vilhelm Aubert definerer en metode som: «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, 2012, s. 111). Metode er et verktøy som bidrar til å innhente den informasjonen man trenger til en undersøkelse, og velges ut fra hva man ønsker å finne svar på (Dalland, 2012).

2.1 Valg og begrunnelse av metode

Metoden vi har valgt er et kvalitativt litteraturstudie med en hermeneutisk tilnærming. Vi mener denne metoden vil utvikle vår forståelse for det temaet vi skriver om. I et litteraturstudie skal man søke systematisk, granske kritisk og forsøke sette sammen eksisterende litteratur innen et valgt emne (Forsberg & Wengström, 2013). Den litterære oppgaven utformes ved bruk av skriftlige kilder som belyser problemstillingen. En kvalitativ metode brukes ved å samle inn data som karakteriserer et fenomen, og vil forsøke å innhente opplevelser og meninger som ikke kan måles eller tallfestes. Hermeneutikk er en fortolkningslære, som tar sikte på å finne mening eller forklare noe som er uklart (Dalland, 2012). Det handler om å forstå og tolke en menneskelig eksistens gjennom menneskelige livsytringer, handlinger og språk. Man tilegner seg bevisst kunnskap ved å lese og studere. Ubevisst kunnskap vil være gjeldende i praksis, hvor man deltar og observerer. Denne innhenting av kunnskap, kalles for den hermeneutiske spiral (Aadland, 2011). Spiralen illustrerer en evigvarende prosess, som til stadighet utvides. Både når det gjelder tekster og fenomener dreier det seg om tolkning, forståelse, ny tolkning og ny forståelse (Dalland, 2012).

2.2 Ethiske overveielser

Ethiske overveielser i et litteraturstudie bør i følge Forsberg og Wengström (2013) gjøres ved valg og presentasjon av resultater. De mener det er uetisk å bare presentere artikler som støtter vår egen mening. Resultatene trenger derfor ikke å støtte problemstillingen. For å beskytte kildene vi bruker fra erfaring i praksis, utelater vi å nevne type institusjon. Ethiske overveielser omhandler at oppgavens metoder og mål er innenfor det som omhandler faget. Samtidig skal man tenke over hvem som kan ha utbytte av kunnskapen man forsøker å fremskaffe (Dalland, 2012). Vi ser at både metoden og temaet er gjeldende for sykepleiefaget. Målet med oppgaven er at vi som fremtidige sykepleiere skal kunne møte en sint pårørende på en god måte. Vi

håper også at andre helsearbeidere kan ha utbytte av å lese denne.

2.3 Kildekritikk

Dalland (2012) skriver at kildekritikk er metoder man bruker for å finne ut om en kilde er sann eller ikke. Kildekritikk brukes for å vise at man er i stand til å forholde seg kritisk til kildene man velger å ha med i oppgaven, samt hvilke kriterier man har valgt i utvelgelsen. I oppgaven bruker vi både pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. Vi ser at pensumlitteraturen i liten grad tar for seg pårørende, og har av den grunn funnet frem til en del selvvalgt litteratur. Vi har sett at kildene vi velger har gyldighet, holdbarhet og relevans i forhold til oppgaven (Dalland, 2012). Av selvvalgt litteratur har vi benyttet to bøker som omhandler pårørende til akutt kritisk syke, som er ”Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom” og ”Å være akutt kritisk syk”. I disse har vi funnet en del relevant informasjon som kan knyttes opp mot problemstillingen. Noe av litteraturen er av eldre dato, men ses som holdbare da de belyser temaer som fortsatt er akutell. Vi har valgt vitenskapelige artikler som er fagfellevurdert. Det vil si at artiklene er godkjent av eksperter innen fagområdet (Dalland, 2012). I tillegg har vi vært bevisst på å velge nordiske vitenskapelige artikler, for å forholde oss til helsetjenster som er tilnærmet lik den i Norge. Det har vært utfordrende å finne vitenskapelige artikler om pårørende til alvorlig syke på somatisk sykehus.

2.4 Litteratursøk

For søk av litteratur, har vi anvendt Universitetets bibliotek ved bruk av Bibsys. Vi har søkt etter vitenskapelige artikler via Universitetets databaser som er, PubMed, SveMed+, Scopus, Norart og Idunn.no. I tillegg har vi søkt i Sykepleien.no`s fag- og forskningsarkiv. Vi har brukt søkeordene pårørende, sykepleier, alvorlig syk, empati, nurse, critically, ill, patient og relatives, for å finne relevante artikler. Søkeordene er brukt både enkeltvis og i kombinasjon. Utdypende fremgangsmåte for søk av vitenskapelige artikler presenteres i vedlegg 1, artikkelsøk.

2.5 Presentasjon av vitenskapelige artikler

Innholdsanalyse av funn presenteres i vedlegg 2, lesematrise.

Artikkel 1: ”En sykepleiers erfaringer i møte med pårørende - og seg selv”.

Solvoll, Ursin, Brinchmann, og Lindseth (2013) tar i sitt essay for seg en sykepleierens møte med pårørende på en rehabiliteringsavdeling. Det skapes konflikter mellom sykepleieren og pårørende grunnet pasientens tilstand og behandling. Sykepleieren reflekterer over egne vurderinger og egen atferd, pårørendes situasjon, og hvilke erfaringer av møtet som ble oppfattet vanskelig. Artikkelen belyser flere faktorer som kan virke inn for å nå, og forstå hverandre. At handlingen utspiller seg i en rehabiliteringsavdeling, anser vi til å være av underordnet betydning i forhold til vår oppgave.

Artikkel 2: ”Pårørende til pasienter med at blive set, hørt og medind”.

Jungdal og Pedersen (2013) ønsket å finne ut hvordan det opplevdes å være pårørende til pasienter med nyopplaget brystkreft, og hvordan sykepleierene ved brystdiagnostisk senter opplevde kontakten med pårørende. Det fremkom at pårørende satte stor pris på nærvær, øyekontakt, at det ble satt av tid til å skape tillit, og at de følte seg verdsatt i møte med sykepleieren. Det var betydningsfullt for de pårørende å få delt sine tanker om pasientens sykdom og egen situasjon. Sykepleiere må vise forståelse for pårørendes situasjon og være åpne for følelsesuttrykk. Det opplevdes utfordrende for sykepleiere å ivareta både pasienten og pårørende i en krise. Dokumentasjon av forhold rundt pårørende ble ikke sett som en sykepleieoppgave. Vi ser artikkelen som relevant, da de belyser betydningen av å møte pårørende til pasienter med en alvorlig sykdom.

Artikkel 3: ”Empati – ulike forståelser”.

Thoresen (2013) ville belyse flere sider av empatibegrepet ved en gjennomgang av helsefaglig litteratur innen temaet. I artikkelen kommer det frem at økt fokus på metoder og teknikker kan føre til at forståelsen og meningen som allerede eksisterer mellom mennesker blir oversett. En sykepleiers empatiske fortolkning med pasienten, er en subjektiv fortolkning. Forståelse av en pasient er formet av sykepleierens erfaring, kunnskap, verdier og den unike relasjonen til denne ene pasienten. Det er ulike meninger om empatibegrepet, og lar seg ikke beskrives entydig, noe de menneskene vi møter heller ikke gjør. Forfatteren skriver om empati med pasienten, men også at empati handler om å leve seg inn i andre menneskers reaksjoner og følelser, samtidig som man holder et balansert avstand for pasientens situasjon. Vi mener mye av dette er relevant i forhold til andre mennesker også, inkludert pårørende, og velger derfor å omtale pasienten for ”den andre” ved bruk av artikkelen.

3.0 TEORI

3.1 Sykepleieteori

Joyce Travelbee (1926-1973), født i New Orleans i USA. Hun jobbet som psykiatrisk sykepleier, som lærer -og senere leder av en sykepleierutdanning. I 1966 ga hun for første gang ut boken *Interpersonal Aspects In Nursing*, som tar for seg teori om mellommenneskelige aspekter. Hennes sykepleieteori bygger på å se mennesket som et unikt individ som hele tiden er i vekst, utvikling og endring. Vi har valgt hennes sykepleieteori da hun belyser sentrale temaer om sykepleie til pasientens familie. Hun omtaler pasient og pårørende om hverandre, siden det bare finnes enkeltmennesker med behov for omsorg, assistanse og tjenester (Travelbee, 2001). Vi vil bruke begrepet pårørende når vi omtaler hennes teori i oppgaven.

3.1.1 Sykepleie til familien

Travelbee (2001) definerer sykepleiens mål og hensikt på følgende måte:

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

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess, da det alltid direkte eller indirekte omhandler mennesker. Ved å gi den syke god og kompetent sykepleie, vil sykepleieren indirekte være til hjelp for familien. Direkte bør sykepleieren bli kjent med pasientens familie, hvor hun deltar på visitt og viser oppmerksomhet for pårørende, samt snakker og lytter til dem. Sykepleieren bør være tilgjengelig dersom et familiemedlem ønsker å drøfte eventuelle sider av den sykes sykepleie. Det vil bety mye dersom sykepleieren viser forståelse for pårørendes påkjenninger (Travelbee, 2001).

3.1.2 Kommunikasjon

Travelbee (2001) sier kommunikasjon er et middel for å oppfylle sykepleiens mål og hensikt gjennom en gjensidig prosess, der kvaliteten påvirkes av kommunikasjonsferdigheter og kontroll over ulike teknikker. Hun ser på kommunikasjon som en verbal og nonverbal prosess som avhenger av sender, mottaker og et budskap. Sykepleieren bør tilstrebe seg en meningsfull dialog med hvert enkelt individ. For å kunne utveksle tanker og følelser med

hverandre, må tilliten være til stede.

3.1.3 Å bruke seg terapeutisk

Sykepleien bygges opp og opprettholdes av sykepleiere som evner å tilnærme seg problemer gjennom disiplinerte tilnæringsmåter, og evner å bruke seg terapeutisk. Det forutsetter at sykepleieren organiserer sykepleien godt ved bruk av fornuft, intelligens og egen personlighet, uten å handle intuitivt. Dette gjennom innsikt i hvordan egen atferd innvirker på andre, og tolking av den andres atferd. Samtidig må sykepleieren ha forståelse for hvordan det er å være menneske, for å kunne hjelpe den andre (Travelbee, 2001).

3.1.4 Menneske-til-menneske-forholdet

Travelbee (2001) sier menneske-til-menneske-forholdet er en prosess for å gjennomføre sykepleiens mål og hensikt. Prosessen karakteriseres gjennom en bestemt måte å tenke, oppfatte, føle og handle på for å kunne se hverandre som unike individer. Alt sykepleieren gjør i samhandling med pårørende, er med på å etablere forholdet. Sykepleieren har ansvaret, og skal gjennom strukturert arbeid, kunnskap og innsikt bidra til at forholdet bygges opp. For å utvikle og etablere menneske-til-menneske-forholdet, har hun delt prosessen inn i fire faser. Etter å ha gjennomgått disse fasene, skal det overordnede målet for all sykepleie være oppnådd. Med opplevelse av gjensidig forståelse og kontakt. Fasene kan bygges opp over ulik tid og trenger ikke følge hverandre systematisk.

Det innledende møtet: I den første fasen er personene ukjente, og førsteinntrykket dannes ut fra observasjon, antakelser og meninger om den andre. Man ser hverandre som kategorier og i liten grad som unike individer. Sykepleieren må bryte kategorien sykepleier og familiemedlem, for å komme videre i forholdet.

Fremvekst av identiteter: Denne fasen karakteriseres av at man i større grad klarer å se den andre som et unikt individ, samtidig som tilknytning til den andre etableres. Man kan nå oppleve å rette tanker og følelser, samt motta inntrykk av den andres personlighet.

Empati: Er at sykepleieren klarer leve seg inn i, ta del i, og forstå den andres øyeblikkelige opplevelse og samtidig stå utenfor. Som to ulike personer gir empati følelse av å stå sammen om noe.

Sympati og medfølelse: Er at sykepleieren tar del i den andres følelser, og føler medlidenhet. Ved sympati påvirkes man av den andres opplevelse, og viser omtanke og engasjement for hvordan den andre har det. Det handler om en trang til å lindre den andres plager.

3.2 Kommunikasjon

Eide og Eide (2007) definerer begrepet kommunikasjon som utveksling av betydningsfulle tegn mellom to eller flere, både verbalt og nonverbalt. Verbal kommunikasjon betyr at man snakker med hverandre ved bruk av ord. Disse er sjelden entydige og må fortolkes. Det som sies kan være vennlig, entusiastisk, ironisk, spydig, resignert, fiendtlig, sårende eller humoristisk. Avhengig av hvordan man fortolker disse, kan det oppfattes på ulike måter. Nonverbal kommunikasjon brukes hele tiden både bevisst og ubevisst. Det kan være bruk av blick, stillhet, stemmeleie, berøring, bekymret rynke eller en fnys. Nonverbale uttrykk må også fortolkes, og kan misforstås. Ansiktet kan ses å være den viktigste nonverbale kommunikasjonskanalen. I hovedsak er det ansiktet som uttrykker følelser som sorg, glede, overraskelse, angst, sinne, interesse og avsky (Hansen, 2011, s. 146). I følge Moesmand og Kjøllesdal (2004, s. 27) kommuniserer mennesker, omgivelsene og ting med hverandre. De ser på all adferd som kommunikasjon.

3.2.1 Profesjonell og hjelpende kommunikasjon

Man kommuniserer på en annen måte i dagliglivet enn i helsevesenet. I den profesjonelle rollen som helper skal man fylle en hjelpende funksjon for andre, ut fra egen kompetanse og posisjon. Profesjonell og hjelpende kommunikasjon har et helsefaglig formål, som er helsefremmende, forebyggende og lindrende. Kommunikasjonen har til hensikt å hjelpe pasienter og pårørende til å mestre situasjonen. Dette for å skape anerkjennelse, trygghet og tillit, samt formidle informasjon som kan være med på å løse problemer (Eide & Eide, 2007). En hjelpende kommunikasjon kan variere ut fra enhver situasjon, og forutsetter at man evner å se den andre, og styre samtalen ut fra hvilket behov den har. Samtidig er det viktig å forholde seg til den andre, slik at den føler seg sett, hørt og ivaretatt (Eide & Eide, 2004).

3.2.2 Kommunikasjonsteknikker

Å prate til den andre om en sak, uten at personen inkluderes til å drøfte saken, kalles for toleddet relasjon. Dette gjør at personen objektiviseres. Holdningen avspeiler liten interesse i hva den andre sier eller mener. Ved treleddet kommunikasjon, snakker man med den andre om en sak eller et problem. Man forholder seg til personen som et likeverdig subjekt. Ved å snakke om en sak, kan man kritisere forhold rundt saken, uten at det direkte kritiserer den andre. Samtidig får man sammen utforsket saken, for å finne løsninger. Dette styrker likeverdigheten (Jensen & Ulleberg, 2011). Bekreftende ferdigheter handler om å bekrefte at man hører, ser og forstår gjennom verbal og nonverbal kommunikasjon. Man kan gi rom for å la den andre få uttrykke tanker og følelser gjennom oppfordringer, oppmuntringer og anerkjennelse. Å speile følelser betyr at man forteller sin oppfatning av hva man mener den andre føler, uten at den andre har fortalt om følelsene sine. Når den andre får tilbakemeldinger som er treffende, kan det virke følelsesmessig sterkt inn på personen. Dette kan åpne for bearbeiding og refleksjon (Eide & Eide, 2007).

Toleddet relasjon:

Jeg \longrightarrow Saken
(Personen + saken)

Treleddet relasjon:

Jeg \longleftrightarrow Person
↓ ↓
Saken

3.3 Sykepleierens rolle

Sykepleierne i Norge er autoriserte, noe som innebærer at de har bestått Norges bachelorgrad i sykepleie (Jakobsen, 2005). Man skal kunne yte helsefremmende arbeid, behandling, undervisning, veiledning, samt pleie og omsorg for pasienter og pårørende. I tillegg innebærer rollen å samarbeide med andre yrkesgrupper. Sykepleieren har et selvstendig ansvar for sykepleien i helsetjenesten. I yrkesrollen må sykepleieren foreta valg der ulike verdier og interesser berøres. Sykepleie til pårørende, reguleres av helselovgivningen om helsepersonellens, pårørendes og pasientens rettigheter (Molven, 2009). Sykepleieren har ansvar for pleie av mennesker med ulike behov for hjelp. Det kan være sykdom, skade, fare for skade, eller reaksjoner grunnet en belastende livssituasjon (Kristoffersen, Nortvedt, & Skaug, 2011). En viktig del av ansvarsområdet, er å vise omsorg for pårørende. Dersom pårørende føler seg ivaretatt, vil de i større grad fungere som en støtte for pasienten. Omsorgfull hjelp innebærer at sykepleier må forsøke å forstå den andre og hjelpe med innlevelse, vennlighet og respekt (Mekki & Tollefsen, 2000).

3.4 Etisk refleksjon av egen praksis

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere bygger på prinsippene i ICNs etiske regler, og de grunnleggende menneskerettighetene på basis av FN's menneskerettighetserklæring. Disse er videreført av norsk sykepleierforbund (Sykepleierforbund, 2011). Ved sykepleieryrket er det mange valg og handlinger som tas. Det fordrer til at sykepleieren er bevisst i forhold til dette. Etikkk kommer fra ordet ethos som betyr skikk eller vane, og handler om systematisk refleksjon over moralsk adferd. Det vil si hva som er rett eller galt ved ulike handlinger. Yrkesetiske retningslinjer tar for seg sykepleieres yrkesetik, og består av verdier, normer og skrevende regler. Disse angir grunnlaget for sykepleien, og handler om respekt for menneskenes liv og iboende verdighet. Samtidig skal sykepleien baseres på omsorg, barmhjertighet og respekt for de grunnleggende menneskerettigheter. Yrkesetikken er et av sykepleierens viktigste verktøy, da det tar for seg minstemål for retning av praksis. Yrkesetiske retningslinjer bidrar til selvkontroll (Mølven, 2009).

3.5 Pårørendes roller og behov

Pårørende har ulike roller i forhold til den som er syk og helsetjensten. Helsepersonell må sammen med pasienten og pårørende avklare pårørendes rolle ved involvering i pasientens utredning, behandling og oppfølging. De pårørende vet som regel hvordan pasienten var ved frisk tilstand, og kan ha kunnskap om ulike tiltak eller medikamenter som tidligere har fungert eller ikke. De innehar informasjon om pasientens livshistorie, ressurser og symptomutvikling. De kan være til hjelp for å fremme pasientens perspektiv dersom de har kjennskap til pasientens synspunkter. Helsepersonell har generelt kompetanse om pasientens sykdomstilstand, mens pårørende har kompetanse for hvordan sykdommen utartes, og konsekvensene dette får for både den syke og de nærmeste. Et tillitsfullt og godt samarbeid kan begrense pårørendes psykiske påkjenninger. Helsepersonell skal være oppmerksomme på at pårørende til pasienter med vedvarende sykdom og lidelse, har økt risiko for å selv utvikle helsesvikt. Det er viktig å imøtekomme deres behov, og gi råd og veiledning for hvordan de kan ivareta egen helse. Ofte er de pårørende en del av pasientens nærmiljø, og kan uavhengig skifte av helsepersonell og sykdomsutvikling representere stabilitet. Det er i dette miljøet pasienten møter dagliglivets utfordringer og har sine nærmeste. Dersom pasienten ikke ønsker kontakt med pårørende, vil helsetjenesten alltid kunne ta i mot pårørendes informasjon. Pårørendes kjennskap og erfaring med pasienten vil kunne bidra med løsningsforslag, og informasjon om forhold som behandleren ikke ser. Dette kan gjelde tiltak i nærmiljøet og pasientens omgangskrets. Pårørendes behov er ofte rettet mot at de får tilstrekkelig

informasjon og får tilbringe tid sammen med pasienten. De trenger ofte å ha et håp, få beskytte, berolige og støtte pasienten. Ofte vil de selv ha behov for støtte (Bøckmann & Kjellelvold, 2010).

3.6 Pårørendes reaksjoner på krise

Alvorlig sykdom medfører nesten bestandig risiko for tap og sorg. Pårørende til alvorlig syke utsettes for en krisesituasjon, preget av praktiske utfordringer, store følelsesmessige belastninger og noen ganger til endret i livssituasjon (Bøckmann & Kjellelvold, 2010). En krise defineres som plutselige, uventede og alvorlige oppståtte endringer, med liten mulighet for mental forberedelse (Eide & Eide, 2007; Skants, 2008). Ved kriser utløses reaksjoner som fremtrer i tanker, følelser og adferd. Mange opplever et følelsesmessig kaos etter at en krise har oppstått. Følelser som depresjon, tristhet, skyld, sinne, frykt, angst og meningsløshet oppstår (Renolen, 2008). Det som avgjør pårørendes reaksjoner, vil være avhengig av pasientens tidligere rolle og funksjon i familien. Sykdommens forhold og utvikling, og pasientens håndtering av tilstanden. Relasjonens innhold og betydning, samt hvordan pasienten og pårørende samhandler og kommuniserer. I tillegg vil helsehjelpen være avgjørende for hvordan pårørende håndterer situasjonen. Pårørendes individuelle forhold vil også ha noe å si for deres reaksjoner. Hvordan pårørende har bearbeidet og gjennomlevd kriser tidligere i livet, vil kunne gjenspeiles i deres reaksjoner. Stresstoleranse, ubearbeidede traumer og tidligere psykiske problemer vil kunne spille inn. Pårørendes nåværende livssituasjon, og deres tilgang på støtte både sosialt, økonomisk og praktisk, vil være viktig for at de skal kunne mestre krisen. Mennesker reagerer forskjellig i ulike situasjoner. Det er ingen rett eller feil måte å reagere på (Bøckmann & Kjellelvold, 2010).

3.7 Stress og mestring

Når en nær person blir alvorlig syk vil pårørendes trygghetsfølelse rystes. Stress oppleves når verdier som psykisk velvære, sosial fungering eller opprettholdelse av et positivt selvbilde trues eller står i fare for å tapes. Ved forventninger som ikke innfris og krav som oppleves større enn egne ressurser, utsettes man for psykologisk stress. Om man vil mestre situasjonen eller ikke, påvirkes av sosiale forhold, økonomi, mål, motiv og tilfredsstillelse av grunnleggende behov og problemløsende ferdigheter. For å beholde kontroll kan følelsesmessige reaksjoner holdes tilbake ved å holde avstand, eller komme til uttrykk ved å involvere seg (Moesmand, 2004a, s. 71). Espnes og Smedslund (2009) presenterer Lazarus og Folkmans teori om stress og mestring. Når man blir utsatt for sykdom i nære relasjoner, vil

stress oppstå. De mener situasjonen kan vurderes i tre stadier. Det Første er en primærvurdering hvor man vurderer hva det vil medføre for egen velvære og livskvalitet, mot evnen til å håndtere det man ser på som trussel, skade eller utfordring. Hvordan situasjonen tolkes har større betydning enn situasjonen. Vurderes den som skadelig kan det utløse følelser som tristhet, sinne, avsky eller skuffelse. En trussel kan føre til angst eller frykt. Ser man det som utfordrende, kan man få følelse av forventning. Sekundærvurdering er neste stadiet. Her vurderer vedkommende evnene sine til å håndtere det som utgjør stresset. Da vurderes hvilke muligheter man har i forhold til situasjonen og om man har hensiktsmessige strategier for å redusere stresset. Tertiærvurderingen går ut på at vedkommende revurderer situasjonen, for å se etter flere muligheter for stressreduksjon. Forhold som spiller inn i denne prosessen, er vedkommendes sårbarhet i forhold til å ha tilstrekkelige ressurser for å håndtere situasjonen. Lazarus og Folkman ser på mestring som en lært måte å håndtere stressende situasjoner. Gjennom kognitive og atferdsmessige måter som stadig skifter, prøver man å dempe stresset for å mestre ytre og indre krav som står i fare for å svekke vedkommendes ressurser. Mestringsforsøk kan være bevisste eller ubevisste, de kan være mer eller mindre hensiktsmessige. Ved å ha ulike ressurser for å møte motgang er man styrket. Lazarus og Folkman mener det viktigste er at man har tro på å kunne hankses med situasjonen, samt påvirke og regulere egen følelse av ubehag.

3.8 Sinne og aggresjon

Ved akutte hendelser kan sinne ses å være den mest fremtredende reaksjonen (Skants, 2008). I litteraturen ser vi at sinne og aggresjon ofte skrives om hverandre, og velger derfor å bruke begge begrepene i oppgaven. I følge Brodin og Hylander (2004) er sinne en affekt som går over til en personlig følelse. Det er en negativ følelse uten fastlagte mål. Aggresjon kan defineres som en holdning, hvor en person med hensikt voldet fysisk smerte eller skade mot en annen. Det kan uttrykkes gjennom verbale trussler om å ønske skade, via kroppsspråk hvor en viser forberedelser på å skade, eller at personen direkte går til angrep (Bjørkly, 2001). Renolen (2008) sier at en sint og aggressiv person kan være overfølsom og oppførende. En følelse er ofte blandet sammen med andre følelser, og kommer sjeldent alene (Eide & Eide, 2007).

3.8.1 Hva påvirker sinne og aggresjon?

For å kunne møte en sint pårørende på en god måte, vil vi gjennom teoretiske kunnskaper om hva som påvirker reaksjonen, være i stand til å gjenkjenne dette i praksis (Bøckmann & Kjellevoid, 2010). Pårørende kan reagere med sinne og aggresjon i en stress og krisesituasjon (Stubberud & Eikeland, 2013, s. 180). De kan oppleve informasjon fra helsepersonell som lite tilfredsstillende, i forhold til kvalitet, mengde og måten den blir gitt på. Dersom pårørende ikke er aktive å etterspør informasjon, kan de oppleve å ikke få det. Det kan være stressende og frustrerende å måtte vente på informasjon (Stubberud & Eikeland, 2013, s. 169). Raaheim (2002) skriver at frustrasjon er et eksempel av en ubehagelig og negativ hendelse, som fører til en negativ opplevelse, og igjen stimulerer til aggresjon. Jo sterkere den ubehagelige og negative hendelsen er, jo mer vil man reagere, og fremtredelsen av sinne og aggresjonen vil kunne ses i større grad. Videre skriver han at det ikke nødvendigvis trenger å være en ytre situasjon som fører til sinne og eventuell aggressiv opptreden. Det kan være at man tenker på en spesiell situasjon man tidligere har opplevd. Kjedsomhet og engstelse kan utløse aggresjon. Engstelse opptrer ofte i situasjoner hvor man befinner seg utenfor velkjente og sosiale rammer, og henger sammen med følelse av manglende kontroll. Når pårørende ikke selv kan hjelpe pasienten, kan de føle stor frustrasjon og hjelpeløshet (Stubberud & Eikeland, 2013, s. 169). Hvis pårørende opplever at pasienten får dårlig pleie, kan dette medføre følelse av krenkelse. Ved å føle seg neglisjert eller ikke tatt på alvor, kan det skape frustrasjon og konflikt. Følelse av å bli avvist, vil føre til en manglende tillit og usikkerhet. Hvordan miljøet på avdelingen er i forhold til ryddighet og trivsel i omgivelsene har en stor betydning. Hvis pasientrommet og avdelingen ser rotete ut, gir det et signal til pårørende om hvilken kvalitet helsepersonellet gir i pleien. Noe som også kan oppleves krenkende. Avdelingspersonalets atferd er en viktig faktor i forhold til om stemningen oppleves god og inkluderende, eller motsatt (Alvsvåg, 2010).

4.0 DRØFTING

For å nå inn til pårørende må vi danne en relasjon, noe Travelbee (2001) kaller for et menneske-til-menneske-forhold. Hun mener sykepleiere skal kunne danne tilknytning med den andre, og at kategorisering kan stå i veien for å se hvert enkelt menneske som et selvstendig individ. For å få til et menneske-til-menneske-forhold, må man derfor kunne se pårørende som en likeverdige, og vise respekt. Vi vil i gjennom hennes fire faser, få svar på problemstillingen:

”Hvordan kan vi som sykepleiere møte en sint pårørende på en god måte?”.

4.1 Det innledende møtet

Denne fasen handler om å bryte ned kategoriseringen, for å kunne se hvert enkelt menneske som et unikt individ. Sykepleier må kunne se den pårørende som et unikt menneske for å danne tilknytning (Travelbee, 2001). Når man møter en sint pårørende, kan man ha lett for å fokusere på reaksjonen i stede for utenforliggende årsaker. Det er viktig at vi ikke tolker disse reaksjonene som et vanlig adferdsmønster, da man ikke kan vite hvordan pårørende opplever situasjonen. Vi opplevde ved en muntlig rapport i praksis, at pårørende ble beskrevet som sint og vanskelig. Dette hadde vi med i tankene ved første møte, noe som gjorde det vanskelig å møte den pårørende på en avslappet måte. Vi mener dette kan medføre til at det tar lengre tid å se pårørende som et unikt individ. En annen erfaring vi har, er at den skriftlige rapporten om forhold rundt pårørende, kan være mangelfull. Dette konkluderer Jungdal og Pedersen (2013) som et av hovedfunnene i artikkelen, hvor rapportering av forhold rundt pårørende var ufullstendige. Hvis vi hadde stilt spørsmål under rapporten om hva som kunne vært årsak til at pårørende var sint, eller hatt tilstrekkelig utfylte skriftlige rapporter, ville vi kanskje fått et mer helhetlig bilde av situasjonen. Damsgaard (2010) skriver at en profesjonell væremåte og arbeidskultur, bør opprettholdes ved å fremme en konstruktiv diskusjon om det ansvaret vi har, og det arbeidet vi utfører. Hun poengterer at det innebærer åpenhet for å stille kritiske spørsmål. Vi tenker at en sykepleier som kommer inn på et personalrom og forteller sine medarbeidere at en pårørende er sint og vanskelig, søker støtte og oppmuntring for sine påstander for å få luftet ut egne tanker. Sykepleieren vil kanskje i slike situasjoner glemme sin påvirkningskraft, og tenker ikke over at disse holdningene smittes over på medarbeiderne. Dette mener vi vil kunne prege den generelle arbeidskulturen på avdelingen, noe som pårørende vil ense i møte med pleierne. Damsgaard (2010) bekrefter delvis denne tanken, med at dersom kulturen på arbeidsplassen preges av frustrasjonsutlufninger for å dempe egne

belastninger, kan det medføre avmaktfølelse blant ansatte, pasienter og pårørende. Man bidrar til at de gir opp, og slutter å se etter muligheter. Hun mener i tillegg at en profesjonell arbeidskultur bør kunne gi rom for utluftninger. Men at man bør være bevisst på språket man bruker ved omtale av andre, da det er sammenheng mellom språk, tanke og handling. Sykepleiere har et ansvar for å bryte ned negativ omtaler, som stigmatiserer andre. Det er også viktig at man i et arbeidsmiljø, er med på å forhindre en slik utvikling (Damsgaard, 2010). Raaheim (2002) skriver at uansett hvor uakseptable våre holdninger eller meninger er, vil det alltid være noen som vil gi oss støtte. Holdninger spiller en viktig rolle for vår gruppetilhørighet (Damsgaard, 2010). I avisartikkelen til Bergersen (2013) står det at pårørende til en kreftsyk pasient ikke fikk den behandlingen som de mente han hadde krav på, og ble ikke tatt på alvor. Pårørende opplevde seg dårlig behandlet etter å ha stilt kritiske spørsmål vedrørende pleien. De opplevde å bli møtt med baksnakking og frekke kommentarer, noe som gjorde de sinte og frustrerte. En av de pårørende var kreftforsker, og hadde gode kunnskaper om sykepleie og sykdom. Det kan virke som at de ansatte hadde dannet en allianse som gikk sterkt ut over pasient og pårørende. Dette medførte at de fikk pasienten overført til annet sykehus. Vi tenker at sykepleierne kunne følt seg truet av pårørendes tittel som kreftforsker. Travelbee (2001) sier at det vil være umulig å danne et menneske-til-menneske-forhold, dersom mennesker blir oppfattet på grunn av tittelen sin og ikke på grunnlag av å være et menneske.

Solvoll et al. (2013) viser i sin artikkel til en sykepleier som reagerer negativt følelsesmessig, i forhold til pasientens sønn, som er lege. Hun mener sønnen lager henne hodebry, med sine frustrasjoner over pasientens pleie. Pasienten ville ikke spise, og sønnen forsøkte å igangsette ulike sykepleietiltak for å få i han næring. Sykepleieren tolket pasientens uttrykk som at de måtte la han være i fred, og mente å se at han var i siste fase. Hun fikk støtte av en medarbeider om at sønnen var vanskelig, da de begge følte at de ville gjemme seg. Sykepleieren reflekterer i etterkant over hvordan hennes holdning kunne ha avspeilet seg i møte med sønnen, om han kunne lagt merke til hennes avvisning og motstand mot han. Kanskje kunne hun ubevisst ha blitt påvirket truende av sønnens legetittel. Hun reflekterer over flere sider om den pårørendes ulike mestringsstrategier, faglige ståsted, posisjon og mulige forhold rundt seg selv som kunne vært gjort annerledes. Hadde hun fått frem pårørendes forståelse gjennom en dialog, kunne det vært ledende for tilnærmingen, tilstedeværelsen, pleien og omsorgen som ble gitt. Gjennom bruk av en treleddet kommunikasjonsmodell kunne sykepleieren snakket med sønnen om pasientens situasjon, og sykepleien som ble utført. De kunne da forholdt seg til hverandre som subjekter, uten at noen

ville følt seg kritisert (Jensen & Ulleberg, 2011). Vi ser at dette kunne fått i gang en faglig samtale. For å oppleve kontroll, kan et følelsesutbrudd være en mestringsstrategi (Espnes & Smedslund, 2009). Ved uventede reaksjoner, under en samtale kan sykepleieren lett å gå over i en tilskuerposisjon. Dette medfører at den andre objektiveres, og tillegges uriktige motiver, noe som kan oppleves krenkende (Jensen & Ulleberg, 2011). Moesmand (2004a, s. 71) sier at mestringsforsøk både kan være hensiktsmessige og uhensiktsmessige. Dette kan kanskje forklare at sønnen i artikkelen til Solvoll et al. (2013), forsøkte å få kontroll ved å sette i gang ulike sykepleietiltak. Å engasjere seg i det som skjer, kan være en måte for å mestre psykologisk stress (Moesmand, 2004a, s. 71).

Sykepleiere må unngå å danne egne forståelser for hvordan pårørende kan ha det. Hvis vi allerede har dannet oss holdninger om hvordan pårørende skal være, kan vi ikke forvente å nå inn til hver enkelt (Travelbee (2001). I følge Stubberud og Eikeland (2013, s. 168) kan pårørende oppleve at helsepersonell har forventninger og oppfatninger til hvordan de skal være. De bør ikke være apatiske eller hysteriske, være passe triste, passe spørrende, passe oppofrende og ikke fullstendig likegyldige. Hvis ikke kan de bli sett på som vanskelige eller krevende. Det er kanskje ikke så rart at noen oppfatter det slik, siden det kan være den kulturen vi som helsepersonell skaper ved å uttale oss negativt om pårørende, personer vi ikke kjenner. Dette får oss til å tenke på hvor sårbare pårørende kan føle seg i møtet med helsevesenet. Helsepersonell er på sin vante arena, mens pårørende kan ha sitt første sykehusmøte. Vi må tenke at det er en grunn til at de reagerer med sinne. Hvordan pårørende blir møtt av helsevesenet, har stor betydning for hvordan de opplever trygghet (Alvsvåg, 2010).

Travelbee (2001) skriver at man i denne første fasen vil observere og danne meninger om hverandre. Konklusjonene vi danner oss, vil medføre at bestemte følelser oppstår, noe som danner grunnlag for hvordan interaksjonsmønsteret blir. For at sykepleierens mål og hensikt skal oppnås, må også pårørende se sykepleieren som et unikt individ. Hun mener det er urealistisk at sykepleieren bare skal konsentrere seg om å ivareta andres behov, men må også få oppfylt sine egne. Dette er en gjensidig prosess hvor mange kategorier kan stå i veien for at møtet ikke blir godt eller utsettes. Dannelse av førsteinntrykk blir påvirket av minner om personer vi tidligere har møtt, og kan gi et feil førsteinntrykk. Hvis man tenker tilbake på ting som tidligere har gjort oss sinte, kan man få en reaktivering av negative følelser, tanker og reaksjonsmønstre (Raaheim, 2002). Hvis en pårørende tidligere har opplevd helsetjenesten som krenkende, kan holdningen avspeiles i møtet med sykepleieren. Det kan være at

sykepleieren minner den pårørende om en person som den pårørende ikke liker, som gjør det vanskelig å møte denne ene sykepleieren på en god måte. Renolen (2008) skriver at aggresjon kan være rettet mot alle som er involvert i en situasjon, også de som forsøker å hjelpe. Sykepleieren i artikkelen til Solvoll et al. (2013) reflekterer også om legesønnen kunne hatt en forforståelse om sykepleieren, og tvilte på hennes fagkunnskap. Dersom pårørende har oppfatninger eller fordommer om hva sykepleiere eller sykepleie er, må sykepleieren korrigere denne holdningen slik at hun kan bli sett som et menneske. Dette gjøres ved å vise at man er omsorgsfull og kunnskapsrik, samtidig som sykepleieren tillater å bli kjent med den pårørende. En varm kopp kaffe, litt lesestoff og en pute i stolen, tar liten tid og kan bety så utrolig mye (Travelbee, 2001).

4.2 Fremvekst av identiteter

I denne fasen handler det om å etablere tilknytning, og verdsette hverandre som unike individer i større grad enn tidligere (Travelbee, 2001). Hvis en pårørende er sint og retter sitt raseri mot en sykepleier, kan sykepleieren dempe sinnet ved å speile pårørendes følelser. Dette kan gjøres ved å si at jeg ser du er sint. Det er viktig at sykepleieren hele tiden forsøker å holde seg rolig, og samtidig vise forståelse for situasjonen. Videre kan sykepleieren gjenta bekreftelsen av pårørendes sinne. Når sinne er dempet, må sykepleieren vise at hun er interessert i å hjelpe, og forsøke å få en dialog med pårørende (Eide & Eide, 2007). Renolen (2008) mener det er viktig å la personen få sette ord på følelsene, og ikke komme i forsvar. Ved å vise pårørende oppmerksomhet og at man tar sinne på alvor, kan det gi mot til snakke. Brodin og Hylander (2004) påpeker derimot at ingenting er så krenkende som å ikke bli tatt på alvor når man er sint. Til slutt kan man bekrefte at samtalen har vært meningsfull, og trekke ut essensen av det man har snakket om. I tillegg kan man åpne for videre oppfølging av samtalen i etterkant. Dette kan medføre større nærhet, og kan være relasjonsbyggende. Man må føle seg frem ut fra hvilken effekt dette har. Med denne fremgangsmåten kan pårørende hjelpes til å få kontroll på følelsene. Samarbeid kan få frem flere følelser og sider av saken. Damsgaard (2010) sier at man må vise respekt når man møter noen som har det vanskelig. Selv om vedkommende har en uakseptabel oppførsel, må dette overses. Sykepleier må velge å ikke fokusere på en oppførsel som kan være utfordrende, men heller se etter hva vedkommende mestrer. Med dette ser vi at sykepleieren blant annet må være flink til å bemerke pårørende som åpner seg i en samtale. For å oppnå en god kommunikasjon, er man avhengig av gjensidig respekt. For at partene skal samtale på et likeverdige nivå, er tillit og trygghet en forutsetning. Dette krever at man ikke avbryter hverandre, og tar tilbakemeldinger

på alvor (Raaheim, 2002). Damsgaard (2010) bemerker at hvis den andre kommer med kritikk, må man få frem hva som er årsak til kritikken, og finne ut hva man kan gjøre med det. Man skal vise ydmykhet ovenfor pårørende som kritiserer, og gi de rett i en rekke forhold de klager på. Dersom man kommer i forsvar, kan man bli for opptatt av å finne motargumenter, at man ikke oppfatter hva den andre sier. I artikkelen til Jungdal og Pedersen (2013) uttrykte en sykepleier at man måtte være imøtekommende for følelsesuttrykk, å legalisere at det er normalt å reagere. Informantene i studien oppga at det var av stor betydning å føle seg sett, hørt og inkludert, selv i en vanskelig situasjon når de ikke tok kontakt. Dette var viktig for gjensidig tillit og åpenhet. Magelssen (2008) trekker frem at et viktig forhold i sykepleien, er en atmosfære preget av trygghet og respekt. Sykepleieren må presentere seg, og si noe om rollen sin, samtidig som pårørende får rom for å presentere seg og fortelle om seg selv. Å få en avklaring om hvilke forventninger de pårørende har, gjør at sykepleier lettere kan bistå dem. Gjennom en samtale kan sykepleier innhente informasjon og danne forståelse for hva som berører den pårørende. Sykepleierens kommunikasjonsevne, sensitivitet, og bruk av kommunikasjonsteknikker er et viktig verktøy for at samtalen skal bli god for pårørende (Eide & Eide, 2007). Dersom årsaken til sinne er rettet mot helsetjenesten, må sykepleieren som er helsetjenestens representant, innrømme eller beklage feil som kan være begått. Det er viktig å unngå unnskyldninger eller bortforklaringer (Eide & Eide, 2007).

Ved å møte pårørende som er sinte og har en uakseptabel oppførsel, kan det føles nødvendig og fristende å sette grenser for hva vi kan akseptere av følelsesutbrudd på en avdeling med syke pasienter. Vi undres om dette kan gjøres uten å krenke, eller ødelegge relasjonen. Strand (1990) sier at grenser kan settes for å stoppe eller forebygge en skadelig atferd. Å gjøre det på en god måte er en kunst. Hun omtaler grensesetting i forhold til mennesker med psykiske lidelser, og at det brukes for å gi støtte og hjelp til samling. Grensesetting har en oppdragende karakter, og krever at den som setter grenser viser autoritet. Dette kan krenke motparten, og vi ser derfor at dette ikke er en god løsning. Dersom sykepleieren er autoritær ovenfor pårørende, vil det være vanskelig å danne en relasjon. Travelbee (2001) sier at begge parter må ha en erkjennelse på at de er forskjellige, for å se hverandre som to unike individer. Dette fordrer at sykepleieren ikke blir for engasjert, slik at hun ikke greier å skille egne opplevelser og erfaringer fra pårørendes opplevelse. Sykepleier må prøve å forstå den pårørende. Alsvåg (2010) sier at forståelseskunsten handler om å være tålmodighet ha tid og vise vennlighet. Ved å ikke ta seg tid til å forstå den pårørende, vil det gå ut over dens mulighet til å være delaktig. Hvis kommunikasjonen ikke fungerer, kan pårørende føle at integriteten og verdigheten krenkes. Det vil også kunne være vanskelig å danne en relasjon dersom

sykepleieren ikke møter den pårørende med oppmerksomhet.

Som vi har sett i teoridelen, kan det være mange forhold som gjør at en pårørende reagerer med sinne. Det kan være ting de ikke ønsker å dele. Vi som sykepleiere har ikke rett til å vite alt. Det er viktig at vi ikke er for pågående i dialogen, slik at den pårørende deler mer informasjon enn de selv ønsker. Dette må vi vise respekt for. Ved å møte pårørendes frustrasjon i situasjoner man som sykepleier ikke kan råde over, med en ”sånn er det bare holdning” uten å forklare hvorfor, vil pårørende ikke føle seg sett og inkludert. Det som er en selvfølge for sykepleieren, trenger ikke være selvfølgelig for den andre. Man kan heller forsøke invitere til dialog eller refleksjon, og samtidig anerkjenne virkelighetsoppfatning og opplevelse, ha evne til å se, samt verdsette forskjellene. Man skal ikke tro at man er den som kjenner sannheten (Damsgaard, 2010). Magelssen (2008) sier at alle har forskjellige bakgrunner og fortolkningsrammer. Det handler om våre kunnskaper, verdier og handlingsregler, og avgjør hvordan vi tolker det vi opplever. Man trenger ikke å være fra forskjellige land eller ha ulik etnisk bakgrunn, for å ha ulike kulturpreferanser. Man ser hverandres forskjeller lettere enn likhetene, men for å nærme seg den andre, må likhetene tydes. Gjennom å være sensitiv i møtet, hvor man har en fordomsfri, aksepterende og lyttende innstilling. Man må være til stede i situasjonen. Sykepleiere må tilpasse væremåten sin i ulike situasjoner, og være bevisst på å skille mellom privat og profesjonell (Damsgaard, 2010). Espnes og Smedslund (2009) sier at ved å være reflektert over hvordan vi selv virker på pårørende og hvordan pårørende virker på oss, vil vi bli dyktigere til å regulere oss selv i møte med krevende pasienter. Dette mener vi gjelder i møte med alle mennesker.

4.3 Empati

I de yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleieren skal vise respekt og omtanke for pårørende (Sykepleierforbund, 2011). Dette ser vi er viktig for å møte den pårørende på en god måte. Vi tenker at både negative og positive følelser kan oppstå, etter å ha fått en dialog med en sint pårørende. Ved negative følelser for den andre, er det viktig bevisstgjøre seg følelsene, og forhold ved den andre. Dette for å avdekke hva som kan hindre å opparbeide en god relasjon eller et godt samarbeid. For på tross av dette, utvikle en så god allianse med den andre som mulig. Ved å forutsi den andres adferd, kan empati gi nærhet, kontakt og forståelse, men også oppfattelse av sider som er usympatiske og truende. Noe som kan medføre at man oppfatter og forstår faresignaler, slik at man kan beskytte seg selv eller andre (Eide & Eide, 2004). Travelbee (2001) beskriver empati som en bevisst prosess for å forstå

hva som berører den andre i øyeblikket. I artikkelen til Thoresen (2013) kommer det frem at empati er en faktor for å opparbeide seg en subjektiv forståelse av andre. Både Thoresen (2013), Travelbee (2001) og Eide og Eide (2004) skriver at det som gjør forståelsen mulig, er likhetene og det man har til felles. Vi kan aldri få en fullstendig forståelse av en annen, da vi er forskjellige, men vi kan nærme oss en forståelse gjennom lignende opplevelser og erfaringer. I følge artikkelen til Thoresen (2013) mener en av kildene at det er det fremmede og kjente, som kjennetegner evnen til å forstå den andres perspektiv. En annen kilde sier derimot at det er den andres annerledeshet og fremmedhet som gjør møtet interessant, og tar avstand fra betydning av forståelser og likhet mellom mennesker, for å vise empati. Forfatteren konkluderer med at empati ikke kan forklares eller beskrives på en enkel måte, da man har med forskjellige mennesker å gjøre.

Eide og Eide (2007) sier at ved å bruke bekreftende ferdigheter, viser sykepleieren interesse og skaper trygghet og tillit. Sykepleieren kan ved bruk av egne erfaringer, uten å bli for privat, vise gjenkjennelse i det pårørende prater om. Dersom sykepleieren forteller noe som pårørende ikke gjenkjenner seg i, kan det medføre at vedkommende lukker seg. Travelbee (2001) sier at sykepleieren må sørge for at dialogen oppleves meningsfull. Thoresen (2013) viser i sin artikkel at kommunikasjonsteknikker kan ødelegge meningen som allerede eksisterer mellom mennesker, og at en person kan åpne seg mer enn ønskelig, eller mer enn situasjonen krever. Sykepleieren må være bevisst over den etiske utfordringen ved å se og forstå seg selv, i forhold til å se og forstå den andre. En hver forståelse av den andre er en fortolkning. For å kunne tolke hva som står på spill for andre er sykepleieren avhengig av kunnskaper, erfaringer og verdier. Eide og Eide (2004) skriver at sykepleieren må leve seg inn i den andres tanke- og følelsesverden, og skille den fra sin egen for å kunne vise empati. Gjennom fagkunnskap om kriser vil det være lettere å leve seg inn i hvordan en krise kan oppleves. Kjennskap til situasjonen vil gjøre det lettere å forstå hva som berører den pårørende. Vi tenker egne erfaringer vil gi en forståelse, men vi må forholde oss til den situasjonen pårørende er i, og ikke tro at vi vet hvordan de har det. Hvis sykepleieren mener å forstå, kan følelser blandes med den andres. Når empati har oppstått i et samspill med pårørende, er måten man samarbeider på forandret, og lar seg ofte ikke ødelegges. Forholdet blir aldri det samme som før empatien oppsto. Et tillitsbrudd vil skade forholdet mer, enn hvis empati ikke var oppnådd. Etter å ha oppnådd empati, vil sykepleieren dømme på grunnlag av egne erfaringer og forhold. Meningene man lager seg, dannes på grunnlag av informasjon om den andre. Sykepleierens konklusjoner er ikke alltid rettferdige. Man skal som sykepleier være bevisst på hvilke standpunkter man tar, og samtidig være klar over hva det kan gjøre

med relasjonen. I tillegg må man tenke over innvirkende forhold både hos seg selv og den andre. Målet med dette, er å forsøke å akseptere den pårørendes ulikheter. Når man har følt empati for pårørende, er det fordi sykepleieren har greid å bruke kunnskapen empatien har gitt, og brukt den for å hjelpe. Sykepleieren må ha klart å få en empatisk relasjon til pårørende for å komme videre i forholdet, med opplevelse av sympati og medfølelse (Travelbee, 2001).

4.4 Sympati og medfølelse

Evnen til å vise sympati, vokser frem ved den empatiske prosessen. I sykepleiesituasjonen definerer Travelbee sympati som en måte å tenke og føle på, som kommuniseres til en person. En holdning av dyp personlig interesse og omtanke. Ved å være personlig involvert, uten at det går ut over handlekraften. Sympati innebærer at man har et ønske om å hjelpe. Ikke på grunn av at det forventes, men fordi man ser vedkommende som en person (Eide & Eide, 2007). Et smil kan formidle velvillighet, sympati og interesse, men kan også dersom man smiler for mye, være kunstig og upersonlig. Man kan risikere å ikke bli tatt på alvor dersom det ikke er naturlig (Eide & Eide, 2007). I artikkelen til Solvoll et al. (2013) forsøkte sykepleieren å bite i seg sinnet, og skjulte følelsene sine med et smil i møte med pasientens sønn. Hun opplevde seg falsk med det påtatte smilet. Man vil i følge Travelbee (2001) aldri klare å vise sympati og medfølelse ved å skjule sin fasade, selv hvor behersket man er ved bruk av kommunikasjonsteknikker. I følge Eide og Eide (2004) blir de nonverbale uttrykkene oftes mest vektlagt. Dersom sykepleieren sier eller gjør noe hun føler er falskt, vil det gjenspeiles i kroppsspråket. Dette kan redusere tilliten, skape utrygghet og ødelegge relasjonen. Nærværet av sympati og medfølelse vil innvirke på den pårørende både fysisk og psykisk, og kan være av betydning for om de vil mestres situasjonen eller ikke. Damsgaard (2010) støtter allikevel sykepleierens valg, selv om hun følte seg falsk, da dette noen ganger er helt nødvendig. Hun sier en profesjonell væremåte innebærer å ha herredømme ovenfor sin egen oppførsel. Man må vite hvordan man virker inn på andre, samt være sensitiv ovenfor den andre. Hvis man ikke føler for vennlighet, så skal man allikevel å opptre vennlig.

Sykepleieren må være åpen og medfølende for pårørendes situasjon for å kunne skape en relasjon (Bøckmann & Kjellehold, 2010). Ved å gjenkjenne at pårørende er i en krise, ved å la de få reagere, gjennom å våge være til stede, samtidig som man viser at man aksepterer og holder ut adferden, så kan det være tilstrekkelig for å yte omsorgsfull hjelp. (Bøckmann & Kjellehold, 2010; Eide & Eide, 2007). For at personen skal føle seg akseptert, må man tone seg inn på følelsene for å vise at man forstår, ser og aksepterer. Dette kan skape tillit og dialog mellom partene, og er et godt utgangspunkt for å få personen til å åpne seg for sine tanker og

følelser (Eide & Eide, 2007). For å formidle kontakt, vise sympati og omsorg, kan berøring brukes som trøst og støtte, samt vise at man har medfølelse og forståelse for situasjonen (Eide & Eide, 2007). Hvis man har sympati og medfølelse, har man evne til å kunne tilby varme og omsorg (Travelbee, 2001).

4.5 Gjensidig forståelse og kontakt

Ved gjensidig forståelse og kontakt er menneske-til-menneske-forholdet etablert. Sammen med pårørende, har sykepleieren gjennomgått det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empati samt sympati og medfølelse. Det er en prosess som består av formidling av tanker, følelser og holdninger mellom partene. Man ser ikke hverandre som kategorier, men som to unike mennesker som verdsetter hverandres personlighet. Det handler om å ha tillit og trygghet for hverandre. Dette medfører at den pårørende lettere kan ta kontakt hvis situasjoner skulle oppstå (Travelbee, 2001). Noe vi tenker er en god forutsetning for et videre samarbeid. Når vi har oppnådd gjensidig forståelse og kontakt men den pårørende som var sint, er det viktig å ikke bryte den tilliten som er opparbeidet i prosessen. Gjennom denne relasjonen kan det være lettere å forhindre, og forebygge nye sinneutbrutt. Alvsvåg (2010) sier at støttespillere for pasienten også trenger støtte. Dette ved at helsespersonell holder hva de lover, viser engasjement, samt viser ansvar, og tar ansvar for pasient og pårørende. Det gir et godt inntrykk dersom helsepersonell lytter, hører, ser, husker og føler med den pårørende. Det viktigste er å bruke fagkunnskap sammen med å være menneskelig og samtidig utføre reflekterte handlinger.

5.0 AVSLUTNING

Vi ser at sinne er et uttrykk for noe mer enn vår forforståelse. For å se hva som ligger bak følelsene, må vi hjelpe den pårørende til å få kontroll på følelsene. Dette krever at vi er bevisst på vår egen påvirkning i møte med den pårørende. Vi skal være ydmyk i møtet, og skille mellom å være profesjonell og privat på en balansert måte. Vi må være klar over at holdninger og væremåte vil avspeiles i adferden. Man kan ubevisst krenke den pårørende. Sykepleier skal alltid være hyggelig og imøtekommende. Gode kommunikasjonsferdigheter kan være et viktig verktøy, men kan også stå i veien for en naturlig dialog. Vi ser betydningen av at sykepleieren bruker sin faglighet for å møte den sinte pårørende med respekt. Som fremtidige sykepleiere har vi et ansvar for å forhindre en utvikling av negative omtaler om pårørende på arbeidsplassen. Miljøet på avdelingen vil prege hvordan pårørende møtes. De er i en sårbar situasjon og har rett til å bli møtt på en god måte. Vi ser at dersom vi hadde brukt utenlandsk forskning, ville kanskje svarene i oppgaven vært annerledes. Møtet med den sinte pårørende kunne vi fått belyst fra flere innfallsvinkler.

5.1 Litteraturliste

Pensumlitteratur:

- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Espnes, G. A., & Smedslund, G. (2009). *Helsepsykologi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jakobsen, R. (2005). *Klar for fremtiden?: om kvalitet, endring og teamarbeid i sykepleieledelse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Magelssen, R. (2008). *Kultursensitivitet: om å finne likhetene i forskjellene*. Oslo: Akribe.
- Molven, O. (2009). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Raaheim, A. (2002). *Sosialpsykologi*. Bergen: Fagbokforl.
- Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet: psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. [Oslo]: Gyldendal.
- Aadland, E. (2011). *"Og eg ser på deg-": vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforl.

Selvvalgt litteratur:

- Alvsvåg, H. (2010). *På sporet av et dannet helsevesen: om nære pårørende og pasienters møte med helsevesenet*. Oslo: Akribe. (Antall sider: 101).
- Bergersen, G. (2013). Påstår at pasient sultet på sykehuset: pårørende er opprørt over behandling ved intermediæravdelingen på Røros sykehus. *Arbeidets rett*. doi: http://www.rett.no/lokale_nyheter/article7078586.ece (Antall sider: 1).
- Bjørkly, S. (2001). *Aggresjonens psykologi*. Oslo: Universitetsforl. (Antall sider: 29).

- Brodin, M., & Hylander, I. (2004). *Selv-følelse: å forstå seg selv og andre*. Oslo: Damm.
(Antall sider: 9).
- Bøckmann, K., & Kjellevold, A. (2010). *Pårørende i helsetjenesten: en klinisk og juridisk innføring*. Bergen: Fagbokforlaget. (Antall sider: 78).
- Damsgaard, H. L. (2010). *Den profesjonelle sykepleier*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
(Antall sider: 97).
- Eide, H., & Eide, T. (2004). *Kommunikasjon i praksis: relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk. (Antall sider: 59).
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur. (Antall sider: 16).
- Hansen, I. (2011). Interkulturell sykepleie. I F. Nortvedt, E.-A. Skaug & N. J. Kristoffersen (red.), *Grunnleggende sykepleie* (nr. 1, s. 136-202). Oslo: Gyldendal akademisk. (Antall sider: 23).
- Jensen, P., & Ulleberg, I. (2011). *Mellom ordene: kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk. (Antall sider: 13).
- Jungdal, A., & Pedersen, D. B. (2013). Pårørende til pasienter med at blive sett, hørt og medind. *SYGEPLEJERSKEN*(10), 72-82. doi:
<http://viewer.webproof.com/pageflip/345/120801/index.html - /73/> (Antall sider: 10).
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A. (2011). *Grunnleggende Sykepleie - Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar* (nr. 1). Oslo: Gyldendal akademisk. (Antall sider: 1).
- Mekki, T. E., & Tollefsen, S. (2000). *På terskelen: introduksjon til sykepleie som fag og yrke*. Oslo: Akribe. (Antall sider: 42).
- Moesmand, A. M. (2004a). Mestring og følelser. I A. M. Mosemand & A. Kjøllesdal (red.), *Å være akutt kritisk syk: om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov* (2 utg., s. 68-98). Oslo: Gyldendal Akademisk. (Antall sider: 30).

- Moesmand, A. M. (2004b). Pårørende til akutt kritisk syke. I A. M. Mosemand & A. Kjøllesdal (red.), *Å være akutt kritisk syk: om pasientenes og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov* (2 utg., s. 144-206). Oslo: Gyldendal Akademisk. (Antall sider: 62).
- Moesmand, A. M., & Kjøllesdal, A. (2004). Introduksjon om sykepleie til akutt kritisk syke. I A. M. Mosemand & A. Kjøllesdal (red.), *Å være akutt kritisk syk: om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov* (s. 17-34). Oslo: Gyldendal Akademisk. (Antall sider: 17).
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker: innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforl. (Antall sider: 29).
- Skants, P. (2008). *Omsorg i kriser: håndbok i psykososialt støttearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk. (Antall sider: 18).
- Solvoll, B-A., Ursin, G., Brinchmann, B. S., & Lindseth, A. (2013). En sykepleiers erfaringer i møte med pårørende – og seg selv. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 9(1), 82-93. doi: <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/download/2566/2412> (Antall sider: 13).
- Stubberud, D-G., & Eikeland, A. (2013). Omsorg for pårørende til den voksne pasienten. I D.-G. Stubberud (red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 165-182). Oslo: Gyldendal akademisk. (Antall sider: 17).
- Sykepleierforbund, Norsk. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*, 5-44. doi: https://http://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (Antall sider: 39).
- Thoresen, L. (2013). Empati - Ulike forståelser. *Sykepleien forskning*, 8(4), 362-367 doi: <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/1382805/empati-ulike-forstaelser> (Antall sider: 5).
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk. (Antall sider: 135).

Totalt antall sider selvvalgt litteratur: 844

5.2 Vedlegg

5.2.1 Vedlegg 1. Artikkelsøk

	Databaser	Søkt dato	Søkeord	Antall treff	Relevans
1	PubMed http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed	12.03.14	Critically ill relatives	2562	Ingen relevante treff.
			Nurse relatives patient ill	962	Ingen relevante treff.
2	SweMed+ http://svemedplus.kib.ki.se	12.03.14	Sykepleie pårørende	115	<i>"Pårørende til pasienter med at blive set, hørt og medind"</i>
		16.03.14	Pårørende	16	<i>"En sykepleiers erfaringer i møte med pårørende - og seg selv"</i>
			Alvorlig syk	4	Ingen relevante treff.
3	Sykepleien.no (fag- og forskningsarkiv) http://www.sykepleien.no	21.03.14	Pårørende	80	Ingen relevante treff.
			Empati	116	<i>"Empati – ulike forståelser"</i>
4	Idunn.no http://www.idunn.no/forside	07.03.14	Sykepleier alvorlig syk	52	Ingen relevante treff.
			Alvorlig syk pårørende	102	Ingen relevante treff.
			Pårørende	695	Ingen relevante treff.
5	Scopus http://www.scopus.com	16.03.14	Pårørende	75	Ingen relevante treff.
6	Norart http://www.nb.no/baser/norart/	16.03.14	Pårørende	464	Ingen relevante treff.

Forfatternavn, tittel og publikasjon	Formål	Forsknings-spørsmål	Nøkkelbegreper	Design utvalg	Datainnsamlingsmetode	Resultat	Konklusjoner og nye spørsmål	Anvendelse i praksis	Systematiske feil
<p>1</p> <p>¹ Betty-Ann Solvoll ² Gøril Ursin ³ Berit Støre Brinchmann ⁴ Anders Lindseth</p> <p>¹ Førsteamanuensis ² Universitetslektor ³ Professor ⁴ Professor</p> <p>- Alle ved Universitetet i Nordland</p> <p>“En sykepleiers erfaringer i møte med pårørende - og seg selv”</p>	<p>Vise hvilken betydning følelser i hendelser og erfaring, kan ha for sykepleierpraksis.</p>	<p>Ingen forsknings-spørsmål.</p>	<p>Sykepleier, pårørende, følelser, refleksjoner, kritisk undersøkende metode.</p>	<p>Pleiepersonalet ved en rehabiliteringsavdeling, deler sine etiske utfordringer og opplevelser og erfaringer, som utgjør en fortelling.</p>	<p>Dialogisk og hermeneutisk metode.</p>	<p>Man bør håndtere følelsene ved å gå i dialog med seg selv, samt tørre forholde seg til følelsene.</p>	<p>Ved utgangspunkt i fortellingene, kan man fortolke virkeligheten. Dette gjør det mulig å få forståelse av erfaringer. - Ingen nye spørsmål.</p>	<p>Sykepleiere bør være bevisst sin posisjon i møte med andre mennesker. For å forstå andre, må man først og fremst kunne forstå seg selv. Dette gjennom refleksjoner av det som føles vanskelig.</p>	<p>- Det er ikke oppgitt hvor mange som deltok ved utforming av fortellingen. - Fortellingen utspiltes kun på en reabilitertingssavdeling. - Kun etisk utfordrende opplevelser og erfaringer ble prioritert.</p>
<p>2</p> <p>¹ Anni Jungdal & ² Birthe Pedersen</p> <p>¹ Sykepleier og prosjektleder ² Lektor</p> <p>“Pårørende til pasienter med at blive set, hørt og medind”</p>	<p>Hensikten med studien var å styrke kvaliteten på sykepleien til pårørende av pasienter med bryskretf.</p>	<p>Hvordan oppleves det å være pårørende til pasienter med nyoppdaget bryskretf? Hvordan opplever sykepleierne kontakten med pårørende?</p>	<p>Ambulatorium, kvalitativ studie, onkologi, pårørende.</p>	<p>Fem mannlige pårørende i alder av 62-71 år, en datter på 33 år, og seks sykepleiere i alder av 28-51 år deltok i undersøkelsen.</p>	<p>Kvalitativt intervjustudie, med en Fememenn-logisk hermeneutisk metode.</p>	<p>- Pårørende mente at øyekontakt, å bli sett, og hørt, var av betydning for et tillitsfullt forhold til sykepleierne. - Pleierne opplevde det vanskelig å se pårørende i tillegg til pasienten</p>	<p>Pårørende bør følges opp fra diagnosestidspunktet for å støtte pasienten. Sykepleiere til pårørende må dokumenteres for å få oversikt over utførte og ikke utførte gjøremål. - Ingen nye spørsmål.</p>	<p>Sykepleiere må bli flinkere til å se pårørende som en del av pasienten, for å unngå at de utvikler helsesvikt. Sykepleiere må også bli flikere til å dokumentere forhold rundt pårørende.</p>	<p>- Få respondanter i undersøkelsen. - Flest menn som pårørende i undersøkelsen.</p>
<p>3</p> <p>Lisbeth Thoresen Førsteamanuensis</p> <p>“Etikk – ulike forståelser”</p>	<p>Å belyse ulike sider ved empatibegrepet. Forfatteren mener det er ulike oppfatninger om hva empati i møte med pasienten handler om.</p>	<p>Hvordan kan empati defineres eller forstås? Hvordan kan den empatiske forståelsen forankres i forskning? Hvilke følger har forståelsen for praksis?</p>	<p>Empati, sykehus, teori.</p>	<p>Litteraturen som artikkelen refererer til, bygger på interesse for helsefaglig litteratur.</p>	<p>Studien er basert på nærlesing av temaet.</p>	<p>Forståelse av en pasient er formet av flere faktorer hos sykepleierne. Likhet gjør forståelse mulig. Man må fokusere på å respektere pasienten, selv ved det forståelige og det som ikke er forståelig.</p>	<p>Empati lar seg ikke beskrives entydig. Det kan heller ikke de ulike menneskene vi møter. - Ingen nye spørsmål</p>	<p>Sykepleiere må være klar over at deres forståelse vil prege den empatiske relasjonen til en annet menneske. Man skal i tillegg omtale andre med respekt, selv om man ikke forstår den andre.</p>	<p>- Ingen systematiske feil.</p>