



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# VURDERINGSINNLEVERING

---

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Vurderingsform: Bacheloroppgave

Kandidatnr: 132

Leveringsfrist: 20.02.15

Vurderingstype: Ordinær

Fagansvarlig: Benny Huser

Veileder: Frode Skorpen





HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND



*Figur 1: Haraldsplass.no (2014)*

## **EKSISTENSIELL LIDELSE OG KREFT.**

### **LINDRE LIDELSE HOS PASIENTER MED KREFT I PALLIATIV FASE.**

Bacheloroppgave i sjukepleie

HSH, avdeling Stord

Våren 2015

Kull 2012

Kandidatnr: 132

Antall ord: 7975

**Sjelden kurere, ofte lindre**

**- alltid trøste**

- Hem, 2003

## **SAMMENDRAG**

**Tittel:** Eksistensiell lidelse og kreft.

**Bakgrunn:** Erfaringer fra praksis på blant annet sykehus har vist meg viktigheten rundt bevisstheten av eksistensiell lidelse, eller livslidelse. Praksiserfaringen ga meg dessverre begrenset kunnskap om hvordan å besvare pasienters eksistensielle spørsmål.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleie bidra til lindring av eksistensiell lidelse hos pasienter med kreft i palliativ fase?

**Hensikt:** Hensikten med oppgaven er å øke kunnskapen rundt hvordan sykepleie på best mulig måte kan bidra til lindring av eksistensiell lidelse hos pasienter med kreft i palliativ fase. Målet er også å øke bevisstheten rundt flere faktorer der helsepersonell forsterker pasientens lidelse, slik at disse kan bli unngått.

**Metode:** Oppgaven er et systematisk litteraturstudie der jeg brukt relevant pensum samt Katie Erikssons omsorgsteori. Relevante forskningsartikler ble funnet i databasene Cinahl og SveMed+. For å finne relevante artikler brukte jeg først søkeordene «palliative care», «pain relief», «existential pain relief», «cancer» og «nursing». Etter at problemstillingen ble ferdigstilt ble søkeneordene «communication», «terminal care», «suffering» og «existential care» brukt i tillegg til «cancer» og «nursing».

**Resultat:** Det kommer frem i forskningsartiklene at flere i denne pasientgruppen følte at de ikke ble sett på som hele mennesker, og at det ikke ble prioritert tilstrekkelig med tid til dem. Dette skyldes en sammensetninga av at helsepersonellet opplevdes som svært travle, samt at pasientene ikke ville ta av andre pasienters tid. I tillegg viste studiene at det er nyttet medikamentell behandling for eksistensiell lidelse.

**Konklusjon:** Sykepleiere må sette av tid til pasienten, samt se pasienten som et helt menneske. Det også viktig at vi tenker gjennom hvordan vi kommuniserer med pasienten, og hvordan vi uttrykker oss, både verbalt og non-verbalt. Vi må også være åpen for lidelse hos oss selv og pasienten.

**Nøkkelord:** eksistensiell lidelse, omsorg, kreft, palliativ behandling

## **ABSTRACT**

**Title:** Existential suffering and cancer

**Background:** Experiences from practices among hospitals has shown me the importance around awareness of existential suffering, or life suffering. Practice experience unfortunately gave me limited knowledge about how to answer patients' existential questions.

**Issue:** How can nursing contribute to alleviation of existential suffering among patients with cancer in palliative phase?

**Purpose:** The purpose of the project is to increase knowledge about how nurses in the best possible way can contribute to relief of existential suffering among patients with cancer in palliative phase. The aim is also to raise awareness around several factors where health amplify patient's suffering, so that we can avoid this. In addition, the studies showed that it has been used drug therapy for existential suffering.

**Method:** This task is a systematic literature review where I used relevant curriculum and Katie Eriksson care theory. Relevant research papers were found in CINAHL and SveMed +. To find relevant articles I first used the keywords "palliative care", "pain relief", "Existential Pain Relief," "cancer" and "nursing". After the issue was completed were the relevant words "communication", "terminal care", "suffering" and "Existential care" used in addition to "cancer" and "nursing".

**Results:** Research articles shows that many in this patient group felt that they were not seen as whole human being, and that there weren't prioritized enough time for them. This was due to a comparative sentence of that the health workers is extremely busy, and that patients would not take of other patient's time. In addition, the studies showed that it is used drug therapy for existential suffering.

**Conclusion:** Nurses must set aside time to the patient, and see the patient as a whole humanbeing. It is also important that we think about how we communicate with each patient, and how we express ourselves, both verbally and non-verbally. We must also be open to suffering within the patient and ourselves.

**Key words:** existential suffering, care, cancer, palliative care

## Innholdsfortegnelse

1.0	INNLEDNING .....	1
1.1	Bakgrunn.....	1
1.2	Problemstilling.....	1
1.3	Avgrensninger .....	2
2.0	TEORI.....	3
2.1	Sykepleieteori .....	3
2.1.1	Menneskeoppfatning – Katie Eriksson .....	3
2.1.2	Helsedefinisjon – Katie Eriksson.....	4
2.1.3	Omsorg – Katie Eriksson.....	4
2.2	Lidelse .....	5
2.3	Kreft .....	6
2.3.1	Sykepleie til pasienter med kreft.....	6
2.4	Palliasjon .....	7
2.5	Kommunikasjon.....	8
3.0	METODE .....	10
3.1	Hva er metode?.....	10
3.2	Systematisk litteraturstudie .....	10
3.3	Fremgangsmåte.....	10
3.3.1	Tabell 1 .....	11
3.3.2	Tabell 2.....	12
3.3.3	Tabell 3 .....	12
3.3.4	Tabell 4.....	13
3.4	Metodekritikk .....	13
3.4.1	Kritisk vurdering av artikler .....	14
3.5	Etikk i oppgaveskriving .....	15
4.0	RESULTAT.....	16
4.1	Presentasjon av artikler .....	16
4.2	Oppsummering av artikler.....	19
5.0	DRØFTING .....	20
5.1	Å ta seg tid til pasienten .....	20
5.2	Helhetlig menneskesyn .....	22
5.3	Den gode samtalen.....	23
6.0	KONKLUSJON.....	25

REFERANSER .....	26
VEDLEGG 1 – Resultattabell.....	I

## 1.0 INNLEDNING

### 1.1 Bakgrunn

I rammeplanen for sykepleierutdanningen står det at den nyutdannede sykepleieren skal møte den enkelte pasient og pårørende med varhet, innlevelse og moralsk ansvarlighet (Kunnskapsdepartementet, 2008). De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere sier at sykepleieren også skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg, samt lindre lidelse og hjelpe pasienten til en naturlig og verdig død (Norsk sykepleierforbund, 2011). Til tross for gode erfaringer i møte med dyktige sykepleiere i praksis, opplevde jeg at ikke alle nevnte mål og retningslinjer ble tilstrekkelig oppfylt. Jeg opplevde at dette skyldtes en sammenheng av travle arbeidsdager og overfylte avdelinger, samt manglende kunnskap.

Ettersom jeg kom inn som student hadde jeg noen ganger bedre tid til å gjøre mer av det jeg følte var viktig, som å ta meg tid til å snakke med pasientene om blant annet følelser og hvordan de hadde det. Jeg opplevde særlig i møte med pasienter som hadde uhelbredelig kreft og mottok palliativ behandling, at de ga uttrykk for at dette var noe de satte pris på og som de hadde behov for. Det som gjentok seg hos mange av pasientene var eksistensielle spørsmål som hvem som skal ta seg av familien, hvordan det blir når de dør, om det vil være en smertefull død og «hvorfor meg?». Jeg opplevde også at noen pasienter uttrykte angst, som oftest dødsangst, og lidelse utover den fysiske lidelsen, altså eksistensiell lidelse eller livslidelse.

Ut fra nevnte erfaringer i praksis på sykehus ønsker jeg å finne ut i hvilken grad god omsorg, som innbefatter den gode samtalen, kan bidra til mindre lidelse hos pasientene. Sentrale begrep som eksistensiell lidelse, palliativ behandling eller palliasjon og omsorg vil bli sett nærmere på i teorikapitlet. Håp er også et sentralt begrep i møte med denne pasientgruppen, men det vil bare bli kort nevnt på grunnlag av oppgavens begrensninger.

### 1.2 Problemstilling

*Hvordan kan sykepleie bidra til lindring av eksistensiell lidelse hos pasienter med kreft i palliativ fase?*



### 1.3 Avgrensninger

For å avgrense oppgaven tar den for seg pasienter med kreft i palliativ fase. Dette innebærer at all kurativ behandling skal være avsluttet, og at fokuset ligger på best mulig livskvalitet og omsorg for pasienten. Pasienter med kreft har ofte sammensatte plager, men jeg har valgt å ta for meg den eksistensielle lidelsen pasientene opplever. Det vil si de tanker og følelser som gir negativ innvirkning på pasientens livskvalitet. Oppgaven er begrenset til pasienter over 18 år som befinner seg på en somatisk sengepost, helst på sykehus.

Selv om medikamentell smertelindring er viktig i palliativ omsorg til pasienter med kreft, har jeg valgt å fokusere på kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient, og viktigheten av omsorg i møte med pasientene. Inkludert i oppgaven er Katie Erikssons omsorgsteori, ettersom omsorg er nært knyttet opp mot lidelse.

## 2.0 TEORI

### 2.1 Sykepleieteori

Oppgaven bygger på Katie Erikssons omsorgsteori, da det som sagt er nært knyttet opp mot lidelse. Jeg har valgt å bruke sekundærkilden «Sykepleieteorier» av Marit Kirkevold, samt supplere med primærkilder og nyere litteratur som beskriver Erikssons omsorgsteori.

Eriksson er en finsk sykepleier og forfatter som har skrevet en rekke bøker og artikler om sykepleie, omsorgsforskning og helsebegrepet. I hennes bok *Vårdandes idè* fra 1987 presenterer Eriksson tre essensielle begreper, nemlig mennesket, helse og omsorg. I senere tid har hun inkludert lidelsesbegrepet (sitert i Kirkevold, 1998, s. 183). Erikssons oppfattelse av mennesket danner basis for hele hennes teori, og jeg vil derfor begynne å presentere det før jeg tar for meg hennes oppfattelse av helse, omsorg og lidelse.

#### 2.1.1 Menneskeoppfatning – Katie Eriksson

Å hjelpe et menneske å være en hel person er et uttrykk for det sant menneskelige. Det er omsorgens innerste kjerne (Eriksson, 2014, s. 4). Eriksson beskriver mennesket ut fra det hun oppfatter som dets eksistensielle hovedproblem, som er forholdet mellom mennesket selv og Gud, og forholdet mellom mennesket selv og andre mennesker. Erikssons menneskesyn er nær knyttet til forholdet mellom individet og *den andre*. *Den andre* omfatter både *den konkrete andre*, som er pårørende, venner, profesjonelle omsorgsyterer, og *den abstrakte andre* som er en form for Gud (sitert i Kirkevold, 1998, s. 184).

Menneskets forhold til den abstrakte andre og til andre mennesker kan ifølge Eriksson beskrives ved hjelp av de tre ontologiske begrepene tro, håp og kjærlighet. Tro og håp er knyttet til menneskets forvissning og forventning om noe i fremtiden (sitert i Kirkevold, 1998, s. 184). Troen er også menneskets drivkraft til å lære, utforske og gi omsorg. Kjærligheten utgjør broen mellom selvet og andre. Sammen danner troen, håpet og kjærligheten utgangspunktet for all omsorg (sitert i Kirkevold, 1998, s. 185).

### 2.1.2 Helsedefinisjon – Katie Eriksson

Erikssons oppfattelse av helse er nær knyttet til hennes menneskeoppfatning. Helse er en tilstand som karakteriserer mennesket. Eriksson definerer helse som det å være hel og integrert. Helse er ikke en statisk tilstand, men er preget av bevegelse eller forandring. I følge Eriksson omfatter helse helhet og integrasjon av kropp, sjel og ånd. Friskhet og sunnhet er *materielle størrelser*, og er derfor antagelig knyttet til den kroppslige tilstanden.

Velbefinnende er derimot en *vesen* – størrelse som er knyttet til både kroppslig, åndelig og sjelelig velvære. Helse innebærer med andre ord en bestemt fysisk/kroppslig tilstand, så vel som en følelse av kroppslig, sjelelig og åndelig velvære (sitert i Kirkevold, 1998, s. 186). Helse er også helhet, og det er den helheten som avgjør menneskets opplevelse av helse (Eriksson, 2014, s. 41).

### 2.1.3 Omsorg – Katie Eriksson

I følge Eriksson (1987) er grunnlaget for all omsorg tillit, tilfredshet, kroppslig og åndelig velvære, samt en følelse av å være i utvikling for å forandre eller opprettholde sunnhetsprosessen gjennom forskjellige former for *å passe og pleie* (ta seg av eller ta vare på), og å lære og lege.

Eriksson skiller mellom to typer omsorg – naturlig omsorg og profesjonell omsorg. Hun går ut fra at den naturlige omsorgen er fundamental i forhold til den profesjonelle. Eriksson sier følgende om naturlig omsorg: «Optimal 'naturlig' omsorg innebærer at individet gjennom egne handlinger, i samspill med pårørende og venner, kan skape kroppslig velvære, tillit og tilfredsstillelse hos seg selv, og utvikles mot et høyere integrasjonsnivå» (sitert i Kirkevold, 1998, s. 188). Egenomsorg innebærer en støtte til den naturlige omsorgen ved at vedkommende får en eller annen form for støtte fra en yrkesarbeidende pleier. I følge Eriksson (sitert i Kirkevold, 1998, s. 188-189) er ikke profesjonell omsorg begrenset til sykepleie. Hun hevder at medisin, *sjeleomsorg* og sykepleie er ulike former for opprinnelig omsorg, og at de derfor har en felles essens.

Et helhetlig menneskesyn innebærer ifølge Eriksson (2014, s. 28) at vi møter pasienten som et menneske med kropp, sjel og ånd. Hvert menneske er unikt, noe som krever at vi møter hvert enkelt menneske ulikt. Et helhetlig menneskesyn innebærer også en helhetlig tilnærming til

livet. Et «levende» menneske er mer enn livet i en biologisk betydning. Et levende menneske har viljen til å leve, håp, ønsker, fantasi, tanker, følelser, tro, drømmer og lignende. Det har også et ønske om å være med å skape sitt eget liv.

I de senere år har Eriksson også definert lidelsesbegrepet. Hun knytter dette nært opp til helsebegrepet ved at de to gjensidig forutsetter hverandre. Eriksson skriver: «Lidelse og kjærlighet er de dypeste og inderligste av sjelens og åndens følelser, og utgjør derfor de mest grunnleggende helse- og livsprosesser» (sitert i Kirkevold, 1998, s. 190). Lidelse er forbundet med sykdom og behandling, i form av fysisk smerte og åndelig og sjelelig lidelse, med utgangspunkt i selve omsorgen og pleiesituasjonen, og livslidelse (eksistensiell lidelse). Den profesjonelle oppgaven i forhold til omsorg er å eliminere lidelse, forårsaket av helsepersonell selv eller andre eksterne forhold, samt å lindre lidelsen der den er uunngåelig (sitert i Kirkevold, 1998, s. 190). Lidelse skal ikke reduseres til kroppslidelse, da fratras mennesket mulighet til vekst, utvikling, forsoning og muligheten til å lindre sin lidelse (Eriksson, 1995, s. 45).

## 2.2 Lidelse

Arman og Rehnsfeldt (2006, s. 12-13) hevder at det krever en djup og reflektert kunnskap, både klinisk og teoretisk, for å kunne tilby pasienten vår omsorg eller pleie. En må også gi av sitt indre, for å forstå eller sette seg inn i en annens indre. Pasientens lidelse og menneskets livsforståelse er begrep som danner grunnlaget for omsorg. Lidelse betyr opplevelsen av å møte noe vondt eller uoverkommelig i livet, som en person selv opplever på forskjellige plan. I møte med lidende mennesker må pleieren være åpen for lidelse og den indre forståelsen av livet til pasienten.

En lidelse som berører hele livet til en person, og å få en følelse som truer til tilintetgjørelse er det som kalles livslidelse, eller eksistensiell lidelse. Eksistensielle behov og spørsmål er ifølge Owe Wikström (Schmidt, 2011, s. 39) alle de spørsmål eller undringer som er en del av det å være menneske, og som en før eller siden blir nødt til å konfronteres med. Ifølge Eriksson (1995, s. 76) kan ikke all lidelse elimineres, og det er denne vi bør jobbe for å lindre. For at vi skal kunne lindre denne lidelsen må vi skape en pleiekultur der mennesket føler seg velkommen, respektert og føler omsorg. Å lindre pasientens lidelse innebærer å ikke krenke hans eller hennes verdighet, ikke fordømme eller misbruke makt, men tilstrebe å gi den pleien

pasienten trenger. Små detaljer som er viktig for pasienten som er avhengig av en pleier er lett å overse. At pasienten får en følelse av å føle seg ren, ved hjelp av en dusj, deodorant, pusse tennene eller å få kjemmet håret, kan gi pasienten følelsen av menneskeverd.

## 2.3 Kreft

Kreft er samlebetegnelsen på ca. 200 ulike kreftsykdommer. De ulike kreftsykdommene har mange likhetstrekk, men det er også mye som skiller dem. Dette innebærer at sykdomsforløpet og prognosen varierer ut fra hvilken krefttype en får. Ettersom et hvert menneske er ulikt kan også prognosen variere selv om de har samme krefttype (Reitan, 2010, s. 22-23).

Et viktig fellestrekk ved kreft er at det starter i én enkelt celle med genskader, det vil si endringer i genens struktur. Et annet ord for genskade er mutasjon. Det fins ulike typer genskader, for eksempel tap av en bit av et gen, at en genbit flytter seg fra et kromosom til et annet, eller at det skjer en utskifting av en liten byggestein i et gen. Ved celledeling føres genskaden videre til dattercellene, noe som utgjør årsaken til utviklingen av en malign tumor (kreft). Skadene skjer gjennom flere cellegenerasjoner, inntil det oppstår en celle med tilstrekkelige skader på genene som gjør at den blir klassifisert som en kreftcelle. (Bertelsen, Hornslien & Thoresen, 2011, s. 127).

Tumorceller vil til å begynne med vokse på sin normale plass i vevet. Etter hvert vil kreftceller i utkanten av tumoren beveger seg inn mellom cellene i det omkringliggende vevet. Dette blir kalt lokal invasjon. Metastase er derimot atskilte og ofte fjerntliggende dattertumorer av den opprinnelige tumoren (Bertelsen, Hornslien & Thorsen, 2011, s. 128-129).

### 2.3.1 Sykepleie til pasienter med kreft

I følge Halding, Helse- og omsorgsdepartementet og Kvåle (sitert i Lorentsen og Grov, 2011) er pasienter med kreft og hans pårørende i en sårbar og stressende situasjon, og god medisinsk behandling er ikke alltid den faktoren som avgjør hvordan pasienten lever med kreftsykdom. Et viktig funn som er gjort i pasientstudier, er at gode og omsorgsfulle relasjoner mellom pasient og sykepleier også spiller inn for pasientens livskvalitet og helse. En sykepleier må

derfor evne å møte den kreftsyke og hans pårørende med respekt, empati og mot. God kommunikasjonsevne og tilstedeværelse er en viktig egenskap hos sykepleieren.

I arbeid med alvorlig syke blir sykepleieren stadig påminnet sin egen sårbarhet og dødelighet, noe sykepleieren må våge å erkjenne for å kunne ledsage pasienten i hans lidelse.

Sykepleieren må bearbeide sine egne reaksjoner, slik som uventede temaer i samtalen med den alvorlig syke pasienten, samt holdninger til kreft, alvorlig sykdom og død, da dette kan skape kreftangst og pessimisme som kan gi non-verbale signaler til pasienten. Det er viktig å lufte tankene og følelsene sine, da det kan bidra til at sykepleieren kan fortsette å utøve og forbedre omsorgen hun gir. Refleksjon over ens egen lidelse og sårbarhet kan føre til større bevissthet om andres lidelse, og det å våge å åpne seg for ens egen sårbarhet kan gjøre det mindre truende å møte andres (Lorentsen og Grov, 2011).

Sykepleieren må lytte til pasientens livshistorie slik at pasienten får mulighet til å uttrykke tanker og følelser, og dermed bearbeide krisen en er i. Sykepleieren bør bruke noen minutter i en travel hverdag til å spørre hvordan det går med pasienten og familien. God omsorg fører til at pasienten føler seg vel, som igjen gir økt styrke og mot (Lorentsen og Grov, 2011).

## 2.4 Palliasjon

I følge WHO (u.å) er palliasjon en tilnærming som forbedrer livskvaliteten for pasienter og deres familier som står overfor problemet forbundet med livstruende sykdom, gjennom forebygging og lindring av lidelse ved hjelp av tidlig identifisering og vurdering, og behandling av smerter og andre fysiske, psykososiale og åndelige problemer.

Kaasa (2008) påpeker de mange praktiske utfordringene knyttet til behandling, pleie og omsorg av pasienter med kort forventet levetid, der hovedfokuset bør være å bedre, opprettholde eller tilrettelegge for så god livskvalitet som mulig både for pasienten og hans pårørende. Dette krever samarbeid og god planlegging på mange nivåer mellom helsepersonell av samme og forskjellige profesjoner, mellom nivåer i helsevesenet, mellom forskjellige avdelinger på sykehus og innen samme avdeling, for eksempel kreftavdelinger.

Som følge av ny forskning og mange nye behandlingsmetoder for de forskjellige krefttypene, har presset på helsevesenet økt og behovet for ansvarsfordeling blir større og større, og behovet for en pasientansvarlig lege har blitt viktigere for at pasientens interesse blir ivaretatt.

Det å få en kreftdiagnose er en stor belastning, som kan bli enda større hvis man får vite at sykdommen ikke er kurerbar. En inkurabel sykdom rammer ikke bare pasienten, men også familien og pasientens nære nettverk. Palliasjon har som hovedfokus å opprettholde eller bedre livskvaliteten, mens kurativ behandling har som formål å kurere. Der dette ikke er mulig er det viktig at et palliativt team står klar til å møte de utfordringene som kan oppstå hos en pasient som har fått vite at sykdommen er inkurabel (Kaasa, 2008).

I palliativ behandling, pleie og omsorg for alvorlig syke og døende pasienter er det helhetlige menneskesyn et viktig grunnlag, der de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige eller eksistensielle behov skal ivaretas på en faglig god måte og alle ansatte skal samarbeide for å få dette til (Busch og Hirsch, 2008, s. 115).

## 2.5 Kommunikasjon

Begrepet «kommunikasjon» kommer at det latinske ordet *communicare* som betyr å gjøre noe felles. Vi har to typer kommunikasjon: verbal og nonverbal kommunikasjon. I verbal kommunikasjon er innholdet formidlet med ord, mens nonverbal kommunikasjon innebærer utveksling av tegn og signaler, gjerne med blick, et smil eller tonefall og mildheten i stemmen (Eide og Eide, 2011, s. 15-18).

Det første møtet eller samtalen mellom sykepleier og pasient er den viktigste, og det er den som forteller om pasienten opplever seg avvist eller ivaretatt. Hans forventinger om pleie og behandling vil bli deretter (Schmidt, 2011, s. 90). Vi som sykepleiere blir ofte testet av pasientene, om vi er verdige deres tillit og fortrolighet. Dette går på om vi hører på det som blir sagt eller husker det glasset med vann vi lovet i forbifarten. Slike avtaler kan ofte være lett å glemme, men en må holde avtaler for å bygge tillit. En åpner seg ikke for en som gir uttrykk for å være mer opptatt av apparater eller for en som gjør sine oppgaver i forbifarten, men kanskje for en som setter seg ned ved siden av deg og ser deg inn i øynene. Det er da en ser om en person oppriktig bryr seg om ditt velbefinnende (Schmidt, 2011, s. 93)

Å utforske følelser kan gjøres direkte eller indirekte, ved å spørre hva den andre føler og ved å speile det man oppfatter er det den andre føler. Åpne spørsmål og speiling er gode måter å stimulere den andre til å utforske følelser på, gjerne i kombinasjon med aktiv bruk av verbalt og nonverbalt bekræftende ferdigheter (Eide og Eide, 2004, s. 227).

Profesjonell kommunikasjon er ikke det samme som kommunikasjon i dagliglivet. God profesjonell kommunikasjon er kommunikasjon som er egnet til å ivareta brukere, og i dette tilfellet pasienter, på en god måte. Evnen til aktiv lytting er kanskje den viktigste og mest grunnleggende og komplekse ferdighet i profesjonell, hjelpende kommunikasjon. Andre viktige kommunikasjonsmoment er å skape gode og likeverdige relasjoner og å stimulere den andres ressurser og muligheter. Det er å formidle informasjon på en klar og forståelig måte, og å samarbeide om å finne gode løsninger (Eide og Eide, 2004, s. 23-25).



### **3.0 METODE**

#### **3.1 Hva er metode?**

I følge Dalland (2012, s. 112) er metode redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metode hjelper oss til å samle inn data, det vil si den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår. Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å etterprøve ny kunnskap. Wilhelm Aubert definerer metode slik: «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, 2012, s. 111).

#### **3.2 Systematisk litteraturstudie**

I denne oppgaven blir det brukt et systematisk litteraturstudie som metode, da det er forhåndsbestemt for bacheloroppgaven. Systematisk litteraturstudie går ut på å søke, kritisk granske og sette sammen eksisterende litteratur innenfor et valgt tema eller problemområde. En forutsetning for å gjøre systematiske litteraturstudier er at det ligger til grunn et tilstrekkelig antall studier av god kvalitet, som kan utgjøre grunnlag for vurderinger og konklusjon. Målet med et systematisk litteraturstudie er å finne svar på problemstillingen, noe som ofte innebærer hva som fungerer best og hva som er mest effektivt.

Mulrow og Oxman har definert en systematisk litteraturstudie som at den utgår fra et tydelig formulert spørsmål som blir besvart systematisk ved å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (sitert i Forsberg og Wengström, 2012, s. 29-31). Det vil si at et systematisk litteraturstudie er basert på flere pålitelige studier som er relevant for problemstillingen, og som kan gi meg et resultat eller et svar på valgt problemstilling ved hjelp av forskning.

#### **3.3 Fremgangsmåte**

Når problemstillingen og avgrensinger er klare kan man formulere søkeord som grunnlegger litteratursøket. Oppgaven brukte to sykepleiefaglige databaser fra høgskolen, nemlig CINAHL og SveMed+. (Forsberg og Wengström, 2012, s. 82-84).

Oppgaven startet med en problemstilling som omhandlet begrepet eksistensiell smertelindring, og det ble derfor brukt søkeordene «palliative care», «pain relief», «existential pain relief», «cancer» og «nursing». Med det ble to relevante artikler valgt. Etter å ha tenkt en del gjennom hva som skulle bli besvart ble begrepet eksistensiell lidelse vurdert som mer relevant. Dette førte til at en artikkel ble utelatt. Søkeordene «communication», «terminal care», «suffering» og «existential», ble da brukt i tillegg til «cancer» og «nursing», da dette ville besvare problemstillingen bedre. Dette resulterte i enda tre artikler. De fleste artiklene ble funnet i CINAHL, da disse artiklene ble vurdert som mest relevant for oppgaven. Søkene ble begrenset med at artiklene måtte finnes i full tekst. Et oversikt studie ble inkludert, da det blant annet inneholdt gode definisjoner på eksistensiell lidelse. Det ble også manuelt søkt etter artikler ut fra litteraturliste i bøker som omhandler temaet eksistensiell lidelse og omsorg, og fra oversiktsartikkelen, men uten relevante funn.

Det er lagt hovedvekt på å finne kvalitative artikler, men utelot ikke kvantitative artikler da det ville gi meg variasjon i funnene. Artiklene skal ikke være eldre enn 10 år. Litteraturen skal i hovedsak være fra Europa. Studiene skal, som nevnt tidligere, helst være av pasienter på sykehus, og det skal være voksne personer over 18 år. Artiklene skal helst inneholde pasientuttalelser, da det er mest relevant i for problemstillingen min. På bakgrunn av dette endte jeg opp med fire artikler. Søketablellene ser slik ut:

### 3.3.1 Tabell 1

#### Artikkel 1: Søk i CINAHL 07.01.15

Nummer	Søkeord	Avgrensning	Resultat
1	Existential pain relief	Ingen	20
2	Nursing	Ingen	469 597
3	S1 + S2	Ingen	5
4	S1 + S2	Full text	2

Søket resulterte i artikkelen *Relieving existential suffering through palliative sedation: discussion of an uneasy practice*, Bruce, A. & Boston, P. (2011).

## 3.3.2 Tabell 2

**Artikkel 2:** Søk i CINAHL 12.01.15

Nummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat
1	Communication	Ingen	70 948
2	Terminal care	Ingen	12 210
3	S1 + S2	Ingen	1332
4	S1 + S2	Full text	481
5	S1 + S2	Full text, publisert fra 2004 – 2014	391

Søket resulterte i artikkelen *Nurses' nonverbal methods of communication with patients in the terminal care*, Kozłowska, L. & Doboszynska, A. (2012).

## 3.3.3 Tabell 3

**Artikkel 3:** Søk i CINAHL 13.01.15

Nummer	Søkeord	Avgrensing	Resultat
1	Suffering	Ingen	11 951
2	Existential	Ingen	1415
3	S1 + S2	Ingen	196
4	S1 and S2	Full text	86

Søket resulterte i artikkelen *Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experience*, Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindholm, L., Hamrin, E. & Eriksson, K (2004).

### 3.3.4 Tabell 4

#### Artikkel 4: Søk i SveMed+ 14.01.15

Nummer	Søkeord	Resultat
1	Suffering	1736
2	Existential	238
3	Communication	6986
4	Palliative care	924
5	Hospital	7864
6	#1 and #2 and #4	6

Søket resulterte i artikkelen *Hospitalized patients experienced suffering in life with incurable cancer*, Rydahl-Hansen, S. (2005)

### 3.4 Metodekritikk

Et systematisk litteraturstudie har den bakdel at en har på spesielle «briller» før en begynner å søke på artikler. Det vil si at man har allerede bestemt seg for et tema, og ofte har en tenkt konklusjon. Dette gjør at artikler som kan gi et bredere syn og svar på problemstillingen, kan bli utelatt (Forsberg og Wengström, 2012, s. 30-31).

Da søkeprosessen startet var det, som nevnt tidligere, en annen problemstilling enn den som nå danner grunnlaget for oppgaven. Temaet har under hele prosessen vært det samme, men den nåværende formulerte problemstillingen forklarer mitt spørsmål mer korrekt. På grunnlag av dette ble det ikke gjort endringer på teori eller artikler, da dette fortsatt samsvarer med problemstillingen. Som sagt bygger oppgaven på Katie Erikssons omsorgsteori, da hun beskriver godt hva både omsorg og lidelse er, som er nært knyttet opp mot hverandre. All litteratur skal ikke være mer enn 10 år, med unntak av Eriksson (1987), Eriksson (1995) og Kirkevold (1998) da disse er relevante for oppgaven.

### 3.4.1 Kritisk vurdering av artikler

I denne delen er det blitt hentet sjekklister for vurdering av kvalitativ og kvantitativ forskning, samt sjekklister for oversiktsartikkel fra kunnskapssenteret.no. Momentene i disse er blitt brukt, for å kunne vurdere om artiklene var av god kvalitet. Sjekklisene er ikke direkte fylt ut, men artiklene er vurdert på bakgrunn av kravene hver enkelt sjekklister stiller.

*Relieving existential suffering through palliative sedation: discussion of an uneasy practice* av Bruce, A. & Boston, P. (2011) er et oversiktstudie. Formålet med studien kommer godt frem i artikkelen. Det er systematisk søkt etter artikler i en rekke sykepleiefaglige databaser.

Relevante søkeord er blitt brukt, og et krav for å inkludere relevante artikler var at de skulle være forhåndsgjennomgåtte. Det er likevel en mulighet for at eventuelle relevante artikler er blitt utelatt, da et annet krav var at artiklene skulle være på engelsk. Inkluderte artikler var med å gi rom for diskusjon, men som alle hadde kommet til en konklusjon om at det fortsatt er flere spørsmål rundt eksistensiell lidelse som trenger å bli besvart for å forstå begrepet. Til tross for at artikkelen handler om grunnlaget for å bruke legemidler som palliativ smertelindring eller som dødshjelp, har artikkelen med flere gode pasienterfaringer rundt lindring av eksistensiell lidelse, og den er derfor blitt tatt med i oppgaven.

Studiet til Rydahl-Hansen, S. (2005) blir vurdert som god. Det har et klart formulert formål. Hun har brukt observasjoner og intervju med pasientene for å få gode svar på problemstillingen. Det er blitt tatt nøye hensyn til pasientenes kognitive funksjon, samt sykdomsforløp. Ut fra dette ble noen pasienter valgt ut til ikke å delta for deres eget beste, og for studiets kvalitet. Rydahl-Hansen har vært svært oppmerksom på etiske dilemmaer som kan oppstå i forhold til pasientene. I tillegg til dette er studiet gjennomgått av en etisk komite. Kvaliteter som dette samt funnene i artikkelen har jeg vurdert som gode, og har vært med å danne grunnlaget for at jeg har inkludert den i oppgaven.

I studiet til Kozłowska, L. & Doboszynska, A. (2012) har de en klar problemstilling. Da det er et nokså enkelt spørsmål de vil ha svar på, er en kvantitativ metode velegnet. Forskerne har valgt flere hospits for å få variasjon i situasjoner pleiepersonellet kan komme opp i, som igjen gir variasjon i pleiernes erfaringer. Selv om ikke alle svarte var det flere deltagere fra hvert hospits, og det var derfor ikke av stor betydning. Over halvparten svarte, noe som ga forskerne mulighet til å fortsette studiet. Likt spørreskjema ble sendt ut til alle, og en person fra hvert hospits tok på seg ansvaret. Studiet ga mange like, men også ulike svar. Non-verbal

kommunikasjon er hyppig brukt, og kan fortelle en person mye uten å bruke ord. Selv om studiet er vinklet mot pleiernes erfaringer i forhold til non-verbal kommunikasjon, ga studiet relevante resultat i forhold til oppgaven, og ble derfor inkludert.

*Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experience*, av Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindholm, L., Hamrin, E. & Eriksson K (2004) har et klart formulert formål som er velegnet for å få svar på problemstillingen. Studiedesignet gjør det mulig å få pasientenes direkte erfaring, og egner seg derfor godt for å få svar på problemstillingen. Individuelle intervju av 16 kvinner ble foretatt, som ble fortolket og formulert til nye spørsmål til teksten. Studiet ble godkjent av en etisk komite. Til slutt er det en drøftingsdel, der det er gjort forsøk på å underbygge funnene. Artikkelen er vurdert som god, og relevant for oppgaven ut i fra studiets utvalg og funn.

### 3.5 Etikk i oppgaveskriving

Etisk tenkning i oppgaveskriving handler om mer enn å følge regler. Vi må tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet vårt medfører, og hvordan de kan håndteres. Etiske overveielser og ryddig bruk av personopplysninger er ikke bare en forutsetning for studentoppgaver og forskning, det er også en forutsetning for å ivareta et godt forhold til de menneskene som stiller opp med sine erfaringer og opplevelser. Forskningsetikk har med planlegging, gjennomføring og rapportering av forskning å gjøre. Det handler om å ivareta personvernet og sikre troverdigheten av forskningsresultatene (Dalland, 2012, s. 95-96).

I arbeidet med artikler som er skrevet av andre er det viktig å tenke gjennom måten en bruker artiklene på. Retningslinjene for forskning innebærer at det ikke skal forekomme fusk, en skal ikke stjele eller plagiere data. En skal gjengi ærlige resultat fra artiklene, og ikke skjule data som er irrelevant for din forskning (Forsberg og Wengström, 2012, s. 77). Det er viktig for oppgaven at forskerne har gjennomgått etiske overveielser, enten med bruk av etisk komité, eller at det blir vist i artikkelen at det er tatt hensyn til. Pasientene som har deltatt i forskningen som blir nyttet er i en sårbar situasjon, og trenger ikke ekstra belastning dersom de ikke er sterke nok. Det er derfor viktig at dette er tatt hensyn til i artiklene.

## **4.0 RESULTAT**

### 4.1 Presentasjon av artikler

#### **1. «*Relieving existential suffering through palliative sedation: discussion of an uneasy practice*».**

Bruce og Boston (2011) foretok et litteraturstudie i Canada. Det ble søkt etter artikler i databasene CINAHL, Pubmed, Web of Science Direct (Elsevier), Academic Search Elite, Health Science SAGE, Medline; Healthsource (nursing/academic), Academic Search Premier, PSYKinfo og Google Scholar, med søkeordene palliative sedation, palliative care, existential suffering, existential distress og terminal suffering. Studien er basert på funn i artikler publisert mellom 1996 og 2009, som omhandler bruken av palliativt beroligende legemidler. Selv om palliativ beroligende noen ganger blir brukt når det ikke er noen andre alternativ som virker mot smerten eller lidelsen er det fortsatt omdiskutert om det virker mot eksistensiell lidelse.

Tap av meningen med livet og meningen med en selv, dødsangst, håpløshet og å være en byrde for andre var noe av det som kom frem som definisjon av eksistensiell lidelse, og som flere av artiklene i studien hadde brukt for å forklare begrepet. Det kom også frem en manglende evne til å lindre lidelse til tross for antidepressiva og spesialisert omsorg. Et annet moment var at sykepleierne følte at det var vanskelig å håndtere de eksistensielle spørsmålene knyttet til pasientene. Eksisterende litteratur viste også viktigheten av å være følsom, et tillitsfullt forhold, samt en bevisstgjøring av den enkelte pasients eksistensielle bekymring.

I artikkelen blir de etiske sidene ved å foreta bestemmelser om å skille mellom hensikten med palliativ bruk av beroligende, eller om det blir brukt som dødshjelp drøftet. I studien kommer det frem at det er behov for en større forståelse for å behandle eksistensiell lidelse før en kan foreta en beslutning. Dette på grunnlag av manglende forskning av eksistensiell lidelse i forhold til omsorg i slutten på livet.

#### **2. «*Hospitalized patients experienced suffering in life with incurable cancer*».**

Rydahl-Hansen (2005) foretok et kvalitativt studie i Danmark, med 12 tilfeldig utvalgte pasienter i alderen 40-74. Målet med studiet var å beskrive den erfarte lidelsen hos pasienter med uhelbredelig kreft på sykehus. Kriteriene for at pasientene var aktuelle til å delta i studien

var at den kognitive funksjonen var over 24 MMSE-skalaen (Mini-Mental State Examination), der full score er 30. Pasientene som deltok måtte være født i Danmark av danske foreldre og ha en fremskreden kreft med flere metastaser. Pasientene hadde vært kreftsyke i alt fra tre måneder til fem år, og hadde visst at de hadde uheldelig kreft i alt fra en uke til fire år.

Rydahl-Hansen hadde på forhånd av observasjonene og intervjuene søkt på tidligere forskning med lignende tema, og funnet ut at mange pasienter med uheldelig kreft følte seg ensomme og skuffet av pleiepersonalet. Rydahl-Hansen ville ikke at studien skulle slite ut pasientene, eller være en byrde for pasientene og det ble derfor evaluert om hver enkelt pasient var mentalt sterk nok til å være med på et slikt prosjekt.

Hovedfunnene i studien var tre forskjellige tema: økende maktesløshet, økende ensomhet og isolasjon og en evig og med tid uovervinnelig kamp for å opprettholde eller gjenvinne kontroll. Pasientene ville ikke være en byrde for pleierne eller ta tid fra de andre pasientene, og følte at pleierne ikke tok initiativ til å snakke om pasientens tanker og følelser. Pasientene uttrykte vanskelighet for å ta opp emne om uheldelig kreft og døden samt ens egne følelser rundt dette. Det ble oppfattet manglende evne til å håndtere følelsesmessige problem hos pleierne. Til tross for alt dette ville ikke pasientene vise sin mangel på tilfredshet overfor pleierne, da de ikke ville fremstå som uhøflige eller belastende. Dette førte til at de heller ikke tok initiativ til å snakke om tankene og følelsene de bar på. Pasientene følte de ble lite informert om forløpet på sykdommen sin, og visste derfor ikke hvilke av håpene som var realistiske.

### **3. «Nurses' nonverbal methods of communicating with patients in the terminal phase».**

Kozłowska og Doboszynska (2012) foretok et kvantitativt studie i non-verbal kommunikasjon med pasienter i terminal fase. Studiet som fant plass i Polen, hadde som hovedmål å finne ut hvor hyppig den non-verbale kommunikasjonen ble brukt på fem forskjellige hospits. Deltagerne måtte være fullt kvalifisert pleiepersonale i alderen 21 til 65 år. 96 pleiepersonale fylte ut spørreskjemaet, og studiet ble gjennomført fra mars til mai 2011.

Spørreskjemaet omhandlet sykepleiernes oppførsel og tilnærming til pasientene, deres tanker om forskjellige kommunikasjonsformer, deres ferdigheter og utdanning som innebærer



kommunikasjonsferdigheter. Det ble valgt en kvalitativ tilnærming for studiet for å få størst mulig variasjon i deltagerne og situasjoner deltagerne kommer opp i.

Det kom frem i studiet at de fleste deltagerne var fornøyd med jobbene sine, noe som er viktig for sykepleier – pasient relasjonen, og at de ikke hadde noen problem med kommunikasjon. Nesten halvparten av sykepleierne som deltok brukte non-verbal kommunikasjon bevisst i pasientkontakten, og de mest bruke non-verbale kommunikasjons måtene er berøring, ansiktsuttrykk og blick-kontakt.

Kommunikasjon ble brukt for å vise medfølelse overfor pasientene. Et godt virkemiddel for å vise medfølelse var et smil fra pleierne, eller å holde pasientens hånd i vanskelige stunder, og det var det pasientene uttrykte å verdsette mest. Pleierne ga uttrykk for å være svært omsorgsfulle i svarene sine, men uttrykte også et behov for bedre utdanning innen kommunikasjonsferdigheter i samhandling med pasienter i slutfasen av livet.

#### **4. «*Suffering related to health care: A study of breast cancer patients' experiences*».**

Arman, Rehnsfeldt, Lindholm, Hamrin og Eriksson (2004) ville tolke og forstå pasienters erfaringer med lidelse relaterte til helsevesenet fra et etisk, eksistensielt og ontologisk synspunkt. Bakgrunnen for å forske på dette var at tidligere studier indikerte pasientfortellinger som inkluderte lidelse som var forårsaket eller påvirket av møte med helsevesenet. 16 kvinner med brystkreft i alderen 42-69 år som ble behandlet på fire forskjellige sykehus i Sverige og Finland ble intervjuet, noe som formet en kvalitativ tilnærming på studiet. Personer som var betydningsfulle for pasientene ble også intervjuet, men det ble ikke tatt med i studiet.

Kvinnene ble spurt ut fra funn fra tidligere artikler. Kvinnene følte ikke at de ble sett på som medmennesker, og at de ikke fikk nok tid eller informasjon. Pleierne tok seg ikke tid til å snakke med dem, og unnslopp på den måten å bli påvirket. Mange følte også at de ble behandlet som en kropp, et tall eller en diagnose. Dette førte til en økende lidelse for kvinnene, og de fikk mer å tenke på og mer å bekjempe på egenhånd. Beskjeden om at sykdommen pasienten hadde førte til et behov for noen å snakke med, en kamp for å finne en mening, og et håp om noe i fremtiden. Da dette ikke ble gjennomført følte pasienten at hun måtte være modigere enn hun egentlig var. Da kvinnene ønsket litt sympati, støtte eller flere valgmuligheter i behandlingen, ble de sendt videre til en psykolog, i terapi eller til

kreftorganisasjoner. Dette førte til at pasientene følte at deres oppfordring til et omsorgsfullt møte ofte var forgjeves.

#### 4.2 Oppsummering av artikler

Hovedfunnene i artiklene viser at pasienter med kreft i palliativ fase opplever en økende maktesløshet og ensomhet. Pasientene følte at de ikke ble sett, eller at de ikke alltid ble sett på som medmennesker eller hele mennesker, og at helsepersonellet unngikk dem for å unngå vanskelige situasjoner. Helsepersonellet opplevdes også som veldig travle, og noen pasienter ville ikke ta av tida til de andre pasientene for å snakke om sine eksistensielle lidelser. Et av studiene viste også at det ble nyttet medikamentell behandling for eksistensiell lidelse. Spesielle non-verbale kommunikasjonsevner som berøring, blick og ansiktsuttrykk viste seg å ha en form for effekt i forhold til lidelsen til pasientene. Graden av effekten på de forskjellige nevnte faktorene vil bli diskutert i nedenfor.

## 5.0 DRØFTING

Denne delen tar utgangspunkt i funnene i artiklene, som blir drøftet opp mot pensum og Katie Erikssons omsorgsteori. Flere faktorer går igjen i artiklene, blant å se personen som et helt menneske, viktigheten av kommunikasjonsferdigheter i samtale og det å bli unngått av helsepersonellet. Dette er faktorer Eriksson også har med i sin teori. Denne delen vil først ta for seg hvert enkelt punkt, for så å drøfte dette opp mot hverandre for å på best mulig måte besvare problemstillingen:

«Hvordan kan sykepleier bidra til lindring av eksistensiell lidelse hos pasienter med kreft i palliativ fase?»

### 5.1 Å ta seg tid til pasienten

Ulike studier har belyst viktigheten av at personalet setter av tid i møte med denne pasientgruppen (Arman et.al, 2004 og Rydahl-Hansen, 2005). I et studie av (Arman et.al, 2004) sier pasienten at det var behov for å møte noen og å ha noen å snakke med. Det kom også frem at pasienten følte hun fremsto modigere enn realiteten. Dette viser at selv om pasienten gir uttrykk for å ha det fint og for å klare seg på egenhånd, vil det bety mye at noen bruker litt tid i en travel hverdag. Dette forteller noe om hvor viktig det er å vise at en bryr seg og at pasientens tanker, følelser og bekymringer er viktige, og verdt å bruke tid på. Dette er i samsvar med Lorentsen og Grov (2011), som skriver at sykepleieren bør bruke noen minutter i en travel hverdag til å spørre både pasienten og pårørende hvordan det går med dem. Jeg fikk en gang fortalt av en eldre dame at bare et par minutter kan bety så uendelig mye for en person som sitter hjemme alene det meste av dagen. Selv om arbeidsdagen er travel og ting må gjøres, har vi tid til å sette av noen minutter når vi ser betydningen av det. Med god tid til pasienten skapes gode relasjoner, som igjen skaper trygghet og positive øyeblikk for pasienten. Dette kommer frem av praksiserfaring, samt Eriksson (1987).

Slike få minutter kan oppleves ulikt av pasientene. Det kan oppleves som noe positivt dersom du setter deg ned med pasienten i noen minutter og forteller at du vil bruke av din tid for å lytte og kanskje hjelpe pasienten til å bearbeide tanker og følelser. Noe annet er om kroppsspråket sier det motsatte og du gir egentlig uttrykk for at du helst vil gå videre for å få jobben gjort, pasienten vil da gjerne ikke ha utbytte av disse minuttene. I verste fall kan dette

føre til at pasienten føler seg som en byrde, og kanskje tenker at tiden også må bli prioritert til andre pasienter. Dette belyser Rydahl-Hansen (2005) sin studie, der hun skriver at noen pasienter frykter å bli en større byrde enn de allerede opplever at de er, da de på tidligere sykehusopphold har sett at sykepleierne er travle. De vil derfor ikke ta av tiden deres og de vil heller ikke ta av andre pasienters tid. Konsekvensen av dette er at noen pasienter sjelden snakker om følelser og tanker.

Et studie viser at pasienten kan skamme seg over dens egen situasjon når helsepersonellet ignorerer hunne, det førte til en redsel for å bli sett på som mentalt ustabil (Arman et.al, 2004). Det er ikke til å legge skjul på at å komme nært inn på pasienter som sliter med en slik type lindring er både utfordrende og vanskelig. I arbeid med alvorlig syke blir sykepleieren stadig påminnet sin egen sårbarhet og dødelighet, noe sykepleieren må våge å erkjenne for å kunne ledsage pasienten i hans lidelse (Lorentsen og Grov, 2011). Slik kan også pasienter oppleve det. Pasientene kan unngå å snakke om sine indre tanker og følelser, i håp om at det vil hindre et emosjonelt sammenbrudd.

En annen sak er hvordan pleiepersonalet tar tak i dette, og sender pasienten videre til en psykiater, en psykolog eller kreft- organisasjoner, når alt pasienten ønsket var empati, støtte og en mulighet til å diskutere følelsene sine (Arman et.al, 2004). En pasient i samme studie forteller at hun at hun føler alt avhenger av hun selv, og at hun føler hun ikke får støtte fra helsepersonellet. En vanlig arbeidsdag for meg handler om å gi pasienten det jeg ser behov for, inkludert empati, trøst eller støtte, og har mest gode erfaringer med dette. Gleden og takknemligheten pasienten viser gir en god følelse, en følelse som ikke kan måle seg med noe annet. Det å vite at noen setter pris på deg, og arbeidet du gjør, kan ikke forstås som noe annet en motivasjon til å fortsette. En kan da spørre seg hvorfor ikke alle streber etter dette.

Den sammensatte forståelsen av dette er at det handler om å gi pasienten rom for reaksjon på sin egen sykdom. Klart det kan være vanskelig å være åpen for reaksjoner på et slikt tidspunkt, men det kan være viktig for både sykepleier og pasient. En kan ikke alltid vite på forhånd hva en skal si eller hvordan en vil reagere. Ettersom hvert menneske er unikt, krever det også at vi møter hvert menneske ulikt (Eriksson, 2014). En sykepleier kan derfor ikke sitte med en fasit på reaksjoner hos seg selv eller pasienten, men må være åpen for å tilpasse seg undervegs.

## 5.2 Helhetlig menneskesyn

Studiet til Rydahl-Hansen (2005) sier noe om at pasienter som ikke blir sett på som et helt menneske har opplevd en forsterket sykdomsfølelse. Dette har igjen har ført til økt eksistensiell lidelse, samt en mangel på kontroll av sin egen sykdom. Når pasienter mister denne kontrollen kan den føre til nedsatt mestring. Et helhetlig menneskesyn innebærer ifølge Eriksson (2014) at vi møter mennesket med kropp, sjel og ånd. De eksistensielle spørsmålene som oppstår hos denne pasientgruppen handler trolig om åndelighet og sjel. Dersom disse ikke blir besvart vil nok heller ikke pasienten føle seg som et helt menneske. Et helhetlig menneskesyn er ifølge Busch og Hirsch (2008) et viktig grunnlag i palliativ behandling, pleie og omsorg for alvorlig syke og døende pasienter. Særlig der de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige eller eksistensielle behov skal ivaretas på en god måte i sykepleie utøvelsen (Kirkevold, 1998).

Lidelser kan bli forsterket av flere faktorer enn sykdommen i seg selv. Et eksempel på dette er når pasienter blir sett på som en kroppsdel, et nummer eller en diagnose. I studiet til Arman et-al (2004) forteller en pasient at dette har ført til forsterket lidelse, i tillegg til at hun har blitt mer usikker, og har følt at hun må bære på byrden av en evig kamp mot sin eksistensielle lidelse. Erfaringsmessig kan dette føre til nedsatt mestring av egen sykdom. Da helse, ifølge Eriksson (sitert i Kirkevold, 1998) er et helhetlig, kroppslig, åndelig og sjelelig velvære, er det viktig at også pasienten føler seg frisk. Ut fra dette må jeg som sykepleier unngå å se pasientens sykdom og diagnose fremfor det hele mennesket for å gi pasienten tilbake helhetsfølelsen.

På en annen side kan pasienten ha spørsmål som er utfordring for en sykepleiers kompetanseområde. Vår arbeidsoppgave blir å tilby pasienten å snakke med noen innenfor det rette kompetanseområdet, slik at hele mennesket blir ivaretatt. På grunnlag av tidligere nevnt problemområde, der pasienten ikke følte seg ivaretatt da hun ble sendt videre til psykolog, kreft – organisasjoner eller lignende, er det viktig at det blir en naturlig overgang. I stedet for å fortelle pasienten at hun er henvist videre, tror jeg det vil være viktig å prøve å snakke med pasienten med det. Det vil da være naturlig å foreslå det slik at sykepleier og pasienten kan bli enige om det finnes et behov for det, eller om pasienten er fornøyd med det sykepleieren selv kan tilby.

### 5.3 Den gode samtalen

En god omsorgsfull og lindrende samtale er ikke gjennomførbar uten forståelse og kunnskap om de to overstående punktene, nemlig å sette av tid til pasienten og å se pasienten som et helt menneske (Eriksson, 2014). Det kan erfaringsmessig være vanskelig å kommunisere med pasienter, spesielt om personlige tema og følelser. Dette setter også Kozłowska og Doboszynska (2012) lys på, da de skriver at personlige tanker og følelser kan føre til at sykepleieren unngår blikk kontakt med pasienten. Det er derfor viktig at en sykepleier klarer å sette egne tanker og følelser til side, for å prioritere pasientens behov. Arman og Rehnsfeldt (2006) beskriver noe tilsvarende og da de skriver at pleieren må være åpen for lidelse og den indre forståelse av livet til pasienten i møte med lidende mennesker.

Grunnlaget for all omsorg er ifølge Eriksson (1987) tillit, tilfredshet, kroppslig og åndelig velvære. Tillit er også fundamentalt for kommunikasjon. Schmidt (2011) belyser dette da hun skriver at en ikke åpner seg for en man ikke setter sin lit til. Videre skriver hun at det første møtet mellom sykepleier og pasient er det viktigste, og at det forteller om pasienten føler seg avvist eller ivaretatt. Egne praksiserfaringer viser at gode relasjoner mellom pasient og sykepleier skaper positive øyeblikk for pasienten. Halding, Helse- og omsorgsdepartementet og Kvåle (sitert i Lorentsen og Grov, 2011) støtter dette ved å henvise til funn i deres artikler, som viser at gode og omsorgsfulle relasjoner mellom sykepleier og pasient spiller inn for pasientens livskvalitet og helse. Det latinske ordet «communicare», altså kommunikasjon, betyr å gjøre noe felles (Eide og Eide, 2011). Kommunikasjon mellom pasient og sykepleier må derfor gå begge veier, og det må ifølge Eriksson (sitert i Kirkevold, 1998) til en form for kjærlighet, eller nestekjærlighet, for å skape en god relasjon. Min erfaring viser at dersom pasient og sykepleier ikke kommer overens derimot, vil dette kanskje skape irritasjonsmoment og frustrasjon hos pasienten, som igjen vil bli en byrde for pasienten.

Beskjeden om at en har en kreftdiagnose er en stor belastning, som kan bli desto større dersom en i tillegg får vite at sykdommen ikke er kurerbar (Kaasa, 2008). Det er her vi som sykepleiere, sammen med et palliativt team, bør stå klare til å møte utfordringene til pasienten. Dersom sykepleieren er fraværende på denne tiden, kan det hende at pasienten vil miste alt som er igjen av håp og pågangsmot. Erfaringen min viser at håp er grunnleggende for å lindre eksistensiell lidelse. Uten håp om noe i fremtiden, vil lidelsen forsterkes og en kan miste motet til å gjøre noe med den eksistensielle lidelsen. Dette støtter Eriksson (sitert i

Kirkevold, 1998) som skriver at tro og håp er knytte til menneskets forvissning om noe i fremtiden, og at troen, håpet og kjærligheten danner utgangspunktet for all omsorg.

En årsak til at noen pasienter unngår å snakke med pleiepersonalet, som de tenkte kunne hindre dem i å få et psykisk sammenbrudd, er en redsel for å få dårlige nyheter knyttet til sykdommen. Dette førte også til at de unngikk sosiale settinger, og tok avstand fra virkeligheten. Til tross for dette ønsket pasientene kontroll over egen sykdom (Rydahl-Hansen, 2005). I studiet til Bruce og Boston (2011) er det nyttet palliativ smertelindring for å begrense eksistensiell lidelse, noe som kunne vert unngått med kunnskap om hvordan vi sykepleiere kan bruke noe så generelt som omsorg og samtale. Studier viser at er tema som døden, meningen med livet og sykdommen samt å bli en byrde for andre en viktige samtaleemne (Bruce og Boston, 2011 og Rydahl-Hansen, 2005). Frykt for døden har vist seg å føre til angst, noe som ble medikamentelt behandlet (Rydahl-Hansen, 2005).

Ifølge Eriksson (1995) kan ikke all lidelse elimineres, og det er denne vi bør jobbe for å lindre. For at vi skal kunne lindre denne lidelsen må vi skape en pleiekultur der mennesket føler seg velkommen, respektert og føler omsorg. Å lindre pasientens lidelse innebærer å ikke krenke hans eller hennes verdighet, ikke fordømme eller misbruke makt, men tilstrebe å gi den pleien pasienten trenger. Å være innlagt på sykehus fører en ekstra byrde med seg, da en ikke kan sosialisere seg eller leve livet (Rydahl-Hansen, 2005). På sykehus ser vi ofte at pasientene ligger i sengen hele dagen selv om pårørende kommer på besøk. Vi kan da oppfordre dem til å enten ta pasienten med seg ut, kanskje pasienten blir glad for å få permisjon fra sykehuset en ettermiddag, slik at det er mulig å sosialisere seg med andre. En slik oppfordring kan en kun komme med dersom en vet ut fra sykehusjournaler og lignende at pasienten er i stand til det.

Det finnes mange måter å utforske eller å snakke om følelser på. Eide og Eide (2004) skriver at åpne spørsmål og speiling er gode måte å stimulere den andre til å utforske følelser på, i kombinasjon av både verbal og non-verbal kommunikasjon. Evnen til aktiv lytting er ifølge Eide og Eide (2004) kanskje den viktigste og mest grunnleggende og komplekse ferdighet i profesjonell, hjelpende kommunikasjon. Er vi usikre på hva vi skal si, er redd for å gjøre ting verre med å si feil, eller frykter at det du sier vil bli oppfattet feil, holder det ofte med å vise at du er villig til å lytte til pasienten. En kan også vise både empati og medfølelse med non-verbal kommunikasjon som kroppsspråk, et smil eller et varsomt stryk på kinnene, ryggen eller lignende, og å holde pasienten i hånden og se på ham mens han uttrykker seg. Studie viser at

dette oppleves som hjelpsomt når pasienten skal uttrykke følelser (Kozłowska og Doboszyńska, 2012). Det er ikke alltid vi trenger å si så mye for at pasienten skal oppleve mening med samtalen, noe erfaringen min også tilsier.

## **6.0 KONKLUSJON**

Vi som sykepleiere må ha et helhetlig menneskesyn. Dette er viktig i blant annet palliativ behandling av syke og døende mennesker. Et annet viktig moment i sykepleie til pasienter med eksistensiell lidelse, er at vi setter av tid til pasienten slik at vi gir rom for reaksjon på sykdom og livslidelse. Jeg som sykepleier må være åpen for lidelse, og gi uttrykk for at jeg er i samtalen med både kropp og sjel, noe som er med å bygge tillit hos pasienten. Denne tilliten er grunnleggende for en god relasjon mellom sykepleier og pasient. Ettersom hvert menneske er ulikt, må vi tilpasse oss deretter, vi må håndtere de eksistensielle spørsmål som måtte oppstå på en måte som tilfredsstillende pasienten. En god kommunikasjon må gå begge veier, noe den også gjør selv om vi sykepleiere lytter til pasienten mens vi for eksempel holder dens hånd. Det er ikke all lidelse vi sykepleiere kan lindre, men det er da viktig at vi er der for å trøste pasienten og gi best mulig omsorg ut i fra hver enkeltes behov.



## REFERANSER

- Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2006). *Vårdande som lindrar lidande*. Stockholm: Liber AB.
- Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindhold, L., Hamrin, E., & Eriksson, K. (2004). Suffering related to health care: A study of breast cancer patient's experience. *International Journal of Nursing Practice* 10, s. 248-256.
- Bertelsen, B., Hornslien, K., & Thoresen, L. (2011). Svulster. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo (red.), *Sykdom og behandling* (s. 127-129). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bruce, A., & Boston, P. (2011). Relieving existential suffering through palliative sedation: discussion of an uneasy practice. *Journal of Advanced Nursing* 67(12), s. 2732-2740. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05711.x.
- Busch, C., & Hirsch, A. (2008). Eksistensiell og åndelig omsorg. I S. Kaasa (red.), *Palliasjon : Nordisk lærebok* (s. 115). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, T., & Eide, H. (2001). *Kommunikasjon i praksis: Relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell .
- Eriksson, K. (1995). *Det lidende menneske*. Otta: TANO forlag.
- Eriksson, K. (2014). *Vårdprocessen*. Stockholm: Liber.
- Figur 1. (2014, 03 10). Hentet fra Haraldsplass.no:  
<http://www.haraldsplass.no/hogskole/aktuelt/aktuelt-om-seminarer-og-arrangementer/seminar-8.-april-om-makt-og-omsorg>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2012). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Hem, E. (2003, 12 18). Tilbake til Hippokrates? *Tidsskrift for den Norske legeforening*, s. 3577-8238.
- Kaasa, S. (2008). Hva er palliasjon? I S. Kaasa (red.), *Palliasjon: Nordisk lærebok* (s. 37-38). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kozłowska, L., & Doboszynska, A. (2012). Nurses' nonverbal methods of communicating with patients in the terminal phase. *International Journal of Palliative Nursing* 18(1), s. 40-46.
- Kunnskapsdepartementet. (2008, 01 25). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)

- Lorentsen, V. B., & Grov, E. K. (2011). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud, & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie 2* (s. 402, 410, 425). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra Nsf.no: <https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/2182990/seefile>
- Reitan, A. M. (2010). Kreftsykepleie. I A. M. Reitan, & T. K. Schjølberg, *Kreftsykepleie: pasient - utfordring - handling* (s. 22-23). Oslo: Akribe AS.
- Rydahl-Hansen, S. (2005). Hospitalized patients experienced suffering in life with incurable cancer. *Nordic College of Caring Sciences* 19, s. 213-222.
- Schmidt, H. (2011). *Har du tid til det, da?: Om åndelig omsorg i sykepleien*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. (2014, 10 04). Hentet fra Kunnskapssenteret.no: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskingsartikler>
- WHO. (u.å). *WHO definition of palliative care*. Hentet fra World health organization: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

**VEDLEGG 1 – Resultattabell**

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
<b>Bruce, A. &amp; Boston, P. (2011)</b>  Relieving existential suffering through palliative sedation: discussion of an uneasy practice.	Å diskutere bruken av palliativ beroligende legemidler som svar på vanskelig eksistensiell lidelse, og for de som ikke lenger responderer på behandlingen.	Litteraturstudie som omhandler artikler publisert mellom 1996 – 2009.	Søk i databaser som CINAHL, Pubmed og PSYCinfo, med søkeordene <i>sedation</i> , <i>palliative care</i> , <i>existential suffering</i> , <i>existential distress</i> og <i>terminal suffering</i> . Kun engelske artikler publisert i forhåndsgjennomgåtte tidsskrifter ble brukt.	Det trengs en større forståelse for temaet for å behandle eksistensiell lidelse før en kan foreta en beslutning i bruken legemiddel palliativt eller som dødshjelp.
<b>Rydahl-Hansen, S. (2005)</b>  Hospitalized patients experienced suffering in life with incurable cancer.	Å beskrive den erfarte lidelsen hos pasienter med uhelbredelig kreft på sykehus.	Kvalitativt studie med individuelle intervju med pasientene. Giorgi's beskrivende fenomenologiske metode, som går ut på å lese gjennom intervjuene	12 tilfeldig utplukkede pasienter i alderen 40-74. Kriteriene for deltaking i studien var at den kognitive funksjonen var over 24 MMSE-skalaen. Deltakerne måtte være født i Danmark av danske foreldre og ha fremskreden kreft	Tre forskjellige tema: økende maktesløshet, økende ensomhet og isolasjon og en evig og med tid uovervinnelig kamp for å opprettholde eller gjenvinne kontroll

		gjentatte ganger, for å få rettest mulig beskrivelse av pasientens erfaring.	med flere metastaser.	
<b>Kozłowska, L. &amp; Doboszynska, A. (2012).</b>  Nurses' nonverbal methods of communicating with patients in the terminal phase.	Å finne ut hvor hyppig den non-verbale kommunikasjonen ble brukt på fem forskjellige hospits.	Kvantitativ metode, der spørreskjema ble sendt ut til 144 personer som jobbet på de fem forskjellige hospitsene (96 svarte).	Deltagerne måtte være fullt kvalifisert pleiepersonale i alderen 21 til 65 år. Det ble også valgt fem forskjellige hospits, for å få et variert utvalg av deltagere.	De mest bruke non-verbale kommunikasjonsmåtene er berøring, ansiktsuttrykk og blikk-kontakt. Pasientene uttrykte å verdsette at pleiepersonalet holdt dem i hånden i vanskelige stunder.
<b>Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindholm, L., Hamrin, E. &amp; Eriksson, K (2004)</b>  Suffering related to	Tolke og forstå pasienters erfaringer med lidelse relaterte til helsevesenet fra et etisk, eksistensielt og ontologisk	Kvalitativ metode, der 16 kvinner med brystkreft alderen 42-69 ble intervjuet. I tillegg ble en som var av betydning for pasienten	Kvinner med brystkreft på fire forskjellige sykehus i Sverige og Finland.	Pasientene følte ikke at de ble sett på som medmennesker, og at tunge eller vanskelige situasjoner ofte ble unngått fra helsepersonellens side.

health care: a study of breast cancer patients' experience.	synspunkt.	intervjuet, men det ble ikke tatt med i studien.		
---	------------	--	--	--