



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 23.02.12

Kandidatnr.: 71

Antall ord: 8119

Et liv med hiv.



(Aksept.org)

Sammendrag

Bakgrunn for valg av problemstilling: Gjennom praksis i Norge og Afrika har den hiv-positive pasienten gjort inntrykk. Det å få diagnosen hiv-positiv kan være en stor påkjenning, og pasienten kan oppleve krise, og gå i en sjokktilstand.

Hensikt: Hensikten med denne studien er å belyse hva sykepleier kan gjøre for å hjelpe pasienten til å opprettholde håpet, som vil bidra til å bedre mestre sykdommen. Det er viktig at sykepleier har kunnskaper om hvordan det er å leve med denne sykdommen, slik at en kan få forståelse for hvordan det er å få diagnosen hiv-positiv.

Metode: Oppgaven ble gjennomført som et litteraturstudie, hvor systematisk gjennomgang av forskning og relevant teori besvarer problemstillingen.

Funn: Forskningen belyser flere faktorer som fører til at pasienten opplever håp. For å kunne bidra til håp hos pasienten, viser forskningen til viktigheten av informasjon, kommunikasjon og behandle pasienten med respekt. Men aller mest er det sykepleiers personlige egenskaper som blir belyst.

Summary

Background: Through internships in Norway and Africa the hiv-positive patient has given impression. To be diagnosed with HIV can be difficult, and the patient may experience crisis and go into shock.

Purpose: The purpose of this study is to put a light on what nurses can do to help the patient to maintain hope, that will contribute to better cope the disease. It is important that the nurse has knowledge about living with this disease, and understanding about how it is to be diagnosed with HIV.

Method: The assignment was carried through as a literature study, which consists of the systematic review of relevant research and theory.

Results: The research puts a light on several factors that contributes to the patients experience of hope. To contribute to the patients hope, the research shows the importance of information, communication and to treat the patient with respect. But most of all the research puts a light on the nurses personal character.

Innhold

1.0 Innledning	6
1.1 Bakgrunn og hensikt	6
1.2 Problemstilling	7
1.3 Avgrensing	7
1.4 Oppgavens disposisjon.....	7
2.0 Teoretisk perspektiv.....	8
2.1 Kronisk sykdom.....	8
2.3 HIV	8
2.2 Krise	9
2.4 Håp.....	10
2.5 Mestring	11
2.6 Kommunikasjon.....	12
2.7 Informasjon	13
2.8 Sykepleiefaglig perspektiv	14
3.0 Metode	16
3.1 Litteraturstudie som metode.....	16
3.2 Metodens sterke og svake sider	17
3.3 Kildekritikk	17
3.4 Etske aspekter.....	17
3.5 Litteratursøk og valg av forskning.....	18
4.0 Presentasjon av forskning	19
5.0 Hvordan kan sykepleier bidra til å styrke håpet hos den hiv-positive?	22
5.1 Informasjon	22
5.2 Den gode samtalen.....	24
5.3 Verdighet.....	25
5.4 Sykepleiers personlige egenskaper	26
6.0 Avslutning	29
7.0 Referanseliste:	30

1.0 Innledning

I 2010 var det 2,7 millioner mennesker i verden som nylig ble smittet med hiv, og til sammen var det 34 millioner med en hiv diagnose (World Health Organization, 2012). Hiv situasjonen i Norge er og endret. Antall hiv positive i Norge har økt. I følge folkehelseinstituttet var det i slutten av 2010, 4627 HIV positive i Norge. Årsaken til dette er i all hovedsak økt innvandring, hvor innvandrerne er smittet i sitt hjemland (Folkehelseinstituttet, 2010). Denne gruppen utgjør en tredjedel av de hiv positive i Norge. Man ser også betydelig økning hiv smittede blant menn som har sex med menn (MSM). Heteroseksuell smitte er og bekymringsverdig hos de med innvandrere bakgrunn, hvor kvinner blir smittet av partner og menn i utland (Manum, 2011). Manum (2011), hevder og at det ikke er påvist økt smitte blant heteroseksuelle norskfødte.

Norge har utviklet en nasjonal hiv strategi. Ved hjelp av denne strategien skal Norge bli bedre på hiv. Målsetninger som innebærer blant annet bedre kunnskap, redusere stigma, forebygge og redusere nysmitte og mørketall. Et av målene er og et bedre samarbeid mellom aktørene i helsevesenet og fjerne barrieren for medisinsk behandling. Det er stort fokus på hiv nasjonalt og internasjonalt. WHO har også fokus på HIV/AIDS, hvor de har utviklet en strategi for internasjonal hiv helse. Dette viser til at hiv er et omtalt og viktig tema både nasjonalt og internasjonalt (Regjeringen, 2012).

1.1 Bakgrunn og hensikt

Oppgaven vil fokusere på hvordan en som sykepleier kan hjelpe den hiv-positive pasienten til å opprettholde håpet. Gjennom praksis i Norge og i Afrika har den hiv smittede pasienten gjort inntrykk. Det å få diagnosen hiv kommer ofte som et sjokk for mange, livet blir brått snudd på hode. De fleste vet noe om hiv diagnosen, og hva det innebærer å være hiv-positiv. Et liv med hiv innebærer strengt regime, med tanke på smitte og medisiner. Stigma, tabu og skyldfølelse er og noe som en hiv-positiv kan oppleve. Alt dette må en plutselig forholde seg til, noe som kan være svært vanskelig.

Derfor er det viktig at sykepleiere har kunnskap om hvordan en kan bidra til håp hos pasienten, som igjen vil bidra til bedre mestring av diagnosen. Det er viktig at en sykepleier vet noe om hvordan det er å leve med denne sykdommen. Dette temaet vil øke sykepleiers kunnskap og forståelse for pasienter som er hiv-positive.

1.2 Problemstilling

Hvordan bidra til håp hos pasienter som er HIV positive?

1.3 Avgrensning

Oppgaven fokuserer på håp til voksne over 18 år, som har nyoppldaget HIV infeksjon og er innlagt på sykehus. Oppgaven er og avgrenset til personer som snakker og forstår norsk. Oppgaven vil ikke fokusere på det medisinske rundt pasienten, og heller ikke pårørende.

1.4 Oppgavens disposisjon

Innledningskapittelet består av hvorfor valg av tema, og presentasjon av oppgavens valgte problemstilling, samt er det gjort rede for avgrensning av oppgaven. Oppgaven presenterer og sykepleie teoretiker Joyce Travelbee, hvor hennes syn på sykepleie vil bli brukt i oppgaven. Påfølgende kapittel består av teoretisk perspektiv, som tar for seg ulike begreper som er brukt i oppgaven. Deretter kommer et metode kapittel som går nærmer inn på hvordan oppgaven blir utformet og hvilken metode som er brukt. Neste kapittel presenterer forskningen og de ulike artiklene brukt i oppgaven. Etter dette er det drøfting, som vil belyse funnen fra artiklene og svarer på problemstillingen. Til slutt vil oppgaven oppsummeres i en avslutning som vil komme med en konklusjon på den valgte problemstilling.

2.0 Teoretisk perspektiv

2.1 Kronisk sykdom

Å sette en definisjon på kronisk sykdom er vanskelig på grunn av store variasjoner i sykdomsbilde, og fordi det stadig dukker opp nye sykdommer (Gjengedal & Hanestad, 2007). Opplevelsen av kronisk sykdom er vanskelig å få oversikt over siden en kronisk lidelse er helt annerledes enn en akutt sykdom. Den amerikanske kommisjon for kronisk sykdom har prøvd å utforme en definisjon (i Gjengedal & Hanestad 2007 s. 11).

«Alle avvik fra det normale som har en eller flere av følgende karakteristika: er permanente, medfører varig funksjonshemming, er forårsaket av irreversible patologiske endringer, krever særskilte rehabiliteringsprogram og forventes å kreve langvarig veiledning, observasjon og pleie»

En kronisk sykdom omfatter en tilstand som ikke kan behandles eller opptrer i tilbakevendende mønster og som varer mer enn 3 mnd. Kronisk sykdom begrenser det vanlige livsmønsteret og krever mer eller mindre spesiell assistanse eller tilpasning (Gjengedal & Hanestad, 2007). Gjengedal & Hanestad (2007) hevder at ved kronisk sykdom vil en oppleve tap av selvfølelse, sikkerhet, kontroll, sosiale roller og relasjoner, og muligens tap av fysiske funksjoner.

2.3 HIV

Human immunodeficiency virus (HIV) er et retrovirus som angriper deler av immunforsvaret (Zwolski, 2001). Dette fører til at viruset bryter ned kroppens forsvar mot virus, bakterier og sopp. Hiv Norge hevder at når viruset har vært i kroppen en stund, vil den hiv smittede bli syk av opportunistiske infeksjoner. Dette er infeksjoner som de fleste har latent, men når immunforsvaret ikke fungerer optimalt kan disse oppstå. Soppinfeksjon, toksoplasmose og enkelte typer kreft er vanlig (Hiv Norge, 2012).

Det finnes flere varianter av hiv. Zwolski (2001) forklarer at det finnes to hovedgrupper, hiv 1 og hiv 2, samt mange tusener undergrupper. Dette er grunnen til at det er vanskelig å lage en vaksine mot viruset (Hiv Norge, 2012).

Man finner og ulike stadier av hivinfeksjon. Noen har asymptomatisk infeksjon andre har symptomgivende. Noen får akutt infeksjon, som oppstår kort tid etter smitte. Disse

symptomene vil være influensalignende. Diaré, hoste og utslett kan og være symptomer som oppstår i denne fasen (Zwolski, 2001).

Mange som har hivinfeksjon, har ikke noen tydelige tegn eller akutt infeksjon. De blir infisert uten å føle seg syke og symptomene de opplever er bagatellmessige (Brænden, Persson & Aanerud, 1998). Den symptomgivende infeksjonen oppstår etter mange år med asymptomatisk infeksjon. Hiv Norge (2010) hevder at de som er rammet vil oppleve symptomer som vekttap, feber, nattesvette, tretthet, forstørrede lymfeknuter og diaré. På grunn av dårlig immunforsvar kan man som tidligere nemt får soppinfeksjon, særlig i munn. Helvetesild og utbrudd av herpes kan og oppstå.

Hiv Norge (2010), hevder at på grunn av ulike stadier av infeksjoner og at svært mange ikke opplever symptomer før det er for sent, er den sikreste måte å fastslå at en er smittet er å ta en hivtest.

2.2 Krise

Å få en sykdom utsetter en for store påkjenninger og utløser ofte en krisetilstand (Renolen, 2008). Fellesnevneren for kriser er ofte at en opplever tap.

Renolen (2007) forklarer at i en psykologisk sammenheng vil krise bety at en har kommet opp i en livssituasjon som overstiger ens mestringsevne. Cullberg (2007) skiller mellom to årsaker til kriser, den traumatiske krisen, og utviklingskriser, eller livskriser. Hvor den traumatiske krisen omfatter ytre uventede påkjenninger. En kan dele den traumatiske krisen inn i fire faser: Sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen.

Når et menneske rammes av krise vil det oppstå en sjokkfase, som kan vare fra et øyeblikk til flere dager. Denne fasen er preget av uvirkelighetsfølelse og håpløshet, og mange vil da trenge hjelp til å mestre sin hverdag (Renolen, 2007).

Det er sjokk- og reaksjonsfasen som utgjør den akutte fasen i krisen. For at pasienten skal komme seg videre må han åpne øynene for det som har skjedd og være innforstått med hva som er virkelig, slik at forsvarsmekanismene kan bli aktivert (Cullberg, 2007).

Videre forklarer Cullberg (2007) at når en går over i bearbeidingsfasen begynner pasienten å se fremover, og pasienten vil da prøve å godta sin situasjon.

2.4 Håp

Håp gjør mennesker i stand til å takle vonde og vanskelige situasjoner. Travelbee mener at det er håpet som gir energi og krefter til å ta opp kampen og overvinne hindringer.

Håpet må i alle situasjoner utgå fra en mening og kan ikke eksistere alene (Travelbee, 1999).

Travelbee sier og at håp relaterer til avhengighet av andre, av hjelp eller samarbeid. Det er knyttet til forventninger om at andre skal hjelpe til når ens indre ressurser ikke strekker til (Travelbee, 1999).

Å håpe er å være fremtidsorientert, et ønske om noe bedre. Håp er relatert til valg, den som håper tror visse alternativer står foran en. Frihet til å velge, bestemme selv og ønske om å oppnå eller fullføre en oppgave inngår også i håp (Travelbee, 1999).

Lynch (i Rustøen, 2004 s. 44) definerer håp som den fundamentale kunnskapen om at det finnes en vei ut av vanskelighetene og lidelsen. Håper anses som en positiv ressurs, en følelse av det mulige.

Håp har sammenheng med tillit og utholdenhet, man har mot til å møte sin egen frykt. En som har håp er modig, men redd, men likevel overskrider sin frykt. Et menneske som er håpefullt er modig, tøff og fremtidsorientert i motsetning til et menneske uten håp.

På grunn av tap av selvfølelse, sikkerhet, kontroll og generelt seg selv kan mennesker som er kronisk syke oppleve håpløshet (Rustøen, 2004). Travelbee (1999) mener håpløsheten kommer av at en har hatt håp og deretter mistet det. Hos den syke oppstår håpløshet når han har lidt mentalt, fysisk eller åndelig intenst og over lang tid uten hjelp.

Den som er håpløs forsøker ikke å løse problemer eller mestre vanskelighetene. Den som er håpløs tror ikke på en forandring, han lever i en verden uten valg og muligheter. Den håpløse ser ingen utvei. Å mestre problemene er nytteløs og han tror ingen vil hjelpe han (Travelbee, 1999). Travelbee (1999) hevder at den som er uten håp føler seg hjelpeløs, og denne pessimismen kan føre til likegyldighet, apati desperasjon og aggresjon.

Håp er viktig for menneskets helse, med håp vil man oppleve glede, som fører til energi og vitalitet. Rustøen hevder at håpet trengs for at livet skal bli godt å leve.

Videre skriver Rustøen at den affektive dimensjonen fokuserer på følelsene med håpsprosessen. Pasienten vil ha tillit til seg selv og til at det går bra og han vil se lyset i enden av tunellen (Rustøen, 2004).

Den kognitive dimensjonen vil fokusere på hvordan pasienten tenker for å opprettholde håp og hvordan en vurderer virkeligheten i forhold til håp. Man må skille mellom ønske og håp. Handlingsdimensjonen fokuserer på handlingsorientering, dette kan foregå i det psykologiske, fysiske, sosiale og religiøse (Rustøen, 2004).

2.5 Mestring

Håp knyttes til mestring av kronisk sykdom, håpet vil gjøre det lettere for pasienten å mestre sin hverdag som kronisk syk. Ekeland & Heggen forklarer at mestring handler om å ha tilgang til ressurser, kunnskap og ferdigheter slik at en takler stress, påkjenninger eller sykdom på en god måte. Behov for mestring oppstår når individet blir utsett for påkjenning eller belastning (Ekeland & Heggen, 2007).

Lazarus og Folkman (i Ekeland & Heggen, 2007 s. 65) definerer mestring slik:

«... Stadig skiftende kognitive og handlingsrettende forsøk som tar sikte på å håndtere spesifikke ytre og/eller indre utfordringer som bli oppfattet som byrdefulle eller som går utover de ressursene personen rår over.»

Mestring er da en målrettet handling som er knyttet til en spesifikk eller konkret utfordring. Tillit er og et begrep som er viktig med tanke på mestring. Tillit går ut på i hvilken grad en person forventer at andre skal handle på en bestemt måte i fremtiden. Når vi bestemmer oss for å ha tillit til en person, er en ikke sikker på om hva som vil skje og om forventningene en har blir innfridd. Det er forskjellen på tro og tillit (Heggebø, 2007). Heggebø (2007) hevder denne tilliten er avgjørende for personers evne til å mestre.

Det finnes ulike tilnæringsmåter å mestre stress og ulike utfordringer på. Lazarus og Folkman (Kristoffersen, 2008) skiller hovedsakelig mellom to ulike mestringsstrategier, problemorientert mestring og emosjonelt orientert mestring.

Ved problemorientert mestring holder personen seg aktivt og direkte til problemet. Dette kan omhandle å søke informasjon før en bestemmer et handlingsalternativ. Denne typen mestring velges når pasienten fortrinnsvis mener han har god kjangs til å mestre situasjonen (Kristoffersen, 2008).

Emosjonelt orientert mestring omfatter strategier som ønsker å endre opplevelsen til en situasjon. Her er et ønske om å redusere ubehaget, dempe følelsene og endre situasjonens meningsinnhold (Kristoffersen, 2008). Kristoffersen (2008) forklarer at denne mestringsstrategien kan i noen situasjoner betraktes som å unngå situasjonen og ubehaget, med å bagatellisere problemet.

Kristoffersen (2008) hevder at ved valg av strategi er det mange faktorer som spiller inn. Føler en seg sterkt truet, vil en ikke velge en aktiv strategi. Når stresset øker minsker muligheten for at personen velger en aktiv strategi. Skal en takle stresset aktivt, forutsettes det at en tar en stressvurdering om det er bryet verdt.

2.6 Kommunikasjon

Mestring kan fremmes gjennom kommunikasjon som er mening skapende og relasjonsorientert. Relasjoner er viktig for å fungere psykologisk og for følelse av felleskap. Uten et felleskap blir eksistensen satt på prøve. God terapeutisk kommunikasjon innebærer at man må se pasienten som et subjekt, hvor en ser pasienten som en person, som en helhet og ikke bare sykdommen (Ekeland, 2007). Sykepleier må skape en god atmosfære hvor gjensidig tillit og respekt er bærebjelken. Tillit er viktig i all kommunikasjon (Spurkland, 2006). Å vise tillit betyr at en må utlevere seg selv, derfor vil mistillit oppleves tungt (Ekeland, 2007).

Eide & Eide (2007, s. 17) definerer kommunikasjon slik:

«utveksling av meningsfulle tegn mellom en eller to parter»

Kommunikasjon kommer fra latin og betyr å ha felles. Ethvert møte mellom to mennesker er enestående og en hendelse i seg selv (Hummelvoll, 2005). Ekeland (2007) hevder at ord er lindrende for mennesker som har det vondt. Hummelvoll (2005) forklarer at kommunikasjon også skjer ved hjelp av ord og symboler, men håndtrykk, klesdrakt og kroppsholdning er og en del av kommunikasjonen.

Kommunikasjon kan læres, men ikke på samme måte som en kan lære det biomedisinske innenfor faget. For å ha god kommunikasjon med pasient må en selv føle at en er anerkjent

og ser på seg selv som et subjekt. Man kan få innsyn i pasientens kroppslige sykdom, men skal en få innsyn i subjektiviteten til pasienten, må en vise seg tillit verdig (Ekeland, 2007).

Eide & Eide (2007) skriver at det essensielle med hjelpende kommunikasjon er å lytte til pasienten, observere og tolke nonverbale og verbale signaler. Å lytte til pasienten vil si å ha all oppmerksomhet rettet mot pasienten, være interessert og konsentrert tilstede. Man skal høre hva pasienten formidler og ikke bare hva han sier (Sundkvist & Sjaastad, 2000). Man må skape gode og likeverdige relasjoner, å formidle informasjon på en klar og tydelig måte. Å møte pasientens behov og stimulere hans ressurser og muligheter. Man skal strukturere en samhandlingssituasjon og skape alternativer perspektiver og åpne for nye handlingsvalg. Man må holde seg åpen til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål, samt samarbeide om å finne gode løsninger og komme frem til gode beslutninger (Eide & Eide, 2007). Fjørtoft (2006) hevder at det er sykepleierens ansvar å legge til rette for at kommunikasjonen blir god i møte med de som trenger hjelp.

2.7 Informasjon

Det er lovfestet gjennom pasientrettighetsloven § 3-2, at en hver pasient har rett til å vite den informasjonen som gir innsikt i helsetilstanden, og vite om eventuelle bivirkninger og risikoer (Pasientrettighetsloven, 1999). I følge helsepersonelloven (1999) § 10, skal den som yter helsehjelp gi informasjon til den som har krav på det etter reglene i pasientrettighetsloven § 3-2.

Eide & Eide (2008) skriver at det å gi informasjon krever både forberedelser og omtanke. Skal en gi god informasjon, er det uhyre viktig å tilpasse informasjonen til pasientens behov og man må ha kompetanse og kunnskap. Pasienten må være i stand til å ta i mot, forstå og huske informasjonen som er gitt. Dette samtidig som at pasienten føler seg tatt i vare på en god måte. Det er viktig at den som gir informasjonen har kunnskap om psykologiske forhold, samt evnen til å se signaler pasienten sender ut (Eide & Eide, 2008). Sykepleier må informere om diagnosen og hva det innebærer å være hiv positiv på en god måte, slik at eventuelle misforståelser blir tidlig oppklart. Informasjon er noe av de viktigste prinsippene i pasientbehandling (Holm & Kummje, 2009).

Når en skal informere pasienten er det viktig at sykepleier spør hvilken informasjon som er gitt tidligere, slik at pasienten får mulighet til å stille de spørsmålene som han eventuelt lurer på (Travelbee, 1999). Er pasienten usikker, kan dette ofte reduseres med god informasjon. Pasienten må selv tilegne seg ny informasjon, men i sjokkfasen vil det være sykepleier som står for informasjonen. Thornquist hevder at informasjonen til pasienter skjer gjennom helsefaglig og medisinsk fakta, slik at man fokuserer på budskapet som skal bli gitt og ikke hvordan pasienten opplever det hele. Det må åpnes for en samtale og behandleren må lytte når en gir informasjon og ikke forvente likegyldighet (Thornquist, 2009). Thornquist forklarer og viktigheten av at omgivelsene er tilpasset når en skal gi informasjon til pasienten. Dette kan gjøres ved å trekke seg tilbake på et stille rom hvor en ikke blir forstyrret slik at man kan ha en samtale uforstyrret. Sykepleieren har et moralsk og etisk ansvar for hvordan møte med pasienten skjer (Thornquist, 2009).

2.8 Sykepleiefaglig perspektiv

I oppgaven kommer Travelbees syn på sykepleie til å spille inn. Travelbee (1999) ser på et hvert menneske som et unikt individ, selv om kulturen personen er en del av har betydning for oppfatning av sykdom er det først og fremst enkeltmennesket som står i fokus. Sykepleier er her en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle skal hjelpe et individ å mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i lidelsen. Travelbee mener at sykepleierens oppgave er å anerkjenne pasienten som et unikt og uerstattelig individ. Dersom sykepleier ikke gjør dette, vil sykepleien bli mekanisk, upersonlig og overfladisk (1999).

Travelbee (1999) hevder at lidelse og tap er en del av livet og menneskets eksistens, og at vi mennesker søker etter meningen i møte med denne lidelsen, sykdom eller smerte. Siden meningen med sykdom og lidelse vil være individuell, ser Travelbee (1999) på lidelse som en spesiell anledning til personlig vekst og utvikling.

Sykepleiens overordnede mål er å mestre, bære og finne mening i de erfaringene som følger med lidelse og sykdom (Travelbee, 1999). Begrepet håp er knyttet til sykepleierens mål og hensikt. Ved å understøtte håpet, vil sykepleieren hjelpe pasienten å mestre sin sykdom. Hun understreker også at det er mennesket som søker hjelp av sykepleier og tar avstand fra pasientbegrepet (Travelbee, 1999).

Lidelse henger sammen med det å bry seg. Lidelse vil oppstå når noe vi verdsetter blir truet, desto større verdi, desto større lidelse. De vanligste reaksjonene hos et menneske som lider er; «hvorfør meg?» og «hvorfør ikke meg?».

Den første reaksjonen kan gi utslag i selvmedlidenhet, bebreidelser, forvirring, depresjon, sinne og likegyldighet (Travelbee, 1999). Den andre reaksjonen er sjeldnere. Den lidende møter lidelsen med aksept, disse personene har en livsfilosofi hvor lidelse og tap er en del av tilværelsen. De som aksepterer lidelse og tap, vil være bedre rustet til å mestre situasjonen. De svarene som gir mening, hevder Travelbee (1999) at en må finne frem til selv, fordi mening er en subjektiv faktor.

For å kunne opprette en mellommenneskelig relasjon må man gå gjennom det første møte, fremvekst av identiteter, gi empati og sympati og etablere en gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 1999).

3.0 Metode

Aubert (I Dalland, 2007. s. 81) definerer en metode slik:

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder».

Metode er et redskap en bruker for å samle inn data, hvor en finner ny informasjon og kunnskap som en bruke i forskingsprosessen eller undersøkningen. Metoden forteller oss hvordan vi skal finne ønsket kunnskap og hvordan vi skal etterprøve denne. Den valgte metoden hjelper til å gi gode data og belyse de spørsmålene som vil dukke opp i oppgaven (Dalland, 2007).

Dalland (2007) deler inn i to ulike orienteringsmetoder, kvalitativ og kvantitativ metode. Begge metodene har et formål for å bedre forstå samfunnet, enkeltmennesker, grupper og situasjoner samarbeider (Holme & Solvang, 1996). Kvantitativ metode bygger på data, tall og målbare enheter mens kvalitativ metode bygger på forståelse, erfaring og opplevelse fra i denne sammenheng, pasientgrupper (Holme & Solvang, 1996).

Holme & Solvang (1996), forklarer at den kvalitative metoden har som styrke at en får frem totalsituasjonen, og metoden skaper grunnlag for videre teori bygging. Den kvantitative metoden har som styrke at den kommer frem til gjennomsnittet. Svakheten ved en kvalitativ metode får en ikke frem om resultatet dekker alle involverte parter. En kvantitativ metode kan gi lite rom for dem som er med i undersøkelsen til å gi uttrykk for egen situasjon og reaksjon (Holme & Solvang, 1996).

3.1 Litteraturstudie som metode

I et litteraturstudie går en gjennom eksisterende litteratur, fra forskningsartikler, lærebøker, offentlig informasjon og evidensbasert kunnskap (Forsberg & Wengström, 2008).

Forsberg & Wengström (2008) hevder at for å skrive en litteraturstudie må man søke kritisk, systematisk og deretter sammenligne og undersøke litteraturen gjennom et valgt emne. Olsson & Sörensen sier at en litteraturstudie skal inneholde bakgrunn, formål, spørsmål og innsamlingsmetoder (Olsson & Sörensen, 2003).

3.2 Metodens sterke og svake sider

Forsberg & Wengström (2008) hevder at ved en litteraturstudie finner man mye god litteratur på kort tid og det er lett å finne tilbake til kildene, noe som er positivt.

Dalland (2007) hevder at svake sider ved en litteraturstudie er at en er i fare for å finne sekundærkilder, og dermed kommer en ikke frem til ny kunnskap. Forsberg & Wengström (2008) forklarer og at ved en litteraturstudie kan det oppstå begrensninger for litteraturen og forskningen en velger å bruke. Man kan tolke forskning feil, noe som vil være uheldig for oppgaven. Man kan også velge litteratur etter ønsket resultat for oppgaven.

3.3 Kildekritikk

Å vurdere og karakterisere den litteraturen som er blitt bruk er kildekritikk (Dalland, 2007).

Dalland (2007) hevder at hensikten med kildekritikk er at leseren skal få del i de refleksjonene som en har gjort seg og se hvilken relevans og gyldighet litteraturen har for å belyse problemstillingen. Kildekritikk går og ut på å vurdere kildene som primær- eller sekundærkilder (Bjørk & Solhaug, 2008).

Det er en utfordring å finne god litteratur og forskning som er rettet mot den gitte problemstilling. I oppgaven er det tilstrebet å ha litteratur fra nyere dato, det vil si ikke eldre enn ti år. Men på grunn av lite teori er det blitt brukt fagbøker som er gamle, for eksempel boken fra 1988, av Bränden, Persson og Aanerud. Denne er bevisst med i oppgaven, fordi det fantes lite faglitteratur og denne sees på som relevant.

3.4 Etiske aspekter

Etikk skal være veiledende hjelp og et grunnlag for vurdering før en utfører handlinger (Dalland, 2007). Man finner etiske prinsipper både i dagliglivet, arbeidslivet og i forskning. Bjørk & Solhaug (2008) hevder at det stilles krav til forsvarlighet innenfor både fagutvikling og forskning. Det er derfor viktig at artiklene som blir brukt i oppgaven er godkjent av etisk komité eller vurdert etter de etiske prinsippene i Helsinkideklarasjonen (Forsberg & Wengström, 2008).

Artiklene brukt i oppgaven er alle vurdert og godkjent av etiske komité og hentet fra anerkjente tidsskrifter. Oppgaven følger høyskolens retningslinjer for kildebruk og referanser, og bruken av primærkilder er lagt i grunn. Oppgaven gjengir det andre har skrevet så korrekt som mulig, med forbehold om tolkningsfeil, oppgaven skal og skille mellom egne meninger og forfatterens meninger.

3.5 Litteratursøk og valg av forskning

For å komme frem til de artiklene som er brukt i oppgaven er det brukt CHINAL og OVIDs databaser. CHINAL gav mest treff, derfor er artiklene brukt i oppgaven hentet derfra.

Får å finne relevante artikler er det brukt søkeord som; «*hiv infectioin*», «*coping/psychological adaption*», «*nurs**», «*patient perpection*». «*New**» og «*Newly diagnosed*» ble også brukt, men ga ingen relevante søk.

«*Hiv infection*», «*coping*» og «*hope*» gav 8 treff i CHINAL. «*Coping*» or «*adaption, psychological*», «*HIV infection*» og «*nurs**» gav 13 treff I CHINAL, hvor det ble brukt avgrensing som årstall og full tekst.

Deretter ble det brukt referanselisten fra en artikkel til og finne andre gode artikler som var relevant for oppgaven. I oppgaven er det anvendt Malteruds sjekklister i valg av litteratur (Malterud, 2001).

4.0 Presentasjon av forskning

Klotz (2010) – “Hope in relation to nursing interventions for HIV-infected patients and their significant others” En kvalitativ studie som undersøker hva sykepleierne kan gjøre for å minske håpløsheten hos hiv pasienter. Studien inkluderer 10 pasienter som ble intervjuet om hvilke tilnærminger som var hjelpfulle og sørget for håp blant de hiv smittede. Studien inkluderer og hvilke tilnærminger som reduserte håp hos pasientene. Opprettholde håp hos pasienter er en viktig del av sykepleien. Studien konkluderer med at sykepleiere som viser forståelse, kunnskap, kompetanse og har en positiv holdning styrker håpet hos den hiv smittede pasienten. For å opprettholde håpet hos pasientene er det viktig at sykepleierens tilstedeværelse er faglig og at en anerkjenner pasienten som et individ. Det er og viktig og oppmuntre til å involvere familie og venner som kan hjelpe den smittede i hverdagen.

Kylmä, Vehviläinen-Jalkunen, Lähdevirta (2000) – “Hope, despair and hopelessness in living with HIV/AIDS: a grounded theory study” En studie som går dypere inn på begrepene håp, fortvilelse og håpløshet. Disse begrepene er viktige for en som er hiv positiv. Hensikten med studien var å beskrive dynamikken i håp til pasienter som lever med HIV/AIDS. Begrepene er en balansegang mellom det å tro at livet er verdt å leve og at det er en fremtid, og at en gir opp og ikke tror på noen fremtid. Faktorer som å miste, redsel, usikkerhet og problemer med pleie spiller en stor rolle, samt det å ønske at en ikke hadde HIV/AIDS og det å ha kontroll over livet er en viktig del av håp. Får en diagnosen HIV, blir livet forandret, og man går gjennom en prosess med å mestre situasjonen. Det å miste glede, sikkerhet, selvrespekt, muligheten for barn, privatliv og tillit til seg selv og samfunnet tærer på håpet til pasienten med hiv. Det som styrket håpet var det å vokse som person gjennom denne prosessen, man ser livet fra et annet perspektiv. Håpet gir mot til å leve, mens ved håpløshet gir en opp.

Cutcliffe (1996) - “Critically ill patients’ perspectives of hope” Studien undersøker kritisk syke pasienter og deres syn på håp som fokuserer på pasienterfaringer og deres erfaring av håp. Dataen som er samlet viser til fire hoved temaer for håp: Håp relatert til hjelp, håp i sammenheng med pleie, håp i forhold til en personlig fremtid og håp som en mestring ressurs. Håp er en viktig del av rehabilitering til disse kritisk syke, og sykepleierens rolle er viktig for å inspirer håp hos pasienten. Studien resulterer i at sykepleiere har et stort ansvar når det

kommer til å inspirere håp hos pasienter. De har ansvar for holdninger og tilnærming, men og å anerkjenne hvordan dette kan ha innvirkning på håpet til den kritisk syke pasienten.

Campbell, Scott, Madanhire, Nyamukapa & Gregson (2011) - "A "good hospital": Nurse and patient perceptions of good clinical care for HIV-positive people on antiretroviral treatment in rural Zimbabwe – A mixed methods qualitative study"

En kvalitativ studie som forsøker å forstå pasienters og sykepleierens syn på god pleie. Sykepleiere som er engasjert og involvert, gir håp om å mestre sin hiv sykdom. I tilfeller hvor pasient og sykepleier hadde forskjellige forventninger ble pasienten stresset. Sykepleiere som har et ønske om å bli kjent med pasientene, som viser empati og forståelse for de vanskelige omstendighetene rundt en hiv sykdom er karakterisert som gode pleiere. Det er viktig å overholde taushetsplikten, slik at pasientene stoler på den som utøver pleie. Når sykepleieren tar den hiv smittede i handa for å hilse, tyder dette på at de ikke er redde for pasienten, noe som hjelper pasienten til å opprettholde håp.

Lorentsen (2003) – "Hvordan kan sykepleier styrke pasientens håp?" Artikkelen omhandler et kvalitativt forskningsintervju av to sykepleiere som ble spurt om hva som styrker pasientens håp. Sykepleierne understreker at opplevelsen av noe god var viktig. Gode øyeblikk kan føre til at pasienten fortsetter å leve og kjempe mot sykdommen. Man må være tilstede både fysisk og psykisk, og signalisere at en tåler pasientens depresjon og motløshet. Følelsen av verdi er og viktig for å komme seg ut av håpløsheten. Sykepleieren må se og lytte til pasienten, kommunikasjon handler og om nærvær.

Rodkjær Ørneborg, Sodemann, Østergaard & Lomborg (2011) – "Overvejelser om åbehned om hiv-status: Mestring af sygdomsrelatert stress hos hiv-positive"

Hensikten med denne studien var å undersøke hiv positive og hvordan de mestrer deres sykdom med tanke på stressfaktorer. Det ble gjort et dybdeintervju, som viste at de hiv positive måtte overveie hvem de skulle fortelle om sin situasjon og om hvorvidt de skulle være åpne og om å holde det hemmelig. Disse avgjørelsene førte til stress. Gjennom studien kommer frem tre alternativ ang åpenhet med tanke på hiv diagnosen. Artikkelen beskriver de ulike strategiene og konsekvensene ved disse. Åpenhet rundt en hiv diagnose fører til stress, derfor kan det være bra for den hiv-positive å drøfte de ulike strategiene omkring åpenhet.

Atkinson Hampton et al., (2009) – “Psychiatric context of acute/early HIV infection. The NIMH multisite acute HIV infection study: IV” Artikkelen omhandler et diagnostisk intervju av hiv positive. Hensikten er å få en bedre forståelse rundt det å få en diagnose akutt. Studien viser at mestring er viktig for å ikke utvikle depressive symptomer. De som var integrert i medisinske programmer og sosiale grupper i samfunnet, og de som hadde mulighet til sosial hjelp og hadde kontakt med andre hiv positive mestret bedre sin diagnose som hiv-positiv.

Suomine et al., (2009) – “Nursing students' attitudes towards HIV/AIDS patients in Finland, Estonia and Lithuania” Artikkelen presenterer data om sykepleierstudenters holdning til HIV/AIDS pasienter og homofobi blant studentene. Hensikten er å beskrive og sammenligne holdningene til studentene i disse tre landene, og hvordan holdningene har sammenheng med ulike bakgrunns faktorer. Resultatet i studien viser at studentene er mer positiv til homofili en HIV/AIDS. Det er en stor forskjell på resultatene fra land til land, hvor Finland viser best holdning til disse pasientene. Tidligere erfaringer med hiv pasienter var den viktigste faktoren som hadde innvirkning på holdningen til sykepleierstudentene. Studien viser til at det er behov for mer harmonisk undervisning om HIV/AIDS.

Kvåle (2006) – Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det.

En kvalitativ studie som omhandler hvordan utøve god omsorg til pasienter. Artikkelen resulterer i at alle pasienter kan nevne en sykepleier som brydde seg mer om dem en andre. Den omsorgsfulle sykepleieren tar seg tid til å snakke med pasienter som et individ, hun bryr seg og er smilende med en god humor. Beskrivelsen av en omsorgsfull sykepleier er å møte pasienten som et medmenneske og ikke pasienter. Fra pasientens ståsted betyr det mer å bry seg og være til stede, enn å sette av tid.

5.0 Hvordan kan sykepleier bidra til å styrke håpet hos den hiv-positive?

Dette kapittelet vil ta for seg studiene som er nevnt, belyse funnene og drøfte artiklene opp mot valg litteratur. Funnene som skiller seg ut i artiklene som blir drøftet i oppgaven er:

- Informasjon
- Den gode samtalen
- Verdighet
- Sykepleiers personlige egenskaper

5.1 Informasjon

Klotz (2010) forklarer viktigheten av kunnskap om diagnosen for at pasienten skal oppleve en følelse av håp. En sykepleier som er profesjonell, rolig og kompetent er nødvendig når en skal informere den hiv-positive pasienten. Man er lovpålagt å informere pasienter (helsepersonell loven, 1999) om deres helsetilstand. For å kunne gjøre dette er sykepleier nødt til å ha kompetanse og kunnskap om hva HIV-infeksjon er, og hva det innebærer å være hiv-positiv. Klotz (2003) skriver at for å opprettholde eller skape håp til pasienten, må man være ærlig om diagnosen og den informasjonen man gir. Man skal ikke pakke inn og pynte på informasjonen, det skal være realistisk. Thornquist forklarer og viktigheten av gode omgivelser når en skal videreformidle informasjon. Man må tilpasse omgivelsene, slik at en god atmosfære bli skapt. Dette kan en gjøre ved å trekke seg tilbake på et stille, innbydende rom hvor en ikke bli forstyrret, slik at en opprettholder en god samtale. Thornquist sier og at sykepleier har et moralsk og etisk ansvar for å møte pasienten på hans premisser (Thornquist, 2009). Det er viktig at pasienten føler seg ivaretatt, slik at håpet kan vokse frem (Klotz, 2010).

En profesjonell sykepleier er viktig for at pasienten skal oppleve håp (Klotz, 2010). Dette kan en vise gjennom prosedyre kunnskap, som for eksempel at en kan legge en pvk på første forsøk. Travelbee skriver at en profesjonell sykepleier er en som har utdanning fra en høgskole og som bruker seg selv terapeutisk. Sykepleieren må være i stand til å tenke, ha fakta og kunnskap om begreper og prinsipper (Travelbee, 1999). En sykepleier som hele tiden forklarer og demonstrerer hva hun gjør, viser at hun vet hva hun driver med som betrygger

pasienten. En sykepleier som har en faglig tilstedeværelse vil opprettholde håpet til pasienten (Klotz, 2010).

Eide & Eide (2008) hevder at ved god informasjon kan en utelukke eventuelle misforståelser som pasienten måtte ha om diagnosen. Man kan ta en hiv-positiv i hånden og gi pasienten en klem uten å være i risiko for smitte. Travelbee (1999) sier og at man må være åpen for at pasienten kan stille spørsmål om diagnosen slik at usikkerhet kan reduseres. Klotz (2010) skriver og en sykepleier som kan svare på eventuelle spørsmål, forklare og undervise vil være med på å styrke håpet. Mange har nok en formening om hva det innebærer å være hiv-positiv, som ofte ikke stemmer helt med virkeligheten. Pasienten vil reflektere over liv og død, og har da et stort behov for informasjon etter en er blitt bekreftet hiv-positiv. Sykepleier har ansvar for å utelukke eventuelle misforståelser rundt det å være hiv-positiv. Det er da viktig at en har god kunnskap om diagnosen og hva det vil innebære å ha sykdommen, slik at en kan opprettholde håpet til pasienten. Klotz (2010) skriver videre at å vise at en har tid til å lytte og snakke med pasienten vil og være med på å styrke håpet.

Man skal gi informasjon om diagnosen der og da, men man kan og informere om vegen videre for pasienten, Hampton Atkinson et al., (2009) hevder at har en lett tilgang til helsevesenet og god informasjon vil det redusere håpløsheten og øke mestringfølelsen til pasienten. Som sykepleier kan en da oppfordre pasienten til å ta opp kontakt med andre hiv-positive og andre sosiale grupper slik at pasienten får en forståelse for at en kan leve med diagnosen som gjør at pasienten selv kan håpe om en god fremtid. Rodkjær Ørneborg, Sodemann, Østergaard & Lomborg (2011) skriver i sin artikkel om valget om åpenhet rundt hiv diagnosen som en stressfaktor for pasienten. Det er da viktig at sykepleier tar dette opp med den hiv-positive, slik at pasienten kan vurdere dette og eventuelt ta et standpunkt med tanke på åpenhet rundt diagnosen. Klotz (2010) skriver og om åpenhet rundt diagnosen, og bekrefter at det er viktig å oppmuntre pasienten til å involvere familie og venner, hvor dette kan hjelpe vedkommende i hverdagen.

Klotz (2010) skriver hvordan tillit er viktig for at pasienten kan være åpen med sykepleier. Er pasienten trygg på sykepleier vil dette føre til at en kan kommunisere åpent med hverandre. Helsepersonelloven (1999) § 21 forklarer hovedregelen om taushetsplikt, som sykepleier skal en hindre at andre får tilgang til eller kjennskap til folks sykdomsforhold og helsetilstand. Campbell (2011) skriver og at det er viktig at sykepleier overholder taushetsplikten, slik at

pasienten har tillit til den som skal utøve pleien. Kylmä, Vehviläinen-Jalkunen & Lähdevirta (2000) hevder i sin studie at når pasienten ikke har tillit til helsepersonell vil det føre til redusert håp og håpløshet. Travelbee (1999) skriver at for å være i stand til å håpe må pasienten ha tillit til at andre vil ham vel og ønsker å hjelpe ham.

5.2 Den gode samtalen

Lorentsen (2003) hevder at kommunikasjon handler ikke bare om å lytte. Måten man kommuniserer på, er viktig i forhold til å styrke pasientens håp. Lorentsen (2003) skriver videre at enkle ord for trøst, eller ord for å gi pasienten opplevelse av håp er ikke noe som styrker håpet til pasienten. Sykepleier må vise gjennom kommunikasjon at en ser pasienten som et individ, og lytter til han. Dette er og noe Klotz (2010) understreker. Travelbee (1999) skriver og at det er enkeltmennesket som skal stå i fokus, ikke lidelsen. Det er da viktig at sykepleier har gode ferdigheter innenfor kommunikasjon. Man må være bevisst på eget kroppsspråk og hvilke signaler en sender ut til pasienten. Det er viktig at , pasienten ikke misforstår sykepleier, i og med at det er viktig informasjon som skal bli gitt.

Ekeland (2007) forklarer at god terapeutisk kommunikasjon innebærer at en har evne til å se pasienten som et subjekt. For å i det hele tatt å kunne opprette en mellom menneskelig relasjon med en pasient, må sykepleier vise sympati og empati. Sykepleier skal bruke seg selv terapeutisk med fornuft og intelligens, dette krever disiplin, selvinnsikt, fornuft, logikk, samt empati og medfølelse (Travelbee, 1999). Gode samtaler med pasienten har og terapeutisk funksjon i seg selv (Lorentsen, 2003). Det er gjennom kommunikasjon man blir kjent med pasienten. Lorentsen (2003) skriver videre at dette gir grunnlag for forståelse og klarhet i diagnosen, som reduserer frykten. Når frykten er borte kan håpet komme frem.

Fjørtoft (2006) mener det er sykepleierens ansvar å legge opp til den gode samtalen. Eide & Eide (2007) forklarer at man må observere og tolke de verbale og nonverbale signalene fra pasienten, og møte pasientens behov. Dette er og noe Lorentsen (2003) understreker, man må være åpen for vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål. Som sykepleier må man tåle å bære pasientens krise og depresjon. Klotz (2010) skriver at det å være åpen med pasienten om tro og det åndelige vil være med på å støtte opp håpet. Eide & Eide (2007) skriver at man må være villig til å snakke med pasienten om eksistensielle spørsmål, i og med at det åndelige kan være viktig for å håpe. Derfor kan det være vanskelig å være sykepleier i slike

situasjoner, man må kjenne seg selv som person, og vite hvordan en selv ser på livet, håp og lidelse for å kunne hjelpe pasienten best mulig. Man må møte pasienten der han befinner seg, og tilfredsstille hans behov. (Eide & Eide, 2007).

For mange kan det være vanskelig å snakke med familie og venner om en slik diagnose og det sjokket en får når en får vite at en er hiv-positiv. Det er da viktig at sykepleier tilbyr seg til å være til hjelp og kan være en god samtalepartner. Kommunikasjon er et middel i seg selv, men og et middel i en prosess for å oppfylle sykepleierens mål, som her vil være å opprettholde håpet til pasienten.

Som sykepleier skal man ikke bare kommunisere med pasienten, men skal og ha god kontakt med leger, slik at behandlingen blir optimal. Viser sykepleier at samarbeidet mellom pleierne og legene på avdelingen er god, vil dette berolige pasienten og være med på å styrke håpet om en fremtid (Klotz, 2010). Rustøen (2004) skriver at for å opprettholde håpet, kan sykepleier oppfordre pasienten til å snakke med familie og venner om vanskelighetene. Det å være aktiv, slik at en kan tenke på noe annet er og vesentlig. For noen hjelper det å søke trøst i religion og å snakke om følelsene (Klotz, 2003).

5.3 Verdighet

Klotz (2010) skriver i sin studie for at å kunne opprettholde håpet til pasienten må sykepleier behandle pasienten med respekt og vise aksept for pasienten og situasjonen. Man må behandle pasienten som et vanlig menneske, og som et levende menneske ikke et døende. Dette er for at pasienten skal kunne håpe om en god fremtid (Klotz, 2010). Travelbee skriver at for at pasienten skal kunne opprettholde håpet, må en bli behandlet som et verdifullt individ med respekt. Derfor tar Travelbee (1999) avstand fra rollebegrepet pasient, man skal hjelpe individet, mennesket bak diagnosen.

Pasienten opplever aksept når sykepleier viser mildhet og kan ta i pasienten på en vennlig måte. De ekstra små tingene har noe å si når pasienten skal føle seg akseptert av sykepleier. Dette kan være små ting som å bøye litt på regler med tanke på visittid (Klotz, 2010) og å bli tatt på, som viser at sykepleier ikke er redd pasienten (Campbell et al., 2011). Pasienten vil føle verdighet når han og eventuelt partner blir behandlet som alle andre. Aksept og verdighet har stor betydning for at pasienten vil oppleve håp og tillit til sykepleier. Det er viktig at

pasienten opplever at han er satt pris på som menneske og har og noe å bidra med (Klotz, 2010). Sykepleier må være bevisst hvilke signaler hun sender ut da det hører mye stigmatisering og skyldfølelse til det å være hiv-positiv.

Lorentsen (2003) skriver om viktigheten av å bekrefte pasientens verdi. Suomine et al., (2009) skriver i sin artikkel om hvordan sykepleierstudenter som viser et genuint ønske om å ta vare på pasienten med respekt for menneskeverdet og med en sensitiv tilnærming, får pasienten til å føle seg akseptert. Studien viser at det fortsatt er vanskelig å være hiv pasienten, hvor ikke alle får den respekten de fortjener på grunn av diagnosen. (Suomine et al., 2009).

5.4 Sykepleiers personlige egenskaper

Klotz (2010) trekker frem hvordan sykepleiers personlige egenskaper har innvirkning på håpet til pasienten. En sykepleier som er smilende og har en positiv holdning til pasienten vil automatisk bidra til å opprettholde håpet. En som håper, er en som ser en løsning på situasjonen (Campbell et al., 2011). Dette er noe Travelbee (1999) og understreker, den som har håp er fremtidsorientert og ser en vei ut av lidelsen. Lorentsen skriver at opplevelsen av noe godt er viktig for å kunne håpe. Hun skriver videre at sykepleier spiller en vesentlig rolle med tanke på å styrke pasienten håp, og i verstefall svekke pasientens håp (Lorentsen, 2003). Dette er noe som Klotz (2010) og nevner i sin artikkel. Sykepleier som er dømmende, unnviker pasienten og behandler pasienten nedvergende bidrog til å svekke pasientens håp.

Lorentsen (2003) skriver om de personlige egenskapene til sykepleieren. Det er de små tingene en gjør som er viktige. Det gode håndlaget som viser at en har et ønske om å ta vare på pasienten. Klotz (2010) forteller om viktigheten av de små tingene en gjør for pasienten, som bidrar til håp. Som tidligere nevnt er det viktig å se pasienten som et individ, som et medmenneske. Det er da viktig at sykepleier ser og lytter til pasienten, men og ser pasienten i øynene under kommunikasjon og bruker fornavnet til pasienten under tiltale (Klotz, 2010). Pasienten vil da føle seg sett og behandlet som en vanlig person, og ikke bare en pasient. Sundkvist & Sjaastad (2000) skriver at det å lytte til pasienten betyr at all oppmerksomhet er rettet mot pasienten. Man må være interessert og konsentrert til stede. Man skal høre hva pasienten formidler og ikke bare hva han sier. Travelbee (1999) understreker dette med å forklare at det er mennesket som søker hjelp fra sykepleieren, ikke bare pasienten.

Som sykepleier må man se pasienten som et individ (Ekeland, 2007). Travelbee (1999) hevder man må se pasienten som et subjekt. Skal man kunne se pasienten, må man være til stede både fysisk og psykisk. Klotz (2010) legger stor vekt på det å være tilstede psykisk, ikke bare når pasienten «ringte» for det, men og når pasienten trengte det uten å be om det. Er sykepleier kun til stede fysisk, vil dette føre til redusert håp hos pasienten. (Klotz, 2010). Lorentsen (2003) skriver at det psykiske nærværet vil bekrefte pasientens verdi. Når pasienten føler seg sett og hørt, vil dette igjen føre til tillit til sykepleieren.

Å gi pasienten håp handler ikke bare om det å si noe, men og om å lytte til lidelsen (Lorentsen, 2003). Campbell et al., (2011) hevder at man må være interessert i å bli kjent med pasienten og hvordan han lever sitt liv. Man må vise forståelse for deres vanskelige situasjon, og sørge med pasienten (Klotz, 2010). Som sykepleier møter man mange mennesker i ulike livssituasjoner, det er vanlig for sykepleier å møte pasienter som har det tøft, er døende og lignende. Det er viktig at sykepleier reflekterer og setter av tid til ettertanke slik at pasienten ikke bare blir et objekt på et samleband. For å opprettholde håpet til pasienten er det viktig at en ikke ser på pasienten som kun en jobb en skal fullføre (Klotz, 2010).

Kvåle (2006) konkluderer i sin artikkel med at den gode omsorgsfulle sykepleieren er ikke alltid den som setter av tid til samtaler, men den som og stopper og viser interesse for pasienten som medmenneske og enkelt individer. Dette er og noe som Travelbee (1999), Klotz (2010) og Lorentsen (2003) legger stor vekt på, dette er noe som er uhyre viktig for at pasienten skal ha troen på at han kommer seg ut av situasjonen og at fremtiden ser lys ut. Disse små tingene sykepleier gjør og det å se mennesket bak diagnosen viser seg å være grunnleggende i god omsorg og for at pasienten skal oppleve håp. Litt ekstra omtanke i en travel hverdag og litt ekstra oppmerksomhet, da føler pasienten seg sett (Kvåle, 2006).

En sykepleier som er involvert og engasjert i pasienten vil hjelpe med å opprettholde håpet Campbell et al. (2010). Man må vise pasienten empati og at en bryr seg. Pasienten er ikke bare en pasient, men også et individ. Travelbee (1999) skriver at for å kunne opprette en mellommenneskelig relasjon må man vise sympati og empati for den hiv-positive. Travelbee skriver også om å hjelpe pasienten til å finne mening i lidelsen, hvor lidelse fremmer personlig vekst. Det er sykepleiers mål å hjelpe pasienten til å mestre, bære og finne mening i de erfaringene som følger med det å være hiv-positiv. Ved å understøtte håpet hos pasienten, vil han bedre mestre sin situasjon og sykdom (Travelbee, 1999).

Sykepleier må bruke seg selv til å hjelpe pasienten til å finne håpet i situasjonen (Klotz, 2010). Travelbee (1999) skriver og mye om hvordan sykepleier må kunne bruke seg selv terapeutisk, sykepleier må bruke personlighet bevisst til å skape gode relasjoner med pasienten. Sykepleieren må ha innsikt og forståelse i egen og andres situasjon.

En sykepleier som opprettholder håpet til pasienten er positiv og smilende, men har og kunnskap og innsikt i hva pasienten går gjennom (Klotz, 2010). Sykepleieren må være tilstede både fysisk og psykisk og respektere pasienten som et individ og et likeverdig menneske (Lorentsen, 2003). Sykepleier må være bevisst på egne holdninger og hvordan en tilnærmer seg pasienten (Cutcliffe, 1996). Gjennom det gode håndlaget (Lorentsen, 2003) og de små tingene viser man at man ser individet. Sykepleieren som viser interesse, empati og forståelse opprettholder håpet til den hiv-positive pasienten.

6.0 Avslutning

Denne oppgaven har vist at pasienter som får diagnosen hiv-positiv, har stort behov for å oppleve følelsen av håp, for å bedre kunne mestre sin sykdom. Hensikten med oppgaven var å finne ut hva sykepleier kan bidra med for å opprettholde håpet til pasienten.

Etter å ha lest relevant litteratur og mange forskningsartikler om hiv og håp, har det vist seg at informasjon, kommunikasjon og respekt av medmennesket går igjen i studiene. Mest av alt er det sykepleier sine personlige egenskaper som bidrar til at pasienten ser en løsning på situasjonen og håpet om en bedre fremtid. Informasjonen må gis på en måte slik at pasienten føler seg ivaretatt. Informasjonen må også være forståelig og tilpasset pasienten. Når sykepleier gir informasjon er det viktig at en ser individet og ikke pasienten.

For å kunne gi god informasjon er kommunikasjon viktig. God kommunikasjon er avgjørende for at pasienten skal opprettholde håpet. God kommunikasjon hvor sykepleier lytter til hva pasienten formidler og ikke bare hva som blir sagt. Sykepleier må bruke seg selv terapeutisk i samhandling med pasienten, og de gode samtalene mellom sykepleier og pasient vil i seg selv være terapeutiske.

Sykepleiers personlige egenskaper er det som er mest avgjørende for at pasienten skal oppleve en følelse av håp. Håp handler om så mye mer enn konkrete tiltak og ord. Det er hvordan ordene blir sagt, hvordan sykepleier formidler informasjonen og den positive holdningen til sykepleieren. Viser sykepleier at hun har kunnskap og kompetanse, samt respekterer pasienten som et individ og våger å ta på og ha øyekontakt vil dette bidra til håp hos den hiv-positive. De små tingene sykepleier gjør for at pasienten skal føle seg akseptert og verdifull som et menneske er avgjørende for at den hiv-positive bevarer håpet.

Håp er viktig for å kunne mestre situasjonen. Håp om at medisinene vil virke, håp om en normal levealder, håp om et normalt samliv, håp om å bli godtatt. Som sykepleier har en et stort ansvar for å opprettholde håpet til pasienten.

7.0 Referanseliste

Atkinson, J. H., Higgins, J. A., Vigil, O., Dubrow, R., Remien, R. H., Steward, ... Grant, I. (2009). Psychiatric context of acute/early HIV infection. The NIMH multisite acute HIV infection study: IV. *Aids and Behavior*, 13(6): 1061-1067.

Brænden, B.T., Persson, K. & Aanerud Wiese K. (1988). *Fra hiv til aids. Pleie og omsorg til hiv- og aids-pasienter*. Drammen: Pagina forlag.

Bjørk, I. T. & Solhaug, M. (2009). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie: En ressursbok*. Oslo: Akribe.

Campbell, C., Scott, K., Madanhire, C., Nyamukapa, C., & Gregson, S. (2011). A “good hospital”: Nurse and patient perceptions of good clinical care for HIV-positive people on antiretroviral treatment in rural Zimbabwe- A mixed-methods qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(2): 175-183.

Cullberg, J. (2007). *Mennesker i krise og utvikling*. Oslo: Universitetsforlag.

Cutcliffe, J. (1996). Critically ill patients' perspectives of hope. *British Journal of Nursing*, 5(674): 687-690.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2008). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.

Ekeland, T. J. & Heggen, K. (2007) *Meistring og myndiggjering – reform eller retorikk*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Ekeland, T.J. (2007) Rammer for meistring. I: T. J. Ekeland & K. Heggen. (Red.), *Meistring og myndiggjering – Reform eller retorikk* (1.utg.) (s. 13-28). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Fjørtoft, A. K. (2006). *Hjemmesykepleie – Ansvar, utfordring og mulighet* (1.utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Folkehelseinstituttet. (2010, 7. februar). *Hiv infeksjon/AIDS*. Hentet 6. januar 2012 fra: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_6039&MainArea_5661=60390:15,5078:1:0:0:::0:0&MainLeft_6039=6041:82756::1:6043:54:::0:0

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.

Gjengedal, E. & Hanestad, B.R. (2007). Om kronisk sykdom. I: E, Gjengedal. & B, R, Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom- en varig kursendring* (s.10-26). Oslo: Cappelen Forlag.

Heggen, K. (2007). Rammer for meistring. I: T. J. Ekeland & K. Heggen. (Red.), *Meistring og myndiggjering – Reform eller retorikk* (1.utg.) (64 - 82). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. av 02. juli 1999 nr. 64*. Hentet 27. januar 2012 fra: http://lovdata.no/cgi - wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl - 19990702 - 064.html&emne=helsepersonellov*&&

Hiv i Norge. (u.å.) *Hva er hiv?* Hentet 9. januar 2012 fra: <http://www.hivnorge.no/id/150>

Holme, I. M. & Solvang B. K. (1996). *Metodevalg og metodebruk*. Oslo: Tano

Holm, S. & Kummeneje, I. (2009). *Pre- og postoperativ sykepleie: Med dagkirurgi* (2. utgave). Bergen: Fagbokforlaget.

Hummelvoll, J. K. (2006) *Helt: ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Klotz, L.K. (2010). Hope in relation to nursing interventions for HIV-infected patients and their significant others. *Journal of the association of nurses in aids care*, 21(4): 345-353.

Kristoffersen N.J. (2008). Stress, mestring og endring av livsstil. I: N.J, Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug. *Grunnleggende sykepleie Bind 3 (s.206-219)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kvåle, K. (2006). Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det. *Vård i Norden*, 26(1): 15-19

Kylma, J., Vehvilainen-Julkunen, K., & Lahdevirta, J. (2001). Hope, despair and hopelessness in living with HIV/AIDS: A grounded theory study. *Journal of advanced nursing*, 33(6): 764-775.

Lorentzen, V. B. (2003). Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp? *Sykepleien*, 91(21): 38-41.

Malterud (2001). Sjekkliste for kritisk lesing av kvalitative studier. *The Lancet*. Vol 358, august 11, S. 485.

Manum, O. A. (2011, 30. mai). *Statistikk*. Hentet 6. januar, 2010 fra: <http://www.hivnorge.no/id/921>

Olsson, H., & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Pasientrettighetsloven (1999). *Lov om pasientrettigheter av 02. juli 1999 nr. 63*. Hentet 27. januar 2012 fra: <http://www.lovdatab.no/all/tl - 19990702 - 063 - 003.html#3 - 2>

Regjeringen, (2012). *Aksept og mestring Nasjonal hivstrategi*. Hentet 13. januar 2012 fra: <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Aksept%20og%20mestring-Nasjonal%20hivstrategi.pdf>

Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Rodkjær, L. Ø., Sodemann, M., Østergaard, L. & Lomborg, K. (2011). Overvejelser om åbenhed om hiv-status: Mestring av sykdomsrelatert stress hos hiv-positive. *Sygepleiersken*, 111(19): 59-64 66-68.

Rustøen, T. (2004). *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleiere?* Oslo: Gyldendal Akademisk.

Spurkeland, J. (2006). *Relasjonskompetanse – Resultater gjennom samhandling*. Oslo. Universitetsforlaget.

Sundkvist, L.L. & I. Sjaastad (2000). *Psykologi, psykiatri og kommunikasjon*. Oslo: Forlaget Mbl

Suominen, T., Koponen, N., Staniulienė, V., Istomina, N., Aro, I., Kisper-Hint, I., ... Välimäki, M. (2009). Nursing students' attitudes towards HIV/AIDS patients in Finland, Estonia and Lithuania. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 23(2): 282-289.

Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Zwolski, K. (2001). *Hiv immunopathogenesis*. I: C. A Kirton, D. Talotta & K. Zwolsko. *Handbook of hiv/aids nursing*. (s. 3-41). St. Louis, Missouri: Mosby, Inc.

World Health Organization, (2012). *HIV/AIDS data and statistics*. Hentet 12. januar 2012 fra: http://www.who.int/hiv/data/2011_epi_core_en.png