

*Hjelp meg, så jeg skjønner at jeg må ta vare på meg selv ---*

**Om lidelsens ytring og lindringens mulighet fra psykiatrisk  
sykepleiers perspektiv**

**Live Salem Hjelle**



Høgskolen i **Hedmark**



Masteroppgave, avdeling for helse og idrett

**HØGSKOLEN I HEDMARK**

2010

---

## **Forord**

Ved et tilbakeblikk gjennom prosessen med denne studien vil jeg takke min veileder professor Jan Kåre Hummelvoll. Takk for at du med respekt har møtt meg på mitt kunnskapsnivå. Takk for inspirasjon til veien videre og for at du har bidratt til å åpne nye perspektiver for meg gjennom dine kunnskaper.

Takk til min kjære familie Tor Arne, Gisle og Sunniva for støtte og oppmuntering da jeg i perioder var i ”kjelleren”, men også utfordret meg omkring noen temaer. Takk til dyrene, Lilli og Påsan som har støttet meg med fysisk nærvær under lange skriveperioder.

---

## Innhold

<b>NORSK SAMMENDRAG .....</b>	<b>5</b>
<b>ENGELSK SAMMENDRAG (ABSTRACT).....</b>	<b>7</b>
<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>9</b>
1.1 OPPGAVENS OPPBYGNING .....	9
1.2 HELSE OG LIDELSE .....	10
1.3 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING .....	14
1.4 TEORETISK REFERANSERAMME FOR PROBLEMSTILLINGENS FOKUS OG INNHOLD .....	15
1.5 RELEVANT FORSKNING .....	16
1.5.1 <i>Mennesket i lidelsen</i> .....	17
1.5.2 <i>Livsverdier</i> .....	19
1.6 BEGRENSNINGER OG PRESISERINGER .....	19
<b>2.0 TEORETISKE REFLEKSJONER .....</b>	<b>21</b>
2.1 INNLEDNING .....	21
2.2 SEMANTISK ANALYSE .....	21
2.3 INNHOLDET I BEGREPENE LIDELSE OG LINDRING.....	24
2.3.1 <i>Lidelsens vesen og budskap, om Job, Anicius og Eva</i> .....	28
2.3.2 <i>Jobs bok – lidelsens urproblem</i> .....	29
2.3.3 <i>Anicius Manlius Severinus Boëthius</i> .....	35
2.3.4 <i>Fortellingen om Eva</i> .....	37
<b>3.0 METODE.....</b>	<b>39</b>
3.1 INNLEDNING .....	39
3.2 LITTERATURSTUDIUM SOM METODE .....	40
3.3 HERMENEUTIKK.....	41

---

3.4 FENOMENOLOGI.....	42
3.5 LITTERATURSØKET .....	44
3.6 VALIDITET OG STUDIENS TROVERDIGHET .....	44
3.7 STUDIENS UTVALG, EMPIRISK OG TEORETISK LITTERATUR .....	46
<b>4.0 RESULTATER: .....</b>	<b>47</b>
<b>5.0 OPPSUMMERING OG DISKUSJON.....</b>	<b>65</b>
5.1 METODISK RESERVASJON .....	65
5.2 DISKUSJON AV RESULTATER.....	66
<b>6.0 KONKLUSJON .....</b>	<b>75</b>
<b>7.0 LITTERATURLISTE .....</b>	<b>78</b>

Antall ord i oppgaveteksten er 23124.

---

## Norsk sammendrag

**Navn:** Live Salem Hjelle

**Dato:** 1. august 2010

**Tittel:** Hjelp meg, så jeg skjønner at jeg må ta vare på meg selv - - - Om lidelsens ytring og lindringens mulighet fra psykiatrisk sykepleiers perspektiv.

**Hensikt:** Hensikten med denne studien er: 1) å se mennesket i lidelsen, med lidelsen, og bak lidelsen og 2) øke forståelsen for menneskets lidelse.

**Teoretisk forankring:** Denne studien er forankret i forskjellig forskningsbasert kunnskap og teori med relevans for fagområdet sykepleie.

**Design og metode:** Kvalitativ litteraturstudie, resymè. Fenomenologisk–hermeneutisk tilnærming til fenomenene lidelse og lindring. Det omfatter også tolkningen av lidelsen slik den fremstår i Jobs bok, Det Gamle Testamentet.

**Resultater:** Som psykiatrisk sykepleier vil forståelse av pasientens lidelse være et samspill av kropp, sjel, ånd og livsmiljø. Ved bruk av teoretisk kunnskap og erfaringsbasert evidens kan god omsorg og lindring gis til pasienten. Lidelsesformer: a) sykdomslidelse, b) pleie- og behandlinglidelse og c) eksistensiell og d) sosial lidelse muliggjør en dypere forståelse av de ulike formene. Sykdomslidelsen er ofte tilknyttet en diagnose med dens symptomer og hemninger i å leve livet slik en ønsker. Pleie- og behandlinglidelse er der pasienten ikke blir møtt med respekt, verdighet, fordømmelse, maktutøvelse og uteblitt omsorg. Behandlingen kan også omfatte tvang og tvangsmedisinering med dens bivirkninger. Eksistensiell og sosial lidelse er med trussel av tilintetgjørelse og lidelsen blir uutholdelig. Fremtredene felles fenomener ved lidelse er ensomhet, angst og dyp fortvilelse, skam og skyldfølelse, tåle og utholde og til slutt kroppens språk og sansing. Dette er faktorer som hemmer bevegelse mot helse. En tolkning av Jobs bok stiller lidelsesdramaet med mennesket i sentrum av virkefeltet for himmelens og helvetes krefter som belyser alle lidelsens aspekter.

Lindring av lidelsen kan sammenfattes i: 1) at lidelsen blir bekreftet, 2) at pasienten får tid og rom for å oppløse eller lide ut og gjennom 3) forsoning vokser og det utvikles et nytt livsperspektiv der lidelsen er til å leve med og der lidelsen blir oppløst og tilintetgjort.

---

Fagkunnskap om lindring, anerkjennelse og omsorg i nestekjærlighet for pasienten gir lindring.

**Konklusjon:** Denne resymèstudien gir en oversikt over sentrale trekk ved fenomenene lidelse og lindring innen sykepleiens fagområde.

**Utfordringer for videre faglig utvikling:** *Menneskets eksistensielle lidelse bør artikuleres og intrigeres i grunnutdanningen i sykepleie og i videreutdanningen i psykiatrisk sykepleie.* Studien inviterer til fortsatt fordypning av eksistensiell lidelse samt mulige kilder til pleie- og behandlingslidelse.

Flere artikler uttrykker behov for at pasienter med mange og/eller lange innleggelse i psykiatrisk sykehus *har behov for å utvikle tilstrekkelig sosial kompetanse* for tilpasse seg sitt nye nabolag ved utskrivelse til egen bolig. Samtidig bør *generell informasjon om psykiske sykdommer formidles* til nabolaget.

**Emneord:** Lidelse, psykiatrisk sykepleieomsorg, depresjon, mental lidelse, schizofreni, psykiatrisk sykepleie.

---

## Engelsk sammendrag (abstract)

**Name:** Live Salem Hjelle

**Date:** August 1. 2010

**Title:** Help me, so I realize that I must take care of myself. About the form of suffering and the possibility of relief from the perspective of a psychiatric nurse.

**Aim:** The aim of this study is: 1) to see the human being in suffering, with suffering, and behind the suffering and 2) to increase the understanding of human suffering.

**Theory:** This study is anchored in different research-based knowledge and theories with relevance to the field of nursing.

**Design and methods:** Qualitative literature, review, resumé. Phenomenological- hermeneutic approach to the phenomena of suffering and relief. It also includes the interpretation of suffering as it appears in the book of Job, the Old Testament.

**Results:** A psychiatric nurse will understand the patient's suffering is an interplay of body, mind, spirit and environment. When using the theoretical knowledge and experience-based evidence, good care and relief of suffering is given to the patient. The suffering forms are: a) the disease suffering, b) care- and treatment suffering and c) existential suffering and d) social suffering akin together these forms enable a deeper understanding of the various forms. Illness suffering is often associated with a diagnosis and its symptoms and hindrances to live life as one wishes. Care- and treatment suffering is where the patient is not treated with respect, dignity, condemnation, exercise of power and failure to care. The treatment may also include use of force and forced medication with all its side effects. Existential and social suffering might be the threat of destruction and suffering becomes unbearable. These are factors that prevent movement towards health. An interpretation of the Book of Job makes its drama with human suffering staged in a center by the forces of heaven and hell. It illuminate all aspects of suffering.

Relief of suffering is summarized in: 1) that suffering is confirmed, 2) the patient has time and space to dissolve or to suffer through 3) reconciliation grows and develops a new life perspective where suffering is to live with and where suffering is dissolved and diminished. Knowledge about relief, recognition and care in the name of true charity gives the patient relief.

**Conclusion:** This study gives a good overview of the phenomena of suffering and the solace nursing field.

**Challenges for further professional development:** The human existential condition should be articulated in basic education in nursing and in advanced psychiatric nursing. The study invites to continued focus on existential suffering and on the sources of care- and treatment suffering.

---

Several articles express a need for patients with many or long hospitalizations in psychiatric hospitals to develop adequate social skills for adapting to their new neighborhood at the discharge from the hospital. At the same time general information about mental illnesses should be communicated to the respective neighborhood.

**Subjects:** Suffering, psychiatric nursing care, consolation, depression, mental illness, schizophrenia, psychiatric nursing.



---

# 1. Innledning

Jeg har fundert og undret meg over lidelsens problem. Menneskets psykologiske forsvarmekanismer mot lidelsen kan komme til uttrykk på forskjellige måter. Det kan være nødvendig å bruke disse mekanismene for i det hele tatt å overleve. Jeg har erfart at lidelsen oppleves svært forskjellig hos mennesket og at den ikke er målbar. Lidelsen opptrer som enten lidelse eller ikke lidelse. Det er ingen som lever så skjermet og isolert at ikke troen eller livet før eller senere møter lidelsen og dødens vonde virkelighet. Lidelsens realitet kan presse seg på både som et forståelsesmessig og eksistensielt problem. Det å lide er en del av det å leve. Lindholm & Katie Eriksson (1993, heretter benevnes som Eriksson) mener at helse og lidelse ikke er hverandres motsetninger, men en bevegelse mot dypere forståelse av helheten.

## 1.1 Oppgavens oppbygning

*Kapittel 1* redegjør for helse og lidelse, bakgrunnen for valg av tema og problemstilling for studien. Relevant forskning er med før begrensninger og presiseringer.

*Kapittel 2* redegjør for forskjellige begrepsdefinisjoner av lidelse og lindring. Videre en semantisk redegjørelse for lidelse og lindring og hva fenomenene lidelse og lindring innebærer. Lidelsens vesen og budskap med Job, Anicius og Eva beskriver disse fenomenene og gir en dypere forståelse.

*Kapittel 3* redegjør for design og metoden samt en begrunnelse for valget av litteraturstudiet. Videre en innføring i valgte tekster og dens resultater.

*Kapittel 4* redegjør for en generell tolkning, en oppsummering og drøftelse med sikte på å forstå hva teoriens egentlige budskap er, og de konsekvenser det kan ha for sykepleiepraksis. Gjennom dette arbeidet vil det komme fram til en teoretisk forståelse som fører til en samlet forståelse av den eksistensielle opplevelsen av lidelse og lindring.

*Kapittel 5* inneholder en oppsummering og diskusjon samt metodisk reservasjon

*Kapittel 6* Konklusjon.

---

*Kapittel 7 Litteraturliste.*

## 1.2 Helse og lidelse

I Bibelen tematiseres lidelse i de forskjellige tekster, spesielt Jobs bok som jeg vil komme tilbake til senere. Videre skriver en meget velstående romersk mann, Anicius M.C. Boëthius, (ca år 500 e. Kr) om sin lidelse da han ble kastet i fengsel, fratatt sin eiendom, eiendeler og anseelse i samfunnet (Boëthius 1981). Aristoteles hevdet at sjelen kan aktiviseres gjennom sanseintrykkene i livsånder. Det forstås i denne sammenheng som fine partikler i nervebanen med den oppgave å formidle mellom hjernen og kroppen. Når et sansorgan påvirkes, settes livsånder i bevegelse, slik at sansepåvirkningen forplantes til hjernen. Tilsvarende forplanter livsånder bevegelser fra hjernen til muskelapparatet og formidler dermed kroppsbevegelser. Teorien om livsånder går tilbake til Aristoteles, og har sitt høydepunkt hos Bacon, Hobbes og Descartes. Sistnevnte vektlegger antakelsen om livsånder som et viktig ledd i vekselvirkningshypotesen om forholdet mellom sjel og legeme (Filosofleksikon 1996). Jeg vil tilføye at filosofen Descartes oppfattet kropp og sjel som adskilte, et dualistisk tankesett som også har påvirket sykepleieprofesjonen.

I Norge får om lag 12 % av alle personer diagnosen psykisk lidelse i en eller annen form av fastlegen sin hvert år. 39 % av disse er i alderen mellom 25 til 44 år. Psykisk lidelse omfatter tilstanden og fenomener som f. eks. angst, depresjon, livskrise og psykose (Statistisk sentralbyrå 2007).

Lidelse finnes overalt i verden og lidelse har det vært siden mennesket ble til. Det var blant annet for å lindre lidelse og gi omsorg at Florence Nightingale begynte sitt arbeide under Krimkrigen i årene 1853 til 1856. Det var begynnelsen på vår moderne sykepleieprofesjon.

Helse og lidelse kan betraktes som en aktiv bevegelse i forhold til hverandre. Eriksson et al. (2003) hevder at lidelse er en kamp mellom det onde og det gode, og "lidandet som vara kamp innebär att våga vara i lidande, att våga erkänna att det finns" (s. 4). Bevegelsen omfatter også en vilje til å møte lidelsen og kjempe seg gjennom lidelsen. Sykepleierens omsorg vil være å lindre lidelsen. Som sykepleiere vet vi at det å leve innebærer lidelse og smerte.

---

Helse betyr, begrepsmessig og historisk, det samme som å være hellig (Eriksson 1989, 1990) og Eriksson definerer helse som: ”En integrerad tilstånd av sundhet, friskhet och en känsla av välbefinnande, men inte nödvändigtvis som frånvaro av sjukdom eller lyte” (s. 44). Travelbee (2005) hevder at helse er subjektiv, og at den dermed defineres individuelt, det vil si i samsvar med den enkeltes vurdering av sin fysiske, emosjonelle og åndelige tilstand slik vedkommende opplever den. Begge, Eriksson og Travelbee, hevder at mennesket kan ha helse selv om en diagnostisert sykdom er med i meningssammenhengen. Hummelvoll (2000) hevder at:

Helse er å være hel. Den representerer en stadig streben etter å bevare identitet. Helsens motpol er ikke sykdom, men heller ”uhelse” eller helsesvikt som følger manglende integrasjon” (s.31).

Legen Eric Cassell (1995) hevder at i medisinsk meningssammenheng tolkes det lidende mennesket i forhold til sin sykdom. Hele mennesket blir satt i en meningssammenheng med sin kulturelle og sosiale bakgrunn og lindringen består i å hjelpe mennesket å leve tross lidelse og sykdom.

Sosiologen Aron Antonovsky mener at helsedimensjonen bør betraktes i et sosialt og kulturelt perspektiv, et livsløpsperspektiv (1996). I menneskets streben etter å søke helhet og sammenheng gjennom vekst og selvrealisering, kan frustrasjoner oppstå når dette forstyrres. Antonovsky setter fokus på helseorientering salutogenese fremfor sykdom. Han refererer bl.a til Frankls arbeid, og ser på helse som en opplevelse av sammenheng, ”sense of coherence”.

Lidelse som fenomen hører med i det å leve, det er en naturlig del av menneskelivets erfaringer. Lidelsen er en del av helsen, og helsen er i bevegelse slik som lidelsen. Uten lidelse er mennesket uten behov for pleie og omsorg. Den utholdelige lidelsen som hindrer vekst og utvikling er forenelig med helse og skaper vekst og utvikling. Den uutholdelig lidelsen hindrer vekst og utvikling og helsen brytes ned. Det å lindre lidelse er en sentral oppgave for sykepleieprofesjonen.

Hummelvoll (2000) definerer psykiatrisk sykepleie som:

psykiatrisk sykepleie er en planlagt, omsorgsgivende og psykoterapeutisk virksomhet. Den tar sikte på å styrke pasientens egenomsorg og derigjennom løse/reducere hans helseproblem. Gjennom et samarbeidende og forpliktende fellesskap, forsøker man å hjelpe pasienten til selvrespekt og til å finne holdbare livsverdier. Når pasienten ikke selv er i stand til å uttrykke egne behov og ønsker, virker

---

sykepleieren som omsorgsgiver og som pasientens talsmann. Utover det individuelle nivå har sykepleieren et medansvar for at personen får et liv i et tilfredsstillende sosialt fellesskap. På det samfunnsmessige nivå har sykepleieren en forpliktelse til å påpeke og påvirke forhold som skaper helseproblemer (s.39).

Videre understreker han viktigheten av å reflektere over forskjellige grunnsyn som er i samsvar med egne verdier, erfaringer og faglige vurderinger. Psykiatrisk sykepleie som er basert på eksistensielt rammeverk, gir et sammenhengende og helhetlig syn på lidende personer (ibid 1997). Dette vil gi konsekvenser for sykepleierens samhandling med pasienten. For å forstå pasienten som helhet, kropp, sjel og ånd i sine omgivelser der pasienten befinner seg akkurat nå, representerer de ni hjørnesteiner helt nødvendige holdningsmessige orienteringer for psykiatrisk sykepleie som har betydning for lindring av lidelsen og å fremme helse. Kort nevnes her noen av dem:

***Likeverdighet*** - betyr at et helhetlig jeg møter et helhetlig du. Det å møte mennesket med respekt, dets medfødte eller påførte defekter, respekt for det konkrete, lytefulle menneske, dets naturgitte identitet, at man ikke frakjenner menneskeliv verd på grunn av lidelse, men har et menneskesyn som også kan tilkjenne lidelse verd (forutsatt at vi samtidig bekjemper lidelse og er med og bærer den) og at lovfestet rett til livsstandard ikke legges så høyt at de sterke kan sikre seg et liv uten lidelse på de svakes bekostning (Asheim 1992).

***Møte/nærværenhet*** - representerer et fysisk møte, ansikt til ansikt som også reduserer ensomhet, og er preget av en grunntone av vennskaplighet, virkelig interesse for å forstå den andre.

***Mål, mening og verdiavklaring*** - bør prege samarbeidet med pasienten. Mening, det å se sammenhengen i livet og i lidelsen har avgjørende betydning for at lidelse holder opp å være lidelse i det øyeblikk den finner en mening. Frankl (1966) hevder at også lidelse har en mening.

***Skyld og soning*** - skyldfølelse er nødvendig å utrede for å forstå hva den inneholder. Patologisk skyldfølelse er å ta på seg skyld ovenfor noe en ikke er årsak til. En følelse kan også være omformet til skyldfølelse. Dersom en har vært sint og har blitt straffet for det, kan en følelse av skyld i stedet for sinne overta plassen der sinne ville ha vært en naturlig reaksjon.

---

**Håp** - håpet innebærer vilje til forandring og tro på at forandring er mulig. Eriksson (1989) hevder at håpet er todelt som både forhåpning og forventning mot framtiden. Fromm (1971) hevder at dersom et menneske har gitt opp alt håp, har det ”lagt sin menneskelighet” bak seg. Travelbee (2005) understreker at pasienter som opplever håpløshet, er orientert i nåtid og ikke i framtiden fordi de ser bare vanskeligheter og lidelse her og nå. Pasienten er preget av motløshet, apati, pessimisme og fiendtlighet. Håp relateres til vår avhengighet av andre, til framtid, valg, utholdenhet, ønsker og tillit. Håpet er den viktigste faktoren for å fremme helse for å utstå sykdom og lidelse.

Virkeligheten kan ofte være slik at lidelsen ikke kan elimineres. Da kan det være nødvendig å lære og leve med lidelsen, ikke mot lidelsen. Den lidende trenger ofte hjelp til å sette ord på lidelsen, til å fortelle med ord, bilder eller symboler hvordan den oppleves. Dette innebærer at sykepleieren har kunnskaper om lidelse, vilje og mot til å lindre og å gjøre hverdagen bedre å leve for pasienten. Nestekjærlighet og viljen til å forstå og å se pasienten eller medmennesket er helt nødvendige egenskaper for medlidelse. De skaper trygghet og åpner for muligheter for framgang og vekst.

Eriksson (1996) hevder at vi kan forstå sansingen, men ikke i en begrepsmessig form. Det som påvirker oss og det som vi fatter i sansing, kan være å forstå og sette det i et system. Det sykepleiefaglige skjønn er med i helheten av prosessen og observasjoner fra flere forskjellige sanser, hva hun hører (pasientens kommunikasjonsform), ser (pasientens atferd, kroppspråk) og føler (gjennom berøring, fornemmelser av lukt). Det kan tilføyes, spesielt for den psykiatriske sykepleier, siden pasientens kommunikasjonsform ofte kan være tildekkende og uklar.

Gjennom min bakgrunn i arbeidet som psykiatrisk sykepleier i over 30 år har jeg vært vitne til medmennesker i sin dypeste livs- og sykdomslidelse. Deres fortellinger om hvordan lidelsen påvirker deres hverdagsliv med angst, lav selvfølelse, ensomhet, krenkelsers, maktovergrep, skam, skyldfølelse – ja, alle aspekter av lidelse - har berørt meg dypt. Det er vanskelig og vondt å bære lidelsen, fordi den er et direkte møte med avmakt og håpløshet. Hvorfor blir et uskyldig lite barn mishandlet, krenket og merket for livet? Hvorfor blir en ung kvinne voldtatt, mishandlet og merket for livet? Hvorfor blir mange eldre brutalt slått

---

ned og lenket til sykeseng med sterk angst for resten av livet? Menneskene med slik livserfaring møter vi innen psykisk helsevern.

Mine spørsmål om fenomenet lidelse har gjort at jeg har søkt til litteraturen om emnet og særlig innen helsefaglig og teologisk kontekst og forskning. Jeg har lurt på om lidelsens individuelle virkninger har vært uforandret siden mennesket ble skapt. Har mennesket forandret seg eller er det miljøet/kulturen omkring mennesket som påvirker menneskets reaksjonsmønster? Hvordan takler medmennesket dette? Hva gjør at mennesket utholder lidelsen og forsetter med et håp om at en dag vil det bli bedre? Hvor er Gud i lidelsen?

### 1.3 Hensikt og problemstilling

Det er disse erfaringene og denne innsikten som har påvirket mitt valg av tema og problemstilling. Men dette er utvilsomt ingen lett oppgave å gi seg i kast med, og det kan beskrives godt med Jobs ord, 42,3 (Det Gamle Testamentet) ”Jeg skal skrive om ting jeg ikke forstår, om det som er så underfullt at jeg ikke kan skjønne det”. Men jeg vil prøve allikevel fordi jeg møter lidelsenes ansikt i mitt arbeid.

*Hensikten med studien er å se mennesket i lidelsen, med lidelsen og bak lidelsen.* Det er også med et håp om at studien kan være medvirkende til å øke forståelsen for menneskets lidelse og til inspirasjon om videre evidensbasert kunnskapsutvikling innen emnet.

Problemstillingen blir følgende: *Hva innebærer det å være et lidende menneske? Hva innebærer lindring av lidelse?*

Som profesjon har sykepleiere et samfunnsansvar for å orientere seg i og om de helseproblemer, livsproblemer som kjennetegner befolkningen. Helse, livskvalitet, sykdom og lidelse vil alltid avspeile de levekår vi har (Parse 1991).

Endringer i lidelsesmønstre vil også kreve endringer i kunnskaper og organisering av helsevesenet (ibid). Mangel på mening, tomhet og eksistensielle kriser hos mennesket selv, i relasjon og på samfunnet i dag hevdes av flere anerkjente. Forskeren Moore (1992) hevder:

---

The emotional sufferings and disturbances of “our” time, is: Emptiness, meaninglessness, mild depression, lost illusions of marriage, family and close relations, loss of values, longings for personal relations and thirst of spirit (s. 12).

Yalom (1980) hevder at sykepleierne som yrkesgruppe møter mennesker i alle aldersgrupper og med alle typer livsproblemer. Gjennom utøvelse av vår profesjon må vi ha kunnskap, forståelse, innsikt og ferdigheter i å møte det lidelsesmønster som preger dagens mennesker med de emosjonelle og sosiokulturelle behov som medfølger.

Sykepleiens historie viser at faget er i stadig utvikling i takt med de samfunnsmessige forandringer, både politisk og lovmessig. Sykepleien blir utviklet og utført av den individuelle sykepleier med bakgrunn i den faglige forståelsen og det faglige verdigrunnlaget. I pasient-sykepleierrelasjonen bruker sykepleieren sine kunnskaper (om lidelser) miljøterapeutisk slik at pasienten kan mestre å takle hverdagen bedre ved å forstå sitt eget handlingsmønster (Hummelvoll 2000).

## 1.4 Teoretisk referanseramme for problemstillingens fokus og innhold

Polit og Hungler (1995) og Kirkevold (1996) hevder at dersom en oversiktsartikkel skal kunne presentere status over kunnskap om et fenomen, bør fenomenet settes inn i en teoretisk referanseramme. Gapet mellom teori og praksis kan reduseres gjennom sykepleieteorier og modeller som veiledende for emperi og praksis (Kirkevold 1996). Det å hjelpe, veilede mennesker på forskjellige måter til å mestre hverdagslivet, tilhører sykepleierens og sykepleievitenskapens sosiale mandat (ibid). Det å lindre menneskers lidelse, forbedre helse, bearbeide vonde opplevelser og erfaringer er sykepleierens praksis. Empiri utvikles fra sykepleiefagets praksis. Emperi utvikles fra sykepleiefagets kjerne og praksis gjennom eksistensielle fenomener. En oversiktsartikkel vil være et hjelpemiddel til utvikling av kunnskap i sykepleievitenskapen (Hummelvoll 1998).

I denne studien vil lidelse og lindring som fenomen bli forklart med forskjellig teori med relevans for sykepleierens fagområde.

---

Frankl er ofte brukt som referanse for sine tekster av sykepleieteoretikere i forbindelse med psykiske og åndelige fenomener. Frankl, som var jødisk psykiater og fange i lange krigsår i tilintetgjørelsesleire, skrev ned sine opplevelser og erfaringer fra krigen, og dette utviklet seg til teori og praksis (logoterapien). Ut fra tanken om lidelsens ”supra-mening” kan han tro og bekjenne en mulig mening også i det tilsynelatende meningsløse, et gode i eller bak tilsynelatende ondskap og lidelse. Lidelsen tjener en høyere, eventuelt guddommelig og god hensikt (Frankl 1966).

## 1.5 Relevant forskning

Yalom (1980) beskriver eksistensielle problemer relatert til lidelse som en indre konflikt som en indre eksistensiell streben der ulike krefter forbundet med menneskets eksistens er i konflikt med hverandre.

Sykepleieforskeren Morse (2001) beskriver i sin lidelseteori et skille mellom utholdelse (beskrevet som undertrykte følelser) og lidelse (beskrevet som emosjonell respons på fenomener som tidligere var undertrykt). Menneskets overgivelse til lidelsen starter ikke før mennesket er sterkt nok til å erkjenne det som truer integriteten. Morse hevder at utholdenhet er positiv og sykepleieren skal støtte pasienten i å utholde. Ut fra denne forståelsen vil undertrykkelsen av følelse heller bli en hindring for vekst og utvikling. Eriksson (1993) hevder at det å løse opp de følelsene som er knyttet til lidelsen, er en mulighet til personlig vekst og utvikling.

En (sterkt) endret livssituasjon som sykdom, lidelse, tap og død vil ofte iverksette åndelige behov ved å stille eksistensielle spørsmål. Stifoss-Hansen og Kallenberg (1998) har presentert en tabell over sentrale eksistensielle spørsmål med tilnærmede svar. Tabellen gjengir i det følgende:



Tabell 1. Relevante eksistensielle spørsmål knyttet til lidelse og svar.

Eksistensielle spørsmål	Livssyn (svar eller løsninger)
Har livet noen mening? Hva har verdi i mitt liv?	Noe jeg skaper eller gitt av Gud. Personlige verdier – noe jeg velger og skaper. Livet har verdi uavhengig av hva jeg gjør.
Hvem er glad i meg?	Venner eller familie eller Gud
Hvordan kan jeg leve med smerte og lidelse? Hvordan kan jeg leve med at jeg snart skal dø?	Lidelsen har mening. Livet er verdifullt inntil døden eller jeg tror på et liv etter døden.

(Stifoss-Hansen og Kallenberg 1998, s.19)

Som det framgår av denne tabellen påvirker disse to sidene hverandre. Eksistensielle spørsmål i en spesiell endret livssituasjon kan være til hjelp i valg av et bevisst livssyn. Motsatt kan livssyn være til hjelp i å virkeliggjøre og få grep om eksistensielle spørsmål i endret livssituasjon og gi en bestemt fortolkning av den.

Arman et al. (2002) undersøkelse av brystkreft blant kvinner bekrefter at lidelser gjør at verdiene gjennom erfaring får et annet innhold. En ny forståelse og oppmerksomhet rettet mot det å leve. Den indre verden, helbredelsesprosessen gjør at mennesket utvikler seg raskt med nye verdier. Undersøkelsen viser også at hovedtema i kvinnens beskrivelse var den ulike forståelsen hos pasienter og helsepersonell av selve sykdomssituasjonen. Kvinnene beskrev at kroppen fikk god fysisk behandling og pleie, men de opplevde en svært begrenset forståelse av sin situasjon som kreftsyk. Kvinnene uttrykte ”vond stillhet, mangel og tillit og skuffelse”. Kvinnens lidelse økte når de opplevde at helsepersonell ikke møtte dem som hele mennesker med tanker og følelser, og at de ikke følte seg forstått som personer.

### 1.5.1 Mennesket i lidelsen

Sterk lidelse er gjennomgripende og preger hele mennesket. Årsaken til lidelsen har ofte bindeledd til fortvilelse, indre smerte, krenkelse, apati, sorg, skam og ensomhet. Nortvedt (1994) hevder at ensomheten føles så påtrengende når vi lider og har det vondt. Håpløsheten skimtes aldri så tydelig som når vi er ensomme i lidelsen.

---

Oppmerksomheten kan bli selektiv, og en legger merke til at alle andre har det som en selv lider under. Tanker og følelser vil ofte påvirke verdier knyttet til den ytre atferden. Mennesket som lider må ofte trekke seg tilbake og oppleve at omgivelsene trekker seg bort. Hos yngre lidende er min yrkeserfaring fra psykiatrien at ønsker og behov ikke kommer direkte til uttrykk, men kan vise seg i sinne, anklage, selvskading eller bebreidelser mot andre.

Kahn og Stevens (1986) hevder at:

suffering is experienced when some crucial aspect of one's own self, being or existence is threatened. The meaningfulness of such threat is to the integrity of one's own experience of personal identity (s. 626).

Deres problemstilling omhandler lidelsens opplevelse. Senere, beskriver Kahn og Stevens (1994 og 1995) lidelsesopplevelsen til relasjonene mellom pasientens opplevde og uttrykte lidelse, mestring av lidelsen og omgivelsenes respons i form av omsorg. Omsorg og mestring virker sammen slik at helbredelsen skjer gjennom lindring og mening. Kahn og Stevens (1986) har forsket på mulige årsaker til at sykepleiere ofte unngår å snakke med pasienter om deres lidelse. De hevder at en viktig årsak er den personlige trussel som nært kjennskap til andres menneskers lidelse så vel som de tanker om egen død kan gi hos helsepersonell. Tanken om lidelse og død utfordrer sykepleierens opplevelse av meningen med livet og åpner for følelse av egen sårbarhet. Det kan være både en smertefull og krevende arbeidssituasjon. En annen grunn til at lidelse vies lite oppmerksomhet i et moderne helsevesen, hevder Kahn og Stevens, kan være det biomedisinske synet hvor kropp og sjel sees som adskilt og hvor det settes fokus på å behandle kroppen. Det å redusere mennesket til bare en kropp bidrar til å skjule lidelsen, fordi lidelsen er hele menneskets personlige erfaring som påvirker sjel, kropp og ånd som enhet.

Forskningen viser også at det er nødvendig med et visst antall helsepersonell for at pasienter skal få dekket sine grunnleggende behov for pleie og omsorg. Det kan være i sykehjem og hjemmebasert omsorg. De politiske føringer, økonomiske rammebetingelser og verdivalg innad i organisasjonen kan være medvirkende årsak til at pasienten opplever lidelse.

En undersøkelse av van Hooft (1998) påpeker at manglende dekning av grunnleggende behov bidrar sterkt til opplevelse av lidelse. Derfor kan grunnleggende behov som å få

---

vasket og stelt seg, rent tøy, sosial kontakt og meningsfulle aktiviteter lindre pasientens lidelse.

### 1.5.2 Livsverdier

Frankl (1971) hevder at det er verdiene som gir livet mening og gjør livet verdt å leve. Med sin logoterapi ønsker Frankl å bevisstgjøre mennesket om sin livsoppgave. (Logos betyr mening). Logoterapi retter oppmerksomheten mot menneskets søken etter å finne mening og den enkelte må selv søke svar.

Noen verdier er overordnet andre verdier. Det kan være et religiøst livssyn, helse, frihet, omsorg og kjærlighet. Et menneskets verdihierarki er personlig og i stadig endring etter levd erfaring. Det speiler menneskets holdninger, opplevelser og atferd. Disse verdiene forteller oss hva vi mener er godt og riktig.

## 1.6 Begrensninger og presiseringer

Hummelvoll (2000) hevder at den eksistensielle lidelsen innebærer lidelse i det å leve, hverdagslivet i forhold til familie, venner og i andre sosial relasjoner. Sosial lidelse kan innebære reduserte muligheter til å delta i samfunnets offentlig rom. Det kan være sykdom, fattigdom, ensomhet, fysisk eller psykisk handikap, isolasjon, tap av meningsfylt arbeide, tap av den sosiale samfunnsrolle før sykdommen som er årsaken. I denne lidelsesformen finner vi mange medmennesker med psykiske lidelser. De andre to lidelsesformene, er sykdomslidelse, der lidelsen er bundet til en sykdom eller sykdomstilstand. Pleie- og behandlinglidelse innebærer at lidelsen oppstår i relasjon mellom pasient og sykepleier som uverdige, ikke-delende og kjærlighetsløst (Lindholm 1997).

I denne studien er eksistensielle og sosiale lidelser behandlet under samme kategori fordi de er nært forbundet med hverandre.

Når jeg henviser til Bibelen er det oversettelsen av Det Norske Bibelselskap 1978 som er gjennomgående i hele studien.

Videre er databasesøk begrenset til vitenskaplige undersøkelser i perioden 1990 til 2010. Tekster som er brukt i studien er begrenset til nordiske og engelskspråklige.

---

Lidelsen har forskjellige uttrykksformer blant verdens befolkning og innen de forskjellige verdensreligioner. Denne studien har begrenset sitt fokus til vår kultur og til vårt kulturkristne livssyn.

I svensk litteratur brukes ordet ”vård”. Det nærmeste norske ordet for vård er omsorg. I denne studien forstås ordet vård som omsorg og sykepleie.

---

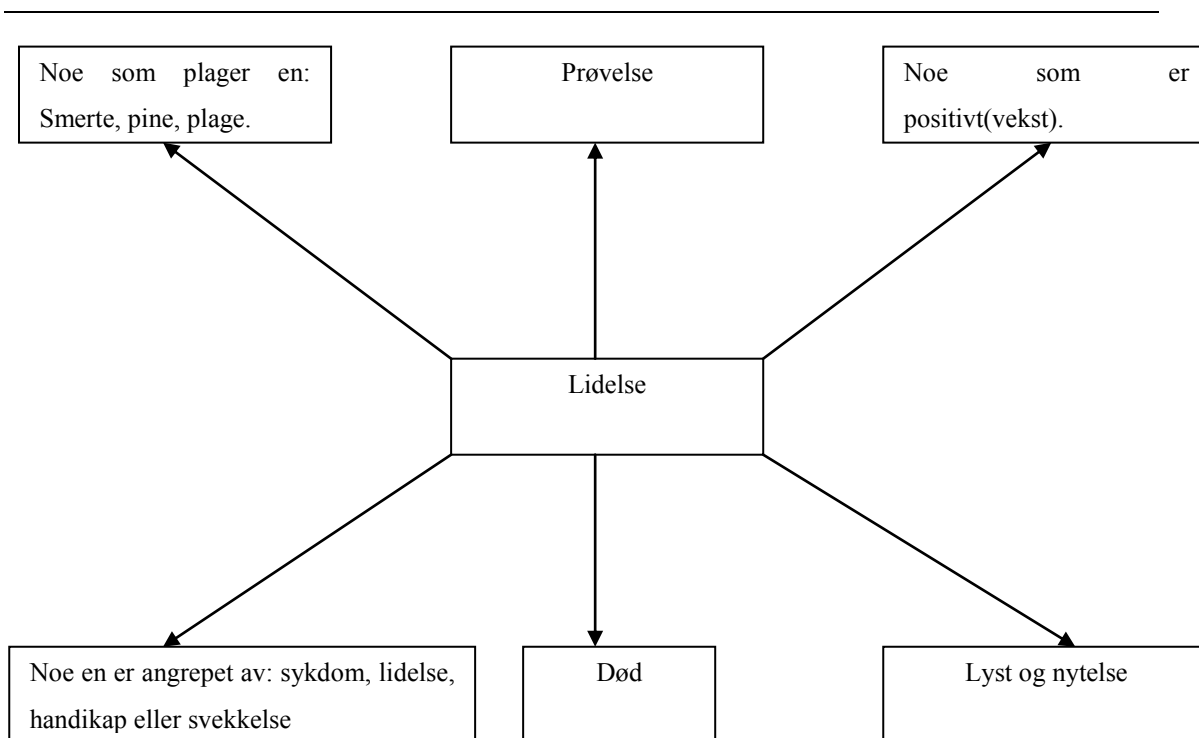
## 2.0 Teoretiske refleksjoner

### 2.1 Innledning

Lindström og Eriksson (1999) mener at en dypere forståelse innen sykepleievitenskapens grunnforskning har høy prioritet. Begrepsbetydningen beskriver fenomenet, ikke pasienten, ikke personen med lidelsen. Fra omkring annen verdenskrig har lidelse gradvis blitt erstattet av andre uttrykk som smerte, angst og sykdom som har en annen betydning. Begrepene lidelse og smerte er ikke synonymer. Det kan være lidelse uten smerte, og motsatt smerter uten lidelse. Lidelsens motpol er lysten, ofte forbundet med nytelse. Analysen støtter også tanken om lidelsen som en form for død. Det er kraften i nestekjærligheten til medmenneske eller pasienten som er drivkraften for å møte pasientens lidelse gjennom omsorg og medlidelse. Lidelse lindres gjennom medlidelse, hevder Lindholm (1997). Pasienten kan lindre sin egen lidelse gjennom å snakke om sin lidelse og ofte gjennom medisiner som da forstås som smertelindring.

### 2.2 Semantisk analyse

En semantisk analyse har som hensikt å se om den språklige betydningen av lidelse og lindring kan tilføre en dypere forståelse.



Eriksson 4/1993 s.43 og 44.

Verbet å *lide* har samme innhold som substantivet lidelse. Å lide er å ha det vondt, pines, døyve, fristes, plages, å slite, slite vondt, å tåle, å utstå, å vansmekte; betale, blø, bøye, sone, unngjelde

Som substantiv har *lidelse* synonymer som: martyrium, pasjon, tortur, elendighet, gremmes, hjemsøkelse, motgang, nød, prøvelse, sorg, ulykke, ynke, affeksjon, onde og sykdom (Norske synonymer 1984).

Den semantiske betydningen av å lide er:

1. Noe negativt eller ondt som rammer et menneske.
2. Noe som mennesket må leve med, noe det utsettes for.
3. En kamp.
4. Noe konstruktivt eller mening, en forsoning.
5. Lide kan være et uttrykk for ønske eller savn.
6. Lide som medlidenhet, det vil si å lide med og for en annen.

(Eriksson 1995 s. 20).

---

Det å lide legemlig eller sjelelig innen medisin og psykiatri betraktes sykdom som sykdomsuttrykk som: sykkelig legemstilstand eller sinnstilstand. Sammensetning som hjertelidelse og sinnslidelse.

Lindre er avledet av lind med synonymer som mild, bløt, linn.

Verbet å lindre er synonymt med avhjelpe, bedre, husvale (hug-), lette, trøste, minske, mildne, dulme, døve (smerte, nød). En lindrer nød, smerte, det å være, føle seg lindret. Lise: Føle lindring i smerte.

Lindring har synonymer som balsam, bedring, hjelp, husvalesle, lettelse, lise, palliatsjon, trøst. På latin betyr ordet patienta evnen til å utholde og tåle. Paasio betyr lidelse, affekt og pasjon. Dolor betyr kroppslig smerte, dels pine, plage, kval, vemodig uttrykk for fravær og bevegelse patos.

I Bibelen, Det Nye Testamentet på gresk, betyr páscho å lide, utholde, tåle. Det stammer fra pathos, lidelse. Avledninger fra dette ordet er pathéma, lidelse, smerte, bekymring, pathetos, følelse, lidelse, kakepatheo=lide, ha vanskeligheter, sympateo=medlidenhet, medfølelse (Norsk-gresk ordbok 2002).

### **Lyst og lidelse**

Latinske passio, pasjon, lidelse og lidenskap. Lidelse og ”med lyst” kan brukes analogt. Lyst er synonymt med appetitt, attrå, begjær, drift, fysin(e), hug, smak, trang, forgodtbefinnende, vilje, behag, vellyst, glede, fryd, gammen, salighet med mer.

Semantiske hoveddimensjoner for lyst – som kan betraktes som lidelsens motsetning er:

1. Lyst som noe en drives av; kan sammenlignes med behov.
2. Lyst som en dypere lengsel etter noe; et begjær, et ønske eller en vilje.
3. Lyst som noe livgivende og positivt; liv, glede og kall.
4. Lyst som hengivenhet eller kjærighet til noen.

(Eriksson 1995 s. 23).

Det er en sammenheng mellom disse fenomenene. Vi ser at sammenhengen mellom lidelse og lyst påvirker synet på helse og sykdom, og at det er sammenheng mellom lidelse og helse.

---

Pasienten, patientia, var et menneske som led, noe en skulle igjennom, finne seg i det, men også ha pasjon (lyst). Begrepet lidelse ble benyttet inntil andre verdenskrig i menneskelivets alle dimensjoner og ikke som vi bruker begrepet at pasient knyttes til sykdom med sykdomssymptomer og en navngitt definert sykdom. Pasientbegrepet har da en ytre (objektiv) akseptert sykdom og en indre (subjektiv) opplevelse av sykdommen.

## 2.3 Innholdet i begrepene lidelse og lindring

Er begrepet *mental* lidelse en anomali i forhold til begrepet lidelse? Mental (latin) er noe som angår sinnet, sjel, livet, sjelelig, psykisk, åndelig (Fremmedordbok 2003). Da blir neste undring om det finnes lidelse der sinnet, sjelelivet, det psykiske og åndelige aspekt er utelukket? Ved å bruke mental på lidelse gir det negative ringvirkninger til et helhetlig syn på mennesket. Det er ikke forenlig med god sykepleieomsorg.

Lidelse er beskrevet fra lidelsens kilder, karakter og kraft. Eriksson (1990) hevder at kjernebegreper i sykepleievitenskap er liv, død, lidelse, omsorg, kjærlighet, barmhjertighet, medlidenhet og omsorgfellesskap. Hummelvoll og Granerud (2009) tilføyer håp, tilstedeværelse, trøst og solidaritet samt livskvalitet med støtte av flere forfattere innen sykepleievitenskapen.

Dammann (1997) mener begrepet mental lidelse er uklart og uavgrenset. Haugsgjerd (1990) hevder mental lidelse først og fremst er livsformer som er merket av konflikt mellom de livsbejaende og kontaktrettende krefter i personligheten samt de selvinnskrenkende og selvsaboterende krefter. Videre understreker han at lidelsen er å betrakte som en prosess og som struktur som et frysebilde, - en karakterstikk av en personlighetstilstand på et gitt tidspunkt. Med andre ord en klassifisering i form av diagnose. Det er ikke meningsfullt å trekke skillelinjer mellom lidelse og ikke-lidelse, patologi og normalitet. Det er snakk om evnen til mestring, bearbeide konflikter, skuffelse og savn og evnen til å bruke hjelpeapparatet. (ibid).

Hummelvoll (2000) beskriver fire hovedformer for lidelse. Disse viser hvordan lidelsen viser seg i alle lidelser, også psykiske.



- 
1. Sykdomslidelse er den lidelse som pasienten opplever i forhold til sin sykdom og den behandling pasienten får. Slik som angst, uro og smerte oppfattes ikke som sykdomslidelse, men kan være medvirkende årsak til sykdomslidelsen. Sykdom og behandling kan være av en slik karakter at pasienten opplever emosjonelt sykdomslidelse, slik som ved mani.
  2. Eksistensiell lidelse innebærer det å leve med ubesvarte livsspørsmål som omslutter hele mennesket og dets livssituasjon. Ved sykdom kan det som tidligere var selvfølgelig i livet bli totalt forandret. Eksistensiell lidelse kan innebære at mennesket ikke fungerer som tidligere i sosiale sammenhenger slik at lidelsen blir en trussel mot ens eksistens. Det og ikke bli sett, hørt eller forstått, opplevelse av adskilthet og dermed ensomhet, ikke føle seg verdsatt og ikke få kjærlighet, er kanskje den dypeste formen av livslidelse.
  3. Sosial lidelse er relatert til konsekvensen av psykiske og fysiske funksjonsvansker som hindrer deltakelse i samfunnet og samfunnets reaksjoner på menneskets sykdomsytring i det offentlige rom.
  4. Pleie- og behandlingslidelse innebærer lidelsen i behandling og omsorg som opptrer når den ikke er preget av nestekjærlighet, men har islett av krenkelse, fordømmelse, straff og maktutøvelse. Lindholm (1997) hevder at denne lidelsesformen oppstår primært i relasjonen mellom pasient og sykepleier og eller lege. Pasienten kan oppleve å bli fratatt sin egenverdi og påvirkning i behandlingsopplegget. Sykepleierne har ofte en oppfatning om hva pasienten behøver og om hvordan idealpasienten burde være. Dersom pasienten ikke er imøtekommende, så kan det bli fordømmelse og straff. Straff kan innebære "glemt" omsorg eller ikke å bli sett. Pasienten kan også bli tvunget til å gjøre handlinger som han ikke ville ha gjort av fri vilje. Kunnskapsbrist og dårlig omsorg er alltid en krenkelse av menneskets verdighet.

I denne studien blir eksistensiell lidelse og sosial lidelse omtalt som nært tilknyttede lidelsesformer (jf. kapittel 1.6).

Når et menneske forteller om sin innerste lidelse, har det krav på respekt og en bekreftelse av sin lidelse. Dersom vi ikke bekrefter og anerkjenner pasientens opplevelse av sin lidelse,

---

tilfører vi pasienten enda en lidelse gjennom vår avkrefteende medmenneskelige holdning. Pasienten blir da et offer ved at det er kunnskapsbrist og dårlig omsorg.

I psykiatrien møter vi ofte den utholdelige lidelsen som ikke er forenlig med helse, og fordi meningsdimensjonen ikke er gripbar. Den utholdelige lidelsen kan derimot utholdes fordi den har en mulig meningsdimensjon i seg (Hummelvoll 2000).

Under litteratursøket skilte noen artikler mellom lidelse og smerte. Mange av artiklene forbinder lidelse direkte til sykdom. Cassell (1991) og Eriksson (1993) hevder at den medisinske litteraturen ikke har kommet til en nærmere forståelse av medisinsens forhold til lidelse da det sjeldent diskuteres. Frankl (1966) sa;

Det er med oss voksne fanger som med barn som får straff: det er ikke den legemlige smerten av slagene som er det vesentlige. Det er den sjelelige smerten, opprørtheten over det urettferdige eller grunnløse, som egentlig gjør vondt i et slikt øyeblikk (s.31).

Den rene fysiske lidelse er opplevelse av kroppslig smerte. Den er avhengig av stimuli. Ren fysisk lidelse er ikke bundet av tid, og den kroppslige smerten forsvinner når stimuli slutter.

Lidelse kan oppfattes som en bevegelse, en kamp. Det onde og lidelsen er en realitet. Frankl (1966) mener at søken etter å finne en mening med livet er den første drivkraft i mennesket. Han hevder at vilje til mening, i motsetning til vilje til lyst/nyttelse (Freud), og i motsetning til viljen til makt (Adler), er underordnet i forhold til viljen til mening. Frankl siterer ofte Nietzsche som sier at den som vet hvorfor han/hun skal leve, tåler nesten hvilket som helst hvordan. Lidelse kan være en ytre negativ omstendighet som mennesket befinner seg i, de ytre hendelser eller livsbetingelser som gjør at mennesket lider. Det kan være fattigdom, sykdom, ulykker, krenkelser eller mobbing. Cassell (1991) mener at "suffering can be defined as the state of severe distress with events that threatens the intactness of persons" (s .33) (lidelse kan bli definert som alvorlige trussel mot helheten av personligheten, *min oversettelse*). Det synes riktig å ta med tillegget i samme bok, men svensk oversettelse:

I min definition av lidandet inngår följaktligen inte någon föreställning om at lidandet på ett mekanisk sätt skulle vara lättfattligt. Alle aspekterna av personen – det föflutna, forflutna, kultur og samhälle, roller, den instrumenellea dimensionen, samband och relationer, kroppen, det undervedvetana, den

---

politiska varelsen, det hemliga livet, den tänkta framtiden och den transcendentale dimensionen – kan skadas och förloras (1995, s.74).

Filosofen Tatarkieuricz (1976) skiller lidelsen i de ytre og indre kilder. Han hevder at krenkelse og fornedring er de viktigste kilder til lidelse (jf. Frankl). Ytre kilder er tap av dem en har kjær, eiendom, sosial status, fattigdom, sult, død og sykdom, krenkelse, fornedring, fordømmelse, utestengelse, forfølgelse og forakt. Kroppslig forfall på grunn av sykdom er inkludert her.

Indre kilder beskrives som frykt, angst, mangel på begeistring, følelse av skyld, kjedsomhet, lengsel etter kjærlighet og følelse av ensomhet. Kjedsomhet og manglende begeistring fremheves som vår tids viktigste kilde til lidelse.

Fra antikkens filosofer finner Tatarkieuricz (1976) at de eneste kilder til lidelse er av mental natur, det er de indre hindre som teller. Kroppslig smerte eller fysisk lidelse er avhengig av stimuli og opphører når stimuli opphører. Videre hevder han at fortidens opplevelse og erfaring preger nåtidens lidelse på godt og vondt. Nåtiden er preget av både fortiden og framtiden. Håp, forventning, usikkerhet og fortvilelse preger forventningen mot framtiden og er avhengig av positive eller negative opplevelse i nåtiden. Tatarkieuricz hevder at mennesket møter lidelsen på forskjellige måter. Mennesket har en tålegrense for lidelse og vil bli lammet ved flere lidelser. Det er et samspill mellom lidelser. En lidelse kan bli uvesentlig dersom mennesket fra før av har en alvorlig lidelse. Mennesket kan mobiliserer motgift mot lidelsen i slik som dagdrømming i en flukt til et fristed (jf. Eva og Anicius– se senere).

En kan konkludere med at eksistensiell lidelse hører med i det å leve, og Tatarkieuricz beskriver lidelsens indre og ytre kilder på en konsis måte avgrenset fra fysisk smerte. I tillegg er Hummelvoll's fire hovedformer for lidelse en betydelig kunnskap for utførelse av god sykepleiepraksis forankret i et humanistisk menneskesyn og humanvitenskapelig paradigme.

### **Lindring**

Pasienter beskriver at de lindrer sin lidelse gjennom å snakke med andre og gjennom å jobbe med seg selv, gjennom medisiner, gjennom det å trives, gjennom relasjon til naturen,

---

gjennom å skrive ned sin lidelse, gjennom medlidelse, tillit og nestekjærlighet fra sykepleieren og gjennom å løse aktuelle behov og problemer. Videre uttrykker pasientene at det er tre områder i forholdet til sykepleieren som vektlegges: a) at sykepleierens personlighet er vennlig, hjelpsom, åpen og medmenneskelig og at sykepleieren kan jobben sin, b) at kroppens behov i forhold til sykdom og behandling er tilfredsstillende og som følgelig skaper tillit og trygghet c) og at åndelige og eksistensielle behov kan snakkes om og gripes fatt i.

Det kreves mot både av pasienten og sykepleieren for å se lidelsen, møte den og gjennomleve den i en kamp som nesten ingen ser eller hører. Allikevel er det kanskje den vanskeligste kampen en blir satt til å stå i. Men det forholder seg ikke slik at den tøffeste og sterkeste vinner kampen, og den som er svak ”taper” mot sykdomslidelsen. Det kan handle om å mestre hverdagslivet på tross av lidelse på en slik måte at en har all grunn til å være oppriktig og stolt av seg selv fordi en holder ut og bevarer integritet.

Som konklusjon av lindring av lidelsen er kampen en bevegelse mot en ny livsforståelse. Lidelsen lindres ikke av andre, men andre kan muliggjøre lindringen og være med i lidelsens kamp.

Vi skal være svært forsiktig med å si at Gud har en mening og hensikt med menneskers ufattelig lidelse. Sykdom og andre lidelser er ikke straff for et umoralsk liv. Et slikt bilde av Gud får lett demoniske trekk.

### **2.3.1 Lidelsens vesen og budskap, om Job, Anicius og Eva**

Gjennom Jobs og Anicius fremragende beskrivelse av gjennomlevd lidelse og lindring, presenterer det en sammenfattet framstilling om hvordan mennesket har forsøkt å få grepet om lidelse gjennom kamp. Det handler om mot, kamp, dypeste fortvilelse, anklager, ikke å bli forstått og trodd, avvisning fra familie og venner, relasjoner og kommunikasjon, håp og tro. Etter fortellingene om Job og Anicius følger en kasuistikk om Eva som er fra yrkespraksis.

---

## 2.3.2 Jobs bok – lidelsens urproblem

Her vil jeg redegjøre for bokens oppbygning i Det Gamle Testamentet, hva den handler om og Jobs historie.

### **Bokens oppbygning**

Jobs bok er Bibelens største visdomsdikt. Den regnes med blant verdenslitteraturens klassikere. Jobs bok omhandler lidelsens problem og vil alltid være aktuell. Det er lett å gjenkjenne selve fokuset i boken. Det er som om det fortelles fra vår egen tid og hverdag, og det er med forbauselse en leser at diktverket ble skrevet i år 500-400 f. Kr. Forfatteren er ukjent, men man er ikke i tvil om at alt dette er gjennomlevd i egne erfaringer. Forfatteren framstår som en psykolog, og handlingen drives frem med sikker penn. Boken består av tre hoveddeler, innledning (prologen), et midtstykke (dialogen) som inneholder lengre taler av vennene, Job og Gud i bunden poetisk form. Avslutningen, (epilogen) danner en ”rammefortelling” og er i ubunden form, prosa (Hvalvik og Stordalen 2002, Lindblom 1966).

### **Hva handler den om**

Jobs bok handler om lidelsens problem og dens virkninger. Men hvorfor er det lidelse i verden? Hvis Gud er fullkommen og allmektig, må Han kunne fjerne alt ondt? Det onde eksisterer, så da er Gud ikke fullkommen og heller ikke allmektig. Forfatteren fører oss fra første side inn i kunnskapen om hvorfor Job lider, men den stakkars Job vet ingenting (Hvalvik og Stordalen 2002). Spenningsmomentet er hvordan Job oppfører seg i den økende lidelsen han skal møte.

Det er en bevegelse mellom to spørsmål, det ene hvordan kan Gud være rettferdig samtidig som Han - gjør lidelsen så uendelig dyp for Job. Det andre er at Job finner Gud rettferdig og ikke lenger forstår Gud, det er også lidelse.

Jeg vil ikke unnlate å nevne at bokens egentlig tema er noe omstridt blant historisk kritiske eksegeter (bibeltolkere). Den kan forstås som et rettsdrama med et juridisk språk (Scholnick 1992); eller naturvisdom (Westerman 1978, s.16); eller en dramatisk klage (Westerman 1978, s. 52); eller som et spørsmål om forløsning (Westerman 1978, s. 23). Den kan også leses

---

som lidelsens problem (Garland 1971, s. 14) eller som den rettferdige lidelse (Delitzsch 1988, s. 2, s.32). Enkelte eksegeter mener dessuten at boken er blitt til gjennom en lengre prosess (Stordalen 2007).

De fleste eksegeter i Norden beskriver Jobs bok som lidelsens problem, og er den fortolkningen denne studien forholder seg til.

Videre finnes det også paralleller til Jobs bok i babylonsk og indisk oldtidsnedtegninger (Lindblom 1966).

### **Jobs historie**

Det velges å referere boken, fordi det kan være ukjent stoff for mange. Det er lettere å forstå boken når en har forforståelse på hermeneutikkens premisser i grunnlag og begreper. Forklaringer fra Stordalen (2007) er å finne som fotnoter og forøvrig referer jeg til Skarsaune et al.(1972)<sup>1</sup>

Boken begynner med en presentasjon av den rettferdige Job<sup>2</sup>. Job var virkelig rettferdig og en troende mann. Alt han har gjort og alt han var, uten svik i forhold til Gud og medmennesker. Job var virkelig rettferdig og en troende mann. Han var ufattelig rik, velsignet med sju tusen sauer, tre tusen kameler, fem hundre par okser og fem hundre eselhopper. Han fikk sju sønner og tre døtre<sup>3</sup>.

Plutselig vi befinner oss i himmelen; ”Så hendte det en dag at Guds sønner kom og trådte fram for Herren, blant dem var også Satan” (1,6). Gud spør Satan om han lagt merke til hans tjener Job og påstår at det finnes ikke hans make på jorden. Satan er ikke imponert og svarer at dersom Gud fjerner alt det materielle Job eier ”... da skal du sannelig se han spotter deg like opp i ansiktet...” (1,11). Så inngår Gud og Satan et veddemål, alt det Job

---

<sup>1</sup> I den videre fremstillingen har jeg særlig forholdt meg til Skarsaune et al. tolkning av Jobs bok.

<sup>2</sup> I Jobs bok, kap 31 gjør han regnskap for sitt liv. Der beskrives hva som menes med rettferdig. Han lar seg ikke dåre av kvinner, han har ikke krenket trellkvinner og trells rett, ikke nektet småkårsfolk det de ønsket, delt sitt brød med farløse og fosteret dem, han bygget ikke sitt liv på rikdom, drev ikke avgudsdyrkelse o.s.v.

<sup>3</sup> Eksegeter hevder at de nevnte tallene har en kode, men det er ikke framlagt noen ”bevis” enda.

---

eier, skal tas fra ham. Gud setter en betingelse ”... *men han selv får du ikke legge hånd på...*” (1,12).

Satan går grundig til verks. Ulykkene rammer Job. Han mister alt, til og med barna og til slutt står han ribbet og naken. ”*Job flerret i stykker kappen sin og klipte av seg håret<sup>4</sup>. Naken kom jeg fra mors liv, naken vender jeg tilbake. Herren gav, Herren tok, Herrens navn være lovet*”(1,20f). Det som sies i sin veltalenhet er at Guds gaver er gaver. Vi har ikke noe krav på dem. Mennesket legger fra seg visdom og eiendom, men også bekymringer, strev og lidelse for å vende tilbake med samme ”kledning”. Job besto prøven, men Satan er ikke fornøyd. Han vil ikke godkjenne prøven, fordi Jobs lidelser ikke er gjennomgripende nok. Satan vil ha en ny avtale om at Job kan røres fysisk. Gud er igjen møtekommende til Satan.”*Han er i din makt. Spar bare livet hans*” (2,6).

Satan rammer Job med sykdom og elendighet. Det var plagsomme og vonde byller fra hode til hæl. ”...*Job tok et potteskår og skrapte seg med, der han satt borte på avfalldyngen...*”(2,8). Satan har plutselig fått uventet hjelp i sin avtale med Gud i det Jobs kone sier ”*Er du fremdeles like from? Spott heller Gud og dø*” (2,9). Job vil ha seg frabedt slik dåresnakk. Han er urokkelig og holder fast ved Gud ”... *skal vi bare ta i mot det gode fra Gud? Skal vi ikke ta imot det onde også...*”(2,10).

Tre venner Elifas, Bilda og Sofar kommer for å trøste ham. For en trøst! De blir så forskrekket over Jobs tilstand at det tar dem sju døgn før de får stemmens bruk igjen. Og da er det ikke måte på irettesettelser, formanninger og råd. De opptrer som ”bedrevitende” venner, slik som enkelte i dagens venneflokker. Job må ha syndet i og med Gud forbanner Job slik fordi rettferdige mennesker ikke lider slik som han. De krenker, ydmyker og håner ham. Men Job holder stand i sin store lidelse. Han vet at han er rettferdig og ydmyk for Gud. Det er tale om Jobs rettferdighet og ikke Guds. Jeg vil komme tilbake til dialogen senere.

Satan gir opp og de store lidelsene er over for Job.

---

<sup>4</sup> Job rev i stykker klær da han hørte om barnas død, -uttrykk for sorg og elendighet. Det samme gjorde vennene da de fikk se Job. Job utfører en slags renselse i å rake av seg skjegg og hår. I møte med det urene gjelder det å rense seg – uttrykker sorg og fornedrelse.

---

Boken forteller om en mann som frykter Gud. Den forteller noe om troen og håpet i lidelsen. Prøvene for Job var å tro at han var forlatt av Gud og å miste ethvert håp. Det var vanlig tradisjon å tro at menneskets ulykker og eller sykdom var en form for straff fra Gud. Jobs kone var fortvilet og led med Job. Hun var ingen ateist. Kanskje hun tenkte at når Gud hadde tatt fra dem alt, også helsen - så var det ingen mening i forholdet til Gud. Hun fulgte egentlig Satans tankegang, forholdet til Gud ligger i de gavene vi får. Når lidelse og sykdom overmannet Job, da har Gud tatt tilbake alt; vilje, tro og håp. Da kan døden like godt inntre, mente hustruen. Men Job beholdt viljen, troen og håpet.

### **Job beskriver sin lidelse**

Job forbanner den dagen han ble født. Livet og hans lidelser er blitt til en slik pine at livet er ikke verdt å leve.

*”Hvorfor fikk jeg ikke dø da jeg ble født, utånde straks jeg kom fram fra mors liv. Hvorfor tok de meg på fanget og la meg til bryst så jeg fikk mat? Nå kunne jeg ha ligget stille og sovet i fred og ro. Hvorfor gir Han de lidende lys? Hvorfor lar Han de ulykkelige leve? De redsler jeg fryktet for, har rammet meg, nå kommer det jeg grudde for. Jeg får ikke fred, ikke ro og hvile, det kommer bare nye plager” (3.11,12,13,20,25,26).*

### **Job i dialog med vennene**

I dialogen mellom Job og hans venner Eliaf, Bildad og Sofar (kap. 3 – 37) er det Job som først tar ordet etter en ukes taushet. Han klager forbitret. Vennene svarer forsiktig, men tonen blir tøffere fordi Job mener det ikke finnes noen rettferdighet her i verden og at Gud ikke bryr seg om hvordan det går med menneskene i verden. Han fastholder sin rettferdighet *”... Er dere virkelig større enn meg, så vis meg skammen min! Dere må da forstå at Gud gjør meg urett når han spenner sitt garn omkring meg”(19.5,6).* Job mener at Gud har brukt hans liv i den hensikt å gjøre han til en skyteskive. *”Har du noe glede av å gjøre urett av å vrake det som du selv har frambrakt” (10.3).* *”Hvor få mine levedager er! Å, om Han ville la meg være, så jeg kunne få litt glede” (10.20).*

Her erkjenner Job at Gud er overlegen på alle områder, unntatt på Jobs rettferdighet og uskyld. Her viker han ikke en millimeter. *”Jeg hevder min rett og slipper den ikke. Mitt*



---

*hjerter anklager meg ikke for noe jeg har gjort i mitt liv*” (27.6). Vennene mener det motsatte. Det er hans egen synd som gjør at han lider. De har ikke et eneste medlidende ord å fortelle ham. Vennene håner og belærer Job. Job tar igjen med dem i sin sorg og fortvilelse: *”Ja, dere er sannelig noe til karer! Med dere dør visdommen ut*” (12.2). I utgangspunktet er de ikke opptatt av å finne lidelsens årsak hos Job. De er mer opptatt av hvordan de skal forholde seg til lidelsen. De hevder at om Job vender seg til Gud vil det til slutt gå han godt<sup>5</sup>. De blir forferdet over Jobs harde anklager. Dette er et typisk eksempel på en gammeltestamentlig trosoppfatning. Den slo rot i sin samtid og levde videre i framtidige generasjoner (på tross av Det Gamle Testamentets oppgjør med den). *”Det en sår, skal en høste*”, var uttrykk for en livsvisdom gjennom erfaring av generasjoner. Begge parter er for så vidt enige om at Jobs lidelse er en straff. Uenigheten ligger i at Job ikke mener seg skyldig i dårlig vandel og har allikevel Guds forbannelse.

Dialogen mellom partene går til slutt i stå, og som avslutning på dialogdelen kommer den store talen om Visdommen.

### **Job og hans sjelekamp**

Vennene har en klar oppfatning av teologien, tilnærmet i paragrafer og setninger. Men Job vakler fram og tilbake i indre og ytre motsetninger. De har en felles plattform av at Gud burde være slik som vennene sier han er. Det er ikke Jobs teologi som skiller dem. Det er lidelsen og den nye erfaringen. Det er dette som gjør lidelsen, sjelekampen, uutholdelig. Han hevder at Gud er urettferdig, nærmest en nådeløs tyrann som rammer en uskyldig mann med slag på slag. Job er desperat i sin lidelse og skriker sine bønner til en Gud som virker både blind og døv. Job er et menneske som oss.

Men forfatteren driver oss videre til en ”prøvet” Job som ikke vet, men som aner, tror, frykter og håper. Han rikker ikke på sin rettferdighet og kanskje det er et signal på at Job dypt i seg egentlig ikke tror Gud bare er urettferdig. Dersom Gud var det er det ingen hensikt i å fastholde Jobs egen rettferdighet.

### **Gud svarer Job**

---

<sup>5</sup> De gode gjerninger, offergaver, bønner og avholde seg fra det onde hadde vært grunnlaget for Jobs trygghet i et lang og godt liv og med en ærefull død (kap. 29-30).

---

Som leser hadde jeg forventet et svar fra Gud om at lidelsen ikke var straff, men en prøvelse han måtte gjennomgå og som han bestod (2.10).

Nei, Gud setter Job på anklagebenken.

*”Spenn beltet om livet som en mann, så vil jeg spørre deg og du skal svare. Hvor var du da jeg la jordens grunnvoll? Hvis du har innsikt så fortell meg det (38.3-4). Svaret ble rettet mot Job selv. ”Hvor var du Job i skapelsen begynnelse, fra stjernehimmelen til duggdråpen, vær og vind, fugler og dyr, fra ørnungens reder til havets dyp ”(38-39)? Universets fenomener og dyrenes fenomener. Gud anmoder Job til å tenke seg om før han vil føre sak mot Herren. Gud bekrefter Jobs rettferdighet og refset vennene for ikke å ha talt rett om Ham. Jobs nye erkjennelse av rettferdighet og orden kan ikke vurderes ut i fra egen dømmekraft. Gud kan være rettferdig selv om Job ikke forstår det. ”Jeg har talt om ting jeg ikke forstår, om det som er så underfullt at jeg ikke kan skjønne det. Jeg legger hånden på munnen. En gang har jeg talt og tar ikke mer til orde, to ganger talte jeg og sier ikke mer” (42.3;39.37). Job har uten tvil lært noe gjennom sin lidelse ” sett deg med egne øyne. Derfor tar jeg hvert ord tilbake og viser min anger støv og aske<sup>6</sup> (42.5,6). Jeg undrer om ikke noe av dette nye syn av Gud ligger i erkjennelser Job har ”vunnet” i lidelsen? Videre er ikke forfatteren i tvil om at verden virkelig er rettferdig, og at Gud holder den oppe.*

### **Min forståelse av Jobs bok, lidelsens vesen og ytringer, lindringens vesen og ytringer**

Var det nødvendig og la Job lide slik? Hva var meningen med det? Veddemålet mellom Gud og Satan gjorde at Job ender på avfallsdyngen full av byller etter å ha mistet alt han eide. Kona mente han ville ha det bedre som død. Satan mente Job ikke var verdig Guds respekt, og Gud ”kjempet” for Jobs verdighet. Satan måtte få bevis for at fromhet og gudfryktighet var uavhengig av den lønn det ga. Jobs prøvelser reflekterer Guds anerkjennelse av hans menneskeverd. For det første, Gud vant over Satan, Job fryktet Gud selv når velsignelsen ble til lidelse. For det andre forandret ikke Gud Jobs gudsbilde. Fromhet er ingen garanti for Guds velsignelse, og lidelsen er ikke noe bevis for straff. På det himmelske plan forsvarte Gud Jobs ukrenkelighet mot Satans anklager. På det jordiske plan

---

<sup>6</sup> Støvet i mennesket fungerer som signal om dets lave opphav og dets dødelighet. Støv angir også det svakelige, stakkarslige ved mennesket støv/substans. Støvet er metaforisk uttrykk for dets elendighet/ydmykhet, jordmenneskets ufullkommenhet og upålitelighet. I denne sammenheng en negativ forståelse av mennesket som etisk individ – tanken at jordmennesket som er forment av Gud forgår seg og trenger tilgivelse fra Skaperen.

---

rettet Han Jobs gudstro fra frykt og egen-rettferdighet til å ha tillit til Guds nåde. Til sist var lærdommen fra Guds svar at det guddommelig lå utenfor den menneskelige fornuft. Boken gir ingen rasjonell forklaring på det onde. Lidelsen forblir uforståelig og meningsløs for Job og vennene så vel som for leseren. Det viktige budskapet i boken er at uansett hva Job måtte erfare, så er en rettferdig mann/kvinne rettferdig. Men mennesket er alene i sin lidelse, Gud lider ikke sammen med sine ”tjenere” fordi Job var før Kristus og dette var i GT tid. Job er som typos for Kristus (Fil. 2,6-11). Jobs bok åpner muligheten for livet og det gode, uten å fornekte det vonde. Den aksepterer lidelsen uten å se mennesket som forlatt. Jobs protester er svært lik det vi kan høre i vår tid i arbeidet som psykiatrisk sykepleiere. Job setter ord på menneskets lidelse: ”... *En fortvilet mann snakker ut i været*” (6.26).

### 2.3.3 Anicius Manlius Severinus Boëthius

Så over til en ny lidelseshistorie: Anicius Manlius Severinus Boëthius ble født året 480 e. Kr i en kristen aristokratisk og rik familie i Roma. Hans far døde da han var 7 år gammel. Anicius ble opptatt i huset til en av de ledende senatorer i Roma<sup>7</sup>. Anicius ble beskrevet som det vi i dag kaller et vidunderbarn. Han behersket gresk og oversatte mange tekster til latin. Videre forfattet han bøker om aritmetikk, geometri, musikk og teologi. Lærebøkene ga ham ry som en av landets mest lærde menn. Han lagde også blant annet et kombinert vann- og solur. I år 510 ble han utnevnt til konsul i Roma som var mer enn æresbevisning enn et pliktbevisende embete. Noen år senere ble han utnevnt til statens høyeste embetsmann ”magister officiorum” av østgoterkongen Theoderik som var makthaver i Italia. Få måneder senere ble Anicius utsatt for et komplott blandet med sjalusi og maktbegjær. Anicius falt i unåde, og ble suspendert fra sin stilling, fratatt alt sitt jordiske gods, kastet i fengsel, torturert, dømt og henrettet ved halshogging den 23. oktober 524. Under rettergangen og i tilknytning til utsettelse med henrettelsen<sup>8</sup>, skrev han en utførlig redegjørelse for alt som skjedde. Det er en klage og en sørgmodighet som preger hele verket og som viser Anicius dype fortvilelse, sorg og dødslengsel. Han følte seg sviktet av dem han tidligere hadde forsvart, og hans ”venner” forsvant i frykt for sin egen anseelse.

---

<sup>7</sup> Det vest-romerske keiserdømme var avskaffet i år 476, og makthaveren var en barbarerkonge. Roma var egentlig degradert til en provinsby, og administrasjonen ble for største delen utført av romerske embetsmenn.

<sup>8</sup> Senatet våget ikke annet enn å stadfeste dommen etter en undersøkelsesperiode.

---

I sokratisk filosofisk dialog konstruerer han en avhandling om naturens onde og mediterer om det som er verdifullt i livet. Trøsten er i dialogen med Philosophia, i vers og prosa:

”Jeg var rik, og lunefull lykken smilte litt en stund, men så snudde han seg bort så troløs og mitt bitre liv drar ut i lange uønskede dager. Jeg er blitt straffet for det onde jeg ikke har begått.

Alderdom meldte seg brått ved det slag som uventet rammer; smerten bød selv sine år sammen med den å ta bo. Håret som dekker min isse er grånet lenge før tiden, huden skjelver slapt, tømt er mitt legem for kraft. Salig den død som er nær, når vi i nød den har kalt. Akk, hvor døvt den nå vender øret bort fra vår pine; gråtende øyne den hårdt nekter å lukke til ro. Den gang den falske lykke bød frem sine flyktige goder, hadde skjebnestund nær raskt gjort slutt på mitt liv (s.2 og s.40).

Philosophia roser og trøster at han selv kan løse sin lidelse:

Men du vil regne deg som forvist, har du ikke snarere forvist deg selv! Siden du er angrepet av en mengde opprørte følelser, og smerte, vrede og sorg, trekker deg hver sin vei, er din sinnstilstand slik at sterkere legemidler (filosofiske betraktninger) ikke har noen virkning på deg. Derfor vil jeg først bruke svakere midler for at det som er modent til en svulst under lidenskapens innflytelse (urettferdigheten), kan mykne under midlere påvirkning (s.52).

Anicius må gjenvinne seg selv og gjenoppdage hva han står i forhold til sin kjære, sin Gud og sin verden. Den guddommelige kjærlighet og fornuft ordner verden for ham slik at han har en evig plass i den treenige Gud. Dette er kjernen i en kraftig trøstende tro. Anicius velger en personlig Gud som blant annet tilsier en orden i skaperverket, fungerende kraft av en visdom som ligger hinsides vår horisont og ikke innenfor det menneskelige erfaringsfelt. Andre kan velge en annerledes livsverden, og med en annen forståelse om hvordan verden fungerer. Hver enkelt av oss kan ha nytte av behandlingen. Anicius trøstet seg med å komme til sine egne konklusjoner, en dypere innsikt om verdien av sine elskede og sine prestasjoner.

Trøsteskriftet tok sikte på oppbyggelig styrkelse og sjeleterapi som lindring i møte med livets harde slag. Så framtrer Philosophia, skikkelsen som åpenbarer seg for ham i fengselet, og har en slags terapeutisk rolle som iverksetter tiltak ettersom tilstanden endrer seg. Det er ord i lindring som skaper innsikt og som er terapien, ikke i den selvmedlidende fordypelse i tapet av det lykkelige liv, men i behandlingen av den fortvilte sjel. I første omgang består den i å løse opp de sterke følelsene i forhold til maktesløshet, krenkelse og indre kaos. De

---

fører lange samtaler med filosofien som tilfluktssted inntil en slags erkjennelse er oppnådd slik at ikke de ”fiendtlige” tanker kan ramme Anicius.

### **Min forståelse av Anicius lidelse**

Anicius blir ansett som en av Vestens store lærere og filosofiske brobyggere. Dette trøsteskriftet, ”Filosofiens trøst” er blitt kalt antikkens svanesang. Lidelsens kamp som bare har en utvei, dømt til henrettelse, er allikevel ikke så kraftig i uttrykk som hos Job, men lidelsen kan leses både i og mellom linjene med full styrke. Han finner lindring i fengslet gjennom samtalene med Philosophia, terapeuten som i vår tid kan være den psykiatriske sykepleier eller en annen lyttende person.

### **2.3.4 Fortellingen om Eva**

I det følgende skal jeg referere en historie fra vår tid om lidelser og lindring. Eva har vært ut og inn av et psykiatrisk sykehus i nærmere 10 år. Forskjellige avdelinger, leger, psykologer, psykiatriske sykepleiere. Hun har hatt flere ulike diagnoser og medisinalisten var lang.

15 år gammel tok hun første overdose med sovetabletter, så fulgte en rekke innleggelser etter selvskading og selvmordsforsøk. Hun fungerte dårlig psykologisk og sosialt. Hun hadde dissosiasjoner<sup>9</sup>, vrangforestillinger og hallusinasjoner i tillegg til suicidalitet og selvskading. Selv sa hun at for hver ny innleggelse mistet hun mer av seg selv. Hun følte at hun ble kvalt av angstklumpen i brystet og at hun var ”innesperret” i en boble. Angsten kunne være mer eller mindre intens, i perioder kunne den vare i flere dager. Det var i slike perioder hun skadet seg for og ”lette trykket”. Hun ble spesialist på å gjemme unna ting hun kunne skade seg med. Flere ganger sa hun at dersom dette skulle være å leve livet, ville hun heller dø.

Etter hvert fikk hun en ny terapeut. Terapeuten så hennes lidelse, og ba om hennes råd i behandlingen slik at de begge to måtte jobbe mot et felles mål. Eva bestemte seg for en ny vei, å møte smerten og ta opp kampen med lidelsen når den kom med hjelp av profesjonelt avdelingspersonell. Hun opplevde å møte noen som tålte henne når hun ikke tålte seg selv og som så hennes styrke og det friske i henne. Hennes selvtillit og verdighet kom langsomt tilbake fordi hun seiret over lidelsen gjennom riene.

---

<sup>9</sup> betyr spaltninger

---

Eva ble oppfordret som en begynnelse i behandlingen til å skrive om det hun opplevde som vondt. Det første brevet begynte med ”Det var ei lita jente...”, så kom mye av det vonde frem. Hennes mor pleide å ha en standardkommentar: ”Barn er et nødvendig onde”. Eva trodde hun var ond og hun skammet seg over det. Hun ble redd for å gjøre noe i det hele tatt av frykt for at det skulle bli feil oppfattet av foreldrene. Eva kunne ikke huske at hun fikk klem eller ble omfavnet av foreldrene, hun fikk heller ikke ros eller ris. På skolen ønsket hun å være usynlig og hadde få eller ingen venner.

Nedtrapping av den medikamentelle behandlingen begynte, og Eva tenkte mer klart. Plutselig gikk det opp for henne at hun snart måtte ta ansvar for seg selv, alene. Det endte i et nytt suicidalforsøk. Men terapeutene fortsatte behandlingen som om hun hadde tatt en blindvei. Det var mennesket Eva de så, ikke diagnosen, medisiner, symptomer eller barndoms-opplevelser. Tre år tok det før hun ble utskrevet, og i dag er Eva gift og har flere barn samt fast fulltidsjobb.

Lindring av dype sår og skader er mulig. Selv om kampen mot lidelsen var langvarig, behøver ikke alle de tidligere vonde erfaringene gjenoppleves. De vonde følelsene hadde med seg informasjon og kunnskap i det å forstå og i det å vite. Det å våge og å kunne føle, tenke og snakke sant om sitt eget liv og erfaringer, er et av kjennetegnene på et fritt menneske med god helse.

---

## 3.0 Metode

### 3.1 Innledning

I dette kapittelet redegjøres det for design og metode som blir gjort ved systematisk litteraturstudie, for forståelse og det metodiske valget med begrunnelse. Videre redegjøres det for valget av tekster og artikler (og litteratur) som er relevant for problemstillingen.

Design betyr å legge plan for, bestemme, gjøre utkast, skisser, utkast eller hensikt (Engelsk–blå ordbok 1996). Virkeligheten kan studeres fra ulike vitenskapstradisjoner slik som positivisme, hermeneutikk og kritisk teori. Design vil da forstås som den totale plan for en studie, dvs. forskningsopplegget (Fagermoen 1993).

Metode er en systematisk måte å undersøke virkeligheten på eller å etterprøve framsatte påstander (Halvorsen 1993). Datainnsamlingen er avhengig av undersøkelsesmetode. Kvalitative data beskriver Fagermoen (1993) som tekst enten som utskrift fra intervju, dagboknotater, tekst/historie eller som tekst utskrevet om det som er observert. Kvalitativ forskning er et riktig begrep når alle ledd i studien, utvalg, innsamling av data og analyse, forskers rolle og tilnærming, sikrer at forståelsen av respondentens perspektiv blir ivaretatt.

Fagermoen fremhever at ulike kvalitative design har noe felles, men avviker fra hverandre på vesentlig punkter. Videre å navngi sin studie med ett av disse designs, krever at en på alle ledd i forskningen har tatt vare på designets særegenheter og at kunnskap utvikles på mange måter. Kunnskapsutviklingen styres av strukturer, regler, prosesser og metoder mens kunnskapsutvikling også kan være mindre strukturert og styrt av færre regler. Tekstene, artiklene og teoretiske bøker er materialet i denne studien.

Teksten som velges for kunnskapsutvikling er avhengig av de spørsmål til studiens problemstilling. Kasuistikk er kunnskapskilde som i denne studien er Job, Anicius og Eva. De har erfaringen og kan beskrive sin opplevelse av lidelse og lindring. Sykepleieren er også kunnskapskilde gjennom erfaringer i møte med pasienten. Denne personlige kunnskapen om spesielle erfaringer kan være til stor nytte for videre kunnskapsutvikling. I tillegg har vi teoretisk litteratur og forskningslitteratur som kunnskapskilder.

---

## 3.2 Litteraturstudium som metode.

Denne studien er en litteraturoversikt – eller gjennomgang. Kirkevold (1996) gir en oversikt over forskjellige typer litteraturstudier som oversiktsartikler;

1) Resymé er en form som kortfattet presenterer hovedpoenger i de relevante tekster innen et felt som er relevant i henhold til problemstillingen. Det kan nevnes Hummelvoll's (1998) forskning og fagutvikling i psykiatrisk sykepleie og videre en omfattende oversiktsartikkel av psykiatrisk sykepleie og psykisk helsearbeid i lokalsamfunnet (Hedelin et al 2003).

2) Kritisk analyse er en kritisk analyse av hver enkelt forskningsartikkel etter bestemte kvalitetskriterier for å påpeke svakheter i kunnskapsgrunnlaget. Denne type oversiktsartikkel vil særlig være til hjelp for forskere.

3) Synopse er en fremstilling som tar utgangspunkt i å sammenligne og finne ulike perspektiver som påvirker forskningen innenfor ett og samme felt ved å belyse likheter og forskjeller. Her vil belyses ulikheter, påpeke styrker og svakheter og eventuelt fremheve den teori som viser seg å være mest hensiktsmessig. En synopseartikkel kan også bidra til å integrere de forskjellige studiene som er gjort med kvalitative fenomenologiske metoder med små utvalg. Definisjoner og teoretiske antakelser, forskjellige tilnæringsmåter samt konklusjoner gjøres derfor til gjenstand for analyse i synopseartikkelen.

4) Syntese benytter definisjon, funn og beskrivelser fra forskjellige undersøkelser for å fremme en bredere og mer helhetlig beskrivelse, definisjon og forståelse av et fenomen (Kirkevold 1996). Synteseartikkelen vil også være et bidrag til teoriutvikling. Synteseartikkelen skaper en ny helhet, nye sammenhenger og forskeren må se andre sammenhenger andre ikke har sett. Kravene til denne teorien er de samme som krav for andre teorier, det er konsistens på alle nivåer i den nye sykepleievitenskaplige teorien. Syntese betyr å forbinde, sette sammen, sammenstilling til en enhet og er det motsatte av analyse (Fremmedordbok 2003). Hegel mente nøkkelen til å forstå verden var gjennom hans verden, kalt dialektikk. Med det forstår en at den dialektiske forståelsen av verden var gjennom teser som måtte sees opp mot antiteser. Dersom en kunne se begge disse motpartene, kunne en komme opp på et nytt nivå i forståelsen, syntese. Utfordringen ved å finne en antitese til den syntesen, kan en komme enda nærmere ”sannheten” i en ny syntese.



---

I denne litteraturstudien er det valgt resymè som vil gi en oversikt over noen tekster innen lidelse og lindring. Den vil også representere en deskriptiv redegjørelse for hva vi vet, hvilken type kunnskaper vi har og kunnskapens innhold. Denne type litteraturoversikt kan være til videre fagutvikling innen emnet den eksistensielle lidelse og lindring.

### 3.3 Hermeneutikk

I arbeidet med teksten/materialet har jeg vært inspirert av en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. I det følgende vil jeg presisere denne tilnærmingens teoretiske basis.

Hermeneutikk kan spores tilbake til gresk mytologi. Hermes som var gudenes budbringer med oppgave i å formidle forståelse fra gudene til oss dødelige, menneskene. Språket og skriften er verktøyet som menneskene bruker for å forstå mening og overføre den til andre mennesker. Det bringer til forståelse som i denne studien betyr metodiske prinsipper for tolkning, forståelse og avklaring. Føllesdal (1990) sier at det er ”studie av hva forståelse er og hvordan vi bør gå fram for å oppnå forståelse” (Skancke Bjerkes 1994 s.6). Fortolkningen har som mål å kaste lys over en underliggende sammenheng eller mening.

Hermeneutikk som fortolkningslære fremsto på 1600 tallet. To tradisjoner har vokst fram, den historiske (metodologiske) som blant annet er preget av Scheiermacher og Dilthey og den filosofiske hermeneutikken preget av Heidegger, Gadamer og Habermas.

Gadamer omtaler møtet mellom tekst og leser som en ekte samtale, at en ”smelter sammen med” teksten i en videre horisont (horisontsammensmelting). Det er en metode for forståelse og fortolkning av fenomener og viser vei til vilkårene for at forståelse av mening er mulig. Enhver mening (kunnskap) er skapt innenfor og ved hjelp av språket, det historiske og det kulturelle bakgrunnsteppe konteksten befant seg i. Gadamer viser til fordom, noe som går forut og foran.

Tekstens deler skal forstås ut fra helheten og helheten forstås ut fra en indre harmoni mellom delene. Hermeneutisk forskning innen samfunnsvitenskap fokuserer på virkelighetens historiske og kulturelle trekk og hvordan denne konteksten preger menneskets meninger og forståelse (Kirkevold 1996). Thornquist (2003) skriver at hermeneutikkens objekter er først

---

og fremst tekster. Kunnskapsobjektet i denne studien er pasienters opplevelser av lidelse og lindring fra forskningsartikler i tillegg til Job, Anicius og fra praksis.

Gadamer vektlegger den langsomme, dvelende lesingen av teksten og forforståelsen som gir tolkningsmuligheter (Hedelin 2001). Språket og dialogen er nøkkelbegreper her i relasjonen mellom mennesker. Gadamer hevder at det er våre ”fordommer” eller forforståelse som muliggjør forståelsen. Det er viktig at forskerens forforståelse er i stadig bevegelse og endring i tolkningsprosessen, og ikke er fastlåst i en ubevegelig forforståelse. For-dom viser til noe går forut og foran. Det dreier seg om en forforståelse (bakgrunnskunnskap) om det/de fenomen vi møter i teksten. En bør være bevisst på forforståelsen og fordommer. Det påvirker en ny og troverdig forståelse. Den fullstendige forståelse kan synes vanskelig å få forklart, men betraktninger omkring forståelsen er viktig.

Gadamer (1993) gir ingen tolkningsmetode for å oppnå sannhet, men noen ledetråder som den hermeneutiske sirkel (spiral), åpenhet, spørsmål, helhet, del, horisont og sammensmelting.

Eriksson og Lindström (2003) hevder at søken etter kunnskap baner veien til forståelse. Sykepleievitenskaplige tekster beskriver menneskets situasjon på et teoretisk plan, men handler også om det individuelle mennesket. Tekstene inneholder også omsorgens mening.

### 3.4 Fenomenologi

Fenomenologiens grunnlegger sies å være Husserl (1859–1938). Hans filosofiske betraktninger var påvirket av Descartes. Husserl mente at forskeren selv skulle reflektere over studier av erfaringer, lære av det som framstår for oss. Videre mente han at menneskets erfaring alltid er rettet mot noe, intensjonalitet. Fenomenologi lar fenomenet framstå slik som det erfares. Det framstår da både som en kunnskapsteoretisk retning innen filosofi og som en metode. I praksis vil det si at sykepleieren er lydhør for å forstå pasienten ut fra pasientens perspektiv og situasjon (Hummelvoll & Barbosa da Silva 1996). Sykepleieren holder tilbake sine egne vurderinger, en hverken betviler eller gransker, en beskriver det en ser. Sykepleieren tillegger eller reduserer ikke egenskaper, men beskriver det som det er i

---

sin fulle bredde og dybde. Sykepleieren er bevisst sine egne fordommer og sin forforståelse. Møtet med fenomenet bør da framstå som åpent og tillitsfullt (ibid).

Den franske filosof Paul Ricoeur hevder at fenomenologi og hermeneutikk står i et gjensidig forhold. Noe senere tillegger han språkets kroppslige side. Han mener ordene som kroppen uttrykker binder samtalen med strukturen og tradisjonen. Med andre ord, språket (som alltid blir brukt at et subjekt) gjengir hva som er virkelighet og at språket er preget av kultur og tradisjon (Martinsen 1996). Ricoeur (1981) hevder at fenomenologien er forutsetningen for hermeneutikk. Fenomenologien ikke kan utgjøre seg selv uten en hermeneutisk forutsetning. Fokuset i teksten er uttrykt i levd erfaring som er uttrykt i tekst.

Løgstrup har utviklet en spesiell form for fenomenologi som blir kalt skapelsesfenomenologi (Martinsen 1996). Han mener at livet og verden er skapt og gir sin egen mening, noe vi erfarer på godt og vondt. ”Vi må ut i livet og gjøre våre erfaringer, i lidelse, i meningsløshet og i livsoppfyllelse for å oppleve at livet er større enn jeget, at på tross av vår ondskap er vi gitt livsmuligheter, at vi lever i en verdensorden vi ikke har skapt” (Martinsen 1996, s. 48). Løgstrups skapelsesfenomenologi vektlegger de dagligdagse erfarte fenomener som livslyst, skam, krenkelser, ondskap, oppriktighet og ødeleggelseslyst som vitenskapen er mer eller mindre avmektig for. Merleau-Ponty og Løgstrup deler samme syn på sansingen skjønt de var uvitende om hverandre. Sansingen er allestedsnærværende ubundet og avstandsløs. Vi er kroppslig skilt fra det vi sanser, samtidig som vi ”rører” det ved blikket. Merleau-Ponty (1969) skriver ”selve blikket innhyller det, kleder det i sit kjød” (s. 252).

Allan (1994) hevder at det ikke finnes noen klar og enkel atskillelse mellom fenomenologi og hermeneutisk filosofiske historie og meningsinnhold. Allan mener at fenomenologien har en gyldig tolkning av virkeligheten, det vesentlige trekk ved fenomenene og ikke det historiske og kulturelle preget en får på grunn av den konkrete konteksten en befinner seg i. Dette kan ses som en hemning for forståelsen av fenomenet løsrevet uten det kulturelle og historiske bakgrunnsteppe. Kvale (1996) hevder at fenomenologisk filosofi er basert på en deskriptiv studie av menneskets bevissthet. Kirkevold (1996) spør om en grunnleggende forskjell mellom beskrivende og tolkende forskning er mer en språklig enn filosofisk adskillelse? Videre om det er mulig og meningsfullt å dele opp kvalitativ forskning på linjen mellom fenomenologi og hermeneutikk.

---

Studiens hensikt er å se mennesket i lidelsen, med lidelsen og bak lidelsen – og lindring. Derfor vil da hermeneutisk–fenomenologisk tilnærming til studiens materiale være relevant.

### 3.5 Litteratursøket

Det er da to hovedformer for å søke etter tekster som er manuell og computerbaserte (Polit og Hungler 1995). Cinahl inneholder registrering av sykepleiefaglige og helserelaterte tidsskrifter. Erfaringen om at søkeordene burde være gjennomtenkte og presise for å oppnå relevante treff tok sin tid. Med god veiledning av bibliotekjeneren ble førstegangs besøk ”browsing”, bli kjent, gresse, beite for å finne søkeord og søkekombinasjoner. Ved å lese abstrakter åpnet det seg søkeord og kombinasjoner. Det ble også søkt på forfatternavn av artikler som omhandlet relevante temaer. Disse forfatternavn ble funnet i litteraturlisten av de identifiserte artiklene. Ved gjennomlesning ble det benyttet et fokus på lidelse og lindring.

### 3.6 Validitet og studiens troverdighet

Problemstillingens validitet i denne studien er klart avgrenset. Hensikten med oversiktsartikler er å presentere relevant forskning, hvilke spørsmål som er besvart i litteraturen og hvordan de er besvart. Hellevik (2009) hevder at validiteten, gyldigheten avhenger av hva det er som er undersøkt, om dette er de egenskaper problemstillingen gjelder. Validiteten betegner dataens relevans for problemstillingen i undersøkelsen. Reliabilitet betyr i denne sammenheng å være objektiv og nøyaktig.

Svakheten ved denne studiens validitet kan være i utvelgelsen av artiklene, om de er relevante for problemstillingen og hvor grundig resymène skal være. Studiens utvalgte artikler har som hensikt å belyse hverdagslivets eksistensielle lidelse til pasienten slik som ensomhet, ikke bli forstått og andre psykiske funksjonshindringer. Videre viser artiklene at sykepleieren kan bidra i større grad til lindring av lidelsen.

En kvalitativ litteraturstudie må følge de samme kriterier som annen forskning. Hummelvoll (1998) hevder at en fri resymèform kan gi en bred oversikt over sentrale problemstillinger innen en fagspesialitet. Kvaliteten på et resymè er avhengig av forfatterens faglige innsikt,

der fagoversikten og praksiserfaring går inn i ”et pragmatisk validitetskriterium”. Kirkevold (1996) mener at kvaliteten i en oversiktsartikkel bare er så god som forfatterens valg av relevant forskningslitteratur og arbeidsprosess, og at kravene om grundighet og redelighet blir overholdt.

I denne studien er det vektlagt å oppnå tilstrekkelig teoretisk forståelse av den eksistensielle opplevelsen av lidelse og lindring. Tekstene har jeg prøvd å være nøyaktig ved gjengivelse av uten å miste budskapet i teksten.

Tabell 2. Informasjon om litteratursøket.

DATABASE	SØKEORD	LIMITS	TREFF	UTVALGTE ARTIKLER
Cinahl 02.03.2010	Suffering, care, nursing.	1990 – 2010	36619	2 (referansenummer 30og42)
Medline 02.03.2010	Suffering, care, nursing.	1990 - 2010	1131	0
Cinahl 24.03.2010	Schizopfrenia, care, suffering, nursing, mental illnessand depression	1990 – 2010 Peer- reviewed	72	6 (referansenummer 11,20,21,32,40og41)
Akademic search 24.03.2010	Mental illness, psychiatric, nurse, consolation and suffer.		34	1 (referansenummer 31)

Dersom abstraktene var av interesse for studien, ble hele artikkelen lest for videre vurdering. Første gang ble søketreffene store (over 36000) og for å unngå dette søktes det med

---

søkeordene, kombinasjoner av disse og med Major Headings og Major Concepts som ga redusert antall treff. Major Headings innebærer at artikkelens innhold har søkeordet, mens begrensningene til Major Concept innebærer at søkeordet tilsvarer artikkelens hovedinnhold. Det var noen artikler på tysk som hadde vært av interesse, men ble utelatt på grunn av språkproblemene. Alle forskningsstudiene er kvalitative med ett unntak. Analysen av de utvalgte artiklene ble utført med deduktiv metode med Hummelvolls fire hovedformer for lidelse samt lindring.

Det er 9 utvalgte artikler av 21 kopierte som brukes i studien i tillegg til 4 artikler fra teoretisk litteratur. 12 av de kopierte artiklene svarte ikke på studiens problemstilling ved nøyere gjennomlesning. De omhandlet lidelse og psykiske påkjenninger, men mer som konsekvens av somatisk sykdom slik som amputasjoner, muskelsykdommer, trafikkuulykker med mer.

### 3.7 Studiens utvalg, empirisk og teoretisk litteratur

Under resultat/anbefalinger er teksten flere steder utfyllende for å fremheve lidelsesaspektet eller lindringsaspektet. Datafunnene er utvalgt i studien med en metode med bakgrunn i Hummelvoll lidelsesbeskrivelse. Artiklene er da sortert innen disse kategoriene. Under gjennomlesing og bearbeidelse av artiklene søktes det etter pasientens opplevelse av å være i, være med og være bak fenomenet sosial og eksistensiell lidelse, sykdomslidelse og pleie- og behandlingslidelse samt lindring.

En deskriptiv analyse har både fordeler og ulemper. Ulempene ligger i at den enkelte artikkel ikke blir fullstendig beskrevet og analysert. Fordelen er at en samlet beskrivelse av fenomenet lidelse, kan bemerke og understreke sammenhenger, likheter og motsetninger. Det kan føre til videre kunnskapsutvikling og er i tråd med studiens hensikt.

## 4.0 Resultater:

I dette kapittelet er det først en tabell – som så blir gjennomgått systematisk. De enkelte studier klassifiseres ift. Hummelvolls lidelsesformer i tillegg til lindringens form.

Tabell 3. Oversikt over inkluderte artikler

KATEGORI	REF. NUM	TITTEL	FORFATTER
1. Sykdoms- lidelse	10	Om å møte mennesker med manisk lidelse – en intervensjonsstudie fra akuttavdeling.	J. K. Hummelvoll, A. S. Sunde og E. Severinsen.
	11	Life satisfaction and suicidal attempts among persons with schizopfrenia.	A. M. Ponizovsky, A. Grinshpoon, J. Levav og M. S. Ritsner.
	12	Lidandets kamp	L. Wiklund
2. Pleie- og behandlings- lidelse.	20	Patients` descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards; A qualitative study.	A. Pitkänen, H. Hätönen, L. Kuosmanen og M. Välimäki.
	21	Suffering from care as expressed in the narratives of former patients in somatic wards.	K. Sundin, K. Axsellsson, L. Jansson og A. Norberg.
3. Eksistensiell og sosial lidelse.	30	The tune of want in the loneliness melody – loneliness experienced by people with serious mental suffering.	B. Nilsson, D. Nåden og U. Å. Lindström.
	31	The new neighbour: Experiences of living next door to people suffering long-term mental illness.	A. Granerud og F. Severinsson
	32	Patients experiences of recurrent	M. E. Stigsdotter

		depression.	Nyström og M. Nyström.
	33	Lidande och kärlek ur ett psykiatrisktt vårdperspektiv – en casestudie av mötet mellan mänskligt lidande och kärlek.	L. Lindholm
	34	Lidandets idè	K. Eriksson
4. Lindring	40	The progression of suffering implies alleviated suffering.	A. Rehnsfeldt og K. Eriksson.
	41	Bröstcancerpatienters opplevelser av komplementär vård vid en antroposofisk klinik – en fallstudie.	M. Arman A. Renhnsfeldt og E. Hamrin.
	42	The ‘little extra’ that alleviates suffering.	M. Arman og A. Rehnsfeldt.

### *Kategori 1. Sykdomslidelse.*

**Referansenummer:** 10

**Tittel:** Om å møte mennesker med manisk lidelse – en intervensjonsstudie fra akuttavdeling.

**Forfatter:** J. K. Hummelvoll, A. S.Yri Sunde og E. Severinsen.

**Hensikt:** Utvikle en dypere forståelse for mani som fenomen og lidelse for møte mennesker med denne lidelsen med en faglig og etisk velbegrunnet praksis.

**Metode:** Handlingsorientert hermeneutisk aksjonsforskning.

**Utvalg:** Seks personer deltok i to fokusgrupper komplettert med fire fortellinger fra sykepleiepraksis i avdelingen.

**Resultat/anbefalinger:** Miljøet i avdelingen opplever både av personalet og pasienter og formes av personalets forståelse av hva god omsorg, sykepleie og behandling er. Pasienten opplever kulturen forskjellig, avhengig av sin situasjon. Pasientens hektiske og høye



---

aktivitetsnivå, både psykisk og fysisk, undertrykker behovet for søvn og hvile. Det er en betydelig utfordring i å forstå og møte pasientens behov og begjær, og det å bygge allianser med pasienten gjennom kommunikasjon.

Felles holdninger og retningslinjer, eventuelt skjerming og samarbeid, med pårørende er anbefalt. Veiledningstilbud for personalet omtales som en del av behandlingsopplegget av pasienten. Studien drøfter også etiske spørsmål i forhold til pasientens autonomi og paternalisme, og i forhold til sykepleiepraksis som er et aktuelt tema i akuttfasen av behandlingsopplegget av lidelsen.

Studien beskriver de lidelsesformene som den maniske pasienten kan oppleve, sykdomslidelse, eksistensiell lidelse, sosiallidelse og omsorgs- og behandlinglidelse. Sykdomslidelsen knytter seg særlig til den overaktive atferden som kan være en reaksjonsdannelse mot muligheten av å bli deprimert og behandlingen oppleves som utfordrende. Omsorgs- og behandlinglidelsen benyttes til personalets begrensning av pasientens selvbestemmelse, skjermingspraksis og av og til medisinerer mot pasientens vilje. Eksistensiell og sosial lidelse kommer frem på mange måter, men kanskje særlig i en medfølgende depressiv fase og når pasienten i ettertid reflekterer om hva som har skjedd forut for innleggelsen. Med den bakgrunn beskrives en aktuell psykiatrisk sykepleiepraksis og det gis anbefalinger til forbedring for å redusere lidelsesinntrykkene. Studien støtter seg teoretisk til Jamison og Hummelvoll og er humanistisk orientert.

Studiens validitet virker god og problemstillingen er besvart samt at etiske hensyn er ivaretatt. Problemstillingen er besvart.

**Land:** Norge.

**Referansenummer:** 11.

**Tittel:** Life satisfaction and suicidal attempts among persons with schizophrenia.

**Forfatter:** A. M. Ponizovsky, A. Grinshpoo, J. Levav og M S. Ritsner.

---

**Hensikt:** Gi økt forståelse av sykepleieintervensjoner for å øke livskvalitet til pasienter med schizofreni. Det er en helhetlig modell for omsorg er nødvendig for å styrke pasientens livskvalitet.

**Metode:** Kvantitativ statistisk analyse med livskvalitet spørreskjema. Analysen inkluderte variansanalyse (anova), t-tester og analyse av kovarians (ancova). Alle data om pasientene ble vurdert, tidligere suicidal atferd, antall og varighet av psykiatrisk sykehusinnleggelse og grunnleggende demografisk informasjon.

**Utvalg:** 227 schizofrene pasienter, derav 181 menn, i perioden 1998 – 2000 med schizofreni, med evne til å gi skriftlig informert samtykke. Alder 18 – 65 år.

**Resultat/anbefalinger:** Fellestrekk ved livskvalitet blant schizofrene er sosial isolasjon, ensomhet og manglende sosial støtte. Schizofrene pasienter har høyere risiko for å begå selvmord. Om lag 10% av schizofrene pasienter som har vært i psykiatrisk behandling etter et selvmordsforsøk, vil 10% til 50% gjenta selvmordsforsøk. Selvmordsfaren hos pasienter med schizofreni er høy, mellom 10% og 13% av alle personer med denne diagnosen dør ved selvmord. Terapeuter bør inkludere livskvalitet i pasientvurderingen av schizofrene som mistenkes for å være suicidale. Det å heve livskvalitet reduserer dermed risikoen for selvmord.

Studien viste at dersom pasientene var på sykehus i lang tid, var majoriteten av dem menn og selvmordsforsøk ble gjort på ulike tidspunkt i pasientens liv. Lange og hyppige sykehusopphold, som forskerne fant hos pasienter med gjentatte selvmordsforsøk, gjør at deres livsferdigheter og erfaringer reduseres. Dermed kan dette gi dårligere livskvalitet og gjentakelse av selvmordsforsøk. Forskerne presiserer at de ikke kan bevise en årsakssammenheng mellom og livskvalitet og suicidal atferd.

Studien beskriver godt lidelsen denne gruppen har i sitt hverdagsliv og prosentandelen selvmordsforsøk er alarmerende.

Studien har ingen klar teoretisk referanseramme og det etiske aspektet er begrenset til skriftlig samtykke fra pasienten. Validiteten er ellers god, analysen er detaljert beskrevet og problemstillingen er besvart.

---

**Land:** Israel.

**Referansenummer:** 12

**Forfatter:** L. Wiklund

**Hensikt:** Å undersøke og forstå lidelsens kamp – en kamp mellom skam og verdighet. Tilegnelsen og forståelsen av teorien skal anvendes kreativt i relasjon til den lidende pasienten for å åpne nye muligheter å nærme seg pasienten i å forstå og lindre.

**Metode:** En hermeneutisk studie. Det benyttes Ricouers forståelse ved at gjennom tekst/teori tilegner man seg noe som var ukjent forut, og åpner opp for en ny forståelse og finner nye muligheter.

**Utvalg:** Intervju med 18 lidende mennesker i to kvalitative adskilte tekster fra to pasientgrupper med forskjellige diagnoser.

**Resultat/anbefalinger:** Det henvises til Erikssons beskrivelse av lidelsen som en kamp mellom godt og vondt, liv og død og det stilles spørsmålet: Hva er det gode og vonde for pasienten? Hvordan forstås begrepet liv og død?

Lidelsens kamp beskrives av informanter som en kamp mellom opplevelse av skam og en følelse av verdighet. En bedre forståelse av dette kan være et barn ikke opplever seg verdsatt, aldri god nok, men prøver allikevel å få bekreftelse på å bli god nok. Skammen handler om mangler i ens liv, om sår, om noe som oppleves ufullstendig. Forfatterne skiller mellom den sunne skammen, som aktualiseres i bevisstgjøring mellom det aktuelle og det mulige, og den usunne skammen. Den er der hvor skammen er repetert og erfart. Den er ofte dypt integrert i selvet som kan utvikle seg som sjelens sykdom. Pasientens tilværelse kan være preget av kaos og meningsløshet. Det lidende menneske lever i et spenningsforhold mellom frykten for ikke å være bra nok, og lengselen etter å lykkes for sin egen del. Kampen mellom liv og død aktualiseres i kampen mellom skam, det onde, verdighet og det gode. Opplevelsen av verdighet innebærer at pasienten opplever å leve sitt eget gode liv og ikke bare eksistere. Lidelsens kamp beskrives også som 1. sykdomslidelse 2. pleie- og behandlinglidelse 3. eksistensiell og sosial lidelse (jf. tidligere omtalt).

---

Begrepet kamp henledes til latinske campus som betyr felt, slått eller slagfelt. Den utførlige semantiske analysen antyder også at kamp berører en indre holdning i mennesket, en hvile, oppgjør, stride, konkurranse og strev. Det hentyder til at det lidende menneske flykter fra kampen versus muligheten i å utholde og bli fri. Relasjonen framstår som en forutsetning for at mennesket skal få kraft til å kjempe seg gjennom lidelsens kamp.

Lidelsens kamp som strid beskriver forfatteren som et annet alternativ. Pasienten tar kontrollen over sin sykdom slik som stress, høyt forbruk av beroligende midler. Pasienten ønsker som regel fortsatt støtte og nærhet av sykepleieren i det nye livsmønsteret. Lidelsens kamp som konkurranse handler om å synliggjøre sin egen levemåte og egen forestilling om hvordan livet skal leves med kanskje et islett av forbrukerkulturens menneskesyn. Når mennesket opplever og betrakter sin egen levemåte, utfordres mennesket i lidelsen til å finne nye livsverdier. Lidelsens kamp som å streve mot det lystfylte innebærer en bevegelse og bestrebelse mot å finne sin identitet. Bevegelsen er i lidelsens kamp vekk fra skammens stigmatiserte eller fortrenkte følelser mot oppløsning av dette og å gå videre i livet.

I lidelsens drama forutsettes det først en bekreftelse av lidelsen, at personen våger å nærme seg opplevelsen av og ikke være god nok for sosiale relasjoner. En forståelse av lidelsen kan også være opphavet i sitt eget rom og ikke nødvendigvis relatert til ytre traumatiske opplevelser. Lidelseskampen handler ikke bare om å overvinne ytre omstendigheter, men også om kampen mellom skam og verdighet. Det er vesentlig at sykepleieren nærmer seg pasienten på en slik måte at tillit oppnås og pasienten ”inviterer” til en relasjon. Det er i denne relasjonen at lidelsen bekreftes og kampen kan begynne.

Dette er en artikkel som bygger på Erikssons sykepleieteori. Ethiske aspekter er ikke eksplisitt omtalt. Problemstillingen er besvart i artikkelen.

**Land:** Finland.

***Kategori 2. Pleie- og behandlinglidelse.***

**Referansenummer:** 20

---

**Tittel:** Patients` descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards; A qualitative study.

**Forfatter:** A. Pitkänen, H. Hätönen, L. Kuosmanen og M. Välimäki.

**Hensikt:** Undersøke pasientens oppfatning av sykepleieholdning til å forbedre livskvalitet (QOL) i akuttpsykiatri og å støtte retningslinjer som forbedrer livskvalitet for pasientene.

**Metode:** Semistrukturerte intervjuer. Kvalitativ innholdsanalyse (Polit og Beck og Silverman).

**Utvalg:** Fra syv akutt psykiatriske døgnavdelinger, 35 pasienter derav 20 menn og 15 kvinner med diagnosen schizofreni, gjennomsnittsalder 41 år og gjennomsnittlig syv innleggelse i psykiatrisk sykehus.

**Resultat/anbefalinger:** Pasientene ønsket at samtalen med sykepleier burde omfatte sykdom, familie, sosiale relasjoner, jobb, studier, håp, drømmer og åndelighet. Videre ga de uttrykk for at livskvaliteten ble styrket ved at sykepleieren snakket med dem om deres håp og drømmer. Oppmuntrende håp ble oppfattet som god omsorg. Pasientene ønsket mer respekt og mer individualisert fokus fra sykepleier med ønske om samvær, kontakt og lindring av lidelsen. De var ikke fornøyd med informasjonen de fikk. Sosiale forhold og samarbeid med familien opplevdes heller ikke tilfredsstillende.

Studien viser at livskvaliteten med henvisning til tilsvarende studier at livskvaliteten er svekket hos denne pasientgruppen. Sykepleieren bør i samarbeide med pasienten utarbeide en plan med individuelle tilpassede tiltak for å forbedre livskvaliteten.

Studien gir en dypere forståelse av pasientens lidelse og oppfatninger av sykepleieintervensjonen i forbedring av pasientens livskvalitet. Studien beskriver godt den eksistensielle lidelsen i refererte utsagn fra pasienter, og gir en bredere forståelse av fenomenene lidelse og lindring. Det synes vanskelig å finne det teoretiske rammeverk for studien. Ellers virker validiteten god og problemstillingen er besvart.

**Land:** Finland.

---

**Referansenummer:** 21

**Tittel:** Suffering from care as expressed in the narratives of former patients in somatic wards.

**Forfatter:** K. Sundin, K. Axelsson, L. Jansson og A. Norberg.

**Hensikt:** Å belyse somatiske pasienter lider av omsorgssvikt uttrykt gjennom opplevde episoder.

**Metode:** Narrative intervjuer. Analysen er fenomenologisk hermeneutisk metode inspirert av filosofen Ricoeur.

**Utvalg:** Seks voksne kvinner og fire voksne menn i forskjellig alder.

**Resultat/anbefalinger:** Fire temaer ble funnet: 1) å ha god hvile, 2) å søke etter autonomi, 3) å gjennomleve lidelsen "suffering through" og 4) å bli tatt vare på av oppmerksomme og engasjerte personale. Temaene var knyttet til pasienters helsetilstand, deres opplevelse av omsorg og deres beskrivelse av seg selv og kunne forstås som handling i "dramaet lidelse" slik det er beskrevet av Eriksson. Studien belyser behovet hos pasienten i å finne en medhjelper i dramaet av lidelsen der pasienten er regissør for sine egne dramaer for å hindre lidelse.

Pasientene beskrev personalet i to mennesketyper, den oppmerksomme og engasjerte, og den uoppmerksomme og uengasjerte. Den førstnevnte type ble opplevd som pliktoppfyllende, forsiktig og interessert. De var imøtekommende, hyggelige og behagelige i samvær i en medfølende og hensynsfull omsorg. Pasientene fortalte det var en kamp å få den informasjonen de trengte og at "de" (sykepleierne) bestemte hva som var best for pasienten. Studien støtter seg til Erikssons beskrivelse av tre former for: a) livslidelse, b) sykdomslidelse og c) omsorgslidelse.

Validiteten virker god, likeså er etiske implikasjoner og problemstillingen er besvart.

**Land:** Norge og Sverige.

---

### ***Kategori 3. Eksistensiell og sosial lidelse.***

**Referansenummer:** 30

**Tittel:** The tune of want in the loneliness melody – loneliness experienced by people with serious mental suffering

**Forfatter:** B. Nilsson, D. Nåden og U. Å. Lindstrøm

**Hensikt:** Å utvikle kunnskap om betydningen av ensomhet for pasienter med alvorlig psykiatrisk sykdom som bor alene hjemme. Hensikten var videre tredelt: a) å avklare begrepet ensomhet i klinisk psykiatrisk kontekst, b) å utvikle forståelse for ensomhetens betydning i relasjon til personer med alvorlig psykisk lidelse og c) hva lindrer pasientens følelse av ensomhet

**Metode:** Etnografisk, ettårig deltagende observasjon. Hermeneutisk, inspirert av Gadamer.

**Utvalg:** Åtte informanter, begge kjønn i alder 20 – 50 år med diagnosen schizofreni.

**Resultat/anbefalinger:** Ensomhet som lidelse er presentert i ulike nivåer (vårdlidandens ensomhet, livslidelse og sykdomslidelse, og forståelse av erfart ensomhet) gjennom informantene. Ensomhet i dialektisk tilnærming i forholdet mellom lidelse og helse.

Ensomheten viser seg i deres skam over sin annerledeshet. De skammer seg over sin sykdom og synes å se denne som feil og mangler ved dem selv. Ensomheten forklares som ”alenehet” og utestengning fra det normale liv. Leiligheten de bor i erfares ikke som et hjem i ordets egentlige forstand. Deres stolthet og verdighet har blitt krenket gjennom sykehusinnleggelse og opphold der. Den dype lidelsen har gjort at selvmordsforsøk ble vurdert som en utvei. Ensomheten manifesterer seg som smerte og er nesten alltid til stede som en usynlig følgesvenn. Savnet i ensomheten er ikke noe høylytt krav, men en taus oppfordring. Det er ingen bønn om noe, men en indirekte oppfordring om å bli sett. Det er en eksistensiell stille taushet i informantens savn som lindring.

Studien støtter seg til ulike teoretikere som Eriksson og Lindstrøm, som representerer lidelsesteori og caritas, Mijuskovic og Heidegger som er eksistensielle orientert filosofer og

---

Benedetti og Fromm- Reichman som har et psykodynamisk syn på forståelsen av psykoser. Validiteten er god, de etiske aspekter er ivaretatt og problemstillingen er besvart.

**Land:** Norge.

**Referansenummer:** 31.

**Tittel:** The new neighbour: Experiences of living next door to people suffering long-term mental illness.

**Forfatter:** A. Granerud og F. Severinsson.

**Hensikt:** Å belyse om og hvordan mennesker med langvarig psykisk sykdom har påvirket deres nabolag etter å ha etablert seg i sine egne leiligheter i utvalgte lokalsamfunn i Norge, og å få kunnskaper om hvordan en bør legge forholdene til rette for en best mulig integrering i lokalsamfunnet.

**Metode:** Grounded theory. Beskrivende og utforskende (Brink & Wood 1989).

**Utvalg:** 19 naboer til fellesboliger ble intervjuet, 12 personer med psykiske funksjonshindringer ble intervjuet i syv ulike nærmiljøer på Østlandet.

**Resultat/anbefalinger:** Studien bekreftet eksisterende negative holdninger overfor personer med atferd som er avvikende fra aksepterte sosiale normer. De psykiske funksjonshindringer innebærer blant annet lav selvfølelse og ofte vanskeligheter med å ta og å bevare kontakt med andre mennesker. Forfatterne drøfter om det er riktig å gi informasjon til nabolaget, og konkluderer med at det bør gis generell informasjon om psykiske lidelser og hvilke konsekvenser dette kan medføre i sosial samvær. Videre anbefales en beskrivelse av hvordan kontakt kan etableres. Naboene hadde opplevd skremmende og vanskelige episoder som bekreftet deres forestillinger om mennesker med psykiatriske diagnoser. Det førte til ekskludering og segregering i form av å holde avstand og overvåke ”de nye naboene”. Studien konkluderer med a) at mennesker med langvarig psykisk lidelse bør få utvikle tilstrekkelig sosial kompetanse som en forutsetning for integrering, b) det bør gis en



---

informasjon i nabolaget det etableres fellesboliger, c) at kontaktskapende tiltak bør vurderes igangsatt ved etablering og d) beboernes integritet må ivaretas i denne prosessen.

Studien støtter seg til sosial nettverksteori og Glaser & Strauss samt Starrin metode for å samle og analysere data ved kombinasjon av induktive og deduktive tilnærminger. Studiens validitet er god og etiske overveielser er ivaretatt. Problemstillingen er tydelig besvart.

**Land:** Norge.

**Referansenummer:** 32.

**Tittel:** Patients' experience of recurrent depression

**Forfatter:** M. Stigsdotter Nyström og M. Nyström

**Hensikt:** Å undersøke hvordan pasienter med tilbakevendende depresjon opplever sin lidelse.

**Metode:** Den refleksive, fenomenologiske livsverdenstilnærming (Dahlberg, Drew og Nyström 2001) som trekker tråder fra Husserl, Merleau-Ponty, Heidegger og Gadamer om livsforståelse av andres erfaringer. Datainnsamling skjedde gjennom ustrukturerte åpne intervjuer og dataanalysen var basert på fenomenologi (Giorgi).

**Utvalg:** Ti personer i alder fra 21 år til 68 år. De ble valgt fra to forskjellige klinikker og en pasientforening

**Resultat/anbefalinger:** Studien viser at det mest framtrædende ved den depressive lidelsen var skam og skyldfølelse. I sin dypeste uutholdelig lidelse var livet tomt, stumt og uten sorg og flere av pasientene hadde hatt selvmordsforsøk og så døden som en redning. Lidelsen ble beskrevet som tap av en opplevelse av å være et helt menneske, uten håp om å få det godt og den omfattet hele personens livsverdi. Hverdagslivet oppleves uten håp og mening. Studien viser hvor avgjørende det er å bekrefte lidelsen hos pasienten selv om den er vanskelig å forstå. Videre at det var viktig for pasienten å møte andre med tilsvarende tilbakevendende depresjon. Forfatterne fremmer forslag om å bruke tidligere pasienter med opplevd erfaring

---

som helsepersonell-assistenten i tillegg til kvalifisert personale. Studien viser også at lidelsen er ofte sammensatt og understreker at undersøkelse av intersubjektive faktorer er viktig. Relasjoner beskrives som sentrale fordi relasjonelle forhold kan være medvirkende til om pasienten vil leve eller dø.

Studien beskriver den subjektive lidelsen slik som pasientene opplever den. Validiteten virker god. Etske overveielser er ivaretatt og problemstillingen er besvart.

**Land:** Sverige.

**Referansenummer:** 33

**Tittel:** Lidande och kärlek ur ett psykiatriskt vårdperspektiv – en casestudie av mötet mellan mänskligt lidande och kärlek.

**Forfatter:** L. Lindholm.

**Hensikt:** Å øke forståelsen for menneskets lidelse og å finne ulike muligheter for å lindre lidelsen.

**Metode:** Case-studie. Det var temaintervju og spørsmålene var noe ulike for gruppen omsorgsarbeidere og pasientgruppen, men med samme temaområdet. Studien var en del av et grunnforskningsprosjekt ”Caritas & Passio”.

**Utvalget:** Det bestod av 16 personer, 11 omsorgsarbeidere og fem pasienter.

**Resultat/anbefalinger:** Undersøkelsen viste at studiens informanter hadde vanskelig for å beskrive hva lidelse er. Det finnes også en lidelse i det å være. Lidelsesprosessen beskrives i tre akter: a) bekreftelsen, der pasienten lengter etter bekreftelse av lidelsen, b) å være i lidelsen, der pasienten ønsker tid og rom for å lide ut og samvær med omsorgsarbeider, c) og en bevegelse i lidelsen, som en del av en ny helhet eller bli i lidelsen. Funnene kan sammenfattes i at lidelsen er en del av livet, lidelse er ikke en følelse eller smerte. Lidelse er noe mer fundamentalt; lidelse er et ”døende” som leder til nytt liv eller død. Lidelse er meningsløs, men mennesket kan gi mening til sin lidelse og hver lidelse er et drama med

---

varierende innhold og intensitet. Lidelse kan lindres, men ikke elimineres. Gjennom medlidelse og nestekjærlighet kan vi lindre. Pasienten ønsker å møte sykepleieren/omsorgsarbeideren som lindrer og ikke forsvinner når det blir vanskelig og byrdefullt. Studien begrepsforklarer sykdomslidelse med pasientens lidelse ut fra sin sykdom som står i sammenheng med behandling. Pleie- og behandlingslidelse beskrives i den pasient – sykepleier - relasjonen som kan gi opplevelse av uverdighet, ikke-delende og en kjærlighetsløs relasjon. Livslidelse innebærer en trussel mot ens totale eksistens og at en ikke finner mening med livet. Det å ikke bli sett, hørt eller forstått er en livslidelse.

Lidelsens uttrykksformer avspeiler seg fra pasientens unike livsverden. Det kan være gjennom kategorier som aggresjon, isolasjon, pågående atferd, nonverbale uttrykk, lengselen, sviket og ved symboler. Lidelsens mening opplever som regel ikke pasienten, men finner en mening i det pasienten har vært gjennom i lidelsen. Lidelsen kan lindres. Pasientene beskriver at lindring skjer gjennom omsorgsarbeideres kjærlighet, tillit og medlidelse er av vesentlig betydning. Studien støtter seg til Eriksson og Lindholm teori om lidelse. Validitetenvirker god og analysen er detaljert beskrevet. Det etiske aspektet er omhandlet under grunnforskningsprosjektet som denne studien er en del av.

**Land:** Finland.

**Referansenummer:** 34

**Tittel:** Lidandets idè.

**Forfatter:** K. Eriksson.

**Hensikt:** Å beskrive de sentrale begreper og utgangspunkter av lidelsens ide og å stimulere til nye anstrengelser i vår oppgave å lindre lidelse.

**Metode:** Kvalitativ litteraturstudie, syntese. Artikkelen utgjør et delprosjekt av hovedprosjektet Caritas & Passio.

**Utvalg:** Teoretiske og empiriske tekster.

---

**Resultat/anbefalinger:** Lidelsens individuelle beskrivelse av hvert enkelt lidelse menneske i lidelsens vesen. Forfatteren hevder at lidelse er å føre en kamp mellom det gode og det onde, og så lenge det er bevegelse i lidelsen er det håp. Det at det onde, som straff, hører sammen, er fra førkristne forestillinger. Lidelsens motsats er lyst som er i bevegelse, bestrebelse og begjær for det gode. I den gode lysten finnes livsglede, mening og kraft. Lidelsen innebærer en vilje til kamp mot lidelsen som innebærer at en våger å være i lidelsen i kamp for friheten fra lidelsen.

Lidelsen krenker menneskets verdighet. Å krenke menneskets verdighet er årsak til lidelse. Et lidende menneske er dypt ulykkelig og føler ofte skam over å være ulykkelig. Artikkelen beskriver sykdomslidelsen, livslidelsen og pleie- og behandlinglidelsen. Videre beskrives lidelsens drama som innebærer at det finnes en lidelse i sykepleien som skapes av de forventninger som oppleves når en møter et annet menneske eller i pleiesituasjonen. Det er fylt av forhåpninger som vekkes på nytt etter at det kanskje gang på gang har blitt dypt skuffet. Det å lindre lidelsen innebærer å tre inn i dramaet. Dagens mennesker savner et språk for å uttrykke sin lidelse og sine innerste følelser, og lidelsen er kanskje blitt redusert til et sykdomsspråk eller til fysisk lidelse. Kjernen i lidelsen er det som må kommuniseres ved hjelp av symboler for å bli synlig for omverden. Lidelsens tre akter er: 1. bekreftelse av lidelsen, 2. selve lidelsen i tid og rom for å lide ut og 3. forsoningen og veien fra til ny mening.

Lidelse og helse er forenlig. Dersom en ser lidelsen som en naturlig del av mennesket, er også lidelsen en del av helsen og helse er da forenlig med utholdelig lidelse. Forfatteren illustrerer helsen og lidelsens nivåer: a) å ha en lidelse, b) å være i lidelsen og c) å vorde i lidelsen jf. og ”å vorde” i livets kamp mellom det gode og vonde.

Forfatteren hevder at det er menneskets holdning til lidelsen som er avgjørende for å finne mening med lidelsen. Det er av allmenn oppfatning at lidelsen i seg selv ikke har noen mening, men en kan finne en mening ved å forbinde lidelsen med noe annet, slik som kilde til livets mening. Opplevelsen av å finne mening kan være forbundet med erfaringer i den aktuelle livssituasjonen. Lidelsens mening kan være at den skaper evne til medlidenhet og nestekjærlighet. Dersom vi forneker lidelsen, forneker vi også en del av livet og å bli et helt menneske.

---

Lindring sammenfattes i at mennesket forsøker å eliminere lidelsen, tilintetgjøre den og at mennesket forsøker å heve seg over lidelsen, i å forakte den. Videre at mennesket tar lidelsen som det uunngåelige onde, resignerer og at mennesket forsøker å finne mening i lidelsen. Menneskets kamp er å befri seg fra den utholdelige lidelsen eller å forsones seg med den.

Artikkelen konkluderer med i ni punkter som er at lidelse er en del av livet og forenlig med helse, lidelsens motsats er lysten og lidelsen har ingen gitt årsak. Lidelsen kan ikke defineres, lidelsen i sitt ontologiske vesen en unik avskilt totalopplevelse og lidelsen har ingen mening. Lidelsen er i sitt dypeste vesen ”døende” og kan lede til noe nytt. Mennesket søker fellesskap i sin lidelse samt at hver lidelse er lidelsens prosess og bør møtes av en medhjelper som bekrefter lidelsen.

Eriksson henviser ofte til psykiateren Frankl og teolog og filosof Kierkegaard. Problemstillingen er besvart.

**Land:** Finland.

#### ***Kategori 4. Lindring.***

**Referansenummer:** 40

**Tittel:** The progression of suffering implies alleviated suffering.

**Forfatter:** A. Rehnsfeldt og K. Eriksson

**Hensikt:** Undersøke lidelsens progresjon i forhold til meningskapende møte mellom den lidende og omsorgsperson fra perspektivet av et ontologisk, eksistensielt og etisk nivå.

**Metode:** Kombinasjon av kvalitativ innholdsanalyse av tekster og kvalitative intervjuer. Hermeneutisk fortolkende tilnærming basert på Gadamer.

**Utvalg:** 1. Del: 25 brev. Seks livserfarne personer beskriver hverdagslivet med sorg, lidelse og ulykke med mer. 2. Del: Syv kvalitative intervjuer derav tre personer som i perioder hadde vært av avgjørende betydning i livet og fire personer som hadde møtt vanskeligheter.

---

3. Del: 15 kvalitative intervjuer. Fem kvinner med brystkreft i ulike stadier intervjuet to ganger i tillegg til fire personer nær disse fem kvinnene ble intervjuet to ganger. En kvinne med brystkreft deltok i et pilotintervju.

**Resultat/anbefalinger:** Studien redegjør grundig for den utholdige lidelsen og den utholdige lidelsen. Videre beskrives tre teser: a) det mørke i livsforståelsen er eksistensielt og oppleves som utholdig lidelse som krever et møte med god, tilpasset omsorg, b) vendepunktet betyr at personene begynner kampen mot sin lidelse c) og møtet omfatter meningsfelleskap i kampen mot lidelsen. En felles forståelse av denne kunnskapen kan være til hjelp for å lindre lidelsen gjennom lidelsens progresjon. Studien formulerer en teoretisk modell for sammenhengen mellom lidelsens progresjon og det eksistensielle møtet.

Studiens problemstilling er besvart samt det etiske område er ivaretatt og validiteten virker god. Det rent praktiske aspektet ved lindring er ikke antydnet.

Studien støtter seg til Eriksson forståelse av lidelse. Den hevder at progresjon av lidelse også kan sees som bevegelse i helse fra utholdelig mot utholdelig lidelse. Derfor kan lidelsen være en del av helse, forutsatt at den er utholdelig.

**Land:** Finland.

**Referansenummer:** 41

**Tittel:** Bröstcancerpatienters opplevelser av komplementär vård vid en antroposofisk klinik – en fallstudie.

**Forfatter:** M. Arman, A. Rehnsfeldt og E. Hamrin.

**Hensikt:** Undersøke hvilken betydning et opphold med antroposofiske verdier ut fra livsperspektiv har hatt for brystkreftopererte kvinner.

**Metode:** Case-studie, analysen er kvalitativ og bygger på P. Brenner, en hermeneutisk fenomenologisk metode

---

**Utvalg:** Tre kvinner fra en hovedstudie (60 kvinner), representative for det større datamaterialet. Informantene i hovedstudien skulle beskrive sin opplevelse av ulike typer omsorg. Det var tre tilpassede (i tidsaspektet) semi-strukturerte intervjuer. Første intervju i klinikken og andre intervju etter tre måneder etter klinikkoppholdet og til slutt seks måneder etter oppholdet. Oppfølgingstiden hadde 12 måneders varighet. Oppholdet i den antroposofiske klinikken var tilnærmet 14 dager.

**Resultat/anbefalinger:** En av informantene hadde kjennskap til antroposofisk behandling gjennom bruk av homeopatisk legemidler. Den høyeste verdien var kontinuitet av sykepleiere og terapeuter som innebar en dypere relasjon mellom pasient og sykepleier. Miljøet i klinikken var preget av ro, harmoni og kontakt med åndelige dimensjoner. Videre opplevde informantene miljøet i avdelingen slik at en de åpent kunne snakke om tro, håp og nestekjærlighet. Fargevalg og interiør var også medvirkende faktorer, samt den antroposofiske behandlingen som oljemassasje, økologisk kosthold og antroposofiske medisiner.

Kvinnene hadde en dyp lidelse som var knyttet til en avgjørende livskrise. Spørsmål om meningen med livet, liv og død, opplevelse av både sårbarhet og økt styrke, virket lindrende gjennom å få snakke om disse avgjørende temaene. Ved utskrivelse rapporterte informanter om endringer i hverdagen etter oppholdet. Det var forbedret kosthold, roligere tempo, mentale forandringer (tankesett), behandling og trening. De mest positive faktorene kan sammenfattes i en dyp pasient – sykepleierrelasjon, pasientens aktive deltakelse i deres egen helsebevegelse samt opplevelse av endringer i livsstil.

Studien støttet seg på Erikssons teori om omsorg og helse der mennesket betraktes som en helhet med kropp, sjel og ånd. Studien har god validitet samt at det etiske område er ivarettatt og problemstillingen er besvart.

**Land:** Sverige.

**Referansenummer:** 42

**Tittel:** The 'little extra' that alleviates suffering.

---

**Forfatter:** M. Arman og A. Rehnsfeldt.

**Hensikt:** Undersøke kliniske bevis for god etisk omsorg og å undersøke substansen i sykepleierens praksis.

**Metode:** Hermeneutisk tilnærming. Gadammers teori om tolkning av fenomener. Fenomenologisk-hermeneutisk metode for analyse.

**Utvalg:** En tredelt undersøkelse med: 1. Sokratiske dialoger med seks sykepleiere. 2. Sokratiske dialoger med fire sykepleiestudenter i siste del av utdannelsen. 3. Kvalitative intervjuer med tidligere pasienter, 56 år behandlet for brystkreft med tilbakefall og 60 år behandlet for myelom og benmargstransplantasjon

**Resultat/anbefalinger:** Studien viste at sykepleierne oppfattet ideell omsorg ved å se hele personen, vise respekt og at omsorgsholdninger og handlinger bekreftes gjennom ”det lille ekstra”. Studentene oppfattet at ideell omsorg betyr å anerkjenne og bli berørt av den andre personens situasjon ut fra medmenneskelighet. Pasienten berøres med en kraft eller det magiske ved et ekte engasjement og interesse for den enkelte som person og ikke som en diagnose. Det lille ekstra utløser synlige tegn på at pasienten kan intuitivt akseptere det som et uttrykk for caritas, den uselviske nestekjærlighet uttrykt i handling (jf. Liknelsen om den barmhjertige samaritan). Gjennom våre holdninger og handlinger påvirker vi andres menneskeverd. Når intervjupersonene hevder at det lille ekstra har hatt stor betydning på deres liv, tolkes dette som om at de har blitt sett som mennesker i dypeste forstand (i deres forståelse av livet), opplevelsen av å bli sett gir en dyp eksistensiell følelse. Det gir lindring. Det lille ekstra berører lidelsen hos pasienten med medfølelse og barmhjertighet, og er knyttet til den ytterste intensjon i etikk med forståelse av livet. Videre forener de symbolske handlingene det universelle i livet med den enkelte.

Studiens validitet virker god samt at det etiske område er ivaretatt og problemstillingen er besvart.

**Land:** Sverige.



---

## 5.0 Oppsummering og diskusjon

### 5.1 Metodisk reservasjon

Kirkevold hevder at det er en viktig oppgave for en oversiktsartikkel å drøfte fra ulike artikler og holde sammen funnene, undersøke sammenhenger, motsetninger og se om funn gjensidig støtter hverandre (1996).

Hensikten med denne studien er å se mennesket i lidelse, med lidelsen og bak lidelsen. Studiens hensikt var bakgrunnen for det teoretiske rammeverk fra relevant sykepleiefaglitteratur (jf. kapittel 1 og 2). En dypere forståelse av lindring av lidelse var også studiens hensikt. Artikkene har et teoretisk rammeverk fra både sykepleie og støttefag som ble oppfattet som hensiktsmessig ut fra problemstillingens. Fenomenet lidelse er av tverrfaglig karakter og støttekunnskaper bør kunne hentes fra flere disipliner slik som psykologi, filosofi, religion og psykoterapi. Det styrker og utvider kunnskapen om fenomenet.

Resymèet skal gi et oversiktsbilde av lidelse og lindring slik det kommer frem i relevante publikasjoner. Den frie resymèformen som er benyttet kan vanskeliggjøre sammenligning av artiklene og å vurdere holdbarheten i kunnskapsgrunnlag og funn (Hummelvoll 1998). Denne studiens hensikt synes å være innfridd ved en bred oversikt over teoretiske refleksjoner og sentrale problemstillinger innen lidelse og lindring. Det kan stilles spørsmål om utvelgelsen av teoretiske og empiriske kilder er de mest relevante i den hensikt å få svar på studiens problemstilling. Jeg mener at de utvalgte kilder gir et godt oversiktsbilde av lidelse og lindring, og de har vist seg å være relevante kilder for forbedring av praksis. Svakheten med resymèet er at fremstillingen blir preget av forfatterens subjektive vurdering av hva som er relevant å ta med, og hvor grundig resymèene skal være (ibid). Lesningen av resymèet bør skje med kritiske øyne og med bakgrunn i egen praksiserfaring og fagoversikt.

En av artiklene (11) har et kvantitativt design mens resten er kvalitative forskingsartikler. Dette kan ha å gjøre med at lidelse og lindring av lidelsen best lar seg undersøke ved kvalitativt forskningsopplegg siden lidelsen er et høyst subjektivt fenomen. Resultatet av litteratursøket viser at forskning av eksistensiell lidelse og lindring er betydelig i Sverige

---

sammenlignet med andre nordiske og engelsktalende land. Artiklene dekker både pasienters egne fortalte opplevelser og sykepleiers opplevelser av pasientens lidelse og lindring.

## 5.2 Diskusjon av resultater

Selv om det enkelte menneskets opplevelse av lidelse er unik, kan fellestrekk ved lidelsen som fenomen identifiseres, og dette blir også bekreftet i de utvalgte artiklene. De mest fremtredende felles fenomener er ensomhet i sin lidelse, skam og skyldfølelse, tåle og å utholde og kroppens språk og sansing. Disse felles fenomener vil bli drøftet før de fire kategoriene sykdomslidelse, pleie- og behandlinglidelse, eksistensiell og sosiallidelse, og lindring.

### *Ensomhet i sin lidelse:*

De fleste resymerte artiklene omhandler ensomhet som et betydelig problem for lidende mennesker. Dette bekreftes gjennom andelen av nordmenn som oppgir at de mangler en fortrolig venn har sunket fra 27% (1980) til 14% (2002) (Statistisk sentralbyrå 2007).

Lidelsen med eksistensiell ensomhet har grunnleggende innvirkning på menneskets tanker og følelser og påvirker den ytre adferden ved at det lidende mennesket trekker seg tilbake fra samvær med andre mennesker. Kjedsomhet og manglede begeistring er lite omtalt i artiklene. Dette er fenomener som kan ha sammenheng med meningsløshet og ensomhet i hverdagen.

Artiklene beskriver ensomhet som lengsel etter fellesskap, savn som lidelse eller som et dialektisk forhold til ensomhet. Informantene synes ikke de har fått oppfylt den omsorg de savner i sin ensomhet. I stedet erfares en krenkelse gjennom en fjern og frakoblet emosjonell holdning fra omsorgspersonen. Spesielt settes fokus på savnet av den gode, nærværende sykepleier.

Lidelsesdimensjonen i ensomhet ytrer seg som dyp forlatthet, opplevelse av annerledeshet og at en ikke passe inn i fellesskapet. Gudsforlatthet og ulykkelig hvor det i lidelsens dypstruktur er fravær av ord for ensomhet. Dybden i ensomhetens lidelse uttrykkes av Jesus

---

i ”*Min Gud, min Gud, hvorfor har du forlatt meg?*” (Matt 27,46). Ofte fremkommer det av informantene et forhold mellom ensomhet og savn (i motsetning til fellesskap og oppfyllelse). Det impliserer at pasienten ikke er likegyldig, men i kontakt med sine følelser. Det kan forstås som en framtidrettet dimensjon med et glimt av håp og en forståelse av hva som savnes. Sorgen over det som er tapt, og som har betydning for den enkelte, er lite behandlet i artiklene.

Informantene opplever en hjemløs ensomhet i sine egne leiligheter. I flere sammenhenger bruker forskere benevnelsen ”å være hjemløs” versus ”å være hjemme” for å beskrive alvorlige syke pasienters erfaring og pendling mellom uutholdelig og utholdelig lidelse. Det å være hjemme innebærer å ha et hellig rom inne i seg hvor en kan føle seg trygg. Det å leve med en følelse av hjemløshet er å være feilplassert og utrygg og som kan ha sammenheng med de ytre omgivelsene (jf. Tatarkieuricz 1976 og Hummelvoll 2000).

Job gir uttrykk for sin dype ensomhet. Venner og hustru fastholder at lidelsen er straff og de viser hverken forståelse eller er lydhør for Jobs uskyld. Fra min yrkespraksis husker jeg et møte med en ressurssterk suicidal pasient som blant annet sa:

... jeg har nådd et punkt, det punkt som skremmer livet av meg. Jeg har ingenting, ikke et håndtak å holde meg fast i, ikke garanti for å slippe unna (hallusinasjoner), ingenting binder meg her, ingen løfter er verdt noe, det er ensomt, ensom frihet, ingen familie. Bare vær og vind.

Anicius ble ikke trodd da han fortalte sannheten om sin uskyld og var dypt ensom og fortvilet. Eva ble sett som den pasienten som skader seg, hele Eva ble ikke sett.

Kunnskapen om ensomhet er omfattende, men allikevel er det tall som viser at ensomheten vokser i vår moderne verden (jf. Tatarkieruricz). Det er den subjektive beskrivelsen og den virkning lidelsen har i personens erfarte hverdag og liv, som vil være grunnlaget for tiltak for å lindre lidelsen. Det er betenkelig at mennesker med alvorlig psykiatriske diagnoser skal plasseres i en leilighet uten fast ukentlig aktivitetstilbud og sosial tilhørighet. Hjelpeapparatet rundt pasienten kan være stort, men i praksis virker det som hjelpeapparatet er for dårlig koordinert. Informantene opplevde at ”de” bare kom innom.

---

Det finnes eksempler på mindre bokollektiv med ansatte sykepleiere, vaktmestere og felles aktivitetsrom som fungerer ualminnelig bra. Menneskene som bor der opplever en tilhørighet og lever et meningsfylt liv (Artikler 30 og 33).

Ensomhetens konsekvenser har en samfunnsmedisinsk side som enkelte artikler drøfter. Det å sammenligne mennesker med psykiatriske diagnoser kontra somatiske diagnoser som krav til effektivitet ved pasientsirkulasjon, kvalitetssikring av behandling, teknologi med mer blir fundamentalt feil. Ved behandling av kompliserte mellommenneskelig fenomener er tid til ro, hvile og gode relasjoner betydelig faktorer i behandlingen (Hummelvoll 2001).

#### *Angst og dyp fortvilelse:*

Det er en eksistensiell trussel som tydeliggjøres gjennom informantenes fortelling om sin opplevelse. Følelsen av tap av helse, fortvilelsen over å ha mistet det som var og å forholde seg til den nåværende situasjon, er en utfordrende prosess. En informant (artikkel 30) opplevde angsten ”...de (politiet) tok all min verdighet fra meg og jeg kunne nesten ikke puste, jeg var så redd...”. Artiklene viser også at informantene unngikk å fortelle om sin angst og fortvilelse for å skåne familien. Det angis at kvinnene har lettere for å snakke om sine følelser enn menn, og den kunnskapen bør sykepleieren ta med seg. Angsten beskrives ofte lite konkret, men tydeliggjøres gjennom informantenes egen opplevelse.

En pasient sa: ”... det er bare kroppen min som går her, jeg er død, inne i meg er jeg stein død. Skjønner du det? Kroppen min er bare skinn rundt knokler og ben. Det er for jævlig her”. Job, Anicius og Eva gir uttrykk for dyp fortvilelse over tap over det som var før lidelsen og angst for det ukjente i fremtid.

Enkelte artikler omhandler faktorer som bidrar til å redusere angst hos pasienter. Det handler om god kommunikasjon, samarbeid og myndiggjøring av pasienten. Oversiktlige og faste rutiner i avdelingen samt kunnskaper er faktorer som skaper en trygghetsramme. Den psykiatriske sykepleier inviterer pasienten inn i fellesskapets rom ved å se pasienten og å være lydhør. Dette kan løse opp noe av lidelsen å føre til en bevegelse mot helse. Situasjonen er til å leve med i fremtiden og lidelsen har blitt utholdelig.

---

*Skam og skyldfølelse:*

Et lidende menneske er ofte ulykkelig og skammer seg over å være det. Pasientens opplevelse av skyld og skam i forbindelse med lidelse, synes å være et komplisert samspill av erfaring og kulturell bakgrunn. Evas lidelse var knyttet til gjentakende negative opplevelser som utviklet seg som sjelens sykdom. Her vil sykepleierens kunnskap og evne til god relasjon med pasienten være viktig for å vite hvordan disse følelsene kan møtes og bearbeides. Pasienten kan føle skam for følelsesmessig utbrudd, føle skam ved ikke å strekke til og å være i en slik situasjon at en mottar hjelp – med andre ord, omverdenens fordømmelse og negativ vurdering vil bidra til lidelsen.

De fleste artiklene drøfter disse fenomenene. Pasienten skal bli i stand til å mestre hverdagslivet på en rimelig god måte. Pasientens eksistensielle problemer bør i samarbeide med sykepleier bearbeides gjennom endring av pasientens livs- og selvoppfatning.

*Tåle og å utholde:*

Det med stor ydmykhet en hører pasienter forteller om lidelsen. Det blir forståelig med eksistensielle utbrudd i sinneutbrudd og gråt. Et slikt uttrykk for lidelsen er ikke truende og farlig. Fra min yrkespraksis var det en pasient som stirret på andre og seg selv i speilet og utførte spesielle armbevegelser til sitt eget ansikt og på andre. Pasienten ble oppfattet som truende, men i pasientens livsverden opplevde pasienten at ”kjøttstykker” falt ut av sitt ansikt. En annen pasient nektet å dusje fordi i pasientens livsverden ga vannet ham et nesten dødlige strømstøt.

Pasienter med eksistensiell lidelse strever med å holde kontroll på tross av indre tankekaos og angst. Hummelvoll hevder at ”man kan oppleve seg naken og forsvarsløs i sin selvavsløring fordi man har lite forsvar mot alt som strømmer på av ytre inntrykk og indre impulser” (2000). Pasientens opplevelse av de planlagte mål ikke kan oppfylles og den nye sykdomssituasjonen kan skape tankekaos. Det forventes at pasienten skal være behandlingsmotivert, erkjenne sykdom og behandlingstrengende. Pasienten bør være positiv til å motta behandling og å gå inn i pasientrollen (Hummevoll 2000). Det å utholde og gi

---

avkall på tidligere vaner og livsrytme, kan oppleves som lidelse. Job, Anicus og Eva utholder sin lidelse på sin individuelle måte.

Menneskets oppfattelse av fremtiden preges av hvordan mennesket forholder seg til fremtiden. (jf. Tatarkieuricz). Preges den av forestillingen om liv og fellesskap, kan man forholde seg til livet som i bevegelig helse (artikkel 12).

#### *Kroppens språk og sansing:*

Ansiktsuttrykk, væremåte, språk, mimikk, øyenes uttrykk, pasientens kroppsholdning kan være uttrykksformer for lidelse som den psykiatriske sykepleier sanser gjennom erfaring. Verbal taushet ser ut til å forsterke pasientens lidelse. Ofte kan det virke som om lidelsen kan mangle språk slik at pasienten ikke kan sette ord på sin lidelse.

Kroppslig forfall kan vises gjennom vektøkning, vekttap, apati og liten interesse for sitt utseende. Det gjelder personlig hygiene, ofte uten initiativ til fysiske aktiviteter. Ved alvorlige fysiske og psykiske sykdommer er det en eksistensiell opplevelse av at kroppen ”forandrer” seg. Lidelse kan være en konsekvens av at mennesket opplever et tap av helhet og kontroll. Det hindrer mennesket i å leve sammen med andre på en god måte.

Evas kropp var tilnærmet en slagmark av lidelse. Job hadde sine utvendige byller og sår. Anicus beskriver også sitt legemlige forfall. Enkelte artikler beskriver spesielt godt gjennom informantens fortelling om disse forandringer samt vanskeligheter med å oppfatte omgivelsene slik som de fremstår.

Overgang fra de felles omtalte fenomenene som erfares ved alle lidelseskategorier som følger til:

### **Kategori 1 Sykdomslidelse**

I vår kultur vil en sykdomstilstand som medfører avhengighet og behov for hjelp over lengre tid, oppleves som belastende og medfører betydelig lidelse. Mennesker som tilhører denne gruppen vil ofte oppleve lidelse nettopp fordi de avviker fra en norm i kulturen. Teori

---

(Hummelvoll 2000) refererer til et biomedisinsk perspektiv der sykdom og diagnose har blitt vektlagt fremfor å se hele mennesket med sin sykdomsopplevelse og med sin sosiale og kulturelle bakgrunn. Artiklene synliggjør sykepleierens kunnskaper til konkret sykepleierpraksis i å samarbeide og ivareta pasientens videre vekst og utvikling av de livsproblemer som er forbundet med lidelsen. Det å ikke ha kontroll i forhold til sine handlinger som følge av sykdommen og bevisstheten av disse handlinger, kan i ettertid forsterke lidelsen og føre til isolasjon og tilbaketrekning fra sosiale sammenhenger.

Artiklene beskriver hvordan den uutholdelige lidelse gjennomtrenger og påvirker menneskets hverdagsliv i fornedrelse, forlegenhet og skam. En dyp livslidelse kan innebære en trussel mot ens totale eksistens. Det å ikke bli sett eller forstått er en livslidelse og en følelse av håpløshet og meningsløshet som kom frem. I en slik situasjon ble selvmordstanker og selvmordsforsøk sett på som en løsning av lidelsen.

## **Kategori 2 Pleie- og behandlingslidelse**

Alle mennesker skal behandles med respekt, uansett sykdom og sykdomstilstand, helt uavhengig av ytre forhold som utseende og funksjon (jf. Hummelvolls ni hjørnester). Artiklene omhandler også sykepleiers funksjon i å beskytte pasienters integritet og menneskeverd. Selv om det i utgangspunktet ikke er ment å krenke enkeltmenneskets verdighet, kan latterliggjøring av pasientens atferd forekomme. Det berettes om ignorerende holdning ved samtaler, mangel på sensitivitet som berører personlige spørsmål og at sykepleieren ikke ser det enkelte menneske og den plass der omsorgsdimensjoner mangler. Sykepleieren har store muligheter for å eliminere denne type lidelse. Omsorg for mennesker med tap av kognitiv funksjon og annen omfattende funksjonssvikt er ofte ikke i stand til å beskytte sin egen integritet og sitt menneskeverd.

Pasientens forventninger til psykiatriske sykepleier ble ikke oppfylt ved at pasienten ikke fikk den emosjonelle støtte som var forventet, og informasjon i forhold til behandling uteble. Sykepleierens oppmerksomhet var rettet mot kroppen, opplevelsen av symptomer, medisiner. Pasient – sykepleier samværet var ofte av kort varighet.

---

Det var overraskende å lese om sykepleiers fokus og at pasienters omsorgbehov ikke ble forstått eller oppfattet av sykepleier. Det viser en kløft mellom den ideelle teori og praksis. Årsaken kan være i travelhet eller pasienters atferd kan være slik at sykepleier reagerer med reservasjon. Videre kan sykepleier unngå lidelse fordi det er psykisk belastende og vanskelig å gå inn i den eksistensielle lidelse fordi gjennom evnen til empatisk forståelse berøres vi av den andres lidelse. Hummelvoll hevder (1998):

*Det er av betydning at psykiatrisk sykepleier ikke ser symptomer som indikatorer på sykdom, men heller som problemløsningsstrategier som har en spesiell mening og hensikt (s. 40).*

Hverdagen i omsorgsdimensjonen enten i hjemmet eller i institusjonen er i betydelig grad påvirket av politiske føringer, økonomiske rammebetingelser som medvirkende faktorer til at pasienten opplever pleie- og behandlinglidelse. Artikkelen drøfter ikke dette vesentlige problemet.

### **Kategori 3 Eksistensiell og sosial lidelse**

Samtlige artikler viser pasientens følelse av ensomhet, håpløshet og meningsløshet som formørker hverdagslivet. I tillegg må de bære den tunge vekten av å være psykiatrisk pasient. En psykiatrisk diagnose er langt nede på hierarkiet i forhold til en somatisk diagnose. Manglende tillit i yrkeslivet, nabolag og i det sosiale liv er problematisk. Ikke minst overfor mennesker som på en eller annen måte er annerledes enn det som er sosialt akseptert.

Det er den subjektive beskrivelsen og den virkning lidelsen har i personens erfarte hverdag og liv, som vil være grunnlaget for tiltak som kan lindre lidelsen. Filosofen og teologen Kierkegaard (2001) hevder at vi bør møte enkeltmennesket med sin lidelse. I møtet bør vi være uten forutsetninger, uten sammenligninger og ikke forsøke å forklare eller fortolke lidelsen.



---

Artiklene berører lite den uføretrygdedes økonomi. Det koster mer å bo alene i forhold til faste utgifter, mat og andre levekostnader. Aktiviteters kostnader bør vurderes med bidrag dersom det kan hindre ensomhet og sosial isolasjon (Granerud & Severinsson artikkel 31). Det som litteraturgjennomgangen viser er at faste, regelmessig sosiale relasjoner og meningsfulle aktiviteter er viktig for positiv bevegelse i helseprosessen. Lindholm mener at:

En dyp livslidelse kan innebære en trussel mot ens totale eksistens. Å ikke bli sett, hørt eller forstått er en livslidelse, en brist på å bli bekreftet som menneske (artikkel 33).

#### **Kategori 4 Lindring**

Lindholm (artikkel 33) hevder at meningsløs lidelse kan lindres uavhengig av pasientens holdning er preget av bitterhet eller ydmykhet. Lindringen er i kjærligheten fra familie og sykepleier. Kjærligheten er det sterkeste fundament i kampen for lindring av lidelsen. Kjærligheten, tro og håp kan gi ny innsikt og livsperspektiv til lidelsen selv om omstendighetene til lidelsen ikke kan forandres.

Frankl (1966) hevder at den holdningen vi møter lidelsen med, er den høyeste verdioppfyllelse og den dypeste mening når lidelsen og døden er endelig. Frankls supramening (kapittel 1.4) relateres til at menneskets opplevelse med livet er meningsfylt.

Artiklene omhandler også om menneskets lidelse er passiv eller aktiv. Når mennesket er aktiv, blir ikke lidelsen et subjekt som styrer menneskets hverdag og livsinnhold. Resignasjon vil øke lidelsen. En aktiv lidelsesholdning gjør lidelsen til et objekt i lidelseskampen.

Pasientens ofte ubevisste bruk av forsvarsmekanismer som lindring, kan utfordre den psykiatriske sykepleieren. Kunnskaper om forsvarsmekanismer anvendes ved sykepleiers forståelse av lidelse i hverdagen. Lidelsen lindres gjennom forsvarsmekanismer, men den frigjør ikke lidelsen. Det er gjennom kamp prosessen lidelsen oppløses og en ny livsforståelse vokser fram. Relasjonen sykepleier – pasient er i gjensidig respekt, tillit og verdighets forhold som beskrives i artiklene som en prosess av mestering der sykepleieren er medhjelper.

---

Arman et al. (artikkel 42) vektlegger det estetiske i omgivelsene som lindrende i lidelsen. Betydningen av det harmoniske og vakre versus uestetiske (det stygge som rom og bad med avflasket maling og mangler), har en tranferens påvirkning. På samme måte som kvaliteten av relasjonen sykepleier – pasient forholdets gjensidig påvirkning.

---

## 6.0 Konklusjon

Lidelsens kilder fremstår klart fordi vi har evnen til empati, evnen til å forestille oss de lidendes opplevelse av livet og identifisere oss med dem. Som psykiatrisk sykepleier vil forståelse av pasientens lidelse være med et samspill av kropp, sjel og ånd samt pasientens livsmiljø. Ved bruk av teoretisk kunnskap og erfaringsbasert evidens kan god omsorg og lindring gis til pasienten.

Lidelsesformer: a) sykdomslidelse, b) pleie- og behandlingslidelse og c) eksistensiell og sosial lidelse muliggjør en dypere forståelse av de ulike formene. Det gjør det lettere å kjenne dem igjen for å lindre lidelsen. Sykdomslidelsen er ofte knyttet til en diagnose med dens symptomer og hemninger i å leve livet slik en ønsker. Pleie- og behandlingslidelsen fremstår der pasienten ikke blir møtt med respekt og verdighet, utsatt for fordømmelse, maktutøvelse og uteblitt omsorg. Behandlingen kan også omfatte tvang med ydmykende krenkelser som beltelegging, politiets håndjern og tvangsmedisinering med dens bivirkninger. Eksistensiell og sosial lidelse med trussel av tilintetgjørelse og ikke utholder å leve lenger. Pasientens opplevelse av å være ”utenforstående” i sosial sammenheng i samfunnslivet hemmer bevegelse mot helse.

Eksistensiell lidelse i Jobs bok stiller i sitt drama med mennesket i sentrum av virkefeltet for himmelens og helvetes krefter og belyser alle lidelsens aspekter. Den lidende Job kommer etter hvert til å reise seg opp fra avfallsdyngen. Han skriker ut sin vrede og sine anklager mot en Gud som synes så urettferdig.

For det er menneskets protest mot lidelse og ondskap og krav om forklaring av livets mening som gjør Guds rolle til et brennende spørsmål. Vi kan diskutere om Gud og Satan, om det finnes en himmel og et helvete. Likevel er vi nærmere disse begrepene enn vi tror, fordi det dypest sett ikke finnes tilskuere eller debutanter, men bare aktive utøvere i lidelsens livsdrama. Vi er hver for oss hovedpersoner i vårt eget livsdrama. Vi blir alle satt på prøve

---

(jf Job, Anicius og Eva) og har alle den personlige mulighet til å mobilisere krefter som gir prøven positivt utfall med eller uten medhjelper. Lidelse hører med i det å leve.

### *Lindring*

Hummelvoll (2000) definerer psykiatrisk sykepleie ut fra en holistisk – eksistensiell modell. Det forutsetter et ikke-reduksjonistisk menneskesyn, gode og ekte relasjoner i en holistisk dialog og ved å bevare pasientens autonomi. Målet er å styrke pasientens egenomsorg gjennom å løse eller redusere pasientens helseproblem. Sykepleieren har medansvar for at pasienten får et liv i et tilfredsstillende sosialt fellesskap og en forpliktelse til å påpeke og påvirke forhold som skaper helseproblemer.

Likeverdighet og nærværenhet er de to første av de ni eksistensielle forutsetninger eller hjørnesteiner som holdningsmessige orienteringer for en profesjonell nærhet og dialog. Fagkunnskap om lidelse, anerkjennelse og omsorg i nestekjærlighet for pasienten gir lindring. Lindring av lidelsen sammenfattes i 1) at lidelse blir bekreftet, 2) at pasienten får tid og rom for å oppløse eller lide ut lidelsen 3) at gjennom forsoning vokser og utvikles et nytt livsperspektiv der lidelsen blir utholdelig eller lidelsen blir oppløst og tilintetgjort. Uansett hvilken form lidelsens drama har, kan opplevelsen at lidelsen lindres.

### **Framtidsperspektiver**

Flere av de resymerte artiklene viser at det er brist mellom teori (Hummelvolls ni hjørnesteiner), årsaker og praksis i sykepleieomsorgen. Utøvende sykepleiepraksis kan virke som systemtenkning fremfor basert på et verdigrunnlag der omsorg med og for medmenneskets eksistensielle uttrykksform blir ivaretatt.

*Menneskets eksistensielle lidelse bør artikuleres og intrigeres i grunnutdanningen i sykepleie og i videreutdanningen i psykiatrisk sykepleie. Studien inviterer til fortsatt fordypning av eksistensiell lidelse samt kilden til pleie- og behandlingslidelse.*

---

Flere artikler uttrykker behov for at pasienter med mange og eller lange innleggelser i psykiatrisk sykehus *har behov for å utvikle tilstrekkelig sosial kompetanse* for å tilpasse seg sitt nye nabolag ved utskrivelse til egen bolig. Samtidig bør *generell informasjon om psykiske sykdommer formidles* til nabolaget. Disse tiltak bør iverksettes av psykiatrisk sykepleier eller andre for å bidra med å lindre pasientens lidelse.

---

## 7.0 Litteraturliste

Allan, D. G. (1994). Hermeneutics; Philosophical traditions and nursing practice research. *Nursing science Quarterly*, 8 (4), 174–182.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11 (1), 11–18.

Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindholm, L., & Hamrin, E. (2002). The face of suffering among women with breastcancer – being in a field of forces. *Cancer Nursing*, 25 (2), 96–03.

Arman, M., Rehnsfeldt, A., & Hamrin, E. (2002). Bröstcancerpatienters opplevelser av komplementär vård vid en antroposofisk klinik – en fallstudie. *Vård i Norden*, 64 (22), 2, 4-8.

Arman, A., & Rehnsfeldt, A. (2007). The ‘little extra’ that alleviates suffering. *Nursing Ethics*, 14 (3).

Asheim, J. (1992). *Forskning om lederskap, etikk og kvalitet*. Forelesningsnotat. Gøteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan.

Bibelen: Det gamle og det nye testamente (5. oppl.). (1978). (Oslo): Det Norske Bibelselskap.

Boëthius, A. M. (1981). *Filosofiens trøst*. Oslo: Det norske akademi for sprog og litteratur. Forlagstrykkeriet.

Cassell, E. J. (1991). *The nature of suffering and the goals of medicine*. Oxford University Press.

Cassell, E. J. (1995). *Lidandets natur och medicinens mål*. Lund: Studentlitteratur.

---

Dammann, J. E. (1997). The myth of mental illness. Continuing controversis and their implications for mental health professionals. *Clinical Psychology Review* 17 (7), 733-756.

Delitzsch, F. (1988). *Job – Commentary on the old Testament*. (Reprint). Michigan: Vol. IV. Grand Rapids. Erdmanns, W. B. Publishing Company.

Eriksson, K. (1987). *Pausen*. Stockholm: Norstedts Förl.

Eriksson, K. (1989). *Hälsans ide*. (2.utg.). Stockholm: Almqvist & Wisell.

Eriksson, K. (1990). *Pro caritube – läesbestemming av caritabin vård*. Department of caring science. Åbo Akademi.

Eriksson, K. (1993). Lidandets idè. *Möten med lidanden*. Vårdforskning 4/1993. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.

Eriksson, K. (1993). *Möten med lidanden*. Vårdforskning 4/1993. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.

Eriksson, K. (1995). *Det lidende mennesket*. Oslo: Tano Forl.

Eriksson, K. (1996). *Lidandets drama. Workshop – lidande i vården*. Vasa. Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap.

Eriksson, K., & Lindström, U. Å. (2003). *Grying II klinisk vårdvetenskap*. (Red.). Institution for vårdvetenskap, Åbo Akademi.

Fagermoen, M. S. (1993). *Sykepleie i teori og praksis – et fagdidaktisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforl.

---

Frankl, V. (1963). *Man`s search for meaning. An introduction to logotherapy*. New York: Washington Square Press.

Frankl, V. (1966). *Kjempende livstro*. Oslo: Gyldendal Norsk forl.

Frankl, V. (1971). *Vilje til mening*. Oslo: Gyldendal Norsk forl.

Fromm, E. (1971). *Om kjærlighet*. Oslo: Dreyer Forl.

Gadamer, H. G. (1993). *Truth and Methode continuum*. New York.

Garland, D. D. (1971). *Job – Bible study commentary*. Michigan: Grand Rapids. Zondervan Publishing House.

Granerud, A., & Severinsson, F. (2003). The new neighbours: Experiences of living next door to people suffering from long-term mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing* 12, (1), 3 -10.

Halvorsen, K. (1993). *Å forske på samfunnet en innføring i samfunnsvitenskaplig metode*. (3. utg.). Oslo: Bedriftsøkonomens Forlag A/S.

Haugsgjerd, S. (1990). *Lidelsens karakter i ny psykiatri* . Oslo: Pax Forl.

Hellevik, O. (2009). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforl.

Hedelin, B. (2001). Att studera livsvärden – refleksjoner kring kvalitativ forskning. I J. K. Hummelvoll, A. Granerud, & E. Severinsson (Red.), *Psykososialt perspektiv på lidelse*. (Rapport nr. 10 – 2001). Elverum: Novum Grafisk A/S.

Hedelin, B., Severinsson, E., & Hummelvoll, J. K. (2003). *Psykiatrisk omvårdnad och psykiskt hälsoarbete i lokalsamhället – en resumè av internasjonell forskning och*



---

*yrkesmässig refleksjon.* (Høgskolen i Hedmark. Rapport nr. 10 – 2003). Elverum: Høgskolen i Hedmark.

Hummelvoll, J. K., & Barbosa de Silva, A. (1996). Det kvalitative forskningsintervju som metode for å nærme seg den psykiatriske sykepleiers profesjonelle livsverden i kommunehelsetjenesten. *Vård i Norden*, 12 (16), 2, 25-32.

Hummelvoll, J. K. (1997). Psykiatrisk sykepleie – en holistisk – eksistensiell tilnærming. I J. K. Hummelvoll og U. Å. Lindström (Red.), *Nordiska perspektiv på psykiatrisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Hummelvoll, J. K. (1998). *Internasjonalt utsyn – resymè av forskning og fagutvikling i psykiatrisk sykepleie*. Elverum: Høgskolen i Hedmark.

Hummelvoll, J. K. (2000). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie.*(5.utg.). (Oslo): Gyldendal Akademisk.

Hummelvoll, J. K., Sunde, A. S., & Severinsen, E. (2001). *Om å møte mennesker med manisk lidelse – en intervensjonsstudie fra akuttavdeling*. (Høgskolen i Hedmark Rapport nr. 3, 2001). Elverum: Høgskolen i Hedmark.

Hummelvoll, J. K., & Granerud, A. (2009). Ideologisk og teoretisk inspirasjoner i psykiatrisk sykepleie. I G. Bruland Vråle, B. Karlsson, og J. K. Hummelvoll, (Red.). *Psykiatrisk sykepleie i tverrfaglighetens tid. Selvføståelse, praksis og forskning*. (Høgskolen i Hedmark. Rapport nr. 14 – 2009). Elverum: Høgskolen i Hedmark.

Hvalvik, R., & Stordalen, T. (2002). *Den store forskjellen. Om Bibelens tilblivelse, innhold, bruk og betydning*. (2. oppl.). Oslo: Det Norske Bibelselskap.

Kahn, D. L., & Stevens, R. H. (1986). The experience of suffering: Conceptual clarification and theoretical definition. *Journal of Advanced Nursing*, 11, 623–631.

---

Kahn, D. L., & Steevens, R. H. (1994). Witness to suffering. Nursing knowledge, Voice and Vision. *Nursing Outlook*, 42, 260–264.

Kahn, D. L., & Steevens, R. H. (1995). The significance of human suffering in cancer care. *Seminars in Oncology Nursing*, 11, 9–16.

Kirkegaard, S. (2001). *Begrepet angst*. Oversatt av Knut Johansen. Oslo: Oktober.

Kirkevold, M. (1996). Oversiktsartikler. I T. Bjerkreim, J. Mathisen og R. Nord, (Red). *Visjon, viten og virke*. Oslo: Universitetsforl.

Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis?* Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Kvale, S. (1996). *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. London: Sage Publication.

Lindblom, J. (1966). *Boken om Job och hans lidande*. (2.oppl.). Lund: Gleerup Bokforl.

Lindholm, L., & Eriksson K. (1993). To understand and alleviate suffering in a caring culture. *Journal of Advanced Nursing* 18, 1354-1361.

Lindholm, L. (1997). Lidande och kärlek ur ett psykiatrisktt vårdperspektiv – en casestudie av mötet mellan mänskligt lidande och kärlek. I J. K. Hummelvoll og U. Å. Lindstrøm (Red.), *Nordiska pespektiv på psykiatisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Lindström, U. Å., & Eriksson, K. (1999). The fundamental Idea and quality assurance. *International Journal for Human Caring*, 21–27.

Martinsen, K. (1996). *Fenomenologi og omsorg. Tre dialoger*. Oslo: Tano Aschehoug.

Merleau-Ponty. (1969). *Hvad er fænomenologi*. Rhodos: København: Tegn.

---

Moore, T. (1992). *Care for the soul. A guide for Cultivating depth and sacredness in everyday life*. USA: Harper Collins Publishers.

Morse, J. (2001). Toward a Praxis theory of suffering. *Journal of Advanced Nursing*, 24 (1), 47–59.

Nilsson, B., Nåden D., & Lindström, U. Å. (2008). The tune of want in the loneliness melody – loneliness experienced by people with serious mental suffering. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 161-169.

Nordtvedt, F. (1994). Sykepleie, omsorg og smertelindring. Oslo: *Sykepleien fag* 5, 28–31.

Parse, R. R. (1991). Human becoming; Parse's Theory of Nursing. *Nursing Science Quarterly*, 5 (1), 35-42.

Pitkänen, A., Hätönen, H., Kuosmanen L., & Välimäki, M. (2008). Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards; A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (11), 1598-1606.

Polit, D. F., & Hungler, P. (1995). *Nursing Research - Principles and Methods*. 5. ed. New York: J. B. Lippincott company.

Ponizovsky, A. M., Grinshpoon, A., Levav J., & Ritsner, M. S. (2003). Life satisfaction and attempts among persons with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 44 (6), 442–447.

Rehnsfeldt, A., & Eriksson, K. (2004). The progression of suffering implies alleviated suffering. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 264–272.

Ricoeur, P. (1981). *Hermeneutics and the human sciences. In Essays on Language, Action and Interpretation* (Thompson J.B. ed). Cambridge: University Press.

---

Scholnick, S. H. (1992). *Poetry in courtroom*. Job 38 – 41. Selected studies on the Book of Job. Michigan: Baker Book House. Grand Rapids.

Skanche Bjercknes, M., Granum, V., & Kollstad, M. (1988). *Praksisundervisning i sykepleierutdanningen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Skarsaune, O., Bjerkholt, T., & Grossner, J. (1972). *Den skjulte Gud*. Oslo: Credo Forlag.

Sundin, K., Axelsson K., Jansson, L., & Norberg A. (2000). Suffering from care as expressed in the narratives of former patients in somatic wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14, 16-22.

Stifoss–Hansen, H. & Kallenberg, K. (1998) *Livssyn og helse: teoretiske og kliniske perspektiver*. Oslo: Gyldendal.

Stigsdotter Nyström, M. E., & Nyström, M. (2007). Patients' experiences of recurrent depression. *Mental Health Nursing*, 28, 673-690.

Stordalen, T. (2007). *Jobs bok*. Forelesningsnotat. Oslo: Menighetsfakultetet.

Tatarkieuricz, W. (1976). *Analysis of Happiness*. Warsjawa: Martinus Nijhoff.

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforl.

Travelbee, J. (2005). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (4. oppl.). Oslo Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Westermann, C. (1978). *Der Aufbau des Buches*. Stuttgart: Hiab calwer Verlaag.

Wiklund, L. (2003). Lidandets kamp. I K. Eriksson og U. Å. Lindström (Red.). *Gryning II Klinisk vårdvetenskap*. Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.

---

Yalom, J. (1980). *Existential Psychotherapy*. New York: Basic Books Inc. Publishers.

Van Hooft, S. (1998). "Suffering and the goals of medicine". Kluwer Academic Publishers: *Medicine, Health care and Philosophy*: 125 – 131.

### **Oppslagsverk**

*Fremmedordbok, blå ordbok*. (2003). (16. utg.) Oslo: Kunnskapsforl. Aschehoug – Gyldendal.

Garras Nilsen, L. (2002). *Norsk - gresk ordbok*. Oslo: Ad inifinitum.

Kirkeby, W. A. (1996). *Engelsk blå ordbok*. (5. utg.). Oslo: Kunnskapsforl. Aschehoug – Gyldendal.

*Norske synonymer blå ordbok*, (1984). (5. utg.). Oslo: Kunnskapsforl. Aschehoug – Gyldendal.

Lübcke, P., & Grøn, A. (1996). *Filosofileksikon*. Oslo: Zafari.

Statistisk sentralbyrå. *Allmennlegetjenesten*, 2005 og 2007.