



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 17.02.11

Kandidatnr.: 28

Antall ord: 8946

Sammendrag:

Bakgrunn: Antall mennesker som lider av hjertesvikt i Norge er rundt 2 %. Jeg har opplevd at hjemmeboende pasienter med hjertesvikt ikke klarer å mestre sin livskvalitet. Det er interessant å se at noen få endringer kan bidra til å bedre pasienten sin hverdag. Jeg har derfor studert hva hjemmesykepleierne har å si for mestring av hverdagen til pasienter med hjertesvikt.

Problemstilling: ”Hvordan kan sykepleieren hjelpe en pasient med hjertesvikt til å best mulig mestre sin hverdag?”

Hensikt med oppgaven: Få kunnskaper om og øke forståelse, da min interesse for hjertesvikt er stor og jeg ser på dette som en utfordring i jobb videre. Spesielt skal jeg utvide kunnskaper og forståelsen for hvordan hjemmesykepleierne kan bidra til at hjemmeboende hjertesviktpasienter mestrer sin hverdag.

Metode: I oppgaven har jeg brukt litteraturstudie, da det var kravet for bacheloroppgaven. Ved å bruke denne metoden har jeg blitt presentert for mye relevant forskning på området. Forskningsartikler og fagartikkel som er brukt i oppgaven tok for seg hva pasientene mente sykepleierne kunne bidra med for at de skulle mestre sin hverdag.

Funn: Undersøkelser viste at informasjon, kommunikasjon, sosial støtte og håp kunne bedre pasientens livssituasjon.

Oppsummering: Å fremme håpet hos pasienter er viktig for at de skal kunne mestre sin hverdag. Informasjon, kommunikasjon og sosial støtte er også en viktig sykepleieroppgave og påvirker hvordan pasientene mestrer sin hverdag.

Abstract:

Background: The number of people suffering from heart failure in Norway is around 2%. I have experienced that patients living at home with heart failure are unable to master their quality of life. It's interesting to see that a few changes can help improve the patient's everyday life. I have therefore studied what homecare nurses have to say for patients with heart failure in order to cope everyday life.

Question: "How can the nurse help a patient with heart failure to best master their everyday lives?"

Purpose of assignment: Get knowledge and increase understanding, because my interest in heart failure is great and I see this as a challenge in my line of work in the future. In particular, I will extend my knowledge and understanding of how homecare nurses can help heart failure patients, who are living at home, cope everyday life.

Method: In this assignment I have used the study of literature, because this was the requirement for the bachelor assignment. Using this method, I have been presented much relevant research in this area. Research articles and the academic article that is used in the assignment dealt with how patients felt nurses could provide for them to master everyday life.

Results: Studies showed that information, communication, social support and hope can improve the patient's life situation.

Summary: To foster hope in patients is important for them to master everyday life.

Information, communication and social support are also important nursing tasks and affect how patients cope everyday life.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Presentasjon av problemstilling	5
1.3 Presisering og avgrensing av problemstilling	6
1.4 Oppgavens oppbygning.....	6
2.0 Begrepsmessig rammeverk	7
2.1 Kronisk sykdom	7
2.2 Hjertesvikt	7
2.3 Sykepleiefaglig perspektiv	9
2.4 Mestring	10
2.5 Kommunikasjon og informasjon	11
2.6 Trygghet	12
2.7 Sosial støtte	13
2.8 Håp	13
2.9 Livskvalitet.....	14
3.0 Metode.....	15
3.1 Litteraturstudie som metode.....	15
3.1.1 Metodens sterke og svake sider.....	16
3.2 Litteratursøk og valg av litteratur.....	16
3.3 Kildekritikk	17
3.4 Ethiske aspekter.....	18
3.5 Presentasjon av utvalgte forskningslitteratur	19
3.6 Presentasjon av bøker.....	20
4.0 ”Hvordan kan sykepleie hjelpe en pasient med hjertesvikt til å best mulig mestre sin hverdag?”	22
4.1 Informasjon	22
4.2 Kommunikasjon	23
4.3 Sosial støtte	24
4.4 Håp	26
5.0 Avslutning	28
Referanseliste	29

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema jeg har valgt for oppgaven er mestring i hverdagen til pasienter med hjertesvikt. Grunnen til at jeg har valgt dette temaet er for at min interesse for hjerte og karsykdommer er stor og hensikten er at jeg ser på dette som en utfordring fremover. Med å velge dette temaet øker jeg kunnskapene og forståelse, som jeg kan bruke i møte med den økende gruppen av pasienter som får hjerte- og karsykdommer.

Det er mange former for hjertesvikt, noe som gjør at det i Norge er vanskelig å tallfeste hvor mange som lider av denne sykdommen. Ulike studier sier at antall mennesker som lider av hjertesvikt i Norge er mellom 80 000 – 100 000 mennesker eller vel 2 % av befolkningen. Denne forekomsten er økende (Rustøen, 2007). Respirasjonsbesvær er et av de vanligste symptomene på hjertesvikt (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Lund & Solheim, 2001).

I en studie om pasienters opplevelse av å leve med hjertesvikt gir pasientene uttrykk for at det er respirasjonsbesværet som er den verste opplevelsen, da dette førte til angst, nervøsitet, frykt og depresjon. Etter disse følelsene opplevde de sinne, irritasjon, kjedsomhet, frustrasjon, utålmodighet, skyldfølelse og personlige endringer som bidro til frykt i det daglige livet og for å dø. Dette syntes pasientene var nytt og skummelt (Barremo, Bruce, Salander & Sundin, 2008).

Gjennom tidligere praksisperioder har jeg møtt pasienter med hjertesvikt. Av de pasientene jeg har møtt har hver og en trengt hjelp i hverdagen selv om noen pasienter fungerte bedre enn andre. Jeg har vært med på å sette i gang tiltak for disse pasientene og jeg fikk oppleve at pasientene trengte hjelp av sykepleiere for å mestre sin hverdag.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Min problemstilling i denne oppgaven blir derfor: ”Hvordan kan sykepleieren hjelpe en pasient med hjertesvikt til å best mulig mestre sin hverdag?”

Rustøen (2007) skriver at to tredjedeler av befolkningen skyldes hjerte – og karlidelser der hjertesvikt er en av de vanligste hjertelidelsene. Hun skriver også som nevnt tidligere at forekomsten av hjertesvikt er økende. Igjen fører dette til at sykepleie til pasienter med

hjertesvikt øker noe, som har betydning for valg av problemstillingen. Ut i fra problemstillingen skal jeg finne ut hvordan jeg som sykepleier kan gi god sykepleie til pasienter med hjertesvikt. Jeg vil også finne ut hva jeg kan bidra med for at de skal mestre sin hverdag best mulig.

1.3 Presisering og avgrensing av problemstilling

I oppgaven har jeg valgt å ha fokus på pasienter som er 65 år og eldre, hjemmeboende, lider av hjertesvikt og på grunn av sin tilstand trenger hjelp i hverdagen fra hjemmesykepleien. Jeg skal ha fokus på det psykiske aspektet i forbindelse med hjertesvikt og mestring og ikke legge vekt på den medisinske behandlingen eller de praktiske sykepleietiltakene. Pasientene jeg tar utgangspunkt i, har en hjertesvikt i klasse 3. I følge New York Heart Association er funksjonsklasse 3 når en kun kan være i begrenset aktivitet, en er komfortabel i hvile men blir tungpustet når en gjør noe aktivitet som er mindre enn vanlig (for eksempel langsom gange på flat mark) (Rustøen, 2007).

1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er bygd opp på følgende måte. Jeg har først en innledning der jeg får frem valg og hensikt med temaet jeg har valgt. Under innledningen skrives det også om presentasjon, presisering og avgrensning av problemstillingen. Deretter kommer det en teoridel der jeg skriver om sykepleieteoretikeren jeg har valgt og beskriver sentrale begreper som jeg mener er relevant for min oppgave. Det kommer så en metodedel der jeg skriver om valg av litteraturstudie, sterke og svake sider ved litteraturstudien og kildekritikk. Under metodedelen skrives det også om hvilket søkeord jeg har brukt, og presentasjon av artikler og bøker som ble valgt. Så kommer det en drøftedel, der studier og litteratur blir drøftet opp mot hverandre for å gi et svar på problemstillingen. Til slutt kommer det en oppsummering.

2.0 Begrepsmessig rammeverk

2.1 Kronisk sykdom

Når et menneske rammes av en kronisk sykdom, endrer livet seg. Som regel ikke bare for dem som blir syk, men også for familie og venner. Sykdommen griper inn i hverdagen og setter nye betingelser for livserfaringer på en rekke områder (Gjengedal & Hanestad, 2007).

Hjertesvikt er en kronisk sykdom og det er på grunn av dette jeg velger og omtale lidelsen.

Det har vist seg at det er vanskelig å gi en dekkende definisjon på hva kronisk sykdom er.

Dette er på grunn av at nye sykdommer dukker opp og det er store variasjoner i sykdomspanoramaet. Avhengig av en rekke faktorer har det vært vanskelig å få full oversikt over blant annet opplevelser og forløp. Dette er på grunn av at kronisk sykdom griper inn i folks liv på en helt annen måte enn akutte sykdommer (Gjengedal & Hanestad, 2007).

Lederen for den amerikanske kommisjonen for kronisk sykdom lanserte i 1956 en definisjon av kronisk sykdom:

- Alle avvik fra det normale som har flere eller en av disse karakterene: medfører varig funksjonshemming, er permanente, er forårsaket av irreversibel patologiske endringer, trenger rehabiliteringsprogram og krever langvarig pleie, observasjoner og veiledning (Gjengedal & Hanestad, 2007).

En kronisk sykdom omfatter en tilstand som ikke kan behandles eller opptre 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. Flere faktorer påvirker om pasienten mestrer livssituasjonen. Disse kan for eksempel være hvor alvorlig sykdommen er, om det er synlig eller ikke, om sykdommen medfører stor tilpasning og ekstra arbeidsbelastning, en er avhengig av mye hjelp, avlastning og profesjonell assistanse, store livstruende hendelser, evnen til å snakke åpent om det, evnen til å vurdere det som har skjedd og mestre og tilpasse seg situasjonen (Grønseth & Markestad, 2005).

2.2 Hjertesvikt

Hjertesvikt er en kronisk sykdom, så jeg velger derfor å omtale hjertesvikt.

En av hjertets hovedoppgaver er å pumpe oksygenrik blod ut til kroppen. For å klare dette har hjertet to pumper og det er når den ene eller begge disse pumpene svikter en får hjertesvikt.

Den ene pumpen ligger på høyre siden av hjertet mens den andre pumpen ligger på venstre.

Når en får høyresidig hjertesvikt vil det hope seg opp blod i venene i det store kretsløpet i kroppen. Det blir da trykk i venene om gjør at det blir opphopning av væske i vevet og organene i kroppen får mindre oksygen (Haugland, Hansen & Areklett, 2001).

Ved venstresidig pumpesvikt hopper det seg opp blod i lungekretsløpet, altså i det lille kretsløpet. Trykket som oppstår på grunn av opphopningen gjør at det siver væske ut til alveolene. Altså, det oppstår ødemer i lungene. Når en har væskeansamling i alveoler og lunger blir en av lungenes oppgaver som er å oksynere blodet nedsatt. Dette fører til at pasienten får respirasjonsbesvær (dyspné) (Haugland et al. 2001)

Symptomer:

Respirasjonsbesvær er det mest dominerende symptomet når det gjelder venstresidig hjertesvikt og en kan skille mellom 3 typer. Ortopne (kommer når pasienten ligger, som regel på natta) funksjonsdyspné (kommer når pasienten anstrenger seg) og hviledyspne (kommer når pasienten ikke anstrenger seg og dette er et svært alvorlig symptom) (Jacobsen et al, 2001). Jacobsen et al (2001) skriver også at New York Heart Association (NYHA) klassifiserer hjertesykdom på følgende måte:

- Klasse 1: Pasienten har en hjertesykdom, men ikke en nedsatt funksjon.
- Klasse 2: Pasienten har dyspné ved moderat anstrengelse
- Klasse 3: Pasienten har dyspné vett lett fysisk anstrengelse
- Klasse 4: Pasienten har dyspné ved hvile

Årsak:

Det finnes mange årsaker til hjertesvikt og her er noen av dem: Koronarsykdom som for eksempel kan være hjerteinfarkt, hypertensjon (høyt blodtrykk), klaffefeil som kan for eksempel være medfødt eller ervervet, arytmier som for eksempel kan være arterieflimmer eller lungesykdom som for eksempel kan være kronisk bronkitt eller emfysem (Jacobsen et al, 2001).

Behandling:

Målet for behandlingen og sykepleien til pasienter med hjertesvikt er å redusere eller fjerne de bakenforliggende årsakene til symptomene og forhindre komplikasjoner. Noen eksempler på

behandling kan være oksygenbehandling, fysisk og mentale hvile, undervisning og motivering for behandlingsopplegg (Haugland et al. 2008).

2.3 Sykepleiefaglig perspektiv

Til min oppgave har jeg valgt å bruke Travelbee sitt syn på hva god sykepleie er. Grunnen til at jeg velger henne er at hun retter fokuset på kommunikasjon og mellommenneskelig relasjoner, som er viktig i all pasientrelatert sykepleie. Hun sier også at sykepleie er en prosess der sykepleier blant annet skal hjelpe hver og en pasient til å finne mening med, og mestre sin sykdom (Travelbee, 1999).

Travelbee sitt menneskesyn er at hvert menneske er en unik person, og det er slik hun forholder seg til pasientene. Hvert menneske er enestående og uerstattelig uansett om en har levd eller skal leve. Som en person tar hver enkelt menneske del i en rekke fellesmenneskelige erfaringer (Travelbee, 1999). I følge Travelbees tenkning er sykepleierens mål og hensikt å hjelpe personer til å mestre, bære og finne en mening i erfaringene som kommer med en lidelse eller sykdom. Hun sier også at sykepleie skal forebygge sykdom og fremme helse. Travelbee mener at håp er knyttet til sykepleierens mål og hensikt. Ved å støtte håpet hos et menneske som lider, kan det hjelpe mennesket til å mestre lidelsen i større grad enn det ellers ville ha gjort. Det kan også hjelpe dem til å bære på sykdommen og tapet og de medfølgende konsekvensene gjennom resten av livet. Har et menneske mistet håpet ser de ikke lenger muligheter til å forandre og forbedre sin livssituasjon. Et viktig grunnlag for å bevare og utvikle håp er knyttet til at en vet en får hjelp av andre dersom en trenger det (Travelbee,1999).

En sykepleier skal kjenne til hver enkelt pasients opplevelse av sin situasjon og vite hvilke meninger en selv har om den, enn det å forholde seg til diagnosen. Selv om hvert menneske reagerer forskjellig og individuelt når de opplever en lidelse, finnes det likevel et fellestrekk, nemlig at mennesker som lider prøver å finne en årsak til eller en forklaring på hvorfor det som har skjedd, har skjedd (Travelbee,1999).

Travelbee beskriver kommunikasjon som en av de viktigste redskapene til sykepleieren. Kommunikasjon er nemlig med på å skape og etablerer et menneske- til –menneske forhold til pasienten. Med menneske – menneske forholder mener Travelbee at det er de erfaringene og opplevelsene som er delt mellom sykepleier og den som er syk, eller den som trenger

sykepleierens tjeneste. Det som kjennetegner disse erfaringene og opplevelsene er at individets, familiens eller samfunnets sykepleiebehov blir ivaretatt. Gjennom kommunikasjon blir også sykepleieren kjent med pasienten og det er her en skiller denne pasienten fra tidligere pasienter. Når en blir kjent med pasienten som person og en finner ut av hans særegne behov, blir det lettere å utføre og planlegge sykepleie i samsvar med pasientens behov. Travelbee skriver at sykepleieren bruker en målrettet intellektuell tilnærming for å kunne hjelpe den som er syk eller lider til å mestre sin situasjon og eventuelt finne en mening med den (Travelbee, 1999).

2.4 Mestring

Det er faktorer som kan oppleves belastende eller stressende for den som har hjertesvikt og det er ofte de faktorene den enkelte må mestre og lære seg å leve med for å få best mulig livskvalitet til tross for sykdommen (Hanssen & Natvig, 2007).

Mestring handler om å ha tilgang til ulike ressurser, kunnskaper, ferdigheter, sosiale ressurser, hjelpere eller utstyr og det å ha evne til å utnytte disse. Det kan være vanskelig å avgjøre hva som er god eller dårlig mestring. Mestring må inkludere egen evne til å utføre oppgaver og følelser eller forventninger vi har til utfordringen. Mestring er knyttet til personers reaksjoner på stress og truende situasjoner. Mestring blir også sett på som et forsøk på å håndtere utfordringer (Heggen, 2007).

I forbindelse med sykdom definerte Lazarus og Folkman i 1984 mestring slik:

- Stadig skiftene atferdsmessige og kognitive forsøk på å takle bestemte indre og ytre krav som er vurdert til å overstige pasientens ressurser (Bastøe, 2007).

Lazarus og Folkman mener at hvordan hvert enkelt menneske klarer å mestre en situasjon på, er avhengig av på hvilken måte en ser situasjon på. Hvordan et menneske tolker en situasjon er igjen avhengig av erfaringer en har hatt tidligere og hvilken indre og ytre ressurser en har (Bastøe, 2007).

Sosiologen Antonovski har skrevet en teori om stress og mestring der forståelse, mestring og mening er tre sentrale begrep. Med forståelse mener han den forståelsen hver enkelt har om den situasjon en er i, en forståelse som bygger på den kunnskapen hver enkelt har. Mestring knytter han til at hver enkelt vet at en har og er i stand til å ta i bruk ressurser overfor de utfordringene en blir konfrontert med. Å finne mening har i følge Antonovski med å betrakte

utfordringene i livet og problemer som en del av livet. Ved å ha fokus på disse problemene vil en oppleve sammenheng i tilværelsen, mener Antonovski, og en vil dermed lettere mestre og håndtere de problemene livet stiller (Bastøe, 2007).

2.5 Kommunikasjon og informasjon

Skal en kunne hjelpe pasienter med hjertesvikt til å mestre sin hverdag må det dannes gode relasjoner mellom pasient og sykepleier. Det må skapes tillit og trygghet mellom dem og derfor har jeg valgt å omtale kommunikasjon og veiledning.

Å leve med hjertesvikt kan føre til at de må legge om sine daglige rutiner og sin livsstil. Det er derfor viktig at pasienten får god informasjon om for eksempel forhold i dagliglivet som kan påvirke situasjonen (Rustøen, 2007). Når informasjonen skal gis er det viktig at en gir informasjonen mer enn en gang, og for mange kan det hjelpe dersom en gir dem skriftlig (Haugland et al, 2008).

Alle mennesker har en evne til å kommunisere og dette er noe vi gjør hele tiden. Når vi kommuniserer gjør vi det ikke bare med ordene våre, men også med hvordan vi ser ut og hvordan væremåten vår er. Sykepleierens viktigste arbeidsredskap er å kommunisere og skape tillit og kontakt. Det er sykepleieres ansvar å legge til rette at kommunikasjonen blir god i møte med mennesker som trenger hjelp (Fjørtoft, 2006). Kommunikasjon forstås som en dynamisk, vedvarende, foranderlig prosess og et symbolsk samspill hvor man selv blir påvirket og man påvirker andre. Det er ikke bare tale om å overføre informasjon eller mening fra en person til en annen, men det handler om å skape noe til felles. Ordet kommunikasjon kommer fra latin, communis, og betyr å ha til felles. Mellom mennesker er kommunikasjon nødvendig for fellesskap – enten det dreier seg om samvær, samferdsel, informasjon, samtale eller samforståelse. I en dynamisk samspill mellom mennesker utvikles det felles forståelse og fellesskap. Budskapet som formidles har en innholdsmessig og en relasjonell komponent. Den innholdsmessige delen av budskapet dreier seg om det en sier med ord, enten det er falskt eller ikke, mens den relasjonelle delen handler om hvordan ting formidles. Her er det non-verbal kommunikasjon som står i fokus og dermed hvordan innholdet i budskapet blir oppfattet av mottakeren. Kommunikasjon skjer mellom mennesker som er forskjellige i sinnestemming, forutsetninger og i dagsform. Situasjonen og omstendighetene rundt kommunikasjonen vil variere og virke inn på klimaet og den atmosfæren handlingen skjer innenfor. For å kunne mestre de ulike omstendighetene er det nødvendig at deltakerne klarer å

tilpasse seg hverandre og situasjonen. Å ha en slik forståelse er viktig når en skal danne relasjon mellom sykepleier og pasient. Når to mennesker møtes er det en enestående hendelse i seg selv. Med enestående menes det at akkurat dette møtet mellom disse to menneskene har aldri skjedd før og kommer aldri til å skje igjen. Det møtet mellom dem vil alltid bli stående som noe spesielt, noe som har sin egen karakter og sitt eget innhold. Denne opplevelsen og hendelsen må tas imot og tas vare på som den enestående begivenheten den er (Hummelvoll, 2004).

2.6 Trygghet

Er en trygg på seg selv kan dette beskrives som å våge, å mestre, å stole på seg selv, å kunne erkjenne svakhet, å hvite hva en vil og å kunne hevde seg over andre. En må ha trygghet og tillit overfor hverandre for at et forhold skal utvikle seg. Dette fører til at en skaper håp om å bli godtatt, få støtte, interesse og omsorg (Smebye, 2005). Trygghet er derfor relevant for min oppgave, derfor velger jeg å omtale det.

Hvert og et menneske skal få kunne bo hjemme så lenge det er forsvarlig og ønskelig. For at dette skal være mulig er det viktig at det føles trygt å bo hjemme. Et grunnleggende mål for sykepleierne er trygghet. Pasienten skal oppleve trygghet i forhold til hjelpen de får og i forhold til å bo i sitt eget hjem. Hjemmet kan for de fleste være et symbol på trygghet. Trygghet kan deles inn i 2: Indre trygghet som er den indre balansen som en har med seg fra en god barndom, og som er foranket i et livssyn, mens den ytre tryggheten handler om forholdet til omgivelser og samhandling med andre. Det er den ytre tryggheten som er mest relevant for sykepleierne og det er den vi kan påvirke mest (Fjørtoft, 2006). For hvert og et menneske er trygghet viktig. Like lite som livet kan kvalitetssikres, kan tryggheten det. Å forsøke å forstå hvert enkelt menneske kan være sentralt for å kunne bidra til at det kan føle trygghet. Skal en yte omsorg må en ta vare på mer enn selve mennesket. Trygghet er ikke noe som bare oppstår i oss som følge av andre sine handlinger, men det kan være en grunnleggende del av vår tilværelse. Trygghet kan også være noe vi søker og vi kan føle trygghet av andre sine handlinger (Thorsen, 2005).

2.7 Sosial støtte

En ressurs i mestring av livssituasjon kan være å tilhøre et fellesskap som gir mulighet for sosial støtte (Smebye, 2005). Det er på grunn av dette jeg velger å omtale sosial støtte.

Sosial støtte er sentralt i mestring av ulike livshendelser. Gjennom livet vårt trenger vi andre å støtte oss til, og betydningen av den sosiale støtten blir kanskje tydeligere når helsen svikter eller når vi blir utsatt for store påkjenninger. Det er ofte de som er i en vanskelig livssituasjon som vil oppleve den sosiale støtten viktigst (Renolen, 2008). Sosial støtte kan virke direkte inn på helsa. Har en et støttende sosialt nettverk kan dette være en helsegevinst med at en føler seg verdsatt og tilværelsen kan føles stabil og forutsigbar. Igjen kan dette være med på at en får bedre helse. Har en mangel på sosial støtte kan dette bidra til sykdom, dette fordi en står alene og en kan bli overveldet av alle kravene i situasjonen. Sosial støtte har også en dempende virkning på stressopplevelser. Den støtten en får gjør at hendelsen ikke blir så belastende, dette for en vet at støtten er der når en trenger den. Om man hjelper en person kan dette være med på å hindre at belastningen blir et psykisk problem, en sykdom eller redusert mestringsevne (Smebye, 2005).

2.8 Håp

Hjertesvikt er en lidelse med mange alvorlige plager og sykdommen kan føre til kort levetid, håp blir da en sentral dimensjon hos disse pasientene. Håp kan gi styrke til å takle eller mestre for eksempel ensomhet og lidelse, tap, mangler, og ved sykdom er håpet avgjørende for ikke å gi opp. Det blir også beskrevet at håp er viktig for livskvaliteten (Rustøen, 2007). Håp kan derfor være med på og mestre sykdommen og blir derfor sentralt for min problemstilling.

Håp er vesentlig for å kunne mestre tap, lidelse og usikkerhet. For at en skal kunne holde ut lidelsen, er det for mange håpet som er strategien. For mange kan håpet være en mestringsstrategi og dette kan øke motivasjonen til å kjempe og forhindre at frykten og angsten overtar og skygger for handlings alternativer. Denne strategien kan føre til bedre livskvalitet og kan ha en innvirkning på immunforsvaret (Bastøe, 2007). Håp er beskrevet som en erfaring, et behov og en dynamisk egenskap. Med tanke på dette er også håp beskrevet som en følelse, mens betydningen av både kognitive og affektive aspekter er understreket. Håp er definert som kunnskapen om og følelsen av at det finnes en vei ut av vanskeligheten. Dette er en viktig følelse med tanke på kriser og tap. Har en et sterkt håp, kan håpet gi styrke

og mot til å takle vanskelige situasjoner i livet, men har en svak håp kan dette føre til apati og resignasjon (Rustøen, 2007)

Håp kan deles inn i to ulike sfærer – universelt håp og spesifisert håp. Universelt håp er definert som en tro på framtiden som beskytter en mot fortvilelse og verner den enkelte ved å kaste et positivt lys over livet. Denne type håp er ikke knyttet til noe tid eller et spesielt objekt. Et spesielt håp derimot er knyttet til et bestemt objekt, ved at man håper på noe bestemt. For eksempel kan dette være at en håper at en ny behandling skal lykkes. Blir et spesielt håp truet, kan universelt håp redde personen slik at han ikke gir opp. En kronisk lidelse kan ramme begge typer av håp (Rustøen, 2007).

2.9 Livskvalitet

Ved Ullevål universitetssykehus ble det gjort en studie, der livskvalitet og håp hos hjertesviktpasienter ble kartlagt og det viser seg at hjertesvikt pasientene hadde dårligere livskvalitet enn normalbefolkningen (Rustøen, 2007) Livskvaliteten etter sykdommen, samt evnene til å mestre livet og den sosiale støtten vil variere for hvert enkelt menneske (NOU, 1999:2). Livskvalitet er derfor sentral for min oppgave, så jeg har valgt å omtale dette.

Hvert enkeltmenneske definerer hva som er det gode liv for seg, og det er det, det gode liv handler om. Begrepet livskvalitet uttrykker personens egen oppfatning av sin egen situasjon og der dreier seg også om fysiske, psykologiske, sosiale og eksistensielle sider ved livet. Videre dreier livskvalitet seg om hvilke forventninger, mål, verdier og meninger man har i livet. Næss laget i 2001 en definisjon på hva livskvalitet er:

- Livskvalitet er å ha gode følelser, å ha det godt med seg selv og ha en positiv vurdering av eget liv. Med gode følelser menes glede, kjærighet og engasjement. Positive vurderinger forstås som selvrespekt, tilfredsstillelse og opplevelse av mening (Wahl & Hanestad, 2007).

Det har blitt gjort flere studier som har sett på viktige faktorer for å oppleve livskvalitet. Disse faktorene var å være uavhengig, føle seg nyttig, føle seg trygg og sterk, oppleve å mestre, å ha god helse og å kunne være aktiv (Wahl & Hanestad, 2007).

3.0 Metode

Tranøy har definert i Dalland (2007) at en metode er en fremgangsmåte for å få frem kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, holdbarheter eller gyldige. I mange sammenhenger der det har vært spørsmål om hva metode er har Vilhelm Aubert formulert det slik:

- En metode er et middel og en fremgangsmåte som løser et problem og komme frem til nye kunnskaper. Et hvilken som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoden (Dalland, 2007).

Metode er redskapet vårt i møtet med noe vi vil undersøke. Metode er en hjelp for oss til å samle inn informasjonen og data vi trenger til undersøkelsen vår. Alt etter som valg av en metode vil kunne undersøke ulike sider ved et fenomen (Dalland, 2007).

Olsson og Sørensen (2003) skriver at den kvantitative metoden tar utgangspunkt i en teori som bygger på tidligere forskningsresultater og forskernes egen erfaring på område.

Den kvantitative metoden tar sikte på å forme informasjonen til målbare enheter som gir oss muligheter til å foreta regneoperasjoner som det å for eksempel finne prosent og gjennomsnitt av større mengde (Dalland, 2007).

Med en kvalitativ metode menes det en forskningsprosedyre som tar utgangspunkt i menneskers egne skrevne eller talte ord, den gir beskrivende data og observerbare fravær (Olsson & Sørensen, 2003). Holme og Solvang har sitert i Dalland (2007) at en kvalitativ metode tar sikte på å fange opp opplevelsen og meningen som ikke lar seg måle eller tallfestes (Dalland, 2007). Det unike med å arbeide på den kvalitative måten er at en ønsker å karakterisere noe. I en kvalitativ metode ønsker en altså å finne de kategorier, beskrivelser eller modellen som beskriver et fenomen eller en sammenheng i omverden eller i individets livsverden (Olsson & Sørensen, 2003).

3.1 Litteraturstudie som metode

En allmenn litteraturstudie kan være litteraturgjennomgang, litteraturoversikt eller forskningsoversikt (Forsberg & Wengström, 2008). Olsson og Sørensen (2003) skriver at litteraturstudie skal som alle andre oppgaver bestå av formål, bakgrunn, innsamlingsmetode og spørsmålsstillinger osv. Litteraturen er innsamlingsdata på samme måte som respondenten er informasjonskilde i et intervju. Med dette menes det at den litteraturen som er i en

litteraturbakgrunn, ikke kan være den samme som innsamlingslitteraturen. I en drøftingsdel tar en innsamlingsdata fra litteraturen i dialog med bakgrunns litteraturen, så drøfter en ut fra spørsmålsstilling og formål.

3.1.1 Metodens sterke og svake sider

Det er både fordeler og ulemper med en litteratursstudie. Fordelen er at en på kort tid kan finne frem til informasjon en er interessert i. Denne informasjonen kan en finne gjennom bøker, artikler og forskningslitteratur (Forsberg og Wengström, 2008).

Den svake siden med metoden er i følge Hern m. fl. at det å lese bøker og artikler kan medføre problemer da dette kan ha følgende svakheter: en har tilgang til en begrenset mengde relevant forskning, utvalget er selektivt om ekspertene velger studier som støtter deres egen synspunkter, og ekspertene kommer frem til ulike resultater (Forsberg & Wengström, 2008).

3.2 Litteratursøk og valg av litteratur

Pavel og Davidson sitert i Dalland (2007) hevder at litteratursøking har som mål å få et bilde av hva som allerede er skrevet innenfor det problemområdet vi har tenkt å arbeide med. I oppgave arbeidet er det viktig å være åpen for nye ideer. Dette er på grunn av at vår egen forståelse kan være begrenset mens litteraturen kan bidra til å åpne flere perspektiver (Dalland, 2007).

Når jeg skulle finne forskningsartikler brukte jeg databasene Svemed+, Proquest, Medline, Vård i Norden og Cinahl ved Høyskolen sitt bibliotek. Databasene gav meg mange treff, men mange av dem var ikke relevante for min oppgave og problemstilling. Flere av artiklene omhandlet det medisinske ved hjertesvikt, mens jeg var på jakt etter sykepleierens rolle og pasientperspektivet.

På Svemed+ søkte jeg på *coping* som gav meg 1218 treff og *heart failure* som gav meg 644 treff. For å korte ned søket valgte jeg å kombinere ordene sammen. Jeg kombinerte derfor *coping* og *heart failure* som gav meg 8 treff. Av disse 8 treffene var det kun 4 jeg klarte å åpne i full tekst. Jeg leste derfor overskriftene og sammendragene på disse 4 og det var kun 1 som passet til min oppgave og problemstilling.

På Proquest søkte jeg på *heart failure + coping + nursing* og resultatet ble 8 treff. Det var to av overskriftene jeg syntes passet til min oppgave og problemstilling så jeg valgte å lese gjennom disse artiklene. Begge artiklene var veldig lange så jeg valgte å lese grundigere gjennom den artikkelen som var mest relevant for min oppgave og problemstilling og det ble til at jeg valgte denne artikkelen.

Vård i Norden var også en database jeg søkte etter artikler i. Jeg ville søke på ordet trygghet, da trygghet for pasienter har mye å si for at de skal mestre sin hverdag. Når jeg brukte søkeordet *trygghet* fikk jeg opp 25 artikler som omhandlet dette. Ikke alle var aktuelle for min oppgave, men det var en artikkel jeg valgte og bruke.

På Vård i Norden søkte jeg også på ordet *omsorg* som gav meg 196 treff. Jeg såg på overskriftene og lese gjennom de artiklene som så relevant ut til min oppgave. Jeg fant en artikkelen jeg valgte og ta med.

Jeg var på sykepleien.no og søkte i fag og forskning arkivet. Der søkt jeg på *håp* og fikk 625 treff, noe jeg syntes var veldig mange. Jeg bestemte meg derfor å kun se om det var noe som virket interessant på de fem første sidene. På side tre fant jeg en overskrift som så relevant ut til min oppgave, jeg leste den og fant ut jeg ville ha den med.

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode som brukes for å fastslå om en kilde er sann eller ikke. Dette betyr at en må karakterisere og vurdere de kildene som benyttes. Målet med kildekritikk er å gi leserne del i refleksjonene en har gjort seg når det gjelder hvilken gyldighet og relevans litteraturen har for problemstillingen. I en slik sammenheng som dette er det viktig at en kan kunne gjøre rede for tilgangen på litteraturen og om det har vært lett eller vanskelig å finne denne (Dalland, 2007).

En primærkilde er selve originalen, noe som betyr at det er den som er førstegangskilde. Noe som er typiske primærkilder er rapporter fra enkelstående forskning eller fagutviklingsprosjekter. Konkret dreier det seg om artikler publisert i tidsskrifter. Når innholdet refereres er kunnskap som er presentert i lover, forskrifter og etiske retningslinjer primærkilder. Bøker er også primærkilder og de er godt egnet dersom en skal finne kunnskaper av mer stabil karakter (Bjørg & Solhaug, 2008).

En sekundærkilde er en andrehåndskilde der det som er skrevet av primærkilden er bearbeidet. Bøker kan i noen tilfeller være sekundærkilder. Har en for eksempel en bok som henviser til et annet kapittel i en annen bok, er dette kapittelet en sekundærkilde. Dette er på grunn av at en da støtter seg til framstillingen til en annen forfatter og ikke på originalen (Bjørng & Solhaug, 2008).

Når jeg har funnet aktuell litteratur til min oppgave utenom pensumlitteraturen, har jeg prøvd å finne primærkilden. Dette har ikke alltid vært like lett, så der jeg har måttet bruke sekundærkilder har jeg prøvd så godt jeg kan å oppgi dette i teksten. Når jeg har funnet forskningsartikler har jeg lest gjennom dem og kun tatt med de artiklene som var relevant for min oppgave og problemstilling. Jeg har også brukt artikler som ikke er mer enn 10 år gamle, slik at litteraturen som står i den ikke er for gammelt. To av artiklene jeg har tenkt å ta med handler om pasienter som lider av en annen alvorlig sykdom enn hjertesvikt, men jeg finner den allikevel relevant for min problemstilling.

3.4 Ethiske aspekter

Før en begynner med å gjøre en systematisk litteraturstudie bør etiske vurderinger gjøres. Det er blitt laget etiske retningslinjer der det sies at juks og uhederlighet ikke skal forekomme innen forskning. Dette betyr at en ikke skal lage plagiat av data og en skal ikke vrenge på forskningsprosessen. I litteraturstudien skal en bruke studier som er godkjent fra etiske komité og gjøre rede for alle studier som er med i artikkelen. Det er uetisk å presentere artikler som støtter forskerens sitt eget syn (Forsberg & Wengström, 2008).

Gjennom oppgaven har/skal jeg ikke gjøre om og endre på teksten som forfatteren skriver, dette for å ivareta forfatteren sitt arbeid. Har jeg brukt en kilde er det viktig at jeg skriver kildehenvisning og årstall både i tekst og på litteraturlisten slik at en ser at det er forfatteren som har sagt det som er blitt skrevet og ikke jeg. Mine referanser blir referert etter høyskolen sine retningslinjer for referansebruk.

3.5 Presentasjon av utvalgte forskningslitteratur

- *Mannliga patienter med hjärtsvikt och deras erfarenhet av att vara trygga och otrygga.*

Tittelen er skrevet av Burström, Boman, Standberg & Brulin (2007) og de fokuserer på menn med hjertesvikt og deres erfaring med å føle seg trygge og utrygge. Formålet med studien var å beskrive hva trygghet og utrygghet hadde å si for menn med hjertesvikt. I artikkelen kommer det frem hva sykepleieren/helsepersonell kan gjøre for at pasientene skulle føle seg trygg. Sykepleierne var verdifulle når det gjaldt å jobbe for at pasientene skulle føle seg trygge. Følelsen av sikkerhet økte hos mennene når de hadde en sykepleier som respekterte dem og hadde god evne til å lytte til opplevelse av å leve med hjertesvikten. Det var også viktig at sykepleier og leger hadde gode kunnskaper om hjertesvikten.

- *Personers opplevelse av at leva med kronisk hjärtsvikt – Systematisk litteraturstudie.*

Tittelen er skrevet av Barremo, Bruce, Salander & Sundig (2008) og handler om hvordan personer med hjertesvikt opplever sin situasjon. Metoden som ble brukt var systematisk litteraturstudie, da dette også var en del av formålet til studien. Det som kommer frem er at pasientene med hjertesvikt mente at sykepleierne burde gjør for at de skulle mestre sin hverdag. Støtte fra sykepleierne og helsevesenet var viktig for at de skulle takle livet med hjertesvikt. Personene fra helsevesenet som hadde klart å skape tillit var de, de ville ha støtte fra. Tillit var blitt skapt ved at sykepleierne snakket med dem og gav dem trøst når det trengtes det. Sykepleierne skulle også hjelpe dem til å takle sykdommen hjemme. Å kommunisere, skrive brev, sende e – post, eller ringe noen som for eksempel sykepleier dersom det var noe de lurte på var også noe de nevnte. Sykepleierne burde også være flinke med å informere om hjertesvikt, og når informasjonen ble gitt skulle det formidles uten stress, som vil si at de satt seg ned og brukte god tid. Dette var viktig for håp og mestring av fremtiden.

- *Living with stage 3 heart failure* er utført av Painter (2003). Hensikten med denne studien var å beskrive opplevelsene til pasienter som har hjertesvikt i stadium 3. I studien kommer det frem at pasientene trengte støtte til å mestre sin hverdag med for eksempel å tenke positivt og ta en dag om gangen. Dette med å være opptatt av ting i hverdagen og føle at de hadde kontroll over sykdommen var også noe de mente var viktig å få hjelp til.

- *Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det* er skrevet av Kvåle (2006). Denne artikkelen omhandler et av fire tema fra et kvalitativt intervju med kreftpasienter om hva som var viktig for opplevelse av god omsorg, da dette også var hensikten med studien. I studien kommer det frem hva sykepleierne kunne gjøre for at pasientene skulle oppleve omsorg. Den omsorgsfulle sykepleieren var den som tok seg tid til å snakke med pasientene som et individ, var bekymret for dem, gav informasjon og forklarte og smilte og hadde god følelse for humor. Sykepleieren måtte også se på pasientene som medmennesker og ikke bare som pasienter.

Fagartikkel

- *Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp?* Er skrevet av Vibeke Bruun Lorentzen (2003). Artikkelen tar utgangspunkt i problemstillingen, hvordan kan sykepleieren styrke kreftpasienters håp der kurativ behandling er avsluttet? I studien kom de frem til hvordan sykepleieren kunne være med på å styrke håper deres. Sykepleierne kunne hjelpe pasientene til å få gode opplevelse, som for eksempel under stell og med å ikke ha smerter eller kvalme. Sykepleierne skulle være til stede både fysisk og psykisk og hjelpe dem til å fullføre mål de hadde i livet. Kommunikasjon, lytte og se var også viktig for at sykepleieren skulle styrke pasientenes håp.

3.6 Presentasjon av bøker

Her kommer det en presentasjon av bøker som er relevante til min problemstilling.

Joyce Travelbee (1999) ”Mellommenneskelig forhold i sykepleie”. Boka er relevant for min oppgave da denne handler om hvordan mennesker skal takle sykdommen sin og hvordan en sykepleier skal forholde seg til den som er syk. Denne boka er bra for alle som jobber med mennesker. Boka gir oss kunnskaper om hva mennesker trenger for å oppleve håp og hvordan de skal mestre sin situasjon, når livet deres er tungt og vanskelig. Den tar utgangspunkt i hvordan god relasjon skapes.

Eva Gjengedal & Berit Rokne Hanestad (Red) (2007) ”Å leve med kronisk sykdom – en varig kursending”. Denne boken er laget for at sykepleiere og helsefagstudenter skal lære seg hvordan livet arter seg for mennesker som rammes av en kronisk sykdom. Boken er aktuell for min oppgave da den gir innsikt i hvordan kronisk lidelse påvirker opplevelsen av livskvalitet og helse. Den tar også utgangspunkt i hvordan forskjellige grupper erfarer dagliglivet, yrkeslivet, det sosiale nettverket og helsetjenesten.

Åse Renolen (2008) "Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag" er relevant til min oppgave da den blant annet beskriver kroppslige endringer og individets selvoppfatning, stressreaksjoner og faktorer som virker inn på stressmestring, reaksjoner som oppstår i krise og sorg, og hvordan vi danner oss inntrykk av individets atferd.

4.0 "Hvordan kan sykepleie hjelpe en pasient med hjertesvikt til å best mulig mestre sin hverdag?"

Etter å ha studert forskningsartikler, fagartikler og litteratur i bøker har jeg kommet frem til at følgende tema har betydning for at pasienter med hjertesvikt skal mestre sin hverdag.

- Informasjon
- Kommunikasjon
- Sosial støtte
- Håp

4.1 Informasjon

I studien til Kvåle (2006) står det at informasjon gir pasienter en opplevelse av trygghet og kontroll som er et grunnleggende behov hos alle mennesker, og som er en viktig forutsetning for å kunne mestre å leve med en alvorlig sykdom. Informantene i studien til Barremo et al. (2008) gav uttrykk for at informasjon om hjertesvikt gav dem mestring og håp for fremtiden. Informasjon om hvordan de kunne leve på en best mulig måte, samt informasjon om prognosen var viktig. Dette var for selv å få kontroll over sykdommen, som igjen førte til at de mestret hverdagen. Videre ville informantene ha generell informasjon om for eksempel kosthold, fysisk aktivitet, og til slutt psykologiske faktorer, da de mente at den psykiske og fysiske dimensjonen var knyttet til hverandre. Høybakk (2008) skriver at i en undersøkelse som er gjort av pasienter med hjertesvikt, kommer det frem at pasientene syntes det ble gitt for lite informasjon om angst og depresjon. Denne informasjonen mente de var viktig for at de skulle mestre hverdagen.

I studien som er skrevet av Kvåle (2006) hevder informantene at det var viktig at sykepleierne gav god informasjon og forklaringer om sykdommen, behandlingen og om praktiske problemer. En av informantene sa at når sykepleierne satte seg ned og informerte om problemer som oppstår som hun ikke visste fra før, samt generell informasjon om sykdommen, følte informantene at sykepleieren brydde seg og gav omsorg. Omsorg må være til stede for at en skal kunne mestre sin hverdag. Dette forsterkes med teorien sier: Når en lever med hjertesvikt må mange legge om sin livsstil og sine daglige rutiner. Det er derfor viktig at sykepleierne gir omsorg og god informasjon om forhold i dagliglivet som kan påvirke pasientene sin situasjon (Rustøen, 2007). Informantene i studien til Barremo et al.

(2008) sier at informasjonen de fikk, ville de både ha skriftlig og muntlig og når informasjonen ble gitt skulle den gis uten stress, som vil si at hjemmesykepleierne skulle sette seg ned og bruke godt tid. I følge Haugland et al. (2008) bør informasjonen som blir gitt til pasienter med hjertesvikt gis flere ganger, og om pasienten ønsker det skal den gis skriftlig. Dette for at informasjonen som blir gitt skal bli forstått, som igjen gjør at de mestrer situasjonen.

Funn i studien til Barremo et al. (2008) viste at informasjon om hjertesvikt var ikke like viktig for alle informantene. Noen mente de hadde fått nok informasjon allerede. De var redde for at informasjonen de fikk skulle skape angst, og at håp og mestring for fremtiden skulle forsvinne dersom de fikk for mye informasjon om sykdommen. Dette skriver også Høybakk (2008) at behov for informasjon varierer fra person til person. Noen søker aktivt informasjon om sin hjertesykdom, mens andre foretrekker å skyve tankene om sykdommen fra seg. Informantene i studien av Barremo et al. (2008) oppgir også andre grunner til at de ikke ville motta informasjon. Det var blant annet at de ikke kom til å kunne forstå informasjonen allikevel, da det ble brukt mye medisinske ord. Av erfaring fra praksis har jeg opplevd at en pasient som fikk informasjonen skriftlig, hadde problemer med å forstå det som stod i brevet, for det var brukt mange medisinske ord. Pasienten ønsket derfor at hjemmesykepleier skulle gi informasjonen i brevet muntlig og ikke bruke fagspråk. Ved å gjøre dette klarte pasienten og mestre denne situasjonen.

4.2 Kommunikasjon

Studien som er skrevet av Lorentzen (2003) hevdes det at måten en sykepleier kommuniserer på er viktig i forhold til håpet og mestring hos pasienter. Måter å kommunisere på vil si både stemmens tone, kroppsholdningen og ansiktsuttrykk som er med på å gi signaler til pasientene. I følge Fjørtoft (2006) kommuniserer vi ikke bare med det vi sier, vi kommuniserer også med hvordan vi ser ut, og hvordan vi oppfører oss. Det vil si at sykepleierens non – verbal kommunikasjon er viktig. Dette blir videre understreket av Brinchmann (2005), som sier at sykepleierens moral og etikk kommer til uttrykk via hans/hennes væremåte og kroppsspråk, og gjennom det en sier eller gjør. Informantene i studien som er skrevet av Kvåle (2006) sa at de mestret sykdommen bedre dersom sykepleierne snakket med dem om hverdagslige ting. Da viste sykepleieren interesse for å bli kjent med dem som person og ikke bare som pasient. Lorentzen (2003) hevder også i sin studie at en sykepleier bør starte samtalen med åpne spørsmål, slik at pasientene kan fortelle

om hvordan livet deres var tidligere. Det at pasientene selv fikk fortelle og det de fortalte kunne være med på å styrke håpet og mestring for dem. Renolen (2008) skriver at sykepleierne kan formidle håp og mestring til pasienten gjennom å snakke, informere og ved å være vennlig og høflig. I følge Travelbee (1999) blir sykepleierne kjent med pasientene gjennom å snakke med dem. Ved å gjøre dette skiller sykepleierne pasienten fra tidligere pasienter; sykepleierne blir bevisst på at hver pasient er et enkelttilfelle og pasienten vil føle seg ivaretatt som enkeltindivid og ikke bare behandlet som en av mange.

Studien til Lorentzen (2003) viste at dersom pasientene merket en positiv holdning i forhold til kommunikasjon fra sykepleieren kunne dette være med på å styrke håpet og mestre. En av de viktigste arbeidsredskapene til en sykepleier er kommunikasjon, og å skape tillit, trygghet og kontakt. Det er også sykepleierens oppgave å ha en positiv holdning og legge til rette for at kommunikasjonen blir god i møtet med pasientene (Fjørtoft, 2006). Brinchmann (2005) hevder at sykepleierens utfordring er å møte pasienten på en god måte. I studiene til Kvåle (2006) og Burström et al. (2007) står det hvordan en sykepleier skal møte pasienten på en god og positiv holdning. Dette var ved å sette seg ned og snakker, og vise at de har tid til dem. Det gjorde at pasientene følte trygghet og omsorg, som igjen var med på at de mestret kommunikasjonen. Av egen erfaring fra praksis opplevde jeg at dersom jeg satt meg ned og snakket med pasientene mine, brukte god tid, og viste at jeg var der for dem, styrket det håpet og mestring hos dem. Jeg erfarte også at dersom jeg hadde det travelt og ikke hadde tid til å sette meg ned, ble kommunikasjonen mellom oss ikke så god som den burde vært. I følge Hummelvoll (2004) skjer kommunikasjon mellom mennesker som er forskjellig både i forutsetninger, sinnestemning og i dagsform. Omstendigheten og situasjonen rundt kommunikasjonen vil variere, og det vil også virke inn på klimaet og den atmosfæren handlingen skjer innenfor. Det er nødvendig at sykepleiere og pasient klarer å tilpasse seg hverandre og situasjonen for å meste de ulike omstendighetene.

4.3 Sosial støtte

I studien til Barremo et al. (2008) skrives det at støtte fra hjemmesykepleierne var viktig for at pasientene skulle mestre livet med hjertesvikt. I følge Renolen (2008) er sosial støtte sentralt for å mestre ulike livshendelser. Travelbee (1999) skriver at det er vesentlig i dag å hjelpe syke mennesker med å gjenvinne helsen og komme seg etter en sykdom eller lidelse. Sykepleierens måte og bistå syke mennesker på er å hjelpe dem til å mestre sykdommen og lidelsen gjennom erfaring. Dette gjøres ved å få en tilknytning til den syke, som gjør at

pasienten føler han blir forstått og ikke er alene. Informantene i studien til Barremo et al. (2008) uttrykker at de hjemmesykepleierne de ville ha støtte av, var de som de hadde skapt tillit til. Dette var for at de sykepleierne var det lettere å snakke med og de gav dem trøst dersom de trengte det. Dette kan man igjen se hos informantene i studien til Burström et al. (2007). De uttrykker at når kontakten mellom pasienten og hjemmesykepleierne var god og når de hadde tillit til hverandre, skapte dette trygghet. Hjemmesykepleieren skulle også støtte og ta hensyn til hver enkelt pasients forståelse av sykdommen (Burström et al. 2007). For at en pasient skal kunne mestre den sosial støtten, bør det være en balanse mellom pasienten og de andre han har rundt seg, som for eksempel sykepleierne. Et mål for sykepleieren er å bidra til at pasienten får kontakt med de han ønsker å ha kontakt med (Smebye, 2005).

I studien til Barremo et al. (2008) gir informantene uttrykk for at det å leve med hjertesvikt fører til store endringer i livet, noe som kunne oppleves sjokkerende. I det første stadiet av hjertesvikten opplevde de fysiske symptomer som angst, depresjon, nervøsitet og frykt. I begynnelsen kunne de også oppleve irritasjon, bitterhet og tanker om hvorfor de ble syke, og på grunn av disse følelsene hadde de en personlig endring som bidro til frykt i det daglige. I følge Travelbee (1999) skal sykepleieren ikke bare forholde seg til diagnosen, men kjenne til pasientens opplevelse av situasjonen og hvilke meninger pasienten har om den. Alle opplever en lidelse forskjellig, men det er et fellesstrekk, nemlig at de som er blitt rammet av en lidelse prøver å finne årsaken til hvorfor dette har rammet dem. Når informantene i studien til Barremo et al. (2008) hadde disse følelsene understrekte de at de følte seg trygge dersom de fikk sosial støtte og opplevde anerkjennelse, sympati og ble bekreftet av hjemmesykepleierne. Smebye (2005) skriver at sosial støtte virker direkte inn på helsa vår. Har man støtte fra helsevesenet føler man seg verdsatt og tilværelsen føles stabil og forutsigbar. I følge Hummelvoll (2004) skal en gi følelsen til pasienten at sykepleieren er på pasientens side og at sykepleieren vil hjelpe. Sykepleieren skal også gi aksept, varme og omsorg. Renolen (2008) skriver også at sykepleieren skal gi sympati, aksept og verdsettelse, noe som kan være med på at pasienten mestrer og, føler seg verdsett og elsket. På den annen side ville ikke alle informantene i studien til Barremo et al. (2008) ha sosial støtte fra hjemmesykepleierne. Dette var for de var redde for at de skulle bli avhengig av dem, noe som gjorde at de ble utrygge. Noen av informantene sa også at de følte seg mindre verdt av sykepleierne, og at sykepleierne ikke tok hensyn til deres behov. I studien til Kvåle (2005) uttrykker også en pasient at hun ikke ville ha for mye sosial støtte fra sykepleierne, for dette kunne skape godt kontakt mellom

dem, noe som igjen gjorde at de ble godt kjent. Pasienten bekymret seg da for at det skulle bli for stor belastning for sykepleieren når hun døde.

Informantene i studien til Barremo et al. (2008) hevder at det som tidligere var kjent og trygt med kroppen var blitt mer ukontrollerbart etter hjertesvikten. Noe som har ført til at det var vanskelig å selv håndtere hverdagen og delta i samfunnslivet som før. For at de skulle klare å mestre hverdagen, var den sosiale støtten fra hjemmesykepleierne viktig. I følge Renolen (2008) trenger vi sosial støtte gjennom hele livet, men betydningen av den sosials støtten blir kanskje ekstra tydelig når helsen svikter. I studien til Painter (2003) hevder også pasientene at de trengte sosial støtte fra hjemmesykepleierne til å mestre hverdagen. Dette var hjelp og støtte til for eksempel å tenke positivt og ta en dag om gangen. Informantene i studien til Burström et al. (2007) uttrykker at dersom det var noe de lurte på angående sykdommen eller virkning og bivirkning av medisinene, følte de seg trygge dersom de kunne ringe en hjemmesykepleier og spør. Dette var med på at pasientene følte de fikk sosial støtte, noe som igjen gjorde at de mestret hverdagen. Også i studien til Barremo et al. (2008) følte de sosial støtte fra hjemmesykepleierne dersom de kunne skrive brev, sende e – post eller ringe dersom det var noe de lurte på angående hjertesvikt. I følge Smebye (2005) vil en hendelse ikke oppleves så belastende for pasientene dersom en vet at støtten er der akkurat når en trenger det.

4.4 Håp

Lorentzen (2003) skriver at håp er viktig for at pasienten skulle ha et best mulig liv, og sykepleieren spilte en viktig rolle med tanke på å styrke pasientens håp og mestring. I følge Travelbee (1999) er det sykepleierens oppgave å hjelpe og støtte opp om håpet hos en pasient som lider av en sykdom. Dette kan føre til at pasienten mestrer lidelsen i større grad enn det han kanskje ellers ville ha gjort. Ved å hjelpe kan også pasienten klare å bære på sykdommen og tapet resten av livet. Rustøen (2007) skriver at håp er knyttet til mestring av en kronisk sykdom, og det blir beskrevet som en viktig faktor for livskvaliteten.

I studien til Lorentzen (2003) uttrykker pasientene at nærvær fra sykepleierne var viktig, særlig hvis de var veldig motløse. Sykepleieren måtte være til stede både fysisk og psykisk. Ved å gjøre dette signaliserte sykepleieren at hun tålte deres motløshet og depresjoner som igjen var med på å styrke pasientens håp. Det er i følge Rustøen (2007) sykepleierens oppgave å holde et håp til pasienten gjennom sykdommen og lidelsen, da håp sees på som en sentral faktor i

mennesker liv, spesielt ved sykdom. Også i følge Renolen (2008) er det sykepleierens oppgave og hjelpe pasienten med å ha håp om fremtiden, og ved å kaste et positivt lys over livet deres. Informantene i studien til Lorentzen (2003) uttrykte også at det ikke bare var hjelpen og tilknytningen til sykepleieren som var med på å styrke håpet deres. Relasjon til Gud, til kjæledyr, natur og hjelp fra andre mennesker, som nærmeste familie, var også viktige faktorer for å styrke håpet. I følge Renolen (2008) er familie og venner en viktig støtte når kriser rammer, og håpet kan da styrkes for man ser at andre stiller opp. De åndelige forholdene som religion og livssyn kan også ha betydning for håpet hos pasienter.

Informantene i studien til Lorentzen (2003) hevder at de hadde satt seg mål om å klare visse gjøremål gjennom hverdagen, og hvis de lyktes fikk de en følelse av kontroll. For pasientene var det å sette seg mål noe som påvirket håpet deres. For å klare disse målene og for å holde håpet oppe, var hjelp fra sykepleierne viktig. Renolen (2008) skriver at ved å ha kognitive forhold som å sette seg mål kan påvirke håpet. Mål gjør at man har fokus mot fremtiden, og det kan virke stimulerende i seg selv. Informantene i studien til Painter (2003) uttrykker at håpet var viktig for dem, da dette gjorde det lettere å tilpasse seg den nye livsstilen, ta en dag om gangen, og å tenke positivt. De uttrykte også at for å holde på håpet, var hjelpen og støtten de fikk fra hjemmesykepleieren viktig. I følge informantene i studien til Barremo et al. (2008) holdt de håpet oppe ved å tilpasse seg den nye livssituasjonen ved å opprettholde roen, tenke positivt, ikke bekymre seg, og være takknemlig for hver dag de fikk leve. Mårtensson (2005) skriver at pasienter som er mer håpefulle klarer å engasjere seg mer i livet, uansett hvilke begrensinger hjertesvikten innebærer. I en studie som Rustøen (2007) har skrevet om, kommer det frem at hjertesviktpasienter hadde høyere håp enn normalbefolkningen. Dette for at hjertesviktpasientene var glade for hver dag de fikk leve, og de hadde tilpasset seg sin situasjon.

5.0 Avslutning

Denne undersøkelsen har vist at pasienter som lever med hjertesvikt trenger hjelp fra hjemmesykepleieren til å mestre sin hverdag. Hensikten med oppgaven var å finne ut på hvilken måte sykepleieren kunne hjelpe dem, dette har jeg fått svar på.

Ved å ha lest mange forskningsstudier og annen litteratur om hjertesvikt og mestring i arbeid med bacheloroppgaven, har det vist seg at informasjon, kommunikasjon, sosial støtte og håp er det som går igjen i studiene. Forskning viser at informasjon var en viktig forutsetning for at en skulle klare å mestre å leve med en alvorlig sykdom. Pasientene gav uttrykk for at informasjonen skulle gis av hjemmesykepleierne når sykepleierne kunne sette seg ned og bruke god tid. Det som pasientene så på som den viktigste informasjonen var hvordan de kunne leve på en best mulig måte, og om prognosen. I studiene kommer det også frem at det ikke var alle som ville ha informasjon, det var forskjellige grunner til dette.

Kommunikasjon er viktig for å gi informasjon. Måten sykepleieren kommuniserte på påvirket håpet og mestring hos pasientene. I studiene sier pasientene at det var viktig at sykepleieren tok seg tid til å snakke med dem om hverdagslig ting, men det var også viktig å snakke med dem om sykdommen. Pasientenes håp og mestring ble også styrket dersom de merket en positiv holdning til kommunikasjonen hos sykepleieren.

Gjennom forskningsstudiene kan en se at sosial støtte er viktig for at pasientene skulle mestre sin hverdag. Det kom frem at når en blir rammet av hjertesvikt får en psykiske og fysiske påkjenninger, og da er det godt å vite at de hadde støtte fra hjemmesykepleierne i hverdagen. Sykepleierne som pasientene ville ha sosial støtte fra var de som de hadde tillit til og best kontakt med. Dette var for at de sykepleierne gav dem trøst når de trengte det, og pasientene kunne stole på dem.

Studiene viste at håp var viktig for pasientene for å ha et best mulig liv og sykepleieren spilte en viktig rolle for å styrke pasientens håp og mestring. Ved at hjemmesykepleierne var tilstede både fysisk og psykisk, og ved at de hjalp pasientene til å oppnå målene de hadde satt seg, styrket håpet til pasientene.

Referanseliste

- Barremo, A., Bruce, E., Salander, M., & Sundin, K. (2008). Personer opplevelse av att leva med kronisk hjärtsvikt - systematisk litteraturstudie. [*Elektronisk versjon*] *Vård i Norden*, 28(3), 34-38.
- Bastøe, L.K.H (2007). Reaksjoner og strategier i bearbeidning av sykdom og skade. I: T.E., Mekki (Red.), *Sykepleieboken 1* (3.utg.), (s. 27 - 54). Oslo: Akribe AS.
- Bjørk, I.T. & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie – En ressursbok*. Oslo: Akribe AS.
- Brinchmann, B. S. (2005). Nærhetsetikk. I: B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk – I sykepleien* (1.utg.), (s. 105 - 119). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Burström, M., Boman, K., Strandberg, G., & Brulin, C. (2007). Manliga patienter med hjärtsvikt och deras erfarenhet av att vara trygga och otrygga [*Elektronisk versjon*]. *Vård i Norden*, 27(3), 24-28.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fjørtoft, A. K. (2006). *Hjemmesykepleie – Ansvar, utfordring og mulighet* (1.utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier* (2. utg.). Stockholm: Författarna och bokförlaget 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* (2. utg.), (s. 10 - 26). Oslo: Cappelens Akademiske Forlag AS.
- Grønseth, R & Markestad, T. (2005). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Hanssen, A. T. & Natvig, G. K. (2007). Stress og mestring. I: E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom – En varig kursendring* (2. utg.), (s. 40 - 59). Oslo: Cappelen Akademiske Forlag AS.

Haugland, T., Hansen, I & Areklett, E. (2001). Sykepleie til pasienter med hjertelidelser. I: H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (3.utg.) (s. 410 – 445). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

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

Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt – Ikke stykkevis og delt*. (6.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Høybakk, J. (2008). Sykepleie til pasienter med hjertesykdommer. I: U. Knutstad. (Red.), *Sykepleie – boken 3*. (1.utg.) (s. 131 - 190). Oslo: Akribe AS.

Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Lund, K. & Solheim, K. (2001). *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kvåle, K. (2006). Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det. [*Elektronisk versjon*]. *Vård i Norden*, 79(26), 15 - 19.

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

Hentet fra

http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/fagutvikling/fagartikler/vis?p_document_id=121739

Mårtensson, J. (2005). Livssituation och hälsorelaterad livskvalitet. I: A. Strömberg (Red.), *Vård vid hjärtsvikt*. (s. 117 - 131). Sweden: Författarna och Studentlitteratur.

NOU. (1999) ; 2. *Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende*

Hentet 06.01.2011. fra:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2/5.html?id=141465>

Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Painter, L.M. (2003). *Living with stage 3 Heart failure*. Dr. Gradsavhandling, The Catholic University Of Amerika.

Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker – Innføring i psykologi for helsefag*. (1.utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Rustøe, T. (2007). Håp hos kronisk syke mennesker. I: E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom – En varig kursendring* (2. utg.), (s. 60 – 102). Oslo: Cappelen Akademiske Forlag AS.

Rustøen, K. L. (2007). Håp og livskvalitet ved hjertesvikt. I: E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom – En varig kursendring* (2. utg.), (s. 161 – 207). Oslo: Cappelen Akademiske Forlag AS.

Smebye, R. (2005). Kontakt med andre. I: N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie – Bind 3* (1.utg.), (s. 80 - 117). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Thorsen, R. (2005). Trygghet. I: N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie – Bind 3* (1.utg.), (s. 13 - 35). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

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

Wahl, A.K. & Hanestad, B. R. (2007). Livskvalitet, helse, stress og mestring. I: E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom – En varig kursendring* (2. utg.), (s. 29 – 59). Oslo: Cappelen Akademiske Forlag AS.