

EKSAMEN SYKHB009
BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

LITTERATURSTUDIE

De siste dager og timer

Hvordan kan sykepleieren gi bedre psykisk omsorg ved livets slutt

Antall ord 10710

Kandidatnr 2, 9, 62

Høgskolen Stord/Haugesund

Avdeling Haugesund

Våren 2008

Omsorg

*Langt inne i språket, syv stemmer
innenfor den stemmen vi tror vi kjenner
finnes det ord som er så såre
at vi skjelver når vi bruker dem
Som når en fugl, med lette vinger
stryker over en munn som forsøker
å rykke selve sorgen opp med roten
ved å si de aller enkleste ting*

Stein Mehren

1.0 INNLEDNING	1
1.1 TEMA	1
1.2 PROBLEMSTILLING	1
1.3 BEGRUNNING FOR VALG AV PROBLEMSTILLING	1
1.4 PRESISERING OG AVGRENSNING AV PROBLEMSTILLING	2
2.0 METODE	3
2.1 HVA ER METODE	3
2.2 VALG AV METODE	4
2.3 HVILKE DATA BRUKES	4
2.4 DATASAMLING	5
DATABASENE VI HAR TATT I BRUK ER:	5
2.5 BEARBEIDING AV DATA	7
2.6 ETISKE ASPEKTER VED INNHENTING AV INFORMASJON	8
2.7 KILDEKRITIKK	9
3.0 PRESENTASJON AV TEORI	10
3.1 JOYCE TRAVELBEES SYKEPLEIEFILOSOFI	10
3.1.1 SYKEPLEIE – EN MELLOMMENNESKELIG PROSESS	10
3.2 KARI MARTINSENS OMSORGSFILOSOFI	12
3.2.1 OMSORG	13
3.3 ÅNDELIG OMSORG	14
3.4 DEN TERMINALE FASEN	16
3.5 PASIENTENS REAKSJONER VED EN PSYKISK KRISE	18
3.6 PASIENTROLLEN	21
3.7 EMPATI – OM Å FORSTÅ DEN TERMINALE PASIENTEN	22
3.8 KOMMUNIKASJON MED ALVORLIG SYKE	23
3.9 LIDELSEN HOS DEN DØENDE	25
3.10 HVA INNEBÆRER HÅP FOR DØENDE PASIENTER	26
3.11 Å FINNE MENING VED LIVETS SLUTT	27
4.0 FUNN OG DRØFTING	28
4.1 Å SE MENNESKET BAK PASIENTROLLEN	28
4.2 Å LYTTE OG FORSTÅ	29
4.3 DEN GODE RELASJON	32
4.4 BETYDNINGEN AV HÅP OG MENING HOS DEN DØENDE	35
5.0 AVSLUTNING	39
LITTERATURLISTE	41

1.0 Innledning

1.1 Tema

Tema som er valgt for denne bacheloroppgaven er *psykisk omsorg*.

Dette var et tema vi ønsket å sette oss mer inn i, og som vi regner med å få stor nytte av senere i arbeidet som sykepleiere.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleieren gi bedre psykisk omsorg ved livets slutt?

1.3 Begrunning for valg av problemstilling

Vi har alle tre opplevd dødsfall i praksis, og har vært med pasienter de siste dager og timer før døden. To av oss har også hatt praksis på en avdeling for lindrende behandling/terminal pleie.

Grunnen til at fokuset falt på de psykiske aspektene hos terminale pasienter er flere. Vi ønsket å få en økt forståelse for denne naturlige, men likevel på mange måter vanskelige delen av livet. Vi ville også lære mer om hvordan vi som sykepleiere kan bidra til at døende pasienter opplever den siste tiden best mulig. Samtidig lærer vi å sette ord på hva vi opplever som vanskelig når vi gir omsorg til døende pasienten, noe som kan bidra til en større forståelse og erkjennelse av egne følelser. Forskning viser at sykepleiere med kunnskap og erfaring innen palliativ omsorg er mindre usikre i møte med den terminale pasienten, noe som har innvirkning på pasientens trygghetsfølelse (Deffner og Bell, 2005, Eide og Eide, 2007).

1.4 Presisering og avgrensning av problemstilling

Omsorg ved livets slutt er et tema som omhandler fysiske, psykisk, åndelige og ekstsensuelle behov. Vi valgte å avgrense problemstillingen til å omhandle omsorg med vekt på de psykiske aspektene. Dette for å unngå en alt for stor og generell oppgave. Vi har valgt å ikke vektlegge menneskers religiøse og kulturelle bakgrunn, kjønn og diagnose.

Oppgaven skal gjennomføres innen et gitt tidsrom og bestå av maks 12000 ord. Dersom problemstillingen hadde blitt for vid, ville vi ikke hatt mulighet til å oppfylle disse kravene, og vi ville ikke fått den forståelsen vi ønsket.

Psykisk omsorg er noe alle mennesker som mottar profesjonell helsehjelp har rett på. Litteraturen og ulike regelverk, er ofte tiltenkt pasienter med uhelbredelig kreft eller andre spesifikke sykdommer som gir kort forventet levetid. Vi har valgt å la oppgaven omhandle terminale pasienter, uten å vektlegge diagnose. Vi har også valgt å ta utgangspunkt i voksne pasienter, altså pasienter over 18 år. Dette fordi det er forskjell på barn og voksnes rettigheter og pleie. Vi er klar over at pårørendes rolle er av stor betydning i slutfasen av livet. Likevel har vi valgt å heller fokusere på sykepleier – pasient relasjonen i denne oppgaven.

Vi har valgt å omtale pasienten som han, den døende, den terminale og pasienten. Sykepleieren(e) omtales som hun i teoridelen og som vi eller oss i drøftingsdelen.

2.0 Metode

2.1 Hva er metode

I følge Dalland (2000) er metode en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller en måte å etterprøve påstander som fremsettes med krav om holdbare, gyldig eller sanne.

Metode er med på å fortelle oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Dalland viser også til Vilhelm Auberts måte å formulere metode på:

”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, 2000, s. 71)

Metode er en systematisk måte å undersøke virkeligheten på. Ved å bruke forskjellige metoder kan en undersøke ulike ting i verden på en mer rasjonell måte enn en ville gjort uten dem. Det å bruke ulike metoder kan være med å stimulere vår evne til å oppdage ting, slik at vi lettere kan få øye på årsakene og meningene bak handlingene. Metode kan sees på som den praktiske delen av det vitenskapelige arbeidet. Informasjon som da kommer frem kalles data eller fakta, og de data en samler inn, kan igjen kalles empiri. Innen helsefagene vil dataene være kunnskaper og opplysninger om pasienter. Noen av disse opplysningene kan tallfestes direkte, mens andre kan gjøres om til tall. Resultatene skal være mulig å etterprøve (Halvorsen, 2002).

2.2 Valg av metode

I arbeid med bacheloroppgaven har vi benyttet både kvalitativ og kvantitativ forskning. Vår problemstilling omhandler psykisk omsorg for døende pasienter og hvordan vi som sykepleiere kan møte og lindre deres psykiske plager. Ettersom den kvalitative forskningen vektlegger enkeltpersoners opplevelser og holdninger, mener vi at denne typen forskning belyser vår problemstilling på en god måte. Vi ser også muligheten til å kunne benytte oss av personlige erfaringer, noe vi mener vil kunne gi liv til oppgaven og styrke besvarelsen vår.

Den kvantitative metoden vektlegger ikke enkeltpersoners bakgrunn, livsstil, personlige erfaringer osv. Likevel må den utvalgte gruppen, kunne representere populasjonen en ønsker å kartlegge. Det benyttes ikke tiltak for å manipulere resultatene, det er altså et ikke-eksperimentelt studie(Nortvedt, mfl. 2007).

De kvantitative metodene vil ha fokus på det foranderlige, relativt fritt fra den samfunnsmessige konteksten de inngår i. De kan ofte omfatte store utvalg, og forskeren vil da få større avstand fra informantene og deres perspektiv (Thagaard, 2003).

Ved kvalitativ forskning benyttes ofte intervju eller observasjoner. Spørsmålene tar ofte sikte på å kartlegge enkeltmenneskers personlige erfaringer. Slike studier gir oss en bedre forståelse for hvordan disse menneskene opplever den aktuelle situasjonen (Nortvedt, mfl. 2007).

2.3 Hvilke data brukes

Denne oppgaven er et litteraturstudie, noe som innebærer at vi baserer den på allerede eksisterende faglitteratur, Norsk offentlig utredninger, forskningsartikler, sykepleieteori og lover. I følge Forsberg og Wengström (2003), er det nødvendig å gjøre seg kjent med den litteraturen som fins om temaet. Det kan være lurt å avgrense problemstillingen slik at selve litteratursøkingen ikke blir altfor omfattende.

2.4 Datasamling

De data vi har innhentet er fra databaser hvor de fleste er anbefalt av Høgskolebiblioteket og helsebiblioteket. Vi har også brukt BIBSYS for å finne frem til bøker og artikler som vi ønsket å benytte oss av i oppgaven. Via BIBSYS fikk vi bestilt artikler skolen ikke hadde. BIBSYS er en felles bokkatalog for norske universiteter og høyskoler (Dalland 2000).

Databasene vi har tatt i bruk er:

Academic Search Premier

Evidence Based Nursing

Idunn

Lovdata

Medline

OvidSP

Regjeringen.no

SweMed+

Tidsskriftet (Tidsskrift for den Norske Lægeforening)

Søkeordene vi brukte var:

Nursing

Palliativ pleie/omsorg

Palliative nursing/care

End-of-life

Hope

Terminal omsorg

Åndelig omsorg

Disse ordene ble brukt hver for seg, eller kombinert.

De forskningsartiklene vi fant og mente kunne være med å besvare vår problemstilling er:

Canning, Rosenberg & Yates (2007), belyser hva pasienter med nedsatt forventet levetid rangerer som mest betydningsfullt i den profesjonelle omsorgen. Vi anser denne artikkelen som relevant for vår besvarelse da vi har satt fokus på psykisk omsorg.

Deffner & Bell (2005), forsker på hvordan sykepleiere håndterer det å snakke om døden med sine pasienter. Dette er en sentral del av oppgaven vår og er med på å gi svar på vår problemstilling.

Frølund (2006), forsker på hvordan sykepleier kan gi omsorg til pasienter i den terminale fasen med vekt på de åndelige aspektene. Psykisk omsorg innebærer også åndelig omsorg. Vi fant derfor denne artikkelen relevant.

Herth & Cutcliffe (2002), kartlegger betydningen av håp hos terminale pasienter. Dette er en av egenskapene hos pasienten som vi har valgt å vektlegge i oppgaven. Artikkelen viser også til Cicely Saunders som er en pioner innen hospicebevegelsen.

Husebø & Husebø (2005), Forskningsartikkelen avdekker hvor relevant det er med terminalomsorg på institusjon. Etersom vår oppgave omhandler døende på institusjon er artikkelen med på å belyse hvor aktuell vår problemstilling er.

Nielsen (2006), sin artikkel handler om hvordan man møter den åndelige dimensjonen hos døende mennesker. Da åndelig omsorg som nevnt er en del av den psykiske omsorgen, valgte vi å ta i bruk også denne artikkelen.

Disse artiklene har vi valgt å benytte oss av fordi de viser oss erfaringer i en større gruppe. Dette er med på å underbygge eventuelle antagelser. Vi har da et flertall som viser at det er sannsynlige årsakssammenhenger.

I følge Dalland (2000) kan bruk av litteraturhenvisninger i bøker være til stor nytte, da man kan finne den mest relevante litteraturen. Ved å lete frem litteratur om tema i pensumbøker har vi funnet henvisninger til mer relevant litteratur, samt primærkilden til litteraturen. Da vi prøvde å finne hvilke sykepleieteori vi ønsket å bruke har vi brukt pensumbøkene *Grunnleggende sykepleie* av Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2005), da den gir en god innføring i de forskjellige sykepleieteoriene. *Grunnleggende sykepleie* bøkene (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2005) tar for seg mange tema, blant annet de vi har ønsket å ta med i oppgaven vår. Vi har derfor brukt litteraturhenvisningene i disse bøkene for å finne frem til primærlitteraturen. Vi har også gjennom veiledning fått tips om aktuelle forfattere, deriblant Ulla Qvarnström og Ulla Holm.

Vi har valgt å bruke både Travelbee og Martinsens sykepleieteorier. Dette valget tok vi fordi vi opplever at deres teorier utfyller hverandre, noe som igjen belyser problemstillingen bedre og gjør besvarelsen sterkere.

2.5 Bearbeiding av data

Vi valgte å ikke forhaste oss i valg av litteratur. Vi brukte god tid på å finne den "riktige" litteraturen. Vi diskuterte individuelle funn, og i fellesskap vurderte vi relevansen av våre funn. Etter hvert som vi ble mer sikre på hva oppgaven skulle innholde, ble vi også mer bevisste på hva vi var ute etter i søken etter forskning og litteratur. På denne måten har vi oppøvd en kritisk sans til litteraturen, noe som har vært både interessant og lærerikt. Vi opplever selv at vi har gjort gode valg, noe som har ført til effektiv jobbing og godt samarbeid i gruppen.

Da vi lette etter artikler oppdaget vi at artikler som omhandler døende pasienter generelt, var vanskelig å finne. Mange av de artiklene vi fant tok for seg en spesiell gruppe døende pasienter, ofte etter diagnose. Vi har derfor tatt i bruk artikler som ikke vektlegger diagnosen for mye i forskningen, men som heller forteller oss noe om pasientens psykiske og åndelige behov.

2.6 Etiske aspekter ved innhenting av informasjon

Siden denne oppgaven er en litteraturstudie, må vi vokte oss for å ikke plagiere. Plagiat går ut på at en oppgir andres arbeid for å være sitt eget. Oppgaven vår skal bygge på forskning, og det må dokumenteres hva den bygger på. Manglende dokumentasjon kan faktisk klassifiseres som plagiat (Ringdal, 2001).

Vi har brukt tid på å sette oss inn i litteraturen. Dette så vi på som nødvendig, for ikke å feiltolke andres arbeid, da særlig de engelske bøkene og artiklene. Disse har vært krevende å sette seg inn i. Feiltolkning av andres arbeid ser vi som svært uheldig. Vi har derfor ikke brukt noe vi ikke kan stå inne for at vi skjønner.

Vi har valgt å benytte oss av flere kilder i oppgaven. Dette for å ha en mest mulig objektiv fremgangsmåte og for å belyse de ulike området på en god måte. På denne måten kan en unngå å favorisere enkelt(e) personers syn. Det regnes som uetisk å kun bruke artikler og bøker som støtter ens eget syn (Forsberg og Wengström, 2003).

Litteraturen er en nødvendig del av studentoppgavene. Det er litteraturen kunnskapen i oppgaven kommer fra (Dalland, 2005). Selv om vi ikke skal forske selv, men bare foreta et litteraturstudie, er det nødvendig å ta hensyn til etikken. Dalland (2005) peker på at etiske utfordringer kan oppstå i oppgaveskrivingen. Disse utfordringene oppstår gjerne i forhold til det å bruke forskningsresultater og produksjonen av disse resultatene. I vår oppgave vil utfordringene i første rekke knytte seg til det å bruke forskningsresultatene. For eksempel kan vi ikke ta utsagn ut av sin sammenheng, sette dem inn i en ny og påstå at forskeren mener akkurat dette. Vi er nødt til å reflektere over vår bruk av kilder, at vi ikke presenterer stoffet som vårt eget, og at vi gjengir stoffet riktig.

2.7 Kildekritikk

I henhold til kravene fra Høgskolen, bør ikke litteratur eldre enn ti år benyttes. Vi har likevel valgt å bruke noe litteratur som er eldre, dette av forskjellige grunner. Blant annet blir det henvist til en del eldre bøker i pensumbøkene, så for å få tak på den mest relevante litteraturen valgte vi å bruke noen av disse kildene.

Vi har vært oppmerksomme på hva vi benyttet oss av i den eldre litteraturen. Statistikk foreldes lett og bør ikke brukes etter få år. Pasientopplevelser foreldes ikke, og kan derfor benyttes, så sant fokuset ikke er på en spesiell type behandling. I tilfeller hvor det finnes flere utgaver av en bok eller artikkel skal den nyeste benyttes. Dette fordi det kan finnes endringer, eller forfatteren kan ha fornyet sin kunnskap.

Vi fant flere positive sider ved å benytte oss av et litteraturstudie. Blant annet fikk vi raskt oversikt over litteraturen om emnet. På den måten kunne vi innen kort tid fastslå om temaet var mulig å jobbe videre med. Kildene vi har benyttet oss av har vi vurdert til å være pålitelige, og i tillegg lett tilgjengelige. Vi opplevde at det å finne relevant teori gikk bra, da vi først kom inn i det. Den største utfordringen har vært å velge bort litteratur og å velge teoretiker til å belyse oppgaven med. En god tekst krever at en arbeider systematisk og gjør den til sin egen. Vi har vært kritiske til vår egen tolkning av teksten og forfatterens objektivitet. Vi har valgt å benytte oss av flere ulike kilder for å få et mest mulig nyansert svar på temaet.

3.0 Presentasjon av teori

3.1 Joyce Travelbees sykepleiefilosofi

Joyce Travelbee (1926 – 1973) ga ut sin første bok om sykepleiefilosofi i 1966; *Interpersonal Aspects of nursing*. Den ble utgitt på ny i 1971, og i 1999 ble den oversatt og utgitt på norsk. Travelbees sykepleiefilosofi har hatt, og har fremdeles stor innflytelse i sykepleieutdanningen (Kristoffersen, 2005).

Det finnes mange ulike definisjoner på hva sykepleie er. Joyce Travelbee beskrev sykepleie slik: ”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, 1999 s 29).

3.1.1 Sykepleie – En mellommenneskelig prosess

For at man skal kunne oppnå sykepleiens mål og hensikt, er det ifølge Travelbee nødvendig at sykepleieren etablerer et *menneske-til-menneske-forhold* med den som har behov for sykepleie.

Travelbee forklarer et *menneske til menneske forhold* som en eller flere felles erfaringer eller opplevelser hos pasienten og sykepleieren. En slik relasjon vil føre til at den eller de som har behov for sykepleie vil oppleve at de blir ivaretatt. Et menneske- til- menneske forhold er ikke det samme som et venneforhold. I et venneforhold vil begge parters behov være av betydning, mens ved et menneske-til-menneske forhold er fokuset rettet mot pasientens behov for sykepleie (Travelbee, 1999).

Sykepleieren skal i denne etableringsfasen bevisst anvende sin fagkunnskap kombinert med evne til å bruke seg selv terapeutisk. Å bruke seg selv terapeutisk, forklarer Travelbee slik: ”Når sykepleieren bruker seg selv terapeutisk, gjør hun bevisst bruk av egen personlighet og egne kunnskaper med sikte på å bevirke forandring hos den syke ” (Travelbee, 1999 s 44). Handlingen blir terapeutisk først når den viser seg å ha en lindrende effekt på den syke.

Den profesjonelle sykepleieren, har ifølge Travelbee, evne til å bruke en *disiplinert intellektuell tilnærming* i møte med sykepleieproblemet. Det vil si at sykepleieren har en logisk tilnærming til problemet kombinert med teoretisk kunnskap fra grunnutdannelsen (Travelbee, 1999).

3.2 Kari Martinsens Omsorgsfilosofi

I følge Kari Martinsen (2003), er omsorg, moral og nestekjærighet tett bundet sammen. Hun viser til at mennesket er født med en grunnleggende moral, som kan sees på som en gave. Den kommer til uttrykk i de menneskelige relasjonene vi opplever, som igjen fører til at vi opplever nestekjærighet. Det er denne ubegrunnede kjærigheten som er grunnlaget for all omsorg. Hvordan omsorgen kommer til uttrykk, vil komme an på sammenhengene den inngår i. Det vil si at innholdet i omsorgen vil variere fra situasjon til situasjon. Ifølge Martinsen skiller vi i grove trekk mellom universell og profesjonell omsorg.

Omsorg for andre er et naturlig og universelt fenomen. Som menneske har vi behov for å oppleve omsorg og det er et av grunnvilkårene vi lever under. En kan si at omsorg er å handle til den andres beste. Som nevnt ovenfor kan innholdet i omsorgen variere, og en kan ikke på forhånd vite hvordan den vil komme til uttrykk. Situasjon og relasjon vil ha innvirkning på den omsorgen vi opplever og utøver. Likevel er det slik at vi alltid står i relasjon til hverandre. Vår eksistens kan ikke klare seg foruten omsorg (Martinsen, 2003).

Martinsen (2000), beskriver omsorg som noe man er og gjør. Disse egenskapene kan ikke skilles fra hverandre, og vil komme til uttrykk i sykepleierens arbeid. Med det mener hun at sykepleieren gir omsorg både gjennom sin tilstedeværelse og handlekraft. Profesjonell omsorg kan forklares som den omsorgen vi utøver som sykepleiere. Også denne omsorgen har sitt utgangspunkt i den grunnleggende moralen, og man trenger ikke begrunne nestekjærigheten. Men som sykepleier må man begrunne sine handlinger. Situasjonene sykepleierne kommer oppi er komplekse og sammensatte. De består ikke av nestekjærighet alene.

Martinsen understreker at profesjonell og personlig *ikke* står i motsetning til hverandre. Det å ha evne til å være involvert og kunne vise følelser er i følge Martinsen helt nødvendig for at man skal kunne være en god sykepleier. Med det mener hun at sykepleieren må være åpen for følelser, lytte og la pasienten tre frem (Martinsen, 2000).

Martinsen beskriver omsorg og sykepleie slik:

”sykepleie er omsorg i nestekjærighet for det lidende og syke menneske der fagkunnskap og menneskelig nærværenhet er vevet i hverandre, uttrykt i aktelsens språk” (Martinsen, 1996 s. 38).

Martinsen understreker nødvendigheten av at man skiller mellom *private* og *personlige* følelser. Hun beskriver private følelser i profesjonelle sammenhenger som *føleri*. Ved føleri rettes fokuset bort fra pasienten og over på seg selv. Sykepleierens egne personlige tanker og følelser blir hovedfokuset, og sykepleieren er ikke lenger profesjonell (Martinsen, 2000).

3.2.1 Omsorg

I følge Sosial- og helsedepartementet (1999), er omsorg et samlebegrep. Respekt, engasjement, medmenneskelighet, innlevelse og omtanke brukes til å beskrive omsorg for andre mennesker. Ingen har eneretten på å kunne gi omsorg, og det er ikke forbeholdt bestemte yrkesgrupper. Omsorg er en mellommenneskelig relasjon som har en følelsesmessig side. Som profesjonell omsorgsyter skal en være klar over at vi skiller mellom privat og profesjonell omsorg. Den profesjonelle omsorgen skal basere seg på å gi pleie med omsorg. Det vil si at fokuset er rettet mot pasientens situasjon og hans opplevelse av situasjonen. Ved å gi omsorg viser man omtanke og forståelse for pasientens livssituasjon. Omsorgen skal gis på en slik måte at pasientens ønsker og behov blir ivaretatt.

3.3 Åndelig omsorg

Åndelig omsorg er en del av den helhetlige omsorgen, og derfor vil også måten den fysiske pleien utføres på høre til den åndelige omsorgen. Den åndelige omsorgen karakteriseres som å være heller enn å gjøre. Oppmerksomhet, nærvær og møtet med den andre er sentrale aspekter av den åndelige omsorgen (Dam mfl. 2006). Åndelig omsorg kan uttrykkes som en dyp respekt for hele mennesket. Mennesket ses på som et enestående individ, og pasient og sykepleier er likeverdig i forhold til hverandre (Martinsen sitert i Dam mfl. 2006).

Den terminale pasienten har, på lik linje med alle andre mennesker, behov for å få dekket sine fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige behov. Å ivareta disse kan forklares som helhetlig ivaretagelse (Hessling, 1993).

I følge Kierkegaard (sitert i Ilkjær, 2004, s. 489) er mennesket en sammensetning av sjel, eller bevissthet og kropp. Ånden kan ses på som individualitet, det som binder sammen bevisstheten og kroppen. Ord, tanker, sansing og gjerninger har en åndelig dimensjon hos mennesker, noe som gjør at menneskene kan reflektere over sin tilstedeværelse i og betydning for verden (Ilkjær, 2004).

I sykepleien innebærer det å respektere og støtte pasienten, å møte ham på hans nivå, lytte til det usagte og på en forsiktig måte invitere til samtale. I andre tilfeller kan det gå ut på å si det riktige på det riktige tidspunktet og å signalisere oppmerksomhet, forståelse og åpenhet. Pasientens åndelige behov beskrives som behovet for å være seg selv. Dette gjelder både religiøse og ikke-religiøse pasienter, og den åndelige omsorgen sykepleier gir består da i å støtte pasienten i å være seg selv. Behovet og muligheten for å være seg selv har stor betydning for alle mennesker, også dersom en har en livstruende sykdom (Nielsen, 2006; Dam mfl. 2006).

Den åndelige dimensjonen innebærer både åndelige behov og åndelig omsorg. Åndelige behov uttrykkes gjerne når mennesker konfronteres med livets forgjengelighet. Ordet ”ånd” betegner livsgnist, livskraft eller det innerste i personen. Det åndelige omfatter både det religiøse og det eksistensielle. Det eksistensielle betegner de grunnleggende livsvilkårene som livet, døden og meningen med livet. Det eksistensielle går ut på å forholde seg til seg selv.

Det religiøse, derimot, går ut på å forholde seg til den eller det som har gitt livet, altså Gud. Menneskers religiøse fokusering øker med en livstruende sykdom, og pasienter har ofte behov for og ønske om mer støtte enn de får (Nielsen, 2006).

Den åndelige omsorgen må være støttende, slik at den døendes lidelse blir erkjent, formulert og bearbeidet i en atmosfære av respekt og åpenhet. Dette kan være med å hjelpe pasienten å finne og holde fast ved meningen i tilværelsen. Det betyr ofte mer for pasienten å finne mening, altså noe verdifullt, i lidelsen heller enn å finne mening med lidelsen (Nielsen, 2006).

3.4 Den terminale fasen

Ordene terminal og palliativ pleie er to ulike begrep som brukes om hverandre. For at en pasient skal kunne omtales som terminal, skal han vise kliniske tegn på at livet går mot slutten. Slike tegn kan være overfladisk og uregelmessig respirasjon, tydelig nedsatt blodsirkulasjon eller at urinproduksjonen opphører. Det anslås at den terminale fasen kan strekke seg fra få timer til dager og uker. (Mathisen, 2005; Christoffersen og Gamborg, 1997; Rosland, Hofacker og Paulsen, 2006)

Terminal pleie vil si å gi pleie, behandling og omsorg til døende pasienter. Målet er å fremme en best mulig livskvalitet gjennom lindring av symptomer og plager. Dette være seg både fysisk og psykiske (Sjøgren, 2002; Haugen m.fl., 2006). I følge Sosial- og helsedepartementet (1999), skal enhver døende motta god livshjelp og oppleve en verdig avslutning på livet.

Verdens Helseorganisasjon (1990) definerer palliativ pleie som den aktive og totale innsats for pasienter hvis sykdom ikke responderer på kurativ behandling, og hvor målet er oppnåelse av høyest mulige livskvalitet for pasienten og pårørende.

Den palliative pleien:

- Bekrefter livet og betrakter døden som en naturlig prosess
- Verken fremskynder eller utsetter døden
- Lindrer smerter og andre symptomer
- Integrerer omsorgens psykologiske, sosiale og eksistensielle aspekter
- Tilbyr støttefunksjon for å hjelpe pasienten til å leve så aktivt som mulig inntil døden
- Tilbyr støttefunksjoner til pårørende under pasientens sykdom og i sorgen over tapet

(Macnish, 2002)

Palliativ pleie ble i utgangspunktet utviklet med tanke på kreftpasienter med uhelbredelig sykdom og kort forventet levetid. I dag er pasientgruppen utvidet, og gjelder også mennesker med andre uhelbredelige sykdommer og kort forventet levetid (Loge, Bjordal og Paulsen, 2006) Tidligere utgjorde kreftpasienter mellom 80-90 % av pasientene som mottok terminal pleie. I dag ser vi en kraftig økning av pasienter med andre uhelbredelige sykdommer som mottar palliativ pleie (Sjøgren, 2002). Sosial- og helsedepartementet (1999), understreker at

alle uhelbredelige syke som har behov for terminal pleie skal få tilbud uavhengig av hvilken diagnose de har.

Støtten som forventes av sykepleieren, krever ferdigheter og kvaliteter som blant annet fleksibilitet, motivasjon, kunnskap, sensitivitet, tillit, kompetanse og evne til å være rasjonell og kritisk i omsorgen (Macnish, 2002).

3.5 Pasientens reaksjoner ved en psykisk krise

Psykiske konflikter kan ikke unngås, og pasienten kan reagere på ulike måter når en psykisk konflikt oppstår (Qvarnström, 1982). I følge Cullberg (1999), kan en psykisk krisetilstand defineres som en situasjon der tidligere erfaringer og reaksjonsmåter ikke er tilstrekkelige til å mestre situasjonen. I et naturlig kriseforløp vil pasienten først distansere seg fra virkeligheten før han klarer å ta den inn over seg. I de fleste tilfeller jobber pasienten seg gjennom krisen ved hjelp av menneskene rundt, samt ved hjelp av de mestringsstrategiene han har benyttet seg av tidligere. Mestringsstrategiene aktiveres ubevisst og forsvarer mot trusler både innenfra og utenfra. De hjelper pasienten å håndtere sin situasjon, opprettholde mental likevekt, samt håndtere konflikter når angstnivået stiger og døden nærmer seg (Qvarnström, 1982).

Beskjeden om at ”det ikke er mer å gjøre” kan utløse en krise siden pasienten mangler forutsetninger for å takle dette. Pasienten konfronteres med uløste problemer og livsmål. Selv om han tidligere i livet har møtt sykdom og død, betyr ikke det at han uten problem forholder seg til egen død. Han kan oppleve det problematisk at livet snus på hodet, slik det gjerne blir ved en alvorlig diagnose. Gjennom disse omveltningene kan han få en ny måte å forholde seg til livet på. Nye tanker om meningen med livet kan bli til, og det er nødvendig at sykepleieren støtter og ivaretar pasienten (Christoffersen og Gamborg, 1997; Dam mfl. 2006; Qvarnström, 1982).

Mange pasienter kjemper for å integrere livet sitt, se døden som et selvfølgelig endepunkt og akseptere at livet ikke kunne blitt annerledes. De metodene pasienten tidligere har brukt for å takle motgang, kan brukes også i dette arbeidet (Qvarnström, 1982).

Det er ikke uvanlig at pasienter reagerer med vantro og benekting på at de har en uhelbredelig sykdom. Andre pasienter reagerer med lettelse, og atter andre med taushet. De to sistnevnte reaksjonene er ikke så hyppige som den førstnevnte, men likevel naturlige reaksjoner.

Pasienten kan også fortsette som før, for eksempel fortsette å jobbe, og har ingen spørsmål til verken sykepleier eller lege. Pasienten kan trenge tid på seg for at virkeligheten skal ”synke inn” (Qvarnström, 1982; Christoffersen og Gamborg, 1997).

Kulturen påvirker måten pasienten mottar budskapet om uhelbredelig sykdom. Her i Vesten, med det gode liv, lykke og glede i høysetet, blir sykdom og lidelse lett oppfattet som noe negativt som for enhver pris må unngås. Ekte religiøs overbevisning – det pasienten virkelig tror på – vil også påvirke menneskets evne til å mestre lidelsen (Travelbee, 1999).

Pasienten kan innerst inne ha en tro på at han selv er uforgjengelig, og dermed kommer ønsket om å leve til uttrykk. Det hender den døende begynner å forhandle for å få leve litt lenger. Han kan sette opp mål for seg selv, diskutere med høyere makter eller legen. Dette bunner gjerne i skyldfølelser pasienten har, for eksempel pasienter som har røykt i flere år og nå har fått konstatert uhelbredelig lungekreft (Christoffersen og Gamborg, 1997; Qvarnström, 1982).

Døden er en av de uunngåelige tingene i livet, og sorg og depresjon er naturlige følelsesuttrykk. Selv om pasienten er klar over sin situasjon, kan han ha vanskeligheter med å forholde seg til symptomene og plagene sykdommen gir. Pasienten kan uttrykke undring over det som skjer, selv om han tidligere har vist forståelse for hvor alvorlig diagnosen er. Å avvise virkeligheten reduserer angsten (Qvarnström, 1982; Christoffersen og Gamborg, 1997).

Siden døden medfører tap plages mange døende av ensomhet. Selv med pårørende eller sykepleier til stede, kan pasienten oppleve ensomhet. Pasienten kan oppleve at verden ”krymper”, samtidig som han trekker seg tilbake fra omgivelsene. Pårørende får større betydning, og verden utenfor stadig mindre (Qvarnström, 1982; Christoffersen og Gamborg, 1997).

Det er vanlig at døende pasienter føler redsel for døden som tilstand. Pasienter kan oppleve det vanskelig å forsones seg med tanken på at kroppen skal forsvinne og at de ikke skal være til mer. Dette kan knyttes til religion eller mangel på religion. Noen pasienter opplever å ha et avklart forhold til sin død og til Gud. Andre plages av tvil og handlinger de ønsker var ugjort, noe som kan legge stein til byrden. Noen pasienter protesterer mot døden helt til det siste og klynger seg til et ørlite håp om at de kan reddes (Qvarnström, 1982).

Selv om pasienten aksepterer og mestrer lidelsen sykdommen fører med seg, kan han oppleve tvil og angst, og ønske trøst og oppmuntring. Likevel vil pasienten være i stand til å takle lidelsene sine. Pasientene har ikke noe ønske om å være syke og lide, men livsfilosofien gjør dem i stand til å se sin egen sårbarhet, og at sykdom og lidelse er en del av det å være

menneske. De pasientene som aksepterer døden, kan beskrive en følelse av ikke å ha noe uoppgjort, og at de har forsonet seg med virkeligheten (Travelbee, 1999; Qvarnström, 1982).

En av de mest basale sykepleieroppgavene å hjelpe pasienten å finne håp for å mestre sykdom og lidelse. Håpet gjør at pasienten mestrer vanskelige situasjoner som nederlag, kjedsomhet og ensomhet. Pasienten kan veksle mellom håp om å overleve og oppgitthet når han innser at døden nærmer seg. Det hender at pasienter håper på et mirakel. Når mirakelet ikke kommer, kan de utvikle en depresjon. Mister pasienten håpet om å overleve, kan ønsket om å dø komme til uttrykk, gjerne ved at pasienten ber om å "få slippe". I andre tilfeller kan pasienten velge å ta livet sitt (Qvarnström, 1982; Travelbee, 1999).

Når sykdommen tærer på kroppen, kan pasienten oppleve det vanskelig å holde på verdigheten. Å være avhengig av andre for å opprettholde sine fysiske funksjoner kan oppleves ydmykende. Samtidig ønsker gjerne pårørende og sykepleier å hjelpe pasienten, og overtar gjerne der han kunne klart seg selv. Pasienten må da forsvare seg på to kanter, både mot velmenende omsorgspersoner og mot plagsomme symptomer. En del sykdommer medfører endringer i pasientens utseende. Han kan oppleve å nesten ikke gjenkjenne sitt eget speilbilde, og kan tenke at andre mennesker finner ham frastøtende. Dette kan endre selvbildet og true identiteten. Pasienten vil også kunne oppleve tap av kontrollen, og møtet med helsevesenet kan oppleves skremmende. Dersom pasienten behandles med respekt og verdighet, autonomien ivaretas og han får kroppen stelt og behandlet med verdighet, kan identiteten styrkes og verdigheten fastholdes. Pasienten trenger å både være seg selv og oppdage og utvikle nye, ukjente sider ved seg selv, for eksempel tro på Gud (Nielsen, 2006; Qvarnström, 1982).

Pasienten kan føle at kreftene forsvinner, og at han blir mer avhengig av andres hjelp. Mange pasienter opplever dette veldig belastende. Pasienter har beskrevet å føle seg som "et kolli", og ikke som en selvstendig person. Pasienten kan kjempe til siste slutt for å beholde de menneskelige funksjonene og for å fastholde indre og ytre virkelighet. Gir pasienten etter og mister kontrollen, kan han oppleve en følelse av å være "levende død". Aksepterer pasienten at livet er over, aksepterer han også de endringene i tilværelsen som sykdommen medfører (Christoffersen og Gamborg, 1997; Qvarnström, 1982).

3.6 Pasientrollen

Ordet pasient stammer fra det latinske ordet *patiens*, som betyr ”*den som lider*” (Mekki og Pedersen, 2004). I pasientrettighetsloven (1999) § 1-3 forklares pasienten slik:

”En person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle”.

I følge Saunders (sitert i Herth og Cutcliffe, 2002, s. 978) skal den terminale pasienten få muligheten til og leve livet sitt til det fulle. For at dette skal være mulig, må sykepleieren behandle pasienten som et selvstendig individ og ikke som en sykdom.

Martinsen (2003) peker på at pasienten ofte har en spontan tillit til sykepleieren, som fører til at han lettere utleverer personlige opplysninger. Hun mener dette skyldes pasientens forventning om å bli imøtekommet av sykepleieren.

I 2007 ble det gjort en omfattende kartleggingsundersøkelse for å avdekke hvilke behov som var mest fremtredende hos pasienter med kort forventet levetid. Resultatet av undersøkelsen viste at behovet for å bli sett, hørt og tatt på alvor, faktisk var viktigere for den syke enn pleierens kompetanse og behandlingens effekt (Canning, Rosenberg, og Yates, 2007).

Sykepleierens oppgave er å gi pasienten helhetlig omsorg. Dette innebærer at pasientens integritet og verdighet skal ivaretas på lik linje som andre sykepleiebehov. I praksis vil det si at sykepleien skal gis på en slik måte at pasienten får delta aktivt ved bestemmelser og praktiske utførelser så langt det er mulig. Sykepleieren må ha forståelse for at mennesker i pasientrollen er ekstra sårbare, og derfor kanskje mer enn ellers tydeliggjøre en inkluderende holdning. Alt liv kan og skal leves sier Martinsen. Livet er en gave og det er vår oppgave og ta vare på det når pasienten ikke lenger mestrer dette alene (ICNs etiske retningslinjer, 2007; Pasientrettighetsloven, 1999; Martinsen, 1996).

3.7 Empati – om å forstå den terminale pasienten

Ordet empati stammer fra det greske ordet *empathia*. Direkte oversatt vil ordet bli noe slik som *innfølelse*, *samfølelse* eller *innlevelse*. Da disse ordene ikke gir en særlig god forklaring på hva empati er, kan vi forklare empati som evnen til å lytte og å kunne forstå og samtidig bry seg om hvordan andre har det og deres følelser og reaksjoner, samt hva en situasjon eller hendelse betyr for den andre. Det er nødvendig at sykepleieren skaper en relasjon med pasienten, som gir både støtte, trygghet og som bygger opp et godt samarbeid. Sykepleierens empatiske evne blir da framtreddende (Holm, 2005; Bunkholdt, 2002; Eide og Eide, 2007).

Travelbee sier at empati er en prosess der de involverte nesten omgående er i stand til å oppfatte betydningen av den andres følelser og tanker der og da. Man tar del i den andres opplevelse samtidig som man står utenfor og er objektiv (Travelbee, 1999).

Holm (2005), stiller spørsmål ved hvordan vi som medmennesker kan klare å fange opp andre menneskers følelser. Hun mener det forutsetter at vi har forståelse for hva som er våre egne tanker og følelser, og hva som er den andre personens tanker og følelser. Bunkholdt (2002) mener man ved bruk av empati kan evne å tolke andres følelsesuttrykk. Brinchmann (2005) hevder at dersom sykepleieren er følelsesmessig åpen, vil hun lettere kunne oppfatte hva pasienten opplever, som videre kan gjøre det lettere å forstå hvordan hun kan være til hjelp for pasienten. Da alle mennesker er forskjellige og reagerer forskjellig på ulike situasjoner og hendelser, er det vesentlig at sykepleiere har evne til empati (Brinchmann 2005).

3.8 Kommunikasjon med alvorlig syke

Kommunikasjon stammer fra det latinske ordet *communis*, som betyr å ha felles (Hummelvoll, 2005). Eide og Eide (2007) definerer begrepet kommunikasjon som en utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter (Eide og Eide, 2007).

Kommunikasjon er nødvendig for å kunne skape et fellesskap, enten det dreier seg om samferdsel, samvær eller samtale og samforståelse. Budskapet som formidles har både en innholdsmessige og en rasjonell komponent. Det som faktisk sies er den innholdsmessige komponenten, mens den rasjonelle komponenten er hvordan budskapet blir sagt, via den nonverbale kommunikasjonen (Hummelvoll 2005).

Vi skiller mellom nonverbal og verbal kommunikasjon. Den nonverbale kommunikasjonen kommer til uttrykk blant annet gjennom holdninger, kroppsføring, mimikk, blick, berøring og stillhet. Nonverbal kommunikasjon er et responderende språk. Vi kan se takknemlighet eller sorg i et blick, trass i langsomme bevegelser, interesse i ivrig nikk, skepsis i en rynkete panne med mer (Eide og Eide, 2007; Travelbee, 1999).

Vi skiller mellom hverdagslig og profesjonell kommunikasjon. Profesjonell eller hjelpende kommunikasjon er måten man kommuniserer på som yrkesutøver. Denne formen for kommunikasjon har et helsefaglig formål, som er å fremme helse, å forebygge sykdom, samt gjenopprette helse og lindre lidelse. Profesjonell helsefaglig kommunikasjon skal både være faglig velbegrunnet og til hjelp for andre (Eide og Eide, 2007). I følge Aakre (1993), er god kommunikasjon mellom pasienten og sykepleierne fundamentet for den terminale pleien og den helhetlige omsorgen.

Det er nødvendig at samhandlingen mellom sykepleieren og den alvorlig syke pasienten er basert på åpen og ærlig kommunikasjon. Den døende har rett på informasjon om sin behandling, pleie og sykdommenes foreløp. Måten pleieren gir informasjonen på kan ha innvirkning på måten pasienten oppfatter sin situasjon. Det er derfor nødvendig at sykepleier gir nøyaktig informasjon slik at pasienten har muligheten til å foreta adekvate valg (Sosial – og helsedepartementet, 1999; Husebø og Husebø, 2001)

- De siste dager og timer -

Mennesker som er i slutfasen av livet kan ha vanskelig for å akseptere og snakke om det som venter dem. Det er derfor nødvendig at det settes av tilstrekkelig tid til kommunikasjon mellom den døende og pleieren (Aakre, 1993; Sosial – og helsedepartementet, 1999).

Gjennom kommunikasjon og forståelse kan sykepleieren hjelpe pasienten med å sette ord på og slippe ut følelsene som oppstår i forbindelsen med lidelsen. Ved å la pasienten åpne seg og snakke om situasjonen, vil han lettere kunne planlegge den tiden som er igjen (Aakre 1993).

3.9 Lidelsen hos den døende

Martinsen (2003), forklarer lidelse som et dypt komplisert menneskelig fenomen. Livet er større enn jeget. Med det mener hun at det er ikke alt vi mennesker rår over. Lidelse er noe allmenneskelig som alle vil komme til å oppleve i løpet av livet. Opplevelsen av lidelse er ikke nødvendigvis knyttet opp mot sykdom eller funksjonssvikt. Ettersom lidelse er en del av livet, trenger den ikke skyldes sykdom.

Lidelse er i følge Travelbee ”*En følelse som spenner fra en enkel, forbigående, fysisk, psykisk eller åndelig ubehag til ekstrem angst og kval*” (Travelbee, 1999, s 99). I Travelbee (1999), blir termen lidelse forklart som en fysisk eller psykisk smertetilstand. Å utholde død, trengsel, pine eller maktesløshet, er noen av ordforklaringene. Følelsen kan være svært intens og utløses av ulike årsaker. Død, sykdom og tap er alle faktorer som kan utløse lidelse (Travelbee, 1999).

Brülde (2003), bruker begrepet emosjonell lidelse når han omtaler psykiske sider ved lidelsen hos den terminale pasient. Hvordan hver enkelts emosjonelle lidelse kommer til uttrykk, vil være individuelt. Redsel, uro, frustrasjon, sinne, skam, skyld og fortvilelse er reaksjoner som alle er naturlige ved lidelse. Opplevelsen av å ikke lenger ha kontroll over sin egen kropp, bli forstått og sett på som en person med identitet, forsterker lidelsen hos pasienten (Brülde, 2003).

3.10 Hva innebærer håp for døende pasienter

Håp er en mental tilstand som gjenkjennes ved at man har et ønske om å nå frem til eller oppfylle et mål. Dette målet kombineres også med en viss forventning. Lenge har håp blitt sett på som en motiverende faktor som kan hjelpe mennesket til å mestre motgang (Travelbee, 1999).

Lynch beskriver håp som *"en fornemmelse av det er mulige"* (sitert i Travelbee, 1999, s.117). Den som håper vil tro at dersom en når målet som etterstrebes, vil tilværelsen kunne endres til det bedre. Håp trenger ikke nødvendigvis ha sammenheng med realistiske utsikter. En kan føle et sterkt håp om å bli frisk selv om en lider av en uhelbredelig sykdom (Travelbee, 1999). I en undersøkelse gjort av Herth og Cutcliffe (2002), kommer det frem at håp kan bidra til å lette pasientens psykologiske plager i den terminale fasen av livet.

I følge Eide og Eide (2007), er håpet selve drivkraften og livsgnisten hos den døende. Håp forbinder nåtiden med fremtiden. Håp innebærer positive forventninger til hva som er mulig på kort eller lang sikt. Håpet trenger ikke nødvendigvis være et ønske om helbredelse, men et ønske om at fremtiden skal bringe noe positivt inn i livet. Dette vil i følge Eide og Eide (2007), kunne bidra til at fremtiden oppleves som meningsfull, noe som gjør at handling og mestring blir enklere. Håp er i følge Wilkinson en kilde til å kunne leve sitt liv til det ytterste, og dermed oppleve den siste tiden av livet som verdifull (sitert i Herth og Cutcliffe, 2002, s. 978).

3.11 Å finne mening ved livets slutt

Oppfatningen av livets mening varierer fra menneske til menneske, fra dag til dag og time til time. Det handler ikke om livets mening i den største allmennhet, men om meningen hos den enkelte i et visst øyeblikk.

Viktor Frankl

(sitert i Cristofferersen og Gamborg, 1997).

Når man selv, eller noen nære rammes av sykdom og lidelse, har mennesket behov for å finne et svar og dermed en mening med lidelsen. Det å finne et svar på hvorfor, ser ut til å være mer viktig enn noen gang. Ved å finne en mening med lidelsen, kan den syke oppleve at han får en klarhet i hva som foregår, og på den måten oppleve en viss kontroll. Forklaringen behøver ikke være medisinsk, men forståelig for den det gjelder. Travelbee (1999), bruker ordet mening som en egenskap som fører til at den syke ikke underkaster seg sykdommen. Hun sier videre at dersom man finner mening i lidelsen kan den syke oppleve selvaktualisering. Det vil si at den syke opplever noe som er større en selvet. Fokuset er ikke lenger rettet mot ham som enkeltindivid, men en større forståelse av livet og døden.

I følge Martinsen (2003), må mennesket oppleve en viss kontroll over situasjonen en befinner seg i, eller ha en tro på at problemet vil løse seg for å kunne oppleve mestring. Hvilken mening den enkelt finner vil være individuelt. Det er mange faktorer som spiller inn underveis i prosessen. Religion og kultur har uten tvil stor innflytelse. Troen på at det finnes et liv etter døden, kan være med på å ta bort frykten for det ukjente (Travelbee, 1999).

4.0 Funn og drøfting

4.1 Å se mennesket bak pasientrollen

Vi har funnet at som mennesker har vi en tilbøyelighet til å kategorisere, dette gjør vi for at det vi ser og opplever skal gi oss mening. Denne egenskapen fører dessverre til at vi lett kan komme til å plassere den døende i en kategori, som kan være en stereotyp. Denne evnen viser seg å være så framtrødende at den faktisk kan overskygge tidligere erfaringer en kan ha hatt med enkeltpersoner. Hvis vi som sykepleieren ikke evner å se pasientene som enkeltindivider kan dette være uheldig. Dette fordi vi i vårt yrke møter svært mange pasienter, og manglende innsikt i den enkeltes situasjon vil kunne komme til uttrykk gjennom omsorgen som utøves. Det meningsinnholdet vi forbinder med kategorier, avspeiler hvordan vi tenker og føler om det individet eller objektet som betegnelsen viser til (Travelbee, 1999).

I boken *Kampen om håpet* (2003), beskriver Vinnes sin erfaring med å være i pasientrollen. Han beskriver blant annet hvordan det oppleves når svulsten i lysken blir senter for oppmerksomhet, mens det faktisk at han er naken ikke ser ut til å berøre andre enn han selv. Denne episoden kan forstås som at han påføres pasientrollen, og opplevelsen er krenkende mot hans selvbilde og mannlige identitet.

Vi har erfart at mennesker i pasientrollen kan være svært sårbare. I tillegg til de belastningene sykdom og død fører med seg, ser vi at møtet med helsetjenesten kan ha stor betydning for hvordan den døende opplever sin situasjon. Pasienten har ofte en spontan tillit til sykepleieren, og kan lett komme til å utlevere seg. Denne tillitserklæringen, kan vi forstå som et ønske eller behov for og bli sett og hørt som person og ikke pasient eller sykdom. Det å oppleve at andre ser deg som "den du er" kan oppleves trygt og godt. Hvordan vi som sykepleiere responderer, vil ha stor betydning for pasienten. For at empatien skal kunne oppleves som god, avhenger det av at det etableres tillit mellom pasienten og sykepleieren (Travelbee, 1999; Holm, 2005). Det kan oppleves vondt å bli møtt av en sykepleier som oppfattes avisende når man selv er i en sårbar situasjon. Jo større pasientens svekkelse er, desto større er sannsynligheten for at verdigheten kan krenkes. Klarer man å unngå dette vil man kunne bevare og styrke pasientens mestringsopplevelse (Husebø og Husebø 2001; Martinsen, 1996).

4.2 Å lytte og forstå

Vi har funnet at omsorg er et vidt begrep, og derfor har vi valgt å fokusere på de psykiske aspektene ved omsorgen. Vi mener dessuten at et av målene for oss som sykepleiere er å yte helhetlig sykepleie, og at de fysiske, psykiske, sosiale og åndelige sidene ved mennesket er integrert i en helhet. Dette støttes også av Frølund (2006).

Det å skulle dø er en naturlig del av livet, og i denne prosessen er det ifølge våre kilder naturlig å oppleve angst og depresjon. Det kan være vanskelig for pasienten å skjønne at livet skal ta slutt og at han er i ferd med å dø. Vi har sett at pasienten kan reagere på ulike måter etter at han har fått vite at han skal dø. Martinsen (2000), sier at sykepleieren kan lytte og vise forståelse for pasienten, slik at han kan tre fram. Vi ser det også hos Nielsen (2006), som sier at sykepleieren viser respekt og forståelse for pasienten, og at dette igjen kan hjelpe pasienten å finne og holde på meningen.

En sykepleier fortalte om en kollega som ble sett på som faglig dyktig. Den dyktige sykepleieren var inne hos en pasient for å henge opp iv. væske. Pasienten begynte å snakke om at han hadde så vondt. Sykepleieren begynte å forklare alle faktorene ved sykdommen som kunne gi somatisk smerte. Hun gjorde seg ferdig og gikk ut med en forsikring til pasienten om at ”dette ordner seg nok”. Det viste seg at pasienten ønsket å snakke om følelsene sine rundt døden, men den effektive sykepleieren ignorerte dette og fortsatte med det hun holdt på med. I eksempelet som her er beskrevet ble ikke pasienten hørt. Det kan tolkes som at sykepleieren var travel og ikke lyttet hva pasienten egentlig ville fram til. Det kan også ses på som om sykepleieren ikke ønsket å bli mer involvert i pasientens situasjon enn absolutt nødvendig.

Funnene våre viser at pasienten nonverbalt kan signalisere til oss hvilke fysiske og psykiske behov han har. Har han angst eller uro inni seg, kan vi se dette, uten at han selv må si det. Slike evner som å kunne se slikt, altså vår empatiske evne, kan være avgjørende for at pasienten får snakket om det som plager han (Eide og Eide, 2007). I situasjonsbeskrivelsen ovenfor ser vi at sykepleier bagatelliserer pasientens opplevelse. Hun lytter ikke til det han virkelig sier og på den måten oppfyller hun ikke pasientens forventninger. I følge Holm (2005), kan slike situasjoner oppleves som et press på sykepleieren, og hun kan da lett distansere seg fra pasienten.

Når det kommer til å redusere angst er vårt hovedmål at pasienten kan klare å tåle angsten. Det viser seg at å benekte angsten ikke er til noe hjelp for pasienten. Ved at vi hjelper ham til å forstå at angst er et helt naturlig menneskelig fenomen, kan han klare å leve med vissheten om dødens realitet. Det er særlig viktig at vi viser tillitt, lytter til spørsmål og tanker pasienten har de siste dager og timer, og at vi sørger for at han opplever trygghet. Da kan han få mulighet til å forstå at hans liv nå står for slutten (Hummelvoll, 2005; Husebø og Husebø, 2001).

Ved at vi som sykepleiere lytter og er stille i eventuelle tomrom i samtaler, gir vi pasienten en mulighet til å styre samtalen, både når det gjelder tempo og innhold i samtalen. Våre funn viser at når pasienten får styre samtalen kan han oppleve en større grad av respekt og selvbestemmelse. Vi oppfatter at dette kan være med på å gi pasienten en opplevelse av trygghet og interesse fra oss. Dette kan virke bestyrkende på han (Eide og Eide, 2007).

Vi ser at ved å være bevisst på hvordan sykepleiers nonverbale kommunikasjon uttrykkes for pasienten, kan vi signalisere at vi er interesserte i å hjelpe ham. Det kan være viktig for pasienten at vi uttrykker interesse på en slik måte, da det kan være med på å avgjøre hvorvidt han føler seg komfortabel (Eide og Eide, 2007).

Den psykiske omsorgen har også et åndelig perspektiv, og den åndelige delen av omsorgen kjennetegnes mer av å være enn å gjøre. Den åndelige omsorgen kommer til uttrykk som stor respekt for mennesket. (Dam mfl. 2006). I praksis kan dette vise seg gjennom at sykepleieren er sammen med pasienten og viser tilstedeværelse uten nødvendigvis å si så mye.

En pasient som skulle hjem på permisjon, hadde utskrivningssamtale med sykepleier da plutselig tårene hans begynte å renne. Sykepleier innledet ingen ny samtale, men satte seg nærmere pasienten, tok han i hånden og strøk han på kinnet. På denne måten gav hun trøst og omsorg, uten å måtte bruke ord, som av og til kan synes å være i veien.

I følge Martinsen (2000), er det ikke alltid like lett for sykepleieren å skille mellom det private og det profesjonelle. Det er heller ikke alle tilfeller det er hensiktsmessig å trekke et klart skille, da en god sykepleier kan involvere seg i pasienten og vise følelser. På bakgrunn av dette kan vi se at vi kan ivareta pasienten uten å gjøre så mye.

På den annen side kan vi som sykepleiere bli for involvert i pasientens situasjon. Dette kan skje dersom vi ikke klarer å skille mellom empati og følelser. Da kan sykepleieren oppfatte pasientens lidelse som sin egen (Holm, 2005; Martinsen, 2000).

4.3 Den gode relasjon

Forskning vi har funnet, avdekker nødvendigheten av psykisk omsorg til pasienter med kort forventet levetid. Blant annet det å bli sett, hørt og tatt på alvor er behov den døende ser ut til å verdsette høyere enn kvalifikasjon og kompetanse hos sykepleierne. Dette kom frem etter observasjoner av samhandling mellom pasienter og pleiere og omfattende runder med intervju av sykepleiere innen palliativ pleie. Denne kartleggingen, viser oss hvor nødvendig det er å ha god forståelse og evne til å kommunisere med døende mennesker (Canning, Rosenberg & Yates, 2007).

Denne forståelsen kan vi ta med oss i møte med pasientene, og fokusere mer på nødvendigheten av gode samtaler, fremfor frykten for at samtalen skal bli følelseladd og vanskelig. Vi må ta høyde for at den lett kan bli det, da livets slutt er et tema som berører oss alle. Det viktigste er at relasjonen oppleves som god. Døden er en naturlig del av livet, likevel plages mange når de står ovenfor mennesker som skal dø. En blir konfrontert med sin egen frykt for å dø, eller frykten for å miste sine kjære. Som sykepleiere er vi ikke noe unntak. En studie utført av Deffner og Bell (2005), viste oss at mange sykepleiere opplever det vanskelig å samtale med pasienter og deres pårørende om døden. Grunnen til dette er at sykepleiere blir konfrontert med sin egen sårbarhet i forhold til det og skulle dø eller miste noen av sine kjære. Dette ser vi igjen hos Macnish (2002), som hevder at sykepleiere gjerne prøver å unngå kontakt med pasienter. Dette for å beskytte seg selv fra psykisk og emosjonell smerte eller av frykt for av å bli involvert i pasientens liv. Undersøkelsen viste imidlertid at blant de som deltok var det de med minst kunnskap og erfaring innen palliativ omsorg som fant det mest vanskelig (Deffner og Bell, 2005).

I situasjoner hvor pasienten får beskjed om at døden nærmer seg, må vi som sykepleiere være tilstede for pasienten. Slike beskjeder kan være med på å utløse krisereaksjoner som kan gi han tvil og angst (Qvarnström, 1982). Ved å snakke realistisk om det som skal skje, kan dette gjøre det lettere for han å åpne seg for oss, slik at vi kan hjelpe han til å planlegge den tiden han har igjen (Aakre, 1993).

Som sykepleiere kan vi lett få et så sterkt ønske om å hjelpe pasienten, at han får hjelp til mer enn han trenger. I følge Qvarnström (1982), kan dette oppleves belastende, og han kan få

følelsen av at han ikke lenger er en selvstendig person, men et "kolli". Denne ydmykelsen kan gjøre at han forsvarer seg mot både sykdommen og de velmenende sykepleierne.

Når vi skal snakke med pasienter om følelsesladde temaer som omhandler hans død, kan det være særlig viktig at vi er bevisst på vårt kroppsspråk. Har pasienten angst og tvil klarer vi neppe å berolige han og hjelpe han med angsten dersom vi selv signaliserer og uttrykker redsel og frykt for døden. Klarer vi derimot å opptre profesjonelt ovenfor ham, altså ikke vise frykt og redsel, har vi gode muligheter til å redusere hans angst før døden. Å møte han med håp og forventninger om at ting kommer til å bli bedre, kan være med på å virke løftende og gi mot til å kjempe seg videre mot slutten. Vi har funnet at når vi skal gi psykisk omsorg er det en forutsetning at vi utgjør en innlevende forståelse for pasienten. Det viser seg at for å redusere pasientens angst må vi som sykepleiere ha sinnsro. Opplever pasienten at vi er engstelige vil dette forverre hans uro. Vi kan om mulig, med korte enkle setninger, beroligende stemme og med konkrete svar, samt stille spørsmål og oppfordre til videre samtale, klare og moderere angstfølelsen hos pasienten (Hummelvoll, 2005; Eide og Eide, 2007).

Bjarte Vinnes forteller i sin bok *Kampen om håpet*:

"«Jeg er gjennomvåt. Kan du skifte lakenet mitt?» Hun forsvinner ut. Henter et laken til å ha mellom kroppen og dynen. Legger det på og forsvinner ut før jeg har fått sagt et ord. Men under meg er jeg fremdeles klissvåt. Jeg bader i min egen svette. Jeg ringer på igjen. Jeg spør en gang til om hun kan skifte laken. Det kommer et stønn, en sur mine og et sukk. Så går hun, henter laken og legger et nytt stikklaken under meg. Uten et ord forsvinner hun. Slike opplevelser gir meg følelsen av å være til bry" (Vinnest, 2003, s.38).

Med utgangspunkt i eksempelet ovenfor, ser vi at sykepleieren må være bevisst på hvordan det nonverbale språket kommer til uttrykk. Dette fordi vi gjennom vårt nonverbale språk signaliserer hvorvidt vi er innstilte på å lytte og hjelpe pasienten. Dette er igjen med på å avgjøre hvorvidt pasienten føler seg trygg og godt ivaretatt. Vi bør møte pasienten på en bekræftende, oppmuntrende og bestyrkende måte. På denne måten kan vi hjelpe pasienten til å åpne seg og dele tanker og følelser med oss. I følge Eide og Eide (2007), er det hensiktsmessig å ikke svare direkte etter at pasienten har formidlet noe, men i stedet vente og forbli i en aktiv, lyttende posisjon. Man formidler da via det nonverbale språket at man er interessert i å høre mer. Dette kan hjelpe pasienten til å fortelle mer, særlig dersom det gjelder

temaer som er følelsesmessig ladet. Ved å forbli stille i eventuelle tomrom, vil man la pasienten styre samtalen, både i forhold til tempo og innhold. Pasienten vil oppleve en større grad av respekt og selvbestemmelse. Dette vil kunne oppleves trygt, og signaliserer at vi er genuint interessert i å lytte til pasienten. Målet er å gi den døende og hans pårørende mulighet til å forstå pasientens liv. Det er ikke uvanlig at døende pasienter har behov for å fortelle sin historie. Martinsen (2003), legger i sin teori stor vekt på at omsorgen sykepleieren utøver ikke bare skal komme gjennom handlekraft, men vel så mye gjennom tilstedeværelse.

Når vi utgjør en innlevelse av forståelse for pasienten bruker vi vår empati. Ved at vi er empatiske kan vi oppfatte pasientens tanker og følelser, og hvordan han reagerer på enkelte situasjoner. Når vi som sykepleiere skaper en relasjon med pasienten, som gir både støtte, trygghet og som bygger opp et godt samarbeid. Klarer vi å se hva som er pasientens frykt og bekymringer, kan vi signalisere til pasienten, verbalt eller nonverbalt, at hans bekymringer og uro er fanget opp (Holm, 2005).

4.4 Betydningen av håp og mening hos den døende

Vi har sett at håp er av stor betydning hos pasienter med kort forventet levetid. Håpet kan gi pasienten en følelse av velvære og redusere angst, selv om døden er nært forestående. Drivkraften hjelper mennesket å utholde smerte og lidelse. Vi har funnet at håp ikke nødvendig har noen sammenheng med realistiske utsikter, men kan likevel ha samme positive innvirkning på den terminale pasient (Christoffersen og Gamborg, 1997).

Vi møtte en gang en mann med uheldelig sykdom som prøvde forskjellige alternative behandlingsformer. Selv om dette ikke hadde noen kurativ effekt følte han at det ga virkning, siden symptomene ble mindre fremtredende. Vi opplevde at han var mer livsglad og motivert til å møte hverdagen. Dette kan vi tolke som at håpet hans hjalp han til å mestre hverdagens utfordringer. Vår oppfatning støttes også av Saunders (1965, sitert i Herth og Cutcliffe, 2002) som sier at opplevelsen av håp faktisk er viktigere for den døende enn fraværet av symptomer. Håp kan hjelpe mennesker å holde ut i vanskelige livssituasjoner, og etableres uavhengig av alder, sykdom og kjønn (Herth og Cutcliffe, 2002).

Alle mennesker opplever motgang i løpet av livet. Fortvilelse, sorg og tap er naturlige reaksjoner, og er i følge Travelbee en del av menneskets eksistens. Likevel er det slik at mange av oss ved motgang, også opplever håp. I følge Erikson (sitert i Travelbee, 1999, s. 117) er håp noe vi har evne til og utvikle tidlig i barneårene. Da forutsatt at forholdene ligger til rette for det. Dette skjer ved at barnet utvikler tillitt til andre gjennom positive erfaringer. Da hovedsaklig omsorgspersonene. Erikson forklarer videre at evnen til håp trolig blir etablert når barnet opplever at ønsker og behov blir oppfylt. Dette kan forklare hvorfor mange mennesker opplever håp også når de skal dø. En person som håper har mot til og møte fremtiden (Travelbee, 1999).

Dersom pasientens håp er urealistisk, kan dette etter hvert gjøre pasienten umotivert til handling. Det kan også føre til at evnen til håp forsvinner. Dette kan skyldes at pasienten innerst inne vet at forestillingene er urealistiske, eller fordi skuffelsen blir så stor når en oppdager at målene er uoppnåelige (Eide og Eide, 2007).

Det kan oppleves vanskelig også for oss som sykepleiere å skulle ”ta håpet fra pasienten”. Dersom pasienten opplever at vi ser på hans håp som urealistisk, kan det ha en negativ effekt på livskvaliteten den siste tiden av livet. Det å fremme realistisk håp hos pasienten, må derfor komme foran frykten for og komme opp i en følelsesladd situasjon (Eide og Eide, 2007).

På den annen side kan en spørre seg om det er riktig og nødvendig av oss å skulle realitetsorientere døende mennesker i tilfeller hvor deres urealistiske håp er med på å lette den siste tiden. Vår erfaring med døende pasienter har lært oss at den beste egenskapen sykepleieren kan ha i slike situasjoner, er evnen til og vurdere hva som er riktig å gjøre i hvert enkelt tilfelle. Her vil symptomer som hvor i den terminale fasen pasienten befinner seg i, og pasientens mentale tilstand forøvrig være en medvirkende faktor på avgjørelsen.

Vi som sykepleiere kan gjøre oss tilgjengelig for pasienten, og være villig til å hjelpe. Vi må sette av tid til pasienten, og lytte aktivt til de sist ønsker og behov den døende pasienten har. Både Martinsen og Travelbee peker på at det en sentral sykepleieroppgave å kunne bruke seg selv som menneske i møte med pasienten. Travelbee forklarer dette som et menneske-til-menneske forhold, mens Martinsen forklarer denne måten å bruke seg selv på, som universell omsorg, eller nestekjærlighet (Travelbee, 1999; Martinsen, 2000).

Sykepleier og pasient kan i samarbeid utforme realistiske mål basert på pasientens ønsker. Dette kan i følge Eide og Eide (2007), bidra til at pasienten opplever glede og mening den siste tiden av sitt liv. Håp er like nødvendig de siste timene av ens liv som ellers i livet (Herth og Cutcliffe, 2002).

Dersom pasienten ikke kan uttrykke seg verbalt, må man foreta en helhetsvurdering ut fra pasientens bakgrunnshistorie, klinisk vurdering og egen faglig kunnskap. Det å få hjelp til å oppfylle ønsker kan også gi pasienten mestringsfølelse, siden det er hans vilje som blir oppfylt, og derfor delvis hans verk. Samtidig bør sykepleier vurdere om pasienten har mulighet til å delta aktivt, og dersom en er i tvil, være på tilbudssiden. Det er bedre å oppleve at andre mennesker har forventninger til deg, enn at ingen tar seg bryet med å engang spørre eller forsøke. Håp henger sammen med valg, og vi bør derfor så langt det er mulig la pasienten ta selvstendige avgjørelser (Travelbee, 1999).

Vi er alle enige om at man lett kan komme til å overstyre pasienten. Dette fordi vi ønsker å hjelpe på en slik måte at han skal kunne unngå unødig smerte og ubehag. Dette kan ta fra han håpet fordi han blir fratatt evnen til å mestre oppgaver selv (Eide og Eide, 2007; Herth og Cutcliffe, 2002).

Vi har lært at håp og mening er to fenomen som har tilknytning til hverandre. For at pasienten skal kunne finne mening, avhenger det av at han opplever håp. Vi er alle unike som mennesker, og derfor vil vi finne ulik mening med sykdom og lidelse. En slik mening er ikke iboende hos oss, det er noe som oppstår underveis i prosessen ved hjelp av de erfaringene en gjør seg. Vi kan ikke finne mening for den syke. Derimot er det fullt mulig å hjelpe den syke med å finne mening (Travelbee, 1999).

I følge Eide og Eide (2007), er det flere måter vi kan hjelpe pasienten til og mestre påkjenninger på, og dermed finne mening i lidelsen. Mestring kan i denne sammenhengen, beskrives som evne til å håndtere og stå i situasjonen. Gjennom samtale og samvær med pasienten, kan vi kartlegge pasientens ønsker og behov den siste tiden av livet. Vår oppgave er da blant annet, å hjelpe pasienten med å utforme realistiske mål for fremtiden.

I boken *kampen om håpet* ser vi at etter hvert som pasientens tilstand forverres, kommer han til et punkt hvor håpet om helbredelse ikke lenger er tilstede. I denne fasen forteller han sine nærmeste at han er klar til å gi slipp på livet. I etterkant av denne samtalen beskrives han av sine nærmeste som avslappet og fri (Vинnes, 2003). Denne roen som forklares, finner vi igjen i Travelbees (1999), beskrivelse av menneske når det har funnet mening.

Samtidig har vi lært at lidelse er en naturlig og nødvendig del av prosessen mot å finne mening. Vi må gi pasienten lov til å sørge og heller trøste. Vi bør ikke tro at vi ikke hjelper selv om pasienten lider. Dette kjenner vi igjen fra praksis. En pasient fikk vite at hun hadde uhelbredelig kreft. Hun hadde i lengre tid antatt at noe var galt, men opplevde at hennes fastlege ikke tok henne på alvor. Da hun fikk diagnosen reagerte hun med sorg og sinne, men også lettelse. Lettelse for å endelig få en bekreftelse på at det virkelig var noe galt, sorg for pårørendes tap og sinne fordi hun ikke var blitt tatt på alvor. Christoffersen og Gamborg (1997), mener at den døende må få uttrykke sin sorg og lidelse. Dette kan hjelpe pasienten mot akseptasjon, større forståelse for nåtiden og fremtiden

Det som vi ser kan være en utfordring for sykepleieren i denne sammenhengen, er å ikke tenke for stort. Med det mener vi at vi må være oppmerksom på de små tingene i livet som er av betydning. Det være seg ting vi lett kan overse, fordi de er så selvfølgelige for oss så lenge vi mestrer dem selv. Dersom vi skal kunne hjelpe pasienten å finne mening må vi kunne sette oss inn i hans situasjon. Å få sagt adjø til sine nærmeste, ordnet med praktiske oppgaver i forhold til seg selv eller familie kan være av stor betydning for den døende. Slike oppnåelige målsettinger kan bidra til at pasienten opplever å ha kontroll over livet sitt selv om det går mot slutten. Dersom vi kan bistå pasienten med å få oppfylt sine ønsker, vil det kunne bli lettere for han å forsones seg med situasjonen og dermed finne mening. Dersom pasienten er troende, kan samtale omkring dette, eller tilbud om prest være til hjelp for pasienten når han skal finne mening.

Gjennom litteraturen har vi sett at dersom pasienten klarer å akseptere og mestre lidelsene hans situasjon medfører, er sjansen stor for at han klarer å forsones seg med at han skal dø. Dette finner vi igjen hos Travelbee (1999), som også sier at det er nødvendig å huske på at pasienter sjelden ønsker å lide og være syke, men at de har en livsfilosofi som gjør at de takler lidelsen. Likevel må vi som sykepleiere være oppmerksom på at pasienten, til tross for at han ser ut til å mestre sykdommen, også kan ha tunge dager og oppleve angst og tvil. Dersom dette skjer, kan pasienten trenge trøst og oppmuntring (Qvarnström, 1982).

Som sykepleier kan vi hjelpe pasienten mot forståelse og akseptasjon ved å vise empati og omsorg. Det er en forutsetning at sykepleieren har kunnskap om sykdomsforløpet, og pasientens sosiale miljø for å kunne redusere angst. Sykepleieren bidrar da til å gjøre sykdomsforløpet mest mulig forutsigbart for pasienten (Husebø og Husebø, 2001).

5.0 Avslutning

I arbeid med denne oppgaven har vi forsøkt å på best mulig måte finne svar på problemstillingen vår. Problemstillingen vår er: ”Hvordan kan sykepleieren gi bedre psykisk omsorg ved livets slutt”. Vi mener vi har brukt den mest relevante litteraturen i oppgaven, og vi har funnet mye litteratur av forskjellige forfattere.

I den litteraturen vi fant, var det stor enighet om at det i mange tilfeller er lettere for sykepleieren å utføre de praktiske oppgavene og unngå å gå inn i situasjoner hun opplever som ubehagelige. Det er sentrale sykepleieroppgaver å skifte på senga og å gi pasienten medisiner. Likevel må ikke sykepleieren glemme viktigheten av å ta seg tid til å sitte ned med pasienten og la ham få utløp for tankene og følelsene sine. I en av forskningsartiklene fant vi at sykepleierens tilstedeværelse ble satt større pris på enn omfattende kunnskaper om sykdom og prosedyrer. Vi har forstått at mennesket består av det fysiske, psykiske, sosiale og åndelige integrert til en helhet. På bakgrunn av dette kan vi si at det å gi psykisk omsorg til døende går ut på å ivareta hele mennesket. For å klare det har vi forstått at det å skape en god relasjon kan være vesentlig, samt å se, lytte til og forstå pasienten. I tillegg til å legge til rette for at pasienten kan fremme håp og mening i sin erfaring.

Det er også nødvendig at vi som sykepleiere klarer å se pasienten som et selvstendig individ, og ikke bare et ansikt i en sykehusseng. Vi må kunne kommunisere med ham, både verbalt og nonverbalt, på en måte som viser at vi tar ham på alvor og ønsker å engasjere oss i ham og hans situasjon. Vi har forstått at de nevnte egenskapene som kreves av oss som sykepleiere for å kunne utøve god psykisk omsorg, hovedsakelig kan oppøves gjennom interesse for mennesket, ved medmenneskelighet og refleksjon. Kunnskap og erfaring er også svært sentrale, men uten evne og vilje til å se helheten, vil ikke omsorgen oppleves som god. Med denne vissheten med oss ut i arbeidslivet, kan vi i vårt framtidige arbeid forhåpentligvis hjelpe døende pasienter mot en fredfull død.

*Men engste deg ikke for døden,
Som oftest er den lett:
Du vil bare hvile en liten stund,
Fordi du er så trett.
Du sovner inn og du sover.
Da er det over*

Arnulf Øverland

Litteraturliste

Aakre, M. (1993) Å leve med døden – En presentasjon av hospicefilosofien i: *Når døden blir virkelighet – omsorg i nærmiljøet ved livets slutt*. Halvorsen, P. (red.) Oslo, Kommuneforlaget.

Brinchmann, B. S. (red) (2005) *Etikk i sykepleien*. Oslo, Samlaget

Bunkholdt, V. (2002) *Psykologi – en innføring for helse- og sosialarbeidere*. Oslo, Universitetsforlaget.

Brülde, B Lindrat lidande som den palliativa vårdens huvudmål s. 55- 83 i: *God palliativ vård – etiska och filosofiska aspekter*. Sandman, L. & Woods, S. (Red.). Lund, Studentlitteratur.

Canning D. & J. P. Rosenberg & P. Yates (2007) Therapeutic relationships in specialist palliative care nursing practice. [Internett] *International Journal of Palliative Nursing*. 2007. Vol 13 No 5. Tilgjengelig fra: Ovid [lest 06.02.08]

Christoffersen, S. & Gamborg, H. (1997) *Livet före döden- vård i livets slutskede*. Stockholm, Svenska föreningen för psykisk hälsovård.

Cullberg, J. (1999) *Dynamisk psykiatri i teori og praksis*. Tano Aschehoug.

Dam, E., Johansen, L., Jørgensen, B. H., Winck, O. (2006) Åndelig omsorg bør have mer plads i sygeplejen. *Sygeplejersken*_nr. 5/2006 [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.dsa-akasse.dk/sygeplejersken/default.asp?intArticleID=13706&menu=195009> [lest 05.03.08]

Deffner, J. M. & S. K. Bell (2005) Nurse's Death Anxiety, Comfort Level During Communication With Patients and Families Regarding Death, and Exposure to Communication Education. [Internett] *Journal for Nurses in staff development*, Vol. 21, nr.1, s.19-23. Tilgjengelig fra: Ovid [lest 08.01.08]

Eide, H. & Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning og etikk*. Oslo, Gyldendal Norske Forlag

Forsberg, C. Og Wengström, Y.(2003) *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering, analys och presentation sv omvårdningsforskning*. Stockholm, Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.

Frølund, J.C. (2006) Åndelig omsorg – et forsømt område! *Klinisk sygepleje*. 20.årgang, nr. 3. s.38 – 47.

Halvorsen, K.(200) *Forskningsmetode for helse- og sosialfag, en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo, Cappelen Akademisk Forlag AS.

Haugen, D. F. m.fl. (2006) Organisering av palliasjon i og utenfor sykehus i: *Palliativ medisin – Tidsskriftes skriftserie*. Hem, E. (red.) Oslo, Den norske legeförening.

Herth K. A. & J. R. Cutcliffe (2002) The concept of hope in nursing 3: Hope and palliative care nursing. [Internett] *British Journal of Nursing*; Jul 25- Aug 7, 2002. Vol.11, nr.14. s. 977 – 983. Tilgjengelig fra: ProQuest Nursing & Allied Health Source [lest 18.02.08]

Hessling, S.E. (1993) Omsorg på tvers i: *Når døden blir virkelighet – omsorg i nærmiljøet ved livets slutt*. Halvorsen, P. (red.) Oslo, Kommuneforlaget.

Holm, U. (2005) *Empati – å forstå menneskers følelser*. Oslo, Gyldendal Akademiske

Hummelvoll, J.K. (2005) *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo, Gyldendal Akademiske

Husebø, B. S. & Husebø, S. (2001) *De siste dager og timer – behandling, pleie og omsorg ved livets slutt*. [Brosjyre]

Husebø, B. og Husebø, S.(2005) Sykehjemmene som arena for terminal omsorg – hvordan gjør vi det i praksis? [Internett] *Tidsskrift for Den norske legeförening* Nr.10/19.mai 2005. Tilgjengelig fra: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1192785 [lest 06.02.08]

ICNs Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2007)

Norsk sykepleierforbund

Ilkjær, I.(2004) Kap. 19: Livssyn, verdier og behov for åndelig omsorg, s 479-497 i:
Sykepleieboken 1- grunnleggende sykepleie. Mekki, T. E. og Pedersen, S. (red) Oslo, Akribe.

Loge, J.H., Bjordal, K. & Paulsen, Ø. (2006) Tilnærming til pasienter som trenger palliativ pleie i: *Palliativ medisin – Tidsskriftes skriftserie*. Hem, E. (red.) Oslo, Den norske legeforening.

Macnish, K. (2002) Palliative nursing i : *Palliative care for people with cancer*. Penson, J. and Fisher, R. A.(red.) New York, Oxford University Press.

Martinsen, K. (1996) *Fenomenologi og omsorg – Tre dialoger*. Oslo, Universitetsforlaget

Martinsen, K. (2003) *Fra Marx til Løgstrøp. Om etikk og sanselighet i sykepleien*.
Otta, Tano Achoug

Martinsen, K.(2000) *Øyet og kallet*. Fagbokforlaget.

Mathisen, J. (2005) Livets avslutning i: *Grunnleggende sykepleie – Bind 3*. Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E.A. (red.) Oslo, Gyldendal Akademiske.

Nielsen, R. (2006) Døende pasienter har brug for åndelig omsorg, *Sygeplejersken* nr 5/2006
[internett] tilgjengelig fra:
<http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/default.asp?intArticleID=13705> [lest 05.03.08]

Pasientrettighetsloven (1999) *Lov om pasientrettigheter*, paragraf 1. Tilgjengelig fra: Lovdata
[lest 16.02.08]

Qvarnström, U.(1982) *På dødsleiet- tanker og opplevelser ved livets slutt*. Larvik, Tiden
Norsk Forlag.

Ringdal, K.(2001) *Enhet og mangfold, samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen, Fagbokforlaget

Rosland, J.H., von Hofacker, S., & Paulsen, Ø. (2006) Den døende pasient i: *Palliativ medisin – Tidsskriftes skriftserie*. Hem, E. (red.) Oslo, Den norske legeförening.

Sjøgren, P (2002) Den palliative indsats i: *Håndbog i palliativ medicin*, s. 9-12. Sjøgren, P., Mørch, M.M. & Eriksen, J. Munksgaard Danmark, København.

Sosial- og helsedepartementet (1999) *Livshjelp*. (NOU 1999:2) [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1999/NOU-1999-2.html?id=141460> [lest 06.02.08]

Thagaard, T.(2003) *Systematikk og metode, en innføring i kvalitativ metode*. Bergen, Fagbokforlaget

Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo, Gyldendal Akademiske

Vinnes, A.(2003) Fra dagboken til Bjartes Far i: *Kampen om håpet – en bok om livshjelp*, Vinnes, B og Myskja, A. s. 70 – 87. Bergen, Fagbokforlaget.

Vinnes, B. (2003) Med håpet i hånden i: *Kampen om håpet – en bok om livshjelp*, Vinnes, B og Myskja, A. s. 11 – 70. Bergen, Fagbokforlaget.