

HÅP

Hvordan kan sykepleier styrke håpet hos kronisk syke mennesker innlagt sykehus?



Diakonhjemmet
Høgskole

Bacheloroppgave i sykepleie

Kull: 11 SYKHEL

Innleveringsdato: 13. mars 2014

Kandidatnummer: 1075

Antall ord: 9011

Sammendrag

- Bakgrunn:** Gjennom sykepleiestudiet har jeg erfart hvor utfordrende det kan være å møte mennesker som må tilpasse seg en ny livssituasjon og som sørger over tapet sykdommen har påført dem. Derfor ønsket jeg å utforske hvordan sykepleier kan styrke håpet hos mennesker som må leve med varig sykdom.
- Problemstilling:** Hvordan kan sykepleier styrke håpet hos kronisk syke mennesker innlagt på somatisk sykehus?
- Metode:** Litteraturstudie
- Konklusjon:** Sykepleier kan styrke håpet hos kronisk syke pasienter ved å finne ut hvilke håp de har, hvilke kilder til håp de vektlegger og ved å identifisere faktorer som styrker eller svekker håpet hos den enkelte.

*Skulle jeg ønske meg noe,
ønsker jeg meg ikke rikdom, ære eller makt,
men mulighetenes lidenskap.
Det øye der evig ungt og evig brennende ser muligheten*
Søren Kierkegaard

Innhold

| | |
|--|---|
| Sammendrag | 2 |
| 1.0 Innledning..... | 5 |
| 1.1 Bakgrunn | 5 |
| 1.2 Aktualitet..... | 5 |
| 1.3 Å spisse problemstillingen | 6 |
| 1.4 Begrepsavklaring..... | 6 |
| 1.5 Oppgavens oppbygging..... | Feil! Bokmerke er ikke definert. |
| 2.0 Teori | 8 |
| 2.1 Om håpets betydning..... | 8 |
| 2.2 Fenomenet håp | 8 |
| 2.3 Definisjon av håp..... | 9 |
| 2.4 Håpets dimensjoner | 10 |
| 2.4.1 Travelbees seks karakteristika av håp | 10 |
| 2.4.2 Andre sider ved håp..... | 11 |
| 2.5 Sykepleierens rolle | 12 |
| 2.6 I møte med håpløshet | 13 |
| 3.0 Metodekapittel..... | 16 |
| 3.1 Metode..... | 16 |
| 3.2 Søkeprosessen | 16 |
| 3.2.1 Databaser brukt i systematisk søk | 16 |
| 3.2.2 Søkestrategi | 16 |
| 3.2.3 Utvalgte artikler og kildekritikk | 19 |
| 3.4 Ethiske vurderinger | 20 |
| 4.0 Presentasjon av funn..... | 21 |
| 4.1 Hvilke håp har pasienten? | 23 |
| 4.2 Hvilke kilder til håp har pasienten?..... | 23 |
| 4.3 Faktorer som styrker eller svekker håpet?..... | 24 |
| 5.0 Drøfting | 26 |
| 5.1 Hvilke håp har pasienten? | 26 |
| 5.2 Kilder til håp..... | 28 |
| 5.2.1 Kartlegge kilder..... | 28 |
| 5.3.2 Sykepleier kilde til håp..... | 29 |

| | |
|--|----|
| 5.3 Faktorer som styrker eller svekker håp | 29 |
| 5.3.1 Opplevelse av sykdom | 29 |
| 5.3.2 Endret virkelighet..... | 30 |
| 5.3.3 Ulik virkelighetsforståelse..... | 30 |
| 5.3.4 Håpløshet..... | 31 |
| 6.0 Konklusjon og avslutning..... | 32 |
| Litteraturliste | 33 |

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn

Jeg har valgt å skrive om temaet håp. *Håp* er ett av flere sentrale begreper i sykepleien, og jeg ønsker å få en større forståelse av *håp* gjennom arbeidet med bacheloroppgaven.

Mennesket har fysiske åndelige og sosiale behov. Flere anerkjente sykepleieteoretikerne (Kirkevold 1998, Kristoffersen m.fl. 2005a:14) understreker viktigheten av et helhetlig menneskesyn i sykepleien. Det er en allmenn oppfatning at håp er viktig for mennesket. Blant annet er håpet viktig for hvordan mennesket mestrer sykdom eller lidelse fordi den som håper kan se positivt på fremtiden til tross for sykdom (Rustøen 2001:13).

Personlige erfaringer fra sykehuspraksis er bakgrunnen for valg av temaet. Pasientene jeg møtte opplevde på forskjellig vis fysiske og psykiske påkjenninger som følge av sykdom og noen av møtene opplevde jeg spesielt utfordrende, når det var krevende å få til et samarbeid med pasienten, vanskelig å motivere og komme med oppmuntringer og bli enige om konkrete mål i behandlingen. Det førte også til at jeg gruet meg for å oppsøke pasienten og være tilgjengelig. Andre sykepleiere opplevde det på samme måte. Jeg har tenkt at i ytterste konsekvens kan det føre til at kvaliteten på pleien blir dårligere for dem som kanskje trenger det mest, og at en større forståelse for hvordan håpet kan styrkes eller gjenvinnes hos den syke vil være til hjelp neste gang jeg møter tilsvarende utfordringer.

1.2 Aktualitet

I Norge er det stadig flere mennesker som må leve med en kronisk sykdom med de følelsesmessige, fysiske og sosiale innvirkningene dette har på livet deres (Rustøen 2001:11, Kristoffersen 2005). Som et eksempel blir ca 13 000 årlig rammet av hjerneslag og 26 000 blir diagnostisert for kreft (Folkehelseinstituttet). Kroniske sykdommer omfatter en rekke diagnoser, et fellestrekk er det er en sykdom som varer livet ut. Progresjonen i sykdommen kan være langsom, men også preget av akutte forverringer (Kristoffersen 2005:70).

For mennesker som blir alvorlig syke vil framtiden kunne føles truet. Det kan være på grunn av opplevelsen av å komme nær døden, og fordi livet kan bli forandret som følge av mye lidelse. Lidelsene kan innebære endret funksjonsnivå, smerte og angst. (Rustøen 2001:13).

Når livets oppleves truet og fremtiden fremstår som usikker blir betydningen av håp forsterket. Håp har innvirkning for hvordan livet oppleves og er derfor viktig for hvordan den enkelte opplever livskvalitet. Den som har håp kan se at fremtiden også kan ha positive sider til tross for sykdom, noe som gjør det mulig å mestre sykdom og lidelse. (Rustøen 2001:13)

1.3 Å spisse problemstillingen

Jeg ønsket å skrive en oppgave om fenomenet håp, håpets betydning hos mennesker med sykdom og hvordan sykepleier kan styrke håpet hos pasienten. Det ble en for omfattende innfallsvinkel. Håp er et abstrakt begrep med et bredt og omfattende meningsinnhold. Jeg har derfor valgt å avgrense pasientgruppen til voksne personer som er kronisk syke og er innlagt på somatisk sykehus. Det er i denne konteksten at sykepleier har kontakt med pasienten. Videre ønsket jeg å utforske hvordan pasienten opplever/erfarer håp i en slik kontekst, og ut fra dette diskutere hvordan sykepleier kan legge til rette for at håpet hos pasienten styrkes. Forståelsen av fenomenet håp avgrenses dermed til en bestemt kontekst, pasientgruppe og sykepleieintervensjoner. Problemstillingen er som følger:

Hvordan kan sykepleier styrke håpet hos kronisk syke mennesker innlagt på somatisk sykehus?

1.4 Begrepsavklaring

Håp: Andre ord som utfyller begrepet håp kan være mening, verdi, livsmot, optimisme, ønsker. Jeg har valgt å bruke ordet håp, for å gi en bredere forståelse av begrepet og for å fokusere innholdet i oppgaven.

Kronisk sykdom: En samlebetegnelse på diagnoser som har ført til store livsendringer som den rammede må lære seg å leve med.

1.5 Oppgavens oppbygning

Kapittel 1 – En presentasjon av bakgrunn for valg av tema og oppgavens fokus.

Kapittel 2 – Teori som legger grunn for sykepleierens grunnkunnskaper rundt fenomenet håp, betydningen av håp i møte med pasient, på hvilke måter håpløshet kan true håp, og hvordan eksistensielle spørsmål kan utfordre og styrke pasientens tilværelse.

Kapittel 3 – En begrunnelse for valg av metode og en beskrivelse for hvordan det systematiske litteratursøket er gjennomført med begrunnelse for valg av aktuelle forskningsartikler.

Kapittel 4 – Presentasjon av hovedfunn i transkriberingsskjema og en mer utdypende beskrivelse av funnene, innordnet under tre hovedtemaer.

Kapittel 5 – Der problemstillingen blir drøftet i lys av teori og funn

Kapittel 6 – Konklusjon og avslutning med oppsummering av hovedpunktene fra oppgaven.

2.0 Teori

Litteraturen som benyttes i teoridelen er hentet fra pensumlitteratur og funnet ved søk på tema på høyskolens bibliotek. Jeg bruker også en oversiktsartikkel fra litteratursøket i Cinahl. Joyce Travelbee er valgt som et utgangspunkt fordi hun skriver om håpets ulike karakteristika.

2.1 Om håpets betydning

Håp er et abstrakt begrep, og mennesket har ikke nødvendigvis noe bevisst forhold til *håp* i det normale dagliglivet (Rustøen 2001:54). Det betyr ikke at håpet ikke eksisterer for folk flest, men at det under normale omstendigheter kan være mindre fremtredende i hverdagen. Men når det oppstår en krise, slik at livet på en eller annen måte blir annerledes enn det vante og normale, kan også *håpet* bli mer tydelig og positivt fremtredende og være en viktig faktor for hvordan den aktuelle situasjonen oppleves og mestres. Håp gjør mennesket i stand til å mestre tap, sorg, skuffelser, smerte, ensomhet, lidelse og vanskelige situasjoner (Travelbee 1991:117). Likeledes kan opplevelsen av *håpløshet* ha en tilsvarende negativ innvirkning for hvordan situasjonen erfares. Derfor er det et grunnleggende mål i sykepleien å arbeide for å fremme pasientens opplevelse av håp (Kristoffersen og Breievne 2005:174). Fenomenet håp beskrives som en gunstig og helsefremmende pasienttilstand (Lohne 2005:183, Kristoffersen og Breievne 2005:177), og står i motsetning til det å være uten håp.

Den som har håp, ser en vei ut av mørket. Spørsmålet er hvordan sykepleier kan hjelpe det syke mennesket over i slike helsefremmende fenomener (Lohne 2005:183). Når fortvilelsen får feste og tilværelsen eller eksistensen oppleves meningsløs, så blir det også håpløst (Rustøen 2001:42). Det er sykepleierens oppgave å forebygge at det skjer og tilpasse sykepleien for den enkelte slik at hele mennesket, dets fysiske og psykiske behov, blir ivaretatt på en god måte.

2.2 Fenomenet håp

Håp er et positivt ladet begrep, den som har håp har evnen til å kunne se framover og forventninger om hva fremtiden vil bringe (Lohne 2005:184). Fenomenet håp rommer hvordan erfaringer i livet tolkes og oppleves, og håp rommer holdningen som livets mange utfordringer blir møtt med. Håp er alltid forbundet med forventningen om at andre vil komme en til hjelp og til subjektiv kunnskap den enkelte har fått gjennom livserfaringer (Travelbee 1991:118). For normalt friske mennesker kan det være lite nærliggende å tenke at de til

enhver tid er avhengige av andre mennesker for å eksistere, men ved alvorlig sykdom er det et avhengighetsforhold som blir svært tydelig. Hvor sterk forventning om hjelp er, er avhengig av tidligere erfaringer. Fra fortiden har vi med oss livserfaringer og kunnskaper som på mange måter preger nåtiden og vår forventning om hva framtiden vil bringe. Dette har også betydning for hvordan vi opplever og forholder oss til håp:

Pasientens vurderinger av sin nåværende situasjon i forhold til den framtidige springer ut av tidligere erfaringer. Slik er håpet framtidsorientert samtidig som det både bygger på tidligere erfaringer (fortid) og situasjonen i øyeblikket (nåtid) (Lohne 2005:187).

Dersom vi har med oss erfaringer om god helse, arbeid å gå til, støtte fra familie og venner, meningsfylte aktiviteter og interesser skaper det forventning om at det vil være slik i framtiden også. Tilsvarende kan negative erfaringer i fortiden påvirke til negative forventninger om fremtiden.

Slik kan vi forstå at håpet er framtidsrettet, er forankret i konkrete forventninger eller mål og at det også omfatter en grunnleggende eksistensiell forståelse av vår tilværelse som gjør livet meningsfylt å leve.

2.3 Definisjon av håp

Travelbee definerer håp som:

Håp er en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige” (Travelbee 1991:117).

Ut fra denne definisjonen er håp alltid knyttet til realistiske og oppnåelige forventninger og mål. I teorien er det en klar avgrensning. I praksis kan nok håpet stå i et noe større spenningsforhold mellom realistiske og urealistiske forventninger til framtiden. Håpet om helbredelse fra sykdom er en utbredt forståelse av håpets innhold i den vestlige verden, (Hammer m.fl. 2009:549) og kan mange ganger være utfordrende for den syke og for helsepersonell.

2.4 Håpets dimensjoner

Sykepleieren har en viktig funksjon for å hjelpe mennesker i å oppdage egne håp, og til å holde fast ved håpet i krevende livssituasjoner. Andre ganger må sykepleieren hjelpe å gi nytt innhold til håpet (Kristoffersen og Breievne 2005:179). Derfor er det viktig for sykepleier å ha kunnskap om hva som kjennetegner eller er karakteristisk for håp for å kunne identifisere og utføre håpsfremmende tiltak i praksis.

2.4.1 Travelbees seks karakteristika av håp

I følge Travelbee kjennetegnes håpet ved at det er sterkt relatert til avhengighet av andre, det er framtidorientert, relatert til valg, ønsker og mot, og at det har en nær sammenheng med tillit og utholdenhet (1991).

Avhengighet av andre

At håpet er relatert til avhengighet av andre forklares med at vi alltid er avhengig av hjelp fra andre mennesker eller å samarbeide med andre for å kunne overleve. Det betyr at ingen mennesker kan leve for seg selv uten hjelp av andre. Hele samfunnsstrukturen vår er fundamentert i at mennesker utfører hver sine arbeidsoppgaver til et felles beste. Håp knyttes her til forventningen om å få hjelp av andre når vi trenger det (Travelbee 1991:118).

Framtidsrettet

Mennesket lever i nåtiden, og den som håper har derfor ansvar for å bruke og legge opp ”her og nå” et på en slik måte at det som håpes skal kunne realiseres (Travelbee 1991:119). I og med at det som håpes på ligger i fremtiden, betyr det at den som håper også venter. Å vente betyr ikke å stille seg passiv til situasjonen, men å ha evne til å tåle å være i ”prøvelsen” i påvente av å nå målet. (Rustøen 2001:54).

Valg

Å oppleve at det finnes valgmuligheter gir en opplevelse av frihet og autonomi. Håp i denne forbindelsen er knyttet til troen på å kunne velge. Til tross for at alternativene kan oppleves umulige, så kan likevel valgmuligheten til en viss grad gi en følelse av kontroll over eget liv (Travelbee 1991:119).

Ønsker

Det går et skille mellom ”ønske” og ”håp” i den forstand at et ønske ikke trenger å være realistisk oppnåelig (Travelbee 1991:119). Et ønske kan gjerne være ren fantasi om at en drøm skal bli virkelighet. Å ønske er med andre ord å ville ha noe usannsynlig eller uoppnåelig. Håpet bærer likevel i seg et ønske. Den som har håp ”har en fornemmelse av det mulige”, og er overbevist om at det som håpes på engang vil bli virkelighet (Travelbee 1991:120).

Tillit og utholdenhet

Det er to viktige egenskaper knyttet til håp. Tilliten er rettet mot den andre, knyttet til troen på at andre mennesker er i stand til å hjelpe, og at det er sannsynlig at de vil gjøre det.

Utholdenheten er rettet mot en selv, det kan kreves utholdenhet for å oppnå det som håpes på. Det dreier seg om å ikke gi opp i motgang, men tåle at det kan bli utfordringer og ikke mister motet selv om utfordringene kan vare i lang tid (Travelbee 1991:120)

Mot

Den som håper har mot. Det er modig å erkjenne egen sårbarhet og utilstrekkelighet, og møte egen frykt, samtidig som en gjør alt for at håpet skal gå i oppfyllelse - selv om det ligger langt fram i tid (Travelbee 1991:120). Det krever mot for å la være å unngå problemer når de dukker opp, men forsøke etter beste evne å mestre dem etter hvert som de dukker opp (Travelbee 1991:121).

2.4.2 Andre sider ved håp

Håp kan forstås som en følelsesmessig prosess. Følelsene kan være knyttet til optimisme om å nå målet, samtidig som følelsene også kan være forbundet med en viss usikkerhet om hva fremtiden vil bringe (Rustøen 2001:47). Håp er helsefremmende ved at det har en positiv effekt på immunforsvaret og også en stor innvirkning på menneskers overlevelsessevne når det blir utsatt for stor lidelse. For mennesker som lever med kronisk sykdom er håp en viktig faktor for å finne måter å mestre hverdagene på. Til tross for sykdommen kan de gi uttrykk for sterkt håp (Rustøen 2001:43, Kristoffersen og Breivne 2005:177, Hammer m.fl.2009:550).

Håpet er rettet mot realistiske mål, noe som er en utfordring dersom pasient og sykepleier har en ulik forståelse av virkeligheten. Da oppstår det en motsetning mellom sykepleier og

pasient, noe som i litteraturen gjerne blir omtalt som fornektning, urealistiske mål eller illusjon (Rustøen 2001:48). Dermed blir pasientens håp oppfattet med negativt fortegn. I slike tilfeller kan det være en nyttig innfallsvinkel å tenke på håp som en prosess. Å finne frem til egne håp begynner med å erkjenne og akseptere egen situasjon, for så å kunne arbeide seg frem mot nye mål. Selv om virkelighetsforståelsen kan være ulik, må sykepleieren ha respekt for håpets betydning hos den andre (Kristoffersen og Breievne 2005:179).

Det går an å betrakte håp både som konkrete mål og som en mer generell holdning eller tilnærming til livet, gjerne omtalt som spesifikke og universelle håp. Et spesifikt håp kan dreie seg om å nå et konkret mål i løpet av en avgrenset tidsperiode, mens universelt håp er en generell tro på framtiden, et forsvar mot fortvilelse og kan være en beskyttelse for mennesket ved å gi en forklaring på livet (Hammer m.fl. 2009:549). Det går altså an å *håpe på noe* og å *være i håpet* (Rustøen 2001:55).

2.5 Sykepleier og pasient

Fordi håp er en viktig faktor i menneskers liv, er det også en viktig sykepleieutfordring (Rustøen 2001:42). Hvert enkelt menneske må selv finne frem til sin kilde til håp. Disse kildene har nær sammenheng med hvilke verdier vedkommende har (Kristoffersen og Breievne 2005:178). Forskning viser at mange har familie, religiøs tro, venner, seg selv og hjelp fra profesjonelle som sine viktigste kilder til håp (Rustøen 2001:97). Sykepleieren trenger kunnskap om håp og håpets betydning for mennesket og for å integrere det som en del av sykepleien. Å være i stand til å gjenkjenne håpets mange karakteristika eller dimensjoner kan hjelpe sykepleieren i å fremme håpet hos den andre (Hammer m.fl. 2009:555), og til å utforske hvilke håp den andre har. Håpets karakteristika beskriver også en væremåte. Ved å lytte til hva pasienten forteller kan sykepleier få innsikt i pasientens erfaringer og behov og gjennom å være tilgjengelig kan pasienten få trygghet om ikke å være alene (Kristoffersen og Breievne 2005:188).

Et sykepleiemål kan være at pasienten har håp. Men det er også viktig at sykepleier retter fokus på hvordan pasienten får håp (Lohne 2005:183). For å kunne imøtekomme pasientens behov om håp eller kunne opprettholde håpet hos pasienten, trenger derfor sykepleier kunnskap om hva håp er (Lohne 2005:184). Sykepleier må også være opptatt av hva som er til det beste for den andre og hvordan pasienten best mulig kan leve livet sitt fremover i tiden

(Rustøen 2001:12) For den kroniske syke kan håp bety at han oppnår det han ønsker og vil. Håp har også en positiv helsefremmende virkning på pasienten ved at den som har håp gjerne er mer motivert for å følge behandlingsopplegget, og tåler mer smerte enn den som ikke har håp (Lohne 2005:189).

Miljøet og omgivelsene rundt pasienten er viktig for hvordan situasjonen oppleves. Derfor kan også sykepleierens holdning kan spille inn for hvordan pasienten opplever håp (Rustøen 2001:101, Lohne 2005:193). Dersom sykepleier gir inntrykk av å ha manglende interesse for pasienten og viser lite empati vil det ha negativ innvirkning på pasientens håp (Rustøen 2001:101). Og motsatt vil en positiv atferd kunne stimulere håpet.

Det finnes flere måter å utforske håp hos pasienten. Det er utarbeidet flere spørreskjemaer som kartlegger håp (Rustøen 2001:73). Om sykepleier ikke velger å benytte seg av disse, kan spørsmålene fra spørreskjemaene være nyttige å ta med seg i møte med pasienten.

2.6 I møte med håpløshet

Håp og håpløshet er to motsetninger som har nær relasjon til hverandre (Vråle 2009:122). Slik som håp er positive forventninger, kan håpløshet defineres som negative forventninger. Håpløshet kan forklares som en mental tilstand. I håpløsheten finnes opplevelsen av tomhet, ensomhet, sårbarhet, hjelpeløshet og oppgitthet (Lohne 2005:185). Alle disse følelsene er normale og allmenne, men den totale opplevelsen og varigheten angir alvorlighetsgraden. Dersom pasienten opplever håpløshet, kan de bety at vedkommende ikke har noe å se frem til eller ikke tror han vil være i stand til å nå målene sine (Lohne 2005:191). Det kan også være at pasienten ikke forsøker å mestre situasjonen fordi han ikke ser noen valgmuligheter (Travelbee 1991:122). I slike tilfeller kan sykepleier fremme håp ved å oppmuntre pasienten til å bruke egne ressurser (Rustøen 2001:101). Sykepleieren har en del ressurser, men de avgjørende ressursene for å overvinne håpløsheten har pasienten selv (Falk 2011:19).

Sykdom kan ofte føre til at pasienten i varierende grad opplever tristhet, nedtrykthet og depresjon (Travelbee 1991:105) og det er viktig at sykepleier er oppmerksom på symptomer for psykiske plager (Travelbee 1991:123, Lohne 2005:193). Mennesker med kronisk sykdom kan oppleve å miste kroppsfunksjoner, at identiteten blir forandret og at livsvilkårene blir

dårligere både sosialt og økonomisk. Det kan også være at de må tåle å leve med mye smerter. Dette er faktorer som kan gi økt risiko for depresjon og selvmord (Vråle 2009:45).

For sykepleier kan det være utfordrende å møte mennesker som opplever håpløshet. Men sykepleier må tåle smerten for å unngå enkle løsninger og i verste fall unngå pasienten (Vråle 2009:23). Det kan være flere grunner til at sykepleier ønsker å unngå lidelse. Noen ganger kan situasjonen oppleves vanskelig fordi vi ikke liker den. Ikke nødvendigvis fordi den er innviklet, men kanskje fordi situasjonen fremkaller følelser av utilstrekkelighet og maktesløshet (Falk 2011:23). Det kan være utfordrende å komme tett på andres lidelse og død fordi det kan vekke spørsmål eksistensielle spørsmål også hos sykepleieren. (Kristoffersen og Breievne 2005:174). Håpets karakteristika kan også beskrive sykepleiers holdninger som kan vedlikeholde og gjenskape håp (Vråle 2009:124). En viktig oppgave for sykepleier er å hjelpe pasienten å finne mening i sykdommen og på den måten også hjelpe vedkommende til å finne frem til viktige verdier i livet. (Travelbee 1991, Vråle 2005). Verdier er viktige kilder til håp.

Dersom oppnåelsen av et viktig mål viser seg å være umulig, kan det skape en følelse av håpløshet. Dette kan igjen føre til angst hos den syke (Rustøen 2001:44). Angsten kan øke i takt med opplevelsen av håpløshet. Fortregning av følelser kan skape angst. En del av angsten blir lettere dersom pasienten blir klar over hvilke følelser eller ønsker han har. Det finnes også en del av angsten som ikke går bort ved bevisstgjøring, det er den som omhandler det eksistensielle (Falk 2011:15). Det kan være en smertefullt å erkjenne at livet er skjørt og usikkert, likevel er det et faktum. Den eneste måten å møte eksistensiell angst på, er å se den i øynene. Et grunnprinsipp er å hjelpe mennesket inn i virkeligheten, ikke ut av den (Falk 2011:15).

2.7 Religion og tro i møte med sykdom

Religion og tro kan være en hjelp for mange i møte med sykdom og krise. Troen kan lindre smerte, hjelpe til akseptering av sykdom og skape trygghet (Kristoffersen og Breievne 2005:199). Sykepleier må ta hensyn til om pasienten har spesielle ønsker knyttet til åndelige behov. Dette kan sykepleier utforske samtidig som andre behov avdekkes, eller ved å stille direkte spørsmål til pasienten om religiøse eller livssynsmessige forhold (Kristoffersen og Breievne 2005:200). Sykepleier kan også få informasjon gjennom observasjon av pasientens atferd og omgivelsene rundt, ved eksempelvis legge merke til religiøse bilder, bøker,

samtaletemaer og lignende, eller om vedkommende får besøk av prest eller representanter fra andre livssyn (Kristoffersen og Breievne 2005:201).

Opp gjennom historien er det gjort mange forsøk på å forklare hvorfor det finnes lidelse i verden. Job bok i Bibelen tar opp lidelsens problem, men kommer ikke med eksakte svar på årsaken til lidelse. En tradisjonell forståelse har vært at lidelse er Guds straff for synd, en oppfatning som står i sterk kontrast en kjærlig Gud som er nær hos den som lider (Kristoffersen og Breievne 2005:195). Falk (2011) skriver at lidelse forveksles med straff, fordi mennesker i krise ofte er plaget av skyldfølelse (2011:38).

For en pasient i krise kan en slik forestilling om at får det livet vi fortjener være vanskelig å bære. Sykepleier kan oppleve seg maktesløs og rådvill i møte med en pasient i eksistensiell krise (Falk 2011:39).

I slike tilfeller kan det være lite hensiktsmessig å komme med forklaringer. Eksistensielle kriser er bunnere mer i følelser enn av logisk tenking (Travelbee 1991:236). Og problemet er ikke egentlig om lidelsen er urettferdig eller ikke. Problemet er selve lidelsen (Falk 2011:42).

3.0 Metodekapittel

3.1 Metode

Hensikten med en metode er å kvalitetssikre kunnskapen på en vitenskapelig måte. Den beskriver hvilken fremgangsmåte som benyttes i undersøkelsen (Glasdam 2012:19), og er nødvendig for at sammenhengene som trekkes mellom data og teori gir sikker kunnskap (Thomassen 2005:90). Jeg har valgt litteraturstudie fordi jeg vurderte denne metoden for datainnsamling som den mest hensiktsmessige. Litteraturstudie vil si å samle forskning som belyser en problemstilling. Dette er en god innfallsvinkel for å finne ut mer om fenomenet håp hos kronisk syke mennesker, og det er god tilgang til databaser gjennom høyskolens bibliotek.

Jeg ønsker å utforske eksisterende kunnskap som kan legge grunnlag for en kunnskapsbasert sykepleiepraksis (Glasdam 2012:14). Et kvalitetskrav er at litteraturstudien skal være systematisk, noe som innebærer at arbeidsprosessen er synlig og etterprøvable (Glasdam 2012:48).

3.2 Søkeprosessen

3.2.1 Databaser brukt i systematisk søk

Jeg har søkt i databasene PubMed og Cinahl. PubMed er en utgave av Medline som alle kan få tilgang til, den dekker hovedsakelig medisin, men også blant annet det sykepleiefaglige området. Artikkene som legges i PubMed er peer reviewed og forfatterne skal ha fulgt de etiske retningslinjer (Glasdam 2012:41). Cinahl er tilgjengelig gjennom høyskolens bibliotek, og dekker sykepleiefaglige områder. Denne databasen er særlig nyttig for å finne kvalitative studier og artikler om pasienterfaringer og -opplevelser (Glasdam 2012:42). Disse databasene ble valgt på grunn av brukervennlighet og tilgjengelighet.

3.2.2 Søkestrategi

Inklusjonskriteriene for litteratursøket i PubMed og Cinahl var tilgjengelige abstrakter og artikler i full tekst. For å sikre at kulturelle forskjeller ikke skulle avvike for mye fra den norske konteksten, ble kun artikler fra USA eller Vest-Europa inkludert. Søkene omfattet nordisk eller engelskspråklige peer reviewed forskningsartikler. Jeg valgte å søke blant artikler utgitt de siste ti årene for å øke antall treff. Søkeprosessen er illustrert med flytskjema (tabell 1).

Litteratursøk i PubMed:

Jeg søkte blant artikler publisert fra 2004-2014. Disse søkeordene ble brukt (med antall treff i parentes): Hope* (24 222), Nurs* (89 017), Patient* (1 773 932), Hospitaliz* (69 619).

Søkeordene ble så kombinert med 'AND', som gav 43 treff. Jeg leste først alle titlene og valgte ut 20 abstrakter som hadde relevante overskrifter. Etter å ha lest abstraktene valgte jeg fem artikler som jeg som leste i detalj, og jeg vurderte at tre artikler best fylte kriteriene jeg hadde laget for å besvare problemstillingen.

Litteratursøk i Cinahl:

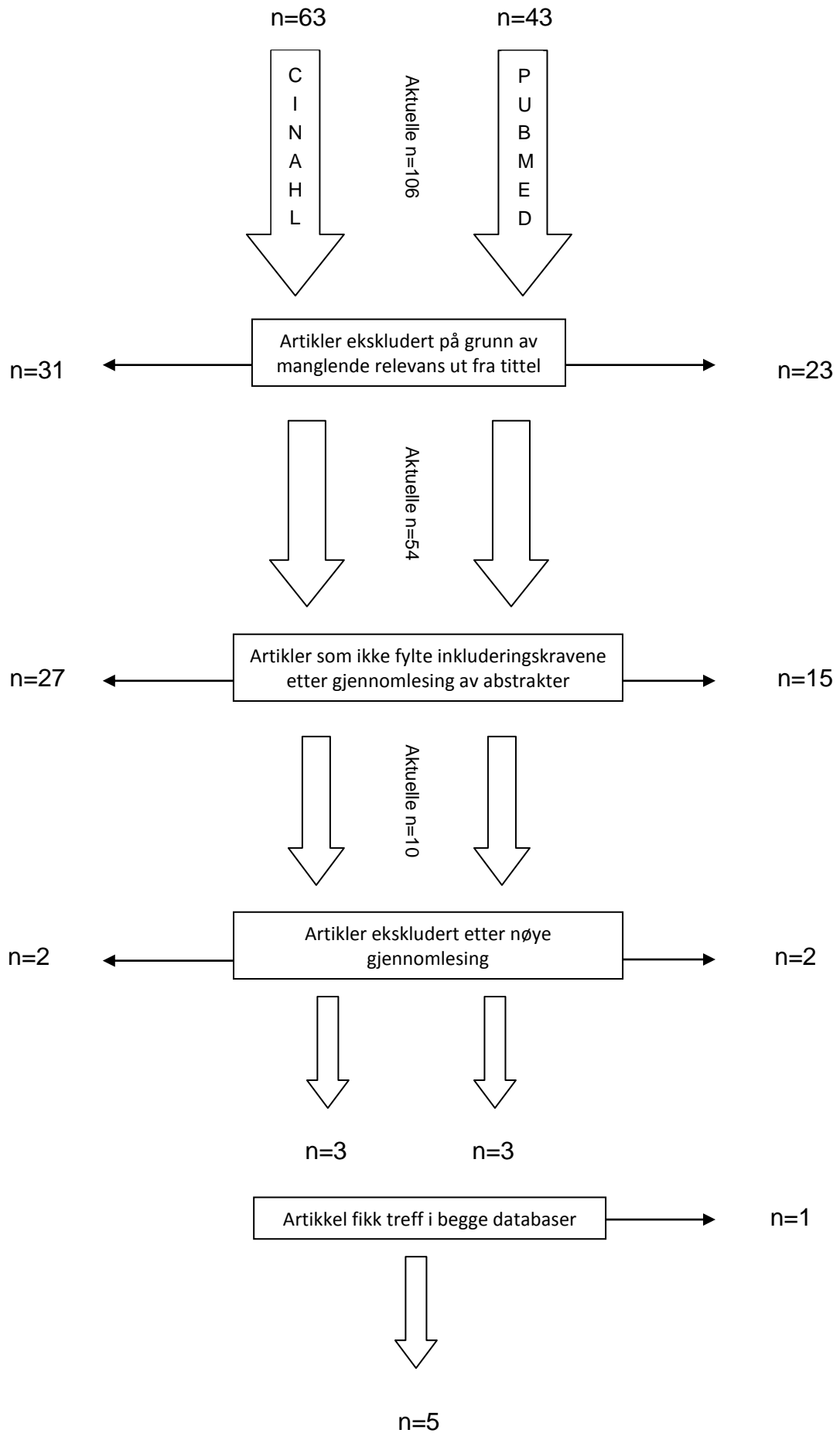
Her søkte jeg blant artikler som var utgitt fra 2003-2014, og jeg valgte å spisse søket ved å søke på nøkkelord både i tekst og tittel. Jeg brukte søkeordene (med antall treff): Patient* (12 422), Nurs* (17 964), Hope* (198).

Hope* og patient* ble kombinert med 'AND' og avgrenset til Europa og USA som til sammen gav 46 treff. Det samme ble gjort med hope* og nurs* som gav 17 treff, altså 63 treff totalt. Også her ble alle titlene lest, og ut fra relevante titler valgte jeg ut 32 abstrakter. Av disse anså jeg fem for å være relevante, og disse artiklene ble lest nøye. Tre av artiklene ble tatt med i oppgaven.

Artiklene som ble valgt ut skulle være forskning om temaet håp og ha fokus på sykepleie- og/eller pasienterfaringer knyttet til håp. Forskningen skulle omhandle kronisk syke pasienter innlagt på somatisk sykehus som var i alderen 30-70 år. Derfor ble artikler som kun omhandlet barn, eldre eller pasienter utenfor somatisk sykehus ekskludert. I tillegg ble oversiktsstudier ekskludert. Inklusjonskriteriene var strenge, derfor ble flere artikler utelatt, noe som kan være en svakhet ved denne oppgaven. Jeg valgte å ha en skarp avgrensning for å spisse temaet mest mulig. En av de utvalgte artiklene fikk treff i begge databasene, så resultatet av litteratursøket ble fem artikler som jeg mente at oppfylte disse kravene best.

Tabell 1

FLYTSKJEMA



3.2.3 Utvalgte artikler og kildekritikk

Artikkelen av Giske og Gjengedal (2011) ble valgt fordi den tar opp temaet om hvilke mestringsstrategier pasienten benytter for å opprettholde håpet i en krevende periode. Pasientene er i utredningsfasen, og ikke definert som kronisk syke. Helseplagene hos pasientene har vart i alt fra en dag til ni år, og jeg har vurdert at det er sannsynlig at flere av deltakerne har eller står ovenfor langvarig sykdom med de livsendringene det fører med seg. Det teller også positivt at studien er gjort i Norge. Derfor mener jeg artikkelen er relevant.

Artikkelen av Kim m.fl. er svært relevant til problemstillingen. Den viser hvor forskjellige kildene til håp for den enkelte pasient kan være. En mulig svakhet er at variasjonene kanskje ville vært større ved en mer omfattende studie.

Undersøkelsen av Pipe m.fl. (2008) er kan hende minst relevant ut fra problemstillingen, men ble likevel valgt fordi den viser håp i en positiv sammenheng med åndelig velvære og livskvalitet. Denne studien har fulgt pasientene over en lang periode, noe som gir tyngde til utsagnene om meningsfulle intervensjoner fra pleiepersonell.

I studien av Popovich m.fl. (2007) er det forskningsspørsmålene om håp som er mest relevant for oppgaven. Denne artikkelen er valgt fordi den viser funn på hvilke håp og faktorer som styrker håpet hos pasient. Det er positivt at det er en relativt stor studie.

Den siste artikkelen (Tutton m.fl. 2011) er den eneste undersøkelsen som har med både pasient- og sykepleieerfaringer relatert til håp. En styrke med undersøkelsen er at den får frem problematiske utfordringer for sykepleier i arbeidet om å holde håpet realistisk hos pasienten. En svakhet er at den sier lite om hvordan sykepleieren løser vanskelige situasjoner.

Etter nøye gjennomlesing har jeg vurdert om det er noen temaer som går igjen på tvers av artiklene. På bakgrunn av dette har jeg valgt å samle funnene under følgende overskrifter: *Hvilke håp har pasienten?; hvilke kilder til håp har pasienten? og faktorer som styrker eller svekker håp.*

I alt er det stor variasjon i metodene de enkelte studiene har valgt, noe som i denne sammenhengen kan være positivt fordi det gir en bredere innfallsvinkel til temaet. På den annen side kan det være en svakhet at metodene er så ulike, med tanke på å systematisere funnene.

3.4 Etiske vurderinger

Det stilles høye krav til at forskning følger vitenskapelige prinsipper. Og at forskningen ivaretar menneskets liv, helse, verdighet, integritet, autonomi og anonymitet (Glasdam 2012:29). Jeg har benyttet andres forskning som skal ivareta disse kravene. Forskningen er publisert litteratur, og av den grunn trenger jeg ikke å søke om etisk godkjenning.

Egne erfaringer som jeg viser til i oppgaven, er generaliserte og gjengitt på en slik måte at de ikke kan spores tilbake til bestemte personer eller praksissteder. Etter beste evne er jeg etterrettelig ved at jeg siterer korrekt når jeg gjengir andres arbeid og oppgir alle kilder jeg har benyttet i oppgaven.

4.0 Presentasjon av funn

Hovedfunnene fra artiklene er presentert i transkriberingsskjemaet (tabell 2).

Tabell 2

| TRANSKRIBERINGSSKJEMA | | | | |
|--|---|--|---|--|
| Forfatter År Land | Hensikt | Metode | Utvalg | Hovedfunn |
| Giske, T og Gjengedal, E (2006) Norge | Øke forståelsen av hvordan innlagte pasienter med mage-tarm problematikk erfarer og mestrer utredningsprosessen. | Grounded theory. Hovedvariablene ble identifisert med hjelp av analyseprogram . | 15 pasienter under utredning for mage-tarm problemer Alder: 35-84 år 8 kvinner, 7 menn | Håp var grunnleggende for å finne mening i og mestre en utfordrende prosess. Hvordan pasientene balanserte mellom håp og fortvilelse var utslagsgivende for hvilken informasjon de la vekt på, hvordan de håndterte usikkerheten rundt undersøkelsene, opplevde den eksistensielle trusselen og hva de tenkte om fremtiden. Hvordan pasienten håndterte situasjonen hadde sammenheng med relasjonene deres til familie, venner, helsepersonalet og Gud. Pasientene holdt flere samtidige muligheter åpne angående behov, ønsker, håp, frykt, svakhet og styrke. Hvilke som vant fram var i stor grad avhengig av hvordan de opplevde møtet med helsepersonalet. |
| Kim, D.S. m.fl. (2006) USA | Å oppdage håpsmønstre hos innlagte kronisk syke pasienter og finne strukturer som viste hovedtrekkene i de ulike håpsmønstrene pasientene erfarte. | Q-methodology i 2 faser. Fase 1: samle og analysere utsagn, av disse ble det formulert 37 utsagn om håp. Fase 2: Pasientene rangerte utsagn, disse ble analysert for å finne felles trekk. | 1 fase: 12 kronisk syke pasienter og 16 kreftsykepleiere 2 fase: 20 kronisk syke pasienter. Alder 33-84 år, 11 kvinner, 9 menn. | Identifiserte fem mønstre som viste variasjoner om pasient føler håp ved å vektlegge ytre eller indre faktorer, og om de vektlegger mest nåtiden eller fremtiden. Generelt la pasientene mer vekt på universelle håp og mindre vekt på spesifikke håp. Fellestrekk for alle mønstrene var høy rangering av <i>jeg føler håp i troen på Gud</i> , og lav rangering av <i>jeg føler håp når jeg gjør vanlige aktiviteter</i> . |
| Pipe, T.B. m.fl. (2008) USA | Å utforske sammenhengen mellom håp, åndelig velvære og livskvalitet hos innlagte pasienter – ved innleggelse, utskrivelse og 6 uker etter utskrivelse | Kohortstudie Datainnsamling: Pasient intervjuet x3, bruk av spørreskjema og åpne spørsmål. Pasientjournaler . | 48 pasienter, over 18 år. Gjennomsnittsalder 69,9 år. Pasientenes felles utfordring var å tilpasse seg alvorlig, ofte uventede, helseproblemer. | Pasientene identifiserte familie, venner og naboer som viktige kilder for styrke for å takle utfordringer. Pasientene identifiserte omsorgsfull atferd som lytting, støtte, oppmuntring, undervisning, tale ens sak, som mest meningsfulle intervensjoner. Det er en sammenheng mellom håp, åndelig velvære og livskvalitet. |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| <p>Popovich, J.M. m.fl. (2007) USA</p> | <p>Å utforske pasientens erfaringer som følge av slag, og identifisere håp og mestringsstrategier de brukte gjennom rekonvalesenstiden.</p> | <p>Kvalitativ og kvantitativ studie.</p> <p>Flere spørreskjemaer + intervju á 45 min.</p> <p>Intervju ble transkribert og kodet etter koder brukt i en tidligere studie.</p> | <p>60 slagpasienter. Alder: 51-89 år 53 % menn 47 % kvinner Fylte kravene til tale og kognitiv fungering</p> | <p>Generelle håp var å bli frisk, fullføre framtidige mål og at tilstanden ikke ble verre.</p> <p>Spesifikke håp var å gjenoppta tidligere aktiviteter, at slagutfallene skulle gå over, håp for familie og venner, og om å være uavhengig.</p> <p>Faktorer som inspirerte håp hos pasienten var familie, venner, kjæledyr, åndelig tro/praksis, personalets atferd, være uavhengig, interaksjon med personalet.</p> <p>Pasientens atferd som inspirerte håp var å ha viljestyrke, ikke gi opp og å late som at de ikke hadde fått slag.</p> |
| <p>Tutton, E. m.fl. (2011) Storbritannia</p> | <p>Å utforske erfaringer om håp hos pasienter og helsepersonell ved en britisk slagavdeling</p> | <p>Kvalitative intervju med 10 pasienter og 10 ansatte.</p> <p>21 timer deltakende observasjon med 3 fra kvalifisert pleiepersonell og 6 pasienter.</p> <p>Feltnotater og transkripsjoner delt inn i kategorier og temaer ved hjelp av analyseverktøy</p> | <p>10 pasienter: 3 kvinner og 7 menn fra 37-72 år.</p> <p>Pasienter med talevansker og kognitiv svekkelse utelatt i studien.</p> <p>10 ansatte fra tverrfaglig team: fysioterapeut, terapeut, lege, hjelpepleier og 6 sykepleiere</p> | <p>Erfaringer og opplevelsen av sykdommen hadde stor innvirkning for hvilke håp pasienten hadde. Håp som dreide seg om kroppen var relatert til tapt funksjonalitet eller reflekterte livsforandringer som konsentrasjonsvansker, økt angst, bekymringer og avhengighet av hjelp fra andre for personlig hygiene og andre aktiviteter.</p> <p>Pasienter og personalet brukte mål som en måte å være håpefull på, og ut fra mål formulere langsiktige mål.</p> <p>Pasientens håp om bedring gjenspeilet viljen til å bevege seg framover, komme til bakte til det normale eller å oppfylle ambisiøse mål.</p> <p>Håp var hovedsakelig konsentrert rundt gjenvinning av funksjonalitet etter slag og gleden av å være i stand til å utføre aktiviteter på egenhånd, som feks å komme over i sengen.</p> <p>Det opplevdes utfordrende for personalet og pasient når det ikke var håp om bedring, og kamp mot håpløshet og fortvilelse, depresjon og mulig død.</p> <p>Personalet forsøkte å balansere mellom å styrke og svekke håpet for å holde håpet realistisk for pasient og pårørende.</p> |

4.1 Hvilke håp har pasienten?

Funnene viser at pasientene hadde generelle og spesifikke håp. Av generelle håp viser funnene at håpet om å bli frisk ble mest vektlagt (Popovich m.fl. 2007, Tutton m.fl. 2011, Kim m.fl. 2006). Pasientene håpet også på å klare å komme gjennom utfordringene som lå foran (Popovich m.fl. 2007, Giske og Gjengedal 2006), og lagde seg strategier for å være i stand til å takle det som måtte komme (Giske og Gjengedal 2006). Andre generelle håp var knyttet til helse, som at tilstanden ikke skulle forverres (Popovich m.fl. 2007), håp om å komme tilbake til et normalt liv eller å finne nye måter å leve på (Kim m.fl. 2006, Tutton m.fl. 2011). Det var også et håp om at Gud måtte komme dem til hjelp (Giske og Gjengedal 2006).

Spesifikke håp som ble identifisert var håp relatert til kroppen eksempelvis at utfallene etter slag skulle gå over (Popovich m.fl. 2007, Tutton m.fl. 2011). Noen pasienter hadde håp om at nære relasjoner ikke skulle bli svekket på grunn av sykdommen, og håp om at de kunne fortsatt kunne fylle familieroller slik som før (Popovich m.fl. 2007). Flere hadde konkrete håp om å gjenoppta tidligere aktiviteter, hobbyer og arbeid (Popovich m.fl. 2007, Tutton m.fl. 2011), og gjenvinne selvstendighet og få kontroll (Popovich m.fl. 2007, Tutton m.fl. 2011, Giske og Gjengedal 2006).

4.2 Hvilke kilder til håp har pasienten?

En undersøkelse viste at det er individuelt hvilke kilder som blir mest vektlagt, indre eller ytre (Kim m.fl. 2006). Av ytre kilder var nære relasjoner for mange viktige kilder til håp, som familie, venner, naboer og kjæledyr (Popovich m.fl. 2007, Pipe m.fl. 2008, Kim m.fl. 2006, Giske og Gjengedal 2006). Religiøs tro og praksis var også en viktig kilde til håp (Giske og Gjengedal 2006, Kim m.fl. 2006, Popovich m.fl. 2007).

Sykepleieren hadde en viktig funksjon ved å gi individuell og tilpasset informasjon (Giske og Gjengedal 2006, Kim m.fl. 2006) og til å se fremgang, oppmuntre og støtte (Tutton m.fl. 2011, Pipe m.fl. 2008). Sykepleierens holdning var viktig (Kim m.fl. 2006).

Viktige kilder som pasienten selv hadde var personlig holdning (Kim m.fl. 2006, Popovich m.fl. 2007), selvstendighet, viljestyrke, evne til å se egen fremgang og muligheter (Kim m.fl. 2006, Tutton m.fl. 2011, Popovich m.fl. 2007) og humor (Kim m.fl. 2006). Det varierte også i hvilken grad pasienten forholdt seg til nåtiden og ble motivert av å kunne gjøre små ting og

nærvær til familie og venner (Kim m.fl. 2006), eller om de var mer framtidfokuserte der mål, forventninger og forestillinger var viktige kilder til håp (Kim m.fl. 2006, Tutton m.fl. 2011).

4.3 Faktorer som styrker eller svekker håpet?

Pasientens opplevelse av usikkerhet og frykt for hvordan fremtiden påvirket i stor grad opplevelsen av håp (Giske og Gjengedal 2006, Tutton m.fl. 2011). Støtte fra familie og nære og sykepleierens personlige holdning, undervisning, veiledning, støtte og hjelp til personlige behov var viktig for å fremme håpet hos pasienten i en krevende livssituasjon (Giske og Gjengedal 2006, Pipe m.fl. 2006, Popovich m.fl. 2007, Tutton m.fl. 2011). Familien styrket håpet ved å oppmuntre pasienten, besøke dem på sykehuset og ta hånd om oppgaver hjemme (Popovich m.fl. 2007). Ivaretagelse av livskvalitet og åndelige behov påvirket også håpet positivt (Pipe m.fl. 2008). Åndelige aktiviteter som stimulerte håp kunne være å lese i Bibelen, delta på gudstjeneste (Popovich m.fl. 2007) eller bønn (Giske og Gjengedal 2006, Kim m.fl. 2006).

Pasienten kunne bruke fornektelse som et vern mot håpløshet, for å beskytte seg mot virkeligheten, dårlige nyheter og nederlag (Giske og Gjengedal 2006). Aksept kunne også styrke håpet. Ved å erkjenne situasjonen kunne pasienten se livet i et nytt perspektiv, oppdage viktige verdier i livet og enda mer verdsette relasjoner til de nærmeste (Giske og Gjengedal 2006).

Tap av kroppsfunksjoner og selvstendighet var faktorer som svekket håpet. Overgangen fra å være frisk, ressurssterk og selvstendig til å bli hjelpetrengende opplevdes som belastende (Tutton m.fl. 2011, Kim m.fl. 2006, Popovich m.fl. 2007). Det var også en overgang å forholde seg til ukjent miljø på sykehuset og mindre rom for privatliv (Giske og Gjengedal 2006). Å nå oppnå konkrete mål kunne stimulere håp (Kim m.fl. 2006, Tutton m.fl. 2011) og at pasienten selv så fremgang eller ble gjort oppmerksom på bedringer av sykepleier (Tutton m.fl. 2011, Popovich m.fl. 2007, Kim m.fl. 2006).

Funn fra en artikkel viser at sykepleier forsøkte å holde håpet realistisk hos pasienten ved å fokusere på konkrete mål i behandlingen. Det var stor kontrast mellom dem som hadde høy motivasjon og dem som følte manglende motivasjon og tilsynelatende var uten håp (Tutton m.fl. 2011). Flere pasienter kjempet mot håpløshet og fortvilelse (Giske og Gjengedal 2006,

Tutton m.fl. 2011, Popovich m.fl. 2007). Det var også utfordrende for personalet å arbeide med pasienter som ikke hadde håp, og forhindre depresjon (Tutton m.fl. 2011).

5.0 Drøfting

Generelt understreker teori og funn at sykepleier trenger en vid forståelse av fenomenet håp i møte med pasienten. Håp erfares på flere nivåer, har flere dimensjoner og vektlegges forskjellig hos den enkelte (Rustøen 2001, Travelbee 1991, Lohne 2005, Hammer m.fl. 2009, Giske og Gjengedal 2006, Tutton m.fl. 2011, Kim m.fl. 2006), derfor er ikke nødvendigvis sykepleierens oppfatning av håp den eneste riktige. Dersom sykepleier bevisst ønsker å styrke håp hos pasienten, fordrer det både kunnskap om fenomenet håp og evne til å identifisere håp hos den andre.

Funnene fra artiklene (Giske og Gjengedal 2006, Kim m.fl. 2006, Popovich m.fl. 2007, Tutton m.fl. 2011) viser at fenomenet håp er mangfoldig og sammensatt, slik som også Travelbee (1991) og Rustøen (2001) får frem gjennom sine karakteristika eller dimensjoner ved håpet. Funnene bekrefter også at håpet erfares subjektivt, relatert til tidligere erfaringer, forventninger, personlighet og den aktuelle situasjonen. Slik sett er det umulig å gi et enkelt svar på hva håp er, men en bevisstgjøring rundt mangfoldet kan hjelpe sykepleier i møte med den enkelte pasient. Sykepleier kan ha en betydelig påvirkningskraft for hvordan pasienten opplever situasjonen (Giske m.fl. 2006:93; Popovich m.fl. 2007:1480; Tutton m.fl. 2011; Pipe m.fl. 2008:252) og dermed en medvirkende rolle for hvordan håp erfares hos pasienten.

5.1 Hvilke håp har pasienten?

5.1.1 Håp ut fra kontekst

Det er viktig at sykepleier har kunnskap om hvilke håp pasienten har og i hvilken kontekst håpet formes. For pasienter kan det være en krevende prosess å finne noe å håpe på (Rustøen, Tutton m.fl. 2011, Giske og Gjengedal 2006, Kim 2006) fordi sykdommen og situasjonen kan være en stor emosjonell påkjenning og fordi livet må betraktes fra et nytt perspektiv. Sykdom kan medføre store omveltninger og endrer pasientens opplevelse av fysiske, åndelige og sosiale behov. Det kan det føre til at ting som ble tatt for gitt før sykdommen inntraff, nå blir vektlagt i mye større grad. Det kan for eksempel dreie seg om å være selvstendig, ha kontroll over eget liv, evnen til å utføre aktiviteter, ta vare på relasjoner til familie og venner eller kanskje økt bevissthet om at dagene er meningsfulle. Omveltningen kan føre til følelsesmessige reaksjoner som angst, fortvilelse, sinne, forventning, skuffelse (Rustøen 2001, Lohne 2005, Tutton m.fl. 2011, Popovich m.fl. 2007, Giske og Gjengedal 2006). Tidligere håp kan bli urealistiske, og nye livsbetingelser kan være vanskelig å godta. Pasienten er

sykepleierens viktigste kilde for å forstå hvordan livet påvirkes av sykdom hos den enkelte og hvilke håp pasienten har for seg selv og andre. Teoretisk grunnkunnskap kan hjelpe sykepleier i å stille relevante spørsmål, hjelpe pasienten å sette ord på forventninger og utfordringer og avdekke aktuelle behov. På den måten vil sykepleier innhente nyttig informasjon om hvilke håp pasienten har, og sammen kan de lage mål som er rettet mot de håp pasienten har.

5.1.2 Sykepleiers kunnskap om håp

Sykepleier kan hjelpe pasient til å utforme konkrete mål. Å håpe på noe kan dreie seg om å sette seg bestemte mål. Slik kan håp være målrettet, retningsgivende og motiverende. I den vestlige verden står håpet om å bli frisk fra sykdom generelt sterkt (Hammer m.fl. 2009:549), noe funnene fra flere artikler reflekterer (Popovich m.fl. 2007, Tutton m.fl. 2011, Kim m.fl. 2006). For enkelte pasienter kan det være et realistisk håp å gjenvinne helsen, men for mange kronisk syke vil det være et uoppnåelig håp i form av en ønskedrøm (Travelbee 1991). Dersom sykepleieren er opptatt av at håpet bør være innenfor rekkevidde og mulig å oppfylle, noe Travelbee legger som premiss for håpet (1991), kan det bli en utfordring i møte med pasienten (Tutton m.fl. 2011). Særlig i slike situasjoner er det viktig at sykepleier ikke har et innsnevret syn på håp, men forstår at håp henger sammen med åndelig velvære og livskvalitet (Pipe m.fl. 2006). Den beste måten er å spørre pasienten om hvordan han har det, hvilke ønsker pasienten har og hva sykepleier kan gjøre for at han skal få det bedre. Det kan i praksis bety å sørge for at pasientens grunnleggende behov blir ivaretatt. For eksempel ved å sørge for at fysiske behov blir imøtekommet, koordinere behandling og tjenester, legge til rette for at familien kan få tid alene og ved at sykepleier viser at hun har tid og er tilgjengelig.

For sykepleieren kan det være nyttig å utvikle evnen til å identifisere ulike metoder pasienten bruker for å opprettholde håpet. Funnene fra Giske m.fl. (2006) viser at pasienten utvikler handlingsmønstre for å være i håp og for ikke å bli overmannet av håpløshet. Da er ikke håpet nødvendigvis rettet mot et konkret mål, men håpet danner et slags forsvar mot å knekke sammen i en utfordrende periode. Et overordnet mål blir å være i håpet, til tross for utfordringer og motgang. Her er en sammenheng til det Travelbee (1991) skriver om tillit og utholdenhet som to egenskaper ved håp. Dersom sykepleier har evne til å gjenkjenne ulike strategier pasienten benytter for å opprettholde håpet, kan det være enklere å forstå emosjonelle reaksjoner og tilpasse informasjon og veiledning til den enkeltes behov.

5.2 Kilder til håp

5.2.1 Kartlegge kilder

Sykepleier må kartlegge hvilke kilder til håp pasienten har for å kunne gi en individuelt tilpasset sykepleie. Teori og funn viser at håpets kilder har mye til felles med den enkeltes ressurser, og at håpet styrkes når ressursene tas i bruk. Mennesket har egne indre ressurser og trenger tilgang på ytre ressurser. Ressursene utfolder seg i et rikt mangfold, det samme gjør håpets kilder. Personlige egenskaper som å være selvstendig, positiv, oppmerksom og kunne gjennomføre oppgaver på egenhånd (Popovich m.fl. 2007, Kim m.fl. 2006, Tutton m.fl. 2011) er eksempler på egne ressurser. Disse kan sykepleier ta i bruk for å styrke håpet hos pasienten. Funnene viser at noen pasienter legger vekt på indre kilder for å styrke håpet (Kim m.fl. 2006, Giske og Gjengedal 2006, Tutton m.fl. 2011, Popovich m.fl. 2007). Andre kan finne at håpet styrkes mest fra kilder utenfor seg selv for eksempel i relasjoner og samhandling med andre mennesker, gjennom tro og åndelig praksis eller ved hjelp av materielle ressurser (Popovich m.fl. 2007, Kim m.fl. 2006). Pasienten retter oppmerksomheten dit de opplever at håpet blir stimulert (Popovich m.fl. 2007, Tutton m.fl. 2011, Kim m.fl. 2006, Giske og Gjengedal 2006). Både teori og funn viser at mennesket forholder seg til håp på flere måter samtidig og at vektleggingen også kan veksle etter behov. Dette er nyttig kunnskap for sykepleier i møte med pasienten. Ved å kunne identifisere hvilke kilder til håp pasienten har, kan sykepleier styrke tilgangen på disse kildene ved å anerkjenne betydningen av dem og integrere dem i sykepleiemålene. Dette åpner for muligheter og utfordringer hos sykepleier.

En bevisstgjøring hos sykepleier om hva som kan gi pasienten håp, kan være til hjelp for å identifisere hvilke kilder til håp den enkelte pasient har. Det betyr at sykepleier må ta seg tid til å bli kjent med og utforske hvordan den enkelte opplever at håp styrkes. Med stadig kortere sykehusopphold og travle vakter, kan det tenkes at andre arbeidsoppgaver prioriteres, og at det i praksis kan være vanskelig å finne rom for samtaler som omhandler pasientens erfaringer og opplevelser av situasjonen, håp og eksistensielle spørsmål. Det kan gjøre det mer utfordrende for pasient og sykepleier å etablere en meningsfull relasjon (Pipe m.fl. 2008). Det er også mulig at sykepleier selv prioriterer andre oppgaver fordi det kan oppleves krevende å åpne samtaler om eksistensielle og åndelige behov, og å møte den andres følelser. Det til tross for at pasienten kan oppleve det svært meningsfylt å møte en sykepleier som er til stede og lytter (Pipe m.fl. 2008, Kim m.fl. 2006).

5.3.2 Sykepleier - en kilde til håp

Sykepleieren er for mange pasienter en kilde til håp når de utfører vanlige sykepleiehandlinger som samhandling med pasient i pleie og prosedyrer, planlegging, veiledning, koordinering, målsetting og dokumentasjon, dersom pasienten også opplever tillit til vedkommende og å bli ivaretatt som et helt menneske. Håp er en livsholdning, det gjelder også for sykepleieren (Travelbee 1991). En måte sykepleier kan styrke håpet hos pasienten på, er at sykepleiehandlingene er til det beste for den andres kropp og sjel. En slik holdning trenger ikke å kreve ekstra tid eller ressurser på en travel vakt. Sykepleier kan øve seg på god planlegging og å holde avtaler og møte den andre med oppriktighet og ekte nærvær. Hun kan integrere spørsmål om velvære og åndelige behov i intervensjonene med pasient. Gjennom dokumentasjon kan sykepleier sikre kontinuitet i pleien. Sykepleier har også en viktig funksjon som koordinator av helsetjenestene, og kan hjelpe pasienten skånsomt gjennom systemet. Funnene viser også med tydelighet at sykepleiers og helsepersonals atferd har stor innvirkning for hvordan pasienten opplever håp (Pipe m.fl. 2008, Tutton m.fl. 2011, Kim m.fl. 2006, Giske og Gjengedal 2006, Popovich m.fl. 2007).

Når sykepleier har kunnskap om noen kilder til håp som er viktig for mange, kan det være en god begynnelse for å samtale om hva som er viktig for pasienten, og hvordan de sammen kan legge til rette for at disse behovene blir ivaretatt gjennom sykehusoppholdet. Det er bred konsensus om at familie og nære venner er viktige for pasienten (Popovich m.fl. 2007, Tutton m.fl. 2011, Kim m.fl. 2006, Pipe m.fl. 2008, Giske og Gjengedal 2006, Travelbee 1991, Hammer m.fl. 2009). Et annet gjennomgående trekk er at mange finner håp i troen på Gud (Kim m.fl. 2006, Giske og Gjengedal 2006, Popovich m.fl. 2007). Sykepleierens muligheter for å utvikle egenskaper som i større grad kan ivareta pasientens behov er blant annet ved å kjenne igjen generelle mønstre for håp, og på den måten finne en inngangsport for å legge til rette for at håpet styrkes hos pasienten.

5.3 Faktorer som styrker eller svekker håp

5.3.1 Opplevelse av sykdom

Håp er en mental tilstand (Travelbee 1991) som påvirkes av hvordan vi ser på oss selv og andre, tolker livssituasjonen og forestiller oss fremtiden. For å kunne gi omsorg for hele mennesket trenger sykepleier å forstå hvordan disse forestillingene kan slå brister og svekke håpet ved større omveltninger. Kronisk syke takler utfordringene ulikt og selvbilde, relasjoner

til andre, evnen til å mestre utfordringer og se nye muligheter kan bli satt på hard prøve i møte med motgang. Det kan være en krevende og emosjonell prosess å innse at livet ikke vil bli som planlagt, og at sykdom legger betingelser for en annerledes virkelighet enn tidligere.

5.3.2 Endret virkelighet

For at håpet skal være mulig oppnåelig, må det forankres i virkeligheten (Travelbee 1991, Rustøen 2001). Utfordringen er når virkeligheten forandres. Flere av funnene viser at pasienten lager strategier for å bevare håpet (Popovich m.fl. 2007, Kim m.fl. 2006, Giske og Gjengedal 2006) ved å blokkere ut deler av virkeligheten som truer håpet og/eller ved å legge vekt på det som styrker håpet. Å håpe blir et forsvar mot å overvinnes av håpløshet og fortvilelse (Giske og Gjengedal 2006). For sykepleier er det viktig å lytte til pasientens opplevelser i situasjonen, for å kunne styrke håpet gjennom individuell veiledning og støtte (Hammer m.fl. 2009). Sykepleier vil møte pasienter som vil være detaljfokuserte på behandlingsforløp, prognoser og medisinsk kunnskap, mens andre ikke vil være i stand til å forholde seg til for mye informasjon. Dette krever at sykepleier kan imøtekomme individuelle behov, samtidig som det er viktig at pasienten har oppfattet informasjonen som er nødvendig for å kunne ta ansvar og gjøre egne valg. Sykepleier kan styrke håpet ved å legge til rette for at pasienten ikke opplever å stå alene med utfordringene. Dette kan eksempelvis gjøres ved å involvere pårørende i veiledning og gjennom behandlingsforløpet, ha god kontakt med behandlende lege, unngå at pasienten utsettes for unødige venting og ved å være tilgjengelig. Det er viktig at sykepleier har respekt og forståelse for at situasjonen kan oppleves emosjonelt krevende for pasienten, samtidig som hun må hjelpe pasienten til å forholde seg til realiteten.

5.3.3 Ulik virkelighetsforståelse

Det kan være en utfordring at pasient og sykepleier kan tolke og forstå virkeligheten ulikt. Håp som oppleves realistisk for pasienten, kan virke urealistiske for sykepleier. Dermed kan det oppstå gap som kan være krevende og utmattende for både pasient og sykepleier (Tutton m.fl. 2011). Sykepleieren må ta utgangspunkt i pasientens virkelighetsforståelse (Rustøen 2001) og utforske hvordan pasienten opplever situasjonen og ser på fremtiden. Dersom sykepleier viser interesse for å forstå den andre, kan det styrke tillitsforholdet mellom dem til tross for ulik oppfatning. Det kan være starten på en prosess med å komme frem til håp de kan dele og som gir dem en felles retning. Kanskje oppdager sykepleier ressurser og motivasjoner hos pasienten som gjør at hennes virkelighetsforståelse må korrigeres.

5.3.4 Håpløshet

Sykepleier må være oppmerksom pasientens psykiske tilstand. På somatisk sykehus er det lett at fokus rettes mot fysisk sykdom og behandling, og det kan derfor være lett å overse psykiske endringer før symptomene blir uttalte. Mennesker med kronisk sykdom kan oppleve situasjonen utfordrende på grunn av usikre fremtidsutsikter og frykt knyttet til sykdommen. Det ligger også en potensiell skuffelse i ikke å oppnå ønskede mål eller forventninger, som lett kan føre til en opplevelse av håpløshet og fortvilelse. Å leve under slike påkjenninger gjør at denne gruppen står i fare for å utvikle depresjon og komme i en tilværelse der håp oppleves som fraværende (Vråle 2009). Derfor er det viktig at sykepleieren er oppmerksom på faresignalene og symptomer som peker i en slik negativ retning, for å hindre at pasienten synker så dypt at det kan bli nesten uoverkommelig å hjelpe vedkommende tilbake til en meningsfull tilværelse (Travelbee 1991, Tutton m.fl. 2011).

For å hjelpe pasienten ut av håpløsheten kan sykepleier først og fremst være bevisst på hvilke holdninger hun møter pasienten med (Travelbee 1991). Dersom sykepleieren oppfatter situasjonen som håpløs kan det ha negativ innvirkning på pasientens situasjon. Ser ikke sykepleier muligheter er det vanskelig å hjelpe pasient til å endre kurs. Det kan være en god start for sykepleier å spørre pasienten hva han føler eller ønsker (Falk 2011). Er det fordi pasienten er ensom, redd, umotivert eller føler seg fastlåst i situasjonen? På den måten går det an å si noe om hvilken retning pasienten orienterer seg og hvilke behov som ikke er tilfredsstillt. Det er ikke sikkert det finnes enkle løsninger, men i møte med håpløsheten er det viktig at sykepleier ikke gir opp håpet. Et viktig poeng er at sykepleier ikke står overfor utfordringene alene, men kan diskutere og søke hjelp fra kolleger og andre fagfolk.

Dersom sykepleier hindres av egen frykt for å møte den andres smerte eller egen sårbarhet, er også det en viktig erkjennelse. Derfor er det viktig at sykepleier blir seg bevisst egne holdninger og følelser (Travelbee 1991) og kjenner sine begrensninger. I møte med håpløshet er det viktig at sykepleier tåler den andres smerte (Falk 2011).

6.0 Konklusjon og avslutning

Hvert år stiger antallet på kronisk syke mennesker, og et godt helsetilbud gjør at stadig flere lever lenger med sin kroniske lidelse. Bak sykdommen er det et menneske som må gjennomgå store livsendringer og takle vanskelige utfordringer. De opplever at livet er skjørt og usikkert, og at forventningene til fremtiden kan forandre seg drastisk. I denne oppgaven svarer jeg på hvordan sykepleier kan styrke håpet hos kronisk syke mennesker innlagt på sykehus.

De viktigste momentene er at sykepleier trenger kunnskap om hva håp er. Det vil si å vite hva som kjennetegner håpet og hvordan håpet virker inn på menneskers liv. Sykepleier trenger også kunnskap om hvordan håp erfarer hos mennesker med kronisk sykdom. I oppgaven er disse erfaringene tematisert under tre kategorier: hvilke håp som er viktige for den syke, hva som kan inspirere håpet og faktorer som styrker eller svekker håpet.

For sykepleier er det nødvendig å ha kunnskap om håp for å kunne integrere håpsfremmende tiltak i sykepleien. Ved at sykepleier reflekterer over hvordan pasientens behov blir ivaretatt og hvilke holdninger som er fremtredende i møte med pasient, kan det stimulere håp.

Gjennom samtale med pasienten kan sykepleier utforske hvilke håp pasienten har, og sammen finne frem til hvilke mål og tiltak pasienten trenger for å oppnå håpet. En forutsetning er at håpet er oppnåelig og forankret i en felles virkelighetsforståelse.

Det er også viktig at sykepleier vet noe om hvilke kilder pasienten benytter for å styrke håpet. På den måten kan sykepleier tilrettelegge og oppmuntre pasienten til å styrke håpet gjennom eksempelvis kontakt med familie, åndelig praksis eller ut fra egne ressurser. Sykepleier kan være en viktig kilde til håp ved å lytte, være tilgjengelig, veilede og ved å skape trygghet og tillit.

En stadig utfordring for mennesker med kronisk sykdom kan være kampen mot håpløshet og fortvilelse. For sykepleier er det viktig å hjelpe pasienten med å unngå å bli fanget av håpløshetsopplevelse. På somatisk sykehus kan det være lett å overse endringer i pasientens psykiske tilstand, men dersom sykepleier oppdager endringer tidlig, er det enklere å styrke håpet hos pasienten..

Litteraturliste

Falk, B. (2011). *Å være der du er – samtale med kriserammede*. 5. utg. Bergen: Fagbokforlaget.

Giske, T. og Gjengedal, E. (2006). 'Preparative waiting' and coping theory with patients going through gastric diagnosis. *Journal of Advanced Nursing*. 57 (1):87-94

Glasdam, S. (red.). (2012). *Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt nordisk forlag Arnold Busck.

Hammer, K., Mogensen, O. og Hall, E.O.C. (2009). The meaning of hope in nursing research: a meta-synthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23:549-557

Kim, D.S. m.fl. (2006). The nature of hope in hospitalized chronically ill patients. *International Journal of Nursing Studies*. 43:547-556

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. 2. utg. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Kristoffersen, N.J. (2005). Helse og sykdom. i Kristoffersen, I: N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A. (red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N.J. m.fl (2005). Om sykepleie. i Kristoffersen, I: N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A. (red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N.J. og Breievne, G. (2005) Lidelse, håp og livsmot i Kristoffersen, I: N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E.A. (red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 3*. Oslo: Gyldendal akademisk. 157-205

Lohne, V. (2005). Håp og håpløshet. Knutstad, I: U. og Nielsen, B.K. (red.). *Sykepleieboken 2. Teoretisk-metodisk grunnlag for klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe.

Nasjonalt folkehelseinstitutt (2014). *Hjerte- og karsykdommer – faktaark med helsestatistikk*.

Hentet 12.mars 2014 fra:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6067&MainContent_6263=6464:0:25,6068&List_6212=6218:0:25,8089:1:0:0:::0:0

Nasjonalt folkehelseinstitutt (2014). *Fakta om kreft – forekomst og dødelighet*. Hentet 12. mars 2014 fra:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6183&MainContent_6263=6464:0:25,6188&List_6212=6218:0:25,6185:1:0:0:::0:0

Pipe, B.T. m.fl. (2008). A prospective descriptive study exploring hope, spiritual well-being, and quality of life in hospitalized patients. *MEDSURG Nursing*. 17(4):247-253

Popovich, J.M., Fox, P.G. og Bandagi, R. (2006). Coping with stroke: psychological and social dimensions in U.S. patients. *The international Journal of Psychiatric Nursing Research*. 12(3):1474-1487

Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet. En utfordring for sykepleieren?* Oslo: Gyldendal akademisk.

Thomassen, M. (2011). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Tutton, E. m.fl. (2011). Staff and patient views on the concept of hope on a stroke unit: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*. 68(9):2061-2069

Vråle, G.B. (2009). *Møtet med det selvmordstruede mennesket*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.