



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 17.02.11

Kandidatnr.: 5

Antall ord: 7721

Sammendrag

Bakgrunn: Sildnes (2008) skriver at i følge kreftforeningen kommer kreftantallet til å øke med nesten 30% fram til 2020, og per 2008 var det hele 26.121 personer som hadde fått diagnosen kreft.

Hensikt: Å vurdere om kommunikasjon og omsorg henger nøye sammen, og om kommunikasjon har stor innvirkning på hva pasienten mener er god og relevant omsorg. Det er brukt både faglitteratur, samt artikler hvor pasienter selv kommer med egne erfaringer innen dette området.

Metode: Oppgaven er inspirert av en systematisk litteraturstudie som er brukt. Artikkene er hentet fra Vård i Norden og Cinahl. Søkeordene som er brukt er: kreft, omsorg, kommunikasjon, coping, distress, nurse og relationship.

Resultat: Å oppnå god og positiv kommunikasjon mellom pasient og sykepleier viser seg å være svært viktig hos kreftpasientene. Kommunikasjon fremmer trygghet og tillit hos pasientene, og gjør at pasientene føler positiv omsorg fra pleierne. Sykepleierne må ta seg tid til pasientene og vise at de virkelig bryr seg. Det å la pasientene få komme med sine bekymringer, la dem få snakke, gråte, le og oppleve fellesskap med pleierne oppleves som særdeles viktig. En god og oppmerksom lytter er gull verdt.

Abstract

Background: Sildnes (2008) writes that the Norwegian Cancer Society tell us that the number of people getting cancer is going to be more than 30% in 2020. And already in 2008 there were 26.121 people with cancer.

Purpose: To see if there's a connection between communication and care, and if the communication has a positive impact on what the patient experience is good care. I used literature and articles where patients talked about their own experience in this area.

Methodology: The paper is inspired by a systematic literature review. And the articles that were used are taken from Vård i Norden and Cinahl. Keywords that were used is: kreft (cancer), omsorg (care), kommunikasjon (communication), coping, distress, nurse and relationship.

Outcome: To have a positive communication between the patient and the nurse proves to be very important for the cancer patients. Communication promotes confidence and trust with the patients, and it makes the patients experience good care from the nurses. The nurse have to take time and show the patients that they care, and that they want to listen to the patients worries and give them a shoulder to lean and cry on. A good listener is important.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	i
Abstract.....	i
1.0 Innledning.....	1
1.1 Presentasjon av tema og problemstilling.....	1
1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling.....	1
1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling.....	2
1.4 Oppgavens disposisjon	2
2.0 Teoretisk tilnærming	3
2.1 Hva er kreft.....	3
2.2 Den psykiske effekt	3
2.3 Krise	3
2.4 Tilpasningsprosessen.....	4
2.5 Kommunikasjon	4
2.5.1 Omsorgsprofesjonalitet.....	4
2.5.2 Omsorgsrasjonalitet.....	6
2.5.2.1 Bekymring og usikkerhet	6
2.5.2.2 Forståelse, bearbeidelse og motivasjon	7
2.5.2.3 Vanskelige følelser, hva gjør man med det?.....	7
2.6 Livskvalitet	8
2.6.1 Hvordan styrke livskvaliteten.....	8
2.7 Sykepleieteori	9
2.7.1 Menneske – til – menneske -forhold	9
2.7.2 Kommunikasjon	9
2.7.3 Omsorg	10
3.0 Metodedel	11
3.1 Hva er metode.....	11
3.2 Kvalitative og kvantitative metoder	11
3.3 Litteraturstudie som metode	11
3.4 Litteratursøk og valg av litteratur	12
3.5 Kildekritikk.....	13
4.0 Tidligere forskning	14
5.0 Drøfting	16
Sykepleiers kommunikasjon og omsorg med pasienten.....	16
Betydningen av mellommenneskelige forhold.....	19
Hvordan styrke livskvaliteten hos pasienter.....	20
Det hele mennesket.....	21
6.0 Avslutning	23
Referanser.....	I

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

I denne oppgaven har jeg valgt å skrive om kreftsyke pasienter og hvordan man gjennom kommunikasjon kan gi god omsorg. I denne oppgaven vil jeg se på og vurdere hva som er viktig med kommunikasjon for de som er havnet i en så forferdelig situasjon at de har fått kreft, og hvordan de mener det smitter over på omsorgen.

”Hvordan yte god omsorg til kreftsyke pasienter gjennom terapeutisk kommunikasjon?”

1.2 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Hva er egentlig god omsorg? Har måten en oppfører seg på stor og viktig innvirkning på hva pasientene mener er god omsorg, eller er det bare de forskjellige sykepleieprosessene som spiller en rolle? Går kommunikasjonen hånd i hånd med omsorg? Det kan stilles mange spørsmål rundt dette emnet, kommunikasjon og omsorg, og jeg har bestemt meg for å konsentrere meg om de pasientene som har fått diagnosen kreft. I følge kreftforeningen var det hele 26.121 personer som i 2008 som hadde kreft, og antallet kommer til å øke med nesten 30% fram mot 2020 (Sildnes, 2008). Jeg ser på dette temaet som svært sentralt i relasjon til grunnutdanningen som sykepleier, og det er noe du aldri lærer nok av.

Mennesker er forskjellige og takler ting på ulike måter, noe som gjør det ekstra utfordrende, men også veldig spennende å være sykepleier. Årsaken til at jeg har valgt å skrive om akkurat dette temaet er fordi jeg ønsker å lære mer, og kanskje utgjøre en forskjell. Du leser og ser støtt og stadig i mediene at folk klager på sykehusopphold, at de bare blir behandlet som et objekt og ikke som et subjekt og medmenneske. At sykehuspersonalet kanskje ikke tar seg tid til å forklare tilstrekkelig, godt og nøye, og at mye blir gjort i hastverk i en travel hverdag. Jeg ønsker ikke selv å bli den sykepleieren som bare tar seg av det somatiske, og ikke tenker på den psykiske biten. Jeg vil ikke være den sykepleieren pasienter tenker på som den som ikke tok seg tid, og som det ikke gikk an å prate med, eller stille spørsmål til når det var noe de lurte på. Om noen i det hele tatt skal huske meg, så vil jeg bli husket som en positiv person, en som gjorde at de ikke var fullt så ille å ligge på sykehuset og føle seg helt alene, en som betydde noe og som gjorde det lille ekstra. Omsorgen disse kreftpasientene opplever vil også ha innvirkning på livskvaliteten,

så det å ta tak i dette temaet kan virkelig ha en positiv innvirkning på livet til disse pasientene.

1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling

Jeg har bestemt meg for å ikke skrive om en bestemt krefttype, i og med at kommunikasjon og omsorg spiller en stor rolle for alle uansett sykdom. Jeg velger å fokusere på hva som er viktig i kommunikasjonsdelen for at pasientene får et positivt utbytte av en samtale. Med tanke på alder har jeg avgrenset den til voksne mennesker over 18 år.

1.4 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er bygd opp slik at første del er en teoridel og begreper, slik at leseren får en oppfatning av hva oppgaven handler om og forhåpentligvis noe forståelse av det hele. Videre er det en metodedel som består av noe teori, og hvordan jeg kom fram til de artikler jeg har valgt å bruke. Deretter kommer det en liten del hvor det står om tidligere forskning, altså om de artiklene jeg har valgt å bruke. I drøftingsdelen vil jeg se om det er noen sammenheng mellom litteraturen jeg har funnet og forskningen i de artiklene jeg har tatt med. I tillegg har jeg valgt å ta med litt av Travelbees og Martinsens sykepleieteorier. Til slutt kommer det avslutning og referanseliste.

2.0 Teoretisk tilnærming

2.1 Hva er kreft

Kreft er en fellesbetegnelse på alle mulige kreftsykdommer. Kroppen produserer hele tiden nye celler, og når noen celler dør eller blir syke, blir de byttet ut med nye. Men når et menneske får kreft oppstår det en feil, slik at kreftcellene ikke gjør oppgaven de normalt sett skulle ha gjort. Cellene begynner å dele seg ukontrollert, og det dannes en kreftsvulst (Kreftforeningen, 2009).

2.2 Den psykiske effekt

I forbindelse med at et menneske får diagnosen kreft påvirkes også den psykiske tilstanden. I dagligtalen omtales dette gjerne som depresjon. En kan oppleve fortvilelse, håpløshet, tretthet, irritasjon og nedsatt konsentrasjon. Men dette er normale fenomener som alle mennesker opplever i ulik grad gjennom livet. En helt annen sak er diagnosen depresjon, som skal forstås som en type sykdom eller psykisk lidelse, og som er varig. Selve ordet depresjon er latinsk og kommer fra verbet deprimere, som betyr å presse ned (Eknes, 2006).

2.3 Krise

Krise kan defineres som;

En indre forstyrrelse som forårsakes av en stressende hendelse eller en opplevelse av at selvbildet og selvaktelsen trues. Individets vanlige mestringsmåter viser seg å være ineffektive når det gjelder å hankses med denne trusselen. Individet opplever derfor en økende angst. Trusselen eller den utløsende årsak kan vanligvis identifiseres. Denne har gjerne opptrådt dager eller uker før krisen. Av og til ser individet trusselen i sammenheng med den aktuelle krisesituasjon – andre ganger ikke (Hummelvoll, 2004, s. 463).

Når det oppstår en krise, vekkes det sterke følelser som for eksempel angst, depresjon, tåreflom, redsel, dyp fortvilelse eller hjelpeløshet (Hummelvoll, 2004). Det er helt normalt at når en krise oppstår kan man bli deprimert. En person som opplever en krise kan få hele

livet snudd på hodet og det kan være vanskelig å se løsninger og muligheter. Hvis det går så langt som dette kan det å gå til en terapeut være til god hjelp for dette mennesket (Renolen, 2008).

2.4 Tilpasningsprosessen

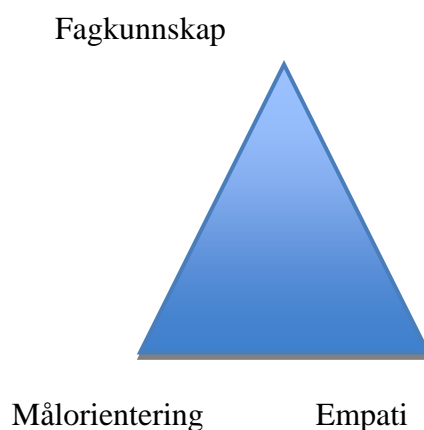
Når en får beskjeden om at en har fått kreft, dukker det opp mange negative følelsesmessige reaksjoner. Det er normalt at i det en får vite at en har fått kreft får pasienten sjokk og opplever situasjonen som uvirkelig. Etter dette følger det også normalt sett en fase hvor en er preget av følelsesmessige reaksjoner som fortvilelse, angst, irritasjon, søvnproblemer, nedsatt appetitt og svingende konsentrasjonsproblemer. Disse symptomene vil som oftest avta med hjelp og støtte fra venner og familie, selv om det alltid er noen som kan slite med både depresjon og angst i ettertid (Zachariae & Mehlsen, 2004).

Etter som ting forandres i livet vil vi som regel prøve å tilpasse oss den nye situasjonen. Tilpassingsprosessen er en del av utviklingsprosessen hvor mennesket lærer seg nye metoder og måter å forholde seg til situasjonen en har havnet i (Zachariae & Mehlsen, 2004).

2.5 Kommunikasjon

2.5.1 Omsorgsprofesjonalitet

I tråd med å vise omsorg og se behovet til en pasient kan en se på disse tre stikkordene: (Omsorgsprofesjonalitet – figur)



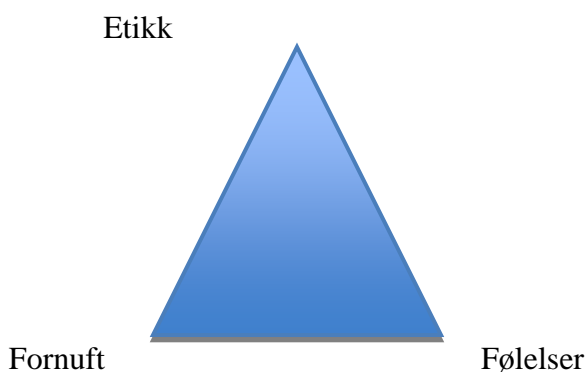
Å ha empati vil si å sette seg inn i andres situasjoner, forstå den og vise evne til å lytte. Slik en bruker begrepet i sykepleiesammenheng er empati i en profesjonell sammenheng det å kunne kommunisere tilbake, enten det gjøres verbalt, nonverbalt eller gjennom handling. Pasienter kommuniserer ofte indirekte, så empati er en svært sentral del av kommunikasjonen. Negative følelser smitter veldig lett over på andre, og dersom en sykepleier møter en trist eller engstelig pasient som virker negativ, er det lett for sykepleieren å bli ”smittet”. Men en kan i midlertidig trenes opp til å forholde seg positiv selv om andre er negative (Eide & Eide, 2007). Empati kan skilles i to, den affektive og den kognitive empatien. Den affektive empatien vil si det å leve seg inn i andres følelser og opplevelser. Mens den kognitive vil være det å konsentrere handlingen til det som er avhengig av fantasi, intelligens og hukommelse. Men en må ha både affektiv og kognitiv empati for å forstå hvordan pasienten har det helhetlig (Eide & Eide, 2007).

Fagkunnskap er det andre nøkkelordet som blir nevnt. For å oppfatte hva pasienten føler og tenker må man ha kunnskap om tilstand og situasjon. Så her ser man hvor tett knyttet fagkunnskap og empati er. Fagkunnskap er også viktig i praksis, for eksempel når det kommer til symptomstring. Man må vite hva man skal spørre om, og hva man skal se etter (Eide & Eide, 2007).

Det siste nøkkelordet for omsorgsfull, hjelpende kommunikasjon er målorientering. Altså evnen og viljen en har til å la kommunikasjonen bli styrt av yrkesrollens mål, som å gi hjelp og god omsorg. For å få best mulig resultater må en finne ut hva pasienten har behov for, men en må også huske at pasienten har rett på selvbestemmelse og autonomi (Eide & Eide, 2007).

2.5.2 Omsorgsrasjonalitet

Om en etisk bevisst grunnholdning som reflekterer over andres og egne følelser, bruker vi begrepet omsorgsrasjonalitet.



Når en snakker om fornuft forbinder en det ofte med noe kaldt, rettlinjet og hardt. Men her vil jeg legge til grunn at det også kan være noe varmt, pendlende og mykt. Følelser er nøkkelordet når det kommer til å forstå andre, reflektere over handlingsvalget og planlegge god omsorg. For å ha en moden dømmekraft og selvinnsikt, er fornuft en vesentlig faktor. Når det kommer til etikk, spiller fornuft og følelser en viktig rolle sammen (Eide & Eide, 2007).

Det å dra inn ordet følelse i denne sammenhengen er kanskje ikke helt forståelig. Men om en tenker seg om, har følelser en hel del å si når det er behov for å hjelpe noen, i og med at det ofte er mennesker som er følelsesmessig utsatt og sårbare som en prøver å hjelpe. Mennesker man hjelper har følelser, og at de får anledning til samtale og ”prate ut” kan hjelpe og får også kanskje fram følelser i en selv, og selve kommunikasjonen påvirkes av dette (Eide & Eide, 2007).

2.5.2.1 Bekymring og usikkerhet

Om hjelperen kan sette seg inn i pasientens situasjon og virkelig forstå er vesentlig for pasienten, og noe de er engstelige for ikke skjer. Og som hjelper kan det fort virke som pasienten kommer med kritikk, mens det egentlig bare viser usikkerheten og behovet for å vite at det faktisk går an å få hjelp. Bekymringer som dette må tas tak i, slik at pasienten kan føle seg sikker (Eide & Eide, 2007).

2.5.2.2 Forståelse, bearbeidelse og motivasjon

Når pasienten blir trygg på hjelperen vil følelser slippes løs, og han eller hun vil være mer åpen. Det å forstå andres følelser og snakke om de er en viktig del av kommunikasjonen, for hjelperen kan få en bedre forståelse av situasjonen pasienten er oppi, det kan ha en terapeutisk effekt, og det kan hjelpe pasienten til å få større innsikt i situasjonen og skape et grunnlag for mestring, motivasjon og fremtidige valg. Valg som blir tatt er ofte basert på følelser, og negative følelser kan få en til å gjøre valg som en innerst inne vet en ikke burde ha tatt (Eide & Eide, 2007).

2.5.2.3 Vanskelige følelser, hva gjør man med det?

Det at en pasient har vanskelige og sammensatte følelser er ikke noe hjelperen skal fjerne, men en skal være der for pasienten og respektere dens følelser. Hjelperen må ikke vurdere, men tone seg inn på følelsene, slik at pasienten ser at man forstår og viser at det er greit. Dette gir en tillitsfølelse hos pasienten, og kan få en dialog i gang.

Omsorgsrasjonalitet forutsetter at hjelperen kan være bevisst på egne følelser, slik at fornuften råder, og at en ikke handler bare ut fra følelsene. Bevisst eller ubevisst kan en lett påvirkes av sine egne følelser, for eksempel hvis en pasient virker sur og gretten, og hjelperen dermed vil bruke minst mulig tid med denne pasienten (Eide & Eide, 2007).

Etikk er et viktig aspekt, og å være etisk bevisst på noe vil si å handle etter det som er faglig og moralsk rett, og en må se på både normer og verdier. Definisjonen på etikk kan ses på som en systematisk refleksjon over moralske problemer og sammenhenger. Når det kommer til etisk kommunikasjon, dukker det opp tre spørsmål. Det første er hvordan du bør forholde deg til de man kommuniserer med. Mennesket er et sårbart vesen, og en har derfor et moralsk ansvar for å opptre hensynsfullt. Og som helsearbeider vil det si at en må klare å sette sine egne problemer og behov til side for å kunne hjelpe andre. Spørsmål to som dukker opp gjelder rettferdighet. Hvordan en skal fordele tid og ressurser mellom de som trenger det? I helsevesenet må en stadig prioritere, og en ser ofte på rettferdighet som lik behandling til alle. Men rettferdighet er å behandle like tilfeller likt, og ulike tilfeller ulikt. Det siste spørsmålet handler om hvordan man kan tenke etisk i praksis. I den anledning må det stilles en rekke spørsmål som for eksempel hvilke verdier som står på

spill. For at en hjelper skal føle seg trygg i sin rolle, er etisk refleksjon viktig for at de beslutningene man tar er så velbegrunnet som mulig (Eide & Eide, 2007).

2.6 Livskvalitet

Livskvalitet kan defineres på mange forskjellige måter, men jeg har valgt å se på definisjonen som Næss laget i 2001;

Livskvalitet er å ha det godt – å ha gode følelser og positive vurderinger av eget liv. Gode følelser forstås som glede, engasjement og kjærlighet. Positive vurderinger forstås som tilfredshet, selvrespekt og opplevelse av mening (Wahl & Hanestad, 2007 s. 31).

Rustøen (2001) skriver om en undersøkelse som ble gjort blant 200 norske sykepleiere i kreftomsorgen, og hvor målet var å finne ut hva de trengte mer kunnskaper om. Og livskvalitet var det emnet de mente pekte seg særlig ut. Det har også blitt gjort en lignende studie i Canada og USA, og også her er det livskvalitet de mener er det viktigste å forske på. Grunnen til dette kan være at i og med at kreftsyke mennesker ofte lever lenge med sykdommen, setter dette store krav til sykepleierne som skal jobbe med dem. Å rette oppmerksomheten mot livskvalitet i en vanskelig periode av livet kan føre tankene over til noe positivt.

Det er også gjort studier på om sykepleierne undervurderer livskvaliteten til pasienten, og funnet viser at de gjør dette. Men studier som er gjort av mennesker som har fått en nyoppdaget kreftdiagnose viser at mange faktisk har fått bedre livskvalitet enn hva de hadde før, i og med at de får et nytt syn på livet, og man setter mer pris på familie og venner. Fysiske smerter og ubehag trenger nødvendigvis ikke å ha innvirkning på livskvaliteten, og Rustøen nevner en studie som ble gjort av kreftsyke mennesker hvor de hadde god livskvalitet selv med fysiske plager (Rustøen, 2001).

2.6.1 Hvordan styrke livskvaliteten

Rustøen (2001) skriver om livskvaliteten, og har en inndeling i forskjellige kategorier som viser hvordan en kan bedre livskvaliteten.

Innen det psykologiske og åndelige området kan behandling av sykdommen, symptomer og bivirkninger fremme livskvaliteten. Andre ting som også kan hjelpe til å få bedre livskvalitet er å gi mer informasjon, følelsesmessig støtte, la pasienten få fortelle samt oppmuntre til trening i mestringsferdigheter.

Innen det sosio-økonomiske området må en se på pasientens økonomiske konsekvenser av sykdommen, og selv om en kanskje ikke trenger noe der og da, så er det viktig at en sykepleier viser til forskjellige hjelpende instanser.

I familieområdet ser en at de med mange rundt seg ofte har større livskvalitet enn de som for eksempel bor alene. Kartlegging av pasientens sosiale nettverk er derfor en viktig oppgave for sykepleieren.

2.7 Sykepleieteori

2.7.1 Menneske – til – menneske -forhold

Joyce Travelbee (1926-1973) skriver at ved å etablere et menneske – til – menneske – forhold, kan en oppnå sykepleiens mål og hensikt, men sykepleierens atferd vil ha mye å si for om dette kan bli realisert.

Et menneske – til – menneske –forhold” er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de(n) hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke eller familien hans) får sine behov ivaretatt (Travelbee, 2001, s. 177).

Det er også viktig å ha empati for en pasient, og dette kan ses på som en opplevelse av å forstå (Travelbee, 2001).

2.7.2 Kommunikasjon

Joyce Travelbee mener at all interaksjon mellom sykepleier og pasient er kommunikasjon, og at sykepleieren skal klare å se hele mennesket i hver eneste pasient. I samtalen med pasienten skal sykepleieren klare å forstå hva den syke kommuniserer, og videre kunne bruke dette under intervusjonene. Innholdet i kommunikasjonen er det som kan hjelpe den syke pasienten med å mestre sykdommen/lidelsen, eller forsterke opplevelsen av isolasjon

og å være alene. Sykepleierens samtale bør ha en mening for pasienten, den skal altså tilpasses den sykes behov. Både om hva som blir sagt, og på hvilken måte det blir sagt. Kommunikasjon kan ses på som meddeling eller overføring av tanker og følelser. Men bevisst meddeler en pasient ikke slike ting dersom en ikke vet om det blir godtatt, og ikke avvist, ignorert, nedvurdert eller latterliggjort. Og selv om en person kan virke eller oppleves som frastøtende skal han likevel behandles med respekt, og ofte vil det nok være akkurat denne personen som trenger anerkjennelse og å bli virkelig behandlet som et menneske (Travelbee, 2001).

2.7.3 Omsorg

Kari Martinsen skriver at; ”omsorg har med hvordan vi forholder oss til hverandre, hvordan vi viser omtanke for hverandre i vårt praktiske dagligliv” (Kristoffersen, 2005, s. 62). Hun skriver også om noen fundamentale kvaliteter, og den første handler om at omsorg er en sosial relasjon, med andre ord at det har med fellesskap og solidaritet med andre å gjøre. Den andre handler om at omsorg har med forståelse med andre å gjøre, samt å gjøre ting for og med andre. Her kan det altså bli en felles erfaring, noe som gjør det lettere å forholde seg til den andres situasjon. Den siste handler om at omsorgen må være ekte, noe som vil si at en må forholde seg til en annen ut i fra en annens og egen holdning. Martinsen mener også at det som kjennetegner omsorg kommer fram ved aktiv handling som er til det beste for den andre. Det er måten sykepleieren handler og møter pasienten på. Pasientens livsmot kan fremmes dersom sykepleieren skåner ham for påkjenninger og tar vare på hans livsmuligheter (Kristoffersen, 2005).

3.0 Metodedel

3.1 Hva er metode

Aubert definerer 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, 2006, s. 71).

Og Tranøy definerer metode som ”en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare” (Dalland, 2006, s. 71).

3.2 Kvalitative og kvantitative metoder

Med kvantitative metoder menes det å finne informasjon som er målbare, og det som gir dem mulighet til å foreta regneoperasjoner, som for eksempel finne prosenten av en mengde, eller å finne gjennomsnittet av en større mengde.

Mens kvalitative metoder derimot ikke fokuserer på det målbare, men mer tar opp mening og opplevelse. Selv om metodene er svært forskjellige så har de et felles mål, og det er å finne ut hvilket samfunn vi lever i, og hvordan samhandlingen er (Dalland, 2006).

3.3 Litteraturstudie som metode

Det finnes ulike typer av litteraturstudier slik som allmenn litteraturstudie, systematisk litteraturstudie og begrepsanalyse. Denne oppgaven er mest inspirert av en systematisk litteraturstudie, noe som vil si at en trenger studier av god kvalitet som kan gi et godt underlag for vurderingen og konklusjoner. Mulrow og Oxman definerer en systematisk litteraturstudie som at studien skal gjennomføres systematisk ved å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning som skal besvare et tydelig formulert spørsmål. Hva som ligger innenfor den systematiske litteraturstudien er litteratur som er nøye vurdert innen et bestemt problemområde. Det er ingen regler for hvor mange studier en har med, men det bør fokuseres på nyere forskning. Noen forskere mener at kvalitative studier bør bli tatt med, i og med at pasientens opplevelse er såpass viktig innen sykepleien. Litteraturen som blir brukt bygger på vitenskaplige rapporter eller vitenskaplige tidsskriftsartikler (Forsberg & Wengström, 2008).

3.4 Litteratursøk og valg av litteratur

For å finne passende artikler til min oppgave brukte jeg søkemotorene Vård i Norden, Cinahl og SveMed+. Men det var i Vård i Norden og Cinahl jeg fant artiklene jeg til slutt valgte å bruke, i og med at det var disse to som hadde flest relevante artikler for min oppgave. Vård i Norden er en søkemotor som kun består av sykepleievitenskaplige artikler. Cinahl er en søkemotor som også inneholder helselitteratur.

I Vård i Norden valgte jeg å bruke disse søkeordene:

Kreft
kreft + omsorg
kreftomsorg
kreft + kommunikasjon

Mens i Cinahl brukte jeg disse søkeordene:

Cancer + coping
cancer + coping + distress
cancer + communication
cancer + caring + nurse
cancer + caring + communication
cancer + caring + relationship

Jeg valgte å bruke flere søkeord sammen slik at funnet på artikler ble mindre og mer spesifikke. "Do nurses and cancer patients agree on cancer patient's coping resources, emotional distress and quality of life" og "Caring in nursing: Investigating the meaning of caring from the perspective of cancer patients in Beijing, China", fant jeg i Cinahl ved å søke på cancer + coping, men da kom det opp hele 2622 treff. For å minske funnene valgte jeg kun å få fram de med full tekst og innen år 2005-2010, noe som resulterte i 423 funn. For å minske funnet enda litt til valgte jeg å legge til ordet "nurses", og da ble det 57 funn. Deretter så jeg først og fremst på artiklenes overskrifter, for deretter å se gjennom de jeg oppfattet som mest sentrale for min oppgave. "A caring relationship with people who have

cancer”, fant jeg ved å søke på cancer + caring + relationship. Jeg fikk opp 55 funn, men ved å velge kun de med full tekst fikk jeg opp 28 funn.

”Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienten ser det”, fant jeg ved å bruke Vård i Norden. Jeg brukte søkeord som omsorg, og da kom det opp 196 funn, men da jeg brukte både omsorg + sykepleier ble det 61 funn. Deretter så jeg gjennom listen etter passende artikler, og endte opp med akkurat denne.

Den siste artikkelen ”Essensielle fenomen i kreftomsorga”, fant jeg også ved å bruke Vård i Norden. Jeg brukte søkeord som kreft + omsorg, og da kom det opp 15 funn. Så prøvde jeg meg på å bare skrive kreftomsorg, og da kom det bare 2 funn, noe som gjorde saken rimelig enkel. Artikkelen er skrevet i 2003, og kan da virke litt gammel. Men jeg velger å bruke denne da jeg finner artikkelens innhold svært sentralt enda.

3.5 Kildekritikk

Det som menes med kildekritikk er at en skal være kritisk og vurdere den litteraturen en velger å bruke (Dalland, 2006). Ingen bøker eller artikler jeg har brukt i denne oppgaven er eldre enn fra 2001, og det er gjort slik at jeg vet at resultatene er mest mulig oppdatert. De fagbøker og artikler jeg har valgt å bruke har jeg valgt ut fra fokuset i oppgaven.

4.0 Tidligere forskning

Her vil jeg vise til tidligere forskning som jeg tar opp i drøftingsdelen. ”Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienten ser det”, er en kvalitativ studie som stilte spørsmålet om pasientene mente sykepleierne var omsorgsfulle, og det ble tatt intervju av 20 kreftpasienter. Pasientene mente sykepleierne gav god omsorg, men at det alltid var en eller to som skilte seg positivt ut. Hva som gjorde de til ekstra omsorgsfulle sykepleiere var ikke tiden de brukte med pasientene, men at de viste at de brydde seg om hvordan han/hun hadde det. De som tok seg tid til å slå av en prat, eller gjøre ”det lille ekstra” i hverdagen. Og denne omsorgen gav pasientene tillitt og trygghet (Kvåle, 2006).

I en kvalitativ studie, ”Essensielle fenomen i kreftomsorga”, der syv kvinner og fem menn som alle hadde en kreftdiagnose ble intervjuet, ble tema som hvordan det var å leve med kreft, hverdagen, hjelpebehov, hjelpetilbud og møtet med hjelpeapparatet tatt opp. Funnet i artikkelen viser at det er viktig med et omsorgstilbud i tillegg til det medisinske, og at dette spiller en stor rolle med tanke på livskvaliteten. Tid var også et nøkkelord for disse pasientene, da de følte at de trengte nok tid på å presentere sine behov. Og dersom de ikke fikk den støtten de trengte, kunne det virke som mangel på empati (Halding, 2003).

”Do nurses and cancer patients agree on cancer patient’s coping resources, emotional distress and quality of life”, er en kvantitativ artikkel der målet var å se om sykepleiere og pasienter ser på pasientens mestrings-ressurser, emosjonell nød og livskvalitet på den samme måte. Funnet i artikkelen viser at sykepleierne trodde pasientene hadde mindre/dårligere mestrings-ressurser enn pasientene selv mente. Studien viste også at sykepleierne trodde pasientene hadde mer av angst og depresjon, i tillegg til dårligere livskvalitet enn pasientene selv mente. Sykepleierne undervurderte også pasientene når det gjaldt spørsmålet om pasienten var i nød, og det samme gjaldt også spørsmålet om livskvalitet. Sykepleieren som overvurderte om pasienten følte nød var også den mest sannsynlige til å undervurdere pasientens evne til å takle situasjonen (Mårtensson, Carlsson & Lampic, 2007).

En kvalitativ artikkel, ”Caring in nursing: investigating the meaning of caring from the perspective of cancer patients in Beijing, China”, som viser funn fra intervjuer tatt av 20 kreftpasienter viser at kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient er svært viktig.

Sykepleierens humør og holdning hadde en stor effekt på pasienten. Pasientene skjulte ofte sine følelser, for de ville ikke at familien rundt dem skulle se hvor vondt de egentlig hadde det, og de mente at sykepleierne var nødt til å se hver pasient som et enkelt individ. At alle trenger psykisk støtte, selv om det ikke alltid synes (Liu, Mok & Wong, 2006).

I en kvalitativ artikkel, "A caring relationship with people who have cancer", er 4 menn og 4 kvinner, som alle hadde en bachelorgrad innen sykepleie, og som i tillegg hadde et gjennomsnitt på 7 års erfaring som kreftsykepleier intervjuet. Funnene viste at nærhet til kreftsyke pasienter krevde sykepleiere som maktet å være til stede, lytte og vise medfølelse. Men til tider kunne det nære forholdet til pasienten også være frustrerende, spesielt når de kom opp i situasjoner en ikke kunne håndtere, og som var ute av kontroll. Men det å jobbe blant mennesker med kreft gav også disse sykepleierne et annet perspektiv på livet (Iranmanesh, Axelsson, Sävenstedt & Häggström, 2009).

5.0 Drøfting

Sykepleiers kommunikasjon og omsorg med pasienten

Hvordan en kommuniserer med kreftsyke pasienter er av stor betydning. En sykepleiers holdning og humør smitter over på pasientene, så derfor er det viktig at en tar seg tid til å lytte, og samtidig ha gode kunnskaper om det pasienten gjennomgår. Omsorg er også en viktig egenskap, og også viktig for kommunikasjonen. Begrepene omsorg og kommunikasjon går hånd i hånd, for uten god kommunikasjon kan en heller ikke yte god omsorg. Det er ikke alltid tiden i seg selv som teller, men hva du velger å gjøre med den. Kreftsyke pasienter er veldig sårbare, og hva som blir gjort og sagt har stor innvirkning på både pasients og pleiers syn på omsorg.

Eide og Eide (2007) hevder at de tre stikkordene som skal til for å gi god omsorg er fagkunnskap, empati og målorientering (Jf. 2.5.1). Og Travelbee (2001) forsterker dette når hun skriver at det er innholdet i kommunikasjonen som hjelper pasienten (Jf. 2.7.2).

Eide og Eide (2007) viser til etikk, fornuft og følelser, og at også disse områdene spiller en stor rolle innen kommunikasjon. De sier også at pasientens frustrasjon av og til kan føles som kritikk for hjelperen, men at det i virkeligheten ofte er et rop om hjelp. Og en kan ikke forvente at en pasient skal snakke om vanskelige emner dersom en ikke har blitt trygg på den han skal prate med. Dialogen kan ikke få en skikkelig start før sykepleieren har fått pasienten til å se at en virkelig bryr seg, ønsker å lytte og hjelpe. Hos en sykepleier må fornuften alltid komme foran egne følelser, og en må handle ut fra det som er etisk riktig. Selv om kreftsyke pasienter er "i samme båt", så er de likevel ulike. Og det er derfor en må huske å behandle like tilfeller likt, og de ulike tilfeller ulikt (Jf. 2.5.2.1, 2.5.2.2 & 2.5.2.3).

Det finnes ingen definisjon på hva som oppleves som, eller er, likhet når et menneske er langt nede. Noen tåler mer enn andre, og du kan være rimelig direkte i din tale. Du kan kalle en spade for en spade, og pasienten oppfatter denne ærlige dialogen som det rette. Andre vil streve med å ta realitetene inn over seg. De ønsker ikke å snakke direkte om sykdommen og konsekvenser av denne. Det betyr at sykepleieren må prøve å sense hva som er rett for den enkelte. Hvert menneske er et individ, men individuelle særegenheter, og dette må gjenspeiles i måten vi som sykepleiere skal møte dem. Dette vil kreve en viss

grad av "fingerspitzgefühl" og evne til å lese og forstå et medmenneske. Her vil vi alle stille med ulike forutsetninger, men alle vil uansett kunne forbedre seg. Pasienten vil uansett merke om du går inn i samværet og dialogen med ekte varme og ønske om forståelse. Som sykepleiere kan vi også lære av hverandre. De av oss som er "født med" denne evnen til å komme inn på mennesker på en positiv måte, bør og kan være et forbilde for oss andre. Livslang læring blir da et vesentlig moment.

Artikkelen skrevet av Halding (2003) la hovedvekt på ordet tid. Pasientene så på tiden som det kanskje viktigste av god omsorg. De trengte mer enn bare noen minutter til å stille spørsmål, eller bare prate litt. Og de mente at det var dette som la grunnlaget for hvor god omsorg sykepleierne egentlig gav. Men funnet i artikkelen gikk også ut på at pasienter følte seg alene med sykdommen, både før og etter behandlingen. Det fantes mange hjelpetilbud, men at de måtte fikse og finne ut av alt selv var en stor påkjenning. Noen følte også at de fikk for lite informasjon, og at de ofte måtte be om å få dette.

I studien til Liu med flere (2006) var det lagt stor vekt på både den verbale og nonverbale kommunikasjonen. Hvordan en sykepleier oppførte seg og hans/hennes humør hadde stor innvirkning på pasienten. Pasientene mente det var fordi de var i en sårbar situasjon hvor negativ kommunikasjon ville gjøre situasjonen enda verre.

I Iranmanesh med flere (2009) sin studie var det sykepleiere som ble intervjuet. Og de mente at det kunne være svært utfordrende å pleie kreftpasienter, i og med at de ikke alltid følte de kunne gjøre noe for pasienten. Men selv mente de også at pasientens tilstand krevde at sykepleieren måtte vise medfølelse og lytte, og at det å få jobbe med disse menneskene gav dem et annerledes og utvidet syn på livet.

Kvåle (2006) skriver at pasientene sier at det var en slags relasjon mellom dem og sykepleierne. Allerede i det første møtet ble de godt kjent med hverandre, da de faktisk begynte å fortelle litt om sine privatliv. De nevnte også at de satte stor pris på når sykepleier tok seg tid til å gi informasjon og forklare. Og noen pasienter mente at det virket som sykepleierne var håndplukket, for de var alle helt fantastiske. At de faktisk viser at de brydde seg var ubeskrivelig. Men igjen var det et par sykepleiere som skilte seg positivt ut. Pasientene sa også det at de følte de fikk god omsorg da sykepleierne gav informasjon om ulike praktiske forhold, sykdommen og behandlingen. Denne informasjonen gav pasienten følelsen av trygghet, noe som er en forutsetning for disse pasientene.

Det stilles visse kriterier til hva som er god kommunikasjon, og en kan se at teorien stort sett stemmer overens med det som blir gjort i de forskjellige studiene som er tatt med. De fire artiklene har samme fokus, og funnene er stort sett de samme. Tid, humør, ”det lille ekstra” og det at de brydde seg. Og når en ser på artikkelen hvor det var sykepleiere som ble intervjuet, så ble det egentlig sagt det samme av dem. Det med å vise medfølelse og lytte til den syke. Det er selvsagt noen som stikker seg ut da de føler mangel på både tid og informasjon, noe som fører til en ekstra påkjenning.

Kari Martinsen sier at en skal handle slik det er best for pasienten, og at en skal ta vare på pasientens livsmuligheter (Jf. 273). For at en skal vise omsorg for noen må den være ekte. Pasienten kan lett gjennomskue om en sykepleier virkelig bryr seg eller bare later som. Sykepleieren må vise interesse og virkelig sette seg inn i pasientens situasjon. Ved å sette seg inn i pasientens situasjon må en også tenke over hvordan en selv ville blitt behandlet. En ville aldri ha følt å ha fått ekte og god omsorg dersom en sykepleier egentlig hadde handlet ut fra egen interesse, og ikke i pasientens.

Jeg har også selv erfart, i praksisperioder, at sykepleierne har det svært travelt. Og enkelte har vært usikre på hvordan den lille tiden de har skal strekke til alt som skal gjøres. Men selv om man har dårlig tid, er det viktig å bruke den tiden man har godt nok. Pasienter har ofte sagt hvor takknemlige de er for ting som blir gjort, og som ofte blir sett på som ”småting” av pleierne. Jeg har også kunnet merke det på humøret til enkelte pasienter, når de føler de blir hørt. Travelbee (2001) sier kommunikasjon er til stede med en gang det er en pasient og en sykepleier tilstede, selv om det ikke nødvendigvis er verbal kommunikasjon. Jeg opplevde selv i løpet av en praksisperiode hvordan det var å lykkes i samvær og kommunikasjon, og hvordan dette ble sett på som omsorg. I åtte uker hadde jeg hatt ansvaret for en spesiell pasient som var kreftsyk. All tid jeg hadde tilgjengelig brukte jeg med denne pasienten, og gang på gang ble jeg fortalt hvor snill og god jeg var. Men etter jeg var sluttet, kom et familiemedlem av denne kreftsyke pasienten og fortalte meg at pasienten hadde grått en dag, og når de spurte henne hva som var galt hadde hun svart; ”Engelen min er borte”. Og det viste seg at denne ”engelen” var meg. Jeg hadde vist at jeg brydde meg om pasienten som person, tok med tid til å prate, men også å lytte. Og selv om sykepleiere kanskje ikke har så god tid som jeg hadde som student til å bruke tid med alle pasientene, så tror jeg likevel at litt tid er bedre en ingenting, og denne tiden kan utgjøre en stor forskjell.

Det som er ”faren” ved å skape et slikt tett forhold til en pasient når en er student, er at en ikke tenker på at samværet med pasienten bare varer i en kort periode og at en snart ikke er der for pasienten lenger. Blir det et tomrom for pasienten når du kanskje har fått et nært forhold til denne og så plutselig er borte? Eller har denne korte, og forhåpentligvis, positive tiden bare vært et lyspunkt i tilværelsen? Det viktige for en selv antar jeg er at en er klar over problemstillingen, og også har evnen til å vurdere den enkelte pasient for å se hvor ”tett på” en bør komme.

Betydningen av mellommenneskelige forhold

Det å ha et menneske – til – menneske –forhold er svært viktig for at en pasient skal føle god omsorg og føle seg verdsatt. At en ikke bare blir sett på som den syke, men at en faktisk blir sett på som en person. Travelbee (2001) mener at et menneske – til – menneske –forhold kan ha stor virkning på målet til sykepleieren (Jf. 2.7.1). Men det får også pasientene til å få sine behov ivaretatt.

For å vise at dette er det som virkelig fungerer i praksis viser jeg til artikkelen skrevet av Kvåle (2006), hvor man kan se at Travelbee’s tenkning kommer klart fram. Her sier pasientene at de føler seg godt tatt vare på når sykepleieren klarer å se dem som personer og enkeltindivider, og ikke bare som den kreftsyke. Det er altså et menneske – til – menneske –forhold, og ikke et sykepleier – pasient forhold. I studien blir det nevnt av pasientene at sykepleierne husker deg og hva du driver med, og ikke bare tenker på kuren du er inne for å få. Disse omtensomme relasjonene får pasientene til å føle seg vel. I studien til Halding (2003) kommer det også fram at pasientene satt stor pris på å bli sett på som et medmenneske med følelser, og ikke bare den syke. Og denne relasjonen gjorde at enkelte pasienter følte de klarte å bevare kreftene sine i vanskelige perioder i livene sine.

Jeg vil også vise til en bok kalt ”Sammen til verdens ende” skrevet av kreftsyke Tone, og ektemannen Espen Simonsen (2010). Tone har kreft, og hun skiver om pasient – pleier – forhold. Hun skriver om seg selv som pasient, og hun mener at informasjon er noe av det viktigste på et sykehus. Pasienter føler seg ofte utrygge, men det at en sykepleier setter seg ned, forklarer og tar imot spørsmål kan hjelpe veldig på en slik situasjon. Tone skriver også at legene gjør en utrolig jobb, men at det er sykepleierne som står for mesteparten av

nærheten. Det er de som setter seg ned med deg om du trenger en hånd å holde i, eller trenger hjelp til å tørke deg etter en dusj eller gråter med deg over smerten.

Det å skape et menneske – til – menneske –forhold betyr ikke at en sykepleier bare skal være en venn, men en må klare å kombinere det med å ha en profesjonell rolle. Faren ved å være for mye venn og for lite profesjonell, er at en kan dra med seg problemstillingen fra jobb og til sitt private liv, noe som kan føre til utbrenthet. Blant politi og brannmenn bruker en ofte ”debreefing”. Det betyr å ha en samtale med en annen kollega etter en hendelse som har gått sterkt innpå en. Jeg vet ikke i hvilken grad dette eventuelt gjøres innen helsevesenet, men tror nok at problemstillingen kan være aktuell når en som sykepleier i perioder føler at jobben blir tøff.

Hvordan styrke livskvaliteten hos pasienter

Livskvaliteten hos kreftsyke pasienter blir ofte undervurdert av sykepleiere, men likevel er det mye som kan gjøres for at den skal forbedres. I det en trer inn i en krise kan hele livet bli snudd på hodet, og det fører til store påkjenninger for pasienten (Jf. 2.3). Etter en har fått vite at en har fått en kreftdiagnose følger det en tilpassingsprosess med forskjellige faser (Jf 2.4).

Studien som er blitt gjort av Mårtensson med flere (2007) viser at sykepleierne trodde pasientene mestret sykdommen dårligere enn de egentlig gjorde, og at også livskvaliteten var høyere enn det helsepersonellet trodde. Her ser en at sykepleieres følelse ikke alltid stemmer med virkeligheten. Dette kunne henge sammen med at de hadde en forståelse av det å ha sykdommen som slett ikke stemte med pasientens opplevelse, og at de dermed fikk et perspektiv som ble upresist? Det kan da bli lett å konkludere feil, å kommunisere langs uklare linjer og i verste fall totalt kollidere med pasientens opplevelse og forståelse. Men utgangspunktet vil nok uansett være at det skal ikke så mye til for å styrke pasienters livskvalitet, og de fleste vil nok ved å kjenne hverandre bedre kunne rette opp denne skjevheten i forståelse. Rustøen presiserer at gode kommunikasjonskunnskaper vil være et alfa og omega (Jf 2.6.1).

Livskvalitet kan ses på som summen av den totale helse. Den kan ses på som både god og dårlig. En person med en dårlig livskvalitet, som er syk og nedbrutt kan kanskje lettere se problemer enn løsninger. Mens personer med god livskvalitet vil kanskje derimot totalt sett

oppleve flere lyse øyeblikk enn mørke. Eller i alle fall ha evnen til å fremheve de lyse. Vi opplever ofte at mennesker enten er problemorienterte eller løsningsorienterte, og dette kan kanskje være både medfødt og tillært. Men det er tvilsomt om et menneske med en alvorlig sykdom selv klarer å løfte seg etter håret, dersom utgangspunktet er dårlig livskvalitet. En sykepleier kan bare hjelpe et stykke på vei, men sykepleier er ingen psykolog, og en må aldri ta på seg rollen som sjelesørger. Dette kan gi uvante konsekvenser, i og med at en ikke har nok kunnskap om dette. Men en kan bidra med en god historie, et smil og glimt i øyet, samt det å være tilstede. Jeg tror også det er viktig at dersom du opplever at pasienten søker mer profesjonell hjelp i en eller annen sammenheng, bør du gjøre ditt for at han kan få denne hjelpen.

Igjen vil jeg vise til mine erfaringer fra praksis. Jeg vil ikke si at hvilken livskvalitet en person har kan forstås ved kun et par møter, men etter hvert som du blir kjent med personen kan du få en viss anelse om hvordan det ligger an. I mine møter med kreftpasienter har jeg ofte opplevd at de verdsetter alt fra familie og venner, og dagligdagse ”småting” betyr mer for disse enn for friske mennesker. Og mange har også sagt at det å få diagnosen kreft har ført til et nytt syn på livet. For eksempel det å ikke utsette ting til en senere anledning, i og med at du aldri vet hvor lang tid du har igjen. Men å ta en dag av gangen, og glede seg over den, er faktisk å gjennomføre det en virkelig vil.

Det hele mennesket

Det kan oppstå mange ulike psykiske reaksjoner etter at en har fått diagnosen kreft, og som nevnt tidligere i oppgaven rammer ofte depresjon som følelse mange av disse menneskene. Og med denne depresjonen er det mange andre ”bivirkninger” som følger med, slik som fortvilelse, håpløshet (Jf. 2.2). En ser altså at det både er en somatisk og en psykisk bit som pasienten må leve med. Mennesker opplever det å få en kreftdiagnose ulikt, noen reagerer sterkere, mens andre klarer å bevare et mer positivt syn på tilværelsen. Og det er akkurat her sykepleieren må trå til og gjøre alt en kan for å prøve å få pasientene til å klare å leve med denne grufulle sykdommen. Summen av den somatiske og den psykiske lidelsen blir en helhet, og det er den en sykepleier må se.

Noen er kanskje så nedfor at de graver seg stadig mer og mer ned i fortvilelsen uten å ha noen å prate med. Ikke alle har nære venner eller familiemedlemmer i en slik periode, noen

har ikke familie i det hele tatt, eller at de bor langt unna. Sykepleieren vil kunne være et viktig medmenneske som er tilstede for pasienten. Dersom en kan anta at summen av den somatiske sykdom og de psykiske lidelsene gjør både sykdomsbildet og tilværelsen enda vanskeligere, vil sykepleieren spille en ekstra viktig rolle inn mot det psykiske. Og ta seg tid, vise forståelse og empati, prate og prøv å få noe humør og glede inn i tilværelsen blir ekstra viktig for disse pasientene.

I Aftenposten 3. februar skrev professor i sosialmedisin Per Fugelli en kronikk der han drøfter behovet for at pasienter har én lege å forholde seg til. Hans egen erfaring som pasient var han måtte forholde seg til en mengde leger, som hver for seg var dyktige, men som ikke gav han som pasient følelsen av helhet og kontinuitet. Problemstillingen gjelder nok først og fremst ved de store sykehusene. I følge en forskrift i spesialisthelsetjenesteloven ha pasienter krav på én pasientansvarlig lege, men ordningen fungerer ikke etter intensjonen. Fugelli skriver at en fastlegeordning på sykehuset ville gi mange fordeler, blant annen ville pasientene kunne føle trygghet og tillitt, noe som igjen ville økt livskvaliteten til de syke (Fugelli, 2011). I en oppfølgende artikkel i Aftenposten den 5. februar uttaler forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund Lisbeth Normann seg om problemstillingen. Sykepleierforbundet har lenge forsøkt å få til en ordning der en sykepleier er pasientansvarlig på alle sykehus. I motsetning til legene er sykepleierne tilgjengelig hele døgnet, hver dag hele året og har kunnskap for å ivareta pasientens behov når de er på sykehus (Dommerud, 2011).

Pasienter vil ha faste mennesker som kan ta seg av dem. Det å måtte fortelle sin historie gang på gang til nye leger og sykepleiere kan være en stor belastning. Og her ser en jo klart og tydelig at pasientene selv kan få problemer med å føle seg trygg på personalet. Hvordan skal du klare å bygge tillitt til en person du ikke er sikker på du møter igjen? Hvordan skal pasienten klare å si i fra om sine bekymringer og sine plager til noen en kanskje møter ett par ganger i løpet av hele sitt liv? Og hvordan kan man regne med at livskvaliteten til disse pasientene skal bli bedre dersom helsevesenet skaper en så ”utrygg” situasjon. Det er mange spørsmål som mangler klare svar, men siden det nå blir satt så stort fokus på det i mediene, så får en bare håpe at det blir tatt tak i.

6.0 Avslutning

Forskning viser at god omsorg og kommunikasjon går hånd i hånd. Kommunikasjonen er det som får en til å bli kjent med en pasient, og gjør en det på den rette måten vil pasienten også føle trygghet til deg som sykepleier. Det er gjennom kommunikasjonen sykepleieren kan vise at en virkelig bryr seg, og er der for å hjelpe pasienten til å mestre hverdagen. Men for å vise pasienten at du er til å stole på, er det ikke bare den verbale kommunikasjonen som teller. Den non-verbale kommunikasjonen er også svært synlig for pasienter, og sluntrer du som sykepleier unna, som for eksempel har et uinteressert blikk eller dårlig tid, så er sjansen liten for at pasienten vil lene seg mot deg når han virkelig trenger det. Menneske – til – menneske – forholdet er det en sykepleier må vise til en pasient. Det åpner døren til et åpent og tillitsfullt forhold hvor sykepleieren kan opptre både terapeutisk og som en menneskekjenner. Sykepleieren må kunne tolke atferd, i tillegg til å prøve å sette seg inn i andres situasjoner, og se perspektivet fra den sykes side. God kommunikasjon og menneske – til – menneske - forhold fører til god omsorg, som igjen smitter over på livskvaliteten.

Referanser

Dalland, O. (2006). *Hva karakteriserer en metode: Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.

Dommerud, T. (2011, 5. februar). Sykehus er lik en produksjonsbedrift med skiftarbeidere. *Aftenposten*, s. 7.

Eide, H. & Eide, H. (2007). *Mellommenneskelige forhold I sykepleien*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eknes, J. (2006). *Depresjon og mani – forståelse og behandling*. Universitetsforlaget.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och kultur.

Fugelli, P. (2011, 3. februar). Engangsleger. *Aftenposten*, s. 4.

Halding, A. G. (2003), Essensielle fenomen I kreftomsorga. *Vård i Norden*. 4(23) 24-28.

Hummelvoll, J, K. (2004). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Iranmanesh, K. A., Axelsson, K., Sävenstedt, S., & Häggström, T. (2009). A caring relationship with people who have cancer. [Elektronisk versjon]. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (6), 1300-1308

Kreftforeningen (23.12.2009). *Hva er kreft: Fakta om kreft og oppdaterte tall på kreft i Norge*. Hentet 6. januar 2011 fra: http://www.kreftforeningen.no/om_kreft/hva_er_kreft

Kreftforeningen (u.å.). *Krefttallene for 2008*. Hentet 6. januar 2011 fra:
<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Nyheter/Kreftstatistikken-publiseres-i-dag/>

Kristoffersen, N. J (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: N. J. Kristoffersen (Ed.), F. Nordtvedt (Ed.), & E. A. Skaug (Ed.), *Grunnleggende sykepleie* (bind 4). Gyldendal Norsk Forlag AS

Kvåle, K. (2006). Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienten ser det. *Vård i Norden*. 1(26) 15-19.

Liu, J. E., Mok, E., & Wong, T. (2006). Caring in nursing: Investigating the meaning of caring from the perspective of cancer patients in Beijing, China. [Elektronisk versjon]. *Journal of Clinical Nursing*, 15 (8) 188-196

Mårtensson, G., Carlsson, M. & Lampic, C. (2007). Do nurses and cancer patients agree on cancer patients' coping resources, emotional distress and quality of life? [Elektronisk versjon]. *European Journal of cancer Care*, 17(7) 350-360

Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker – innføring I psykologi for helsefag*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?* Gyldendal Norsk forlag AS

Simonsen, E. & Simonsen, T. E. (2010). *Sammen til verdens ende – en kjærlighetshistorie*. Publicom forlag AS

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Wahl, A & Hanestad, B. R. (2007). Livskvalitet. I: B. R. Hanestad (Ed.), & G. Eva (Ed.), *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring* (s.29-59). J.W. Cappelens Forlas AS, Oslo.

Zachariae, B. & Mehlsen, M, Y. (2004). *Psykologiske og sociale aspekter ved kræft*. Forfatterne og Hans Reitzels Forlag.