



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Sykepleie til pasienter med kroniske smerter**

Margaret Kristin Finnvik

Totalt antall sider inkludert forside: 42

Molde, 07.05.2009



# Publiseringsavtale

**Tittel på norsk: Sykepleie til pasienter med kroniske smerter**

**Tittel på engelsk: Nursing towards patients with chronic pain**

**Forfatter(e): Margaret Kristin Finnvik**

**Fagkode: SAE00**

**Studiepoeng: 12**

**Årstall: 2009**

**Veileder: Signe Julnes**

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

**Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:**

ja nei

**Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?**

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja: **Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?** ja nei

**Er oppgaven unntatt offentlighet?**

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

**Dato: 07.05.2009**

**Antall ord: 11147**

**Forord.**

Jeg ønsker å begynne med et dikt som en fin start på oppgaven.

SEBRA (Shel Silverstein)

Jeg spurte en gang en sebra:

Er du sort med hvite striper  
eller hvit med sorte striper?

Og sebraen så på meg og sa:

Er du sterk med svake sider  
eller svak med sterke sider?

Er du god med onde påfunn  
eller ond med gode påfunn?

Er du glad med triste dager  
eller trist med glade dager?

Er du flink med dumme innfall  
eller dum med flinke innfall?

Og slik fortsatte og fortsatte  
og fortsatte den,

og aldri, aldri, aldri, aldri spør jeg  
en sebra om striper igjen.

# Innhold

Forord

1.0 INNLEDNING.....	1
1.1 Presentasjon av problemstilling.....	1
1.2 Problemstilling.....	1
1.3 Begrunnelse for valg av tema.....	1
1.3. Pasienthistorie.....	2
1.4 Avgrensning.....	2
1.5 Begrepsavklaring.....	3
2.0 Metode.....	5
2.1 Begrunnelse for valg av metode.....	5
2.2 Oppgavens oppbygging.....	5
2.3 Fremgangsmåte og datasamling.....	6
2.3 Begrunnelse for valg av litteratur.....	6
2.4 Kildekritikk.....	7
2.4.1 Forskning.....	8
3.0 TEORI.....	9
3.1 Vitenskapsfilosofien bak Benner og Wrubels teori.....	9
3.2 Omsorgsteori.....	9
3.2.1 Menneskesyn.....	10
3.3 Omsorgens betydning.....	10
3.4 Illness/disease – Sykdom/lidelse.....	11
3.4.1 Sykepleierens rolle i forhold til illness/disease – sykdom/lidelse.....	11
3.5 Livskvalitet.....	12
3.6 Stress:.....	12
3.7 Mestring:.....	14
3.8 Empowerment.....	14
3.9 Håp.....	15
3.10 Kommunikasjon.....	15
4.0 Teori om smerte.....	17
4.1 Hva er smerte?.....	17
4.2 Kroniske smerter.....	17
4.3 Måling av smerter.....	18
4.4 Kartlegging av smerte.....	18
4.5 Å leve med kroniske smerter.....	18
5.0 Drøfting.....	20
5.1 Veien til god omsorg?.....	20
5.2 Illness/disease – helse/sykdom, og sykepleierens rolle i det.....	22
5.3 Livskvalitet, håp og mening.....	24
5.4 Stress og mestring.....	26
5.5 Empowerment.....	28
5.6 Kommunikasjon.....	29
5.6.1 Kongruens.....	29
5.6.2 Nonverbal kommunikasjon.....	29
5.7 Konklusjon.....	31
Litteraturliste	

## **1.0 INNLEDNING**

### **1.1 Presentasjon av problemstilling.**

Problemstillingen jeg har valgt, er relatert til sykepleie og omsorg til pasienter med kroniske smerter. Årsaken til at jeg valgte dette tema, er at jeg finner dette svært interessant. Jeg har møtt mennesker både privat og i praksis/jobb, som sliter med kroniske smerter, og har sett hva det gjør med dem. Kroniske smerter setter ikke bare begrensninger i fysisk helse, men påvirker i stor grad også mental helse, ja det påvirker hele livet.

### **1.2 Problemstilling**

*”Hvordan kan sykepleier gjennom omsorg bidra til at pasienter med kroniske smerter kan mestre sine smerter, og finne livskvalitet på tross av sine lidelser”?*

### **1.3 Begrunnelse for valg av tema.**

Årsaken til at jeg valgte kroniske smerter som tema, er at dette er et stort område, og det gir oss mange utfordringer. Kronikere i forhold til smerte, er en stor gruppe pasienter, og ved å fokusere på deres mestring vil sykepleien fokusere på pasienten, og dennes opplevelser, og ikke sykdommen i seg selv.

Smerter er noe vi som sykepleiere må forholde oss til hver eneste dag. Å tolke og behandle smerte kan aldri bli rutine, fordi alle pasientene er forskjellige, og ingen smerteopplevelse er like. Det er en total subjektiv opplevelse.

Erfaringer jeg har gjort meg i praksis sier at det varierer veldig på hvordan smerter blir håndtert, og at det kan virke som om det styres av den enkelte sykepleiers holdninger. Noen sykepleiere strekker seg langt, og er villige til å bruke mye tid og krefter på å finne nye løsninger og alternative smertelindringsmetoder, mens andre gir uttrykk av at ”litt smerte må du tåle”! Det kan også virke som om det er stor forskjell mellom legene på hvordan de mener at smerter bør håndteres. Noen kan nesten virke litt kyniske, og bagatelliserer effekten smerten har på pasienten, og det stiller jo desto større krav til at sykepleieren kan stå opp for pasienten og kreve en skikkelig behandling. Vi er jo pasientens advokat så lenge han er i vår varetakt. Derfor ønsker jeg å belyse hva som er sykepleiers rolle i forhold til denne pasientgruppen.

### **1.3. Pasienthistorie**

Her vil jeg fortelle en selvopplevd pasienthistorie fra en av praksisperiodene mine, som sier noe om hva kroniske smerter kan gjøre med livet til en som får det. Hun ble ikke lagt inn pga. kroniske smerter, men det kom ganske raskt frem, at det var en av hovedårsakene til innleggelse allikevel.

Astrid ble lagt inn pga sterke brystmerter, men uten funn på EKG.

Astrid var ca 50 år, og hadde mann og 4 barn. Var tydelig merket av at hun ikke hadde det bra, for var dratt og grå i ansiktet, og hadde et stivt uttrykk. Hun så plaget ut, og var stiv i bevegelsene. Hun forklarte at smerten satt som en hard knute i brystet, og at det var vanskelig å puste skikkelig.

Jeg var litt ut og inn av rommet i løpet av vakta, for det virket som om hun var engstelig. En stund før jeg skulle hjem, var det blitt så rolig på avdelingen, at jeg ville snakke litt mer med henne. Hun satt da på sengekanten.

”Det er som om det tar fyr i korsryggen min” sa hun, ”og det stråler nedover i beina”. ”

Det er nesten ikke til å holde ut”!

Jeg spurte om ryggsmertene var noe hun var plaget med, noe hun bekreftet. Det virket som om jeg trykket på en knapp, for tårene begynte å trille. Nå fikk jeg høre en historie som gjorde sterkt inntrykk på meg. Kanskje ikke pga alt hun hadde opplevd, men fordi jeg så hvor vondt hun hadde det med hvordan livet hennes hadde blitt. Hun skammet seg over å være uføretrygdet, og smertene hadde i følge henne selv ødelagt livet hennes fullstendig. Skammen over å være ubrukelig som hun sa, var kanskje verre enn den fysiske smerten. Hun følte seg verdiløs som samfunnsborger og ektefelle/mor, fordi hun ikke lenger følte at hun kunne bidra med noe.

Hun fikk sagt det hun hadde på hjertet, og fikk etter hvert mer smertestillende, og noe å sove på etter at vi hadde konferert med legen. Dagen etter virket hun ved bedre mot, og sa hun syntes det var godt å ha fått lettet hjertet sitt, og at jeg hadde villet høre på henne. Hun følte jeg hadde sett henne som person, og ikke bare kasuset Astrid.

### **1.4 Avgrensning.**

Problemstillingen min avgrenses til pasienter inneliggende i medisinsk sengepost.

Voksne pasienter i aldersgruppe 50 +, uavhengig av kjønn, som lider av kroniske smerter uavhengig av diagnose. De kan bli innlagt med andre diagnoser, men hvor de kroniske smertene er en så stor ekstrabelastning, at det krever ekstra omsorg fra sykepleier.

De viktigste begrepene i problemstillingen min er omsorg, kroniske smerter, mestring og livskvalitet. Disse begrepene er omfattende, og kan tolkes ulikt alt etter konteksten de står i. Jeg ønsker å klargjøre at begrepene tolkes i et omsorgsperspektiv.

I omsorgsteorien vil jeg ha hovedfokus på Benner og Wrubels omsorgs- og sykepleieteori. Jeg vil også se på teori om kommunikasjon og kommunikasjonsteknikker, som en metode i sykepleien for å bidra til mestring og økt livskvalitet hos pasienter med kroniske smerter. Kommunikasjon er slik jeg ser det, en viktig forutsetning for omsorgsfull sykepleie.

### **1.5 Begrepsavklaring.**

*Hermenautisk fenomenologi* - Hermeneutisk fenomenologi har tre særegne trekk: Mennesket blir sett på som et selvtolkende vesen. Vi opplever verden gjennom våre tolkninger av ting, og hva det vil bety for oss selv og andre. Tolkninger kan være ubevisste eller bevisste. Mennesket tar standpunkt til hva slags person man er. Hva slags selvforståelse man har, vil være avgjørende for hvordan man tolker det som skjer, og for hvordan man handler. Vår oppfattelse påvirkes av mening av det språk, den historie og den kultur vi hører til, dvs. den kontekst vi lever i.

*Kroniske smerter* – Smerter som har vedvart lenger enn 3 mnd.

*Kronisk sykdom* - Gjengedal og Hanestad (2001) har brukt følgende definisjon på kronisk sykdom: ”en irreversibel, konstant, tiltagende eller latent sykdomstilstand eller svakhet, som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt”

*Livskvalitet* - Verdens helseorganisasjon (WHO) har definert livskvalitet som personers oppfatning av sin egen posisjon i livet, i lys av aktuelle kultur og verdisystemer og i forhold til deres egne mål, forventninger, standarder og det de er opptatt av.

*Helserelatert livskvalitet* – Helsereelatert livskvalitet er et supplement til de objektive, medisinske mål på helse og sykdom. Helsereelatert livskvalitet evalueres av pasienten selv (Hjermstad 2000).

*Omsorg* - er sammensatt av "om" og "sorg", og betyr oversatt "å sørge for", "å bekymre seg for", og "oppmerksomhet". Det handler om hvordan vi forholder oss til hverandre og hvordan vi viser omtanke for hverandre i det praktiske liv. (Martinsen 1989)

*Omsorgsarbeid* - kan vi definere som ulike virksomheter som har til oppgave å ta vare på mennesker som ikke klarer dette selv, og hvor omsorg som kvalitet er tilstede i forholdet til dem det skal sørges for. Jeg er hos den andre og sørger for den andre i hans situasjon på en slik måte at jeg verken overvurderer eller undervurderer hans evne til selvhjelpenhet (Martinsen 1989).

*Empowerment* - I følge Askheim (2004) innebærer det å komme ut av en undertrykt posisjon. Metoden fokuserer på likeverd, partnerskap og samarbeid, brukermedvirkning, en maktanalyse av klientens situasjon og mobilisering av ressurser. Tilnærmingen er ressursorientert. Empowerment som mål må sees i sammenheng med metodene eller virkemidlene som fremmer empowerment. Målet vil ha konsekvenser både for hvordan tiltak organiseres og utformes, og for den profesjonelle rolle. At brukeren skal ha kontroll og styring over tiltakene er et sentralt krav.



## **2.0 Metode**

### **2.1 Begrunnelse for valg av metode**

Jeg har i denne oppgaven utført et litteraturstudie. Et litteraturstudie er bygd på kunnskap fra bøker og andre skriftlige kilder. Det er to kriterier som ligger til grunn for at det skal kunne kalles et litteraturstudie, og det er at vi må bruke kilder vi vet er sikre, og det må være relevant for det det skal brukes til. I mitt tilfelle er det at det er relevant for problemstillingen min. (Dalland 2008)

Det er også pålagt oss fra Høgskolen i Molde, jfr. Retningslinjer for 3. Studieår for Sykepleierutdanningen å gjøre et litteraturstudie.

### **2.2 Oppgavens oppbygging**

Oppgaven min er delt i tre hoveddeler, en teoridel, en metodedel og en del med drøfting. Innledning/ forord og konklusjon kommer i tillegg.

I innledningskapittelet presenteres forord, problemstilling, begrunnelse for valg av tema, pasienthistorie, begrunnelse for valg av litteratur, avgrensning og begrepsavklaring

I metodekapittelet har jeg begrunnelse for valg av metode, fremgangsmåte og datasamling, oppgavens oppbygging, begrunnelse for valg av litteratur og kildekritikk.

I oppgavens tredje del presenteres først vitenskapsfilosofien bak Benner og Wrubels omsorgsteori, Benner og Wrubels omsorgsteori, teori om stress og mestring, og om livskvalitet. Videre teori om kommunikasjon og kommunikasjonsteknikk.

I tredje del, fjerde kapittel kommer det teori om smertefysiologi, kroniske smerter, måling og kartlegging av smerte, hvordan det er å leve med kroniske smerter, og vanlige strategier pasienter bruker for å takle smerte.

I oppgavens fjerde del kommer det først en repetisjon av problemstilling, så drøfting av teorien jeg har valgt sett opp mot problemstillingen, og hvilke erfaringer og kunnskaper jeg selv har i forhold til valgt teori. Helt til slutt kommer konklusjonen.

### 2.3 Fremgangsmåte og datasamling

Jeg har brukt skolens databaser gjennom BIBSYS – en felles blokkatalog for norske universiteter og høyskoler. Jeg har funnet det meste av forskningen min der. Videre har jeg fått tilgang til gode utenlandske databaser gjennom søk på internett. Det finnes veldig mye og relevant forskning, og fra anerkjente databaser. På internett finnes det også mye useriøst, så man skal være bevisst på at det man har funnet kan kvalitetssikres.

Ord jeg har søkt på i norske databaser som Norart og SweMed+, er: *sykepleie til pasienter med smerter, smerte, kroniske smerter, livskvalitet, mestring, å leve med kroniske smerter, smertebehandling, sykepleie til kroniske smertepasienter, kommunikasjon, relasjoner, lidelse.*

I utenlandske databaser som SweMed+, Norart, ProQuest, ProQuest Medical Library, OVID og ScienceDirect har jeg brukt ord som: *nursing towards pain, pain, coping with chronic pain, quality of life, manage pain, pain management, dealing with chronic pain, interventions towards pain, communication, illness.*

Har også brukt tidsskrifter som International Journal of Nursing Practice, The Clinical Journal of Pain, Sykepleien og Tidsskrift for den norske legeforening. Har plukket ut 6 artikler jeg finner relevante for oppgaven min. En av de er for gammel ut fra kriteriet om ikke eldre enn 5 år, men har ikke funnet noe som er nyere, og slik jeg har tolket det ut fra andre artikler jeg har funnet, så er det like gyldig enda.

Videre finnes det veldig mye teori i skolens bibliotek om smerter, kroniske smerter, livskvalitet og mestring, så det har ikke vært vanskelig å finne god litteratur.

### 2.3 Begrunnelse for valg av litteratur

Jeg har bygget oppgaven min på Benner og Wrubels omsorgs- og sykepleieteori. De bygger på fenomenologien, og fremhever viktigheten av å ta utgangspunkt i *pasientens egen opplevelse* av sykdommen. De sier også at uten omsorg kan man verken gi eller ta imot hjelp.

Smerter er et tiltagende problem i samfunnet, og resultater fra en europeisk studie i 2003, viser at kronisk ikke-ondartet smerte er et betydelig internasjonalt samfunnsproblem, og indikerer at 30% av den norske befolkningen lider av kronisk smerte. Kronisk smerte er ofte assosiert med fysiske og psykososiale problemer. (Elin Dysvik, 2006) Dette tilsier at vi som sykepleiere må ha tilstrekkelig kunnskap om smerter, smertelindringsteknikker,

kommunikasjon og hva som fremmer mestring hos denne pasientgruppen, og vi må vite hva det vil si å leve med kroniske smerter sett ut fra et holistisk menneskesyn.

Videre er oppgaven min sykepleierrettet. Mye av teorien min kommer fra pensum, og jeg vil trekke inn forskningsartiklene jeg har funnet der de støtter opp om teori eller drøfting i oppgaven min.

## **2.4 Kildekritikk**

Kildekritikk vil si å vurdere og karakterisere litteraturen man vil benytte. (Dalland 2008). Et litteraturstudie er basert på skrevne kilder, og jeg har forsøkt å gå tilbake til primærkildene så langt det har latt seg gjøre. Jeg har brukt en del pensum, hvor det meste er skrevet for sykepleiere og sykepleiestudenter, og på den måten er høyst relevant, men avgrenset til problemstillingen min. Forskningen og artiklene jeg har funnet vil jeg også vurdere pålitelige, fordi de er skrevet av godt utdannede sykepleieforskere/leger som er ansatt ved anerkjente universiteter/institusjoner på ulike steder i verden, og jeg har valgt ut de som er mest relevante for problemstillingen min. Den selvvalgte litteraturen har jeg funnet i høyskolens bibliotek, og den er skrevet av helsepersonell for helsepersonell, for bruk i bla. sykepleierutdanningen. Noe av litteraturen jeg har funnet i høyskolens bibliotek kan være for gammel, men jeg har allikevel valgt å bruke det, fordi det ikke har kommet ny teori på området, eller at det fortsatt er aktuelt i sykepleien.

Boken jeg i hovedsak har brukt, er Benner og Wrubels ”Omsorgens betydning i sygepleje”(2001). Årsaken til at jeg valgte den danske og nyere versjonen fremfor primærkilden ”The Primacy of caring”(1987), er at det oppleves enklere å lese dansk enn engelsk, og jeg har så langt jeg har sjekket det, oppfattet det slik at den danske oversettelsen gjengir det samme som primærkilden.

Eide og Eide sin bok ”Kommunikasjon i relasjoner”( 2007) er en annen bok jeg har brukt mye, i forhold til kommunikasjonsdelen i oppgaven min. De får frem pasientperspektivet, som er det fokuset jeg ønsker å ha i oppgaven min.

I forhold til smerte og å leve med kroniske smerter, har jeg brukt boken ”Å leve med kroniske smerter” av Gjengedal og Hanestad (2001) Mye relevant for oppgaven min i den. Også her er pasientperspektivet ivaretatt. Rustad og Stubhaug i Sykepleieboken 2, (Akribe 2005), har gitt nyttig informasjon om smerte og livskvalitet.

Jeg har brukt flest utenlandske forskningsartikler, de fleste fra USA, men også fra Danmark og Hong Kong, og en fra Norge. Smerte er subjektivt, og kan være kulturelt betinget, så det har jeg tatt hensyn til i bruksverdien av artiklene mine. Danmark er ganske likt Norge, så det jeg har funnet der kan uten tvil overføres på norske forhold. I USA kan det være kulturforskjeller, men det jeg har funnet har jeg ansett for å være like relevant i Norge. I Kina derimot, er det jo store forskjeller i kultur, i hvordan helsevesen er bygget opp i forhold til Norge og mye mer, men tematikken i studien anser jeg etter mitt skjønn for å være like gyldig i Norge som i Hong Kong.

#### **2.4.1 Forskning**

De har artiklene jeg har brukt, har vært kvantitative. Årsaken til at jeg har valgt å bruke kvantitative forskningsartikler er fordi det er det beste jeg har funnet i forhold til teori og drøfting knyttet opp mot akkurat mitt tema. Jeg har ikke klart å finne noen kvalitative, som kunne brukes direkte.

Svakheten ved å bruke kvantitative forskningsartikler, er at man ikke får frem pasientens subjektive mening, fordi det blir brukt standardiserte spørreskjemaer, slik at alle får de samme spørsmålene. Det kan også være en reell mulighet for at alle som skal svare, ikke har forstått spørsmålene på samme måte. Styrken er at du får et større felt å hente informasjon fra, for det er ofte mange flere deltakere i en kvantitativ undersøkelse.

(Dalland 2008)

## 3.0 TEORI

### 3.1 Vitenskapsfilosofien bak Benner og Wrubels teori.

Benner og Wrubel utga boken "Omsorgens betydning I sygepleje" (2001), som er en nyere utgave av "The primacy of caring - Stress and Coping in Healt and Illness" (1989) Der beskriver de en type teori i sykepleien, som tar et oppgjør med, og avstand fra et logisk-positivistisk verdens- og vitenskapssyn. Bakgrunnsforståelsen for deres teori i "The primacy of caring" er Heideggers fenomenologiske verdensforståelse.

I følge Heidegger, er en person et selvtolkende vesen, det vil si personen kommer ikke forutdefinert til verden, men blir definert i løpet av sitt liv.

Heidegger mener videre at en person dessuten har en ubesværet og ikke- reflekterende forståelse av "selvet" i verden. Dette er fordi de alltid befinner seg i en meningsfull kontekst, og fordi de fatter mening direkte. Det er dermed ikke sagt at mennesker er ute av stand til å tenke refleksivt eller konseptuelt, men veloverveid, abstrakt tenkning er ikke eneste måte folk møter verden på. Man ville ikke engang vite hva man skulle stille opp med ved den abstrakte, konseptuelle tenkning, hvis man ikke befant seg i en meningsfull kontekst.

Hver gang man står utenfor en situasjon, befinner man seg i en reflektiv posisjon.

Heidegger er opptatt av å kaste lys over hvilken form for viten det er snakk om, når man ikke står utenfor situasjonen, men er involvert i den.

Dette er et viktig spørsmål for ham, fordi hovedparten av en persons vesen er opptatt av spesifikke situasjoner. Denne forståelse av begrepet *fenomenologi*, er annerledes enn andre personers oppfattelse av fenomenologien.

Hovedidéen i Benner og Wrubels teori, er at omsorg er fundamentalt for alt menneskelig liv, og for sykepleie som tjeneste. (Benner og Wrubel 2001)

### 3.2 Omsorgsteori

Teorien har noen sentrale begreper, og disse begrepene er: omsorg (bry seg om), person, situasjon, kontekst, stress og mestring, og de utdypes etter hvert.

*"Fordi omsorg dekker det der betyder noget for en person, ligger der implicit i ordet hvad der betragtes som stressende, og hvilke muligheder der er til rådighed for at forholde sig*

*til dem. Omsorg skaber en mulighed Dette er den første måde hvorpå omsorgen er primær*". (Benner og Wrubel 2001)

Benner og Wrubel hevder at omsorg er det primære i alt menneskelig liv. I denne teorien betyr omsorg at mennesker, begivenheter, prosjekter og ting betyr noe for mennesket. Omsorg vil si å ha ting som betyr noe, fordi det forener tanker, følelser og handling – viten og væren.

Det å bry seg om noe gir også opphav til risiko, stress og sårbarhet. Omsorg hjelper mennesket til meningsfulle måter å mestre en vanskelig situasjon på. Stress og sårbarhet oppstår når et menneske opplever, at det som er av betydning står i fare for å bli tatt fra det. Omsorg er utadrettet. Det å bry seg om noe utenfor en selv, binder en til dette og gjør en i stand til å verdsette det og handle utfra det. Omsorg er fundamental i den forstand at det å bry seg om skaper muligheter for å motta hjelp, og til å yte hjelp (Benner og Wrubel 2001).

### **3.2.1 Menneskesyn**

Benner og Wrubel definerer som sagt mennesket ut fra et fenomenologisk synspunkt, og teorien deres har noen sentrale punkter.

De sier at karakteristiske trekk ved det å være menneske er; kroppslig intelligens, bakgrunnsforståelse, spesielle anliggender og det å være plassert i en situasjon / kontekst. Benner og Wrubel tar helt avstand fra å skille kropp og sjel. Mennesket får kunnskap direkte via sin kropp (Benner og Wrubel 2001)

### **3.3 Omsorgens betydning**

Endelig har omsorgen betydning, fordi den danner grunnlaget for mulighetene til å gi og å ta imot hjelp. Den samme handlingen kan gi vidt forskjellig konsekvens, avhengig av om den ytes med omsorg eller ikke. Et omsorgsfullt forhold setter pasienten i stand til å ta imot, og føle at han får omsorg. Dette er en av de viktigste årsakene til at sykepleie aldri kan bli ren teknikk, fordi humor, sinne, kjærlig bestemthet, medisiner og undervisning av pasienter virker annerledes i en omsorgsfull kontekst, enn i en ikke-omsorgsfull kontekst (Benner og Wrubel 2001).

### **3.4 Illness/disease – Sykdom/lidelse**

Illness/ lidelse er den menneskelige opplevelsen av tap eller feilfunksjon, mens disease/sykdom er manifestasjonen av abnormalitet ned på celle-, vevs- eller organnivå. Samspillet mellom illness og disease går begge veier. Sykdom, den menneskelige erfaring, påvirker lidelse gjennom et meningsfylt klima av håp, frykt, fortvilelse og fornektelse, og lidelse kan endre opplevelsen av sykdom gjennom direkte påvirkning av kroppslige forandringer og tilstander, som sult, tørste, muskelsvekkelse, og utmattelse. Sjel og kropp er ikke adskilte virkeligheter, slik den cartisianske tradisjon fremstiller adskillelsen mellom sjel og kropp (subjekt/objekt) Påvirkningen mellom kropp og sjel er forsterkende og gjensidig. De fleste mennesker er enige om at sjel og kropp er uadskillelige, men det cartesianske synet er ofte brukt, noe som blant annet kommer frem i forskjellen mellom subjektive og objektive symptomer. (Benner og Wrubel 2001)

#### **3.4.1 Sykepleierens rolle i forhold til illness/disease – sykdom/lidelse**

Ettersom sykepleiere har å gjøre med helse og sykdom, vekst og tap og som de oppleves av pasienter, skjelves det mellom illness og disease. Mer enn noe annen hjelpende profesjon, har sykepleiere å gjøre med forholdet mellom lidelse og spesifikk sykdom. Sykepleierne forholder seg til pasientens opplevelse av sykdom i den formelle eller uformelle datasamlingen. Gjennom forståelse av hvordan symptomene bemerkes, eller hvordan de fremstår, vet sykepleieren at pasientens fremstilling av symptomene er essensielle for å kunne yte adekvat sykepleie og legebehandling. Ut fra dette er symptomene ladet med mening, og en forutsetning for sykdomsbehandling og helbred. Den menneskelige opplevelse av lidelse påvirker den spesifikke sykdom gjennom et meningsfullt klima av håp, frykt, fortvilelse eller fornektelse. Sykdommen kan forvandle lidelse gjennom direkte påvirkning på fysiske prosesser, for eksempel sult, utmattelse, tørste, muskelsvekkelse osv. Denne relasjonen kan aldri bli et enkelt tilfelle av kropp over sjel eller sjel over kropp. De dyktigste sykepleiere forstår forskjellen og relasjonene mellom helse, sykdom og lidelse. Ut fra denne forståelsen søker sykepleieren etter pasientens historie i formelle og uformelle sykepleiehistorier, fordi de vet at enhver sykdom har en historie. Planer blir forstyrret, relasjoner går i stykker, og symptomene blir ladet med mening alt etter hva som skjer i personens liv Det er den menneskelige

opplevelsen av sykdom, som er det sentrale i en sykepleiesammenheng. (Benner og Wrubel 2001)

### **3.5 Livskvalitet**

Verdens helseorganisasjon (WHO) har definert livskvalitet som personers oppfatning av sin egen posisjon i livet, i lys av aktuelle kultur og verdisystemer og i forhold til deres egne mål, forventninger, standarder og det de er opptatt av. (WHO 1994)

Livskvalitet i sykepleiesammenheng forbindes med begreper som identitet, håp og mening. Hvis en person har håp, farges hans oppfattelse av livet ut fra det. For å kunne ha håp er det viktig at livet gir mening. Hva som gir mening er individuelt, og mening er et relativt begrep, for det avhenger av hvor vi er i vår livsverden, og hvem sin livsverden vi snakker om (Kristoffersen 1996).

Den norske psykologen Siri Næss har utarbeidet fire kriterier for livskvalitet: At man er aktiv, at man har samhørighet med andre, at man har selvfølelse, og at man har en grunnstemning av glede eller lykke. Alle områdene er like viktige. Jo mer intenst en person opplever disse fire områdene, jo høyere er livskvaliteten. Uttrykkene å ha det godt, og livskvalitet brukes om hverandre og sees på som synonyme. Hun presiserer at hennes bruk av livskvalitetsbegrepet, knytter det til individet, ikke samfunnet. Livskvalitet er en subjektiv opplevelse. Det er ikke spesifikke fornemmelser, men helhetlige opplevelser som kan være positive eller negative. (Gjengedal og Hanestad 2001)

### **3.6 Stress:**

Benner og Wrubel beskriver stress som brudd i uhemmet funksjon. Stress defineres som forstyrrelse i forståelse og mening, og normal funksjon. Skade, tap, nye utfordringer og sorg gir en erfaring som hjelper til å mestre stress. Tolkning eller nye ferdigheter er påkrevd. Sykdom fører nesten alltid til brudd i normal funksjon. Stress er knyttet til både person og situasjon. Det er resultat av personens vurdering av sitt adaptive forhold til konteksten. De kaller dette transaksjon, og det er ikke et rent mentalt eller psykisk forhold. Det omfatter hele personen med dens personlige kroppslige intelligens (Benner og Wrubel 2001).

Mange aspekter ved kronisk sykdom kan føre til en opplevelse av stress.



For at sykepleieren skal kunne bidra til mestring av stress, er det viktig å ha kunnskap om følgende fenomener:

Selve ordet stress assosieres oftest med noe negativt. Det finnes heller ingen entydig definisjon, men i faglitteratur er det vanlig å skille mellom følgende tre tilnæringsmåter: 1.Stress som stimulus, 2.Stress som respons og 3.Stress som transaksjon.

Stress som stimulus – beskrives som en ytre kraft som virker på et materiale og eventuelt skaper endring. En antar at visse stimuli eller hendelser i eller utenfor individet forårsaker endringer, en trussel mot likevekt, som krever tilpasning hos individet. Stress forårsaker altså en respons eller en reaksjon hos individet. Denne reaksjonen anses å være proporsjonal med stimuliens intensitet eller grad.

Stress som respons – I dette perspektivet oppfattes stress som en individuell respons eller reaksjon på en hendelse. Opplevelsen av stress er ikke i utgangspunktet negativ, men en nødvendighet for å tilpasse seg de stadige påvirkningene en blir utsatt for. Det er først når det oppleves ubehagelig at det kan fremkalle sykdom. En stressor er en belastning som fremkaller stress. Den kan være fysisk eller psykisk eller en kombinasjon av begge. Det kan være store forskjeller i hva et individ oppfatter som en stressor. Dette kan styres av arv, tidligere erfaringer og individets fysiske og psykiske tilstand. Biofysiologiske reaksjoner som opptrer i alarmfasen er undersøkt, og det samme med kroppslige reaksjoner på utmattelsesfasen, og disse reaksjonene er det nyttig å ha kjennskap til for sykepleiere, fordi ulike belastninger kan komme til syne gjennom ulike symptomer som forhøyet puls eller blodtrykk. Gjennom de samme symptomene vil det være mulig for sykepleier å evaluere om tiltak for å redusere belastningen som iverksettes faktisk fungerer.

Stress som en transaksjon – Dette perspektivet viser til at stress oppstår som en følge av en transaksjon eller et møte mellom individ og miljø. Lazarus, en amerikansk psykolog, er opphav til dette perspektivet, og han betegner denne tilnærmingen til stress som kognitivt fenomenologisk. Det kognitive aspektet, viser til at det kognitive eller tankemessige stresset som er i fokus. Det fenomenologiske indikerer at det enkelte individs opplevelse og vurdering er sentral for opplevelsen av stress. Dette betyr at enkelte opplevelser ikke i utgangspunktet medfører stress. Stress defineres som en bestemt relasjon mellom personen og miljøet som vurderes av personen til å overstige eller gå ut over hans ressurser og kunne skade hans velvære. Det transaksjonelle eller kognitive

fenomenologiske perspektivet er dominerende i sykepleieforskningen omkring stress, og er også utgangspunkt for Benner og Wrubels teori. (Gjengedal og Hanestad 2001)

### **3.7 Mestring:**

Stress er brudd i mening, forståelse og normal funksjon, mens mestring er det en gjør med dette bruddet. Mestring kan aldri være et fritt valg av effektive og ineffektive mestringsstrategier. Mestring er begrenset av meninger og problemstillinger som eksisterer i det som en person opplever som stressende.

Mestring er ikke noen motgift mot stress. Mestring er hvordan man takler stresset.

Mestringsstrategier som utelukkende går på å dempe, kontrollere eller avlede, kan på kort sikt være nyttige for å bryte et stressende reaksjonsmønster, men på lengre sikt fremmer en slik strategi en fremmedgjørelse av følelser.

Når følelser blir sett på som noe man må kontrollere, er de fremmede og en avbrytelse i å bevare roen, og en opplevelse av fred mens man realiserer sine mål. Den som lærer seg slike mestringstrategier, vil miste den veiledning man kan få i å kjenne på følelsene sine. Sinne kan være en slik følelse. Du lærer ikke å mestre sinnet ditt om du unngår situasjonen som er årsaken til at du blir sint. Det finnes selvsagt situasjoner der man må kunne kontrollere følelsene sine for å kunne fungere. Dette kalles følelsesfokustert mestring. Målet er å få kontroll på følelsene sine for å kunne løse en oppgave. Utgangspunktet må allikevel være at man ikke alltid ser på følelser som avbrytelser som alltid skal kontrolleres fordi de forstyrrer den optimale funksjonen. Stress kan ikke betraktes som en tilstand som alltid kan unngås. Ikke alltid en tilstand som bør kureres heller, Stress er snarere et resultat av å leve i en verden hvor tingene rundt en betyr noe. (Benner og Wrubel 2001)

### **3.8 Empowerment**

Empowering blir brukt av sykepleiere som en sentral strategi for mestring av stress ved kroniske sykdommer, og fordi en vesentlig oppgave er å bidra til at pasienter utvikler krefter kunnskap og vilje til selv å mestre og få kontroll over sin sykdom. For å kunne mestre de krav en stilles overfor, er ens egne ressurser sentrale. Vesentlige ressures hos den kronisk syke for å mestre sykdomskrav, er fysisk styrke, psykologisk utholdenhet og sosial støtte, positivt selvbilde, energi, kunnskap og innsikt, motivasjon og tro. (Gjengedal og Hanestad 2001)

### **3.9 Håp**

Mens evnen til tilknytning forbinder fortid med nåtid, forbinder begrepet ”håp” nåtid med fremtid. Håp innebærer positive forventninger til hva som er mulig på kort eller lengre sikt. Dette innebærer ikke nødvendigvis en forventning om at problemer og vanskeligheter skal løses, men at man har tillit til at fremtiden kan ha noe ved seg som man kan oppleve som meningsfullt. Håp innebærer ofte en forestilling om et mål man ønsker å nå, noe man tror og forventer vil kunne virkeliggjøres i fremtiden. Realistiske mål styrker ens motivasjon og vilje til forandring, og gjerne kortsiktige. Å nå mål fremmer følelse av mestring og mening. Dermed styrkes motivasjonen.

En annen side ved det å sette seg realistiske mål er den positive følelsen av optimisme. Optimisme er særdeles viktig når tilbakeslagene kommer, det kan være smerter, negative prøvesvar osv. Det viser seg forbausende ofte, at når medhjelper klarer å møte pasienten med medfølelse og uforbeholden forståelse, og ikke begynner å oppmuntre pasienten, hjelper denne til selv å se muligheter i situasjonen. Optimisme og håp vokser gjerne frem når man blir følelsesmessig forstått og akseptert, samtidig som man blir møtt med tillit og realistiske forventninger. (Eide og Eide 2007)

### **3.10 Kommunikasjon**

Kommunikasjon - har sin språklige opprinnelse i det latinske *communicare*, som betyr å gjøre felles, ha felles, å meddele. Å kommunisere betyr i faglig sammenheng å få til et mentalt forhold eller felleskap – mellom to eller flere parter. Kommunikasjon i en slik sammenheng innbefatter informasjon, opplysninger, viten, meninger, ønsker, behov, følelser – individer og grupper imellom. Språk blir uttrykt som skrift, mimikk, gester, tegninger, følelsesuttrykk, kroppsholdninger, rollespill som alternative og utfyllende kommunikasjonsmidler (Nordland 2005).

Nonverbale og verbale tegn og signaler inngår gjerne i et mer eller mindre helhetlig kommunikasjonssystem, en kode. Med begrepet kode menes det her et sett med sosiale og språklige konvensjoner som bruken av tegn og signaler følger, og som man må kjenne til for å kunne fortolke med rimelig stor grad av sikkerhet. I møtet med en annen person kan vi registrere en mengde inntrykk, formidlet verbalt og nonverbalt. Vi tar imot det den andre sier, vi hører den andres stemme, ser vedkommendes munn, ansiktsuttrykk, kroppsholdning og bevegelser, og kanskje kan vi også fornemme lukt. Også fra

omgivelsene mottar vi inntrykk gjennom sansene – lyd, lys, farger og bevegelse, Kanskje fornemmer vi også vår egen kropp, anspente skuldre, en smerte i ryggen, en følelse av tretthet, metthet eller sult.

Denne informasjonsmengden må sorteres til meningsdannende helheter. Mye av dette skjer automatisk ved at det blir filtrert før vi tar det inn. Vi tar med oss det som er vesentlig i situasjonen. Dette styres av våre tidligere erfaringer, følelser, preferanser og kunnskap. For kommunikasjonsprosessen kan dette være en viktig innsikt og påminnelse om at det vi ser ikke alltid er en fulle og hele virkelighet, men en fortolkning av denne. (Eide og Eide 2007)

## **4.0 Teori om smerte**

### **4.1 Hva er smerte?**

Smerte er en subjektiv opplevelse. I følge IASP (International Association for the Study of Pain) er smerte ”en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som assosieres med vevsødeleggelse”. Smerten er derfor ikke bare avhengig av perifere smertegivende (nociseptive) stimuli, men påvirkes også av psykiske og sosiale faktorer, tidligere opplevelser og eksistensielle faktorer.

### **4.2 Kroniske smerter.**

Ved gjentatte stimuli blir nervecellene spesialisert til raskere å utføre bestemte oppgaver. For bedre å forstå mekanismene for utvikling av langvarig smerte har STAMI (Statens Arbeidsmiljøinstitutt) sammen med UiO (Universitetet i Oslo) nylig utført en studie der elektrofysiologiske målinger i smertebanene i ryggmargen er kombinert med PET-skann av hjernen. Undersøkelsene viste at en kortvarig smertefull stimulering kan gi en vedvarende økning i nervecelle aktiviteten både i ryggmargen og i flere emosjonelt viktige områder av hjernen.

Smertesansen gir oss signaler om potensiell fare og er utviklet for å beskytte kroppen vår. Derfor er smerte viktig. Vi reagerer med atferdsendring og vi lærer å unngå smertefulle situasjoner. Men ved utvikling av langvarig smerte kan smerte bli et problem i seg selv. Problemet er velkjent, men hvorfor dette skjer har lenge vært uklart.

En teori er at langvarig smerte er en primitiv form for læring, såkalt langtids-potensiering (LTP), der opplevelsen av smerte blir lagret i nervecellene i sentralnervesystemet. PET-skannbildene fra den nye studien bekrefter dette. Nervecellene kan med andre ord forandre sine egenskaper og det er som om signalene om smerte danner hukommelsesspor i nervebanene. På samme måte som vi bærer med oss det vi har lært av ferdigheter, tar vi også med oss opplevelsen av det som har vært ubehagelig og smertefullt.

Slik kan aktiviteten i smertebanene bli forsterket som følge av forandringer i nervecellene i sentralnervesystemet. Dette kalles sentral sensitivisering og kan medføre en kraftigere respons på samme belastning/stimulering enn tidligere før disse funksjonelle endringene i nervecellene inntraff. Selv små belastninger og dagligdagse aktiviteter kan av denne grunn oppleves som smertefulle. (Jacobsen 2009)

### **4.3 Måling av smerter.**

Det ville vært optimalt om det fantes et objektivt mål for smerte. Dette eksisterer ikke, og vil aldri kunne utvikles heller, siden smerte er en fullstendig subjektiv opplevelse, og varierer i styrke og grad fra individ til individ. (Jensen 2003)

### **4.4 Kartlegging av smerte.**

En kan benytte både endimensjonale og flerdimensjonale skalaer og skjemaer for å kartlegge smerte. Endimensjonale skalaer kartlegger én faktor, som oftest smerteintensitet, mens flerdimensjonale skalaer kartlegger flere aspekter av smerte. Det arbeides også med å utvikle gode observasjonsskjemaer for å kartlegge smerte hos pasienter med kognitiv svikt. (Rustøen, Stubhaug 2005)

### **4.5 Å leve med kroniske smerter.**

Data fra en europeiske undersøkelse på kronisk smerte, setter Norges befolkning på toppen av listen over utbredelse av kronisk smerte. Det ble gjort tilsvarende undersøkelser i Danmark, Australia, USA, England og Sverige. Begge de nordiske landene landet på henholdsvis 9% i Danmark og 18% i Sverige. England fikk 13%. Resultatene i Norge viste at 30% av den norske befolkning sliter med kroniske smerter. (Dysvik 2006)

Det setter ting litt i perspektiv. Det er nesten 1/3 del av alle i Norge. Når vi så trekker fra barn i totalsummen av mennesker, så vil det si at det blir ganske mange nordmenn som går rundt med kroniske smerteplager, med de konsekvenser det får.

Tilstanden man kommer i ved kroniske smerter likner på mange måter hvordan det er å ha en depresjon. Personen vil trekke seg unna sosial kontakt, blir passiv og har lite pågangsmot. Når man sitter slik alene, så har man god tid og anledning til å kjenne på hvor vondt det er, slik at følsomheten for smerteinntrykk økes. Det fører til at smerter som vedvarer over tid blir til enda mer smerter. (Frølich 2001)

Smertepasienter opplever ofte personlige vanskeligheter som funksjonssvikt, arbeidsledighet, innskrenket sosial omgang, økonomisk utrygghet og sviktende tro på framtiden. Vi vet at slike vanskeligheter disponerer for depresjon, og dette kan forklare hvorfor kroniske smertepasienter oftere er mer deprimerte enn normalbefolkningen. Det er

også slik at deprimerte og psykisk sårbare pasienter lettere utvikler kroniske plager etter skader . Det betyr at de kan ha større behov for god behandling og oppfølging. (Rustøen, Stubhaug 2005)

Ved kronisk sykdom må man leve med tilstander som ikke kan helbredes, og en kan ha redusert mulighet til å få utført oppgaver eller gjøremål som var viktige før man ble syk. Helse og funksjonsnivå kan være viktig for livskvaliteten, men verken nødvendige eller tilstrekkelige betingelser for god livskvalitet eller en meningsfull tilværelse. Hvilken betydning sykdommen har for den enkelte, er det kun personen selv som kan si noe om.

Mens en del kroniske sykdommer er av en slik karakter, at de medfører forverring av tilstanden, slik at pasienten til slutt dør, er andre av en slik natur at pasienten dør med sykdommen og ikke av den. Et viktig trekk som fremheves er at sykdomsutviklingen til dels avhenger av hvordan hvert enkelt individ lærer å leve med eller mestre situasjonen, og av hvilke ressurser en har for å mestring. Faktorer som kan oppleves belastende og stressende for den som har en kronisk sykdom, må den enkelte ofte lære seg å leve med for å best mulig livskvalitet på tross av sykdommen. (Gjengedal og Hanestad 2001)

Resultatet av en studie utført i Hong Kong på en gruppe pasienter med kroniske ryggsmertor som ble akutt innlagt på sykehus, og hyppigheten av forekomst av angst og depresjon hos denne pasientgruppen, viser at graden av angst/depresjon øker med smerteintensiteten. Undersøkelsen ble utført på 54 kvinner og 48 menn, og graden av angst/depresjon var en pekepinne på hvor sterke smerter de hadde. (Mok, Long Chau MN 2008)

Dersom pasienten ikke får hjelp til å mestre sin livssituasjon og sin smerte, er det fare for at dette vil dominere hele hans tilværelse (Benner og Wrubel 2001) Pasienter anvender ulike kognitive og atferdsmessige strategier for å mestre smerte. En strategi som har fått økende oppmerksomhet i senere tid, er katastrofetenkning. Katastrofetenkning karakteriseres ved at pasienten grubler mye over ulike aspekter ved smerte, overvurderer smertetrusselen og inntar en hjelpeløs holdning til smerten. Flere studier har vist at det er en sammenheng mellom katastrofetenkning og smerte hos ulike pasientgrupper. Pasienter som anvender katastrofetenkning, har blant annet mer smerter og fungerer dårligere (Stiles, 2007) (Rustøen, Stubhaug 2005)

## 5.0 Drøfting

### 5.1 Veien til god omsorg?

For at pasienten skal få helhetlig pleie og omsorg, er det viktig at sykepleier kjenner til hva det vil si å være menneske, og at hun ser hele pasienten, ikke bare de kroniske smertene.

I følge Benner og Wrubel (2001) er det fire faktorer som beskriver hva det vil si å være et menneske, sett fra et fenomenologisk syn. Disse fire faktorene er det viktig at sykepleiere vet om, for at de skal kunne ivareta hele pasienten.

Først begrepet kroppslig intelligens. En kronisk smertepasient har hatt smerter over tid, og har utviklet kunnskap om kroppen sin på godt og vondt i denne tiden. Det som kroppen sanser og føler fra fødsel til død, er en kroppslig viten som smertepasienten alltid har med seg. Pasienten reagerer på sykdom og sviktende helse på en helhetlig måte, for kropp og sjel henger sammen. Dette må sykepleier forholde seg til. Hvis sykepleieren ser smertene adskilt fra resten av pasienten, vil han føle seg som et objekt, og at han ikke blir tatt på alvor. Han blir satt til side. Da vil han distansere seg fra sykepleier, og den gode relasjonen som er så viktig for god sykepleie vil være ikkeeksisterende.

Når vi snakker om et fenomenologisk menneskesyn, har vi gått bort fra et reduksjonistisk syn på mennesket, som ville sett på pasienten som et objekt bestående av mange, adskilte deler. I det reduksjonistiske synet var det ikke plass til kroppslig intelligens hevder Benner og Wrubel (2001) Pasientens kroppslige intelligens hjelper han til å kjenne igjen ansikter, objekter og bevegelser. Når vi er ute og går, setter vi den ene foten foran den andre uten å tenke over det. Slik er det også for smertepasienten. Han har lært seg måter å takle smerten sin på. Når han ligger, kan det være at han automatisk legger seg på den ene siden, fordi det gjør litt mindre vondt da. Dette skjer uten at han tenker over det. Eller han kan la være å trekke pusten skikkelig godt ned i magen, fordi han har lært seg at det gjør vondere enn å puste mer overflatisk. Vi tenker ofte ikke over hva vi sier eller gjør, og dette er farget av ubevisste og bevisste holdninger vi har i følge Kristoffersen (2004). Dette er kroppslig viten som Benner og Wrubel (2001) kaller det.

Et eksempel på hvor fort gjort det kan være å objektifisere pasienten, er noe jeg har opplevd i forbindelse med sommerjobben jeg hadde på en sengepost. En mann på nærmere 70 år ble innlagt. En meget oppegående og festlig mann som var kronisk smertepasient



pga. store smerter i hoftene, men allikevel hadde et fantastisk humør. Etter en røntgenundersøkelse ble han trillet opp på sengeposten igjen. En kollega av meg gikk inn til han etter en stund. ”Den legen som undersøkte meg, kalte meg for colla felomaris – eller noe sånt” sa han. Legen hadde ropt ut til sykepleieren som trillet han ned, og lurte på om det var colli femorisen som hadde kommet. Da sykepleieren ikke svarte med det samme, gikk legen ut og tok pasienten i hånda og spurte om det var han som var colli femorisen som skulle røntgenundersøkes? Slik omtaler man ikke en pasient. Da virker det som om det bare er hofteproblemet som er interessant, ikke han som person. Personen blir delt inn i mange biter, og alle bitene med unntak av hoftene, og det som er relatert til det, er skrellet vekk. Ellers opplever jeg stadig tingliggjøring av pasienter. Jeg har opplevd i min praksis at det kan være holdningsforskjeller blant sykepleiere, kanskje pga at de ikke er bevisst på sin væremåte pga. tidspress. Et spørsmål i forbindelse med utdeling av frokostbrett, som ”Er det noen på rom 225 som ikke har fått frokost enda”? ”Ja, 3-senga har ikke fått”. Dette tingliggjør pasienten.

Vi tenker ikke over hva vi sier eller gjør, og dette er farget av ubevisste og bevisste holdninger vi har i følge Kristoffersen (2004).

Smertepasientens ferdigheter og kroppslige vaner er så naturlige og selvfølgelige for han, at de blir ikke til noe bevisst før han mister det pga smertene og konsekvensene av dem.

Da beveger vi oss over i bakenforliggende årsaker som Benner og Wrubel (2001) kaller den andre faktoren ved det å være menneske. Her er det de kulturelle omgivelsene smertepasienten har vokst opp i som er bakgrunnsforståelsen. Almås (2005) sier at det er viktig for sykepleieren å kartlegge hva pasienten sitter på av bakgrunnskunnskap, for på den måten å tilpasse sykepleien etter det. Sykepleieren kan hvis hun vet hvilke kunnskaper pasienten har, rette informasjonen dit pasienten trenger den, slik at han får vite det han trenger om sykdommen sin.

Den tredje faktoren sykepleieren trenger å ha kunnskap om i forhold til sin smertepasient, er hva han bryr seg om. Dette kaller Benner og Wrubel (2001) for spesielle anliggender. For å kunne beskrive personen, er det dette sykepleieren trenger å ha kunnskap om sier Benner og Wrubel (2001), for det er det som definerer han som person. Slik viten kan sykepleieren skaffe seg gjennom å sette seg inn i pasientens livsverden. Hvordan ser smertepasienten på livet sitt, og hva er det han er opptatt av? Hva er viktig for han?

Benner og Wrubel (2001) mener det ikke finnes objektive normer på akkurat dette, for hva som er viktig i ens livsverden kan være veldig forskjellig. Det gjør, at det er en forutsetning at sykepleieren får vite det hun trenger gjennom å være sammen med pasienten og kommunisere bevisst, for på den måten å hjelpe pasienten å mestre smertene sine.

Pasienten involverer seg i situasjoner direkte, med utgangspunkt i de andre faktorene jeg har nevnt tidligere, som bakenforliggende årsak, kroppslig viten og spesielle anliggender. Ut fra disse tolker han situasjonen han er i. Pasienten vil alltid være i en situasjon mener Benner og Wrubel (2001). Hvordan smertepasienten er i situasjonen vil være av avgjørende betydning for hvordan han vil håndtere eller mestre den. Sykepleier som profesjonell omsorgsgiver må vite hvordan disse faktorene virker inn på pasienten, for å ha en mulighet til å forstå hvordan hun kan hjelpe han til å mestring. En annen ting som er vesentlig, og som det er fort gjort å glemme for oss som går ut og inn av sykehuset mange ganger hver uke, og som har jobben, gode kolleger, kanskje til og med gode venner, er at pasienten kanskje aldri vært på sykehus tidligere. Det er lett for den som er kjent, og vant til omgivelsene å mestre dem, men det kan ta litt tid før en nykommer gjør det samme. Derfor kreves det at sykepleier tar seg ekstra godt av pasienten i den første tiden, slik at han forstår hva som foregår.

## **5.2 Illness/disease – helse/sykdom, og sykepleierens rolle i det.**

Illness eller lidelse, er den opplevelsen smertepasienten har i forhold til sin sykdom eller feilfunksjon. Gjengedal og Hanestad (2001) mener at ”Illness blir til sickness når sykdommen blir et sosialt fenomen, det vil si at når sykdommen blir synlig eller på en annen måte kommuniseres til andre”, altså når den gir pasienten tydelige symptomer som også kan sees av andre. Påviste patofysiologi kvalifiserer for en medisinsk diagnose – disease – mens en opplevelse av å være syk – illness – ikke nødvendigvis medfører slike kvalifikasjoner. Pasienten kan føle seg frisk til tross for at det er påviste patofysiologiske forandringer. Malterud (1990) sier at et symptom er pasientens subjektive opplevelse av at noe er galt, og inngår i illness i tillegg til symptomenes sosiale og kulturelle konsekvenser for pasienten som opplever dette. Denne dimensjonen i sykepleie har tidligere vært lite lagt vekt på, og Lupton (1994) hevder at det er fordi det råder en paternalisme i helsevesenet. Det har vært legen som har sidd på svarene, og pasientens opplevelser har vært uinteressante. Legen skulle handle på pasientens vegne, og i en periode ble

pasientperspektivet omtrent helt borte fra medisinen, fordi sykdom ble ansett som et avvik sett ut fra en biologisk norm.

Benner og Wrubel (2001) sier at gjennom forståelsen av symptomenes betydning, er pasientens opplevelse av symptomene essensielle for å kunne gi han den omsorgen han trenger. Når man ser det på den måten, er sykdom ladet med mening. Videre sier de, at sykdom, den menneskelige erfaring, påvirker lidelsen gjennom et meningsfylt klima av håp, frykt, fortvilelse og fornektelse. Pasienten opplever sin sykdom ut fra de erfaringer han har fra tidligere, sett i lys av at han har håp om bedring, han frykter forverring og smerter, og han fornekte kanskje at tilstanden hans er som den er. Dette påvirker smerteopplevelsen /lidelsen.

Pasienter anvender ulike kognitive og atferdsmessige strategier for å mestre smerte. En strategi som har fått økende oppmerksomhet i senere tid, er katastrofetenkning.

Katastrofetenkning karakteriseres ved at pasienten grubler mye over ulike aspekter ved smerte, overvurderer smertetrusselen og inntar en hjelpeløs holdning til smerten. Flere studier har vist at det er en sammenheng mellom katastrofetenkning og smerte hos ulike pasientgrupper. Pasienter som anvender katastrofetenkning, har blant annet mer smerter og fungerer dårligere (Stiles, 2007) (Rustøen, Stubhaug 2005)

Undersøkelser og kliniske utviklingsstudier over de siste 20 år, sier at det begynner å bli et nytt syn på følelser, og deres innflytelse på adferdsmønster, og hvordan den subjektive opplevelsen av smertene kan styrke lidelsen. Dette kommer frem i en studie gjort i USA på 160 smertepasienter som søkte hjelp for sine smerter. Studien sier videre at dette har ført til at nye tanker rundt det å mestre smerter har blitt vurdert. I denne artikkelen kommer det frem, at større aksept fra den kroniske smertepasienten i forhold til at han har smerter, og at han forsoner seg med at slik vil det antakelig bli, så rapporteres det færre tilfeller av smertefremkalt angst, mindre depresjon og bevegelseshemming, og en større mulighet til å kunne mestre en jobb. Det forutsetter som sagt at pasienten er villig til å akseptere at han har smerter, og er villig til en endring av livsstil, og at det å være med på meningsfulle aktiviteter på tross av smerteerfaringer fra tidligere er gunstig. Han må på en måte glemme litt av sin kroppslige intelligens, og forsøke å tenke nytt. (Lance M. McCracken 2004)

Sett fra et annet perspektiv, så sier Martinsen (1993) at lidelse er et dypt og komplisert fenomen. Det er allmennmenneskelig, noe som vi mennesker ikke kan spares for eller

komme utenom. Vi behøver verken være syke eller ved dårlig helse for å lide. Lidelsen hører livet til. Et ja til livet er et ja til lidelse.

Å ivareta en helhetlig omsorg for et annet menneske krever engasjement og overskudd. Det vil si at vi som sykepleiere får del i lidelsen, gjennom at vi blir kjent med pasienten og er nær han i vår omsorg. Seljelid (2002) sier dette i sin bok "Kan omsorg læres"? Vi får også del i sykdommen – disease - , siden vi er legens håndtlinger og får den patofysiologiske siden presentert, og ikke minst pasientens opplevelse av det hele.

Hvor essensiell omsorgen er i sykepleie, kommer frem i artikkelen omhandler en studie der tema er akupunkturbehandling av pasienter med irritabel tarm-syndrom. Jeg ha valgt å ha den med, fordi jeg mener den er overførbar til mitt tema. Testpersonene i studien var delt inn i 3 grupper, hvor en gruppe sto på venteliste, en gruppe fikk placeboakupunktur med begrenset samhandling med behandler, og en gruppe fikk placeboakupunktur med utvidet samhandling med behandler. Samhandlingen besto i empati, oppmerksomhet og fortrolighet. Studien hadde fire endepunkter: Global forbedring, adekvat lindring, symptomalvorlighet og livskvalitet. Det ble satt nåler som ikke penetrerte huden, og som ble plassert utenfor kjente akupunkturpunkter, for å gi en placeboeffekt. Etter tre uker var "venteliste" mindre effektivt enn "begrenset samhandling", som igjen var mindre effektivt enn "utvidet samhandling". Andelen pasienter i gruppen utvidet samhandling som rapporterte adekvat lindring av symptomene, er forenlig med funnene i kliniske medikamentstudier av samme lidelse. Dette indikerer at faktorer som empati og formidling av positive forventninger påvirker det kliniske resultatet. (Merethe Kumle 2009)

### **5.3 Livskvalitet, håp og mening.**

Som nevnt i teorikapittelet er livskvalitet i sykepleiesammenheng definert med begreper som identitet, håp og mening. Kristoffersen (1996)

"Det er håp for den som hører til blant alle de levende"

(Forkynneren 9,4)

Lohne (2005 ) sier at i all sykepleie ligger det et fremtidsperspektiv. Sykepleieomsorg skaper muligheter for pasienten. Det er en viktig sykepleieoppgave å hjelpe pasienten til å erkjenne at det er muligheter for en positiv fremtid. Håpet er selve drivkraften i sykepleiefaget, fordi håpet fremmer helende prosesser i pasienten. For å kunne fremme

håp må sykepleieren kjenne til hva håp betyr for pasientene, og om hvordan det er mulig, på bakgrunn av denne kunnskapen, å styrke eller verne om deres håp.

Sykepleierens primære funksjon er å inspirere håpet hos den syke, hevder Vaillot (1970) Vaillot hevder videre at håp er sykepleierens største utfordring. Håpet er knyttet til positive fremtidsutsikter til tross for store skader, hjelpeløshet, nederlag og død. Uten håp på pasientens vegne hadde sykepleieryrket vært uutholdelig.

Livskvalitet er et relativt nytt begrep, og om man enkelt skal definere ordet, så betyr det en slags evaluering av kvaliteten på livet. Hva som gir den enkelte kvalitet i livet er subjektivt. Nordenfelt (1991) sier i sin bok "Livskvalitet och Hälsa" at livskvalitet er knyttet opp mot begreper som "velfärd" og "välbefinnande". Han skiller mellom disse to begrepene, og hevder at velferd står for betingelser eller ressurser som mennesket har og som kan være av både ytre og indre karakter. De ytre kan være miljømessige forhold, sosiale, kulturelle eller økonomiske vilkår, mens de indre kan være både fysiske og psykiske egenskaper. "Välbefinnande" eller å oppleve velvære er mer en positiv og mental tilstand som vil kunne påvirkes av pasientens ytre og indre forhold og av hans egen aktivitet. Gjengedal og Hanestad (2001) mener at sykepleieren må ha som mål at pasienten skal oppleve velvære, gjennom å ta i bruk pasientens egne ressurser for mestring av sykdomsrelatert stress, som fysikk, mental styrke, energi, kunnskap, motivasjon og tro. Gjennom å bruke de ovennevnte ressursene til å mestre stresset relatert til smerter, vil de kunne få en følelse av velvære.

Benner og Wrubel (2001) sier at velvære defineres som et samsvar mellom pasientens muligheter og pasientens aktuelle praksis og opplevelse av mening. Det er basert på omsorg og følelsen av å føle seg sørget for. Velvære inkluderer pasienten som helhet, ikke bare kroppen eller sjelen. På denne bakgrunn betrakter de helsefremmende tiltak.

Gjengedal og Hanestad (2001) sier at mening er et abstrakt fenomen det er vanskelig å beskrive med høy grad av presisjon. Det blir først forståelig når det sees i forhold til noe. Smertepasienten må se det opp mot eget liv. Går man til det empiriske og teoretiske feltet som handler om meningsdimensjoner, så finner man distinksjonene "mening med livet" og "mening i livet". Spørsmålet om opplevelse av mening i pasientens liv berører selve eksistensen, og anses dermed som et eksistensielt spørsmål. Ofte er det i livssituasjoner hvor pasientens eksistens – det vil si hans liv og helse – på en eller annen måte er truet. I smertepasientens møte med sykdom og smerte blir det ekstra viktig for han å finne mening i sitt liv. Benner og Wrubel (2001) hevder at vi er vant til å tenke på mening fra subjekt/objekt-forholdet. Den subjektive mening er privat og kun tilgjengelig for

pasienten. Når vi reflekterer over den subjektive mening, blir den objektiv og kan uttrykkes eksplisitt. Det er også ganske vanlig å tenke på mening som noe som er i overenstemmelse med å ha viten. For smertepasienten blir det å ha en kontekst å tolke livet sitt ut fra, og hvilke kulturelle rammebetingelser han tolker smertene sine ut fra jfr. Benner og Wrubels(2001) bakenforliggende årsak.

Inge E. Lame´ et al. (2004) sier at livskvalitet i forhold til smerter går mer på hva slags tanker man har omkring det å ha smerter, enn på smerteintensitet. Utsagnet er basert på en studie gjennom ført i Nederland på vel 1200 kroniske smertepasienter. Pasientene hadde ulik smerteproblematikk, som rygg smerter, skulder og nakkesmerter, fibromyalgi m. fl. I studien ble det sett på smertefrykt, katastrofetenkning og depresjon. Artikkelen konkluderer med at å ha katastrofetenkning rundt det med smerter ikke er gunstig. Det øker smerteintensiteten, og frykten for bevegelse øker.

Becker (1997) støtter antakelsen min i at kroniske smertepasienter i stor grad kan ha svært redusert livskvalitet. Studien er gjort med 150 pasienter ved en dansk smerteklinikk. Nå er ikke Danmark så veldig annerledes enn Norge, så det virker å være overførbart. Studien bekrefter at det er en markant nedsatt helsesrelatert livskvalitet blant pasienter med non-maligne kroniske smerter, faktisk den laveste som er funnet uavhengig av medisinsk diagnose.

#### **5.4 Stress og mestring**

I følge Gjengedal og Hanestad (2001) kan stress oppleves på grunn av problemer med å opprettholde normalitet i størst mulig grad, opprettholde et positivt selv bilde, tilpasse seg endrede sosiale relasjoner, bearbeide tap og opprettholde håp.

Andre situasjoner som kan skape stress ved kronisk sykdom, er at smertepasienten må lære å leve med symptomene, han må tilpasse seg endret kroppsopplevelse, å forebygge sosial isolasjon, makte usikkerheten i forhold til prognoser og sykdomsprogresjon, samt å revidere personlige, sosiale og arbeidsmål.

Benner og Wrubel (2001) bygger på Lazarus i sin forståelse av hva stress er. Stress er et resultat av pasientens vurdering av sine muligheter til å tilpasse seg forholdene. Det er hva pasienten selv føler som er av betydning, og det vi som sykepleier skal ta tak i. Målet for sykepleieren blir å hjelpe pasienten med å komme over disse stressende opplevelsene på en best mulig måte. Når pasienten har levet med smerter over lengre tid, vil han etterhvert

utvikle et sett med forventninger, vaner og metoder, og han utvikler en praktisk viten om hvordan han skal leve med sykdommen.

En annen ting det er viktig for sykepleier å være bevisst på i følge Kristoffersen (1996), er de kulturelle forskjellene i det å gi uttrykk for symptomer, og det samme med reaksjonen på sykdom. Vi skandinaver lærer å bite i oss smertene så lenge som mulig, mens det i andre deler av verden er akseptert om ikke forventet at man gir uttrykk for sin smerteopplevelse mye tidligere enn vi gjør.

Håp er en positiv forventning om noe bra, eller at noe skal gå bra. Å fremme håp er en av de viktigste oppgavene en sykepleier har ifølge Lohne (2005)

Håp er etter Eide og Eide's (2007) oppfatning, en forestilling om et mål man ønsker å oppnå,. Realistiske mål øker styrker pasientens motivasjon og vilje til forandring. Målene behøver ikke å være store for å virke motiverende. Realistiske og kortsiktige mål - f.eks å gå korridoren på sengeposten opp og ned en gang – gjør handling og mestring enklere. Å nå mål gir en følelse av mestring og kontroll. Sykepleierens oppgave vil bli å motivere pasienten til å sette seg korte og realistiske mål, og hjelpe han til å oppnå dem. Å bearbeide tapet av den kroppen man en gang hadde, og alt man klarte å gjøre tidligere, men ikke nå, er viktig. Pasienten kan oppleve en sorg over å ha mistet verdifulle egenskaper, og smertene er en stadig påminnelse om hva pasienten har mistet.

Eide og Eide (2007) sier at en vanlig forsvarsmekanisme i forhold til sorg, er å forsøke å undertrykke den. ”Jeg forsøkte å drukne mine sorger skrev Aksel Sandemose, men de kan svømme”. Sykepleieren må derfor hjelpe pasienten til å sortere følelsene, og å se objektivt på dem, slik at de blir enklere å bearbeide.

Mestring forutsetter og innebærer en tillit til at situasjonen i noen grad vil la seg bringe under kontroll hevder Eide og Eide (2007) Sykepleieren kan fremme mestring på flere måter, som å være den praktiske hjelperen som får ting gjort, ved å lytte og gi psykologisk og eksistensiell støtte, og ved å være samtalepartner som kan bidra med et realistisk perspektiv på hva som bør gjøres og hva som kan oppnås på kort eller lang sikt.

Opplevelsen av meningsløshet og manglende tilhørighet er en trussel mot mestring, hevder Benner og Wrubel (2001). Det er en viktig oppgave for sykepleieren å hjelpe pasienten å finne mening. Sykepleieren må bry seg, og pasienten må oppleve at sykepleieren bryr seg. Ved å involvere seg kan sykepleieren få tak i pasientens ressurser, samt hvilken mening pasienten legger i situasjonen. Dette må være utgangspunkt for all sykepleie.

Sykepleierens liv som enkeltperson er styrt av sitt eget nettverk og av engasjement. Dette er avgjørende på effektiviteten av sykepleiepraksisen. Sykepleierens engasjement varierer fra person til person, og fra situasjon til situasjon. En sykepleier kan vektlegge best mulig pleie, en annen vil gi best mulig livskvalitet, en tredje vil vektlegge den individuelle pleie. Uansett hvilken type sykepleie som vektlegges, er tilstedeværelsen av sykepleieren avgjørende. Personlig engasjement er viktig for at sykepleieren kan være i situasjonen. Empati kan være en måte for sykepleieren til å oppnå personlig engasjement. På denne måten får sykepleieren muligheten til å forstå pasienten særegne situasjon. Ekspertsykepleieren har forklart i intervju det som er gjenkjennelig og unikt ved pasienten. Den kunnskap som sykepleieren får ut fra personlig engasjement er både generaliserbar og spesifikk sier de. Generaliserbar kunnskap er at ulike pasienter tåler ulik mengde smertestillende medikamenter, mens spesifikk kunnskap har med den individuelle pasient å gjøre. Det kan være basert på kortvarig eller langvarig kontakt med pasienten. Benner og Wrubler (2001).

Benner og Wrubels (2001) teori har en base i at ”omsorg er den essensielle forutsetning for mestring”. De sier at mestring alen ikke kan eliminere tap og smerte. Det å kunne mestre, vil hjelpe en til å forholde seg til disse opplevelsene. Omsorg som utgangspunkt for mestring, tar også høyde for muligheten for glede og tilfredshet en kan oppnå gjennom å yte omsorg.

## **5.5 Empowerment**

Bartholdy(2000) setter den omsorgsfulle sykepleieren opp mot empowerment-sykepleieren. Hun beskriver den omsorgsfulle sykepleieren som en som anser seg selv for å være den som er ansvarlig for omsorg og pleie. Denne sykepleieren vil ofte ta kontroll over pasienten og ikke samarbeide med han. Hun vil selv definere hans behov og handle ut ifra det. Hun hevder at dette kan sammenlignes med den helt alminnelige sykepleiepraksisen. Hun påpeker at selv om sykepleieren ønsker og også tror hun gjør det beste for pasienten, så understøtter hun ikke hans empowerment. Empowerment-sykepleieren derimot vil anta at pasienten selv kan kontrollere visse ting og vil derfor støtte han til å ta ansvar

I følge Askheim (2004) innebærer empowerment for pasienten å komme ut av en undertrykt posisjon. Metoden fokuserer på likeverd, partnerskap og samarbeid, brukermedvirkning,



en maktanalyse av klientens situasjon og mobilisering av ressurser. Tilnærmingen er ressursorientert. At brukeren skal ha kontroll og styring over tiltakene er et sentralt krav. Det er pasienten som har styringen i forhold til hvilke tiltak som skal settes igang, og når. Empowerment blir stadig et mer populært fenomen i dagens samfunn, samtidig trekker Askheim (2003) frem at det blir mer uklart hva begrepet omhandler. De profesjonelle kan dermed gi det en betydning der de beholder kontrollen, som ikke er så gunstig i og med at det er pasientens perspektiv som er essensielt i all god sykepleie. Vifladt og Hopen(2004) sier at pasientene trenger nødvendig kunnskap, men enda viktigere er det å kunne stille spørsmål og reflektere over egen tilstand og finne svarene selv, uten å få dem servert.

## **5.6 Kommunikasjon**

Vifladt og Hopen (2004) sier at uavhengig om jeg snakker med meg selv, eller med andre, så er kommunikasjonen det meningsbærende i tilværelsen.

### **5.6.1 Kongruens**

Kristoffersen (1996) sier at noe av det viktigste for å bygge opp et tillitsforhold til pasienten, er ved at det er kongruens - samsvar – mellom verbal og nonverbal kommunikasjon. Inkongruens i sykepleierens kommunikasjon til pasienten kan skape utrygghet, og pasienten kan føle seg forvirret. Det er viktig å ikke bruke ironi, med mindre man er helt sikker på at pasienten forstår det. Eide og Eide (2007) legger også vekt på at profesjonell kommunikasjon er noe annet enn å kommunisere som privatperson. Vi kommuniserer som helsearbeidere, og med mennesker som trenger vår hjelp og assistanse.

### **5.6.2 Nonverbal kommunikasjon**

Vi må være oss bevisst hvordan vi kommunisere nonverbalt sier Eide og Eide (2007) fordi store deler av vår kommunikasjon foregår nonverbalt. Et lite smil, et nikk, en bekymret rynke i pannen eller et utålmodig kremt. Vi kan tolke mye av det smertepasienten gir uttrykk for ved å se på nonverbal kommunikasjon. Han kan bite sammen tennene, han kan ha en smerterynte i pannen, ha langsomme bevegelser, vi kan høre håpet i en opprømt stemme, forakten i et fnys, eller resignasjon i et stille sukk. Disse nonverbale signalene tolkes hele tiden, men hva vi legger i det vil variere ut fra sykepleiernes kulturbakgrunn, det tolkningen er derfor ikke alltid like presis. De nonverbale signalene sier gjerne noe om

relasjonen vi har til pasienten. De sier også ofte noe om den andres følelser og reaksjoner, kanskje mer enn pasienten er klar over selv. Vi kan se raseriet i et blikk, eller hjelpeløsheten i en håndbevegelse, resignasjonen i en bøyd nakke. Vi vet sjelden hva den andre tenker eller føler, så vi må prøve oss frem, lytte og prøve oss frem igjen.

Nonverbal kommunikasjon er en grunnleggende profesjonell ferdighet som hjelperen anvender gjennom hele hjelpeprosessen i følge Hill og O'Brien (1999) og Burgoon og Baccus (2003). Den viktigste funksjonen sier de, er å møte den andre på en bekræftende måte, oppmuntrende og bestyrkende måte, og gjennom det skape den trygghet og tillit pasienten trenger for å kunne åpne seg, dele tanker og følelser. Slik kan nonverbal kommunikasjon være et viktig hjelpemiddel til å bygge en relasjon til pasienten, hjelpe han til å finne motivasjon og stimulere den andre til å bruke sine ressurser så godt som mulig. (Eide og Eide 2001)

En teknikk som er nyttig å bruke i kommunikasjon med pasienter, er i følge Eide og Eide (2007) "Aktiv lytting".

Evnen til å lytte aktivt er kanskje den viktigste og mest grunnleggende ferdighet i profesjonell, hjelpende kommunikasjon. Aktiv lytting er delt inn i følgende delferdigheter:

-*Nonverbal adferd* som viser at man er henvendt mot, og oppmerksom på den man snakker med. Man står /sitter vendt mot pasienten, og man viser at man har tid til å høre på pasienten. Sykepleier viser at hun *ø n s k e r* å lytte til pasienten.

-*Små verbale oppmuntringer* som viser at man er tilstede og følger med. Det kan være små ord som bekrefter at du fortsatt henger med, og er interessert i det som blir sagt.

-*Å stille spørsmål* som utdyper det personen snakker om. F.eks "hva mener du med det"?

-*Å parafrasere* eller omformulere det den andre har sagt for å nyansere og sjekke ut om du har hørt riktig. Eks: "Når du sier at du har smerter, da mener du at du har fysisk vondt?"

-*Å speile den andres følelser* og derved formidle at man også forstår den andres emosjonelle verden. "Ja jeg forstår at det oppleves vanskelig" .

-*Å sammenfatte følelser og innhold* av større deler av samtalen, og på den måten bidra til å tydeliggjøre det man snakker om. Lage et kort sammendrag av samtalen, og på den måten vise at du har oppfattet pasienten riktig. Vise at du har forstått pasientens opplevelse av

## 5.7 Konklusjon

Målet mitt med denne oppgaven var å få mer kunnskap om kroniske smerter, et emne jeg har funnet svært interessant. I utgangspunktet var det bare mestring jeg skulle skrive om, men fant ut iløpet av arbeidsprosessen, at det kunne være interessant å se på omsorgens rolle i sykepleien. Jeg var ikke klar over da jeg startet, at det er så mange i Norge som sliter med kroniske smerter. Det forteller meg bare at det var et klokt valg i forhold til tema. Dette er en pasientgruppe jeg garantert vil ha omsorg for i arbeidet mitt, så ser det som nyttig å ha gått så grundig inn i temaet. Det vil gi meg en større forståelse i min omgang med disse pasientene. Jeg har svart på problemstillingen min etter beste evne, og har forsøkt å finne spennende og god litteratur. Benner og Wrubels sykepleieteori, og det menneskesynet de formidler, har bevisstgjort meg på hvor viktig det er for sykepleieren å sette seg inn i pasientens livsverden.

For meg har det vært en stor bevissthetsprosess, for omsorg er bare noe man ”gjør” uten å tenke så veldig over det har jeg inntrykk av. Når jeg nå ser viktigheten av god omsorg, vil det gjøre meg bedre rustet til å handle riktig i forhold til pasienter, fordi jeg kjenner nyttige virkemidler, og har fått kunnskap om hva som må til for at pasienten skal føle at han blir anerkjent og sett. Å kunne sette seg ned på sengekanten hos en pasient og dele noen minutter, å gi han følelsen av at jeg har sanset hele hans person, at jeg respekterer han og vil han godt, kan for han bety mer enn kliniske undersøkelser. Jeg har virkelig bevist for meg selv at omsorg er grunnstenen i all sykepleie. Sykepleie uten omsorg er ikke sykepleie. Videre er det viktig å bruke tiden pasienten er inneliggende i avdelingen effektivt, for det er et krav om at liggetiden skal være på et minimum ut fra et økonomisk perspektiv.

Det var om lag 820 000 døgnopphold ved somatiske sykehus i 2008, en økning på nesten 1 prosent fra det foregående året. Samtidig med denne økningen fortsetter trenden med at pasientene blir liggende i kortere tid. I 1989 var gjennomsnittlig liggetid 7,5 dager, mens det i 2000 var nede i seks dager. Nedgangen har fortsatt fra fem liggedager i 2007 til 4,8 i 2008. (Statistisk sentralbyrå)

Det tilsier at vi som sykepleiere er bevisst på hva vi gjør, og har klare mål for vår omsorg, siden vi må utnytte tiden til fulle.

Jeg har ikke skrevet noe om livet hjemme for disse pasientene, men jeg ser for meg at de vil trenge mer oppfølging etter at de kommer hjem. Dette fordi det kan dukke opp spørsmål som ikke kommer før hendelser og inntrykk er bearbeidet.

## Litteraturliste

### Pensum:

Almås Hallbjørg (red.) (2001) Klinisk Sykepleie 1, Gyldendal Norsk Forlag A/S

\*Askheim, Ole Petter ”Fra normalisering til empowerment – Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede” Gyldendal Norsk Forlag AS 2003

\*Bartholdy, Jane ”Styrke til at handle selv” Sykepleiersken 2000

\*Benner.P, W. (2001). Omsorgens betydning i sykepleje. Danmark: Munksgaard.

\*Bentsen, S. B. (2004). Kroniske smerter og livskvalitet. Sykepleien .

Dalland, O. (4 opplag 2007, 3.utgave 2008). Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide&Eide (2007) Kommunikasjon i relasjoner - Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

\*Frølich, S (2001) Kroniske smerter, kan man lære at leve med det? København, Nyt Nordisk Forlag.

\* Gjengedal, E. H. (2001). Å leve med kronisk sykdom, en varig kursendring. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag AS.

\*Håkonsen, Kjell Magne, (1999)Mestring og relasjon, psykologi med eksempler fra sykepleie. Universitetsforlaget AS.

\*Jensen. Troels. S, Smerte, FADLS Forlag AS, 2003

Knutstad, Unni og Nielsen, Birthe Kamp, Sykepleieboken 2 (red)(2005)Akribe as.

\*Konsmo, Trulte, ( 1995)En hatt med slør., Tano Aschehoug, Oslo.

Kristoffersen, Nina Jahren (red. ) (1995)Generell sykepleie 1 og 2, Universitetsforlaget

\*Lazarus og Folkman (1984) Stress, appraisal and coping, Springer Publishing Company

\* Lohne, Sykepleieboken 2 (red)(2005)Akrise as.

\*Martinsen, K. (1989). Omsorg, sykepleie og medisin - historisk filosofiske essays. Oslo: TANO AS.

\*Nordland, E. (2005). Gruppen som redskap for læring. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

\*Nortvedt, F. o. (1997). Smertelindring - utfordringer og muligheter. Oslo: Universitetsforlaget AS.

\*Solhaug, R. (2004, september 08). forskning.no. Retrieved september 08, 2004, from Måling av mestring.

\*Stiles, T. (2007). Lidelsesspesifikk kognitiv terapi. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

\*Vifladdt ,Egon og Hopen, Liv (2004) Helsepedagogikk, samhandling om læring og mestring, Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.

### **Artikler:**

“Anxiety, depression and pain intensity in patients with low back pain who are admitted to acute care hospitals”. Journal of Clinical Nursing. 17(11):1471-1480, June 2008.

Mok, Long Chau MN, RN; Lee, Iris Fung-Kam MPhil, RN

” Empowerment ” Thesen, Janecke, Malterud, Kirsti, Seksjon for allmenntidmedisin, UiB.”

“Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity”, Pain Management and Research Centre, University Hospital Maastricht, P.O. Box 5800, 6202 AZ Maastricht, The Netherlands 2004

“Pain catastrophizing and neural responses to pain among persons with Fibromyalgia”, R. H. Gracely,1 M. E. Geisser,2 T. Giesecke,3 M. A. B. Grant,1 F. Petzke,3 D. A. Williams1 and D. J. Clauw1, Brain, Vol. 127, No. 4, 835-843, 2004

“Health-related quality of life and coping in rehabilitation of people suffering from chronic pain”, Elin Dysvik, The degree rerum politicarum (dr.polit) UiB 2006)

“Acceptance and change in the context of chronic pain” Lance M. McCracken, James W. Carson, Christopher Eccleston and Francis J. Keefe, Pain Management Unit, Royal National Hospital for Rheumatic Diseases and The University of Bath, Bath BA1 1RL, UK, Duke University Medical Center, Durham, NC, USA, Pain Volume 109, Issues 1-2, May 2004, Pages 4-7

“Patient Functioning and Catastrophizing in Chronic Pain: The Mediating Effects of Acceptance” Kevin E. Vowles, Lance M. McCracken<sup>a</sup> and Christopher Eccleston, the Department of Psychology, Pain Management Unit, Royal National Hospital for Rheumatic Diseases and University of Bath, Health Psychology, Volume 27, Issue 2, Supplement 1, (March 2008), Pages S136-S143

“Er det omsorgen eller nålene som lindrer”? Merethe Kumle, Klinisk forskningscenter, UiN, tidsskrift for den norske legeforening (2009)

“Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center” Becker. N, Bondegaard Thomsen A, Olsen AK, Sjøgren P, Bech P, Eriksen J., Pain 1997;73(3):393-400. Pain 1997; 73 (3) :393-400, Multidisciplinary Pain Center, Danish National Hospital, Copenhagen O, Denmark Tverrfaglige Pain Center, Danish National Hospital, Copenhagen O, Danmark

[http://www.uib.no/info/dr\\_grad/2006/Dysvik\\_Elin.html](http://www.uib.no/info/dr_grad/2006/Dysvik_Elin.html) (Dysvik 2003)





