



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emne namn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001- Bacheloroppgåve

Eksamensform: Heimeeksamen

Leveringsfrist: 18.02 - 2010-02-12

Kandidat nr: 63

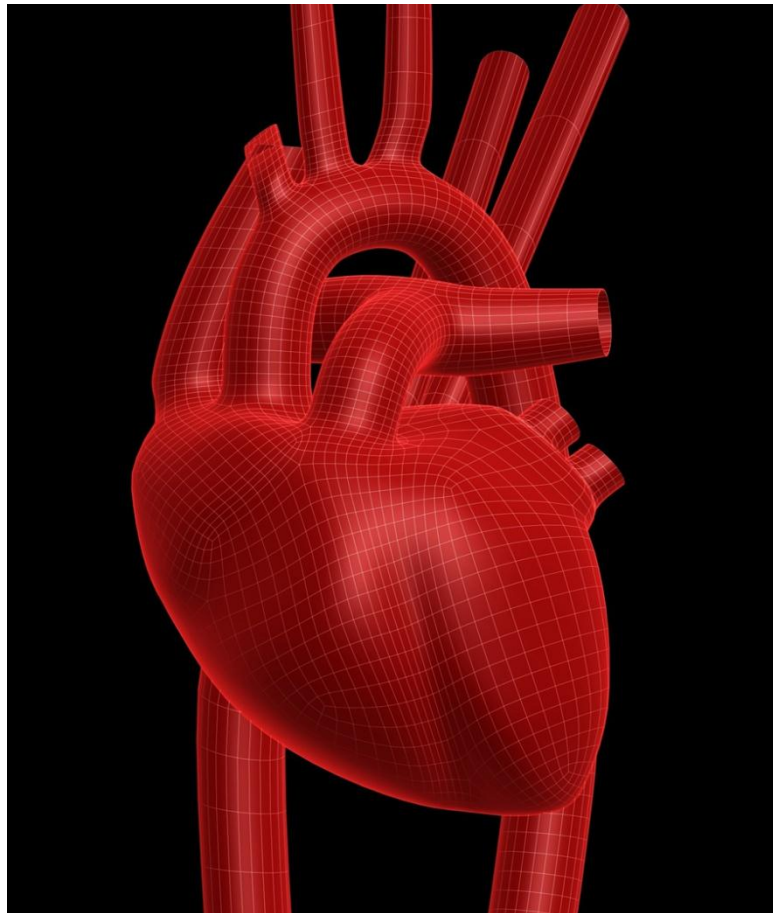
Ord: 7489

SJUKEPLEIEKULL 2007

Meistring etter hjerteinfarkt

Kandidatnummer 63

18.02.2010



Antall ord: 7489

Samandrag

Rundt 15 000 blir ramma av hjarteinfarkt årleg. Og det er den sjukdommen som tar flest liv i Noreg. Symptoma på hjarteinfarkt er alvorlege og skremmande, og mange opplev angst og frykt i samband med desse. Etter infarkt opplev mange krise, og har problem med å løyse dette åleine. Meistring er noko me gjer heile tida, ein kan sei at livet er å meistra. Nokon situasjonar blir for vanskeleg for enkelte å handtera, og ein tar i bruk meistringsstrategiar.

Hensikta med studie er å sjå kva måtar sjukepleiaren kan hjelpe pasienten å meistra tida etter han har opplevd eit hjarteinfarkt.

Metoden som er brukt er litteraturstudie. Og all litteratur er henta frå bøker og forskning som allereie er forska på.

Det viser seg i funna av artiklane at tida etter hjarteinfarkt er fylt med mange kjensler og psykisk utmatting, som gjer tida vanskeleg. Informasjon er eit av dei tinga pasientane ynskjer når dei er innlagt på sjukehus, og mange saknar meir informasjon etter dei er kommen ut, til å være meir forberedt på dei kjenslene som kjem. Individuell undervisning er og sentralt for meistring. Mange gav og utrykk for at støtta var viktig i prosessen etter hjarteinfarkt.

Abstrackt

Around 15 000 are victims of acute myocardial infarction annually. And it is this disease that takes most life in Norway. Symptoms of myocardial infarction are serious and frightening, and many experience anxiety and fear in connection with these. After the infarct many experience crisis, and have problems with solving this alone. Coping is something we do all the time, one can say that life is coping. Some situations are too difficult for some to handle, and one makes use of coping strategies.

The aim of the study is to see what ways nurse can help the patient to cope the time after he experienced an acute myocardial infarction.

The method used in this study is a literature study. And all literature is fetched from books and research that is already researched on.

It turns out the results of the articles shows that the period after myocardial infarction is filled with many emotions and mental fatigue, which makes this time difficult. Information is one of the things patients want when they are admitted to hospitals, and many miss more information after they are discharged, to be more prepared for the feelings that are coming. An individual lesson is also central to coping. Many also expressed that support was important in the process after myocardial infarction.

Innhold

Samandrag.....	i
Abstrackt	ii
1.0 Innhald.....	1
1.1 Grunngeving for val av tema	1
1.2 Presentasjon av problemstilling	1
1.3 Presisering av problemstilling	1
1.4 Føremål med oppgåva.....	2
2.0 Teori.....	3
2.1 Definisjon av sjukepleie.....	3
2.2 Hjarteinfarkt	3
2.2.1 Reaksjonar på Hjarteinfarkt.....	4
2.2.2 Symptom ved hjarteinfarkt	4
2.3 Meisting.....	5
2.3.1 Omgrepet meistring	5
2.3.2 Moglegheit for meistring.....	6
2.3.3 Meistrings teori	6
2.4 Informasjon	7
2.4.1 Rett til informasjon.....	8
2.5 Pasient undervisning	8
2.5.1 Didaktisk Relasjonsmodell.....	9
2.6 Å oppleve kriser.....	10
2.7 Støtte	11
2.8 Sjukepleiarteoretikar	12
3.0 Metode	13
3.1 Litteraturstudie.....	13
3.2 Litteratursøket.....	14
3.3 Etske Aspektar	14
3.4 Val av kriterium	15
4.0 Presentasjon av Artiklar	16
Artikkel 1	16
Artikkel 2	16
Artikkel 3	16
Artikkel 4	17

Artikkel 5	17
5.0 Drøfting	18
5.1. Informasjon	18
5.2 Meistring og kriser.....	21
6.0 Avslutning.....	25
Litteraturliste.....	I

1.0 Innhald

1.1 Grunngeving for val av tema

Det er blitt sagt av ein erfaren kardiolog at etter eit hjarteinfarkt har pasienten større problem i sinnet, enn i hjarta. Sjølv om fysiske og psykiske problem ikkje så lett kan vegast opp mot einannan, understrek utalinga kor viktig det er å forstå hjartesjukdommen som ei totaloppleving for pasienten(Mæland, 2006).

Eg har valt å skriva om meistring etter hjarteinfarkt i denne oppgåva. Dette temaet blei eg interessert i når eg var i praksis ved hjarteovervakinga. Praksisen gjorde meg merksam på korleis personar opplever det å ha hatt eit hjarteinfarkt. Personar som blir innlagt på sjukehus, som følgje av eit hjarteinfarkt får livet deira endra brått og ofte utan forvarsel. Det kan komme mykje angst og uro i følgje med den opplevinga pasienten får av forandring av livssituasjonen dei opplev. Og gjer utrykk for å kjenna seg utrygge for at eit nytt infarkt skal kome. I oppgåva vil eg leggje vekt på korleis sjukepleiar kan hjelpa pasienten til å komma seg etter eit hjarteinfarkt, med fokus på meistring. Dette temaet håpar eg å hjelpa meg til å uttøva god sjukepleie til denne gruppa pasientar.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Problemstillinga mi er :” Korleis kan sjukepleiar være med å hjelpa pasientar til å meistra tida etter hjarteinfarkt?”

1.3 Presisering av problemstilling

For å minska størrelsen på oppgåva velgjer eg å fokusera på tida pasienten framleis er på sjukehus, eller i samband med sjukehus. Eg tar utgangspunkt i pasientar som har moglegheit til å kommunisera og bidra til eiga meistring. Fokuset kjem til å liggja i større grad hos pasientar som har opplevd hjarteinfarkt som alvorleg.

1.4 Føremål med oppgåva

Føremålet med oppgåva er å undersøke korleis sjukepleiaren kan hjelpe pasienten med å meistra tida etter eit hjartefarkt. Korleis sjukepleiaren kan gå fram og kva pasientane opplever som viktig i denne tida. Føremålet for min eigen del å auka min kompetanse på området meistring i forhold til kriser i livet. Dette er eit tema eg har liten kunnskap om, men som eg ser i praksis har nytteverdi. Meistring er eit tema som er aktuelt på fleire områder.

2.0 Teori

2.1 Definisjon av sjukepleie

Travelbee definerar sjukepleie slik: *"Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaring med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene"* (Sitert i Travelbee, 2001. s. 29).

2.2 Hjarteinfarkt

Hjerteinfarkt er den sjukdommen som tar flest liv i Noreg, også i eit globalt perspektiv er hjerteinfarkt ein av dei hyppigaste dødsårsakane (Medisinsk informasjon, 2005. s3). Kvart år blir 15 000 norske kvinner og menn ramma av hjerteinfarkt. Sjukdom i hjarte og kar systemet kan være alvorleg. Nokon opplever ukompliserte infarkt episodar, medan andre kan oppleve sjukdommen som så alvorleg at dei må forandre livet. Personar som opplever store infarkt kan oppleva dette som svært angstfull og med kjensler som for dei fleste er sterke og uvante. Etter eit infarkt er det moglegheitene som må være i fokus og ikkje avgrensingane. Rehabilitering av hjarta må handla om pasienten og ikkje om sjukdommen (Vik, 2004).

Hjerteinfarkt oppstår når eit området av hjarta mistar blodforsyninga heilt eller delvis. Vanlegvis når ei koronararterie tilstoppast. Koronar okklusjon skuldast som regel ein trombedanning i ei forkalka og forsnevra koronararterie, og kjem ofte etter eit rift av ateromatøst plakk. Dette fører til at trombocytane kleber seg til der rupturen er. Denne plutselige tettinga av åra gjer at tilhøyrande hjartemuskelene ikkje får nok oksygen og dør. Etter okklusjon i arterien begynner betennelsesreaksjonen der det daude muskelvevet blir erstatta med bindevev. Denne tilhelingsprosessen tar som regel eit par månader (Jacobsen, 2009).

Det er eit poeng i seg sjølv å fokusera på personen sine ressursar og moglegheiter. Hjertesjukdom hindrar ikkje at ein kan leva livet og nyta det til det fulle. Rehabiliteringa

begynner på sjukehuset, og det som skjer her kan få følgjer i lang tid framover. Bilete pasienten teiknar av sin eigen situasjon, er med å forma hans forventningar om korleis framtida blir. Desse forventningane er ofte avgjerande for det som skjer vidare(Mæland, 2006).

Målsettinga i hjarterehabilitering er å betra prognosen, betra pasienten sin kroppslege, mentale og sosiale funksjon og å auka deira kjensle av velvære og tilfredsheit med livet. Målsettinga bør og inkludere familien. Hjertesvikta rammar ikkje berre pasienten, men og ektefelle eller andre nære familie medlemmar. Ofte vinner hjertepasientar på at familiemedlemmer blir inkludert i tida etter infarkt(Mæland, 2006)

2.2.1 Reaksjonar på Hjarateinfarkt

Reaksjonane på alvorleg hjartesjukdom kan være svært ulike. Pasientane reagerar ulikt, og det er ikkje lett å skilje mellom unormal og normal reaksjonar i ei slik tid. Ved alvorleg hjartesjukdom er det vanleg å få kjenslemessig reaksjonar på det som har skjedd. Dei aller fleste er i stand til å omarbeida vanskane, men nokon blir likevel prega av vedvarande psykiske problem. For desse pasientane er det difor viktig å gje hjelp og støtta så tidleg som mogleg. Når ein blir ramma av alvorleg hjartesjukdom, blir ein stilt over ei rekke psykososiale oppgåver som må meistras eller løysast. For dei fleste går dette greitt, men nokon reagerer dårligare og har difor ein vanskelegare evne til å meistre. Ofte er det ektefellen som må ta affære når problema blir for store. Den næraste familien blir og prega av hjertesjukdomen, og mange kjenner skuld for å slite ut ein ektefelle. Psykologiske problem kan i kjølevatnet av ein hjartesjukdom kan være belastande i seg sjølv, dette kan og ha innflytelse vidare forløpet av hjartesjukdommen (Mæland, 2006).

2.2.2 Symptom ved hjarateinfarkt

Hjarateinfarkt kjennes ved retrosentrale, klemmande smerter og med utstråling til hals eller kjeve og til ein eller begge armene(Simonsen, Aarbakke, Lysa,2007). Smertene liknar på dei

ein kan sjå hos angina pectoris, klemmande trykkande og samansnørande midt i brystet. Men er mykje meir intense og vedvarande. Smertene er i varierende styrke og lokalisering. I tillegg til desse symptoma opptrer ofte kvalme og brekningar. Dei fleste pasientane er engstelig, bleike og kaldsveittande. Ved store infarkt oppstår dyspné eller lungeødem(Jackobsen,2009).

2.3 Meistring

2.3.1 Omgrepet meistring

Meistring handlar om å greie noko på eiga hand, om å takla stress og påkjenningar, krise eller sjukdom slik at ein kjem seg vidare. Ein må ta i bruk dei ressursane ein har for å bedra situasjonen ein er komen i. Det handlar om å ha tilgong på ressursar, til kunnskapar, ferdigheiter, sosiale ressursar, hjelparar eller utstyr, og evna til å utnytta desse. Det kan likevel være vanskeleg å vita kva som er god eller dårleg meistring. Det som for nokon kan oppfattast som dårleg, er for andre bra. Det kjem an på målsetjinga til den som skal meistra(Heggen, 2007). Lazarus og Folkmann definerer meistring som *"(...)stadig skiftende kognitive og handlingsrettede forsøk som tar sikte på å handtere spesifikke ytre og/eller indre utfordringer som blir oppfattet som byrdefulle eller som går utover de ressursene som personen rår over"*(Lazarus og Folkmann sitert i Heggen, 2007, s. 65). Ein kan ikkje sidestilla meistring heilt med problemløysing, sidan det ikkje er alle problem som har ei løysning. Og det handlar difor meir om å kunna meistra muligheiter. Meistring handlar om korleis menneske møter belastande situasjonar(Reitan, 2006).

2.3.2 Moglegheit for meistring

Kva som skal til for å kunne meistra er heilt opp til kvar enkelt, og blir påverka av alder og kjønn, personleg føresetnadar og interesser, motstandskraft mot påkjenningar og tidlegare erfaringar i forhold til stress, kriser og sjukdom. Det spelar og ei rolle over kvar tid i livet motgangen rammar, varigheit og kor kraftig det går utover livet, og det sosiale nettverket personen har. For å kunna oppleve samanheng i det som skjer må sjukepleiaren vera i stand til å forstå situasjonen, ha tru på at ein kan finna fram løysningar og finna god meining i å prøva å finna løysningar(Reitan, 2006).

2.3.3 Meistrings teori

Lazarus og Folkmann har laga ein meistringsteori som omhandlar stress, vurdering og meistring. Der dei seier at meistring er det individet faktisk gjer dersom ein situasjon blir opplevd stressande etter primærvurdering, som er den første vurderinga ein gjer. Mellom primærvurdering og meistring meiner Lazarus og Folkmann at individet gjer nok ein vurdering. Dette inneber at individet meir eller mindre bevisst spør seg sjølv om det er noko som kan gjerast, eller om ein berre må godta situasjonen. Og det er på bakgrunn av denne vurderinga ein meistrar(Hanssen, Natvig, 2007).

Meistring har to hovudfunksjonar, ein problemfokusert og ein kjenslefokusert funksjon. Problemfokusert meistring handlar om informasjon, om kva som må gjerast og utfører handlingar. Desse meistringshandlingane kan enten retta seg mot miljøet personen er i, eller mot personen sjølv. Kjenslefokusert meistring rettar seg mot regulering av kjenslene ein kjenner ved ein stressa situasjon. Ein prøver til dømes å ikkje tenka på trusselen eller revurdera den. Pasienten vil derfor kunne forholde seg svært oppmerksom eller unngåande til sin sjukdom. Når slutninga om den vidare behandlinga er tatt, og det er ikkje lenger noko meir pasienten kan gjera, vil pasienten kunne distansera seg frå den eventuelle risikoen. Eller han kan overbevise seg sjølv om at den behandlinga som er rett er den rette(Lazarus, Folkmann 2006). Kjenslemessig fokusering handlar om å endra eller handtera kjensler i

forhold til belastninga(Hanssen, Natvig, 2007)).

Undervegs i meistringa føretar ein, ein tredje type vurdering, om kor hensiktsmessig meistringstrategien fungerer, og om situasjonen er slik som ein tidligare opplevde. Dersom vurderinga viser at situasjonen er blitt annleis kan ein gå tilbake å ta nye sekundær og primærvurderingar. Meistringa fører til både kortsiktige og langsiktige konsekvensar. Kortsiktige konsekvensar er dei ein merkar tidleg, og kan være negative eller positive kjensler og det faktiske kvalitative resultatet. Langsiktig konsekvensar handlar meir om livskvalitet og helse. Og korleis ein ser resultatet av dette(Hanssen, Natvig, 2007).

Lazarus og Folkmann klassiske teori er blitt vurdert å innehalde faktorar som er viktige i mange samanhengar, også sjukepleie. Å framheva at stress og meistring oppstår i ein relasjon mellom person og miljø, får ein framheva at individet alltid må betraktast frå der han står, den situasjonen han er i. Ein må difor alltid ta utgangspunkt i den enkelte personen sin oppfatning av situasjonen. Det er den enkelte som avgjer om situasjonen han er i er stressande eller ikkje(Hanssen, Natvig,2007).

2.4 Informasjon

Usikkerheit er eit av dei viktigaste årsakene til at menneskjer føler seg trua. Fleire studiar har vist at manglande informasjon om diagnose og behandling er noko av det som skapar mest angst under eit sjukehus opphald. Store delar av dei som har vært innlagt i sjukehus opplever å være i ein kortare eller lengre periode i ei krisetilstand, som igjen påverkar evna til å oppfatta og hugsa informasjon som blir sagt. Pasienten konsentrerer seg i byrjinga om å spara kreftene til å halda tankar og kjensler under kontroll. Og det blir mindre tid og krefter til overs å handtera dei meir langsiktige problema pasienten står over. Pasienten finn seg difor i ein situasjon som er her og no, men vil gradvis orientera seg om realiteten han står overfor. Å meistra den nye situasjonen er ei ny utfordring og inneber læring og utvikling. I denne samanheng har sjukepleiaren viktige oppgåver i forhold til samtale og undervisning(Fagermoen, 2007).

2.4.1 Rett til informasjon

Lov om pasientrettighet seier at pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innhaldet i helsehjelpa. Pasienten skal også informerast om mogleg risiko og biverknad(Pasientrettighetslova, 1999). Bak plikta ligg det generelle omsynet som pasienten skal kunna veta om det som gjeld ein sjølv, og om det som på kort eller lang sikt er viktig for å kunna planlegga eller ha oversikt over sitt eige liv(Molven, 2006).

Helsepersonell lova seier at den som yt helsehjelp skal gje informasjon til den som har krav på det etter reglar i pasientrettighetslova §3-2 til §3-4(Helsepersonelllova, 1999).

2.5 Pasient undervisning

” Pedagogikk er læra om forholdet mellom pedagog, målgruppe og innhald”(Røyrvik sitert i Tveiten, 2008, s.) Tidlegare handla definisjonen om pedagogikk, om læra oppdraging og undervisning. På bakgrunn av samfunnsutvikling har definisjonen forandra seg. Omsorg og vegleiiing er nye fokus områder når det gjeld å læra vekk fag. Pedagogikk er ikkje lenger berre er retta mot barn og unge i skulen, men vidare i livet og det ein kjem borti her. Prosessen er retta mot den som skal lære og pedagogen skal legge til rette for at dei aktivitetane ein tar i bruk for å læra fører til målet. Pedagogikk som fag omfattar alt som har med læring, utvikling, undervisning og oppdraging å gjera(Tveiten, 2008).

Definisjonen om pedagogikk passar i mykje større grad til sjukepleiaren sin pedagogiske funksjon. Hensikta med den pedagogiske verksamheita til sjukepleiaren er at menneske utviklar eller vidareutviklar meistringskompetansen sin. Pedagogen skal leggja til rette for å oppnå mål, med dette kan sjukepleiaren leggja til rette for oppnå meistring med informasjon, vegleiiing og undervisning.

Sjukepleiaren sin pedagogiske funksjon inneber alle vurderingar, konkrete gjeremål og handlingar sjukepleiaren har ansvar for som har som hensikt å leggja til rette for oppdraging, læring, vekst, utvikling og meistring hos pasientar, klientar, pårørande ,studentar og kollegaer(Tveiten, 2008).

2.5.1 Didaktisk Relasjonsmodell

Røyrvik deler pedagogikken inn i forskjellige disipliner, der didaktikk er ein av dei. Omgrepet didaktikk kjem av gresk og tyder læring, undervisning, klargjering og bevis. Det dreiar seg om undervisninga sin "kva og korleis"(Tveiten, 2008). Når ein tilegnar seg kunnskap om korleis ein skal undervisa pasientar og pårørande er det viktig å trekke fram didaktikk. Didaktikk er ein liten del av pedagogikkfaget. I undervisningssituasjonar kan det være til hjelp å bruke didaktiske begreip. Det vil seie omgrep frå undervisningslæra og bruke dei i ein sjukepleiar samanheng som eit verktøy for korleis ein skal legge opp undervisninga. Den didaktiske relasjonsmodellen inneheld desse omgrepa kartlegging av pasienten sine læreføresetnadar, kartlegging av rammefaktorar, mål for undervisninga, val av innhald, val av undervisningsmetodar og evaluering av undervisninga. Ein brukar desse hovudområda til å planlegge og strukturere undervisninga. Modellen peikar på at undervisninga må sjåast på som ein heilskap, og at ein må tenke på fleire relasjonar samtidig(Granum, 2003).

Kartlegging av pasienten sine læreføresetningar er hensiktsmessig for å finna ut kva kunnskapar pasienten har behov for, for å kunna meistra sin nye situasjon, og oppnå betre helse. Måla sin funksjon handlar om kva som er hensikta med undervisningssituasjonen. Kva ein ynskjer å oppnå, altså kva må pasienten veta, kva han ynskjer å veta og kva han eventuelt bør veta. Deretter vil mål gje peikepinn på val av innhald og undervisningsmetode. Innhald blir valt ut frå pasientens sitt behov, interesse eller tid som er til rådighet. Ein bør og ta omsyn til vanskelegheitsgrada i stoffet. Spesielt viktig er det å ta utgangspunkt i pasienten sin forståing av sin situasjon. Undervisningsmetodar kan være korleis ein legg informasjonen eller det pasienten skal lære fram for pasienten. Enten som for eksempel dialog, demonstrasjon eller gruppesamtalar. Bevisste framgangsmåtar eller arbeidsmåtar u

undervisningssamanheng. Etter den tilrettelagde undervisninga må ein evaluere korleis det gjekk. Kva pasienten har forstått eller om han har forstått innhaldet(Granum, 2003).

2.6 Å oppleve kriser

Før eller seinare i livet vil alle menneskjer oppleve store og små kriser. Det er ein naturleg del av det å være menneske, og livet. Det er forskjellige situasjonar som utløyer kriser, men fellesnemnaren er at den som er ramma av krise opplever på eit eller anna området tap. Tap av for eksempel andre, av funksjon og av nettverk. I ein psykologisk samanheng blir kriser sett på som når ein er i ein livssituasjon som overstig sin evne til å meistre. Cullberg beskriv krise som ” *ein livssituasjon hvor våre tidlige erfaringer og innlærte reaksjoner ikkje er tilstrekkelig til å forstå og beherske den aktuelle situasjonen*” (Sitert i Renolen, 2008, s. 164). Han skil og mellom utviklingskriser og traumatiske kriser. Der traumatiske kriser er plutselige og uventa vanskelige ytre påkjenningar, som tap av nær familie, ulykker og naturkatastrofar. Sjølv om han avgrensar traumatiske kriser til ytre påkjenningar, omtalar han og alvorleg sjukdom som ei traumatisk krise. Kven som blir ramma av kriser er svært person og situasjons avhengig. Nokon er i stand til å takle store og alvorlege kriser, medan andre er mindre tolerante i forhold til forandringar og motgang. Støtta frå sosiale nettverk viser seg å ha stor betydning for å handtera ei krise(Renolen, 2008).

Me lever i ein stadig balanse mellom det me klarar og det me ikkje klarar. I periodar vil denne balansen bli trua. Krise angrip opplevinga av meining. Og utløyer sterke opplevingar av kaos og meningsløyse. Deretter opptre ofte angst, som eit svar på den kjensle messige og forstandsmessige mangel på forståing. Angsten i situasjonen fører til at menneske tar i bruk ulike former for forsvarsmekanismar, som gjer at ein slepp å ta inn heile betydninga av krise sitt omfang med ein gong. Desse reaksjonane hjelper personen å omarbeida krise på ein meir hensiktsmessig måte(Hummelvoll,2005).

Kriseramma personar treng å få utløp for dei kjenslene som krise har utløyst. Og den ekstensielle omarbeidinga bør gjennomførast ved at ein forstår og aksepterer det som har skjedd. Og revidera verdiar og tolkingsmønster for å kunna fortsetta å leva på ein fullverdig måte. For å klara denne prosessen er det viktig med sosial støtte, frå enten nær familie og

vener, eller frå det profesjonelle hjelp apparatet(Hummelvoll, 2005).

Det kan være lett å forstå at ein alvorleg diagnose kan gje sterke kjensle messig reaksjonar og utløyse frykt og angst for å dø, frykt for smertefulle behandlingar eller smerter knytt til sjukdom, angst for framtida. Mange treng å snakka om frykta og angsten. Dette kan letta på trykket og dempa kjenslene(Renolen, 2008).

Både av praktisk terapeutisk og pedagogiske grunnar, deler ein opp traumatisk krise i fire naturlege fasar. Den første som opptrer er sjokkfasen, som går gradvis over til reaksjonsfasen. Etter denne kjem bearbeidingsfasen og går fram til nyorienteringsfasen. Fasane er ikkje alltid skilt frå kvarandre og kjem ofte i lag med kvarandre, eller innevevd i kvarandre, slik at det kan være vanskelig å skilje dei. Modellen er ikkje fast, men fungerer meir som eit hjelpemiddel(Cullberg, 1997).

2.7 Støtte

Eit støttande sosialt nettverk bidrar til direkte helsegevinstar ved at ein kjenner seg verdsett og at tilværet blir opplevd som stabil og forutsigbart. Tilhørigheit i eit sosialt nettverk gjer moglegheit for sosial støtta, ein resurs i meistring. Mangel på støtta kan føra til sjukdom, fordi ein står åleine og blir overvelda av alle krava i ein situasjon. Sosial støtta har og ein dempende verknad på stressopplevinga. Støtta gjer at hendinga ikkje vert så belastande, fordi ein veit at støtta er der når ein treng det. Når ein får hjelp kan det hindra at belastningar utviklar set til sjukdom, psykiske problem og redusert meistringsevne(Smebye, 2005). Sosial støtte har stor verknad på meistring av livsendringar. Gjennom heile livet treng me andre menneskjer å støtte oss til. Dette behovet blir kanskje større når ein opplev at helse sviktar, eller opplev andre store påkjenningar(Renolen, 2008).

2.8 Sjukepleiarteoretikar

Joyce Travelbee retta sin sjukepleie tenking mot det mellommenneskelige sider ved sjukepleie, og føreheld seg til kvart menneske som ein unik person, og på at menneskjer opplever situasjonar ulikt. Menneskesynet hennas går ut på at alle menneskjer vil på eit eller anna tidspunkt i livet oppleve liding og tap. Og at dette er ein heilt personleg erfaring sjølv om alle går igjennom det. Ho understrekar at menneskjer har ein evne til å søka etter meining i møte med liding og sjukdom. Og at denne erfaringa gjer rom for personleg vekst og utvikling. Ho seier og at kulturen til pasienten spelar ei rolle for korleis han vil oppleve sin sjukdom og liding på. Og meiner at familie og samfunn har ein innverknad. Men det er først og fremst enkeltindividet sjukepleiar tenkinga handlar om(Kristoffersen, 2006).

Største delen av sjukepleiar arbeidar i sjukehus og er primært opptatt av å hjelpa enkeltindivid med å komma seg etter sjukdom, eller eventuelt å gjenvinna full helse. Ein av måtane å gjere dette på er å hjelpa pasienten å meistra sjukdom og liding som erfaring. Dette gjer sjukepleiaren ved å etablere ein tilknytning til den sjuke. Og visar igjennom sine handlingar at ho ynskjer å hjelpe pasienten, og at ho ser og forstår pasienten. Og at behandlinga blir individuell, og tilpassa denne enkelte pasienten. Ein dyktig sjukepleiar veit at eit av dei største problema er vil være den sjuke sin eigen oppfatning av sjukdommen på bakgrunn av alle konsekvensane den kan ha for han og hans familie. (Travelbee, 2001). Kommunikasjon og ein målretta tilnærming er sentralt. Forholdet mellom pasient og sjukepleiar er likestilt og utan roller(Kristoffersen, 2006).

Samtalar med pasienten er viktige for at pasienten skal finna meining i det som har skjedd. Han kan då for ein kort periode gløyme smertene og har ein meningsfull oppleving. Sjukepleiaren har og ei viktig rolle om å hjelpa pasienten med å fremma og understøtta hans eiga håp om noko å sjå fram til. Likevel må ein være forsiktig å ikkje hjelpe til urealistiske håp. Ein hjelper til å styrka pasienten sine eigne håp om ein liten betring(Travelbee, 2001).

3.0 Metode

Metode er ein framgangsmåte for å bringa fram kunnskap eller utforska påstandar som framstår som sanne eller haldbare. Aubert beskriver metode slik: "Ein metode er ein framgangsmåte, eit middel til å løysa problem og komma fram til ny kunnskap. Eit kva som helst middel som tenar dette formålet, høyrer med i arsenalet av metodar" (Sitert i Dalland, 2007, s. 81). Metoden er det me brukar når me skal undersøka noko. Metoden hjelper oss å tilegne oss kunnskap, hente inn data om det me skal undersøke (Dalland, 2007).

Innanfor samfunn vitskap skilje ein mellom kvalitativt orienterte og kvantitative orienterte metodar (Dalland, 2007). Kvalitativ metode omfattar eit vidt spekter av strategiar for systematisk innsamling, organisering og fortolking av tekststil materiale frå samtale, observasjon eller skriftleg kjelde material. Kvalitative metodar er forskingsstrategiar som eignar seg for beskriving og analyse av karaktertrekk og eigenskapar eller kvalitetar ved dei fenomen som skal studerast (Malterud, 2004).

3.1. Litteraturstudie

For denne oppgåva skal eg skrive litteraturstudie. Olsson og Sørensen (2003) skriv at litteraturstudium skal som alle oppgåver bestå av bakgrunn, formål, problemstilling, metode og resultat. Litteraturen er ei form for informasjonskjelde, ein innsamlingsdata. På same måte som at respondenten er ei informasjonskjelde ved eit intervju. Den som skriv oppgåve må ha ei oppskrift for å kunna veta kva artikkel ein bør velje. Tittel, forfattar, årstal, formål med undersøkinga, utval og metode og resultat.

En allmenn litteraturstudie kan vera litteraturoversikt, litteraturgjennomgang eller forskingsoversikt. I all forskning startar forskingsprosessen med ein allmenn litteraturgjennomgang. Litteraturstudie beskriver og analyserer valt studie, men sjeldan på

eit systematisk vis. For at ein skal kunna gjera eit godt litteraturstudie, er det ein føresetnad at det finnes nok studium av god kvalitet(Forsberg, Wengstrøm, 2008).

3.2 Litteratursøket.

For å finne fram til den litteraturen eg trengte brukte eg biblioteket på Høgskulen Stord/Haugesund, her fant eg alle bøkene, og alle artiklane eg har brukt. I tillegg til pensum litteratur har eg og brukt faglitteratur som handlar om eit spesielt tema. For å finna vitenskaplege artiklar har eg brukt skulen sine søkemotorar.

Då eg søkte på orda *myocardial infarction AND information AND rehabilitering* i Academic search premier fekk eg 60 resultat, og valde ut to artiklar herifrå so eg såg på som relevante. I same søkemotor brukte eg søkeorda *myocardial infarction AND rehabilitation AND coping* dette gav 11 resultat, derav eg valde to artiklar.

På SveMed+ søkte eg med søkeordet *hjerteinfarkt* og fekk 129 funn. Av dei valde eg ut ein artikkel. Denne var ikkje mogleg å hente ned frå internett, eg henta han difor ut frå tidskrifte han var publisert i.

3.3 Etiske Aspektar

Dalland(2007) seier etikken dreiar seg om normene for kva som er rett og god livsførsel. Bakgrunna for at me har etiske reglar for humanforskning, er å finna motsetnaden mellom to allment akseptert verdiar. Auka kunnskap og oppretthalda individets handlefridom og integritet. Ei forskingsetisk gransking går på det vitenskaplege haldbarheita i prosjektet, statisistiske grunnlaget og dei etiske problema prosjektet aktualiserer

Noreg har oppretta komitear for medisinsk forskingsetikk i alle fem helseregionar. Komiteens oppgåve er å vegleie og gje råd om forskingsetiske spørsmål ut frå etiske normer og verdiar med bred aksept i samfunnet(Dalland, 2007).

Etiske omsyn i litteraturstudium bør bli tatt i betraktning når det gjeld utval og resultat. Det er viktig å velja studium som er godkjend frå etisk komité. Og der etiske omsyn er blitt gjort(Fosberg, Wengström, 2008).

3.4 Val av kriterium

Kjeldekritikk er dei metodane som blir brukt for å fastslå om ei kjelde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisera dei kjeldene som blir nytta. Kjeldekritikken skal visa at ein er i stand til å forholde deg kritisk til kjeldematerialet ein anvend. Ved kjelde søking søker ein etter kjelder som har relevans for problemstillinga. Målet med kjeldekritikk er å visa lesaren kva material ein har hatt til rådighet og kva kriterium ein har nytta under utveljinga(Dalland, 2007).

Kjeldene eg har valt å bruke er i stor grad pensum litteratur og lærebøker. Dette er fordi dei har eit større fokus på sjukepleiaren si oppgåve. Litteraturen eg har funne og forskingsartiklane er frå tidsrommet 2000 til 2010. Eg har valt ei bok som ikkje er i dette tidsrommet, eg meiner likevel at ho er relevant sidan ho er mykje representert i nyare litteratur.

4.0 Presentasjon av Artiklar

Artikkel 1

White, J. Hunter, M & Holttum, S(2007)How do women experience myocardial infarction?: A qualitative exploration of illness perceptions, adjustment and coping [Elektronisk versjon]. *Psychology, Health & Medicine*, 12(3), 278- 288

Hensikta med studie var å undersøke kvinner sin oppleving av hjarteinfarkt og korleis det påverka forhold til familie og vener og meistringsstrategiar. Resultata viste at kvinnene i undersøkinga brukte familie og venner som støtte, like mykje som profesjonell støtte. Men følte sinne og frustrasjon over å bli overbeskytta og begrensa i dagleglivet. Såg framover og trudde på å komme tilbake til normalen igjen. Positive opplevingar ved hjarterehabilitering.

Artikkel 2

Hutton, J. M & Perkins, S. J(2008) A qualitative study of men`s experience of myocardial infarction[Elektronisk versjon]. *Psychology, Health & Medicine*, 13(1), 87- 97

Målet med studien var å undersøke menn sin oppleving av hjarteinfarkt og hjarte rehabilitering blei opplevd. 10 menn deltok i studia. Resultata viste at mennene i studien opplevde å bli overaska over at dei ikkje var like friske som dei trudde før infarkt. Dei opplevde usikkerheit rundt begrensningane dei no hadde. Dei var optimistiske for framtida. Og gjorde forandringar i kosthald og levemåte som måtar å meistre på.

Artikkel 3

Torjesen, L & Smeby, N. A(2001)Livet etter hjarteinfarkt, *Tidsskriftet sykepleien*, 14, 58- 61

Hensikta med studie var å få pasientar sin vurdering av informasjon dei fekk på sjukehuset, og korleis denne informasjonen var tilpassa det pasientane opplevde då dei kom heim. Resultata viste at pasientane meinte dei hadde fått lite/svært lite informasjon om seksuell aktivitet og kva problem som kan oppstå etter infarkt, som angst, irritabilitet og depresjon. Det viste seg og at det var samanheng mellom tilfredsheit og informasjonsbehov. Og

pasientar var mindre tilfredsheit rundt dei tema pasientane ikkje syntes dei fekk nok informasjon om.

Artikkel 4

Jackson, D. Daly, J. Davidson, P. Elliot, D. Cameron, E. Wade, V. Chin, C. & Salomonson, Y (2000) Women recovering from first-time myocardial infarction(MI): a feminist qualitative study [Elektronisk versjon] *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1403- 1411

Hensikta I studia var å undersøka opplevinga av rehabiliteringa etter hjarteinfarkt hos kvinner etter deira første hjarteinfarkt. 10 kvinner var med i undersøkinga. Resultata viser at kvinnene rett etter utskrivning frå sjukehus hadde kjensler av frykt og usikkerheit.. Kvinnene som gav uttrykk for dette opplevde tida etter infarkt som psykisk utmattande. Utmattinga og angsten var relatert til lite kunnskap og forståing av hjarteinfarkt. Etter andre veka opplevde informantane livet litt betre. Depresjon og emosjonell plager hadde gitt litt slipp. Kvinnene følte seg og fysisk sterkare. Dei var likevel usikre på ein del ting i forhold til sjukdommen. Og hadde framleis behov for informasjon på denne tida. Tredje veka var kvinnene enda meir sterke, kjende seg betre og meir sjølvsikre enn tidligare. Dei følte og dei hadde fått lite informasjon når dei var på sjukehus. Men nokon erkjende at det kunne være fordi dei ikkje hugsa informasjonen eller forstod kva som blei sagt.

Artikkel 5

Smith, J. Clive, L (2007) Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: A comparative, descriptive study [Elektronisk versjon] *Journal of Clinical Nursing*16, 662- 671

Hensikta med undersøkinga var å undersøke informasjons behovet til pasientar som har motatt behandling for hjarteinfarkt før dei blei utskriven frå sjukehus. Resultatet viste at tema som involverte medikament, komplikasjonar og fysisk aktivitetar var blant det dei merkte som mest viktig å få informasjon om. Opne spørsmål viste at kjøring, å komme tilbake til jobb og støtte var problem som skapte bekymring. Det viste seg og at eldre og pensjonerte hadde større behov for informasjon enn yngre og dei som fortsett arbeida.

5.0 Drøfting

5.1. Informasjon

Som lov om pasientrettighet seier har pasientar rett på informasjon om den helsehjelp dei mottar, og informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand(pasientrettighetslova, 1999)

Smith(2007) sin undersøking viser i opne spørsmål til informantane at det dei trengte informasjon om var svært forskjellig. Det styrkar synet på at informasjonen må tilpassast kvar enkelt, og behovet for kva som er viktig er svært individuelt. Travelbee(2001) seier at den profesjonelle sjukepleiar er i stand til å skilja sine egne behov og ynskjer frå den som mottak omsorg sine behov og ynskjer. Og sjukepleiaren har difor ikkje som utgangspunkt at alle sjuke menneskjer ynskjer å bli behandla på same måte som sjukepleiaren sjølv ville ha ønskt det. Gjennom kommunikasjon prøver sjukepleiaren å finne den sjuke sine individuelle behov, og prøver å forstå kva sjukdoms erfaringa framstår for akkurat dette individet. Sjukepleiaren treng å kjenne personen for å kunna hjelpa kvar enkelt av dei som er sjuke til å meistra sin sjukdom og lidning, må sjukepleiaren oppleva og respondera på det unike ved kvar enkelt.

Torjesen og Smeby(2001) sin studium viser at det er klar samanheng mellom tilfredsheit og informasjon. Resultata i undersøkinga viser at pasientane syntes dei fekk for lite informasjon om emosjonelle reaksjonar etter infarkt. Størst misnøye i forhold til informasjon var det under temaet depresjon og angst som kunne oppstå etter eit infarkt. Resultatet viser og at store delar ynskjer kontakt med sjukehuset etter utskriving, enten via telefon eller ved avtalt samtale. Konklusjonen av studien går ut på at sjukepleiaren må ha meir kunnskap om pasientar som har gjennomgått eit infarkt. Spesielt er det viktig å inkludera informasjon og vegleing om emosjonelle reaksjonar. Jackson m. fl(2007) sin studie viser at etter nokre veker heime har informantane i undersøkinga reflektert over informasjonsbehovet medan dei framleis var innlagt, og uttrykt mest skuffelse i forhold ti manglande informasjon dei fekk frå sjukehuspersonale. Nokre legg likevel til at noko av mangelen kan ligge i at dei ikkje var i stand til å mot ta informasjon, eller ikkje forstod kva som blei sagt. Fagermoen(2007) seier at

for at pasienten skal kunna kjenna seg trygg, må han få informasjon om det som skjer rundt han. Og henvis til fleire studium som er gjort på temaet med resultat som viser at for lite informasjon er eit av dei mest angstskapande under eit sjukehus opphald.

Teorien Fagermoen presenterar og resultatata i undersøkinga gjort av Smeby og Torjesen(2001) samsvarer med kvarandre, og viser at informasjon er viktig for at pasienten ikkje berre skal kunna kjenna seg trygg, men og for at han skal oppleva tilfredsheit rundt det som har skjedd. I tillegg skriv Renolen(2008) at i problemfokusert meistringsstrategi inneheld blant anna å læra nye ferdigheiter og søka informasjon og kunnskap. Å hente inn informasjon om sjukdom eller behandling kan gje ein kjensle av kontroll over situasjonen. Ein må likevel være forsiktig med balanseringa av for mykje informasjon.

Sjølv om teorien og studia ovanfor ikkje har same perspektiv er konklusjonen tilnærma lik. Studiet støttar teorien i forhold til at informasjon er viktig når ein opplev ei så stor endring i livet. Samtidig er det viktig å hugse på at informasjonen og vegleiinga må være retta mot den som er sjuk, og ikkje mot det som er meir generelt. Meininga er at om pasienten skal kunne meistre kvardagen etter opphaldet på sjukehuset må han får informasjon og vegleiing om det som møter han der. Ein må difor tilpassa undervisninga til pasienten. Dette går under den didaktiske relasjonsmodellen som bygger på oppsett av undervisning. Ved å ta i bruk den didaktiske relasjonsmodellen vil ein kunne lage eit individuelt opplegg til pasienten basert på hans eigne opplevingar rundt det som har skjedd, og i forhold til kva han sjølv ser på som viktig og kva han har behov for å veta. Det er ikkje nødvendig at pasienten får informasjon om situasjonar han ikkje kjem til å komme opp i.

Når ein følgjer den didaktiske modellen vil ein kunne gje informasjonen meir individuell, og tilpassa det pasienten treng av informasjon. Ein ser på pasienten sine føresetnadar og eigne mål, og legg opp undervisninga etter det. Dette skal gjere at pasienten enklare får den undervisninga som passar til han(jf. 2.5.1). Ein kan og sjå i praksis at pasientar stadig leitar etter informasjon som passar deira eige liv. Og spør i forhold til interesser dei har og situasjonar dei tidligare har opplevd om korleis behandlinga eller tida etter kjem til å påverke sjukdommen

I tillegg til dei funna som allereie er blitt vist fann Smeby og Torjesen(2001) ut at det var større del som ville bli informert åleine enn med nokon til stades. Fagermoen(2007) drar fram at familien og det næraste sosiale nettverket er verdifulle ressursar for pasienten. Og det er difor viktig å vegleie og undervise personar i det sosiale nettverket til pasienten. Sand(2007) seier at mange pårørande ynskjer å få informasjon, men at sjukepleiar og lege gjer ofte informasjon til kun pasienten, og går utifrå at pasienten formidlar denne informasjonen vidare. Dette er ikkje alltid tilfelle og mange pasientar vil kanskje skåne pårørande for informasjon om alvorleg sjukdom. Pårørande vil difor ofte kunne mangla viktig informasjon som trengst når dei skal ta seg av pasienten når dei kjem heim. Ofte får ikkje den sjuke med seg all informasjon og den blir då mangelfull gitt vidare til pårørande om dei fortel det.

Studien til Smeby og Torjesen(2007) seier ingenting om kvifor pasienten ikkje alltid vil ha med pårørande, og grunnane kan være mange. Enten det er slik teorien seier i forhold til at dei ikkje vil uroe pårørande eller om det er andre grunnar der dei ikkje vil dele informasjonen. Pasientrettighetslova(1999) seier at dersom pasienten samtykker har pårørande rett på informasjon om pasientens helsetilstand og helsehjelpa som blir ytt.

Her er det pasienten som bestemmer kva informasjon som skal bli gitt vidare til pårørande. Men som teorien seier er det med fordel at pårørande får vite kva som skal skje med pasienten sidan det er dei som skal ta seg av pasienten når han kjem heim. Om informasjonen blir gitt i lag med pårørande kan dette hjelpe pasienten seinare, sidan pasientar som er i ei kritisk fase ofte har problem med å få med seg all informasjon. Pårørande vil då kunne hjelpe pasienten med å hugse på det som blei sagt. Det eg opplever fungerer godt i praksis er om pasient har med seg pårørande når ein mottek informasjon, og eit godt tiltak vil kunne være å anbefala pasienten å ha med seg nokon andre. Andre ting som kan fungere godt når pasient er i ei krise er å ta ein samtalen på eit stille rom, utan at ein blir forstyrra. Samtalen går i pasienten sitt tempo, og ein får vite litt og litt, alt etter kor i krisa pasienten er. Ein kan til dømes og gje pasienten skriftleg informasjon i tillegg, slik at pasienten kan lese det som er blitt sagt. Dette vil og kunna komme godt med når pasienten kjem heim.

Studium gjort av Jackson m. fl(2007) viser resultatet at kvinner som har tilstrekkeleg informasjon gjennom sjukdom og rehabilitering kan styrka dei i tida der dei er sårbare. Betydinga av å gje relevant informasjon på ein måte som blir forstått til personar som opplev kriser kan ikkje bli overvurdert. Like viktig er det at pasienten har kontinuerlig kontakt med sjukehuset for spørsmål og klargjering av informasjon.

5.2 Meistring og kriser

Travelbee(2001) seier at eit menneske er sjukepleiarens pasient når det søker hjelp fordi det opplever eit problem eller ei krise.

Resultata i Jackson m.fl(2007) sin studie viser at tida etter hjarteinfarkt blei opplevd som ei tid med fysisk, psykisk og sosialt stress. Og blei karakterisert først og fremst av frykt, usikkerheit og emosjonelle svingingar. Hutton m. fl(2008) viser og liknande resultat der informantane opplevde frustrasjon og sinne av å ha infarkt og avgrensingane det medførte fysisk. Og dei opplevde frykt og usikkerheit Renolen(2008) skriv at kriser viser seg i form av tankar, kjensler og åtferd. Rett etter krise er eit faktum vil mange oppleve eit kjenslemessig kaos. Kjensler som sinne, tristheit, , depresjon, skuld, meningsløyse, frykt og angst kjem fram. Retterstøl(2008) skriv at alle vil på eit eller anna tidspunkt i livet oppleve kriser. Men at ein til ei viss grad førebygga kriser ved å lytta til magekjensla, og ved å orientera seg om gode moglegheiter, i staden for å gå imot umiddelbare løysningar som kan gje fordelar i augeblikket, men seinare føra til problem. Ein kan og drøfta problem saman med nære venner og familie, gode råd frå andre kan vera til stor hjelp. Det som er av stor viktigheit er at den som er i krise får anledning til å uttrykka kjenslene og tankane sine, og for å gje uttrykk for sin aggressivitet og sinne. I ein undersøking gjort av White m. fl(2007) der det kun var kvinner som var intervjuva viste det seg at for å meistra deira tilværing etter eit infarkt tok dei kontakt med nære venner og familie. Og at dei aktivt søkte etter meining av deira sjukdom.

Sjukepleiaren kan her hjelpe pasienten med å sjå meininga. Det kan være vanskeleg å sjå etter meininga for at ein fekk hjarteinfarkt, og sjukepleiaren kan då hjelpa pasienten til å sjå

på meininga som kroppen sin måte å sei ifrå om livsstilen til pasienten. At hjarteinfarkt var eit rop frå kroppen si sida, å sei at noko måtte gjerast. Dette er og noko Travelbee påpeikar at er viktig, sjukepleiaren si rolle handlar om å hjelpe pasienten om å meistra og om det er mogleg finne meining i sjukdom og skade(Travelbee, 2001).Reitan(2006) legg og vekt på at sjukepleiaren kan hjelpe pasienten med å leita fram deira ressursar og til å finne ut kva som strategiar dei har brukt tidligare for å meistre hendingar eller problem, som har fungert. Sjukepleiaren kan og hjelpe med å understøtta pasienten sitt eige sosiale nettverk. Å ha nokon å snakke med er noko av det mest grunnleggande i meistring.

Sjølv om mi problemstilling handlar i hovudsak om kva ein kan gjera for pasienten medan han framleis er innlagt ved sjukehus, og studiane presentert ovanfor handlar i større grad om pasientar etter sjukehus, ser eg på dette som relevant. Det er viktig å veta kva pasientane opplever når dei kjem heim for å kunna tilpassa informasjonen og undervisninga i sjukehus. Konklusjonen i artikkelen til Smeby og Torjesen(2007) seier at ein treng meir spesialisert kunnskap om pasientar med gjennomgått hjarteinfarkt og deira behov for informasjon.

I Hutton m. fl(2008) sin undersøking viser og at fleire opplevde at sjølvbilete forandra seg til det betre ved å forandra på livstilen, ved sunnare kosthald og ved å sakke ned på tempoet i kvardagen. Informantane gav og utrykk for at dei hadde instilling ved å prøve å gjere det meste utav kvar dag. Generelt hadde dei fleste informantane i denne studien ei positiv innstilling til situasjonen som den var no og for framtida. Dette kom fram som ein måte å meistre på. Og på bakgrunn av forandring av livstil. Måtar dei brukte for å meistre var religion, å akseptera, humor og å unngå å tenke på hjarteinfarkt.

Lazarus og Folkmann sin meistringsstrategi handlar om blant anna problemfokusert meistring. Der personen som meistrar gjer tiltak som fokuserar på problemløysing. Retta mot omgivelsane ved for eksempel å søka støtte og hjelp, endra rutinar og livstil eller endra ytre årsaker til stress. Eller retta mot oss sjølve med å henta kunnskap og informasjon(Renolen, 2008). Som studia til Hutton m. fl(2008) viser ovanfor kan det sjå ut

som at fleire av pasientane har brukt slike måtar å meistra på. Forandring av livstil som gjer at pasienten etterkvart klarar meir eller opplever å kjenna seg betre fungerer ikkje berre bra for kroppen, men og for meistringskjensla og for sjølvkjensla. Reitan(2006)seier i forhold til kva sjukepleiar kan gjera for pasienten handlar det om å vurdera og undersøka kva pasienten treng for å kunna meistra kvardagen når han kjem heim. Og derifrå å oppretthalda dei funksjonane pasienten har. Heimen skapar ei trygg ramme for pasienten, og kjensla av å ha kompetanse gjennom praktisk arbeid gjer at pasienten kan få trua på eigne krefter.

Sjukepleiaren må ta ansvar for å ta kontakt og tydeleggjera for pasienten kva han treng hjelp til, og vidare setta pasienten i kontakt med organisasjonar og helse og sosialtenesta som kan bidra vidare i prosessen. Landsforeininga for hjarte og lungesjuka(u. å) skriv på sine nettsider om hjarterehabilitering at med korte sjukehusopphald kjem ofte dei psykiske reaksjonane ikkje før etter ein er utskriven. Og viser til instansar som driv med hjarte rehabilitering.

I White m. fl(2007) sin studie viser det seg at fleire av kvinnene brukte meir meistringsstrategiar som handla om å sjå positivt på framtida og ha ei positiv innstilling. Og brukte venner og familie som støtta og til å snakke med, og gjekk aktivt inn for å søka meining med sjukdommen. Kvinnene var og i mindre grad stand til å sjå indre faktorar og risiko faktorar som ein grunn til sjukdommen. Hutton m. fl(2008) tar for seg menn i eit liknande perspektiv som White m. fl(2007) har gjort. Og Hutton m. fl(2008) viser at menn gjorde meir forandringar i form av å ta vekk risiko faktorar ved å betra helsa, betre kosthald og meir trening, og ved å unngå stressande situasjonar. Dei beskreib sjukdommen som noko dei aktive og positive steg til å meistra. Menna og hadde ein positiv innstilling til å bli betre.

Lazarus(2006) seier at dei to meistringsstrategiane opptrer i verkelegheita nesten alltid i saman. Begge er sentral i meistringa og støttar kvarandre. Han seier og at ein aldri må oppfatta meistringsfunksjonar og meistringsstrategiar som enten/eller spørsmål, men som ein samanheng mellom tankar og handling.

Sjølv om forskjellen mellom menn og kvinner kjem tydeleg fram i forhold til at kvinnene i størst grad fokuserte på meistring med ein kjenslefokusert metode. Og mennene var i motsetnad meir opptatt av det dei aktivt kunne gjere noko med. Og endra i større grad ytre påkjenningar. Heng metodane i saman og ein brukar som regel begge sidan det er nær kontakt med handling og tankar. Tradisjonelt sett er ofte kvinner i større grad i kontakt med

kjenslene sine enn menn, og menn har opp gjennom tidene alltid hatt meir fysiske oppgåver. Ein kan på den måten sjå at dette kan henge igjen i meistrings metodane dei anvend. Sjølv om ein kan gå utifrå at begge kjønn har anvendt begge strategiane, kan ein i forhold til korleis dei sjølv ser på korleis dei har meistra, gjort det på kvar sin måte. Dette betyr likevel ikkje at det er satt at menn skal meistre på ein fysisk måte, og kvinner med emosjonell metodar. Men det gjer oss ein peikepinn på korleis dei ulike kjønna tenkjer, og kva dei opplever gjer resultat. Det kan hjelpe sjukepleiaren på kva dei skal fokusera på.

Sjølv om desse undersøkingane som er nemnt ovanfor ikkje har dei heilt same perspektivet som mi problemstilling, har dei likevel ein overføringsverdi. Resultata i både Hutton m. fl(2008), White m. fl(2007) og Jackson m .fl(2007) sine undersøkingar viser korleis pasientane opplevde tida etter eit infarkt. Ein kan bruke resultata likevel, som ein peikepinn på kva informasjonen pasienten mottek i sjukehus bør innehelda. I tillegg nemner informantane støtte frå familie og venner, og frå profesjonelle helsearbeidarar som viktig. Dette kan òg sjukepleiaren bruke, og viser seg som ei støtta for pasienten eller å klargjer for pasienten kor viktig det er at han støttar seg til andre og ikkje tar all børa sjølv. Som Smeby(2005) påpeikar er det kan sosial støtta verka som ein helsegevinst, ved at ein kjenner seg verdsett.

6.0 Avslutning

Resultata viser at for at pasientane allereie på sjukehus skal oppleve meistring må pasienten få individuell informasjon. Fokuset ligg i størst grad på å få nok kunnskapar om hjarteinfarkt, sidan det er heime pasienten skal tilbake til kvardagen. Sjukepleiaren legg informasjonen til rette for pasienten, og ser på pasienten som eit heilt spesielt individ som treng informasjonen tilpassa til nettopp han. Sjukepleiaren oppmuntrar pasienten til å få informasjon i lag med pårørande og legg vekt på å støtta pasienten i det han opplev. Med god informasjon og støtta frå helsepersonell og familie viser resultatet at pasienten i større grad er forberedt på den tida som kjem når han skal heim. Sjukepleiaren bruker seg sjølv i samhandling med pasienten og blir kjent med pasienten , og ikkje sjukdommen hans.

Litteraturliste

- Cullberg, J(1997) *Mennesker i kriser og utvikling* (C. Hambro, overs), Gjøvik, Aschehoug & Co
- Dalland, O(2007)*Metode og oppgaveskriving for studenter*, Oslo, Gyldendal Norske Forlag AS
- Fagermoen, M(2007) Samtale, undervisning og veiledning, I: H. Almås(Red), *Klinisk sykepleie, bind 1*(s.12- 30) Oslo, Gyldendal Norske Forlag AS
- Fosberg, C & Wengström, Y(2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Falun: Scandbook AB
- Granum, V (2003) *Praktisk pasientundervisning*. Bergen. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Hanssen, T & Natvig, G,K (2007) Stress og mestring, I: E, Gjendedal &B, R, Hanestad(Red), *Å leve med kronisk sykdom: en varig kursendring*(s.40- 59), Oslo, Cappелens Forlag AS
- Helsepersonellloven(1999). *Lov om helsepersonell av 2.Juli 1999 nr64*. Henta frå 13. Februar 2010 frå <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-064-002.html#10>
- Heggen, K(2007) Rammer for meistring, I: K. Heggen(Red), *Meistring og myndiggjering*(s.64- 82)Oslo, Gyldendal Norske Forlag AS
- Hummelvoll, J,K(2005)*Helt- ikke stykkevis og delt*, Oslo, Gyldendal Norske Forlag AS
- Hutton, J. M & Perkins, S. J(2008) A qualitative study of men`s experience of myocardial infarction[Elektronisk versjon]. *Psychology, Health & Medicine*, 13(1), 87- 97
- Jackson, D. Daly, J. Davidson, P. Elliot, D. Cameron, E. Wade, V. Chin, C. & Salomonson, Y (2000) Women recovering from first-time myocardial infarction(MI): a feminist qualitative study[Elektronisk versjon] *Journal of Advanced Nursing*, 32(6), 1403- 1411
- Jacobsen, D, Kjeldsen, S. E, Ingvaldsen, B & Røise, O(2009)*Sykdomslære- Indremedisin, kirurgi og anesthesi*, Oslo: Gyldendal Norske Forlag

- Kristoffersen, N. J(2006) Teoretisk perspektiver på sykepleie, I: N. J Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A Skaug(Red), *Grunnleggende sykepleie, bind 4*(s. 13- 99)
- Landsforeningen for hjerte og lungesyke(u.å) *Hjerterehabiliterin*, Henta 13. februar 2010 frå <http://www.lhl.no/no/Leve-med-sykdom-/Rehabilitering/Hjerterehabilitering/>
- Lazarus, R & Folkmann, S(2006)*Stress og følelser: en ny syntese*, (M. Visby)København: Akademisk Forlag
- Malterud, K(2004)*Kvalitative metoder i medisinsk forskning*, Oslo, Universitetsforlaget
- Medisinsk informasjon(2005) *Hjerteinfarkt* [Brosjyre]. Oslo: Melsom grafisk AS
- Molven, O(2006) *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS
- Mæland, J. G(2006) *Helhetlig hjerterehabilitering*, Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Olsson, H & Sörensen, S(2003)*Forskningsprosessen- Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo, Gyldendal Norske Forlag AS
- Pasientrettighetsloven (1999). *Lov om pasientrettigheter av2. Juli 1999 nr. 63*. Henta 13. Februar 2010 frå <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html#3-2>
- Reitan, A, M(2006) Mestring, I: U, Knutstad & B, K, Nielsen(Red), *sykepleieboken, bind 2*. (s.155- 179) Oslo, Akribe AS
- Renolen, Å (2008) *Forståelse av mennesker: innføring i psykologi for helsefag*. Bergen. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Retterstøl, N(2008)*Mestring av livsvansker: Om kriser og psykisk helse*, Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag
- Sand, A, M(2007) Se også meg: om å være pårørende til en syk, I: H. Almås(Red), *Klinisk Sykepleie, bind1* (s.31- 47)Oslo, Gyldendal Norske Forlag AS
- Simonsen. T, Aarbakke. J & Lysaa. R(2007) *Illustrert farmakologi, bind 2*, Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Smith, J. Clive, L(2007) Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: A comparative, descriptive study[Elektronisk versjon] *Journal of Clinical Nursing*16, 662- 671

Smeby, K. L(2005)Kontakt med Andre, I: N. J Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A Skaug(Red), *Grunnleggende sykepleie, bind 3*(s.80- 117)Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Torjesen, L & Smeby, N. A(2001)Livet etter hjerteinfarkt, *Tidskriftet sykepleien*, 14, 58- 61

Travelbee, J(2001)*Mellommenneskelige forhold i sykepleie*(K.M Thorbjørnsen, overs). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS
(originalutg: 1966)

Tveiten,S (2008) *Pedagogikk i sykepleie praksis*, Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Vik, J. T(2004) Hjerte- og Karsystemet, I:L.L Wekre & K. Vardeberg(Red), *Lærebok i rehabilitering: Når livet blir annerledes*(s.191- 202) Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

White, J. Hunter, M & Holttum, S (2007)How do women experience myocardial infarction?: A qualitative exploration of illness perceptions, adjustment and coping[Elektronisk versjon]. *Psychology, Health &Medicine*, 12(3), 278- 288