



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenamn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB3001 - Bacheloroppgåve

Eksamensform: Heimeeksamen

Leveringsfrist: 17.02.11

Kandidatnummer: 43

Antal ord: 8341

BACHELOROPPGÅVE I SJUKEPLEIE

Kommunikasjon

Tryggleik

Tillit



Bilete henta 26.01.11, frå:

<http://www.google.no/images?um=1&hl=no&biw=1280&bih=605&tbs=isch:1&sa=1&q=tillit&aq=f&aqi=g2&aql=&oq=>

”Korleis kan sjukepleiarar kommunisere for å bidra til tryggleik og tillit hjå foreldre med kreftsjuke born?”

Mariannes sang

*Barnet mitt, jeg elsker deg
Kom og kryp tett inntil meg
Jeg er her og trøster deg
Jeg vil følge på din vei
Om jeg kunne ta ditt sted
Om jeg kunne ta deg med
Ikke bare sitte ved
Jeg trodde ikke dette kunne skje
Ute er verden fylt av latter
Og ande – vil de noen gang fatte
At mennesket har sin likevekt
Og noen ganger må reise vekk*

*Å kjenne på glede
For å være tilstede
For barnet mitt lever sitt liv i dag
Barnet mitt, jeg tror på deg
Jeg forstår du er lei
Jeg ser at du vil være grei
Men ikke skjul din sorg for meg
Barnet mitt, jeg elsker deg
Kom og kryp godt inn til meg
Kjenner du jeg holder deg
Jeg vil aldri, aldri svikte deg.*

(Sæter/Bringager, i Bringager, Hellebostad & Sæter, 2003, s. 137)

Samandrag

Sjølv om det i det store og heile er få born i Noreg som kvart år vert råka av kreft, er denne gruppa menneske ei stor utfordring innanfor sjukepleieyrket. Foreldra og heile familien kjenner ofte på situasjonen som urettferdig og svært vanskeleg, då bornet ofte er ungt og har heile livet føre seg. Fortvilinga til foreldra er stor, og dei skulle gjerne ha bytt plass med bornet sitt. Det er på bakgrunn av dette eg har valt å skrive om kommunikasjon til foreldre, der fokuset ligg på tryggleik og tillitsskaping til foreldra. Å ha gode relasjonar til foreldra styrkjer dei i kampen mot kreften, og dei kjenner seg trygge på at bornet får den rette behandlinga og at det vert tatt godt vare på. Eit litteraturstudie vart brukt som datainnsamlingsmetode, der eg fann artiklar som belyser problemstillinga mi. Desse har eg drøfta saman med bakgrunns litteratur funne i bøker. Funna i studia tyder på at foreldra opplev det som tryggleik når sjukepleiarar har tid til gode samtalar, der ein ikkje berre fokuserer på det triste og vanskelege. Å skape gode relasjonar gjennom å verte kjend med personane involvert i samhandlinga vart sett på som viktig. Det vart også løfta fram at sjukepleiarar og legar måtte ha evna til å kunne avgrense informasjon til kvar foreldra var i prosessen med å forstå bornet sin sjukdom.

Abstract

Even if it's only a few children in Norway, which each year is affected by cancer, this group of people is a major challenge within nursing practice. The parents and the whole family often see the situation as unfair and very difficult, as their children often are young and have their whole life to lead. The despair of parents are often big, and they would often like to switch places with their child. It is on this basis I have chosen to write about communication with parents, where the focus is on the security and confidence building for parents. To have good relations with parents strengthens them in the fight against cancer, and they feel confident that their children get the right treatment and that it is well taken care of. A literature study was used as a data collection method, where I found articles that illustrate my research questionnaire. These I have discussed with the current literature found in books. The findings of the studies show that parent's experience of safety appeared when nurses have the time for good conversation, where it not only was focused on the sad and difficult. To create good relationships through to become acquainted with the persons involved in the interaction was seen as important. It was also raised that the nurses and doctors must have the ability to be able to restrict information to where parent was in the process of understanding their child's illness.

Innhold

1.0	Innleiing.....	Feil! Bokmerke er ikke definert.7
1.1	Bakgrunn for val av tema	7
1.2	Presentasjon av problemstilling.....	7
1.3	Hensikt.....	7
1.4	Avgrensing og presisering av problemstillinga.....	7
1.5	Oppbygnad av oppgåva	8
2.0	Teoretisk rammeverk.....	9
2.1	Kreft hjå born.....	9
2.1.1	Å vere forelder til alvorleg sjuke born	9
2.1.2	Betydinga av informasjon	10
2.2	Kommunikasjon.....	11
2.2.1	Empati	12
2.3	Tryggleik og tillit.....	12
2.4	Joyce Travelbee sin sjukepleiefilosofi.....	13
2.4.1	Menneske-til-menneske-forholdet	14
2.4.2	Kommunikasjon	14
3.0	Metode	16
3.1	Kva er metode.....	16
3.1.1	Litteraturstudie som metode.....	17
3.1.2	Sterke og svake sider ved eit litteraturstudie.....	17
3.1.3	Litteratursøk og val av litteratur.....	17
3.1.4	Kjeldekritikk	18
3.2	Etiske vurderingar.....	19
3.3	Presentasjon av utvalt forskingslitteratur.....	19
4.0	Korleis kan sjukepleiarar kommunisere for å bidra til tryggleik og tillit hjå foreldre til kreftsjuke born?	23
4.1	Å skape ein relasjon til foreldra.....	23
4.2	Betydinga av tid i samhandling med foreldre.....	25
4.3	Sjukepleiar sine kommunikasjonsferdigheiter.....	26
4.4	Bruk av empati i kommunikasjonen	27
5.0	Avslutning	29
	Referanseliste	30

1.0 Innleiing

I dette kapitlet beskriv eg kvifor eg har valt akkurat dette temaet, kva hensikta er og korleis eg har bygd opp oppgåva. Eg presenterer også problemstillinga og presisering av denne.

1.1 Bakgrunn for val av tema

I Norge vert det diagnostisert rundt 140 nye tilfelle av kreftsjukdom hjå born og unge under 15 år. Tendensen er lett stigande og den mest vanlege kreftforma er leukemi. Til trass for gode behandlingresultat er kreft den nest hyppigaste årsaka til død i barnealder over eitt år (Storm – Mathisen & Zeller, 2010).

Bakgrunnen for mitt val av tema er at eg ynskjer å tileigne meg kunnskap for å kunne kommunisere med unge kreftpasientar sin familie på best mogeleg måte. I praksis og jobbsamanheng gjennom skule og privatliv, har eg mang ein gong møtt pårørande til pasientar som har kreft. Kjensla ein ofte då føler ved at ein ikkje veit kva ein skal seie, kvar grensa går eller korleis ein skal tilnærme seg vanskelege tema innanfor kreftdiagnosen, er svært vanskeleg.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Korleis kan sjukepleiarar kommunisere for å bidra til tryggleik og tillit hjå foreldre med kreftsjuke born?

1.3 Hensikt

Lidinga og fortvilninga er stor og vanskeleg å bære med seg for foreldra til kreftsjuke born, og ofte søker dei hjelp og tryggleik hjå oss som helsearbeidarar. Å tileigne seg kunnskapar om korleis ein på best mogeleg måte kan skape tryggleik gjennom kommunikasjon, vil vere svært viktig for meg i mitt framtidige yrke som sjukepleiar.

1.4 Avgrensing og presisering av problemstillinga

Eg har valt å konsentrere meg om kreftsjuke born under 18 år, fordi pasienten då er umyndig, noko som passar inn i problemstillinga mi i forhold til kommunikasjon til foreldre. Eg vil også konsentrere meg om dei tilfella der pasienten ikkje har hatt sjukdommen meir enn eitt år, fordi eg ser på kommunikasjon som særskilt viktig i starten av ein slik alvorleg tilstand. I tillegg vil eg avgrense oppgåva til å gjelde at bornet skal vere innlagt i sjukehus.

Eg kjem ikkje til å spesifikt gå inn på dei forskjellige kreftformene born kan få, då eg ser på det som urelevant for oppgåva mi. Eg legg vekt på dei psykiske aspekta innanfor området, fordi eg ser at dei er dei same uansett kva kreftdiagnose bornet har.

I oppgåva har eg valt å bruke Joyce Travelbee sin sjukepleieteori, fordi den omhandlar mellommenneskelege relasjonar. Ved å sjå på kva Travelbee la vekt på i sin sjukepleieteori, ser ein at sjukepleiar si rolle innanfor kommunikasjon til menneske i vanskelege situasjonar er svært viktig, og det fell meg difor naturleg å velje ho som teoretikar for mi oppgåve.

1.5 Oppbygnad av oppgåva

I det fylgjande kjem det fyrst ein teoretisk del, der eg presenterer bakgrunslitteraturen i oppgåva. Her omtalar eg litt om kreft hjå born og kva betydning det har for foreldre å ha eit alvorleg sjukt born. Eg omtalar også dei valte omgrepa mine tryggleik og tillit, samt kommunikasjon og empati. Teori om Joyce Travelbee sin sjukepleieteori kjem også til å verte presentert, då den ligg som grunnlag for drøftinga. Etter den teoretiske delen av oppgåva, kjem ein metodisk del, der metode og litteraturstudie er beskrive som grunnlag for oppgåva. Korleis eg har kome fram til valt forskingslitteratur vert også presentert, saman med presentasjon av valte forskingsartiklar. Det siste kapittelet mitt omhandlar drøftinga av forskingslitteratur sett i samanheng med utvalt bakgrunslitteratur, der eg også vil kome med eigen meiningar og synspunkt.

2.0 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet vil eg presentere kort om kreft hjå born og betydinga av informasjon gitt til pasient og pårørande ved kreftsjukdom i familien. Eg vil også omtale korleis ein som forelder opplev å ha sjukt born. Omgrepa kommunikasjon, tryggleik og tillit har fått mykje plass i denne delen, då eg føler det er svært viktig å få ei forståing av korleis kommunikasjon verkar inn på tryggleika til andre menneske. Eg har også omtala Joyce Travelbee og hennar syn på relasjonsbygging og kva som inneber god kommunikasjon.

2.1 Kreft hjå born

Kreft hjå born er generelt mest vanleg frå 0 – 6 år, og dei mest vanlege krefttypane er leukemi og hjernesvulstar, også kalla CNS tumorar (Storm-Mathisen og Zeller, 2010). Den store merksemda som born og unge med kreftsjukdom får i massemedia, dekkjer ofte over at kreft stort sett er ein alderssjukdom, og at tilfella av kreft hjå born utgjer kun 0,7% av alle krefttilfelle (Fodstad og Valand, 2001).

Ved behandlinga av barnekreft står ein overfor spesielt vanskelege utfordringar, fordi bornet er i stadig vekst og utvikling, og avhengige av trygge rammer. I nokre tilfelle toler born behandlinga bra, som til dømes ved kirurgi og kjemoterapi. Små born toler derimot stråling dårlegare enn det vaksne gjer. Sjukepleiar si rolle vert i forhold til behandlinga å finne gode måtar å redusere plager og redsle hjå borna, til dømes ved at bornet får sentralt venekateter og trygge rammer å forhalde seg til. På grunn av stor utvikling innanfor området dei siste 20 – 30 åra, har statistikken over overlevande born med kreft auka dramatisk. Overlevingsprosenten ligg no på over 75 % (Storm-Mathisen og Zeller, 2010).

2.1.1 Å vere forelder til alvorleg sjuke born

Når eit born får diagnosen kreft råkar det ein heil familie, noko som får konsekvensar for kva sjukepleie er og bør vere – nemleg retta mot ein heil familie (Bringager, Hellebostad & Sæter, 2003). Betydinga av å ta vare på foreldra når eit born er alvorleg sjukt, er av Egeland (2010) beskrive som særskild viktig, då born vert påverka dersom foreldra er urolege og engstelege. Born reagerer positivt på å ha trygge foreldre rundt seg. Egeland (2010) seier vidare at det er viktig for helsepersonell å ta vare på foreldra på ein god måte, slik at dei kan vere gode omsorgspersonar for borna sine. Respekt og omsorg ligg til grunne for ei slik ivaretaking, noko som viser seg att i informasjonsgjeving gjennom skriftleg og munnleg kommunikasjon.

Fortvilning, angst og uvissheit pregar ofte kvardagen til foreldre med kreftsjuke born. Dei er redde for framtida og alle undersøkingar, prøvar og behandling bornet må gå gjennom. Foreldra får ofte eit fokus på at bornet kjem fyrst, og av og til kan dette føre til at foreldra stengjer ute viktige kjensler som sorg og at dei gløymer seg sjølve litt. Dette fungerer gjerne ei stund, men ein bør som sjukepleiar fortelje foreldra at det er viktig at dei tek vare på seg sjølve også – for å vere best mogeleg rusta for det som kan møte dei i framtida (Bringager, Hellebostad & Sæter, 2003).

Grønseth og Markestad (2005) seier, i forhold til foreldre som har born innlagd i sjukehus, at det er viktig for foreldra at sjukepleiaren er oppmuntrande i kommunikasjonen, og at sjukepleiaren informerer om kva kjensler og reaksjonar som er vanlege. På den måten trygger ein foreldra, og dei tør la kjenslene kome fram og ut. Når eit born vert lagt inn i sjukehus, vert foreldrerolla svakare fordi dei overlet ansvaret for bornet sitt til andre. Sjukepleiaren har her ei viktig rolle i å få foreldra deltakande i situasjonar der dei kan vere deltakande. For eksempel å halde bornet i handa under prosedyrar som kan verke skremmande for bornet. Når foreldra får delta i bornet sin kvardag på sjukehuset, opplev foreldra meistring i foreldrerolla, noko som styrkjer sjølvtillita og reduserer stressnivået (Grønseth og Markestad, 2005).

2.1.2 Betydinga av informasjon

Pasientar med kreft og deira pårørande er i ein svært sårbar og vanskeleg situasjon, der tankar om framtida, forløp og behandling står i fokus (Grovs og Lorentsen, 2010). For best mogeleg behandlingssamtalering og pågangsmot, er det viktig at pårørande og pasient får tilstrekkeleg informasjon. Informasjonen må i dei fleste tilfelle i samhandling med born, vere alderstilpassa. Mange opplev også at informasjon gitt i starten av diagnosetidspunktet, ikkje vert hugsa på grunn av sjokket ved ein slik diagnose. Skriftlege referat frå informasjonssamtalane med både bornet og foreldra er viktig for at foreldra skal kunne ha noko å sjå tilbake på, men også for helsepersonell i samhandling med familien, slik at ein held seg kontinuerleg oppdatert på kva som er sagt tidlegare (Storm-Mathisen og Zeller, 2010).

Tilgang til ærleg og realistisk informasjon betyr svært mykje for foreldra til born som er innlagd i sjukehus. Mangel på informasjon frå helsepersonell, vert fort grunnlaget for stress og misnøye med helsepersonellet hjå dei pårørande. Det er viktig at informasjonen er forståingsfull og at sjukepleiaren viser omsorg og tryggleik ved informasjonsgjeving, slik at det vert oppretta eit tillitsforhold mellom sjukepleiar og foreldra til det sjuke bornet (Grønseth og Markestad, 2005).

Gjennom informasjon ynskjer ein som sjukepleiar å gje familien nye ressursar til å meistre situasjonen dei er i. Ved å knyte informasjon saman med formidling av håp og tillit, kan familien til det kreftsjuke bornet stå sterkare i forhold til å sjå mogelegheiter i situasjonen (Bringager, Hellebostad & Sæter, 2003).

2.2 Kommunikasjon

Det fyrste møtet med familien som er råka av kreftsjukdom er særst betydingsfullt, der ein gjennom å skape god atmosfære og å vise kvalitetsbevisstheit kan skape eit utgangspunkt som er bygd på tillit og motivasjon. Vårt viktigaste verktøy er kommunikasjon, og det betyr mykje kva ein formidlar og ikkje i møte med familiar der bornet er kreftsjuk. Både det som ein som forelder og som sjukepleiar formidlar til bornet har stor betyding, fordi foreldre sine haldningar i forhold til sjukehus, diagnose osv lett vert overført til borna (Bringager, Hellebostad & Sæter, 2003).

Ordet kommunikasjon betyr å gjere noko felles, å gjere nokon delaktige og å ha forbindelse med nokon. God kommunikasjon er hjelpande, og kva det føreset er avhengig av kva situasjon ein er i. Den profesjonelle kommunikasjonen er noko annleis enn den me brukar i dagleglivet. I den profesjonelle kommunikasjonen er me ein fagperson, og kommuniserer med personar som har søkt hjelp hjå oss. God profesjonell kommunikasjon tek difor sikte på å ivareta brukarar og klientar på ein god måte, slik at ein i størst mogeleg grad fremjar yrket sitt føremål. Å ha praktiske kommunikasjonsferdigheiter vil seie å kunne bruke kommunikasjonen til å hjelpe, støtte og veglede brukarar og klientar (Eide og Eide, 2004).

At menneske i lidning let seg lindre gjennom ord, symbol og meining gitt av ein medlevande og medlidande hjelpar, er noko som høyrer med til vår eldste visdom. Dette inneber også at ein gjennom kommunikasjon fremjar helse, meistring og myndiggjering. Ved å utvikle og ta i bruk ein kommunikasjon som er meiningsskapande og relasjonsorientert, ikkje berre informasjonsfokusert, vil ein oppnå tryggleik og tillit hjå mottakaren (Ekeland, 2007).

I forhold til den relasjonelle biten, har Bowlby (i Eide og Eide, 2004) sett opp 5 oppgåver ein som hjelpar har for å skape tillit og relasjon til den som søker hjelp. Ein av desse 5 oppgåvene går på at hjelparen skal skapa ein trygg base gjennom god og tillitsfull relasjon, slik at den som søker hjelp kjenner seg tatt vare på, trygg og at han veit han har ein som han kan stole på (Eide og Eide, 2004). Ekeland (2007) seier at det er fort for at hjelparen vert for oppteken av fakta og dei tekniske sidene av informasjonen, at han lett gløymer at kommunikasjonen mellom menneske handlar om det mellommenneskelege, om relasjonar.

Vidare seier Ekeland (2007) at sjølv om føremålet med ein samtale kun er å informere om faktiske tilhøve, er relasjonen den naudsynte brua som fører informasjonstrafikken over til mottakaren.

2.2.1 Empati

Empati kjem frå det greske ordet "empathia" som kan overførast til å bety innfølelse. Det fins mykje forvirring i forhold til kva empati betyr, og ikkje minst mykje variasjon. Innanfor omgrepet empati ligg det ord som hjelpsemd, imøtekomenheit, medkjensle og det å kunne forstå den andre personen. Empati er i tillegg å skape ein relasjon til den trengjande som gjev støtte og tryggleik. Empati er også viktig for å byggje opp eit godt samarbeid, der forståinga av kvarandre byggjer på intellektuelle og kjenslemessige komponent. Ein empatisk person har mogelegheit til å forstå andre sine kjensler, setje seg inn i andre sin situasjon og gjennom kommunikasjon vise empati på ein tryggleiksskapande måte (Holm, 1987/2005). Ein uempatisk person vert av Hogan (i Holm, 1987/2005) sett på som ein person som utfører ineffektiv kommunikasjon fordi han ikkje kan føresjå andre sitt informasjonsbehov. På denne måten vert empati sett på som eit personlegdomstrekk eller ein eigenskap.

Empati byggjer på gjenkjenning som oppleving av den andre som menneske. Empati er også kommunikasjon om relasjon, og ei godkjenning om at den andre er eit menneske ein kan kjenne seg att i. Innanfor empati er det eit viktig poeng at det ikkje er empatien som hjelparen opplev at han eller ho gjev, men korleis den som tek imot empatien opplev det. Empati veks difor fram gjennom at me anstrengjar oss for å forstå den andre (Ekeland, 2007).

2.3 Tryggleik og tillit

Tryggleik er eit fenomen som har ei spesiell mening for kvar og ein av oss. Etter å ha stilt spørsmål kring fenomenet kan ein søkje etter kjernen for å verkeleg forstå kva kvar og eitt menneske meiner er tryggleik for seg sjølv. Som menneske har me ei drivkraft om å overleve, noko som krev at ein får signal dersom ein står i fare. Kjensla av tryggleik og utryggleik går inn under dette signalsystemet som fører til at me søkjer tryggleik gjennom belønning eller nyting, og ikkje smerte og straff (Segesten, 1984).

Tryggleik er relasjonell, og svært viktig i menneske sitt liv. Tryggleika står alltid i forhold til noko, og omhandlar ofte ærlegdom, pålitelegheit og trufastheit (Thorsen, 2005). I forhold til relasjonstryggleika er det viktig at ein veit at andre er med ein når ein treng det, og at dette er gjensidig. Personar som gjev tryggleik vert beskrive som rolege, varme, hyggelege og sikre (Segesten, i Thorsen, 2005). Som sjukepleiar er det viktig at ein kjenner på eigne kjensler og

eigen sårbarheit, og er bevisst desse, for å kunne hjelpe andre. Dersom ein ikkje er bevisst sin eigen relasjonstryggleik, kan møtet med pasienten verte fokusert på å dekkje våre egne behov i staden for å dekkje pasienten sine (Thorsen, 2005).

For at ein som sjukepleiar skal kunne utøve tryggleiksskapande tiltak til hjelpesøkjande menneske, må ein sjølv vere bevisst sin eigen tryggleik. Gjennom kroppsleg tryggleik og teoretisk tryggleik, står ei betre rusta i møtet med menneska. Med kroppsleg tryggleik meiner ein å øve opp ferdigheiter som gjer at ein kan sjå utover gjeremåla. Med teoretisk tryggleik meiner ein dei kunnskapane ein tileignar seg gjennom skule og arbeid. Ved å forene desse to momenta og arbeide aktivt med dei, endar ein til slutt opp med ein eksistensiell tryggleik som ein kjenner seg fortruleg med og som ein kan bruke til å skape gode relasjonar til menneske som treng hjelp (Thorsen, 2005).

Tryggleik og tillit er viktige område innanfor sjukepleia. Kari Martinsen snakkar om omsorga si relasjonelle side, då ho omtalar tillit. For å kunne utøve tillit, seier ho at ein skal kunne setje seg inn i den andre sin situasjon og byte posisjon med den for å kunne sjå korleis ein skulle ynskja at det vart handla mot ein. Tillit er ein grunnleggjande verdi som fins i alle menneske til menneske forhold. Martinsen legg vekt på at det er særst viktig at ein som sjukepleiar oppfattar signala til pasienten når han utleverer seg. Ei utlevering er ei bekrefting på tillit, som ein som sjukepleiar i best mogeleg grad skal gjengi. Pasientar har forventningar om å verte tekne på alvor, og at den tillita sjukepleiaren viser overfor pasienten er ekte (Martinsen, 2003).

2.4 Joyce Travelbee sin sjukepleiefilosofi

Joyce Travelbee sin sjukepleiefilosofi går ut frå tenkinga om mellommenneskelege forhold innanfor sjukepleieyrket. Travelbee seier lite om miljøet rundt mennesket, og heller ikkje så mykje om helseomgrepet, men derimot er hennar sjukepleiedefinisjon velkjend og allmenn akseptert og ligg som eit grunnlag for sjukepleieyrket (Kristoffersen, 2005).

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

(Travelbee, 1966/1999. s 29).

Vidare seier Travelbee (1966/1999) at det innanfor sjukepleieyrket handlar om samarbeidet med andre menneske, å oppnå ein relasjon og eit tillitsskapande forhold, utan å ha fokus på

profesjon. Travelbee er motstandar av å bruke rolle omgrep som pasient og sjukepleiar. Ho meiner at me alle er unike menneske, ein biologisk organisme og ein motsetningsfylt skapning. Travelbee seier at ordet pasient og sjukepleiar set ein merkelapp på kven du er, og at ein då ikkje vert sett på som unik. (Travelbee, 1966/1999).

2.4.1 Menneske-til-menneske-forholdet

Eit menneske-til-menneske forhold er ein eller fleire opplevingar og erfaringar som sjukepleiaren og den sjuke og deira pårørande deler. Eit menneske-til-menneske forhold er eit verkemiddel innanfor sjukepleia for å oppfylle sjukepleia si mål og hensikt i forhold til å hjelpe eit individ, eller ein familie med å førebyggje eller meistre sjukdom og å finne mening i desse erfaringane. For å skape ein slik kontakt som eit menneske-til-menneske forhold krev, er det viktig å møte pasienten der pasienten er, vise omsorg og gjennom samhandling vise empati, forståing og medmenneskelegdom (Travelbee, 1966/1999).

Travelbee (1966/1999) beskriv i boka si *mellommenneskelege forhold i sjukepleie* at ein som sjukepleiar i samhandling med pasientar må gjennom 4 fasar for å oppnå eit menneske-til-menneske forhold. Den fyrste fasen går ut på det innleiande møtet der observasjon, fyrsteintrykk og der sjukepleiaren si oppgåve i å finne mennesket i personen, ikkje pasienten står i fokus. Den andre fasen går ut på framveksten av identitetar, ein fase der evna til å verdsetje den andre som eit unikt menneskeleg individ saman med evna til å etablere ei tilknytning til den andre står i fokus. Den tredje fasen kallar Travelbee for empatifasen, der ho beskriv empati som ei erfaring som finn stad mellom to eller fleire individ. Å føle empati er å knyte seg til andre og forstå individet som ein heilskap. Den fjerde fasen kallar Travelbee for sympati og medkjensle fasen. Denne fasen beskriv ho som ei vidareføring av empatifasen, der ein strekk seg vidare for å oppfylle ynskje om å lindre plager (Travelbee, 1966/1999).

Når ein sjukepleiar og den sjuke eller deira pårørande har gått gjennom desse fire fasane, kan ein oppleve gjensidig forståing og kontakt, noko som ligg til grunne for menneske-til-menneske forholdet, og som skapar relasjonstryggleik (Travelbee, 1966/1999).

2.4.2 Kommunikasjon

Travelbee beskriv kommunikasjon som særst viktig når det gjeld å etablere menneske til menneske forhold (Kristoffersen, 2005).

”Ingen sykepleier er uten en viss ferdighet når det gjelder å bruke kommunikasjonsprosessen målrettet. Men ingen sykepleier er ekspert på kommunikasjon i den forstand at hun ikke har mer å lære” (Travelbee, 1966/1999, s.149).

Kommunikasjon er ein prosess som gjer sjukepleiaren mogelegheit til å etablere eit menneske-til-menneske forhold. Anten ein er bevisst sin kommunikasjon eller ikkje, så føregår det ein kommunikasjon mellom sjukepleiar og hjelpesøkande heile tida.

Kommunikasjonen kan vere taus eller høyrbar, og inneheld ofte mange non-verbale moment som til dømes, haldning, åtferd og andletsuttrykk (Travelbee, 1966/1999).

Kommunikasjon er ei handling, ein gjensidig prosess og ei erfaring ein vert delaktig i. Som sjukepleiar skal ein vite korleis ein kommuniserer for å fremje sjukepleia si hensikt og mål. Det er ikkje berre pasienten ein skal kommunisere bra med, det betyr like mykje for pasienten at ein samhandlar og kommuniserer godt med familien (Travelbee, 1966/1999).

Travelbee (1966/1999) seier at å kjenne eit menneske er meir enn å ha informasjon om mennesket. Det handlar om å oppleve og respondere på det unike ved mennesket, for å kunne gje meningsfylt hjelp. Inn under dette kjem meininga om å kommunisere målretta og å finne samtaleemne som passar til den situasjonen ein står i. På den måten gjev ein mottakaren sjans til å kome med sine synspunkt, meiningar og kjensler – og eit menneske-til-menneske forhold vert oppretta.

3.0 Metode

Under dette kapitlet vil eg omtale kva ein metode er, kva eit litteraturstudie er og svake og sterke sider innanfor det. Eg har også skriva korleis eg har utført søkinga mi, søkeord og databasar. I tillegg kjem det litt teori om kjeldekritikk og etiske overveiningar, der eg til slutt skriv om mine eigne vurderingar innanfor kvart område. Til slutt i kapitlet omtalar eg forskingslitteraturen eg har brukt, samt dei viktigaste bøkene eg har brukt i oppgåva.

3.1 Kva er metode

Tranøy (i Dalland, 2007. s. 81) definerer ein metode som ein framgangsmåte for å få fram kunnskap eller etterprøve påstandar som vert framstilt som sanne, gyldige eller haldbare.

Wilhelm Aubert sin definisjon på kva ein metode er, har vorte sitert i mange samanhengar:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2007, s.81).

Bakgrunnen for å velje ein spesiell metode, er at me meiner den gjev oss gode data og kan belyse spørsmålet vårt på ein fagleg og interessant måte. Metode er også ein reiskap me bruker til å samle inn data, der ein finn kunnskapar og informasjon som ein bruker i undersøkinga eller forskingsprosessen ein held på med (Dalland, 2007).

Tranøy (i Dalland, 2007, s 80) seier at omgrepa vitenskap og metode heng nøye saman, men at det framleis er ueinigheit om kva som kjenneteiknar ein vitenskapleg metode, og at det ikkje eksisterer nokon metode som er felles for alle vitenskapar.

Metode kan ein dele inn i kvalitative - og kvantitative orienteringsmetodar. Holter (i Holme og Solvang 1996) seier at det er grunnleggjande likskapar mellom den kvalitative og kvantitative metoden, fordi begge har som føremål å betre forståinga innanfor det samfunnet me lev i og korleis enkeltmenneske, grupper og institusjonar samhandlar med kvarandre. Vidare seier Holter (i Holme og Solvang, 1996) at dei grove forskjellane mellom kvalitativ og kvantitativ metode, er at ein ved kvantitativ metode er oppteken av data, tal og mengd, medan ein ved kvalitativ metode er oppteken av forståinga av til dømes sosiale prosessar eller samanhengar.

3.1.1 Litteraturstudie som metode

Eit litteraturstudie er eit studie der ein ser på tidlegare forskning og set dette opp mot relevant litteratur for å finne svar på eigen problemstilling. Eit litteraturstudie skal innehalde bakgrunn, føremål, spørsmålsstillingar og innsamlingsmetodar (Olsson og Sörensen, 2003). Om litteraturstudie seier Forsberg og Wengstöm (2008) at ein kan dele det inn i to delar, der den eine er ei ålmenn litteraturstudie som også kan kallast forskingsoversikt, medan den andre er ei systematisk litteraturstudie der ein systematisk går gjennom, identifiserer og analyserer relevant forskning.

3.1.2 Sterke og svake sider ved eit litteraturstudie

Når ein brukar litteraturstudie, får ein oversikt over tilgjengeleg litteratur, både kvalitativ og kvantitativ. Holme og Solvang (1996) beskriv sterke og svake sider ved både kvalitative og kvantitative metodar, der dei legg vekt på at den kvalitative metoden har som styrkje å få fram totalsituasjonen, medan den kvantitative metoden har som styrkje å få fram tverrsnittdata, utan å ta omsyn til sosiale prosessar eller liknande. Ei anna styrkje ved ein kvalitativ metode, som Holme og Solvang (1996) legg vekt på, er at metoden skapar grunnlag for teoribygging. Forsberg og Wengström (2008) seier at ei god og sterk side ved eit litteraturstudie er at det gjev ein mykje litteratur på kort tid, og det er lett å finne att kjeldene.

Holme og Solvang (1996) skriv at ei svak side ved ein kvalitativ metode, er at ein ikkje får fram om resultata er dekkjande for alle einingar. I forhold til den kvantitative metoden seier dei at ei svakheit er at den ikkje gjev rom for at den som er med i undersøkinga får gje uttrykk for eigen situasjon og reaksjonar, og ein misser då noko av heilskapen. Dalland (2007) seier også at ein ved eit litteraturstudie kan stå i fare for å finne sekundærartiklar, og at ein gjennom eit litteraturstudie ikkje kjem fram til "ny" kunnskap.

3.1.3 Litteratursøk og val av litteratur

Føremålet med eit litteratursøk, er å finne ut om kva kunnskap som finst "der ute", relatert til eiga problemstilling, forskingsspørsmål eller hensikt, der måten ein søker på vil ha stor betydning for kva ein finn. Det nyttar ikkje å berre søkje på måfå, men å ha ein god søkestrategi. Å gjennomføre litteratursøk i fleire databasar bidreg til å sikre størst mogleg breidde innanfor litteraturtilfanget (Bjørk og Solhaug, 2008).

Av søkemotorar har eg i hovudsak brukt ScienceDirect, SveMed og CINAHL. ScienceDirect og CINAHL gav mest treff og best relevante artiklar, og det er difor derifrå eg har teke dei fleste artiklane eg har brukt.

Søkeorda eg i hovudsak har brukt er; *"communication"*, *"parent/parent`s"*, *"childhood cancer"*, *"children"*, *"information"*, *"trust"*, *"security"*, *"cancer"*.

Ved søk i ScienceDirect med kombinasjonar av søkjeorda; *"communication"*, *"children"*, *"cancer"*, *"parent"*, *"information"* og *"childhood cancer"*, fekk eg ein del relevante treff. Blant anna ved kombinasjon av *"communication"* og *"children"* fekk eg 7 treff, og ved kombinasjon av *"cancer"* og *"communication"* fekk eg 18 treff. Ved søk med kombinasjonen *"childhood cancer"* og *"parent information"* fekk eg 337 treff. Kombinasjonen *"parent and communication"* og *"children and cancer"* gav meg 205 treff. I ScienceDirect har eg avgrensa søka mine til å gjelde kun *"journals, nursing"* og ikkje eldre artiklar enn frå 2003 og oppover.

I SveMed søkte eg med søkjeorda *"communication"* og *"children"* og fekk 120 treff, ved å kombinere med *"cancer"* fekk eg 6 treff. Eg fann derimot ikkje nokon relevante artiklar her. Søka i SveMed vart også avgrensa til å gjelde kun fulltekst artiklar.

Søk i CINAHL har definitivt gitt mest relevante treff. Kombinasjonar av alle søkjeorda mine har gitt mange treff. Til dømes kombinasjon av *"parent"*, *"cancer"* og *"communication"* gav 79 treff. Søk med *"children"*, *"trust"* og *"cancer"* gav 20 treff. Kombinasjon av søkjeorda *"cancer and children"*, *"trust"* og *"communicaton"* gav 6 treff. 140 treff fekk eg ved å søkje på *"childhood cancer"*, *"parent`s"* og *"information"*.

Slik eg ser det er kombinasjon av søkjeorda *"communication"*, *"cancer"*, *"children"* og *"parent`s"* vore dei som har gitt meg mest treff.

3.1.4 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk betyr å vurdere og karakterisere litteratur som er brukt i oppgåva. Kjeldekritikk er også ein metode for å finne ut om ei kjelde er sann, og på den måten gje lesaren informasjon om korleis forfattaren har reflektert over relevans og gyldigheit av kjeldene som er brukte (Dalland, 2007). Kjeldekritikk går også på å vurdere kjeldene som primær eller sekundærkjelder. Bjørk og Solhaug (2008) beskriv typiske primærkjelder som rapportar frå enkeltstående forskings – eller fagutviklingsprosjekt, masteroppgåver eller normativ kunnskap presentert i lover, forskrifter og etiske retningslinjer så lenge innhaldet vert referert. McGibbon og Marks (i Bjørk og Solhaug, 2008) seier at bøker også kan vere ei primærkjelde, og at dei er

særleg eigna når ein søkjer kunnskap av meir ”stabil” karakter. Når materialet frå ei primærkjelde er bearbeida, snakkar me om ei sekundærkjelde. I nokre tilfelle kan bøker vere ei sekundærkjelde når forfattaren støttar seg på ein annan forfattar si framstilling (Bjørk og Solhaug, 2008).

I arbeidet med oppgåva mi, har eg tilstreba å kun bruke litteratur av nyare dato. I nokre tilfelle har ikkje dette vore mogeleg, og eg har då brukt litteratur som har vore eldre enn ti år. Til dømes boka til Travelbee som fyrste gong vart gitt ut i 1966, og så oversett til norsk i 1999. Eg har brukt denne boka fordi eg meiner at teorien hennar ikkje forandrar seg. Eg har også brukt ei anna bok frå 1999, av Kjell Magne Håkonsen. Denne boka omhandlar mykje teori kring omgrepet relasjonsbygging, og eg har brukt den fordi den er svært relevant for oppgåva mi. Eg har også valt å kun bruke den i drøftingsdelen, då eg føler at nyare litteratur bør få plass i teoridelen.

3.2 Etiske vurderingar

Etisk forsvarlegheit vert stilt som krav både innanfor fagutvikling og forskning (Bjørk og Solhaug, 2008). Det fins retningsliner for korleis skrive eit godt etisk og korrekt litteraturstudie, der det vert lagt vekt på plagiater, juks og uærlegdom. Det er viktig at ein vel artikkelar som er godkjent av etisk komité og at ein presenterer andre artikkelar enn berre dei som støttar forskaren si hensikt (Forsberg og Wengström, 2008).

Under arbeidet med oppgåva, har eg heile tida vurdert det etiske ved det eg gjer. Alle artikklane eg har funne er godkjende av etisk komité. Det er ikkje alle artikklane det står skrive, men dei artikklane der det ikkje står skriftleg i artikkelen, er artikkelen publisert i eit anerkjend tidsskrift, noko eg ser på som ei god etisk vurdering. Under skrivinga har eg også passa på å skrive kjeldetilvisingar på rett måte, slik at eg ikkje skriv ting som andre har skrive, og gjev det ut for å vere meg sjølv som har skrive det. Eg har også i størst mogeleg grad, brukt primærkjelder, for å unngå bruk av sekundærlitteratur der forfattaren kan ha kome med eigne synspunkt.

3.3 Presentasjon av utvalt forskingslitteratur

Gjennom søk i databasar, fann eg fort ut at det var forska lite på akkurat det eg har valt å skrive om. Likevel har eg greidd å finne nokre artikkelar som kjem fram til mange gode måtar å skape relasjon til foreldra med kreftsjuke born. Nokre av artikklane omhandlar derimot foreldre til sjukehusinnlagde born, og ikkje kun om foreldra til kreftsjuke born.

Kästel,A., Enskär, K., & Björk, O. (2010). (in press). Parent`s view on information in childhood cancer care.

Hensikta med denne studia var å få fram familiar si oppleving av informasjonsgjeving når bornet deira hadde kreft. 8 familiar deltok, og vart gjennom kvalitative intervju, intervju 5 gonger i løpet av det fyrste året bornet var sjuk. I studia kjem det tydeleg fram at foreldra meiner at ein som sjukepleiar eller lege, i samhandling med ein familie i slik krise skal ta seg god tid, informere ordentleg og svare på spørsmål. Viktigheita med å fordele informasjon vart understreka, og betydinga av å skape ein relasjon vart sett på som svært viktig for tryggleika. Det som kom fram som negativt, var at dei fleste familiane opplevde legane som travle, og foreldra unngjekk då ofte å stille spørsmål i fare for å vere til bry. I forhold til dette tykte familiane det var svært godt å ha god relasjon til sjukepleiar, som kunne svare på spørsmål og repetere det som legen har sagt.

Espezal, H.J.E., & Canam, C.J. (2003).Parent-nurse interactions: care for hospitalized children.

Hensikta med denne studia var å undersøke opplevingar foreldre til sjukehusinnlagde born hadde i forhold til samspelet med sjukepleiarar. 8 foreldre frå 7 familiar deltok i studia, der bornet var 18 månadar eller eldre ved intervjuet. Det vart brukt kvalitativ metode, med dybdeintervju basert på opne spørsmål. Det som kom fram som viktigast i denne studia, var å etablere eit forhold mellom familien og sjukepleiaren, noko som byggja på korleis ein som sjukepleiar oppførte seg i samhandling med familien. Det vart peika på viktigheita med at sjukepleiaren gav av seg sjølv, hadde tid til samtalar, var interessert i å verte kjend med familien og bornet og at sjukepleiaren hadde gode kunnskapar om sjukdommen til bornet.

Fisher, M.J., & Broome, M.E. (2010). (in press).Parent – Provider Communication during hospitalization.

Hensikta med studia var å samanlikne erfaringar innanfor kommunikasjon mellom foreldre, sjukepleiarar og legar når eit born er lagt inn i sjukehus. Studia er ei pilotstudie, der det vart brukt intervju med semi - strukturerte spørsmål. 11 intervju innanfor ein to vekers periode ligg

som grunnlag for studia. Foreldre, sjukepleiarar og legar til tre inneliggjande born vart intervjua. Alle tre borna hadde ei form for leukemi, var under 18 år og hadde fått diagnosen for under eitt år sidan. Resultata av intervjua peika på viktige ved at sjukepleiarar og legar gjev den same informasjonen. Det vart også peika på kor viktig måten informasjonen vert gitt på er – til dømes at det vert lagt vekt på haldning, tilnærming og eit språk som foreldra forstår. Foreldra var samde i at skapinga av ein relasjon basert på tillit var viktig for grunnlaget av kommunikasjon, samt at det ein seier skal samsvare med det ein gjer. Å halde avtalar og lovnader var viktig for tillitsskapinga.

Thompson, V.L., Hupcey, J.E., & Clark, M.B. (2003). The development of trust in parents of hospitalized children.

Hensikta med denne studia, var å finne fram til ein modell for å vise korleis utviklinga av tillit mellom forelder og helsepersonell utartar seg. Det vart brukt kvalitativ metode basert på grounded theory, der 13 familiar (15 personar) vart intervjua i heimane sine, etter at bornet hadde vore innlagt i sjukehus. Borna var mellom 0 og 12 år ved innlegging. Resultata som kom fram, var at foreldra kjende seg trygge når helsepersonellet kjende bornet deira og at dei hadde trygge sjukepleiarar å forholde seg til. Relasjonsskaping gjennom at sjukepleiarane presenterte seg sjølv og hadde tid til å snakka, viste interesse for familien og at sjukepleiaren var interessert i å verte kjend med bornet og behov bornet hadde vart sett på som særskilt viktig for å opprette trygge rammer.

McCarthy, B.(2010). (in press). Family members of patients with cancer: What they know, how they know and what they want to know.

Hensikta med denne studia var å finne ut om informasjonsbehovet til pårørande vart møtt av helsepersonell. Studia er eit gjennomgangs studie, der forfattaren har valt ut 34 artiklar og drøfta dei. Det er gjort avgrensing på at studia gjeld pårørande til vaksne kreftsjuke menneske. I studia kjem det fram at ein som helsepersonell må møte familiane der dei er, og sjå på behova deira for informasjon, og ikkje gje unødvendig mykje informasjon på ein gong. Viktigheita med å ta seg tid til dei pårørande og å forklare/gje informasjon på ein måte som dei pårørande kan forstå, vart sett på som veldig viktig for at pårørande skulle kjenne seg

ivaretekne, trygge og respekterte. Det kom også fram frå nokre av studiane at pårørande følte helsepersonellet var uempatisk og ikkje respekterte dei pårørande.

4.0 Korleis kan sjukepleiarar kommunisere for å bidra til tryggleik og tillit hå foreldre til kreftsjuke born?

Under dette kapitlet tek eg for meg hovudfunna i studiane eg har valt ut, og drøftar dei saman med utvalt bakgrunns litteratur. Funna i studiane går mykje inn i kvarandre, der den eine tingen påverkar den andre. Eg har likevel prøvd å dele funna inn i 4 hovudtema:

- *Å skape ein relasjon til foreldra.*
- *Betydinga av tid i samhandling med foreldra.*
- *Sjukepleiar sine kommunikasjonsferdigheiter.*
- *Bruk av empati i kommunikasjonen.*

4.1 Å skape ein relasjon til foreldra

Relasjonsskaping gjennom kommunikasjon er noko som går att i fleire av studiane eg har valt ut. Blant anna seier Kästel, Enskär og Björk (2010) at sjukepleiarane står meir i relasjon til dei pårørende enn det legane gjer, og at sjukepleiarane på denne måten har større krav på seg til å skape gode relasjonar. Gode relasjonsmetodar kjem fram i studia til Thompson, Hupcey og Clark (2003), og vert beskrive som måtar å verte kjend med familien på, og spesielt barnet. Vidare seier dei også at når ein kjenner barnet og deira behov, vert foreldra trygge på at hjelpa dei får ikkje berre er basert på tekniske og kunnskapsbaserte ferdigheiter, men også eit mellommenneskeleg forhold.

”Om vi inte som människor är beredda att påverkas och förändras i relationer, kan vi inte hjälpa människor att förändra sig själva och sina liv på ett `helt` sett”.

(Frej, sitert i Hummelvoll, 2005, s. 379).

Gjennom arbeidet vårt med menneske, kjem me nært inn på andre menneske sitt liv og liding, og me får ei sterk trong til å hjelpe og støtte mennesket. Gjennom heile livet vårt lev me og utviklar oss i relasjonen med andre menneske. For å kunne arbeide i nær relasjon med andre menneske, er det ein føresetnad at me har evne til å bevege oss av andre menneske sitt liv og liding (Håkonsen, 1999).

Travelbee (1966/1999) seier at eit menneske-til-menneske forhold vert sett på som relasjonsskaping gjennom at ein brukar måtar å oppfatte ting på, tenke, kjenne og føle på. I forhold til dette seier ho også at ein må sjå menneska ein samhandlar med som unike for å få til denne relasjonsskapinga. I studia til Thompson, Hupcey og Clark (2003) har fleire av

foreldra beskrive akkurat denne måten å skape relasjon på. Foreldra seier at det var svært viktig for deira tryggleik, at bornet vart sett på, gjenkjent og behandla som ein unik person og ikkje berre ein person som var sjuk. I forhold til dette seier fleire foreldre i studia til Espezel & Canam (2003) at etableringa av eit relasjonelt forhold basert på tryggleik gjennom kommunikasjon, bestod mykje av korleis ein som sjukepleiar tok vare på bornet, korleis sjukepleiaren gjekk fram for å verte kjend med bornet og foreldra og korleis ein fann ei kopling mellom desse to delane.

I dei fleste studiane, kjem det fram at evna sjukepleiaren har til å setje seg inn i situasjonen til dei pårørande på, har stor betydning for relasjonsskaping, tryggleik og god kommunikasjon. I studia til Fisher & Broome (2010) kjem det fram at respekt, tillit og evna sjukepleiaren har til å styrkje foreldra, vert av foreldra sett på som gode eigenskapar hjå ein sjukepleiar då det førte til at foreldra følte seg trygge på sjukepleiaren i samhandling med bornet deira.

Som tidlegare nemnt i oppgåva, seier Segesten (1984) at tryggleik er forskjellig frå person til person, og at ein gjennom samhandling med menneske kan finne ut kva som er tryggleik for den aktuelle personen. Dette tykkjer eg er eit viktig punkt i forhold til relasjonsskaping. Ein relasjon byggjer på tryggleik, og som eg har erfart frå praksis i samhandling med menneske som har det vanskeleg, er god kommunikasjon og god tid ein stor føresetnad for å få til ein relasjon. Om ein har tid til å setje seg ned, snakke om andre ting enn sjukdommen, snakke om seg sjølv og å verte kjend med kvarandre, skapar ein gjensidig tryggleik og tillit, noko som er grunnlaget for ein god relasjon.

Inn under relasjonsskaping, tryggleik og kontakt med menneske kjem også omgrepet empati. Som tidlegare skrive i oppgåva, seier Holm (1987/2005) at empati er både medkjensle og hjelpsemd. Og for at ein skal få til det, må ein kommunisere, bruke god tid og skape gode relasjonar til menneska ein samhandlar med.

I yrkesetiske retningsliner for sjukepleiarar punkt 2.2 står det at sjukepleiaren skal samhandle med pårørande og behandle deira opplysningar med fortrulegheit (Sneltvedt, 2008). God samhandling med pårørande vert i studiane eg har funne, sett på som svært viktig for opplevinga av tryggleik og relasjon. Informantane i studiane har også sett visse krav til sjukepleiarane dei samhandlar med, der blant anna kravet om å vere interessert i familien kjem fram. Informantane i Fisher & Broome (2010) si studie, la vekt på at sjukepleiaren må vere ekte, ærleg og i stand til å gje av seg sjølv. Når ein som sjukepleiar opptrer medlidande,

forståingsfull og er ærleg, opplev sjuke og pårørende lindring fordi ein føler seg trygg og teken på alvor (Ekeland, 2007).

4.2 Betydinga av tid i samhandling med foreldre

Tid er eit omgrep som går att i dei fleste studiane eg har brukt i oppgåva mi. Dette tyder på at foreldra ser på tid som eit særskilt viktig moment for tryggleik og for relasjonsskaping. Om tid seier Håkonsen (2006) at det å ta seg tid, handlar om å vere avslappa, ha mogelegheit til å setje seg ned og gjere det mogeleg å etablere god kontakt. Han meiner også at det er ei god investering å bruke tid til å opprette ein samarbeidsrelasjon.

I studia til Kästel, Enskär & Björk (2010) beskriv nokre av foreldra viktigheita med at dei føler at sjukepleiarar og legar har tid til dei. Ein informant i denne studia fortel at det var svært stressande for han at sjukepleiaren eller legen ikkje hadde tid. Det skapa meir utrykkleik, og spørsmål vedkomande hadde lyst å spørje om, vart ikkje stilt fordi han følte at det ikkje vart gjeve rom for det. Som tidlegare nemnt seier Thorsen (2005) at tryggleik omhandlar pålitelegheit og trufastheit, og Holm (1987/2005) seier at empati er å ha evne til å imøtekome andre menneske og vise medkjensle. Ut frå desse utsegna, vil funnet i studia til Kästel, Enskär & Björk (2010) vere urovekkjande av omsyn til sjukepleie som profesjon. Informantar i studia til Thompson, Hupcey og Clark (2003) seier at det er viktig for relasjonsskapinga at sjukepleiaren tek seg tid til å gje relevant informasjon som er tilpassa foreldra, og at dei også får tid til å stille spørsmål. I forhold til tid, seier Håkonsen (2006) at ein som menneske er meir hjelpsam når ein har tid. Han seier også at det å ta seg tid handlar om å setje seg ned, vere avslappa og gjere det mogeleg for å oppnå god kontakt. Som framtidig sjukepleiar ser eg på dette som eit viktig moment innanfor det å skape, det Travelbee kallar eit menneske-til-menneske forhold, fordi ein då vil oppnå god kontakt, noko som står i sterk tilknytning til relasjonsskaping.

Ein annan viktig ting som kjem fram i studiane, er viktigheita med at sjukepleiarar og legar gjev den same informasjonen. Fleire av studiane legg vekt på at sjukepleiaren har meir tid med pasient og pårørende, og at dei difor har krav på seg til å halde seg oppdatert slik at informasjonen vert den same. Ein informant i studia til Fisher og Broome (2010) seier at han ofte opplevde forskjellig informasjon gitt av dei to profesjonane, og at det førte til ytterlegare redsle, stress og mindre tillit til profesjonsutøvinga til sjukepleiarar og legar. Informanten legg vidare vekt på at det som skapar gode relasjonar er at sjukepleiaren tek seg tid til å skape ei atmosfære der tryggleik og respekt er i fokus, og der det er rom for naudsynt informasjon og

tid til svar på spørsmål. At manglande informasjon fører til meir stress og mindre tryggleik, er også beskrive i studia til Thompson, Hupcey & Clark (2003), og i Eide og Eide (2007). Som tidlegare nemnt i oppgåva, seier også Grønseth og Markestad (2005) at manglande eller sviktande informasjon skapar uro hjå foreldra, og dei misser noko av tillita til profesjonane som utøvar helsehjelp til bornet deira.

I fleire av studiane, blant anna studia til Thompson, Hupcey & Clark (2003) og Espezel og Canam (2003), kjem det fram at foreldra tykkjer det skapar tryggleik når sjukepleiarane tek seg tid til å verte kjend med bornet, og ikkje berre foreldra. Informantar i studia til Espezel og Canam (2003) beskriv det å verte kjend med bornet, som å bruke tid til gode samtalar med bornet, der emnet om sjukdommen ikkje kjem inn. Foreldra la stor vekt på betydinga av at ein som sjukepleiar vert kjend med bornet som eit unikt menneske, og ikkje ein person med ein sjukdom. Her kjem teorien til Travelbee tydeleg fram, då ho, som tidlegare nemnt, peikar på viktigheita med å sjå menneske som ein unik person. Ved å sjå på eit menneske som unikt, vert ein kjend på heilt nye måtar ved at ein ser dei føresetnadane mennesket har, og ein ser verdiar, opplevingar og meiningar som mennesket hadde før det vart sjuk. Dette er viktig at ein tek i bruk i seinare samhandling med mennesket, då det skapar tryggleik og ei kjensle av å vere tilknytt eit anna menneske.

4.3 Sjukepleiar sine kommunikasjonsferdigheiter

I studia til Fisher og Broome (2010) la informantane vekt på viktigheita med at dei som skulle informere, hadde ein omsorgsfull og tryggleiksskapande tilnærming, medan det i studia til Kästel, Enskär & Björk (2010) vart lagt vekt på å fordele informasjonen utover tid, slik at den informasjonen som vart gitt vart bearbeida før ny informasjon vart gitt. Dersom ein som sjukepleiar klarar å setje saman dette, ta omsyn og i tillegg sjå mennesket som ein unik person, vil ein kome langt i samhandlinga med menneske i vanskelege situasjonar.

Som Travelbee (1966/1999) seier, er kommunikasjon eit middel for å skape eit menneske-til-menneske forhold. Bringager, Hellebostad & Sæter (2003) legg vekt på at kommunikasjon er vårt viktigaste verktøy når ein kjem til tillitsskaping, relasjonsskaping og oppretting av tryggleik. Eide og Eide (2004) legg vekt på at sjukepleiaren sine kommunikasjonsferdigheiter skal vise att i at ein klarar bruke kommunikasjon for å motivere, støtte og veglede menneske. Fleire av studiane eg har valt ut peikar på slike krav til kommunikasjonsferdigheiter hjå sjukepleiarar og andre helsepersonell. Ein av dei viktigaste momenta som kjem fram er evna til å kunne avgrense mengd informasjon, og å gje rett informasjon til rett tid.

Det som også kjem fram som svært viktige kommunikasjonsferdigheiter er evna til å bruke ord som foreldra kan forstå. Som ein av dei viktigaste tinga som kjem fram i studia til McCarthy (2010), er akkurat dette med bruk av ord som andre menneske enn helsearbeidarar kan forstå beskrive som viktig. Å få informasjon gjennom bruk av medisinske termar vil ikkje ha noko hensikt, då mottakar av informasjonen ikkje har same evna til å forstå dei medisinske termene som den som gjev informasjonen har.

Gjennom informasjon ynskjer me som sjukepleiarar å skape håp, tillit og motivasjon til både born og foreldre, som er i ein vanskeleg situasjon. Det er viktig at hensikta med informasjonen er å gje foreldre og born kunnskap for å forstå, og ikkje minst bør informasjonen vere av den art at ein kan få foreldre til å sjå mogelegheiter i den nye situasjonen (Bringager, Hellebostad & Sæter, 2003).

Å gje hjelpande informasjon set store krav til kva ein formidlar, og det er viktig at ein som sjukepleiar har evna til å avgrense informasjonen til det som pasient og pårørande har behov for å vite til det aktuelle tidspunktet (Eide og Eide, 2007). Som tidlegare nemnt skal kommunikasjonen vere meiningsskapande for å oppnå tryggleik og tillit hjå mottakaren (Ekeland, 2007). Sjukepleiarar og legar må difor halde seg oppdaterte på kva informasjon som er gitt, noko ein kan få til ved bruk av skriftlege referat frå informasjonssamtalar, og at det alltid er med ein sjukepleiar når legen informerer.

Studia til McCarthy (2010) peikar på akkurat denne problemstillinga. I studia kjem det fram at pårørande tykkjer det er særst viktig at dei vert møtt der dei er, og at ein legg opp informasjonen etter det. I studia til Kästel, Enskär og Björk (2010) legg fleire foreldre vekt på det at ikkje all informasjon bør gjevast på same tid. Det vert sagt i studia at det er forskjellar på korleis foreldra taklar situasjonen, og at ein i samhandling med foreldra bør tilstrebe å tilpasse informasjonsmengd etter kvar foreldra er i den emosjonelle utviklinga.

4.4 Bruk av empati i kommunikasjonen

Empati er noko ein heile tida utfører – bevisst eller ubevisst. Til dømes seier informantar i studia til Fisher og Broome (2010) at for at informasjonen som vert gjeve skal vere forståingsfull, må den som informerer basere seg på å vere på nivå med dei som mottek informasjonen. Dette beskriv også informantane i studia til Thompson, Hupcey og Clark (2003), der dei også legg vekt på kor viktig det er med relasjonsskaping.

Empati er å skape relasjon med andre menneske (Holm, 1987/2005). Empati er også evna eit menneske har til å setje seg inn i eit anna menneske sin situasjon (Eide og Eide, 2004).

Omgrepet empati er også noko informantane i studiane eg har valt ut, legg vekt på. Indirekte gjennom meiningane i forhold til informasjonsmetodar ligg omgrepet empati. Som Travelbee (i Thorsen, 2005) skriv, er empati ein del av etableringa av menneske-til-menneske forholdet. Ho skriv vidare at gjennom kontakt og nærheit opplev me menneske empati, og at ein som sjukepleiar har krav på seg til å ha ei viss empatisk forståing av enkeltmennesket for å sikre god forståing av viktig informasjon.

Studia til McCarthy (2010) viste at mange pårørande følte seg lite respekterte og at helsepersonell opptredde uempatisk. Dette førte til dårleg relasjonsskaping mellom sjukepleiar og pårørande. Som Ekeland (2007) skriv, er empati noko som byggjer på gjenkjenning, og at empati er kommunikasjon om relasjon. Med dette i tankane, ser ein at omgrepa kommunikasjon, informasjon, relasjon og empati heng nøye saman, der empati går gjennom som ein raud tråd i alle omgrepa.

Empati handlar også om respekt, fordi ein som hjelper står i samhandling med eit menneske som er hjelpesøkjande og som har ei før-forståing av at vår profesjon som helsearbeidarar byggjer på respekt (Holm, 1987/2005). Respekt er også noko som står skrive i dei yrkesetiske retningslinene våre – der det står at grunnlaget for all sjukepleie skal vere respekten for det enkelte mennesket sitt liv og ibuande verdigheit (Sneltvedt, 2008). Som informantar i studia til Kästel, Enskär & Björk (2010) seier, skal legar, sjukepleiarar og andre helsearbeidarar respektere sårbarheita til familien som er i den vanskelege situasjonen. Dei seier også at det er viktig å ta omsyn til deira preferansar når det kjem til mengd av informasjon. Som eg ser det ut frå desse opplysningane, må ein som sjukepleiar bruke sine empatiske evner og ibuande respekt for andre menneske, for å finne ut kva informasjon som er hensiktsmessig å gje i den aktuelle situasjonen.

5.0 Avslutning

Målet med oppgåva mi var å finne fram til korleis ein som sjukepleiar kan kommunisere med foreldra til kreftsjuke born for å fremje tryggleik og tillit hjå foreldra.

Gjennom arbeidet med oppgåva, har eg sett at det ikkje berre handlar om det ein seier og dei orda ein brukar, men heller meir om den non-verbale kommunikasjonen, bruk av tid og at ein som sjukepleiar har ein måte å vere på som tryggar foreldra. Å vere tilgjengeleg, trygg på seg sjølv og ved å ha gode kommunikasjonsferdigheiter, kjem ein i fylgje studiane langt i samhandlinga med foreldre. For å fremje tryggleika og å skape ein relasjon til foreldre, er det sjølv sagt også viktig kva ein seier og at ein har evna til å sjå kva informasjon som er rett å gje til rett tid. Å gje rom for samtalar der spørsmål kan besvarast er sett på som naudsynt. Å sjå menneska som unike og som ein heilskap legg grunnlaget for relasjonsskapinga mellom sjukepleiar og foreldre, noko som er viktig for å kunne skape ei trygg ramme. Til slutt kjem det fram i oppgåva at det er viktig at sjukepleiaren er trygg på seg sjølv.

Under arbeidet med oppgåva har eg sett at det er lite forska på temaet eg har valt.

Kommunikasjon er svært viktig i alle studiane eg har valt ut, men med fokus på tryggleiksskaping vert det meir diffus. Å fokusere meir på tryggleik, som er eitt av menneske sitt grunnleggjande behov, vert av meg sett på som viktig for god utøving av sjukepleie.

Referanseliste

Bjørk, I.T. & Solhaug, M. (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie – en ressursbok*. Akribe AS.

Bringager, H., Hellebostad, M. & Sæter, R.(2003). *Barn med kreft – en medisinsk og sykepleiefaglig utfordring*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland,O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Egeland, S.E. (2010) Sykepleieutfordringer ved kreft hos barn. I: A.M. Reitan & T.K. Schjøberg, *Kreftsykepleie, pasient – utfordring – handling*. (s.692 – 707). Akribe AS.

Eide, T. & Eide, H. (2004) *Kommunikasjon i praksis: relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, T. & Eide, H. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2.utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ekeland, T.J.(2007) Kommunikasjon som helseressurs. I: T.J. Ekeland & K. Heggen, *Meistring og mydiggering: reform eller retorikk?* (s. 29 – 52). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Espezel, H.J.E., & Canam, C.J. (2003). Parent-nurse interactions: care for hospitalized children. *Journal of Advanced Nursing*, 44(1), 34 – 41.

Fisher, M.J., & Broome, M.E. (2010). (in press).Parent – Provider Communication during hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*.

Forsberg,C. & Wengstöm,Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur, Stockholm.

Grov, E.K. & Lorentsen, V.B. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I: H, Almås. R, Grønseth. & D.G, Stubberud. *Klinisk sykepleie 2*.(s. 401 – 437). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Grønseth, R. & Markestad, T. (2005). *Pediatri og pediatrisk sykepleie*. (2.utgave) Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Holm, U. (2005) *Empati: Å forstå menneskers følelser*. (L. Nilsen, overs.) Gyldendal Norsk Forlag AS. (Originalutg. 1987).

Holme, I.M. & Solvang, B.K. (1996). *Metodevalg og metodebruk*. (3.utg.) Oslo: Tano.

Håkonsen, K.M. (1999). *Mestring og relasjon: Psykologi med eksempler fra sykepleie*. Universitetsforlaget AS.

Håkonsen, K.M. (2006). *Innføring I psykologi*. (3.utg.) Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kästel,A., Enskär, K., & Björk, O. (2010). (*in press*). Parent`s view on information in childhood cancer care. *European Journal of Oncology Nursing*.

Kristoffersen, N.J. (2005) *Teoretiske perspektiver på sykepleie*. I: Kristoffersen, N.J, Nordtvedt, F, Skaug, E.A. Grunnleggende sykepleie, bind 4. (s. 13 – 99). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. (2.utg.) Universitetsforlaget.

McCarthy, B. (2010).(*in press*). Family members of patients with cancer: What they know, how they know and what they want to know. *European Journal of Oncology Nursing*.

Olsson,H. & Sørensen,S. (2003). *Forskningsprosessen – kvalitative og kvantitative perspektiver*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sneltvedt, T. (2008). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I: Brinchmann, B.S.(red.) *Etikk i sykepleie*. (s. 97 – 115). (2.utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Thompson, V.L., Hupcey, J.E., & Clark, M.B. (2003). The development of trust in parents of hospitalized children. *Journal of specialists in pediatric nursing*, 8(4), 137 – 147.

Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*.(K.M. Thorbjørnsen, overs.) Gyldendal Norsk Forlag AS. (Originalutg. 1966).

