



**Høgskulen  
på Vestlandet**

# BACHELOROPPGÅVE

”Psykososiale behov for pasientar som har gjennomgått  
hjarteinfarkt”

”Psychosocial needs for patients with myocardial infarction”

**Bacheloroppåve i sjukepleie**

**SK 152**

**Avdeling for helsefag**

**Innleveringsdato: 2. Juni 2017**

**Tal ord: 6931**

**Signe Thue Jerving**

**Rettleiar: Irene Valaker**

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er  
brukt i arbeidet er oppgitt, *jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.*

## **Samandrag**

### **Tittel**

Psykososiale behov for pasientar som har gjennomgått hjarteinfarkt.

### **Bakgrunn for val av tema**

Psykososiale problem er relativt vanlege reaksjonar som kan oppstå etter hjarteinfarkt. Dette har eg både lest om og sett sjølv i klinisk praksis på sjukehus. Når eg høyrde om det første gongen, vart eg nysgjerrig på kva dette kunne skuldast, og kva rolle sjukepleiar har for å ivareta desse. På skulen har det vore lite fokus på det psykologiske aspektet ved hjarteskjukdom. Emnet var likevel noko eg ynskte å lære meir om.

### **Problemstilling**

Korleis kan sjukepleiar ivareta pasienten sine psykososiale behov ved behandling av hjarteinfarkt i sjukehus?

### **Framgangsmåte**

Oppgåva er basert på ein litteraturstudie. Det inneber at informasjonen er samla inn, kritisk vurdert og samanfatta frå alt eksisterande kjelder. I metoden har eg nytta ulike databasar for å finne dei fire forskingsartiklane eg har presentert. Desse er kritisk vurdert utifrå tilrådde retningslinjer frå kunnskapssenteret. I tillegg har eg brukt relevant pensumlitteratur og erfaringsbasert kunnskap i oppgåva.

### **Oppsummering**

Forskning og anna litteratur viser at psykiske plager kan ramme pasientar som har gjennomgått eit hjarteinfarkt. Det kjem fram i forskinga at informasjon, hjelp til å handtere eksistensielle kriser og støtte i form av psykososiale tiltak reduserer symptoma på angst, depresjon og stress for denne gruppa pasientar. Sjukepleiarar må ha kunnskap om dette for å kunne ivareta pasienten sine psykososiale behov.

### **Nøkkelord**

Hjarteinfarkt, psykososiale behov, psykososiale intervensjonar, kontroll, stress, meistring.

# Innhald

<b>1</b>	<b>Innleiing</b>	<b>1</b>
1.1	<i>Samfunnsperspektiv</i>	1
1.2	<i>Sjuepleiefagleg perspektiv</i>	1
1.3	<i>Bakgrunn for val av tema</i>	1
1.4	<i>Problemstilling med avgrensing</i>	2
1.5	<i>Oppbygging av oppgåva</i>	2
<b>2</b>	<b>Framgangsmåte</b>	<b>3</b>
2.1	<i>Metode</i>	3
2.2	<i>Søke- og utvalsprosess – bøker</i>	3
2.3	<i>Søke- og utvalsprosess – forskingsartiklar</i>	3
2.4	<i>Kjeldekritikk</i>	4
<b>3</b>	<b>Teoretisk rammeverk</b>	<b>5</b>
3.1	<i>Diagnosen hjarteinfarkt</i>	5
3.2	<i>Psykososiale behov</i>	5
3.3	<i>Psykososiale konsekvensar ved å vere akutt sjuk</i>	5
3.3.1	<i>Pasientrolla</i>	5
3.4	<i>Psykologisk stress og meistring</i>	6
3.4.1	<i>Kognitiv kontroll</i>	6
3.4.2	<i>Instrumentell kontroll</i>	7
3.4.3	<i>Emosjonell kontroll</i>	7
3.5	<i>Sjuepleiaren sin pedagogiske funksjon</i>	7
3.6	<i>Presentasjon av forskingsartiklar</i>	8
3.6.1	<i>Artikkel 1</i>	8
3.6.2	<i>Artikkel 2</i>	9
3.6.3	<i>Artikkel 3</i>	9
3.6.4	<i>Artikkel 4</i>	9
<b>4</b>	<b>Drøfting</b>	<b>11</b>
4.1	<i>Sjuehuset og pasientrolla</i>	11
4.2	<i>Ivareta pasienten sitt psykososiale behov</i>	13
4.2.1	<i>Intervensjonar som kan fremje kognitiv kontroll</i>	13
4.2.2	<i>Intervensjonar som kan fremje instrumentell kontroll</i>	15
4.2.3	<i>Intervensjonar som kan fremje emosjonell kontroll</i>	15
<b>5</b>	<b>Konklusjon</b>	<b>17</b>
	<b>Bibliografi</b>	<b>18</b>

# 1 Innleiing

## 1.1 Samfunnsperspektiv

Hjartet er ein muskel som betyr mykje for mennesket, både kroppsleg og sjeleleg. Kroppsleg betyr det mykje fordi det får blodet i kroppen til å sirkulere og held oss i live. I sjeleleg forstand kan hjartet vere eit symbol på kjærleik og lidenskap. Difor kan hjartesykje ramme begge desse områda, både kroppsleg og psykisk (Stubberud, 2016, s. 21). Mange forbind også hjartet med liv, og sjukdom i dette organet kan difor medføre dødsangst for mange (Kringlen, 1994, s. 39). Hjartesykje er eit stort problem både globalt og nasjonalt. I Noreg er det ei av dei hyppigaste dødsårsakene for både kvinner og menn, og ei viktig årsak til fysisk og psykisk sjukdom og til redusert livskvalitet (Stubberud, 2016, s. 22). Kvart år blir om lag 15 000 personar skrivne ut frå norske sjukehus med diagnosen hjarteinfarkt (Mæland, 2012, s. 22). Når ein blir ramma av akutt sjukdom, som hjarteinfarkt, blir ein stilt ovanfor ei rekke psykososiale oppgåver som må meistrast eller løysast. Mange kjem gjennom dette utan større problem. For andre kan dette bli ei utfordring, og dei kan få psykososiale reaksjonar ved å komme i denne situasjonen (Mæland, 2012, s. 45).

## 1.2 Sjukepleiefagleg perspektiv

I følgje dei yrkesetiske retningslinjene for utøving av sjukepleie skal sjukepleiarar ivareta pasienten sine behov for omsorg til heile mennesket. Me skal ikkje skilje mellom kropp og sjel, men heller sjå korleis dei fysiske og psykososiale behova påverkar kvarandre og pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2011). Hjartepasientar kan få mykje hjelp av medikament, avansert og ny teknologisk hjartekirurgi, og det har skjedd mykje positivt i rehabilitering av denne gruppa pasientar dei siste 20-30 åra. I følgje Mæland (2012) har også leveutsiktene blitt betydeleg betre for denne pasientgruppa. I dag er det vanleg å tenke heilskapleg innanfor hjarterehabilitering. Det å ivareta pasienten sine fysiske behov er avgjerande for mellom anna overleving, men det er også viktig å sjå på kva ein kan gjere for dei psykologiske reaksjonane. Ein erfaren kardiolog har ein gong sagt at "etter eit infarkt har pasienten større problem i sinnet enn i hjertet". Det understrekar kor viktig det er å forstå hjartesykdommen som ei totaloppleving for pasienten og familien for å kunne hjelpe (Mæland, 2012, s. 45).

## 1.3 Bakgrunn for val av tema

I løpet av dei tre åra eg har gått på sjukepleiestudiet, har eg møtt pasientar som har hjartesykje på fleire arenaer, både i psykiatri, på sjukeheim, sjukehusinstitusjonar og i heimen. Dette fortel kor viktig det er at sjukepleiarar har god kunnskap om hjartesykje, til trass for kvar dei jobbar. Dette er noko av utgangspunktet for val av problemstilling. I tillegg har eg generelt interesse for

hjartesyjukdomar. I min medisinske sjukehuspraksis var eg på ei medisinsk avdeling der det mellom anna var pasientar på hjarterehabilitering. Då var det spesielt éi pasienthistorie eg vart oppteken av og ville lære meir om. Dette var ein pasient som hadde gjennomgått hjarteinfarkt i heimen, og som kom til denne avdelinga for rehabilitering. Pasienten fortalde historia si, og korleis han hadde hatt det i ettertid. Når han forklarte at det var det psykologiske han sleit mest med etterpå, vart eg nysgjerrig på kva dette kunne skuldast, og kva rolle sjukepleiarar kan og bør ha i møtet med denne pasientgruppa. Det har vore lite fokus på det psykologiske aspektet ved hjartesyjukdom på skulen, og det var difor noko eg ønskte å lære meir om.

#### **1.4 Problemstilling med avgrensing**

Problemstillinga eg har valt er; "Korleis kan sjukepleiar ivareta pasienten sine psykososiale behov ved behandling av hjarteinfarkt i sjukehus?"

Problemstillinga er omfattande og bør avgrensast for å kunne gå i djupna og behandle det eg vil skrive om på ein grundig måte (Thidemann, 2015, s. 47). Difor har eg valt å avgrense problemstillinga til vaksne, då dei høyrer til i risikograppa for koronar hjartesyjukdom. Valet av ei mindre gruppe gjer at eg får eit meir presist resultat enn om eg hadde teke føre meg alle aldersgrupper. Eg meiner at det er viktig å starte ivaretaking og førebygging i ein tidleg fase. På grunn av dette avgrensar eg difor problemstillinga til pasientar på somatiske avdelingar på sjukehus. Dette er også fordi det er frå her eg har personleg erfaring. I tillegg har eg sett at det finst mest forskning og litteratur innanfor denne konteksten. Det finst ulike typar hjarteinfarkt og behandling av desse. Eg vil ikkje differensiere mellom desse i oppgåva.

#### **1.5 Oppbygging av oppgåva**

Denne oppgåva er bygd opp med innleiing, framgangsmåte, teoretisk rammeverk, drøfting og konklusjon. I innleiinga blir tema og problemstilling presentert i eit sjukepleiefagleg- og samfunnsfagleg perspektiv. Problemstillinga blir presentert med avgrensingar. Eg har valt å ikkje definere omgrep i innleiinga då eg heller vil legge vekt på det i teoridelen av oppgåva. Vidare kjem framgangsmåten, der metode, litteratur og kjeldekritikk vert framstilt. I metoddelen blir strategi for å finne fram i bibliotek og databasar omtalt, i tillegg til kva kjelder som har blitt nytta. Teorien, pluss presentasjon av forskinga eg har funne, vert så presentert, og legg grunnlaget for neste punkt; drøftinga. I drøftingsdelen vil eg bruke teori, forskingsartiklar og eigne erfaringar frå klinisk praksis for å diskutere valt problemstilling. Oppgåva blir avslutta med ein konklusjon.

## 2 Framgangsmåte

### 2.1 Metode

Denne oppgåva er basert på ein litteraturstudie. Det vil seie ei oppgåve som samlar inn, vurderer kritisk og samanfattar eksisterande kunnskap frå skriftlege kjelder. I forhold til eit forskingsprosjekt, som har som formål å få fram ny kunnskap, har litteraturstudiane fokus på å framstille kunnskap som alt er beskrive andre plassar, til dømes i forskingsartiklar eller anna litteratur (Magnus & Bakketeig, 2000, ss. 37-38). Ein skil mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Forskjellen mellom desse er at kvalitativ metode tek utgangspunkt i å undersøke erfaringar, opplevingar, oppfatningar og haldningar, medan kvantitativ metode er ei systematisk tilnærming for å beskrive eller forstå eitt eller fleire fenomen eller samanhengar (Nordtvedt, et al., 2012, ss. 95-96).

### 2.2 Søke- og utvalsprosess – bøker

For å finne relevante bøker som omhandlar dette temaet, valde eg å bruke biblioteket på høgskulen. Mange av bøkene eg har brukt, er oppførte på pensumlista til skulen. Fordelen med dette er at skulen alt har gjennomgått og vurdert desse, og funne dei relevante for studiet. I tillegg fekk eg god hjelp av rettleiaren min som anbefalte meg bøkene "Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk" og "Sykepleie til personer med hjertesykdom", begge av Dag-Gunnar Stubberud, og "Å være akutt kritisk syk" av Anna Marie Moesmand og Astrid Kjøllesdal. Ved å gjere søk i Oria på nøkkelorda "hjerterehabilitering" og "hjertesykdom" fekk eg opp boka "Helhetlig hjerterehabilitering" av John Gunnar Mæland. Ordet "hjerterehabilitering" fann eg som eit kapittel i "Sykepleie til personer med hjertesykdom". Det er desse bøkene eg i hovudsak har brukt i oppgåva, og eg vurderte dei som høgst relevante for å svare på problemstillinga. I søket i Oria fann eg også andre bachelor- og masteroppgåver som omhandlar same tema. Eg vurderte om deira litteratur kunne vere relevant også for den problemstillinga eg har valt.

### 2.3 Søke- og utvalsprosess – forskingsartiklar

I søka mine har eg brukt databasen Academic Search Elite og inkludert Medline og Chinal. Eg søkte på eitt og eitt ord og kopla saman synonymorda med "Search with OR" slik at det vart to grupper med synonymord. Den eine gruppa med søkeorda "psychosocial consequences" OR "psychosocial interventions" OR "psychosocial needs", og den andre gruppa med "myocardial infarction" OR "cardiovascular disease" OR "cardiac patients". Etter å ha gjort dette, haka eg av for gruppene og brukte knappen for "Search with AND". Dette gjorde at dei resultata som kom opp, inneheldt eitt av synonymorda i kvar gruppe. Eg avgrensa søket mitt til 2000-2017 for å finne nyare forskning. Ved å lese overskrifter og abstrakt på artiklane, kunne eg ta ei vurdering om kva som var mest aktuelt for

oppgåva. I tillegg til å lese dei forskjellige forskingsartiklane, las eg gjennom kjeldelistene og gjorde manuelle søk for å finne fleire aktuelle artiklar eg kunne bruke. Dersom eg fann artiklar som kunne virke interessante, limte eg inn tittelen i Google Scholar og fann fulltekst.

## 2.4 Kjeldekritikk

Kjeldekritikk er ein metode som blir brukt for å vurdere om ei kjelde er påliteleg eller ikkje. Formålet er å skilje reelle opplysningar frå spekulasjonar (Dalland, 2012, ss. 67-68). Det vil seie at ein må ta ei vurdering av dei kjeldene som vert nytta. Når eg har funne forskingsartiklar har eg brukt IMRaD-modellen som mal. Denne modellen er ein struktur som ofte blir brukt i vitenskaplege tekstar med I for introduksjon, M for metode, R for resultat og D for diskusjon (Thidemann, 2015, ss. 30-31). Ved å lese i abstrakta på dei artiklane eg fann, var det enkelt å finne desse punkta. I tillegg har eg brukt sjekklister for å vurdere forskingsartiklane kritisk. Desse sjekklisene har eg henta frå nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta (Kunnskapssenteret, 2014). Alle forskingsartiklane eg har funne og brukt i oppgåva, er skrivne på engelsk. Ved hjelp av engelske ordbøker har eg forsøkt å skriva desse om på ein god måte. Det utgjør likevel ein risiko for at artiklane er feiltolka og misforstått. Det er fleire søkeord eg kunne brukt for å finne forskingsartiklar innanfor dette temaet, men eg meiner at dei eg har valt har vore tilfredsstillande for å finne relevante artiklar.

For å vurdere kvaliteten på forskinga eg har funne har eg brukt S-pyramiden. Den eine artikkelen eg har valt er ein systematisk oversikt. Denne ligg høgt oppe i S-pyramiden, noko som vil seie at det er oppsummert forskning. Sjølv om det også vil seie at den er kvalitetsvurdert har eg vore bevisst på at det ikkje nødvendigvis betyr at artikkelen er av betre kvalitet (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012, ss. 44-49). Den systematiske oversikta er ikkje ei primærkjelde, altså ei original kjelde. Den presenterer ei oppsummering av forskjellige enkeltstudiar. Ved bruk av denne artikkelen har eg vore klar over at forfatarane av oversiktsartikkelen har tolka primærkjeldene. I oppgåva har eg i hovudsak prøvd å bruke primærkjelder for å finne litteratur. Dette har vore eit bevisst val for å sikre meg best mot å arve andre sine feiltolkingar eller unøyaktigheiter (Dalland, 2012, s. 87).

## 3 Teoretisk rammeverk

### 3.1 Diagnosen hjartefarkt

Eit hjartefarkt er ein irreversibel skade som oppstår på grunn av vedvarande og alvorleg iskemi i myokard, hjartemuskel. I ein frisk hjartemuskel blir oksygen og næringsstoff transportert til muskelen gjennom koronararteriane, altså dei blodårene som krinsar om hjartet. Eit hjartefarkt oppstår når ein eller fleire av desse blodårene blir blokkert av ein blodpropp, trombose. Ein trombose blir ofte utløyst av at eit aterosklerotisk plakk i koronararterien plutselig bristar. Avhengig av kvar denne trombosen vert danna, og om den tettar igjen heile arterien eller ikkje, vil hjartefarkt ramme eit større eller mindre område av hjartemuskulaturen. Muskelvevet i dette området av hjartet vil ikkje få tilført tilstrekkeleg oksygen, og muskelcellene vil få ein irreversibel skade som følge av dette. I følge Mæland (2012) har dei fleste hjartefarkt denne sjukdomsmekanismen. Klassiske symptom ved hjartefarkt er sterke smerter i brystet, med utstråling til armane og/eller halsen. Kvalme er ofte påfølgande (Mæland, 2012, ss. 22-23).

### 3.2 Psykososiale behov

Ein kan dele mennesket sine grunnleggande behov inn i fire forskjellige grupper; dei fysiske, åndelege, seksuelle og sosiale behov. Ein fellesnemnar er at alle desse kan bli påverka av sjukdom og helsesvikt. Dei psykososiale behova ved sjukdom vil seie korleis pasienten opplever å vere sjuk. Det har med det sjelelege og mentale aspektet ved det å vere sjuk å gjere (Stubberud, 2015, ss. 14-15). Vi kan dele psykososiale behov i ein emosjonell og ein relasjonell del. Den emosjonelle delen går ut på pasienten si sjukdomsoppleving, med sinnstemning, følelsar, reaksjonar og opplevingar, og den relasjonelle delen går meir inn på pasienten sitt nettverk med behov for kontakt med andre menneske, inkludert sjukepleiarar, pårørande og andre støttepersonar (Stubberud, 2015, ss. 15-16).

### 3.3 Psykososiale konsekvensar ved å vere akutt sjuk

#### 3.3.1 Pasientrolla

Når ein er sjuk og treng behandling, går ein inn i rolla som sjuk eller pasient. Ressursane kvar ein skild pasient har for å meistre denne rolla, er forskjellige. Psykologiske faktorar kan påverke dette (Stubberud, 2015, ss. 31-32). Det er individuelt korleis pasientar taklar det å vere sjuk. For mange inneber sjukdom angst, sjølv om dette kan vere avhengig av tidlegare livserfaring og personlegdom (Kringlen, 1994, s. 38). I tillegg til angst er også depresjon ein vanleg reaksjon ved alvorleg sjukdom. Alvorleg sjukdom blir for mange assosiert med død og tap av personen si "normale" og sunne rolle. Ein går inn i sjukerolla, eller pasientrolla, som kan vere stigmatiserande for mange. Når det gjeld tap



av kroppsfunksjon, kan depressive symptom vise seg i forskjellig grad, frå å trekke seg tilbake og bli lettare trist, til gråt og endra åtferd (Kringlen, 1994, s. 38).

### 3.4 Psykologisk stress og meistring

Psykologen Richard Lazarus og Susan Folkman utvikla, over fleire tiår, ein teori om stress og meistring. Dei definerer omgrepet psykisk stress som: "(...) et forhold mellom personen og omgivelsene som ut fra personens oppfatning tærer på eller overskrider hans ressurser og setter hans velbefinnende i fare." (Moesmand & Kjøllesdal, 2003, s. 69). Moesmand & Kjøllesdal (2003) forklarar at ein person opplever psykologisk stress berre dersom det som skjer, trugar viktige mål eller sterke forventingar han har. Kristoffersen (2014) skriv at stressreaksjonane kjem først når personen oppfattar situasjonen som farleg eller belastande og har teke ei stressvurdering.

Utifrå Lazarus og Folkman sin tenking forklarar Moesmand & Kjøllesdal (2003) meistring som det personen føler, tenker eller faktisk utøver i den spesielle situasjonen for å endre det aktuelle forholdet mellom personen og omgjevnadene eller for å endre meininga av dette forholdet. Lazarus og Folkman (1984) definerer meistring som: "(...) kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige bestrebelser på å håndtere spesifikke indre og/eller ytre krav, som etter personens oppfatning tærer på eller overstiger hans ressurser." (Moesmand & Kjøllesdal, 2003, s. 70). Det vil seie å sjå på meistring som ein prosess der vi vekslar mellom ulike meistringsstrategiar. Lazarus og Folkman var opptekne av å skilje mellom meistring og resultatet av meistringa. Meistringsstrategien måtte bli sett i samanheng med prosessen som personen var i (Renolen, 2014, ss. 148-149). Meistring er også ein av dei hjørnesteinane som bør ligge til grunn for utøving av pedagogikk i sjukepleie (Tveiten, 2008, s. 31).

Ein vanleg psykologisk reaksjon etter eit hjarteinfarkt er ei krise. Pasienten kan få ei kjensle av at ein slik alvorleg diagnose er ein eksistensiell trugsel. Denne trugselen er reell då eit hjarteinfarkt kan medføre tap av livet. Misforholdet mellom opplevd trugsel og opplevde ressursar til å takle problema er typiske kjenneteikn for slike kriser (Mæland, 2012, ss. 46-47). Pasienten kan ha ulike reaksjonar som til dømes, usikkerheit, angst, sinne og depresjon. I tillegg kan han eller ho bli forvirra, kjenne seg hjelpelaus og bli passiv (Moesmand & Kjøllesdal, 2003, s. 35). Stubberud (2016) skriv at opplevinga av personleg kontroll er eit mål ved kritisk sjukdom og psykisk stress. Kontroll kan delast i kognitiv, emosjonell og instrumentell kontroll.

#### 3.4.1 Kognitiv kontroll

I følgje Stubberud (2016) inneber kognitiv kontroll å oppleve at noko er føreseieleg. Det vil i denne samanheng bety å vere klar over når ein blir utsett for stressande situasjonar. Når ein opplever kognitiv kontroll, skal ein kunne kontrollere kor lenge ein stressfylt situasjon skal vare. Dette kan vere

med på å redusere reaksjonen som er knytt opp til stress og medverke til auka meistring av stress over lengre tid. Å hjelpe pasientar å oppnå kognitiv kontroll er viktig for å fremje pasienten si oppleving av sosial støtte og gjere det mogleg å vurdere kognitivt den situasjonen han eller ho står i (Stubberud, 2016, ss. 356-357). Informasjon om behandlingssløpet kan mellom anna vere med å bidra til kognitiv kontroll ved at behandlinga blir føreseieleg for pasienten. Mangel på slik informasjon kan vere belastande for pasienten og vere med på å skape frykt i ein situasjon som alt er skremmande (Stubberud, 2016, s. 345).

### **3.4.2 Instrumentell kontroll**

Oppleving av å ha kompetanse kan fremje instrumentell kontroll. Det å forstå at ein ikkje er hjelpelaus, og at ein har nødvendige ferdigheiter til å nå dei måla ein har sett seg, kan vere med å hjelpe pasientar til å takle stressande situasjonar. Dette vil òg auka evna til å meistre pasientrolla (Stubberud, 2016, s. 363). For hjarterehabiliteringspasientar vil dette innebere å ta kontroll over sin eigen situasjon for å, til dømes, gjere endringar i livsstilen. Ei slik førebygging kan hindre negative hendingar. Stubberud (2016) peikar på at instrumentell kontroll beskriv pasienten sjølv sine moglegheiter. Han/ho evner å fjerne negative hendingar gjennom eigen aktivitet. Intervensjonar som sjukepleiarar kan hjelpe til med er mellom anna å gjere pasienten til ein aktiv deltakar gjennom å fremje eit terapeutisk miljø, og der søvn og kvile kan gje ei oppleving av velvære (Stubberud, 2016, s. 345).

### **3.4.3 Emosjonell kontroll**

Stubberud (2016) meiner at for å oppnå emosjonell kontroll, må pasienten få ei kjensle av nærleik og av å høyre til i staden for separasjon og tap. Til dømes kan familie og venner spele ei stor rolle for å gi pasienten nærleik og støtte. På den måten fremjer ein kontroll over den stressfylte situasjonen, som det akutt og/eller kritisk sjukdom er (Stubberud, 2016, ss. 376-381). I tillegg kan det å vere til stades for pasienten, og å sjå han, vere ein viktig faktor for fremjing av emosjonell kontroll. Det kan innebere å ha blikkontakt for å skape kontakt og tillit mellom pleiar og pasient eller å vere der som sosial støtte. Slik skapar ein trykkleik og hindrar at pasienten føler seg oversett og usikker (Stubberud, 2016, ss. 376-378).

## **3.5 Sjukepleiaren sin pedagogiske funksjon**

Omgrepet "pedagogisk" kan bli forveksla med "undervisande", sjølv om pedagogisk verksemd er meir enn undervisning. Pedagogikk er òg, mellom anna, rettleiing, instruksjon og evaluering. I følge Tveiten (2008) inneber sjukepleiaren sin pedagogiske funksjon oppdaging, læring, vekst, utvikling og meistring. Dersom vi tek utgangspunkt i ein pasient som har gjennomgått hjarteinfarkt, kan fokus på desse fem omgrepa gjere at pasienten tileignar seg ny kunnskap, nye haldningar og ferdigheiter.

Desse kan vere med på å gi pasienten ei kjensle av meistring av å leve med helsesvikt. Å meistre konsekvensar av behandlinga kan dessutan føre til at livskvaliteten blir betre (Tveiten, 2008, ss. 30-31).

Det blir stilt store krav til sjukepleiaren som skal undervise og rettleie eit sjukt menneske. Situasjonen kan vere kompleks, og sjukepleiaren har ansvar for også andre sjukepleiefunksjonar i tillegg til dei pedagogiske vurderingane og vala. Mange faktorar kan påverke dei pedagogiske vurderingane (Tveiten, 2008, ss. 158-163). Undervisning og rettleiing bør i hovudsak vere individuell då dei fleste er opptekne av sin eigen tilstand, helse og livssituasjon. Det blir opplevd som meningsfullt og kan vere ein indre, naturleg motivasjon som det er viktig at sjukepleiar er klar over. Undervisning og rettleiing fremjer også autonomi og medverking for pasient og pårørande. For å kunne ta val som bygger på relevans, realisme og informasjon må ein vite noko om grunnlaget for konsekvensane av vala. Det er sjukepleiaren sitt ansvar å legge til rette for at pasientar kan ta hensiktsmessige val i relasjon til si eiga helse (Tveiten, 2008, ss. 158-159).

## 3.6 Presentasjon av forskingsartiklar

### 3.6.1 Artikkell 1

“A qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction” (Junehag, Asplund, & Svedlund, 2013).

Formålet med denne kvalitative studien var å beskrive pasientar sine oppfatningar av dei psykososiale konsekvensane av eit hjarteinfarkt og deira tilgang til støtte eitt år etter hendinga. Studien inkluderte 20 deltakarar, der 14 var menn og seks var kvinner, som budde desentralisert og hadde opplevd deira første hjarteinfarkt. Elleve av desse vart tilbydd kontakt med ein rettleiar. Deltakarane vart intervjuva eitt år etter det første hjarteinfarkt.

Funna frå denne studien syner at alle deltakarane opplevde psykososiale konsekvensar, mellom anna angst, og frykt for å få eit nytt hjarteinfarkt. Deltakarane var ofte meir misnøgde enn nøgde med oppfølginga som vart gitt under rehabiliteringa. Dei som hadde fått organisert støtte i form av ein rettleiar var takksame for dette, og dei som ikkje hadde det ønska at dei hadde hatt det.

Konklusjonen frå studien viser at oppfølging, i form av hjelp til å handtere eksistensielle kriser, er viktig under rehabilitering. Konklusjonen seier også noko om at støtte frå andre som har opplevd det same kan vere verdifullt. Kunnskapen frå denne studien kan bli brukt til undervisning i hjarteavdelingar og i helsevesenet utanfor sjukehus.

### 3.6.2 Artikkel 2

“The Relationship between In-Hospital Information and Patient Satisfaction after Acute Myocardial Infarction” (Oterhals, Hanestad, Eide, & Hanssen, 2006).

Formålet med denne kvantitative studien var å utforske og beskrive forholdet mellom motteken informasjon og pasienttilfredsheit etter hjerteinfarkt. Å vere tilstrekkeleg informert blir i denne studien relatert til auka kunnskap, redusert nivå av angst, auka meistringsevne og tilfredsheit av eiga helse.

Resultatet frå studien viste at dei fleste av pasientane svarte at dei fekk mest informasjon om røyking, hjerteinfarkt generelt og utløyssande årsaker. Dei fekk minst informasjon om seksuell aktivitet, medikamentbruk, arbeidslivet og moglege komplikasjonar etter hjerteinfarkt. Mange svarte at dei fekk for lite informasjon under utskrivning og etter at dei kom heim frå sjukehuset. Resultata viste også at jo meir informasjon pasientane fekk, desto meir tilfreds var dei med sjukehusopphaldet.

### 3.6.3 Artikkel 3

“Psychological support for patients following myocardial infarction” (Mierzynska, Kowalska, & Stepnowska, 2010).

Denne artikkelen presenterer dei viktigaste psykologiske problema hjå pasientar som har opplevd eit hjerteinfarkt. Det har blitt lagt særskild vekt på angst og depresjon og åtferdsmønster som påverkar helsa. Eit forslag til tiltak under hjarterehabilitering er presentert i samsvar med kor alvorlege dei psykiske problema er.

Konklusjonen frå denne studien viser at pasientar som har gjennomgått hjerteinfarkt, kan ha problem med å tilpasse seg den nye helsesituasjonen. Vanskane kan vere i form av depresjon, angst eller svekka sosial funksjon. Dei psykologiske problema som oppstår under hjarterehabilitering, kan mellom anna redusere motivasjonen til å gjennomgå behandling og å følgje legen sine råd. På grunn av dette er det veldig viktig at pasientane får psykologisk støtte. Ved å lære å kjenne pasienten sine individuelle eigenskapar, til dømes personlegdom, angstnivå, livssituasjon og sosial støtte, vil ein kunne bidra til å velje den mest effektive forma for psykologiske tiltak. Denne studien viser at pasientar som har gjennomgått hjerteinfarkt og som får psykologisk støtte under og etter sjukehusinnlegging, har høgare livskvalitet og langt lågare risiko for nye infarkt i framtida.

### 3.6.4 Artikkel 4

“Psychological interventions for coronary heart disease” (Richards, et al., 2017).

Denne systematiske oversikten vurderte kva effekten var av å legge til psykologiske behandlingar til vanleg omsorg og kva dette ville ha å seie for personar med koronar hjartesjukdom. I tillegg gav den

ei oversikt over rapporterte psykologiske utfall av depresjon, angst og stress. Den systematiske oversikten inkluderte 35 randomisert kontrollerte studiar med personar med koronar hjarteskjukdom. Bakgrunnen for studien var kunnskapen om at hjarteinfarkt og hjarteskjukdom kan vere skremmande og traumatisk for pasientane som gjennomgår det, og at dette kan føre til psykologiske utfordringar. Behandlingar kan nokre gonger inkludere psykologiske intervensjonar for å førebygge depresjon, angst og stress, anten åleine eller som eit tilbod i tillegg til den vanlege rehabiliteringa.

Resultata blei samanlikna med raten av dødsfall, både av hjarteskjukdom og andre årsaker, hjarteinfarkt, behovet for operasjonar som betrar blodtilstrøyminga til hjartet, og nivå av depresjon, angst og stress. Det viste seg i funna at psykologiske tiltak reduserte risikoen for død forbunde med hjarteskjukdom, men raten for død grunna andre årsaker gjekk ikkje ned. I tillegg viste funna at symptom på depresjon, angst og stress vart redusert ved å inkludere psykologiske intervensjonar i eit hjarterehabiliteringsprogram.

## 4 Drøfting

Ut frå studien til Junehag et al. (2013) viser det seg at pasientar som har hatt hjarteinfarkt ofte er meir misnøgde enn nøgde med den oppfølginga som blir gitt. Den viser òg at hjelp til å handtere eksistensielle kriser er ein viktig del av rehabiliteringa. Oterhals et al. (2006) sin studie syner at informasjon er ein viktig faktor for tilfredsheit etter eit sjukehusopphald, og at mange pasientar meiner dei får for lite informasjon ved utskriving. Nyare forskning viser i tillegg at psykologiske tiltak lindrar reaksjonar som angst, depresjon og stress etter hjarteinfarkt (Richards, et al., 2017). Sett i lys av dette og øvrig presentert litteratur, vil eg i drøftingsdelen vurdere korleis sjukepleiarar kan ivareta pasienten sine psykososiale behov ved behandling av hjarteinfarkt i sjukehus. Eg vil også trekke inn mine egne tankar og refleksjonar for å kunne svare på problemstillinga.

### 4.1 Sjukehuset og pasientrolla

Forskning syner at det å bli innlagt på sjukehus med alvorleg sjukdom er for mange pasientar ei skremmande oppleving (Oterhals et al., 2006). Når diagnosen hjarteinfarkt rammar ein pasient, følgjer ofte ei akutt innlegging på sjukehus. For mange kan det også vere fyrste gong dei er innlagde på eit sjukehus, med travle og uoversiktlege omgjevnader prega av høg teknologi og avansert behandling. Pasientane går over i pasientrolla som inneber at dei blir avhengige av andre sin kunnskap, støtte og omsorg (Stubberud, 2016, s. 334). Det er ikkje vanskeleg å setje seg inn i at alvorleg sjuke pasientar i eit ukjent miljø vil kjenne på utryggheit, angst for det ukjende, og redsle for kva som skal skje. Blir eg frisk? Kan eg leve som før? Korleis vil framtida mi bli? Desse spørsmåla er eksistensielle, og i den akutte fasen er det ingen sikre svar på dei. Pasientane har naturleg nok ikkje innsikt i eigen situasjon, og alle undersøkingane og prosedyrane ein må gjennom kan vere både smertefulle og skremmande. I seg sjølv er dette nok til å kjenne på angst og usikkerheit (Stubberud, 2015, ss. 22-23).

Rolla som pasient utfordrar mellom anna vår oppleving av kontroll over eige liv, kjensla av meistring og sårbarheit (Stubberud, 2016, ss. 336-346). Det kan tenkast at noko av årsaka til dette kan vere at mange aldri har reflektert over, eller tenkt gjennom, at alvorleg sjukdom og død kan ramme dei. Både Stubberud (2016) og Mierzynska et al. (2010) skriv om det å tilpasse seg ein ny situasjon som sjuk. Forfattarane oppsummerer at utryggheit, angst og depresjon er blant dei viktigaste utfordringane som kan oppstå (Stubberud, 2016, ss. 337-340; Mierzynska et al., 2010). Utryggheit og angst kan skuldast smertefulle prosedyrar eller undersøkingar, som hjartekirurgi og sårstell postoperativt. Smerter og ubehag kan følast belastande for pasienten. Opplevinga av dei negative reaksjonane kan bli forsterka dersom pasienten ikkje har innsikt i kvifor dei forskjellige behandlingstiltaka vert utført (Stubberud, 2016, ss. 337-338). Studien til Mierzynska et al. (2010)

syner i tillegg at psykologiske problem som usikkerheit og angst kan disponere for redusert motivasjon til å følge legen sine råd. Dette kan få negative konsekvensar for vidare behandling og moglegheitene for å bli frisk.

For å gi rett behandling til alvorleg sjuke er det nødvendig å ha fokus retta mot pasienten si fysiske helse for å redde liv og for å avgrense skade. Merksemda vert retta mot fysiske og målbare parameter. Min erfaring er at sjukepleiarane tok EKG, puls og blodtrykkskontrollar og følgde pasientar tett i forhold til smerte. Medisinane vart administrert raskt etter legen sin forordning, og pasientane fekk tilførsel av surstoff. Eg opplevde at det var noko mindre vektlagt å ivareta pasientens psykososiale behov. Når ein er sjukepleiarstudent, har ein betre tid til å observere og følge opp pasientane. Eg erfarte at fleire pasientar verka engstelege og utrygge etter ei akutt hending. I ein hektisk kvardag vil det truleg vere utfordrande å gjennomføre denne vekslinga mellom å behandle pasienten fagleg forsvarleg, og samstundes ta vare på pasienten sine heilskaplege behov. Står denne vekslinga i strid med kvarandre? Eg vil seie at den ikkje nødvendigvis gjer det, men det føreset at ein har haldningar som er retta mot ei forsvarleg og heilskapleg omsorg for pasientane. I tillegg må ein vere bevisst på dette, og vurdere kva som er det beste for den einskilde pasient. Det er viktig å ikkje skilje skarpt mellom kroppsleg og sjeleleg behandling, sjølv om det er mange tiltak som berre myntar på det eine eller andre (Stubberud, 2015, ss. 101-102). Samtidig trur eg at gjennom dagleg pasientretta kontakt, mellom sjukepleiar og pasient, vil ein også kunne ivareta dei psykososiale behova. Eksempelvis vil ein sjukepleiar i stellet av pasienten kunne gi omsorgsfull, fysisk kontakt (Stubberud, 2015, s. 105).

For å kunne vurdere kva som er det beste for pasienten, er det viktig at sjukepleiaren er klar over kva faktorar som kan påverke meistringsevna av pasientrolla. Både Stubberud (2015) og Kringlen (1994) trekk fram at ulike personlegdomstrekk og tilknytingsmønster kan vere ei hindring for meistring av stress. Slik eg tolkar dette, vil dei ulike erfaringane kvar einskild pasient har, vere med å påverke meistringsevna. Eg vil tru at pasientar som tidlegare har opplevd meistring ved alvorleg sjukdom hjå seg sjølv eller nære familiemedlemar, har betre føresetnader for å handtere situasjonen enn andre utan slik erfaring. For dei pasientane som har erfaring med handtering av vanskelege hendingar, kan dette vere ein kognitiv faktor som verkar positivt for meistring av stress i nye situasjonar. På same måte kan tidlegare erfaringar med kritisk sjukdom verke negativt, til dømes dersom ein har opplevd dødsfall i nære relasjonar grunna hjarteinfarkt. Det kan skape frykt og angst, og kan gjere det vanskeleg å ta kontroll over den situasjonen ein står i (Stubberud, 2015, ss. 31-33). I denne konteksten meiner eg at sjukepleiarar har ein viktig funksjon som støtte og motivator, ved det å vere tilgjengeleg og til stades for pasienten gjennom samtale og merksemd. I tillegg er det viktig at sjukepleiarar legg vekt på kartlegging av pasientane med fokus på tidlegare opplevingar. Grunnen til

det er at fremjing av personleg kontroll kan bli vanskeleg dersom sjukepleiar ikkje er bevisst på dette (Stubberud, 2016, ss. 354-355). Til dømes kan pasientar som er tidlegare flyktningar, ha vore utsett for ei rekke stressfaktorar før dei kom til Noreg. Det kan gjere at dei slit med angst og depresjon frå tidlegare, og kan få konsekvensar for pasienten sine psykososiale forhold som akutt og/eller kritisk sjuk. Prosedyrar som EKG kan verke traumatisk fordi det kan opplevast som ein trussel mot pasienten sin personlege kontroll. Fremjing av instrumentell og kognitiv kontroll kan bli vanskeleg, då føljetilstandar etter traumatiske opplevingar mellom anna er nedsett hukommelse og konsentrasjonsevne. Det kan òg vere ei utfordring å fremje emosjonell kontroll for denne gruppa pasientar, då dei kan ha vanskar med å inngå nære og emosjonelle relasjonar til andre (Stubberud, 2016, ss. 354-356).

## **4.2 Ivareta pasienten sitt psykososiale behov**

Nye undersøkingar viser at psykologiske intervensjonar verkar positivt med tanke på å redusere symptom som depresjon, angst og stress etter hjarteinfarkt (Richards, et al., 2017). Pasientane sine psykologiske stressreaksjonar er på mange måtar avhengige av korleis dei sjølv tolkar sin eigen livssituasjon. Sjukepleiarane har ei heilt sentral rolle i å medverke til at pasientane tolkar sin eigen situasjon basert på fakta, tryggleik på hjelpeapparatet rundt og omsorg i situasjonen. Å hjelpe pasientar som er alvorleg sjuke til å oppleve personleg kontroll, vil vere viktig for å kunne ivareta deira psykososiale behov. Stubberud (2016) peikar på at oppleving av psykisk stress og meistring fører til personleg kontroll, noko som er fordelaktig for mellom anna å redusere førekomsten av varige psykiske problem. I dei neste delkapitla skal eg sjå på korleis sjukepleiarar kan hjelpe pasientar som står overfor ein situasjon prega av kritisk sjukdom, til å ta kontroll over sitt eige liv for å ivareta sine psykososiale behov.

### **4.2.1 Intervensjonar som kan fremje kognitiv kontroll**

Kognitiv kontroll er ein av føresetnadene for å oppnå personleg kontroll. Stubberud (2016) meiner at ein pasient må vere klar over kva som skal skje, mellom anna i behandlinga, for å kunne oppnå kognitiv kontroll. I denne samanheng har sjukepleiaren ei sentral rolle i å førebu pasienten på det som står føre han. Sjukepleiar har mykje kontakt med pasienten, og kan vidareformidle beskjedar frå legen på ein måte som kanskje er meir forståeleg, og som kan vere til hjelp for å kontrollere situasjonen. I den stressande situasjonen det er å vere sjuk, er det viktig for pasienten å oppnå kognitiv kontroll for å kunne kontrollere kor lenge situasjonen skal vare (Stubberud, 2016, s. 356).

Dette er ein type stressmeistring som kan vere viktig for pasientar som har hatt eit hjarteinfarkt. Stressmeistringsmodellen til Lazarus og Folkman (1984) går ut på at ein først tek ei primærvurdering når ein står overfor ein stressfylt situasjon. Då vil pasientane spørje seg sjølv: Er denne situasjonen



farleg? Kor truande er situasjonen? For å evaluere situasjonen kognitivt, altså å forstå føremålet og meininga med stressande opplevingar, treng pasienten informasjon om smerter og ubehag. Slik informasjon kan avdramatisere fantasiar og førestillingar, som igjen kan dempe angsten for det ukjente. Dette vil hjelpe pasienten til å meistre situasjonen på ein betre måte. Etter primærvurderinga blir det gjort ei sekundærvurdering der ein ser på kva som faktisk kan gjerast i situasjonen. Blant anna vil ein leite etter tidlegare erfaringar frå liknande situasjonar og finne ut om ein har dei nødvendige ferdigheitene og kunnskapane til å handtere den aktuelle situasjonen (Kristoffersen, 2014, ss. 144-145). Dette inneber at for pasientar som har hatt eit hjarteinfarkt tidlegare, kan erfaringane frå det første infarktete vere verdifulle for å kognitivt vurdere den nye situasjonen.

Det kan vere vanskeleg å tilpasse seg den nye helsesituasjonen, og intervensjonar som fremjar kognitiv kontroll har vist seg å vere verdifulle. Forsking viser også at det å sørge for at pasienten har kognitiv kontroll kan ha effekt på pasienttilfredsheit og gi betre livskvalitet i etterkant dersom dei får tilrettelagt og relevant informasjon i tillegg til psykologisk støtte under opphaldet (Oterhals et al., 2006; Mierzynska et al., 2010). Det er individuelt korleis pasientar tek til seg informasjonen som vert gitt, og ikkje alle pasientar er like opptekne av å tileigne seg informasjon som andre. Mæland (2012) skriv at me, på den eine sida, vil møte pasientar som er pågåande og detaljorienterte. For sjukepleiarar kan desse pasientane vere utfordrande, medan det i realiteten ofte er ein god grunn til denne innhentinga av informasjon. I følge Mæland (2012) er dette ein forsvarsmekanisme for å få kontroll over situasjonen, og for å meistre den psykologiske krisa. På den andre sida finn me pasientar som vil ta avstand frå sjukdomen og den skremmande situasjonen, og vil ha så lite informasjon som mogleg. Dette er også viktig å respektere, og heller vurdere på kva tidspunkt den viktigaste informasjonen bør bli gitt. For mange pasientar kan det bli mange inntrykk og mykje informasjon den første tida etter infarktete. Då kan det vere meir fordelaktig å vente med dette til pasienten føler seg klar (Mæland, 2012, s. 58). Sjølv om ikkje alle er like opptekne av å få informasjon, er det viktig at tilbodet er der. Sjukepleiarar bør presisere at det er eit tilbod som er ståande til pasienten føler seg klar. Det bør også presiserast at informasjon kan bli gitt på forskjellige måtar, mellom anna skriftleg og munnleg frå sjukepleiar, eller gruppebasert der fleire fortel om sine erfaringar. Resultata frå studien til Junehag et al. (2013) viser at støtte frå andre som har opplevd det same er verdifullt. Sidan alle pasientar er forskjellige med ulike behov, er det viktig at dette blir tatt omsyn til for at tryggleiken skal bli ivareteken. Det er viktig at sjukepleiarane er opne for å diskutere pasienten sine eigne tankar om sjukdomen, og deira refleksjonar kring moglegheiter og begrensingar. Dessutan må dei få forståeleg og faktabasert informasjon som ein viktig del av denne samtalen.

Dersom pasienten har relevante, tidlegare erfaringar, er det viktig å inkludere desse i samtalen (Mæland, 2012, ss. 56-62).

#### **4.2.2 Intervensjonar som kan fremje instrumentell kontroll**

For å kunne oppnå ei kjensle av å ha instrumentell kontroll, må ein pasient kunne bruke sine egne ressursar for å førebygge eller fjerne negative hendingar. Ein sjukepleiar må i denne konteksten legge til rette for, og fremje eit terapeutisk miljø (Tveiten, 2008, ss. 16-17). For å kunne gjere dette, er det viktig at sjukepleiarar lærer pasienten å kjenne, bruker nok tid hjå pasienten og blir kjent med ressursane og begrensingane. I den samanheng er det viktig at sjukepleiarar kan bruke sin pedagogiske funksjon for å medverke til pasienten si kjensle av meistring ved å legge til rette for medverknad og utvikling (Tveiten, 2008, ss. 16-19). Dette kan gjere at pasienten blir klar over sine egne ressursar, og kor viktige dei er for å komme seg gjennom situasjonen. For ein pasient som har gjennomgått eit hjartefarkt, kan det å få informasjon om livsstilsendingar vere verdifullt og eit utgangspunkt for å ha kontroll når ein blir skrive ut av sjukehuset.

Pasientar som har hatt hjartefarkt opplever ofte sterk grad av usikkerheit. Dette viser mellom anna studien til Oterhals et al. (2006). Forskinga viser at spørsmål som kan dukke opp når ein er utskriven frå sjukehus kan føre til stress og usikkerheit. Viktige spørsmål kan reise seg. Kva gjer eg dersom eg får brystmerter eller andre symptom på hjartefarkt? Kva nummer skal eg ringje for å få hjelp? Er det trygt for meg å trene som eg gjorde før? Usikkerheit kan føre til angst som igjen kan føre til brystmerter og magesmerter. I følge Mæland (2012) angir over halvparten av pasientane brystmerter den første tida etter eit hjartefarkt. Det kan ha fleire forklaringar, men han hevdar at ei forklaring kan vere angst. Symptoma liknar på hjartefarkt med hjartebank, tungpust eller brystmerter (Mæland, 2012, ss. 54-55). Ved rett og tydeleg informasjon frå sjukepleiar på sjukehus før utskriving, trur eg at pasienten kan unngå mykje av denne utryggleiken. Til dømes at han har kunnskapar om at han kan ta nitrospray ved brystmerter, eller ringje 113 dersom ikkje smertene går over. I ein travel kvardag der tidleg utskriving frå sjukehus blir vektlagt, er det viktig at sjukepleiarar lagar rom for naudsynte samtalar med pasienten og pårørande. I desse samtalan kan sjukepleiaren ta opp tema som kva praktiske ferdigheiter pasienten allereie har som kan nyttast aktivt i rehabiliteringa, understreka korleis mindre endringar i livsstil kan ha positiv effekt på hjartesjukdomen, og førebu pasienten på livet utanfor sjukehuskvardagen.

#### **4.2.3 Intervensjonar som kan fremje emosjonell kontroll**

Emosjonelle reaksjonar etter eit hjartefarkt kan vere mange. Dei er også individuelle, då pasientar reagerer ulikt på det å bli sjuk (Mæland, 2012, ss. 45-46). Mange pasientar som har opplevd eit hjartefarkt kan for eksempel ha skyldfølelse fordi dei har røykt i mange år, eller fordi dei har hatt

ein generelt usunn livsstil. Korleis kan me som sjukepleiarar hjelpe pasienten å forstå at dette er normale reaksjonar?

Eg har alt presisert at det kan vere krevjande å gå inn i ein pasientrolle. Ein kan forvente at pasientane går inn i ein krisereaksjon med ulikt løp og varighet. Det er viktig at sjukepleiarar som jobbar rundt pasienten er klar over ulike reaksjonar ei slik krise kan medføre. Konsekvensar ved slike kjenslemessige reaksjonar kan til dømes vere at pasienten er ute av stand til å fatte avgjerder som er viktige for den vidare behandlinga, og kan difor truge pasienten sine føresetnader for å bli frisk. På denne måten kan pasienten stå i fare for å miste kontrollen over sin eigen livssituasjon, og mange kan ha vanskeleg for å tilpasse seg den nye situasjonen (Moesmand Kjøllestad, 2003, s. 35; Mierzynska et al., 2010). Dette kan opplevast som utrygt for pasienten, og sjukepleiarar vil ha ei sentral rolle for å skape tryggleik og tillit. Å sjå pasienten er eit tiltak som ikkje tek mykje tid, men som er verdt mykje for å skape emosjonell kontroll hjå pasientar i ein vanskeleg situasjon. Det kan vere enkle sjukepleietiltak som det å setje seg ned med pasienten, ha blikkontakt og spørje om det er noko sjukepleiarar kan gjere. Det kan bety mykje for pasienten si oppleving av tryggleik og omsorg (Stubberud, 2016, s. 376). Det er også mogleg å kombinere med praktiske prosedyrar, til dømes ved stell av operasjonssåret etter hjartekirurgi. Det kan vere ein arena for pasienten å opne seg og setje ord på følelsar. På same måte trur eg det er lettare for pasientar å snakke om følelsar dersom det er på deira premissar, og ved at sjukepleiaren samstundes gjer andre praktiske oppgåver. Det vil vera ein situasjon der pasienten ikkje føler seg tvinga til å snakke om det som er vanskeleg, men der ein tek det opp i forbindelse med ei anna prosedyre (Stubberud, 2016, ss. 376-377). Sjukepleiarar må vere bevisste på at pasientane er i ein sårbar fase, og kan lett ta til tårene i slike samtalar. Å forsikre dei om at dette er vanlege reaksjonar vil vere viktig for at pasienten skal få kontroll over situasjonen (Mæland, 2012, ss. 47-48).

## 5 Konklusjon

I denne oppgåva har eg prøvd å finne svar på kva sjukepleiarar som jobbar på somatiske avdelingar på sjukehus kan bidra med for å ivareta pasientane sine psykososiale behov etter gjennomgått hjarteinfarkt. Litteraturen og forskinga eg har funne syner at det er ein samanheng mellom det å bli råka av alvorleg sjukdom, som hjarteinfarkt, og psykososiale reaksjonar som angst, depresjon, stress og usikkerheit. Den viser òg at instrumentell, emosjonell og kognitiv kontroll kan vere med å redusere utvikling av psykososiale problem. Vidare ser eg at sjukepleietiltak som til dømes individuelt tilpassa informasjon, tett oppfølging og psykososial støtte er verdifullt for at pasientane skal kunne oppleve personleg kontroll.

Dei yrkesetiske retningslinjene for utøving av sjukepleie bygger på eit heilskapleg syn på menneske sine behov. Sett i lys av desse, samt forskning og litteratur er det grunn til å vurdere om psykososiale intervensjonar bør inngå som ein del av rutinane og prosedyrane for oppfølging av hjarteinfarkt alt i ein tidleg fase, på sjukehuset. Også mine egne erfaringar styrkar grunnlaget for å hevde dette. Gjennom arbeidet med oppgåva har eg sett at sjukepleiarar har ein viktig funksjon for å førebygge utviklinga av psykososiale reaksjonar. Det føreset imidlertid at sjukepleiarar har kunnskap om, og lagar rom for dette, i ein elles travel kvardag. For min eigen del, har eg fått styrka kunnskapsgrunnlaget om verdien av ei heilskapleg tilnærming til pasientar med hjarteinfarkt, og vil ta dette med meg i vidare arbeid som sjukepleiar.

## Bibliografi

- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Juneag, L., Asplund, K., & Svedlund, M. (2013, August). A qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction. doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.07.002>
- Kringlen, E. (1994). *Pasientbehandling* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kristoffersen, N. J. (2014). Kapittel 23. Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (2. utg., ss. 134-196). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapscenteret. (2014, Oktober 4). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Hentet Mai 1, 2017 fra <http://www.kunnskapscenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningartikler>
- Magnus, P., & Bakketeig, L. S. (2000). *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mæland, J. G. (2012). *Helhetlig hjerterehabilitering* (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Mierzynska, A., Kowalska, M., & Stepnowska, M. P. (2010). Psychological support for patients following myocardial infarction. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20535728>
- Moesmand, A. M., & Kjøllesdal, A. (2003). *Å være akutt kritisk syk: Om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert: En arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Akribe.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. ICNs etiske regler.
- Oterhals, K., Hanestad, B. R., Eide, G. E., & Hanssen, T. A. (2006, Desember 1). The Relationship between In-Hospital Information and Patient Satisfaction after Acute Myocardial Infarction. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2006.01.004>
- Renolen, Å. (2014). *Forståelse av mennesker: Innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Richards, S. H., Anderson, L., Jenkinson, C. E., Whalley, B., Rees, K., Davies, P., . . . Taylor, R. S. (2017, April 28). Psychological interventions for coronary heart disease. doi: [10.1002/14651858.CD002902.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD002902.pub4)
- Stubberud, D.-G. (2015). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (ss. 13-41). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2016). Å ivareta pasientens psykososiale behov ved behandling av hjertesykdom i sykehus. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (ss. 334-393). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Stubberud, D.-G. (2016). Forord. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til pasienter med hjertesykdom* (ss. 5-6). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Stubberud, D.-G. (2016). Hjertesykdom - en introduksjon. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (ss. 21-39). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Thidemann, I.-J. (2015). *Bachelor-oppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.