

En lindrende hånd

-ved livets slutt



(Kilde: eget foto)

HØGSKOLEN I SØRØST-NORGE -
Fakultet for helsevitenskap

Bachelor i Sykepleie

Juni 2016

Beate Gangsø

Evelyn Schumacher

Sammendrag

Tittel (norsk):	En lindrende hånd – ved livets slutt
Tittel (engelsk):	A soothing hand – at the end of life
Utdanning:	Bachelor i Sykepleie
Utdanningssted:	Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helsevitenskap, Institutt for sykepleievitenskap, Campus Vestfold
Arbeidets art:	Bacheloroppgave i Sykepleie
Antall ord:	11999
Antall sider:	47
Søkeord:	Massage – pain relief – palliative care - cancer

«En lindrende hånd – ved livets slutt» handler om hvordan sykepleier ved bevisst fysisk berøring som komplementær behandling kan gi lindring til pasienter med kreft i den palliative fasen.

Foreliggende oppgave er en litteraturstudie, og baserer seg blant annet på engelskspråklige vitenskapelige artikler.

Fysisk berøring er et grunnleggende behov fra livets begynnelse til livets slutt. Spedbarn er avhengig av berøring for å kunne overleve. Dette behovet er ikke like nødvendig hos voksne, men ser allikevel ut til å kunne være av betydning livet ut. Mennesker kommuniserer ved hjelp av berøring for enten å trekke til seg oppmerksomhet eller for å formidle trøst og støtte.

Pasienter med kreft har mange utfordringer, og særlig i den palliative fasen blir ulike fysiske og psykiske symptomer fremtredende.

Fysisk berøring kan brukes for å lindre fysiske og psykiske symptomer, men kan også skape misforståelser i relasjon mennesker i mellom.

Oppgavens formål er å få frem kunnskap om relasjonskompetanse som en nødvendighet i samhandling med pasienten, og hvordan lindring kan oppnås gjennom fysisk berøring.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema	1
1.2	Presentasjon av problemstillingen	3
1.3	Presisering og avgrensning av problemstilling.....	3
1.4	Definisjon av begreper i problemstillingen	5
1.5	Formålet med oppgaven.....	5
1.6	Oppgavens disposisjon	6
2	Metode.....	7
2.1	Valg og begrunnelse for metode	7
2.2	Litteraturstudie.....	8
2.3	Litteratursøking.....	8
2.4	Søkeprosess i artikkeldatabaser	9
2.5	Presentasjon av utvalgt litteratur.....	10
2.6	Etiske overveielser	11
2.7	Kildekritikk.....	11
3	Teori	13
3.1	Hudens oppbygning og funksjon	13
3.2	Oxytocin – hormon og signalstoff	14
3.3	Fysisk berøring	15
3.3.1	Utviklingshistorisk perspektiv	15
3.3.2	Sykepleiefaglig perspektiv	15
3.3.3	Pasientens perspektiv.....	15
3.3.4	Berøring og kreft – komplementær behandling.....	16
3.4	Kreftsykdom og lindring.....	18
3.5	Symptomer ved kreftsykdom.....	19

3.6	Noen former for fysisk berøring og mulige virkninger	21
3.6.1	Taktil berøring	21
3.6.2	Terapeutisk berøring.....	21
3.6.3	Økt velvære og trygghet	22
3.6.4	Mindre muskelspenninger og redusert smerte.....	23
3.7	Kari Martinsens omsorgsteori.....	24
3.8	Sykepleiens rammebetingelser	25
4	Diskusjon.....	27
4.1	Fysisk berøring og relasjonskompetanse	27
4.2	Lindring gjennom fysisk berøring	38
5	Avslutning	43
	Litteraturliste	44

1 Innledning

Foreliggende oppgave omhandler hvordan fysisk berøring bevisst kan brukes til å gi lindring til pasienter med kreft i den palliative fasen.

Innledningsvis vil bakgrunn for valg av tema «fysisk berøring og lindring», og problemstillingen blir presentert. Videre følger en nærmere klargjøring av dens innhold samt avgrensning. Vi definerer noen viktige begreper som står sentralt i problemstillingen, og gir en kort forklaring på formålet med oppgaven.

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

Kreftregisteret slår alarm: tilfeller med en kreftsykdom i Norge anslås å ha økt til omtrent det dobbelte innen 2030 (Johannesen, 2015).

Ved utgangen av 2014 var ca. 242.000 norske menn og kvinner registrert, som var i livet etter å ha hatt en kreftdiagnose. Selv om Kreftregisteret opererer med skyhøye tall, finner den nysgjerrige leseren, at statistikken for økning av krefttilfeller gjelder i stor grad personer over 65 år i Norge. Likeledes er det flere som overlever en kreftsykdom, eller til og med blir friske. Det skyldes blant annet bedre behandlingsformer og tidligere diagnostisering (Kreftregisteret, 2016).

Kreftsykdommen medfører plagsomme symptomer og de fleste pasienter vil slite med søvnproblemer, kvalme og angst. Ved langkomment kreftsykdom er det komplikasjoner rundt smerteproblematikken som gir utfordringer til pasientene (Tellungen, u.å.). I den palliative fasen, dvs. sykdommen ikke lenger er kurativ, er det svært viktig med god sykepleie rettet mot kompleksiteten av symptomer og helserelaterte behov (Lorentsen B. & Grov, 2010).

Jamfør Yrkesetiske Retningslinjer er sykepleiens grunnlag basert på respekt for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Videre skal sykepleien bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, samt være kunnskapsbasert. Lindre lidelse og bidra til en naturlig og verdig død er sykepleierens ansvar. Gjennom bevisst fysisk berøring mener vi sykepleier vedkjenner seg barmhjertighet og omsorg, samtidig som det bør føre til lindring, inntil døden er sykdommens siste utvei (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Fra livets spede begynnelse til livets slutt har mennesket behov for å berøre og å bli berørt. Spedbarn er faktisk avhengig av berøring, og manglende fysisk kontakt og nærhet kan i ytterste konsekvens føre til død (Fyrand, 2002).

Historisk sett ble berøringen tilmålt betydning i form av å kunne helbrede syke. Bibelberetninger forteller i Matteus 8, 1-3 hvordan Jesus har helbredet mennesker gjennom håndspåleggelse i sin tid (Bibelselskapets oversettelse, 2011). Dette viser at berøring har spilt en sentral rolle allerede denne gangen.

Gjennom våre praksisstudier har vi fått personlige erfaringer i møte med pasienter med kreft både på sykehjem og i hjemmesykepleien. Sykepleier utfører ofte prosedyrer og er på denne måten i kontakt med pasienten. Allikevel tenker vi at pasientens grunnleggende behov for berøring ofte er oversett, og mener at dette blant annet kan skyldes lav oppmerksomhet samt begrenset kjennskap til bevisst fysisk berøring.

Interessen for temaet ble vekket, da en av våre praksisveiledere gjorde oss oppmerksom på viktigheten av å ta i bruk fysisk berøring. Selv har vi i våre praksisperioder erfart, at pasientene kunne oppleve å bli behandlet hardhendt uten at vi ønsket å tilføre ubehag og smerte. Pleien er ofte preget av tidspress og det kreves av sykepleiere å være effektive, noe som kan føre til uheldig samhandling med pasienten. Etter å ha brukt fysisk berøring mer bevisst, har vi også fått gode tilbakemeldinger fra pasienter, som for eksempel kunne uttale: «Åh, det gjorde godt. Nå føler jeg meg roligere».

Den østerrikske filosofen Ludwig Wittgenstein skal ha uttalt seg om paradokset, at det vi gjør mest av, vet vi ofte minst av (Fyrand, 2002). I denne oppgaven skal vi se nærmere på hvordan sykepleier ved hjelp av fysisk berøring kan bidra til lindring i møte med pasienter med kreft. Som fremtidige sykepleiere kommer vi til å møte denne pasientgruppen på ulike arenaer og vil med dette inneha nyttig fag- og forskningskunnskap innen fysisk berøring og lindring.

1.2 Presentasjon av problemstillingen

Hvordan kan sykepleier ved bevisst fysisk berøring som komplementær behandling gi lindring til pasienter med kreft i den palliative fasen?

1.3 Presisering og avgrensning av problemstilling

Oppgavens fokus vil være på fysisk berøring og lindring av pasientens smerter og ubehag av forskjellig utslag. Vi avgrenser ikke til en bestemt krefttype. Årsaken til dette er at kunnskapen om fysisk berøring ønskes å fremheves. Oppgaven konsentrerer seg om pasienter fra 18 år og oppover. Vi spesifiserer ikke kjønn, og går heller ikke inn på hvorvidt fysisk berøring kan oppfattes forskjellig av menn eller kvinner. Sykepleier kan på sin side også påvirkes i samhandlingen, men sentrum vil være pasientens opplevelse av fysisk berøring. Likeledes avgrenser vi fysisk berøring til norsk kultur. Sykepleier omtales i oppgaven i hunkjønn – selv om sykepleieprofesjon ikke er låst til det kvinnelige kjønn.

I oppgaven brukes begrepene «fysisk berøring» og «massasje» om hverandre. Etisk tenkning står sentralt i sykepleien og de fire etiske prinsipper danner grunnlaget for den. I foreliggende oppgave fokuseres det på «velgjørenhetsprinsippet». Det skilles mellom østlige og vestlige teknikker; førstnevnte forholder seg til det som sies å være kroppens «energi», mens vestlige konsentrerer seg om det anatomiske og de fysiologiske prosesser (Norges Massasjeforbund, u.å.). I oppgaven benyttes den vestlige form for terapeutisk berøring - altså ikke healing.

Pårørende viser seg ofte å være en viktig ressurs til den kreftrammede, men grunnet oppgavens begrensning vil deres funksjon ikke utdypes nærmere. Men allikevel brukes en vitenskapelig artikkel, der pårørendes reaksjoner og effekt av massasje blir undersøkt for å understøtte rekkevidden av fysisk berøring.

Fysisk berøring er et stort begrep, og forbindes ofte med seksualitet. I denne oppgaven utelukker vi seksualitet, men tar høyde for at misforståelser kan oppstå i relasjon mellom sykepleier og pasient. Oppgavens fokus er å gi sykepleie i en profesjonell kontekst. Det finnes mange ulike kroppsbehandlinger som for eksempel massasje eller fysioterapi. Vi skal gjøre rede for noen teknikker eller metoder som kan brukes av sykepleiere, uten at det nødvendigvis kreves spesielle tekniske hjelpemidler for å kunne gjennomføres.

Vi regner fysisk berøring som et komplementært tiltak, altså et supplement til palliativ behandling. Fysisk berøring skal ikke erstatte ordinær smertebehandling av kreft. Oppgavens fokus vil være lindring av pasientens smerter og ubehag som følger med en kreftsykdom gjennom bevisst fysisk berøring. Fysisk berøring skal være en bevisst handling fra sykepleierens side, snarere enn å berøre pasienten tilfeldig.

Lindrende enhet lokalisert på sykehjem er den arenaen vi har valgt for oppgaven. Dette er en av arenaene vi begge har vært i praksis i og derfor har litt erfaring ifra. Likeledes er det der sykepleier møter den palliative pasient med kreft og dermed vil ha mulighet til å ta i bruk fysisk berøring.

1.4 Definisjon av begreper i problemstillingen

Lindring

Problemstillingen baserer seg på hvordan sykepleier skal kunne lindre smerter og ubehag av forskjellig utslag ved fysisk berøring. Lindring sidestilles med begrepet “palliative care”. Det finnes ingen god norsk oversettelse. Palliative care innbefatter all behandling, pleie og omsorg av pasienter med inkurabel sykdom med besværlige symptomer. I dagligtale blir ordet palliasjon oftest brukt om hverandre. I utgangspunkt baserer palliasjon seg på det medisinske spesialområdet (Kaasa, 2008).

Fysisk berøring

Berøring blir i følge Fyrand (2002) definert som all form for samhandling mellom mennesker og inkluderer både den fysiske og ikke fysiske berøringen, også kalt sjelelig eller sanselig berøring. Ved fysisk berøring aktiveres følesansen ved at det skapes direkte kontakt med noe eller noen gjennom huden. Taktil berøring inngår som en del i fysisk berøring, der berøringssansen blir stimulert gjennom hudkontakt (Ertner, 2014).

Komplementær behandling

Komplementær behandling gis ofte som et supplement til behandlingstilbudet innen skolemedisinsk kunnskap. Det skal altså være utfyllende eller forsterkende til annen behandling (Norheim 2009).

Formålet med oppgaven

Ved å skrive denne oppgaven ønsker vi å undersøke på hvilken måte sykepleier kan gi lindring ved å ta i bruk fysisk berøring. Vår intensjon er å bevisstgjøre betydningen samt belyse viktigheten av det.

Vi ønsker å løfte frem kunnskapen og virkningen av valgt pasientgruppe. Relevante vitenskapelige studier skal være underbyggende. Ikke minst ønsker vi å avdekke helseeffekter for pasienten. Viktig for oss som fremtidige sykepleiere er også, å finne ut av hvordan behandling med fysisk berøring kan utøves i omsorg og lindring.

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt inn i fem deler. I den første delen beskriver vi bakgrunn for valg av tema og problemstilling. Videre har vi foretatt en avgrensning og presisering samt definert sentrale begreper i problemstillingen.

Deretter presenteres metoden som er brukt i kapittel 2. Relevant teori knyttet til problemstillingen vil bli presenter i kapittel 3. Denne vil så bli drøftet i lys av problemstillingen i kapittel 4. Avslutningsvis i kapittel 5 trekker vi frem de viktigste funnene.

2 Metode

Forskning har en sentral plass i sykepleiefaget. Allerede Nightingale (1820-1910) har forstått betydningen av å innhente data systematisk. Hennes intensjon har vært å kunne forklare årsaker og sammenhenger i gitte situasjoner for å kunne ta riktige beslutninger (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015).

I forbindelse med vår oppgave er vi interessert i å fremskaffe kunnskap, som belyser vår problemstilling om bevisst fysisk berøring kan gi lindring til pasienter med kreft i den palliative fasen.

2.1 Valg og begrunnelse for metode

Metode er en tilnæringsmåte og et middel til å løse problemstillinger, og den forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å få tilgang til ny kunnskap (Dalland, 2013).

Forskning skiller mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Disse to metodiske tilnæringsmåtene baserer seg på innhenting av målbare data beskrevet i tall i den kvantitative metoden. Den kvalitative metoden derimot benytter seg av hermeneutikken for å belyse og beskrive fenomener. Motivet er dermed å fange opp meninger, opplevelser eller erfaringer. Disse har til hensikt å få beskrive en større mening uten at de lar seg tallfeste (Dalland, 2013).

Helsefaglig forskning drives i stor grad av å svare på fem ulike kjernesporsmål. Det handler om å utforske og tilegne seg kunnskap om diagnostikk, prognose, pasienterfaringer eller fenomenologiske spørsmål, sykdomsårsaker samt effekt av behandlende, forebyggende eller rehabiliterende tiltak. Metoden forskeren velger, bestemmes av hvilke helsefaglige spørsmål som ønskes å få svar på (Bjørndal, Flottorp, & Klovning, 2013).

Kjernesporsmålet i vår problemstilling er følgelig, å vise om det er sammenheng mellom lindrende effekt og fysisk berøring. Det foretrukne designet som vurderer effekter av tiltak er randomiserte kontrollerte forsøk (Bjørndal et al., 2013).

2.2 Litteraturstudie

Litteraturstudiet er en systematisk gjennomgang av eksisterende kunnskap, presentert i artikler. Vanligvis benyttes primærkilder, det vil si at kunnskapen som er publisert i vitenskapelige artikler er original fra forskeren. Kunnskapsbasert praksis betyr, å ta faglige avgjørelser basert på forskning, erfaring og brukermedvirkning. Kravet om å jobbe kunnskapsbasert i helsefag har gjort, at flere artikler er tilgjengelige som kan brukes i litteraturstudier (Christoffersen et al., 2015).

Foreliggende oppgave er basert på pensumlitteratur fra sykepleierutdanningen samt selvvalgt pensum, fagartikler og engelske vitenskapelige artikler.

2.3 Litteratursøking

Vi har foretatt flere tilfeldige søk på Biblioteket, for å finne egnet litteratur om fysisk berøring. Etter å ha formulert problemstillingen har vi benyttet oss av metoden kjedesøking, som betyr å finne frem litteratur ut ifra en tekst som fører til den neste og så videre (Rienecker & Jørgensen, 2013). Vi startet med å gå gjennom pensumlitteratur fra sykepleierutdanningen. Videre søkte vi på Biblioteket med begrep som for eksempel «fysisk berøring», «komplementær behandling», «kreftsykdom» samt «sykepleie til kreftpasienter» og «lindring ved livets slutt».

2.4 Søkeprosess i artikkeldatabaser

Systematisk søking viser til at en søker etter spesifikke emner vanligvis ved hjelp av elektroniske søkemotorer (Rienecker & Jørgensen, 2013). Vi har foretatt mange søk i diverse databaser over flere uker, fra 13.04.2016 og til og med 05.05.2016.

Helsefaglige elektroniske kunnskapstjenester som Helsebiblioteket, har vært en viktig database for søking etter engelske vitenskapelige artikler. Med utgangspunkt i én nettside er det mulig å få tilgang til oppdatert og kvalitetssikret kunnskap fra nasjonale og internasjonale fagmiljøer (Kilvik & Lamøy, 2007). Vi gjennomførte søk hovedsakelig i databasen PubMed, en av de viktigste medisinske og helsefaglige artikkeldatabasene internasjonalt, som gir tilgang til primærstudier (Kilvik & Lamøy, 2007).

Videre benyttet vi oss av emneordsystemet MeSH – Medical Subject Headings, for å få tak i søkbare engelske termer (Kilvik & Lamøy, 2007). Aktuelle MeSH termer for «berøring» var blant annet «touch», «massage» og «tactil sense». Også PICO-skjemaet, et skjematisk verktøy hjalp oss til å kunne stille eksplisitte spørsmål på en strukturert måte (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012).

Vi begynte å søke etter ordene «palliative care» og «touch» i McMaster PLUS. Etter mange uheldige søk til tross for ulike kombinasjoner av begrep gikk vi lenger ned i kunnskapspyramiden, for å finne primærstudier som er passende til vår problemstilling. Kunnskapspyramiden viser ulike kilder satt i system. Nederst i pyramiden er det oppført primærstudier, og lengst oppe er forskningsbasert kunnskap oppsummert og kvalitetsvurdert (Nortvedt et al., 2012).

Den første søkeprosessen i databasene ga oss bedre innsikt i hva som fantes av forskningsbasert kunnskap, og vi begynte å konkretisere ordet «berøring» ytterligere. Vi formet søkebegrep enda mer i retning kroppsbehandling. Søking etter tiltak innenfor massasje ble naturlig. Kombinasjon av begrep «massage» og «cancer» og «pain» gav oss lovende treff. Vi foretok en trunkering av samtlige begrep for å sikre at vi fikk med ulike varianter (Bjørndal et al., 2013). Spesifiseringer i retning omsorg og behandling gav oss

resultater. «Massage», «pain relief», «palliative care» samt «cancer» viste å være en velegnet søkestrategi.

2.5 Presentasjon av utvalgt litteratur

I følgende avsnitt presenterer vi et utvalg av engelske vitenskapelige artikler og en fagartikkel som blir mye brukt i oppgaven.

Ved «Memorial Sloan-Kettering Cancer Center» i New York ble det utført en større studie over en 3-års periode der litt i overkant av tusen pasienter deltok. Studiets hensikt var å finne ut av om massasje ga resultater i form av symptomreduksjon for pasienter med kreft. Resultatene ble presentert i en vitenskapelig artikkel under følgende navn: «Massage Therapy for Symptom Control: Outcome Study at a Major Cancer Center». Behandlingen ble gjennomført av utdannede massører og pasientene kunne velge mellom klassisk og lett massasje eller fotmassasje. Effekten av massasjen ble evaluert på et nummerert skjema. Det handlet om symptomer som smerter, fatigue, stress og angst, depresjon og kvalme (Cassileth & Vickers, 2004). Artikkelen benytter seg av kvantitativ design.

«The existential experiences of receiving soft tissue massage in palliative home care» er en studie, som undersøker effekten av massasje gitt på føtter eller hender. 22 pasienter med inkurabel kreftsykdom deltok i en 2-ukers undersøkelse, der de fikk 9 ganger massasje-behandling. Pasientene slet med symptomer som kvalme, søvnevansker, smerter, angst og fatigue mens studien pågikk. Massasje ga effekt blant annet på søvnevansker og pasientene opplevde trygghet (Cronfalk, Strang, Ternestedt & Friedrichsen, 2009). Artikkelen har en hermeneutisk tilnærming, altså har kvalitativ design.

«Massage og berøring – erfaring og effekt» er en fagartikkel skrevet av en erfaren fysioterapeut, og gjenspeiler hennes erfaring i arbeidet med berøring og massasje med palliative pasienter med kreft. Artikkelen belyser fysiske og psykiske aspekter som for eksempel smerte, angst og uro og viser til både forskning og egen erfaring fra praksis (Salomonsen, 2007).

2.6 Ethiske overveielser

Foreliggende oppgave baserer seg på akademisk skriveform og det overholdes regler for kildehenvisning. Oppgaven er et selvstendig arbeid, og er ikke plagiert. Medisinsk og helsefaglig forskning baserer seg på etisk forsvarlighet for å beskytte deltakerne mot farer, og informert samtykke av deltakerne står blant annet i fokus. Vanligvis trengs det innhenting av tillatelse for forskningsprosjekter av det norske Regionale komité og medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Men denne oppgaven er en litteraturstudie og bygger dermed på allerede eksisterende forskning (Christoffersen et al., 2015).

2.7 Kildekritikk

I valg av litteratur har vi vært nøye med å finne kilder relatert til sykepleiefaget med vitenskapelig forankring.

Allikevel har vi benyttet oss av litteratur som hovedsakelig ikke er sykepleiefaglig rettet, men gir en forståelse av viktige prosesser i fysiologisk og psykologisk henseende av fysisk berøring. Forskning på hormonet oxytocin i forbindelse med fysisk berøring av legen og professor Kerstin Uvnæs Moberg (2015) blir tatt i nærmere betraktning. For å kunne fastslå om fysisk berøring gir effekt, gir hennes forskning et viktig bidrag for å stadfeste nytteverdien.

Ole Fyrand sin bok «Berøring» er heller ikke relatert til sykepleiefaget. Til tross for dette tilføyer den viktig kunnskap om berøringens betydning, som vi ønsker belyst i vår problemstilling.

Pålitelighet av valgte forskningsartikler styrkes ved at de er publisert i sykepleiefaglige og helsefaglige tidsskrifter. I tillegg til at kulturforskjeller ikke anses som vesentlige, da studiene ble utført i vestlige land. «The outcome of tactile touch on oxytocin in intensive care patients» (Henricson et al., 2008), er en randomisert kontrollert studie med en kvantitativ tilnærming. Oxytocin-nivået i blodet ble målt før og etter massasjebehandling av pasienter, innlagt på en intensivpost. Kontrollgruppen hadde lavere oxytocin- verdier

enn intervensjonsgruppen, som holdt seg stabilt. Denne studien styrker troverdigheten på at fysisk berøring har effekt. En annen original artikkel «Massage therapy for symptom controll: outcome study at a major cancer center» (Cassileth & Vickers, 2004), undersøker ulike metoder for massasje over en 3-års periode med over rundt 1000 pasienter på et klinisk hoved senter for kreft i New York. Studien var blindet og kun forskere fikk se pasientenes svar som ble avgitt etter mottatt behandling. Styrkemarkøren i dette er at ingen kunne påvirke resultatet.

«The existential experiences of receiving soft tissue massage in palliative home care» (Cronfalk et al., 2009), er en kvalitativ studie, der 22 pasienter blir intervjuet om deres opplevelser i forbindelse med massasje. Studien viser svakheter som at undersøkelsen kun gikk over 2 uker, med bare 9 massasje behandlinger. Det kan settes tvil på hvor effektiv massasje kan ha vært, også med tanke på at forskerne valgte et kvalitativ design.

Mange undersøkelser innen massasje er ikke lett å tolke og det mangler kontrollgrupper, og er derfor ikke anerkjent i vitenskapen. Generelt kan det sies at mange studier konkluderer med at det trengs flere undersøkelser utført med passende design, som for eksempel effektstudier (RCT), for å kunne fastslå en entydig effekt. Videre undersøker flere av de valgte artikler ulike former for både fysiske og psykiske symptomer, som gjør det vanskelig å finne en artikkel, som slår fast effekt av kun et symptom.

Allikevel kan det konkluderes med, at massasjebehandling til pasienter med kreft ser ut til å ha effekt, særlig ved angst og uro, smerter og kvalme. Gjennomgående positive effekter hos pasienter med kreft ses i forhold til redusert uro og angst.

3 Teori

3.1 Hudens oppbygning og funksjon

Huden, kroppens største organ, fungerer som en beskyttende kappe, en begrensning overfor omverdenen. Den består av tre forskjellige lag. Ytterst finner vi epidermis, en millimeter tykk forhornet overhud. Deretter ligger lærhuden, eller dermis, som er 4-5 mm tykk. I dermis finnes det forskjellige reseptorer, som registrerer blant annet temperatur og smerte. En av disse er såkalte mekanoreseptorer som er følsomme for trykk og berøring.

Fett og løst bindevev utgjør underhuden (subcutis). Subcutant fettvev har ulik tykkelse forskjellige steder på kroppen, og er gjerne tydeligst i hofte- og mageregion. Faktorer som kjønn, alder og ernæringstilstand påvirker graden (Inngjerdningen, Holck, & Nicolaysen, 2013).

Nervesystemet består av nerver som sender signaler til andre celler. Informasjon fra kroppens ytre eller indre kan formidles gjennom for eksempel sanseceller, som fungerer som reseptorer. Sensoriske nervefibre aktiveres av berøring, trykk, strekk og skade, og finnes i store mengder i huden. Ryggmargen og hjernen tar i mot sanseinformasjon fra disse nervefibre (Chaudhry, 2013).

Hjernen kan oppfatte stimuli fra berøring raskere enn impulser fra smerter. Nerver som aktiveres ved langsom berøring kalles for CT-nerver, og finnes i behåret hud. Det er påvist at impulser fra berøringen fanges opp av disse nervene, og kan gi en opplevelse av velbehag. CT-nerver fanger opp behagelige impulser, når tempoet på berøringen er 3cm/s (Ertner, 2014).

3.2 Oxytocin – hormon og signalstoff

Gjennom hele utviklingshistorien har oxytocin fulgt mennesket. Det styrer livsviktige funksjoner hos både mennesker og dyr og forbindes særlig med ro, avspenning og velvære. Oxytocin har bestandig vært forbundet med fødsel og amming. Men professor Moberg (2015) sin forskning har imidlertid avslørt, at begge kjønn produserer oxytocin. Det frigjøres særlig i nære relasjoner og i forbindelse med berøring, og blir derfor også kalt for nærhetens- eller kjærlighetshormon. Dette gjelder som sagt for både menn og kvinner. Oxytocin dannes i hypothalamus og transporteres til enten blodet (hormon) via hypofysens baklapp, eller til hjernen og ryggmargen som et signalstoff. Således kan det oppstå ulike reaksjoner i kroppen, som blant annet redusert angst- og stressnivå. Likeledes har oxytocin evne til å dempe intensiteten på reaksjonen av smerte og bidrar til å senke puls og blodtrykk.

Gjennom berøring aktiveres berøringsreseptorene i huden som kan gjøre oss roligere og gi avspenning ved å frigjøre oxytocin. Berøring i en bestemt regelmessig rytme motvirker angst og frykt samt reduserer aktivitet i hjerte og kretsløp. Denne mekanismen der ro, fred og tillit er til stede, kalles for ro- hvile-systemet (Moberg, 2015).

3.3 Fysisk berøring

3.3.1 Utviklingshistorisk perspektiv

Mennesker sosialiseres fra livets begynnelse og vi tilpasser oss samfunnet fortløpende. Fyrand (2002) hevder, at berøring er livsviktig for spedbarn for utvikling og overlevelsessevne, og er fundamentalt for å kunne leve et fullverdig liv. I den sosiale kontakten er berøring for eksempel grunnleggende for å bekrefte tilhørighet. Derfor er det naturlig å berøre og å bli berørt. Dette behovet varer livet ut. Men berøring omhandler mer enn bare den fysiske delen av det, men innebærer også psykisk nærhet. Berøring innbefatter alt som formidles via sansene, som for eksempel hudsansen. Det skilles mellom god og ond berøring, og hevdes at huden husker all form for berøring (Fyrand, 2002).

3.3.2 Sykepleiefaglig perspektiv

Gjennom den daglige kontakten er sykepleier på ulike måter i fysisk berøring med pasienten. Utførelse av prosedyrer krever til dels fysisk kontakt. Når det gjelder kroppslig kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, kan den deles inn i henholdsvis intimsfæren, kontaktsfæren og avstandsfæren (Renolen, 2010).

Medisinske undersøkelser og behandling samt hjelp til stell eller påkledning foregår i nær fysisk kontakt, altså i intimsfæren. Kommunikasjon utenom direkte kroppskontakt utgjør kontaktsfæren. Mens observasjon av den andres kroppsspråk og kommunikasjon betegnes som avstandssfæren. Møtet i intimsfæren er preget av inntrykket pasienten har fått av sykepleieren gjennom kontakt- og avstandsfæren (Renolen, 2010). Sfærene har en beskyttende funksjon og sikrer følelsen av trygghet og kontroll. Gjennom sosialisering og egen erfaring dannes det intuitivt denne sfæren, og den er individuell og med store forskjeller når det gjelder regler for nærkontakt (Kristoffersen & Nortvedt, 2012).

3.3.3 Pasientens perspektiv

Kroppslige endringer som følge av en kreftsykdom krever at pasienten må tilpasse seg en ny kropp og tilværelse. I noen tilfeller er det nødvendig med kirurgiske inngrep, for eksempel amputasjoner. Ytre skader kan endre pasientens utseende (Renolen, 2010). Det kan også dreie seg om fysiske forandringer som vekttap (avmagring), eller i noen tilfeller

vektøkning (Schjølberg, 2010). Funksjonsforandringer og medfølgende plager forbindes med symptomer eller hormonbehandling, kirurgi, cytostatika og strålebehandling.

Likeså er det vanlig at pasienter med kreft sliter med ødemer, hårtap, hudforandringer og arrdannelse. Noen mannlige pasienter kan oppleve feminisering og motsatt, kvinnelige pasienter maskulinisering (Schjølberg, 2010).

Selv om noen endringer kan skjules, kan pasientens identitet og rolle overfor omgivelsene påvirkes. Sykdom kan få konsekvenser for pasientens vante kroppsbilde, som påvirker opplevelsen av egenverd og identitet. Mennesker har ulike væremåter – disse kjennetegner individet og utgjør dens personlighet. Væremåten til et menneske er preget av et vedvarende mønster, og handler om hvordan en tenker, føler og handler i forskjellige situasjoner over tid (Renolen, 2010).

3.3.4 Berøring og kreft – komplementær behandling

Komplementær behandling av kreft er blitt vanlig i Norge i dag. Mange pasienter benytter seg av ulike former for komplementerende behandling som for eksempel massasje, i tillegg til konvensjonell behandling fra det etablerte helsevesenet.

Pasienten velger således alternative behandlingsformer som er ment å styrke kroppen, og i håp om å få lindring av bivirkninger som er forårsaket av kreftsykdommen (Grimsgaard & Fønnebø, 2012).

Berøringsmetoder har vært kjent i årtusener og har blitt brukt med ro og avspenning som mål. Basert på denne erfaringen har det blitt utviklet diverse berøringsteknikker (Moberg, 2015).

Massasje er en av de mest brukte alternative og komplementære behandlingsformer. Rundt 50 % av pasienter med kreft har prøvd en eller annen form for alternativ behandling en eller flere ganger (Grimsgaard et al., 2012).

«Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin» (NAFKAM u.å.), gjør fortløpende aktuell og relevant informasjon tilgjengelig for allmennheten, upartisk og kunnskapsbasert. Samtidig gis det opplysning om at noe forskning tyder på biologiske

forandringer i blodet, som har blitt målt før og etter massasje. Det viste seg at massasje økte antall dreperceller, en type lymfocytter som dreper spesielt svulster (NAFKAM, u.å.).

Når det gjelder massasje ved kreft har det vært en oppfatning av at massasje kan fremprovosere spredning av kreftceller til andre deler av kroppen. Det advares å gi massasje direkte på kreftsvulster, selv om spredning til annet vev grunnet massasje aldri har blitt dokumentert tidligere. Siden dette er uklart, skal massasje direkte på kreftsvulster i alle tilfeller unngås. Kreftpasienter anbefales for øvrig generelt å samarbeide med sin behandlende lege, dersom massasje ønskes (NAFKAM, u.å.). Ved strålebehandling slites epidermis vekk etter hvert, og det oppstår hudreaksjoner avhengig av stråledosen (Siggerud, 2010). Det samme gjelder lymfeknuter som ved noen former for kreft fjernes kirurgisk eller dersom områder ved lymfe strålebehandles. En følge kan være lymfødemer (NAFKAM, u.å.). Massasje skal ikke gjennomføres ved skjelettmetastaser, trombose og koagulasjonsforstyrrelser (Salomonsen, 2007). Med tanke på lindring av pasientens mangfoldige plager kan en sykepleiefaglig tilnærming til lindring være gjennom bevisst fysisk berøring som komplementær behandling.

3.4 Kreftsykdom og lindring

Tumorer er en samling av celler som deler seg ukontrollert, og som gjør seg gjeldende som knutedannelse eller hevelse i organer eller vev (Bertelsen, Hornslien, & Thoresen, 2012). Det skilles mellom benigne, som er godartete og maligne, ondartete svulster. Ondartete svulster har den egenskapen at de invaderer tilgrensende vev og kan spre seg via blod, lymfe eller kroppshulrom, som for eksempel lungesekkene. Denne prosessen betegnes metastasering.

Kreftsykdommen kan medføre ulike symptomer for pasienten, avhengig av hvilket organ som er rammet. Også i forbindelse med behandlingsmetoder som for eksempel strålebehandling eller cytostatika kan forskjellige komplikasjoner oppstå.

Lindrende behandling gis vanligvis i form av strålebehandling, kirurgi eller cytostatika, og kan forlenge pasientens levetid. Behandlingen er ment å gi lindring til kreftsymptomene, når sykdommen ikke kan kureres (Bertelsen et al., 2012).

Sykepleier innehar etter pårørende og nære venner en spesiell posisjon overfor pasienter i den palliative fasen, da pleie og omsorg strekker seg til livets slutt (Trier, 2013). Formålet med lindrende behandling er å gi pasienten et, for vedkommende best mulig liv ut ifra dens muligheter. Sentralt står lindring av smerter og plagsomme symptomer. Et viktig aspekt er å minske påkjenningene ved sykdom og død, i tillegg til å skape et trygt og godt miljø (Trier, 2013).

Et viktig anliggende i sykepleien har alltid vært å hjelpe pasienten til en verdig og fredfull død. Dette er ikke minst forankret i helsetjenestens etikk. For å kunne bidra til å lindre pasientens lidelse, må sykepleieren inneha personlig og faglig kompetanse (Sæteren, 2010). Lindring av pasientens lidelse er følgelig sykepleierens oppgave. Pasienter i den palliative fasen beveger seg ifølge Sæteren (2010) «i lidelsens rom». Nettopp derfor fordres det av sykepleieren å kunne ta vare på pasientens psykiske og fysiske behov. Sykepleietiltak retter seg altså mot disse vansker (Trier, 2013).

3.5 Symptomer ved kreftsykdom

Mange pasienter befinner seg i den situasjonen, der døden er den eneste utvei av kreftsykdommen. Dette kan gi dype konsekvenser for pasienten i den palliative fasen. Det kan handle om kroppslige og psykiske utfordringer ved langkomment kreft (Sæteren, 2010).

Smerter er et av de vanligste symptomene som pasienter med kreft kan oppleve i sykdomsforløpet. Smertene er en subjektiv opplevelse og er ofte sammensatte. Smerter defineres i følge International Association for the Study of Pain som «en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse forbundet med en faktisk eller potensial vevsskade eller beskrevet som dette» (Sæteren, 2010, s.242).

Noen årsaker til smerte er forbundet direkte med kreftsykdommen, mens andre smerter kan være følgetilstander fra for eksempel muskulatur eller støtteapparatet. For noen pasienter kan selve metastaser gi smerter, men dette er ingen fast regel. Forsiktighet skal vises særlig ved bevegelse og belastning av de vektbærende kroppsdeler som ryggraden, bekkenet og ekstremitetene (Sæteren, 2010).

En betydelig del av pasienter med kreft vil i tillegg også få psykiske besvær. Dette kan gi seg utslag i uro, og ikke minst angst. Fornektelses kan være en del av en forsvarsmekanisme og kan periodevis ses hos de fleste pasienter i den palliative fasen. Mekanismens funksjon er å dempe overveldende angst som mange pasienter med kreft kan oppleve i møte med egen udødelighet.

Dessuten er det kjent, at stressreaksjoner som muskelspenninger, søvnvansker eller rastløshet kan fremkomme grunnet bekymring og angst. Symptomene kan settes i sammenheng med belastningen fra kreftsykdommen. Mangel på kontroll over eget liv kan gjøre psykisk vondt (Sæteren, 2010).

Inkurativ kreftsykdom og angst for døden kan være tungt å bære. Innsikten i at en ikke blir frisk, er ofte smertefullt og spørsmål knyttet til meningen med livet kan gjøre seg gjeldende. Opplevelsen av meningsløshet og påfølgende følelse av ensomhet kan påføre

pasienten mye lidelse. Tilstanden omtales gjerne som eksistensiell smerte. Fremtiden er usikker og tanker rundt tap av egen eksistens kan være vanskelig å håndtere for den det gjelder (Svendsen, u.å.).

3.6 Noen former for fysisk berøring og mulige virkninger

I denne oppgaven presenterer vi metoder som stimulerer huden og følesansen, og en kort beskrivelse av forskjellige enkle teknikker, som sykepleier kan ta i bruk i sitt daglige virke. Disse kan implementeres eventuelt ved hjelp av opplæring og instruksjon, før de tas i bruk. Massasje for eksempel, er en form for bevisst og planlagt handling med ønske om å lindre.

3.6.1 Taktil berøring

Taktil berøring regnes som en sansestimulering. Metoden oppstod på 1980-tallet, og anvendes som behandling av ulike målgrupper. Formålet med berøring er, å stimulere huden på en strukturert måte med jevne og direkte strykninger og trykk. Kvaliteten på berøringen skal være rolig og myk, men samtidig taktfast. Berøringsreseptorer i huden skal nåes ved hjelp av å ta i bruk hele hånden, slik at det oppnås størst mulig kontaktflate (Ertner, 2014).

Pasienten kan enten ligge i seng eller på en benk. Teknikken starter ved lette strykninger av beina og hvis ønskelig kan sykepleier bruke en uparfymert olje, for å minske friksjon. Bevegelsene fortsetter ved å stimulere de ulike sidene av kroppen. Gjennom behandlingen er pasienten tildekket med et teppe og avslutningsvis kan pasienten hvile (Ertner, 2014).

3.6.2 Terapeutisk berøring

I Norge er terapeutisk berøring en supplerende praksismetode for å lindre symptomer. Hensikten er å lindre fysiske og psykiske symptomer som for eksempel kvalme, angst og smerte. Pasienten hjelpes til å få ro og økt velvære, og terapeutisk berøring egner seg til å formidle omsorg. Hjernen kan bli avledet fra smerteimpulsene ved at kroppen må bearbeide sanseinntrykk gjennom fysisk berøring.

Pasienten ligger på ryggen i senga og kan ha lette klær på seg eventuelt med et bomullsteppe over seg. Sykepleier legger begge hender på kroppen til pasienten og flytter en hånd om gangen med lette trykk uten å miste berøringskontakten. Berøringen starter først på en side fra hodet mot føttene og videre fra føttene oppover mot hodet på den andre siden av kroppen. Rytmen i forflyttingen skal være jevn og rolig med fast trykk ved å

bruke hele håndflaten for å oppnå mest mulig kontaktflate (Kristoffersen, Breievne, & Nortvedt, 2012).

3.6.3 Økt velvære og trygghet

Pasientene opplevde i en studie, at de fikk en pause fra sykdommen ved å få fysisk berøring. Positiv oppmerksomhet fra sykepleier under behandlingen har vært avgjørende. Dette i sin tur ga pasientene en tid, der de fikk fullstendig hvile fra sykdommen. Opplevelsen av å ha et pusterom og derfor kunne fokusere på gode følelser som avslapning, til tross for sin alvorlige sykdom, viste seg å være svært viktig. Massasje ga økt velvære som resulterte i dyp mental og eksistensiell fred. Pasientens sårbarhet ble undersøkt og studiene konkluderte med at massasje kunne gi emosjonell støtte i en sårbar fase (Cronfalk et al., 2009). Massasje gir gevinster i form av velvære og mindre angst. Også redusert stress og depresjon, bedret søvn og økt livskvalitet er noen av de viktigste psykologiske utbytter (NAFKAM, u.å.).

Likeså er dette i samsvar med fagartikkelen «Massage og berøring - erfaring og effekt» (Salomonsen, 2007). Pasienter kan falle i søvn når de blir massert. Det påpekes at kroppen til den kreftsyke pasienten ofte blir invadert i form av undersøkelser eller annen medisinsk behandling og utstyr, som for eksempel operasjon og katetre. Pasienter kan ha glemt at fysisk berøring vanligvis skal henge sammen med trygghet og avslapning. Bedret livskvalitet ved å oppleve velvære og avspenning kan derfor være et behandlingsmessig formål med massasje i seg selv (Salomonsen, 2007).

En studie, utført med pasienter med inkurativ kreftsykdom undersøkte, hvordan massasje opplevdes av pasientene. Massasjetimene gav pasientene følelsen av å være fri – fri fra blant annet den uheldelige sykdommen. Samtidig opplevdes det godt å få oppmerksomhet og ikke minst å bli tatt vare på. Pasientene fikk en økt følelse av trygghet og de følte at de kunne kaste ansvaret på den andre. Frihetsfølelsen og en fred innerst inne fikk en positiv betydning. Pasientene beskrev massasjetimen som et frirom, å kunne drifte bort fra tid og sted og på denne måten nærmest få opplevelsen av å entre en annen tid (Beck, Runeson & Blomqvist, 2009).

3.6.4 Mindre muskelspenninger og redusert smerte

Fysisk avspenning kan oppnås ved hjelp av massasje. Dette kan måles på lavere respirasjonsfrekvens samt hjerterytme. Behandlingen medfører lavere diastolisk og systolisk blodtrykk (Salomonsen, 2007). Fordeler massasje gir, skal være blant annet redusert smerte, kvalme, forstoppelse og muskelspenninger (NAFKAM, u.å.). Pasientene med langkomment kreftsykdom rapporterte kortvarige effekter i form av redusert smerte. Dette sattes igjen i sammenheng med forbedret livskvalitet. Noen påpekte forbedret søvnkvalitet etter å ha fått massasje (Toth , et al., 2013).

3.7 Kari Martinsens omsorgsteori

Den norske sykepleieteoretikeren Kari Martinsen har utviklet en definisjon av omsorg påvirket av filosofisk fenomenologi. Menneskesynet Martinsen bygger på er menneskets grunnleggende avhengighet av hverandre. Denne avhengigheten kommer særlig frem ved for eksempel sykdom eller funksjonstap. Den enkelte vil være utlevert og overlatt til en annen, som i sin tur må ta vare på den andre. Martinsen deler omsorgen inn i tre dimensjoner og påstår at disse i konkrete situasjoner er uatskillelige og går inn i hverandre (Kristoffersen, 2012).

Omsorgens relasjonelle side

For at sykepleier skal kunne hjelpe pasienten, må hun være i stand til å sette seg inn i vedkommendes situasjon. Innlevelsessevne er nødvendig for at sykepleier handler som pasienten selv ville ønsket. Hun har ansvar for de svake, og er forpliktet til å gi hjelp ut ifra pasientens situasjon.

Omsorgens moralske side

Omsorg er knyttet til moral der den andres beste står sentralt, og hører til den menneskelige eksistens. Omsorgsrelasjoner skal være av uegennyttig gjensidig karakter, betingelsesløst, og gir seg utslag i kjærlighet. Det betyr, at den som yter ikke skal forvente noe tilbake, nemlig at sykepleie skal ytes på pasientens premisser. Hun tar avstand fra bruk av makt.

Omsorgens praktiske side

Omsorg gjør seg gjeldende i praktisk handling. Med dette menes, at handlingen er fundert i situasjoner som pasienten befinner seg i og er gjenkjennbar av sykepleier grunnet egen erfaring fra dagliglivet.

Videre er den betingelsesløs siden den tilhører menneskelig eksistens og appellerer til ivaretagelse. Omsorgen bør tilrettelegges og praktiseres slik at pasienten skal kunne oppleve anerkjennelse og ikke bli umyndiggjort (Kristoffersen, 2012).

3.8 Sykepleiens rammebetingelser

I Helsepersonelloven er den rettslige fordringen at helsehjelpen skal være faglig forsvarlig og omsorgsfull. Kravet er betinget i at pasienten beskyttes mot handlinger eller mot unnlatelser av å handle. Samtidig innbefatter forsvarlighetskravet å vise pasienten respekt og omtanke. Sykepleier er pliktet til å gi omsorgsfull hjelp, og minimumskravet til omsorg strekker seg til å dekke pasientens basale behov som ernæring, hygiene og søvn. Først når hjelpen ytes omsorgsfull og forsvarlig, anses den for å være faglig forsvarlig (Normann, 2008). Helsehjelpen skal gis ut ifra hva som kan forventes fra helsepersonellens kvalifikasjoner og den gitte situasjonen samt arbeidets karakter. Kravet innbefatter all forebyggende, behandlende og rehabiliterende helsehjelp og ikke minst omsorg og pleie (Molven, 2012).

Altruisme betyr at sykepleier bevisst setter sine egne interesser i ulike situasjoner til side. Hensikten er at pasientens velbefinnende skal økes eller at lidelsen lettes, hvis mulig avhjelpes. Relasjonell omsorg baserer seg på altruistiske og humanistiske verdier. Det kreves av sykepleier, at handlingene styres av fagets grunnleggende verdier. I praksis er den etiske refleksjonen viktig for å kunne forstå hvilke verdier en handler ut ifra. Respekt for pasientens integritet og ukrenkelighet står sentralt i sykepleien (Kristoffersen & Nortvedt, 2012).

Altruistiske verdier i sykepleien har sin opprinnelse fra nestekjærlighet og barmhjertighet, som er kjent fra den kristne tenkningen. I uttrykket barmhjertighet ligger det å kunne medføle, lytte og forstå den enkelte syke. Dette har vært et sentralt begrep helt fra starten av sykepleie som profesjon (Kristoffersen et al., 2012). Begrepet barmhjertighet sammenliknes med mors kjærlighet til sitt barn, som tvinger henne til stadig å være i aktivitet for å dekke sitt barns behov. Derfor menes barmhjertighet å være et aktivt begrep. Med andre ord; det kreves en handling for å hjelpe den andre. Barmhjertighet bygger altså på følelser og handling, inkluderer den fremmede og tar utgangspunkt i den andres behov (Masvie, 2014).

Tilretteleggelse for at pasienten skal kunne medvirke i behandlingen er sykepleierens ansvar. Pasienten har en lovfestet rett til å være delaktig i valg mellom forsvarlige og tilgjengelige undersøkelses- og behandlingsmetoder (Pasient- og brukerrettighetsloven).

Medvirkningen gir mulighet til å unngå tjenester som pasienten av ulike årsaker ikke ønsker eller kan ha bruk for. God sykepleie betyr at pasienten er involvert og kan påvirke tiltak. Pasienten skal møtes med respekt, og symptomer og plager skal tas på alvor.

For at pasienten skal kunne delta i behandlingsprosessen, er det nødvendig med relevant, utfyllende og ikke minst tilpasset informasjon (Kristoffersen, 2012).

4 Diskusjon

I dette kapitlet skal vi diskutere hvordan sykepleier kan gi lindring ved å ta i bruk bevisst fysisk berøring som komplementær behandling til pasienter med kreft i den palliative fasen. Teorien drøftes med kritisk blikk i lys av vår problemstilling.

4.1 Fysisk berøring og relasjonskompetanse

Som nevnt innledningsvis i introduksjonen, har sykepleier ansvar til å lindre lidelse og bidra til en verdig død (Norsk sykepleierforbund, 2011). Sæteren (2010) påpeker at pasienter i den palliative fasen befinner seg «i lidelses rom». Hvordan skal så sykepleier ved bevisst fysisk berøring kunne gi lindring til pasienten med fysiske og psykiske utfordringer som pasienten opplever i lidelses rom?

For å kunne besvare spørsmålet, må vi først se på hva det innebærer for sykepleier å forstå, hva det vil si for pasienten å være i lidelses rom. Fra egen praksis kan det sies, at nesten alle pasienter vil slite med smerter som er forbundet med selve kreftsykdommen, og mange vil også plages av kvalme og brekninger. Pasienten befinner seg på en lindrende avdeling og er derfor ikke lenger i sitt vante miljø. Dette kan blant annet innebære og ha mistet kontroll over eget liv, fordi en må tilpasse seg institusjonens rutiner og regler. Sengeliggende pasienter kan oppleve det begrensende å være bundet til senga med en alvorlig kreftsykdom. Det kan utløse en frustrasjon over at muligheten til å gjennomføre planer ikke lenger er mulige. Følelsen av å sitte på et venteværelse kan gjøre seg gjeldende.

Noen pasienter kan oppleve at inkurativ sykdom i seg selv utløser angst med tanke på å miste egen eksistens. Vissheten om at alt håp medisinsk sett er ute kan tenkes er vanskelig å bære. Andre derimot kan ha fornektet sykdommen i en lang periode, fordi det er for tungt å bære tanken på å miste livet. Denne forsvarsmekanisme kan basere seg på at pasienten tviholder på livet, fordi de ikke vil dø fra sine nærmeste. Det kan også utløse en skyldfølelse og skam, for eksempel når pasienten har omsorg for barn, for å måtte overlate ansvaret til en annen. Eller at pasienten kan føle skam for å være til bry for andre, ikke minst når dødsleiet varer over en lengre periode. Andre igjen har innsett at sykdommen har

tatt overhånd og ønsker å dø – ikke minst fordi de vil forløses fra smerter og ubehag (Sæteren, 2010).

For at sykepleier kan forstå hvordan det er for pasienten å være syk, trenger hun å være empatisk. Ordet «empati» er av gresk opphav og betyr direkte oversatt «innfølelse» (Eide & Eide, 2009). Med andre ord kan det sies at sykepleier viser empati, dersom hun evner å sanse andres følelser og opplevelser og melder tilbake til pasienten, at de er oppfattet og forsøkt forstått. I møte med pasienten i lidelses rom kan aktiv lytting brukes, for å finne ut av om tilbud på massasje er ønsket. Det betyr at sykepleier kan formidle respekt og forståelse gjennom verbale og nonverbale signaler, som eksempelvis et anerkjennende «ja», «nei» eller lyder som «mm» samt å nikke, riste på hodet og smile. I praksis kan sykepleier møte pasienter som for eksempel gir uttrykk for smerter ved å anspenne og ynke seg, eller ved å lage lyder. Pasienten har kanskje lenge vært i lidelses rom og ser ingen ende på psykiske og fysiske utfordringer. Sykepleier må i dette tilfelle kunne fange opp pasientens hjelperop. Hun kan speile pasientens følelser ved å si at hun ser, at pasienter er lei seg og har det vondt. For å vise at hun bryr seg og ønsker å lindre pasientens ubehag, kan hun gjøre pasienten oppmerksom på, at fysisk berøring kan ha en lindrende effekt.

Fra egen praksiserfaring kan det nevnes at sykepleier må vise empati, særlig til pasienter i den terminale fasen, altså tiden rett før livet tar slutt. Disse pasienter er ofte taus og ikke i stand til å si så mange ord på grunn av slimopphopning, dødsralling og ikke minst fordi de kan være i en bevisstløshetsliknende tilstand. Derfor kan de ofte ikke gjøre rede for egne ønsker og behov utenom ved hjelp av nonverbale tegn. Her må sykepleier, når hun ønsker å gi fysisk berøring til den nærmest tause pasienten, bruke hennes oppøvd kliniske blikk for å sanse seg inn, om pasienten er innforstått. Det kan være seg at sykepleier stryker over pasientens arm og hun blir bekreftet med smil. Noen pasienter vil kunne gi et bekreftende håndtrykk når de opplever fysisk berøring som noe godt eller motsatt, ynke seg når de ikke ønsker å bli tatt på.

Til tross for at pasienter med kreft på et vis er i samme situasjon, har alle sin egen personlighet og identitet. Identitet handler om hvem man er, men differensierer en også fra andre. Den er både personlig og formes stadig i samhandling med andre. Når en person rammes av en livstruende sykdom, kan identitet endres - ikke minst grunnet alvorlighetsgraden av sykdommen, samt reaksjoner fra omgivelsene (Fjerstad, 2010). Som sykepleier møter man pasienter i denne fasen, hvor identiteten er truet. Det kan dreie seg om at pasienten føler å ha mistet sin kvinnelighet grunnet brystamputasjon, eller at kroppen oppleves annerledes på grunn av avmagring i forbindelse med kreftsykdom. Dette kan gjøre seg særlig gjeldende når sykepleier får se pasientens kropp, når den blottlegges. Sykepleiers reaksjoner vil nemlig kunne påvirke hvordan pasienten ser på seg selv, og dermed hvordan pasientens identitet formes. Dersom hun på den ene siden viser pasienten, at hun synes kroppen er uestetisk ved for eksempel rynke pannen og utvide øynene, kan pasientens opplevelse av tap av kvinnelighet og følelsen av å være annerledes forsterkes ytterligere.

På den andre siden kan hun bidra til at pasienten bedre kan klare å finne seg til rette i den nye tilstanden med en «ny kropp» etter amputasjon. Hennes anerkjennende opptreden overfor kroppslige forandringer som avmagring, hårtap, arrdannelser eller ødemer grunnet kreftsykdom kan være understøttende i å danne en ny identitet. Dette betyr at sykepleier må forsøke å forstå og vise aksept for pasientens reaksjoner og kroppens skavanker, slik at pasienten får en følelse av at hun har omsorg og anerkjenner vedkommende som person. Ved å ha denne aksepterende holdning, kan det tenkes at pasienten vil kunne stille seg positiv til å motta massasje.

Men sykepleier kan også krenke pasienten ved for eksempel å holde fast på sitt forslag om lindrende fysisk berøring, grunnet hennes overbevisning om at pasienten vil dra nytte av det. Trier (2013) fremhever særlig den spesielle posisjonen sykepleier har til pasienten i den palliative fasen, fordi pleien varer livet ut. I praksis har sykepleier i kraft av sin posisjon til pasienten en autoritet nettopp grunnet pasientens avhengighet. Dersom sykepleier mangler relasjonsetisk bevissthet om egen opptreden, kan dette føre til krenkelser grunnet hennes posisjon, selv om sykepleier ikke nødvendigvis ønsker å krenke pasienten med vilje (Skau, 2011). For pasienten kan det oppleves påtrengende og respektløs når sykepleier insisterer på fysisk berøring og gir en følelse av å bli overkjørt,

som i sin tur kan ramme pasientens egenverdi. En slik opptreden fratrar pasienten muligheten til å komme med ønsker og medvirke i egen behandling. Det kan bety at pasienten på sin side reserverer seg, når sykepleier foreslår fysisk berøring som et lindrende tiltak.

Men sykepleier kan også fremme pasientens selvfølelse og selvrespekt gjennom fysisk berøring dersom hun nettopp har den relasjonsetiske bevisstheten, gitt at hun ser på pasienten som et eget individ og medmenneske med egne ønsker og behov, uten å være forutinntatt. I en svensk studie, der pasienter mottok massasje ble det konstatert, at det ga en positiv og betydningsfull atmosfære, fordi pasientene opplevde å bli sett. Opplevelsen av å få en annens fulle oppmerksomhet bevirket utvilsomt en følelse av å kjenne seg enestående og spesiell. Den fysiske nærheten gjennom massasjen og sykepleierens innlevelse skapte tillitsbånd mellom pasientene og sykepleier (Beck et al., 2009). I praksis kan sykepleier oppleve at pasienter kan reagere ulikt på fysisk berøring, fordi de er forskjellige. Dersom sykepleier tilrettelegger i henhold til pasientens varierende behov og ønsker for hver dag, kan pasienten føle å bli sett, som igjen øker selvrespekt og styrker selvfølelsen.

Pasienten skal møtes med respekt og anses som autoritet. Det er avgjørende at pasienten har størst mulig påvirkning i sin egen situasjon (Eide & Eide, 2009). Pasienter som fikk utført en form for lett massasje fikk en følelse av å bli ivaretatt. De kunne fortelle om viktigheten av å bli sett og tatt hånd om, og bli spurt om hva de ønsket, snarere enn å måtte spørre. Denne opplevelsen førte til at pasientene følte seg respektert som et helt menneske, som igjen ga en tilstand som har blitt beskrevet som indre ro (Beck et al., 2009). I praksis kan sykepleier vise pasienten respekt ved å delaktiggjøre pasienten i prosessen, ikke minst fordi det er vedkommendes lovfestet rett når det gjelder fysisk berøring. Det kan dreie seg om for eksempel at pasienten kan bestemme, hvordan og hvor vedkommende vil bli berørt. Respekt viser hun også dersom hun tar hensyn til pasientens ønsker i forhold til om og hvor mye pasienten vil blotte seg for henne. Det kan innebefatte, at hun eksempelvis beskytter pasienten for unødig å bli blottet og skjerner pasienten, ved å legge noe over intime soner ved fysisk berøring. Slik kan hun bidra til at pasienten føler seg avslappet og trygg på sykepleier, og muligens siden tørr å spørre igjen om å få massasje.

For å kunne skape en støttende relasjon til pasienten, er tillit av stor betydning. Tillit er viktig i alle mellommenneskelige forhold (Skau, 2011). Sykepleier utfører daglig ulike prosedyrer som hører til behandling og pleie. Når sykepleier ønsker å gi fysisk berøring som komplementær behandling er det avgjørende, om sykepleier har møtt pasienten med respekt for dens integritet gjennom både kontakts- og avstandssfæren. Dette vil nemlig avgjøre om, eller hvorvidt pasienten er villig til å slippe sykepleier inn i intimsfæren. Fordi fysisk berøring er et supplerende tiltak som ikke er medisinsk nødvendig, og pasienten derfor kan avstå fra det. I tilfeller, der pasienten opplever sykepleiers høylytte og raske uttale som en slitsom og respektløs måte å kommunisere på, kan dette føre til at tilliten svekkes, ikke minst fordi at pasienten vil kunne assosiere hennes væremåte med ubehag. Sykepleier vil da antakeligvis kun få adgang til å utføre den for pasienten absolutt nødvendige pleien, istedenfor å få lov til å blottlegge kroppen i forbindelse med fysisk berøring.

Men fysisk berøring kan også skape tillit. Dette er i tråd med Professor Moberg (2015) sine teorier om sosiale interaksjoner og frigjøring av oxytocin - kjærlighetens og nærhetens hormon, ved fysisk berøring. Pasienter i en studie meddelte at massasje skapte bånd og tillit til sykepleier ikke minst grunnet hennes dedikasjon og fysiske nærhet (Cronfalk et al., 2009). Om denne sammenheng beretter også Salomonsen (2007), nemlig at fysisk berøring var en faktor som bidro til å bygge opp tillit til sykepleier. Pasientene åpnet seg etterhvert for dypere samtaler med sykepleier. I praksis kan sykepleier oppleve at pasientens oppbygde tillit gir rom for samtaler om innerste følelser og tanker og bør derfor være bevisst på dette aspektet ved fysisk berøring. Det kan hende at pasienten ikke snakker med sine nærmeste pårørende, for ikke å belaste dem unødige. Her er det viktig, at sykepleier er klar over at pasienter kan bruke henne som en fortrolig samtalepartner og bør prøve å være til stede for pasienten. Samtidig kan det være nødvendig, at hun med pasientens samtykke samarbeider tverrfaglig, dersom hun mener at for eksempel en psykolog kan være til hjelp.

Når pasienten er syk, blir oppmerksomheten rettet innover mot kroppen grunnet symptomene som for eksempel smerter, kvalme, angst og uro som følge av sykdommen. Endring i oppmerksomhet inn mot kroppen og dermed symptomene, gjør pasienten mindre mottakelig for ytre stimuli (Fjerstad, 2010). Sykepleier som har med pasienter med kreft å gjøre, trenger en forståelse for at sykdomssymptomer kan frarøve mye av pasientens oppmerksomhet. Sykdommen kan nemlig oppleves overveldende, særlig i perioder der symptomene er fremtredende og pasienten tvinges til å måtte forholde seg til dem. Det betyr at sykepleier som møter en pasient med kreft, som for eksempel sliter med kvalme, må ta høyde for at vedkommende kanskje har hele sitt fokus på kvalmen. I slike tilfeller har hun en avgjørende rolle for å kunne hjelpe pasienten til å rette blikket utover.

Pasienter i en undersøkelse la frem at massasje ga dem en følelse av å være fri fra sykdom og resulterte i dyp mental fred. Midlertidig fravær fra fysisk ubehag opplevdes godt. Samtidig ga massasje resultater i form av avslapning for kropp og sinn (Cronfalk et al., 2009). Likeledes opplevde noen pasienter å få et pusterom, der de glemte hvor skrøpelige de var og følte seg fri fra lidelsen i forbindelse med massasje. Pasientene som fikk massasje kunne fortelle at gode tanker erstattet tunge tanker - til tross for en usikker fremtid og visshet om egen død (Beck et al., 2009). Noen pasienter falt til og med i søvn når de ble massert (Salomonsen, 2007). Sagt med andre ord ble pasientene altså avledet fra sin sykdom ved at oppmerksomheten ble rettet mot opplevelsen av massasjen.

Mange pasienter kan skjennes over kroppen sin etter å ha mottatt kreftbehandling, for eksempel stråling eller cytostatika. Det kan være at kroppen er deformert eller at pasienten har mistet håret. Noen pasienter er veldig opptatt av sitt utseende og en deformasjon kan derfor forsterke sjenanse. Kroppen kan oppleves som skremmende eller avskyelig og resultere i en følelse av skam. Skammen er en smertefull opplevelse å bære fordi en oppfatter seg selv kun som feil, og kroppsbildet er preget av forakt (Fjerstad, 2010).

Når det gjelder fysisk berøring, vil skammen og sjenanse kunne være et hinder, fordi pasienten vil kunne oppleve det vanskelig å gi sykepleier tilgang til intimsfæren. Det kan tenkes at pasienten vil kunne vegre seg å få noen til å ta på egen kropp samt og bli avkledd grunnet skamfølelsen og forakt. Dersom sykepleier har med pasienter å gjøre som gir uttrykk for å skamme seg, er det av betydning at hun viser respekt for pasientens integritet. Hun kan gjøre det klart, at kroppen ikke trengs å blottlegges for fysisk berøring og respektere pasientens valg, dersom vedkommende ikke ønsker fysisk berøring som komplementær behandling. Sykepleier må ta i betraktning at pasienten er et selvbestemmende vesen, altså er autonom. Med dette menes at pasienten, dersom vedkommende er kompetent til å ta egne valg, skal kunne ta avgjørelser i forhold til egen behandling, i tillegg til å nekte hjelpen.

Sykepleier kan møte pasienter som har vonde opplevelser som for eksempel fysisk overgrep. Fyrand (2002) fastslår at huden husker all god og ond berøring. Kroppen vil altså kunne huske fysisk overgrep som en dårlig erfaring. For en pasient med en slik erfaring vil fysisk berøring kunne oppleves som ond berøring og vil kunne utløse en avisende reaksjon. For eksempel ved å trekke armen bort, når sykepleier berører pasientens arm, for å komme i kontakt. Sykepleier må ta i betraktning at de første huderfaringer tidlig i livet vil prege senere forhold til verden. Huden kan brukes enten til formidling av kjærlighet dersom oppvekstgrunnlaget har vært preget av kjærlighet og omsorg, eller hudkontakt vil forbindes med smerte, savn og overgrep for de som har blitt mishandlet eller understimulert som barn (Fyrand, 1996). Sykepleier må ha kjennskap til at pasienter har ulike intimsone, slik at hun er i stand til å være påpasselig for å unngå å tråkke over pasientens intimsone, og dermed å fremkalle vonde minner. Med andre ord må sykepleier sanse og akseptere at det finnes pasienter som faktisk ikke ønsker å få fysisk berøring.

Samtidig kan det sies at sykepleier på sin side også kan ha egne vonde erfaringer i forhold til fysisk berøring og nærhet. Dette kan være problematisk fordi sykepleier også kan ha skamfølelser og smertefulle minner når det gjelder fysisk berøring og derfor reserverer seg for denne form for tilnærming til pasienter i lidelses rom. Likeledes kan tilbud fra sykepleier om fysisk berøring misforstås som en seksuell tilnærming. Sykepleier bør ha en forståelse for at særlig kjønnsforskjeller og alder kan spille inn ved slike misforståelser grunnet menneskets naturlige seksuelle tiltrekning til enten det motsatte kjønn eller til samme kjønn. Derfor er det avgjørende at sykepleier opptrer forsiktig i sin tilnærming når hun tilbyr fysisk berøring og trer inn i pasientens intimsfære. Med dette menes det at hun gjennom etisk refleksjon bør sanse seg inn hvor pasientens grenser for intimsone går, for ikke å krenke pasientens integritet. Det er av betydning at sykepleier kjenner på egen sårbarhet i kraft av å være menneske og derfor er avhengig av andre (Thorsen, 2012). Det vil si at hun med dette i mente kan vise ekstra varsomhet i samhandling med pasienten.

Avhengigheten av sykepleier er særdeles tydelig når mennesket er sykt, skadet eller ved funksjonstap, fordi en er overlatt og utlevert til en annen. Dette poenget er viktig å ha med, da omsorgen oppstår i relasjoner. Sykepleier bør derfor vise moralsk omsorg, som betyr at handlingen baserer seg på ansvar for de svake samt å kunne håndtere makt (Kristoffersen, 2012). Sykepleier møter pasienter i den palliative fasen som er avhengig av hjelp og omsorg. Mange er sengeliggende og er av den grunn særlig utsatt for maktubalanse, fordi de er hjelpetrengende.

I praksis kan det hende at sykepleier treffer på en pasient, som tidligere har erfart at fysisk berøring har hatt en lindrende effekt på for eksempel uro, og derfor spør om hun kan gi massasje. Sykepleier står nå ovenfor et valg, da hun enten kan nekte eller innfri pasientens ønske. Med andre ord utgjør situasjonen en maktforskjell. På den ene siden kan hun opptre moralsk, altså handle på pasientens premisser til tross for at hun i utgangspunktet kan være opptatt med andre oppgaver. Det vil si at hennes handlemåte er preget av altruisme, fordi hun ønsker å lette pasientens uro. I denne sammenheng er hennes situasjonsforståelse av betydning, fordi hun på den andre siden kan nekte pasientens ønske på grunn av hennes uvillighet til å gjøre noe ekstra for pasienten, ettersom massasje i utgangspunktet ikke er medisinsk påkrevd. Hennes maktposisjon i denne situasjonen gjør seg dermed gjeldende.

Men sykepleier har også sin relasjonelle forpliktelse som gir seg utslag i at hun er interessert i å prøve å oppfylle pasientens behov for lindring av for eksempel smerter. Det kan sies at en pasient, om han ikke hadde vært sengeliggende, selv kunne gnidd et smertefullt område. Når sykepleier i stedet trer inn i denne situasjonen og gir pasienten lindring, handler hun i tråd med omsorg, fordi hun handler stedfortredende. På denne måten bidrar hun at pasienten kan leve best mulig ut ifra sin situasjon. Ivaretagelse av pasienter som sliter for eksempel med kvalme, hører til å praktisere omsorg. Dersom sykepleier utfører praktiske handlinger som den sengeliggende pasienten ikke lenger greier å utføre selv, handler hun etter omsorgens praktiske side. For å si det med andre ord vil en pasient, som ligger for døden, ikke kunne tilfredsstille sitt grunnleggende behov for fysisk berøring som varer livet ut. Ikke minst med tanke på at den sosiale kontakten er begrenset ved at pasienten er bundet til en seng og derfor ikke lenger har mulighet til å ha den vanlige daglige fysiske nærkontakten til de nærmeste. Dersom sykepleier dekker dette grunnleggende behov for berøring ved eksempelvis å stryke pasientens arm eller holde hånden til den døende, tilsvarer dette omsorg i praksis.

Sykepleier har en viktig oppgave for å skape trygghet. Det poengteres at sykepleierens aktive tilstedeværelse er vesentlig for å skape trygghet og derved lindre pasientens lidelse (Kristoffersen et al., 2012). I en studie bekreftet pasienter som fikk massasje, at de utviklet en følelse av å være verdsatt ved at sykepleier tok seg den nødvendige tid for å gi omsorg. Det, at sykepleier tilbød det «lille ekstra» og ville pasienten vel, satte de pris på (Beck et al., 2009). Dette kan sidestilles med en annen undersøkelse som konkluderte med, at sykepleierens respektfulle innsikt i pasientens situasjon hadde betydning for å skape en følelse av trygghet (Cronfalk et al., 2009). Det kan tyde på, at sykepleier ved bevisst fysisk berøring kan skape trygghet for pasienten gjennom den nære kontakten, altså ved å være tilstede. Slik kan hun gi lindring av pasientens påkjenninger som kan være uro eller angst, ikke minst ved å ta seg tid for pasienten.

Dersom sykepleier spanderer ekstra tid på den lidende pasienten ved å gi fysisk berøring, handler hun etter altruistiske verdier, fordi hun derved begrunner sin handling i nestekjærlighet og barmhjertighet. Grunntrekket til barmhjertighet er å kunne medføle, lytte og forstå (Kristoffersen et al., 2012). Barmhjertighet betegnes som en aktiv handling, bygget på følelser for den fremmede andre og tar utgangspunkt i den andres behov

(Masvie, 2014). Når sykepleier i samhandling med pasienten ser en mulighet til å lindre pasientens uro, kan hun tilby fysisk berøring basert på hennes kunnskap om lindrende effekt ved å bruke ekstra tid på vedkommende. Ved å så gi fysisk berøring, kan det sies at det krever en barmhjertig handling av henne, fordi hun setter pasientens velbefinnende i høysetet og sine egne interesser til side. Hun gjør noe aktivt for pasienten basert på frivillighet i denne situasjonen nettopp, fordi fysisk berøring er et komplementært tiltak og ikke medisinsk nødvendig, og derfor ikke påkrevd. Motivasjon til å gi fysisk berøring baserer seg altså på altruistiske verdier.

For å kunne lette pasientens lidelse og hvis mulig avhjelpe den, bør sykepleier handle etter best evne. Sykepleiers anliggende har alltid vært å hjelpe pasienten til en verdig og fredfull død. Dette er forankret i helsetjenestens etikk. Velgjørhetsprinsippet handler om å ville gjøre det beste for pasienten etter beste evne (Nortvedt, 2012). Handler sykepleier ut ifra velgjørhetsprinsippet, bør hun være sensitiv for å finne pasienten i lidelses rom og forstå når det passer å gi tilbud om fysisk berøring eller ikke. Allikevel kan sykepleier nesten umulig helt fullt ut sette seg inn i pasientens situasjon, siden de er svært ulike, men hun bør prøve så godt hun kan. Hun vil være avhengig av å sanse pasientens verbale og nonverbale tegn, slik at hun kan handle til pasientens beste. Da vil hun ha mulighet til å forstå, om hun skal for eksempel holde hånden til en døende pasient.

Å møte pasienter i livets slutfase krever av sykepleier at hun opplever situasjonen som trygg fordi hun må forholde seg til vanskelige situasjoner, som å oppleve at en mor dør fra sine barn. Men det kan også dreie seg om at sykepleier må forholde seg til uvante lukter i forbindelse med metastasering fra pasienten, som hun må håndtere. Pasienten kan virke frastøtende og situasjonen skremmende. Sykepleiers signaler kan oppfattes fra pasientens side og skape en distanse på det mellommenneskelige plan (Mathisen, 2012).

For at sykepleier kan gi lindring ved fysisk berøring til pasienten, bør hun kunne forholde seg til tanker rundt egen død, selv om det kan oppleves svært fryktskapende. Hvis tankene om døden og lukter oppleves så nærgående at sykepleier ønsker å ta avstand, kan det være vanskelig eller umulig å hjelpe pasienten ved bevisst fysisk berøring. Hun bør derfor ha et bevisst forhold til disse i samhandling med dødssyke pasienter i lidelses rom. Dersom sykepleier har et anstrengt forhold til døden, må det regnes med at fysisk berøring for å gi

lindring ikke er gjennomførbar. Derfor må hun stadig videreutvikle sin personlige kompetanse som betyr, at hun må være ærlig og oppriktig ovenfor seg selv og tørre å tillate tanker forbundet med egen død, samt å kunne ha bevissthet om å prøve å tåle ulike lukter. Eksempelvis kan hun få trang til å ville gå ut av rommet og forlate den dødssyke pasienten. Refleksjon om hvordan dette ville påvirke pasienten, gjenspeiler hennes ærlighet og oppriktighet som på denne måten fører til personlig vekst. En sykepleier bør altså stadig kunne svare på ubehagelige spørsmål ovenfor seg selv. Sykepleier skal altså kunne våge å være tilstede sammen med pasienten i lidelses rom og særlig med tanke på å yte noe ekstra, nemlig å gi fysisk berøring.

4.2 Lindring gjennom fysisk berøring

For pasienter med kreft er smerter et av de vanligste symptomene som de kan oppleve i sykdomsforløpet. Derfor er smertelindring en viktig del ved lindrende behandling. Hovedmålet med behandlingen er å oppnå høyest mulig livskvalitet. Videre menes det at det er vesentlig å behandle pasienten som en helhet. Dette omfatter de fysiske og psykiske aspekter ved smerter (Vadstrup & Sjøgren, 2013). Professor Moberg (2015) sin forskning avdekker, at oxytocin som frigjøres gjennom fysisk berøring blant annet hever smerteterskelen og senker nivået av stresshormoner. Dermed aktiveres den fysiologiske ro-hvile-reaksjon. Salomonsen (2007) viser til at pasienter med kreft kan oppnå lindring gjennom fysisk berøring. Massasjebehandlingen bevirker smerte- og angstreduksjon. I tillegg fremmer det en effekt på emosjonell balanse og minsker tretthet, samt gir gevinster i form av redusert bruk av NSAID- preparater (smertestillende medikamenter).

Ved Memorial Sloan-Kettering Cancer Center i New York så man på sammenheng mellom massasje og symptomer ved kreft. En pasientgruppe som fikk massasje rapporterte om reduksjon av smerter, angst, depresjon, fatigue og kvalme (Cassileth et al., 2004). Uttalelser fra en pårørendestudie bekreftet at massasje opplevdes lindrende og på en måte som en form for redning fra psykisk påkjenning (Cronfalk et al., 2010). I møte med pasientens smerter ser det ut til at sykepleier kan bidra til lindring ved bevisst fysisk berøring for å øke pasientens livskvalitet. Visshet om at sykdommen fører til død og vedvarende smerter, kan påvirke pasientens oppfatning av livskvalitet. Med det menes at livskvaliteten økes, når smertene er redusert eller pasienten får en tid uten smerter. Det samme gjelder å få lindret den psykiske siden ved smerten som innebærer å tåle blant annet tanken på å dø.

I praksis kan sykepleier ta i bruk terapeutisk berøring som er ideelt særlig til sengeliggende pasienter. Metoden er egnet i sykepleien til å lindre ubehag. Avledning av pasientens oppmerksomhet og lindre tilstander som smerte og kvalme er sentrale. Samtidig er det en form for å formidle omsorg og nærhet. Hjernen kan bli avledet fra smerteimpulsene ved at kroppen må bearbeide sanseinntrykk gjennom fysisk berøring (Salomonsen, 2007). Hun viser til følgende sitat: «The massage helps me to take my mind off my illness» (Salomonsen, 2007, s.77). Noe liknende uttalte pasienter, nemlig at massasje ga dem følelsene av «å være borte» - de glemte tid og sted (Beck et al., 2009).

Reaksjon på alvorlig sykdom kan føre med seg uro og angst, fordi situasjonen kan oppleves som usikker og truende. Dette kan fremkalle spenningstilstander som i sin tur forhindrer pasienten i å finne ro og hvile (Kristoffersen et al., 2012). Sykepleier kan mange ganger møte pasienter, som føler seg urolige og engstelig på grunn av kreftsykdommen. Erfaringen av å ha mistet kontroll over eget liv og innskrenkningen sykdommen medfører, kan gjøre psykisk vondt. Her kan sykepleier forsøke å gi lindring av pasientens psykiske besvær gjennom fysisk berøring. Professor Moberg (2015) påstår at berøring utført i en bestemt rytme motvirker angst og frykt.

I praksis kan sykepleier ta i bruk taktil berøring for å stimulere pasientens hud. Det er avgjørende at strykningene er jevne med direkte trykk, og berøringstempo bør være på 3cm/s. Ved denne type berøring vil hjernen nemlig kunne oppfatte stimuli ved at CT-nervene som finnes i behåret hud blir aktivert, som kan gi en opplevelse av velbehag. En studie utført på en intensivpost avdekket gjennom blodprøver, at oxytocin- nivået holdt seg stabilt hos intensivpasienter som fikk massasje, i motsetning til kontrollgruppen, der oxytocin hadde sunket til et lavere nivå (Henriksen et al., 2008). Dette kan tyde på at sykepleier ved bevisst fysisk berøring, som for eksempel taktil berøring, kan bidra til å gi lindring. Dette fordi at CT-nervene blir stimulert, som i sin tur frigjør oxytocin og aktiverer dermed ro-hvile-systemet.

Mange pasienter med kreft benytter seg av komplementerende behandling som for eksempel massasje. Dersom sykepleier møter pasienter med kreft som har metastaser, skal hun i alle tilfeller ikke massere direkte på kreftsvulster når fysisk berøring står på dagsplanen. Pasientene kan dra nytte av fotmassasje, ikke minst fordi det kan være tilfellet at foten er det eneste stedet på kroppen der pasienten kan motta massasje. Det samme gjelder for avmagrete pasienter, fordi huden kan være tynn og skjør. Sykepleier må også ta hensyn til pasienter som er utsatt eller har komplikasjoner i form av tromboser, emboli, ødemer, inflammasjoner, arrdannelser eller stråleskader. Dette står i samsvar med Salomonsen (2007) sine anbefalinger, nemlig å vise stor forsiktighet når pasienter har lavt trombocytantall eller koagulasjonsforstyrrelser. Hun mener at en kan bruke lette strykninger særlig hos pasienter med skjelettmetastaser. Allikevel viser hun til å massere på andre deler på kroppen (Salomonsen, 2007). Ved å velge fotmassasje fremfor annen massasje, handler sykepleier ut i fra forsvarlighetskravet som innebærer, å unngå massasje direkte på disse områdene fordi fagfolk stiller seg usikker til, om spredning kan fremmes. Men hun handler også omsorgsfull, fordi hun bryr seg om pasienten velbefinnende.

På den ene siden viste en studie, at pasienter med kreft fikk oftere fotmassasje enn annen massasje med gevinster i form av lindring av smerter, fatigue, kvalme, angst og depresjon. Men på den andre siden fastslår forskningen, at fotmassasje, sammenliknet med annen massasje vanligvis gir mindre effekter (Cassileth et al., 2004). Allikevel kan det indikere at sykepleier kan bruke fotmassasje i lindring hos pasienter som egnet behandling dersom annen form for fysisk berøring er kontraindisert.

Palliative kreftpasienter har ofte vansker med søvn grunnet muskelspenninger, stress samt kroppslig uro som følge av sykdommen (Salomonsen, 2007). En undersøkelse avdekker at massasje fikk pasientene til å falle i søvn til tross for at de hadde sterke smerter (Cronfalk et al., 2009). Også en annen studie dokumenterte liknende utfall, nemlig at massasje økte søvnkvaliteten, dog moderat (Toth et al., 2013). Praksiserfaring støtter seg til at sykepleier ofte møter pasienter som har problemer med å sove. Fysisk berøring kan være verdt et forsøk når hun prøver å hjelpe pasienten til å slappe av og falle til ro. Sykepleier kan ved dette formidle omsorg ved sin tilstedeværelse. Men hun avhjelper også muskelspenninger og kroppslig uro. Salomonsen (2007) fremhever særlig hennes erfaring om at massasje kan

ha en positiv innvirkning på anspenhet, angst og stress. Videre nevner hun at fysisk berøring har en beroligende effekt fordi det resulterer i lavere respirasjonsfrekvens, hjerterytme og blodtrykk. Sykepleier kan altså oppnå fordeler som ro og bedre søvn når hun bruker fysisk berøring for å gi lindring til pasienter med kreft.

Med tanke på alle fordeler fysisk berøring bringer med seg for å gi pasienten lindring bør det betenkes, at sykepleier i utgangspunktet ikke har kompetanse til å utføre spesielle teknikker som er ment for lindring. Derfor bør sykepleier, i tilfeller der denne formen for lindring er ønsket implementert i praksis, få kunnskap gjennom teoretisk og praktisk opplæring. Også spesielt for at pasienten er sikret å få trygg behandling.

I en studie fikk sykepleiere en en-dags-opplæring i «Soft tissue massage» (STM) i tre ulike lindrende avdelinger i Sverige, delt i en teoretisk og praktisk del (Cronfalk et al., 2008). Deltakerne stilte seg i utgangspunktet positive til STM og likte bruken av denne type berøring. Det viste seg, at den teoretiske opplæringen var av interesse for de fleste og de la vekt på at instruktøren hadde erfaring og kunnskap i metoden, noe som virket inspirerende. Noen deltakere derimot savnet at den teoretiske delen ikke hadde nok detaljer, og var for generell. Andre på sin side mente at kurset var for overveldende. Flesteparten av deltakerne delte meningen om at STM kunne innlemmes i løpet av en arbeidsdag, mens en liten andel nettopp kritiserte tidsaspektet. Noen hadde en formening om at hinder av personlig karakter, som kroppslige tabuer og nærhet kunne utfordre implementeringen av STM (Cronfalk et al., 2008).

Man må stille seg kritisk til om et slikt opplæringsprogram for sykepleiere vil kunne være gjennomførbart av ulike grunner som for eksempel tidsmangel eller villighet til å lære nytt. Studien kan vise i praksis at det er mange hensyn å ta, dersom sykepleiere skal kunne implementere fysisk berøring i sitt arbeid. Opplæring av en veileder med faglig og pedagogisk kompetanse, ser ut til å være en nødvendighet. Samtidig må det ikke glemmes seksuelle aspekter som tidligere nevnt, som handler om utfordringer knyttet til nærhet og kroppskontakt som noen sykepleiere kan ha vansker med. Det kan se ut at implementering av fysisk berøring inneholder ulike usikre momenter. Allikevel må det sies at implementering bør være mulig dersom flertallet av sykepleiere stiller seg positive til det nye og ukjente, og verdsetter i sin yrkesutøvelse de positive effektene som fysisk berøring

gir. Selv om det ser ut til at fysisk berøring fører til mange fordeler, må det poengteres at fysisk berøring bør være på frivillig basis, ikke minst fordi denne form for behandling ikke passer for alle sykepleiere - den er komplementær.

5 Avslutning

I denne oppgaven har vi forsøkt å besvare problemstillingen vår, som tar for seg spørsmålet om hvordan sykepleier ved bevisst fysisk berøring som komplementær behandling kan gi lindring til pasienter med kreft i den palliative fasen.

Fysisk berøring er avgjørende for spedbarn og kan likeså ha en viktig plass ved livets avslutning. Ulike berøringsmetoder kan gis som lindrende tiltak for fysiske og psykiske symptomer. Sykepleier som tørr å møte pasienter i lidelses rom ved bevisst fysisk berøring, kan bidra til å avhjelpe lidelsen (Ertner, 2014).

Gjennom drøftingen har vi kommet frem til at sykepleierens relasjonskompetanse er avgjørende for å skape den nødvendige tilliten som trengs med tanke på fysisk berøring. Det forutsetter at sykepleier tilegner seg nødvendig faglig og personlig kompetanse for å skape tillit til pasienten og for å kunne gjennomføre ulike metoder for fysisk berøring gitt som komplementær behandling. Sykepleier må kunne tåle å være i lidelses rom sammen med pasienten og kunne sanse og fortolke pasientens signaler. Empati og relasjonsetisk bevissthet kreves for å respektere grenser og forstå, hvordan pasienten har det med sin sykdom. Kroppen husker god og ond berøring hevder Fyrand (2002). Sykepleier må være klar over at mange vil kunne dra nytte av lindrende fysisk berøring, men må ha det i mente, at pasienter kan reservere seg av ulike grunner. Med dette i minne kan sykepleier gjøre en forskjell for pasienten med lite innsats. Ulike studier tyder på at fysisk berøring har en lindrende effekt grunnet oxytocinets virkning som frigjøres. Dette påvirker blant annet ro-hvile-systemet, som vil si at ro og hvile, fred og tillit er til stede. Lindring ved livets slutt byr på ulike utfordringer for sykepleier. Pasienter med kreft kan få lindring av både fysiske og psykiske symptomer gjennom bevisst fysisk berøring. Tilstedeværelse og empatisk tydning av pasientens ubehag er nødvendig for å skape en trygg og god relasjon, og for å finne pasienten i lidelses rom. Dette er forutsetninger for å gi lindring ved bevisst fysisk berøring til pasienter med kreft som komplementær behandling.

Litteraturliste

- *Beck, I., Runeson, I. & Blomqvist, K. (2009). To find inner peace: soft massage as an established and integrated part of palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 15(11),541-545. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20081728>
- Bertelsen, B., Hornslien, K., & Thoresen, L. (2012). Svulster. I S. Ørn, J. Mjell, E. Bach-Gansmo, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s.124-144). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Bjørndal, A., Flottorp, S., & Klovning, A. (2013). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Bunkan, B. H., & Schultz, C. M. (2009). *Medisinsk Massasje* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Cassileth, B. R., & Vickers, A. J. (2004). Massage Therapy for Symptom Control: Outcom Study at a Major Cancer Center. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28(3), 244-249. doi:10.1016/j.jpainsymman.2003.12.016
- Chaudhry, F. A. (2013). Nervesystemet. I G. Nicolaysen, P. Holck, & P. Holck (Red.), *Kroppens funksjon og oppbygning* (s. 56-92). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christoffersen, J. T. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- *Cronfalk, B. S., Friedrichsen, M., Milberg, A., & Strang, P. (2008). A one-day education in soft tissue massage: Experiences and opinions as evaluated by nursing staff in palliative care. *Palliative and Supportive Care*, 6, 141-148. doi:10.1017/S1478951508000229
- *Cronfalk, B. S., Strang, P., Ternested, B-M., Friedrichsen, M. (2009). The existential experiences of receiving soft tissue massage in palliative home care - an intervention. *Support Care Cancer*, 17, 1203-1211. doi:10.1007/s00520-008-0575-1
- *Cronfalk, B. S., Ternested, B-M., Strang, P., (2010). Soft tissue massage: early intervention for relatives whose family members died in palliative cancer care. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1040-1048. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02985.x
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Eide, H., & Eide, T. (2009). *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Ertner, L. D. (2014). *Berøring - i omsorg og lindring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- *Fjerstad, E. (2010). *Frisk og kronisk syk - et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk .
- Forskrift til rammeplan for sykepleierutdanning. (2008). *Forskrift til rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet Mai 5, 2016 fra <http://www.lovddata.no/>
- *Fyrand, O. (1996). *Det gåtefulle språket - om hudens kommunikasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- *Fyrand, O. (2002). *Berøring*. Oslo: Pantagruel Forlag.
- Grimsgaard, S., & Fønnebø, V. (2012). Alternativ behandling. I S. Ørn, J. Mjell, E. Bach-Gansmo, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 600-605). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Henricson, M., Berglund, A.-L., Määttä, S., Ekman, R. & Segesten, K. (2008). The outcome of tactile touch on oxytocin in intensive care patients: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 17(19), 2624-2633. doi: 1040-1048. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02985.x
- Inngjerdingen, M., Holck, P., & Nicolaysen, G. (2013). Kroppen er bygd opp av spesialiserte celler. I G. Nicolaysen, P. Holck, & P. Holck (Red.), *Kroppens funksjon og oppbygning* (s. 24-52). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Johannesen, T. B. (2015). *Kreftregisteret*. Hentet fra <http://www.kreftregisteret.no>
- *Kaasa, S. (2008). Palliativ medisin - en introduksjon. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon - Nordisk lærebok* (s. 31-47). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Kilvik, A., & Lamøy, L. I. (2007). *Litteratursøking i medisin og helsefag. En håndbok*. (2. utg.). Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- *Kreftregisteret. (2016). *Kreftregisteret*. Hentet fra <http://www.kreftregisteret.no>
- Kristoffersen, N. J. (2012). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie - Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 282-341). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2012). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie - Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 84-133). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kristoffersen, N. J., Breievne, G., & Nortvedt, F. (2012). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie 3 - Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., s. 245-293). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lorentsen B., V., & Grov, E. K. (2010). Generell sykepleie ved kreftsykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & R. Grønseth (Red.), *Klinisk Sykepleie 2* (4. utg., s. 401-437). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Masvie, T. B. (2014). Barmhjertighet i Sykepleien. *Sykepleien*(11) , 44-46. doi: 10.4220/sykepleiens.2014.0147.
- Mathisen, J. (2012). Sykepleie ved livets avslutning. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3 - Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., s. 296-335). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Moberg, K. U. (2015). *Afspænding ro og berøring - om oxytocins helbredende virkning i kroppen*. København: Akademsisk Forlag.
- Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Juridisk.
- *Norheim, A. J. (2009). *Komplementær og alternativ medisin - en innføring for helsepersonell*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Normann, L. (2008). <https://www.nsf.no>. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/135908/Faglig%20forsvarlighet.pdf>
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Akribe.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (2015). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient og bruker](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker)
- Renolen, Å. (2010). *Forståelse av mennesker - innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- *Rienecker, L., & Jørgensen, P. S. (2013). *Den gode oppgaven - håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- *Salomonsen, A. (2007). Massage og berøring - erfaring og effekt. *Klinisk Sygepleje*, 21(2), s. 74-78. Hentet fra https://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2007/02/massage_og_beroeering_erfaring_og_effekt

- *Schjølberg, T. K. (2010). Endret kroppsbilde. I A. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie. Pasient - utfordring - handling* (3. utg., s. 131-140). Oslo: Akribes.
- *Siggerud, M. A. (2010). Sykepleieutfordringer ved strålebehandling. I A. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie - pasient- utfordring- handling* (3. utg., s. 150-160). Oslo: Akribes.
- *Skau, G. M. (2011). *Gode fagfolk vokser - Personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (4. utg.). Oslo: Cappellen Damm Akademisk.
- *Svendsen, L. (u.å.). *Kreftforeningen*. Hentet Mai 16, 2016 fra Kreftforeningen:
<https://kreftforeningen.no/>
- *Sæteren, B. (2010). Omsorg for døende pasienter. I A. Reitan, & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie; pasient - utfordring - handling* (3. utg., s. 235-255). Oslo: Akribes.
- *Tellungen, I. (u.å.). *Kreftforeningen*. Hentet fra <http://www.kreftforeningen.no>
- Thorsen, R. (2012). Trygghet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie - Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., s. 106-132). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- *Toth, M., Marcantonio, E. R., Davis, R. B., Walton, T., Kahn, J. R., & Phillips, R. S. (2013). Massage Therapy for Patients with Metastatic Cancer: A Pilot Randomized Controlled Trial. *The Journal of alternativ and complementary medicine*, 19(7), 650-656. doi: 10.1089/acm.2012.0466
- Trier, E. L. (2013). Lindrende sykepleie. I U. Knutstad, *Utøvelse av klinisk sykepleie - Sykepleieboken 3* (2. utg., s. 892-940). Oslo: Cappellen Damm Akademisk.
- *Vadstrup, E. S., & Sjøgren, P. (2013). Cancersmertetilstande - epidemiologi, ætiologi og behandling. I T. S. Jensen, J. B. Dahl, & L. Arendt-Nielsen (Red.), *Smerter - Baggrund, evidens, behandling* (s. 315-331). København: FADL's Forlag.