

BACHELOR I SJUKEPLEIARUTDANNING

Emnekode:

SYKHB3001

Tema:

Den døende kreftpasienten i heimen

Metodeval:

Litteraturstudie



Kandidatnr 35

Antall ord: 7644

Høgskulen Stord/Haugesund avd. Haugesund

2009

Hva innebærer det og død?

Alt etter bakgrunnen og personlighetstypen opplever

det døende mennesket det unike – uten
virkelig å kunne forestille seg det og død –
å dras ubønhørlige mot dette ukjente.

Plutselig eller langsomt klarer vissheten det døende

mennesket om at det nå skal dø

Angst, vrede og omsorg, håp og resignasjon

blandes i det dramatiske forløpet, hvor
tankene på døden, på den forstående ubegripelige
hendelsen å dø, og på det som man fryktet eller
håpet kommer etterpå, hele tiden veves inn
i hverandre og veksler i betydning.

Alt etter den utløsende årsaken kan døden

være kort, eller lang og forhåll.

det psykologiske hendelsesforløpet kan rommes

i en glimtvis opplevelse noen sekunder

før alt er over, i en kort dramatisk periode eller

i måneders utmattende venting.

(Loma Feigenberg i Lindqvist 1983)

Abstract

Background and purpose: Cancer is a world known disease. Every year many people die of cancer, it's common knowledge and accepted that this kind of patients should be able to die in their home. To treat dying cancerpatient in their homes is looked upon as a difficult task, and most of this patients die in institutions. The purpose of this study is to find out what is needed to give best possible care to patients who want die in their homes.

Materials and method: method that was used was litterateur study. Whit this study you find relevant litterateur from books, internet and articles that contains subjects that are relevant for pain the purpose of the study. Trough the study it was used litterateur that was relevant for the purpose. It has also been used different criteria's to filter out non relevant litterateur to get the best possible answer to the question.

Results: To care for a dying cancer patient in their home is a very difficult task. It can accrue many complications that the nurse has to take in to consideration, but it is possible to do. It has to be a involved, motivated and skilful nurse present. The nurse can't be afraid to go in to difficult situations, or ask for help when she feels like they can't help the patient with his needs. The best possible cares is also individual care, and to treat them as they are. Hope was shown to be important for the dying, and the nurse have to help the patient to maintain this hope. Individualism makes a human a person. The nurse must remember that good care for one patient is not synonym with good care for another.

Samandrag

Bakgrunn og hensikt: kreft er ein verdskjend sjukdom. Kvart år døyr mange av kreft, det er allmennkjend og akseptert at desse personane skal få lov å døy i heimen. Det å skulle pleie ein døande kreftpasient i heimen vert sett på som ei krevjande oppgåve, og dei fleste pasientane døyr på ein institusjon eller i eit sjukehus. Hensikta med denne studien er å finne ut kva som må være til stades for at pasienten skal få den best moglege pleie i heimen fram til sin død.

Metode: metoden som er brukt er litteraturstudie. Ved denne typen metode finner ein fram relevant litteratur ut i frå bøker, godkjende nettstader og artiklar som omhandlar lindring av smerter hos kreftpasientar. For å finne svar på problemstillinga har det gjennom heile oppgåva vert lest litteratur som har gitte relevanskriteria, der urelevant litteratur har blitt luka bort. Det er også blitt lest fleire forskingsartiklar som er relevant for temaet.

Resultat: Å pleie ein døande kreftpasienten i heimen er svært samansatt. Det kan oppstå mange komplikasjonar som sjukepleiaren må ta omsyn til, men det er likevel gjennomførlig. Det som må være til stades er engasjerte, motiverte og dyktige sjukepleiarar. Ein sjukepleiar skal ikkje være redd for og gå inn i vanskelige situasjonar, dei kan heller ikkje være redd for å kjenne på eigne avgrensingar. Best mulig pleie er også at sjukepleiaren ser på kvar enkeltpasient som eit individ og behandlar det der etter. Håpet viser seg også å være viktig for den døande, sjukepleiaren må også ivareta dette hos disse pasientane. Individualitet er med på og gjere kvart enkelt menneskje til ein person. Ein må alltid hugse på at god pleie til ein pasient ikkje synonymt med god pleie for ein annan. Det er også viktig å ta med pasienten i si eiga behandling.

Innholdsfortegnelse

Kapitel 1 innleiing	5
1.0 Grunnlag for val av tema	5
1.1 Problemstilling.....	5
1.2 Presisering av problemstilling	6
Kapitel 2 Teoretisk perspektiv	7
2.0 Den døande kreft pasienten i heimen:.....	7
2.1 Lindrande pleie	7
2.2 Menneskje-til-menneskje-forhold.....	8
2.3 Håpets betydning i lindrande pleie	9
2.4 Kommunikasjon mellom sjukepleiar og den døande	11
2.5 sjukepleieteoretikar Joyce Travelbee.....	12
Kapittel 3 Metode.....	15
3.0 definisjon av metode	15
3.1 Litteraturstudie som metode:	15
3.2 Litteratursøkeprosessen	17
3.2.1 etiske aspektar	17
3.2.2 innhenting og bearbeiding av data.....	18
3.2.3 kriteria for val av data	18
Kapitel 4 Drøfting	20
4.0 Det finnest ingen fasit ved lindring av fysisk smerte.....	21
4.1 psykisk smerte hos kreftpasienten som skal døy heime	23
4.2 Lindring av sosial smerte hos kreftpasienten som skal døy heime	25
4.3 Åndelig smerte	27
5.0 Konklusjon:	29
6.0 Kapittel litteraturlista	30
7.1 Bøker	30
6.2 Forskingsartiklar:	32
6.3 Internettsider:	32

Kapitel 1 innleiing

1.0 Grunnlag for val av tema

Det og døy i eigen heim er ikkje ein garanti for at pasienten får eit godt forløp. Fordi om pasienten ynskjer det og den profesjonelle innsatsen er der må det praktisk talt alltid vera ein friske pårørande tilstades. For og tørre å være heima etterspør pasient og pårørande tryggleik, optimal symptom lindring å da serleg heilt i slutt fasen av dødsprosessen, kommunikasjon som fungere begge vegar og moglegheitene for kvalifisert assistanse som er tilgjengeleg alle tider på døgnet (Henriksen, Riis og Leikersfeldt 2002).

I oppgåva har eg valt å ikkje fokusera på ei bestemt kreft form men på den terminale kreftpasienten som skal døy i sin eigen heim. På grunn av at i forhold til døande pasientar er det ikkje «kreften» men det er heile menneskje som døyr(Karoliussen 2002).

I fleire av artiklane eg har funne blir det sakt at dei fleste pasientar ynskjer og døy heime. Men likevel døy over halvparten på sjukehuset eller i ein institusjon. Dei fleste ynskjer og døy i heimen men likevel er det ca 80% som dør på ein sjukeheim eller et sjukehus (Hjort 2008).

Eg har valt temaet lindrande pleie til terminale kreftpasientar. Terminal pleie vil sei pleie til den døande og er sterkt knytt til palliasjon, hovud målet til palliativ omsorg er og gi høgast mogleg livskvalitet for pasient og familien(Koteng og Gjertsen 1993). Ei av oppgåvene til sjukepleiar er å visa omsorg og forståing av pasientens situasjon. Ut i frå praksis har eg erfart, at det å gi god pleie til terminale er både eit krevjande og eit utfordrande arbeid. Det er ulik oppfatning av kva som er bra pleie, eg vil derfor fokusere på den lindrande pleie som vert gitt til kreftpasientar som skal døy i heimen.

I forhold til kva teori eg vil fokusera på er individuell tilnærming, lindrande pleie og ivaretaking av pasientens håp. Håpet, individuell tilnærming og lindrande pleie er noko sjukepleieteoretikaren Joyce Travelbee bruker i sin sjukepleie teori.

1.1 Problemstilling

Korleis kan ein sjukepleiar gi best mulig lindrande pleie til ein kreftpasient, skal døy i heimen.

1.2 Presisering av problemstilling

For og minske ned på storleiken på oppgåva har eg valt ut eit par tema eg vil fokusera på i oppgåva mi. Eg har valt ut tre hovudtema lindrande pleie, individuell tilnærming og om korleis ein kan hjelpa bevara håpet til pasienten. Innanfor disse emna vil eg komma inn på lindrande pleie, kva som må vera til stades for at ein kreftpasient skal kunna døy i heimen. Eg vil ikkje ha med andre sjukdommar enn kreft, fokus vil eg halda på den døyande pasienten og ikkje på kreft sjukdomen. Grunnen til at eg valte kreft er at dette er ein sjukdom som mange vert ramma av, det er også eit viktig tema i forhold til sjukepleie på grunn av at ein mest sannsynleg møter dette i løpet av karrieren.

Det eg ynskjer og ha med i forhold innanfor lindrande pleie er ikkje fokusera på kva smerte medisinar og former dei bør bruka men på kva som er vanleg generelt i forhold til det døyande kreft pasientar vanleg vis plages med.

Den lindrande pleia vil eg også sette i fokus fordi eg har erfart i praksis at dette kan være ein av grunnane til at pasienten ikkje får mogligheit til og døy i heimen, grunne til dette kan være at helsepersonale føler seg uttilstrekkeleg og uerfarne i forhold til bruk av mykje smertestillande i heimen. I denne oppgåva ynskjer eg og finne ut om mine antakingar stemmer overens med det som eg finner i artiklane.

Kapitel 2 Teoretisk perspektiv

2.0 Den døande kreft pasienten i heimen:

Kreft oppstår når: genar får skader under celledeling, vanlegvis øydelegger kroppens forsvarssystem celler som har en feil. Dersom unormale celler ikkje fjernast, kan de bli til kreftceller som kan utvikle seg vidare til en kreftsvulst. Kreft kan oppstå i alle deler av kroppen (kreftregisteret.no).

Halvparten av kreftpasientane dør av sin sjukdom. Kreftdøden kan være ein belastande død., en rekke ubehagelige symptomer kan oppstå (Wist 2009).

2.1 Lindrande pleie

”lidelse er å være nedsenket i et stort hav av smerter” (Joyce Travelbee i Karoliussen 2002).

For å sikra god sjukepleie til døande er det satt opp fire mål for omsorg ved livets slutt;

- God palliativbehandling; lindring av alle plager
- God sjukepleie; særleg godt munnstell og ingen trykksår
- God menneskeleg omsorg for pasient og pårørende
- God sjeleleg omsorg for pasient og pårørende (Hjort 2008).

Erikson beskriver tre former for liding som sjukepleiaren møter hos personar dei skal hjelpe.

- Sjukdomsliding er den formen for liding menneskjer opplever når dei blir eller er sjukt og får behandling. liding innebere fysisk smerte eller er forbunde med den sjuke personen er trett av sin syke vonde kropp.
- Pleieliding har samanheng med at personens verdigheit krenkjast – at den enkelte blir fordømd eller straffa på grunn av sin tilstand. Pleieliding innebere maktutøving i form av handling eller mangel på det.
- Livsliding opplevast som ein fare for ens eget unike liv. Den kan innebere at ein overfor eigen død eller noe anna som er ein trussel mot ein eksistens, frå fysisk tilintetgjørelse til tap av moglegheiter (Karoliussen 2002 bind 1).

Sjukepleiar som bevitna at ein pasient har store smerte har ansvar for og seie klårt i frå når dette skjer, sjukepleier skal heller ikkje akseptera at pasienten vert på ført unødig lidning på grunn av mangel på kommunikasjon og kunnskap (Karoliussen 2002bind 1).

Lindrane pleie går ikkje ut på bare å linde fysisk forhold men også på psykisk, åndeleg og sosial lidning.

Fysiske smerter

Dei seier at smerter er ein av dei mest frykta følgjene av det og få ein kreftdiagnose. Smerter forårsaka av kreft kan være både nociseptiv og nevropatisk karakter, dei kan erfare både grunnsmerter og gjennombrotssmerter. Smertene ein kreft pasient erfarer kan også skyldast andre sjukdommar (Rustøen mfl 2008).

Plagene smerter gir kan også gå ut over andre aspektar av livet, ekstrem slappheit, kvalme, liten appetitt og ein rekkje psykiske symptom. Konsekvensar av dette kan være dårleg ernæring, trøttleik, og at pasienten trekkjer seg vekk frå sosiale samanhengar (Rustøen mfl 2008). Det å hjelpe kreftpasientar med smerte lindring krevje eit godt og tett samarbeid med pasient og helsearbeidarar. Helsepersonell bør undersøkje kva kunnskapar, holdningar og tankar pasientane har om det og ta smerte stillande, og å undersøkje kva som er viktig for pasienten (Rustøen mfl 2008). Det er viktig og gjere dette for og finne ut kva pasienten meiner om det og bruka smerte lindrande behandling. Ser dei nytten av og følgja helsepersonellet sinne anvisningar opp mot effekt og kva det konsekvensar det får for dageleg livet (Rustøen mfl 2008). T.d ein pasient som får store problem med kvalme når han tar medisinane sine, kan velje og ta ein mindre dose og unngå kvalmen men likevel slita med smertene fordi han ser det som å få ein betre kvardag.

2.2 Menneskje-til-menneskje-forhold

Sjølv om medisinsk kunnskap er ein føresetnad i møte med pasienten, er denne kunnskapen ikkje alltid tilstrekkeleg for å forstå pasientens situasjon. Den kan til og med være med på og blokkera eller være til hinder for forståinga mellom pasient og helsearbeidar (Kristoffersen 2006 bind 1).

Da e svært individuelt kva ein person opplever som belastande. Belastande vil sei forhold som overgår eins eigne ressursar, og som trugar personens velvære (Kalfoss 2001).

Det menneskje synet som pregar sjukepleia mest i dag er det humanistiske også kalla holistisk. Det vil seie at trur menneskje består av ulike dimensjonar. For at eit noko skal kallas ein relasjon må der vera minst to personar i eit møte. Måten menneskjer fremtrer som individ på er gjennom og avgrensa seg frå andre, og fram trer som personar i møte med andre menneskjer (Sønning 1997).

Lindrane pleie er ein del av den palliative pleia. Definisjonen er palliasjon er: *"Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasientar med inkunabel sjukdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger sjølv dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet"* (European Association for Palliative Care (EAPC) / Verdens helseorganisasjon (WHO) i NFPM, 2004).

Det engelske fag området "palliative care" brukast om heile fagfeltet. Det omfattar både behandling pleie og omsorg. På norsk fins da ikkje ein enkel oversetjing av ord "care". Palliasjon er etter kvart blitt brukt som den norske begrepet på fagområdet (Kaasa 2006).

2.3 Håpets betydning i lindrande pleie

Den håpande person trur at livet hans vil bli endra på ein eller annan måte, meir komfortabelt, meningsfylt eller hyggeleg. Likevel vil den individuelles håp variera når det gjelder ynskjer og mål. For eksempel vil ein sjuk person med dårleg prognose håpe på betring, sjølv om det er små sjansar til helbredelse. Her kan ein sei at håpets prosess er verksamt. Likevel er individets mål å tru på mirakel nokså urealistiske, og kanskje uopnåelige (Travelbee i Teigen og Breivik u.å.).

Filosofen Gabriel Marcel seier: *"håpet er det stoffe vårt liv er laget av. Det kan være ille medtatt og tilredt, men ligger likevel i sjelens kjerne og kan bare utryddes saman med livet"*

sjelv” (Hummelvoll 2006). Hummelvoll (2006) seier at det er avgjerande at pasientens håp vert knytta opp til ein realistisk og ein optimistisk haldning frå sjukepleiaren. Vidare forklarar han at for mange representerer håpet noko av da mest personliga, noko ein ikkje avslørrar for kven som helst. Håpet som av dekkes av pasientar kan kanskje virka urealistisk. Sjukepleiars rolle her vil då verte og være kunstnarisk og tar utfordrandei det urealistiske håpet pasienten bere på og gir han eit alternativt forslag som han kan godta.

Det er fleire faktorar knytta til håp. Tillit, uthalding og mot er nokre av dei, tilitt kommer i samband med trua på at nokon vil hjelpe oss som om det trengs. Uthalding vise seg i det at ein er vilig til og prøvja igjen og igjenm, for og oppnå det vi håpar på. Mot krevjas for at vi skal erkjenne våre vanskar og og tap ved sjukdom. Mot er med og hjelper oss til og å overvinna angst og usikkerheit (Kristoffersen 2006 bind 4).

Sjølv om ein sjukdom er ein potensiell trussel mot mennesket , er den betydinga pasienten tillegger situasjonen individuell og varierer frå person til person (Kristoffersen 2006 bind 4). Levinas’ nærleiksetikk seier at det grunnleggjande, etiske, oppståe når eget og «den andre» møtest. *”«den andre» vil alltid være annerledes enn dem vi kjenner fra før, og kan derfor aldri forstås fullt ut. Det og hevde at ein forstå den andre, vil være å redusere ham til et det (jeg-det-forhold). Idet jeg stilles overfor den andres ansikt, kreves det at jeg skal «svare » den andre. Ansvar for å svare er en etisk situasjon, og ein etisk grunnforutsetning som ligger i det og være menneske (Brinchmann 2005).*

Tidspunktet for terminalomsorg, eller dødsomsorg, er inne nå all aktiv behandling av pasientens sjukdom ikkje lenger har verkning, eller meining, i forhold til pasientens virkelege behov (Saunders i Koteng og Gjertsen 1993).

Definisjonen på livskvalitet i følge Carol E. Ferans og Marjorie J. Powers er:

”ein persons følelse av tilfredsheit eller utilfredsheit med de områder i livet som er viktig for en” Livskvalitet er eit subjektivt og fleirdimensjonalt begrep som rommar både fysiske, psykiske og sosiale aspektar ved livet. Tone Rustøen skriver at det er alltid noe ein kan gjøre for å betra eit menneskes livskvalitet. (Reitan og Schjøllberg, 2004)

2.4 Kommunikasjon mellom sjukepleiar og den døande

Frå ein kreft pasient kan kommunikasjon sjås på som ein av dei mest viktige aspektane for god behandling. Kommunikasjon omsluttar tre områder av effekt, som kan beskrivast som

- Cognetiv: gi og mota informasjon
- Emosjonell: følelsen og uttrykking psykologisk respons
- Spirituell: uttrykking og føling av tankar relatert til eksistensielle saker utanfor seg sjølv (Bryne 2006).

Det nytta ikkje og skape relasjon utan og ta i bruk kommunikasjon, informasjon og nonverbale observasjonar. I samhandling med den døande er det viktig at sjukepleiaren har tid til å sitte og være stille utan at pasienten trengjer og sei noko. Dette skaper ein situasjon, ein tilstand der sjukepleiaren er lydhør og stiller seg open for det den døande måtte ha behov for å komma med, både verbalt og nonverbalt (Sønning 1997).

2.5 sjukepleieteoretikar Joyce Travelbee

" sjukepleie er ein mellom menneskelig prosess der den profesjonelle sjukepleiepraktikar hjelper eit individ, ein familie eller eit samfunn i å førebygge eller meistre erfaringar med sjukdom og liding, og, om nødvendig, å finne meaning i disse erfaringane" (Travelbee 1999).

Menneskje synet til Travelbee er at eitkvart menneskje er ein unik person. Det enkelte menneskje er eineståande og uerstattelig, forskjellig frå alle andre som har levd, og nokosinne kommer til og leva (Kristoffersen 2006 bind 4).

I oppgåva mi vil eg bruke Travelbee på grunn av at ho fokuserar på å hjelpe menneskjer til å finne meistring i ein erfaring som kan være vanskelig og akseptera, som det og hjelpa til lindrande pleie hos kreft pasientar som skal døy i heimen. Joyce Travelbee rettar sin sjukepleietenking oppmerksemd spesielt mot det mellommenneskjelege aspektane ved sjukepleie (Kristoffersen 2006 bind 4). Sidan Travelbee fokuserar på mellom menneskjelege forhold vil eg bruka hennar teori i min oppgåve. Eg meiner ho er relevant fordi eg ser på mellom menneskjelege forhold som svært viktig i samhandling med den døande pasienten

Travelbee (1999) skriv at det krevjast store kunnskapar og dyktigheit av ein sjukepleiar som skal ta seg av ein person som har ein terminal sjukdom. Sjuke menneskjer skal aldri være tvungen til og be sjukepleiaren om hjelp til å oppfylle mange av behova sin. Den profesjonelle sjukepleiaren bør sjå disse behova.

Menneskje-til-menneskje-forhold er eit sentralt begrep Travelbee sin teori. Menneskje-til-menneskje-forholde som ho snakkar om byggjer seg opp ved at sjukepleiaren og den ho har omsorg for, har gått gjennom fire forståande, samanhengande fasar. Dei fire fasane er 1 det innleiande møtet, 2 framvekst av identitet, 3 empati, 4 sympati og medfølelse. Disse fasane gjer at dei kulminere i gjensidig forståing og kontakt og i etablering av eit menneskje-til-menneskje-forhold (Travelbee 1999).

Et menneske-til-menneske-forholder er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og den/de hun har omsorg for. Hovukjennetegnet er ved disse erfaringene er at den syke (eller familien hans) får sine behov ivaretatt (Travelbee 1999).

I det mellom mennekjelege forholdet skjer det kommunikasjon både bevist og ubevist, både sjukepleiaren og den sjuke kommuniserer, enten det er beviste på det eller ikkje.

Kommunikasjon er altså ein prosess som gjer sjukepleiaren i stand til etablera eit menneskje-til-menneskje-forhold. Hovud poenget med disse to prosessane er og ivareta individets sjukepleiebehov (Travelbee 1999).

Kommunikasjon kan betraktas som sin prosess for meddeling eller overføring av tankar og kjensler. Men ein deler ikkje noe meinings fylt med andre før ein er relativt sikker på at det ein meddelar, vil bli mottatt – at det ikkje blir ignorert, avvist, nedvurdert eller gjort til latter (Travelbee 1999).

Travelbee i Kristoffersen (2006) seier vidare at sjølv om einkvar skade eller sjukdom er ein potensiell trussel mot menneskje er den individuell og varierer frå person til person.

Travelbee (1999) seier at den profesjonelle sjukepleiaren prøver å hjelpa; ho lykkes ikkje alltid, men ho forsøke alltid og hjelpe å trøste.

Kvart enkelt menneskje lider fordi det er eit menneskje, og fordi liding er ein del av livet og uløselig knytta opp mot det og være menneskje. Før eller seinare i livet vil alle komma utfor smertelige problem, i all hovudsak uunngåelig og umulig og forutsjå. For å kunna erfare liding må individet bevisst oppleve ein situasjon som smertefull (Travelbee 1999). Travelbee (1999) seier at "smerte" er eit begrep som brukast av ein bestemt art menneskeleg erfaring. I likskap med sjukdom er smerter eit vagt begrep, fordi smerten i seg sjølv ikkje lar seg observera, me registrere bare verkinga av den.

Håp er også eit viktig begrep i Tavelbee's sjukepleie teori for ved å understøtta håpet, hjelper sjukepleiaren til med å meistra liding i større grad, og til og bære sjukdom og tap (Kristoffersen 2006). Sjukepleierollen til håp sett i lys av Travelbee (1999) er "*den profesjonelle sykepleierens oppgave er å hjelpe den syke til og holde fast ved håpet og unngå håpløshet. Omvendt er det også den profesjonelle sykepleierens oppgave å hjelpe den som opplever håpløshet, til å gjenvinne håp*". Generelt vil den profesjonelle sjukepleiaren hjelpa sjuke/lidande menneskjer med å oppretthalda og unngå håpløyse ved og gjera seg tilgjengeleg og være villeg til å hjelpa. Sjukepleiaren kan ikkje "gi" håp til andre, men ho kan prøva å leggja til rette for at den andre skal oppleve håp (Travelbee 1999).

Den håpande person trur at livet hans vil bli endra på ein eller annan måte, meir komfortabelt, meiningsfylt eller hyggeleg. Likevel vil den individuelle håp variera når det gjelder ynskjer og mål. For eksempel vil ein sjuk person med dårleg prognose håpe på betring, sjølv om det er små sjansar til helbredelse. Her kan ein sei at håpets prosess er verksamt. Likevel er individets mål å tru på mirakel nokså urealistiske, og kanskje uopnåelige (Teigen og Breivik uå).

Håp og tilitt er knytta saman, skal sjukepleiaren vinna pasientens tillit må sjukepleiaren gjera seg fortent til den. Gjennom eigen åtferd viser ho at ho kan og vil hjelpe den sjuke når behovet oppstår (Travelbee 1999). Val er eit anna begrep som er beslekta håp, sjukepleiaren skal så godt som det lar seg gjera la pasienten bestemme over sitt eige liv og la han ta avgjerder som angår han sjølv (Travelbee 1999).

Kapittel 3 Metode

3.0 definisjon av metode

Dalland (2007) siterer Vilhelm Aubert sin definisjon på metode "en metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metode". Metode er reiskapen vår i møte med noko me vil undersøkjja. Den hjelper oss til og samla inn data (Dalland 2007).

3.1 Litteraturstudie som metode:

Eg har funne fram fleire forskingsartiklar, som eg vil bruka i min oppgåve for å finna svar på min problemstilling. Eg skal då utføra eit litteraturstudie. Litteraturen er informasjonsskjelde = innsamlingsdata, på same måte som respondenten er informasjonsskjelde ved intervjuer. Dette betyr at den litteraturen som fins i litteraturbakgrunnen, ikkje kan være den same som "innsamlingslitteraturen". Litteraturen for resultatredgjøringa er det greiast og henta frå vitenskalegeartiklar eller andre relevante vitenskalege rapportar (Olsson og Sörensen 2006).

Grunngjevinga for å velje metode er at me meiner den vil gi oss god data og belyse spørsmålet vårt på ein fagleg interessant måte (Dalland 2007).

Ein forutsetting for og kunna gjera litteraturstudie er at det finnest tilstrekkelig mengde med studiar av god kvalitet som kan utgjera grunnlag for bedømming og sluttsats (Forsberg og Wengeröm 2008)

Litteraturtudie har eg valt som metode fordi det er gjort mykje forskning på det pleie til døande kreftpasientar i heimn, men også på grunn av tidsavgrensinga eg har til rådighet til oppgåva.

Troye og Grønhaug (1993) skriva at; for og kunna vela tema, og for å kunna presisera problemstilling, trenings informasjon.

Fordelarog ulempar:

Fordelar med denne typen forskning er at eg blir kjent med kva forskning som er gjort på temaet tidligare. Det kan også være med og hjelpe meg til å presisera problemstillinga (Troye og Grønhaug 1993). Ein annan fordel er at litteraturstudie kan være med og fastslå gyldigheita i resultatata som som er blitt publiserte. Den kan også være bra som den første delen av eit større studie (Troy og Grønhaug 1993). Ein ulempe er at litteraturstudie går ut

på utredning som bare baserer seg på eksisterende litteratur vil vanskelig kunna tilfredsstilla krava til "nyheit"(Troye og Grønhaug 1993).

3.2 Litteratursøkeprosessen

3.2.1 etiske aspektar

Inga forskning er etisk nøytral. Dette gjelder uansett forskingsmetode. Eit nøkkelord er integritet (Olsson og Sörensen 2006) .

Som metode i denne oppgåva kommer eg til og bruka litteraturstudie som metode. Det vil sei at eg vil bruke litteratur som er skrivne av andre. I åndsverkloven står det om korleis ein skal forholde seg til bruk av andres åndsverk den lova seier at ; Den som skaper et åndsverk, har opphavsrett til verket. Med åndsverk forståast i denne lov litterære, vitskapelige eller kunstnariske verk av einkvar art og uansett uttrykksmåte og uttrykksform(åndsverksloven 1961). Dette innebere at eg som person ikkje kan bruke andres litteratur som min egen, eller gi ufullstendig opplysningar om kvar materiale er henta frå. Dette er plagiat og ukorrekt bruk av opphavsmannens åndsverk.

Forskingsetikk har å gjera med forholdet til opphavsmann. Er opphavsmannens namn oppgitt, eller har forfattere tatt æra for det som er skrevet? Plagiat, brukt i slike samanhengar betyr ”menneskerov”, men fritt oversatt betydning kan det tolkas som tekstrov (Olsson og Sörensen 2006).

Den svenske kommittè om forskingsetik (1998) har lista opp fem av vitenskaleg uredeligheter:

1. Uredelighet i forbindelse med handtering av data/kjeldematerial og vitenskaplig metode.
2. Plagiering – da og ta noko som nokon andre har gjort å føre det vidare som sitt eget.
3. Uredelighet i forbindelse med publisering.
4. Uredelighet i forbindelse med interessekonflikt.
5. Manglande dømekraft og upassande åtferd (Olsson og Sörensen 2006).

Etiske aspektar eg og må vere obs på er korleis forfattarene av artiklane har komme fram til resultatet. Korleis dei har gått fram for og finna personar til forskingsprosjektet og kva metode dei har brukt for å samla inn informasjon og data. For og sjå at dei ikkje bryter nokon av dei forskingsetiske prinsippa. Hovudkomité for norsk forskning gir uttrykk for at forskingsetikken bør sjåast i lyset av ein overordna måle setning.

”et mulig overordna perspektiv ville være å betrakte forskning som en delaktivitet i samfunnets samlede forvaltning av jordens ressurser. Dette ville innebære at forskningsetikken hadde som mål å berike det menneskelige liv og det sosiale fellesskap både på kort og lengre sikk” (Dalland 2007).

Forskingas mål om å vinne ny kunnskap og innsikt må ikkje skje på bekostning av enkelt menneskers integritet og velferd (Dalland 2007).

3.2.2 innhenting og bearbeiding av data

Dalland (2007) skriv at det er to krav som stillast til data som har betydning både for kva vår data kan brukas til, og kva verdiane dei har for undersøkinga. Det eina krave er kva relevans dei har for problemstillinga, og det andre er kor påliteleg det er innsamla.

Litteraturen eg vil bruke i min oppgåve har eg funne i, tidsskrifter, fagartiklar og bøker. For og finna litteraturen, har eg brukt biblioteket på Høgskulen Stord/Haugesund (HSH). Pensumlitteraturen er her har også stor relevans for oppgåva i saman med fagartiklar. Eg har også brukt/søkt etter litteratur frå BIBSYS, sykepleien.no, tidsskriftet for den norske legeföreningen og ugeskrift for læger.

Søkjeorda eg nytta meg av var: Palliative care, palliative home care, cancer, cancer care, terminal illnesses, home care, kreft, palliativ pleie, palliation, studies, quality of life, dying, end of life, place of dying. Søkjeorda sate eg saman på forskjellige måtar.

I ProQuest data basen søkte eg på søke ordet, palliative care, cancer, terminal illnesses og home health care, og av dei 3 artiklane som søket gav fann eg ut at ein var relevant ut i frå mine kriteriar; quality of life of patients with terminal cancer receiving palliative home care).

I ProQuest søkte eg også på paliative home care, cancer, dying, quality of life og kom fram til 16 artiklar og ein som var relevant; The meaning of quality of life: Narrations by patients with incurable cancer in palliative home care.

I ProQuest sette eg samem; cancer death, hopelessness, palliative care. Dette gav med 11 artiklar og 1 som var relevant og fann artikkelen Depression, hopelessness, and sleep in cancer patients' desire for death.

I pubmed sette eg saman søkjeorda place of end of life, cancer care, palliation fekk opp 5 arttiklar og fann ein som var relevant; where the dying live: a systematic review of determinants of place of end-of-life cancer patients.

3.2.3 kriteria for val av data

Eg valte og ikkje bruka artiklar som omhandlar eller inkluderar, barn, ikkje kreft pasientar, artiklar som er eldre enn 10 år, artiklar som er på mindre en 3 sider. I forhold til bøkene eg har valt som er frå 90 talet ser eg på som relevante, fordi dei er blitt trykt opp i seinare år. Stoff som eg finner på internett er det viktig at eg er kritisk til og sjekkar forfattern på artiklar eg finner og på kva internett side eg finner dei. På andre internett sider seg eg og på kva relevante linkar og på referansar til andre kjende litterære verk. Eg ser på sider eg finner på HSH sitt bibliotek og sider som sykepleien.no, tidsskriftet.no, ugeskriftet.dk ol som sikre kjelder.

Eg valte også å bare bruka artiklar som eg fann på biblioteket sine sider på søke basar under helsefag, artiklar som omhandlar heimesjukepleie til terminale kreft pasientar. Artiklane eg fann hadde som mål og hensikt å;

K. Mystakidou, E. Parpa, E. Tsilika, M. Pathiaki, A. Galanos, L. Vlahos. Kvantitativ studie (2007).

Bakgrunnen for utføre dette studie var og finne ut av om ønske for hurtigare død hos langtkommen kreftpasientar, er så utbredt som ein trur. Hundre og tjuefem greske terminale kreftpasientar som var ein del av ein palliativeining var inkludert i studiet.

S. Yan, C. Kin-Fong (2006). Kvantitativ studie.

Formåle med studien var og måla livskvaliteten hos pasientar med terminal kreft som mottok plalliasjon i ein heima situasjon.

M.A. Murry, V. Fiset, S. Young, J Kryworuchko (2009) Review artikkel.

Artikkel tar for seg kvar menneskje med kreft i USA og Canada ynskjer og døy. Formålet er og beskriva bestemmingar for kva plass kreftpasientar avsluttar livet.

C. Melin-Johansson, G. Ödning, B. Axelson, E. Danielson (2007). Kvalitativ studie

Målet ved studien var og opplysa om meininga av livskvaliteten hos kreftpasientar, som nærma seg døden i ein palliativ heime situasjon.

Kapitel 4 Drøfting

I dei fleste artiklane kommer det fram at alle sliter med å få god nok lindrande pleie. I ein dansk statusartikkel skriv Henriksen, Riis og Leikersfeldt (2002) at da er allmenn akseptert at kreftpasientar skal ha fri moglegheit til og velje kvar dei vil opphalda seg, pleiast og behandlast og at den palliative innsats uansett pasientens val skal være av høg kvalitet. I Danmark er det ein tendens til og bringe den uhelbredlige sjuke og døyande tilbake til familien og samfunne dei ein del av.

Murray, Fiset, Young og Kryworuchko (2009) skriver at det er fleire faktorar som spelar inn for kor pasientane avsluttar livet. Dei skriv at miljø faktoten var den mest framtrédande, men at individuelle og sjukdoms faktorar også spela inn. Miljø faktorane som spela inn var variasjonar i helsevesenet i området pasienten var, grad av sosial støtte noko som må tas omsyn til der heimen skule være plassen pasienten avsluttar livet. Individuelle faktorar var syn til pasient og pårørnde og omstender rundt pasientens sjukdom. Sjukdomsfaktoren besto av helse, funksjons statusen, sammen settinga av kor pleie trengande pasienten var.

Å gi sjukepleie til lidande og døande pasientar og å støtt deira nærmaste er i blant dei største utfordringane i sjukepleia. Det kan aldri bli ein vane å sjå lidande menneskjer, men på den andre sidan kan samvær med den lidande pasienten og pårørnde være givande. Døden er ikkje nødvendigvis alltid vond, for enkelte menneskjer kan døden være frigjerande og møtast med lettsindigheit og ro (Kalfoss 2002).

4.0 Det finnest ingen fasit ved lindring av fysisk smerte

"you know ther are many compli – complications"

Yan og Kin-Fong (2006) fann ut at det hyppigaste fysiske symptomet som vart oppgitt var smerter.

I artikkelen til C. Meling-Johansson m.fl (2007), er det ein kvalitativ studie der dei intervjuar 8 svenske pasientar med kreft som mottok palliasjon i heimen. Disse pasientane kom med utsegn om korleis dei opplevde sin situasjon og kvifor dei ville døye i heimen. I forhold til lindring uttala den ein av dei at.

" You know there are many compli – complications. You know ... you have cancer and that you indeed have cancer but it is not only just cancer.... There is one thing after the other. And just when you start to recover, "bang" you have another setback. And I have experienced this several times. So well yes – Of course things are difficult at times. "

Det er ikkje alltid lett og lette den sjukes smerter, som pasienten seier er det mange komplikasjonar og når ein har fått den eine under kontroll dukar det som oftast alltid opp ein annan. Det og gjere det i heimen til pasienten vert ofte sett på som ei tilleggsutfordring. For at pasienten skal få god fysisk smerte lindring finnest det ikkje ein fasit. Men det finnest retningslinjer som sjukepleiaren bør rette seg mot.

Ved god lindring av pasientens smerter har sjukepleiarens kunnskap og haldninga mykje og sei (Anvik 1996). Det er også slik at i ein ofte velgjer og sende den døande pasienten på sjukehuset når det oppstår vanskeleg situasjonar Anvik (2006) skriv at sjukepleiar i prinsippet og reint teknisk sett kan nytta dei same tilnærmingane i heimen som på ein institusjon.

Rustøen (2008) viser til ein norsk studie av Skauge m.fl som omhandlar kreftpasientar. 32% av sjukepleiarane sa at dei hadde bra eller svært bra kunnskapar om smerte lindring av nociseptive smerter, og 18% same resultat med omsyn til nevrogen smerter. Dette viser til at det er ein betydeleg kunnskaps mangel blant sjukepleiarane når det kommer til smerte lindring. Systemet og rammene rundt arbeidsdagen og miljøet, mangel på helsepersonell, travle dagar og ein eventuell mangel på verdsetting av god smertelindring er sentrale faktorar for smertelindringa kreftpasientar får.

Koteng og Gjertsen (1993) skriv at for og oppnå ein god pleie for døande kreftpasientar i heimen er det nokre kriterium som må være til stades. Godt samarbeid mellom helsepersonell, pasient og pårørande. Helsepersonelle må også bruka eit språk som er lett forståeleg for pasienten og familien når dei forklarar og underviser. Undervisning som er sær s viktig at pasient og familien får er bruk av smertepumpe, tablettar, stikkpiller, miksturar og liknande. I dei tilfella der pasienten brukar cytostatika er det viktig at pasienten får optimal kvalmesstilling. Vær lydhør for kva informasjon pasient og pårørande gir om pasientens smerter, dette kan gi nyttig info som er med på og hjelpe til tiltak som kan betra smertelindringa. Be pasienten om og bruka ein skala t.d VAS skala for og uttrykkje sine smerte, gjer også dette medan behandlinga på går. Sjukepleiaren må vise evne til og sjå eign styrke og avgrensing, ikkje nøle men spørje om hjelp frå andre når ein står fast.

Brülde (2003) seier at det er viktig og skilja mellom kva sjukepleiaren kan gjera, ulike typar organisatoriske forandringar og kva pasienten sjølv kan gjere noko med. Pasientane beskrev korleis dei kunne være med å bestemme over sin eigen behandling og at dei ikkje trengte og bruke tid på og forhandle med personalet for og bli høyrte. Dei mente at helsepersonellet var vert sin vekt i gull fordi dei gidde forplikta, engasjert og bekreftande pleie som avslørte liding, som ga pasientane ein kjensle av sikkerheit og livskvalitet (Melin-Johansson 2007).

Sjukepleiefaglege tilnærmingar til meistring av smerter handlar i stor grad om å utruste pasienten med tekniskar som gjer han eller henne i stand til å handtera smertene og dei ulike konsekvensane det er mange måtar og gjere dette på. Ein kognitiv strategi kan hjelpe dei til å ta kontroll over ulike responsar på smerte, fører til at synet på smerten frandrar seg hos pasienten, auka meistringsevne og mindre smerteintensitet. Det er viktig og kartlegge relevant fysiske, psykiske og sosiale trekk ved pasienten før ein utvikle individuelle strategiar (Valeberg og Wahl 2008).

4.1 Psykisk smerte lindring hos kreftpasienten som skal dø i heime

”of course things are difficult at times”

Målet med behandling av psykiske smerter er at pasient og familien skal får omarbeida den psykiske smerta mest mogeleg. Det gjer sjukepleiaren ved bruk av kommunikasjonsmetodar og meistringsteknikkar som gjev pasienten og familien handlingsmoglegheiter.

Helsepersonellet må ha kunnskap om dei psykiske reaksjonane i dødsprosessen. Fornekting, sinne og aggresjon, kjøpslåing, depresjon – sorg og akseptasjon – resignasjon. Bruk dette aktivt i praksis i samhandling med pasient, familie og anna helsepersonell. Snakk opent med pasienten og familien om kjensla tap og finn ut kva opplevingar dei har i forhold til dette (Koteng og Gjertsen 1993). Vær ærlig mot pasienten og forklar at det er ikkje alt helsepersonellet kan gjere noko med. Trygg heller pasienten på at det fins ”noko” me kan gjere noko med. For at sjukepleiaren skal kunne finna dette noko er det viktig at:

- a) at dei tar pasienten og familien sine opplevingar, bekymringar og smerter på alvor
- b) viser vilje til og gå inn i desse situasjonane
- c) hjelpa dei til og finna ut kva som kan gjerast i slike situasjonar (Koteng og Gjertsen 1993).

Ein av tinga Meling-Johansson m.fl (2007) kommer fram til er at pasientane ynskjer og døy i heimen fordi det gir dei meir pusterom som gjore at dei fekk muligheiten til ”førebu seg” og dei føler seg trygge og meir sjølvstendige. Pasientane sa at det og leva i ein lidande kropp var som og leva med ein dødsdom som kontrollerte alle sidet av livet. Det gjorde at pasientane eksistens vart usikker og dei viste alder når døden ville inntreffa. Dette var ein kamp for pasientane for vilja til og leve var tilstades men dei viste at tida dei hadde igjen var avgrensa.

For og finne ut av og hjelpe pasienten til og uttrykkje dese kjenslene må sjukepleiaren opne for den gode kommunikasjonen. Men kva er den gode samtalen? Brülde (2003) seier at det er viktig og være open og nærverande, og ein lytte til pasientens utsegn på ein oppmerksom måte og med engasjement. Ein forsøker på ulike måtar og forstå pasientens situasjon, dels gjennom og sjå situasjon gjennom pasientens auger og dels gjennom å skaffa seg kunnskap om ulike årsaker som ligger bakom hennes lidning.

”during the entire autumn I just didn’t seem to notice how time passed. I felt so depressed for some reason or other. And it’s only now that I am beginning to feel a little better and I am

able to grasp what's happening. I really felt like life was over. Well – every week brought something else. Now I am pleased to note that things are much better. My body seems to be holding to gether” (Melin-Johansson 2007).

Livet og døden har inga meining i seg sjølv, men menneskjer kan tillegge livet og døden meining. Individida må sjølv finna denne meininga. Faglitteratur har vist at dei som finner ei meining med sitt livet, kan likevel ha ein frykt for døden men ein frykt som får mindre innverking på gleda over livet. Den døande søker som menneskjer etter ”å finna meininga med livet”. Vissheita om at døden er nært føreståande skapar altså nærheit til livet. Ved at dei bruker meit av sine sansar, forstår dei meir av livet. Dei finner som oftast andre verdiar enn tidlegare i livet. Det er ikkje før ein lærer at ein skal dø at ein verkeleg begynnar og leva (Sønning 1997).

Ein mulig effekt av den gode samtalen er pasientens kjensler av og være einsam og isolert reduserast ein annan er pasientens håp oppretthaldast. Ein positiv effekt av dette er at kan få kunnskap om pasientens ynskjer og behov, som igjen kan brukast til og gi betre sjukepleie til pasienten (Brülde 2003).

Kalfoss (2001) seier at nokre sjukepleiarar forsøker og distansera seg frå den døande, pårørande og av og til anna helsepersonell. Den sterke på kjenninga sjukepleiaren opplever i møte med den døande kan være med på at sjukepleiaren mistar tru på seg sjølv og kan gjere at ho ynskjer at pasienten skal dø tidligare. Fordi ho ikkje ynskjer og på føre pasienten meir smerter eller sjå at han er i smerter. Slike situasjonar kan gjere at pasientens behov for psykisk lindring ikkje vert imøtekommen. Eller at sjukepleiaren synest situasjonen er så vanskeleg at ho ikkje klare den lenger og ynskjer at pasienten skal bli flytta ut av heimen og inn på ein institusjon. Det kan også få pasienten til å oppleva håpløyse og han kan få kjensle av at menneskjene rundt han missliker han og unngår han.

4.2 Lindring av sosial smerte hos kreftpasienten

"I was in my own little world defending myself"

"I am becoming more reserved. That is why it is so difficult (sad). I daren't be open about my feelings anymore. It is as if people dislike me even more when I am (sad). And then I cry more (sad) (Melin-Johansson m.fl 2007).

Dette beskriver ein pasient som trekker seg tilbake frå det sosiale livet på grunn av at han ikkje likar reaksjonane han får frå andre. Pasienten synest dette er vanskeleg.

Sosial liding er relatert til dei reduserte mulighetene til samfunnsdeltaking, og på andre personanes reaksjon på sjukdomen i det offentlege rom. Menneskjer kan oppleve sjukdomen som å mista ei verdsett rolle, eller at ein ikkje har meningsfulle oppgåver lenger (Hummelvoll 2006).

"then I think things are not so difficult for me at all. It's much more difficult for those who will be left behind, who have to fix everything for me. It will most surely take a year or more for them to get over this" (Melin-Johansson 2007)

Travelbee snakkar om menneskje-til-menneskje-forhold i samhandling med pasienten. For og få ein pasienten til og snakke med sjukepleiar om sine håp, må sjukepleiaren bygge opp eit slikt forhold. For å bygge opp dette forholdet må pleiaren og pasienten gjennom fleire fasar, den første fasen er innleiande møte. Dette møte går ut på at sjukepleiaren og pasienten lagar eit bilde av korleis den andre er som person. Denne prosessen daner grunnlag for korleis vi kommuniserer med kvarandre. Her blir sjukepleiaren nødt til og kvitte seg med synet på pasienten som pasient og sjå han som eit anna individ. Neste fase er og få fram identiteten til pasienten, her begynner sjukepleier og pasient og lage eit band mellom kvarandre og ser meir på kvarande som individ en kategori av ei gruppe menneskjer. Sjukepleiaren må her gå inn i seg sjølv og være bevist på sine tankar om den andre. Den tredje fasen er empati, her kommer evnen til og sette seg inn i eit anna individ sin psykiske tilstand i augeblikket. Ein tar del i sinnstilstand til den andre utan at ein tenkjer som den andre. Når denne empatien er oppretta er det ikkje slik ein bare bruker den i enkelte hendingar den er tilstades heile tida. Sympati og medkjensle springe ut av empatiprosesse, men representerer eit skritt vidare i menneskje-til-menneskje-forhold, ved at den medfører en trong og vilje til og lindre plagene som er hos pasienten. Oppgåva til sjukepleiaren i denne

fasen er og omsetta denne kjensla til handling i forhold til sjukepleietiltak, de som krevjast av sjukepleiaren da er at ho brukar seg sjølv terapeutisk. Det over ordna målet med denne prosessen er og skapa gjensidig forståing og kontakt.

Det finnest ingen standardløyning for korleis ein skal gi god sjukepleie til den døande pasienten. Her e da viktig å ta utgangspunkt i pasientanes individualitet. Den døande har same grunnleggande behov for omsorg som andre sjuke pasientar, men dei har fleire ressursar til å få dekkja disse behova (Sønning 1997). Travelbee (i Teigen og Breivik u.å) seier at einkvar pasient er eit individ eller eit suverent menneskje. Sjukepleierolla trenger og bli overført i eit forsøk på å mota informasjon og gi informasjon som eit menneske til eit anna menneskje, ikkje sjukepleiar til pasient.

Hjort (2008) skriver at medmenneskeleg omsorg er for pasient og pårørande må huskast på. Kommunikasjon er avgjørande, og ein bør alltid forklara kva ein gjer og kvifor. Sjukepleiaren bør visa tryggleik, på ein måte som viser omsorg og ikkje bere tome rutinar. Det er også ideelt at ingen døyr aleine, og dette bør vere ein del av omsorga og kulturen.

For å møte ein pasient med verdigheit, å gi han ein verdig død, er det viktig at sjukepleiaren sjølv opptre med verdigheit i møte med den døande. I samhandling med pasienten er da viktig at pasienten får velje kva samtale emne og retting samtalen skal gå i. Pasienten vil gi teikn når han er klar til å snakka å lytta (Karoliussen 2002). Føresetnaden er at da finns openheit i situasjonen. Sjukepleiaren må ha evna til å møte pasienten i eit eg-du-forhold , og lytta nøye til kva dei seier på leit etter moglegheit for å komma i dialog. Å lytte nøye kan føre til at ein leggje merkje til nøkkel ord i samtale med pasienten, som opna for ein god samtale som er meningsfylt for den døande. For og komme i ein slik samtale er det nødvendig at pleier følgjer pasientens tankegang og tempo (Karoliussen 2002).

4.3 lindring av åndelig smerte.

"Once we are finished with this poor shell of a body, we move on"

Den åndelege pleia vert ikkje sett så mykje fokus på i samhandling med andre pasient grupper, men er likevel vel så viktig som dei andre delane av det og være menneskje.

I eine artikkelen seier ein pasient at: *"I believe that people have a soul and once we are finished with this poor shell of a body, we move on. Move on to another place – not another person, just another place and live on"* (Melin-Johansson m.fl).

For å i vare ta pasientens åndelege behov er da viktig og avklara pasientens kultur og religion. Sjukepleiar tar utgangspunkt i pasientens behov med respekt for det enkelte menneskje eigenverd. Opprettholder pasientens individualitet og integretet som menneskje å tilstrev at uansett pasientens kjønn, rase eller trosretting. Dei religiøse behova som pasienten ha imøtekommes ved å møte pasienten der han trenger hjelp. Og tilkall personar som har kompetanse innanfor den religionen om det skulle vere behov for det (Koteng og Gjertsen 1993).

I dette sitatet kommer den åndelige delen av personen fram og er med og gi han håp om at dette livet ikkje er alt og at han på ein eller annan måte lever vidare etter døden. For pasientar som trur på eit "liv" etter døden kan dette gi dei eit håp. Dette er det viktig at sjukepleiaren brukar dette og ikkje er redd for og gå inni denne samtalen som pasienten opnar for. I ein slik samtale kan sjukepleiaren bygge opp eit menneskje-til-menneskje-forhold ved og skape eller bygge vidare på den tilliten pasienten viser ved og opna seg for sjukepleiaren.

I artikkelen til Mystakidou m.fl (2007) skriv dei at pasientar med kreft som opplever håpløyse har større sjanse enn andre til å ønska og døy. Dette skriv dei at som antatt i forhold til anna forskning som er gjort på området. Forsking har også antatt at disse pasientane hadde stor sjanse for og oppleva håpløyse, men denne artikkelen kom fram til at dei fleste pasientane ikkje opplevde håpløyse men hadde håp heilt til slutten.

"When I feel that I can't hang on I become sad. But then someone come along and says "no, no, we need to do something about this. This won't do". And then I become hopeful again.

Hope won't help me to live longer – it's not a condition – but I want to live well and feel good the days I have left to live" (Melin-Johansson 2007).

Travelbee seier at håpe er knytta til det og ønske, men skilje seg også frå det. Ønsket kan være ein hyggeleg dagdrøm, medan håpet ikkje er det sett ut i frå Travelbee. For og kunna håp må man nemlig vurderer om det er sannsynleg at vi oppnår det vi håpar på (Kristoffersen 2006 bind 4).

Håp blir også beskriven som eit tema innanfor lindrande pleie, tidligare i oppgåva har eg snakka litt om tilitt og håp. Håpet er i følgje Travelbee med på og hjelpa individ til og takla liding betre. I forhold til tillit seier ho at ingen individ vil vise eller uttrykke håpet til sjukepleiaren om ikkje sjukepleiaren gjer seg fortent til den tilliten (Travelbee 1999).

Gustaffsson (2008) skriv at for og nærma seg sin lidande kamp innebere det at menneskje samtidig tar eit steg nærare døden. I den samanhengen er alltid døande sjølv om det gjennom forsoning leder til nytt liv. På sidan av lidinga finnes også kjærleiken og dermed muligheita for forsoning. Forsoning er ein forandring hos den lidande personen som strevar etter og forsona seg med livets omstendigheter.

Mystakidou m.fl kommer det fram at kjensla av håpløyse er den faktoren som har størst innverknig på pasientane sitt ynskje om å døy. Dette kan være i følgje Travelbee er eit menneskje som har "mista" håpet, ein som ikkje lenger ser noko muligleik til å forandra og forbetra sin livssituasjon. Vedkommande har mista trua på at problem kan løysast, eller at da finnest ein veg ut av vanskane han er oppe i (Kristoffersen 2006 bind 4). Ut i frå dette tolkar eg at den døande kreft pasienten ikkje ser noko gleder ved og leva lenger og derfor har gitt opp håpet om at han kan eit godt liv fram til han døyr.

5.0 Konklusjon:

Ut i frå problemstillinga har eg kommen fram til at det er ikkje ein enkel sak og gi god lindrande pleie til ein kreftpasient som skal døy i heimen. Det er svært samansette og mange komplikasjonar å ta omsyn til, men det er likevel gjennomførlig. Det som må være til stades er engasjerte, motiverte og dyktige sjukepleiarar. Ein sjukepleiar skal ikkje være redd for og gå inn i vanskelige situasjonar, dei kan heller ikkje være redd for å kjenne på egne avgrensingar.

For å gi best mulig pleie er det viktig at sjukepleiaren ser på kvar enkeltpasient som eit individ eg behandlar det der etter, håpet må også sjukepleiaren ivareta hos disse pasientane. Individualitet er med på og gjere kvart enkelt menneskje til ein person. Håpet er ein del av individet og det er forskjellig frå person til person. God behandling for ein pasient er ikkje alltid god pleie for ein annan. Det er også viktig å ta med pasienten i si eiga behandling.

6.0 Kapittel litteraturlista

7.1 Bøker

- Anvik V.H (1996) ved livets slutt – omsorg for den kreftsyke og familien i hjemmet Tano Aschehoug, Otta.
- Brinchmann B. S(2005) De fire prinsippers etikk – velgjørhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet B.S Brinchmann (red) etikk i sykepleien bind 4 Gyldendal Norske Forlag Oslo.
- Brodtkorb E, Rugkåsa M (2007) sosiologisk og sosialantropologisk tenkemåte I: E brodtkorb, R Norvoll, M Rugkåsa (red.) Mellom mennesker og samfunn –sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjoner. (s.21-45) Gyldendal Norske Forlag Oslo.
- Brülde B (2003) Lindratt lidande som den palliativa vårdens huvudmål I: L. Sandman, S. Woods (red) god palliativ vård – etiska och filosofiska aspekter s.55-83 studentlitteratur Sverige.
- Bryne B.M (2006) The patient with cancer I: M.F Alexander, J.N Fawcett, P.J Runciman Nursing practice – hospital and home Churchill Livingstone Elsevier London.
- Dalland O (2007) Metode og oppgaveskriving for studentar Gyldendal Norske Forlag as
- Forsberg C og Wengstrøm Y (2008) Att göra systematiska litteraturstudier – värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning forfattarane och Bokförlaget natur och kultur, Stockholm.
- Gustafsson L.K Försoning – ur ett vårdvetenskapligt perspektiv Åbo Akademis Förlag Åbo.
- Hjort P, F (2008) pleie og omsorg ved livets slutt I: K Kirkevold, K Brodtkorb, A, H Ranhoff geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten s.444-455.
- Hummelvoll (2006) Helt – ikke stykkevis og delt Gyldendal Norske Forlag AS Oslo
- Kaasa S, Haugen D,F (2006) faqfeltet palliativ medisin Tidsskriftet For Den Norske Legeforening nr 3 s.326-8 [lest 28.01.09] tilgjengeleg frå:
<http://pdf.tidsskriftet.no/tsPdf.php?pdf=pdf2006%7C326-8.pdf>
- Kalfos M.H (2001) Møte med lidende og døende pasienter – sykepleierens møte med seg sjølv I: H. Almås Klinisk sykepleie bind 1 Gyldendal Norske Forlag Oslo s. 48-64.

- Karoliussen M (2002) omsorg for døende I M Karoliussen, K,L Smebye *Eldre Aldring og sykepleie* Gyldendal Norske Forlag AS s. 847-897.
- Kristoffersen N.J (2006) Helse og sykdom I: N.J Kristoffersen, F Nortvedt, E.A Skaug (red) *grunnleggende sykepleie bind 1* Oslo Gyldendal Norske Forlag AS s.28-77.
- Kristoffersen N.J (2006) teoretiske perspektiv på sykepleie I: N.J Kristoffersen, F Nortvedt, E.A Skaug (red) *grunnleggende sykepleie bind 4* Oslo Gyldendal Norske Forlag AS s.13-99.
- Koteng F.H, Gjertsen E (1993) omsorg for døende kreftpasienter i hjemmet – utfordringar og tiltak Den Norske Kreftforening Oslo, nr 1/1993
- Lindqvist K (1983) å være sammen med døende Gyldendal Norske Forlag A/S
- Olsson H, Sörensen S (2006) Forskningsprosessen- kvalitative og kvantitative perspektiv Gyldendal Norske Forlag AS Otta.
- Reitan,A.M., T.K Schjølberg (red) (2004) kreftsykepleie pasient – utfordring – handling Oslo: Akribe.
- Rustøen T, Trovik K, Valeberg B, Utne I, Stubhaug A (2008) Kreft og smerter I: T. Rustøen (red) *ulike tekster om smerter – fra nocisepsjon til livskvalitet* Gyldendal Akademisk Oslo s. 255-270.
- Sønning H.E (1997) sykepleier i møtet med døende Institutt For sykepleievitenskap universitetet i Oslo.
- Teigen B, Breivik S (uå) Møte med lidelsen : kompendium sykepleiens vitenskapelige grunnlag / sammendrag av Joyce Travelbees teori Høgskolen i Bodø, Bodø.
- Travelbee (1999) mellommenneskelige forhold i sykepleien Gyldendal Norske Forlag Oslo.
- Troye og Grønstad (1993) utredningsmetodikk – hvordan skrive en utredning til glede for både deg sjølv og andre Universitetsforlaget
- Valeberg B.T, Wahl A.K (2008) Smerte og meistring I: T. Rustøen (red) *ulike tekster om smerter – fra nocisepsjon til livskvalitet* Gyldendal Akademisk Oslo s.308-324
- Wist E (2009) historie og utvikling I: R Kåresen og E Wist (red) *Kreftsykdommer – en basisbok for helsepersonell* Gyldendal Norske Forlag Oslo.

6.2 Forskingsartiklar:

- Melin-Johansson C, Ödling G, Axelsson B, Danielson
- Murray M.A, Fiset V, Young V, Kryworuchko J (2009) *Where the dying live: a systematic review of determinants of place of end-of-life cancer care* *Oncology Nursing forum* vol 36, no.1 januar s 69-77
- Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Pathiaki M, Galanos A, Vlahos L (2007) *depression, hopelessness, and sleep in cancer patients' desire for death* *Psychiatry in medicine* vol 37 s201-211.
- Yan S, Kin-Fong C (2006) *Quality of life of patients with terminal cancer receiving palliative home care* *Journal of Palliative Care* vol.22 s.261-268.

6.3 Internetsider:

- Hender (bilder), psykisk helse (www.eidsberg.kommune.no) eidsberg kommune. (oppdatert: 23.08.2008/henta 19.02.2009) tilgjengeleg frå:
<http://www.eidsberg.kommune.no/Modules/media.aspx?ObjectType=Image&Image.ID=7422&Category.ID=32140>
- Henriksen H.T, Riis J, Leikersfeldt G (2002) *Den terminale kræftpatient i hjemmet* *Ugeskriftet For Læger* nr 4 s.465 [lest 14.01.09] tilgjengeleg frå:
http://www.ugeskriftet.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/UGESKRIFT_FOR_LAEGER/TIDLIGERE_NUMRE/2002/UFL_2002_04
- Kreftregisteret (u.å.) *hva er kreft* henta 22.oktober 2008 frå
<http://www.kreftregisteret.no/no/Generelt/Fakta-om-kreft/Hva-er-kreft/>
- NFPM (Norsk forening for palliativ medisin) (2004) *Standar for palliasjon* henta 22.oktober 2008 frå http://www.palliativmed.org/asset/33124/1/33124_1.pdf
- Åndsverkloven (1961) *lov om opphavsrett til åndsverket m.v* <http://lovdata.no/all/tl-19610512-002-001.html#1> [lest 16.01.09]