

**PROFESJONSHØGSKOLEN
SYKEPLEIE OG HELSEFAG
KULL 2007H**

SY180H 000 BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

**SYKEPLEIERENS PEDAGOGISKE FUNKSJON MED FOKUS PÅ ERNÆRING OG
LIVSSTIL, I MØTE MED HJERTEINFARKTSPASIENTER**

Innleverings dato: 30.04.2010

Kandidatnummer: 42 og 44

INNHold

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	3
1.2 Førforståelse.....	3
1.3 Problemstilling.....	3
1.4 Avgrensning.....	3
1.5 Definisjon av sentrale begreper i problemstillingen.....	4
1.6 Teoretisk referanseramme.....	4
1.7 Formålet med oppgaven.....	5
1.8 Oppgavens oppbygging.....	5

2.0 METODE

2.1 Metodevalg.....	6
2.2 Litteraturstudium.....	6
2.3 Datasamling.....	6
2.4 Metode og kildekritikk.....	7

3.0 TEORI

3.1 Sykepleierens funksjon.....	8
3.2 Relasjon mellom sykepleier og pasient.....	8
3.3 Sykepleierens pedagogiske funksjon.....	8
3.4 Mestringskompetanse.....	9
3.5 Undervisning.....	9
3.5.1 Spontan undervisning.....	10
3.5.2 Planlagt undervisning.....	10
3.5.3 Læreforutsetninger.....	10
3.6 Veiledning.....	11
3.7 Hjerterehabilitering.....	11
3.8 Standardisert og individualisert pasientinformasjon.....	12
3.9 Hjerterinfarkt, ernæring og livsstil.....	12
3.9.1 Hjerterinfarkt.....	12
3.9.2 Kostholdets betydning.....	13
3.9.2.1 Fett og kolesterol.....	13
3.9.3 Fysisk aktivitet.....	14

3.9.4 Tobakksrøyking.....	14
3.9.5 Psykososialt stress.....	15
3.10 Sykepleierteoretiker Dorothea Orem.....	16
3.10.1 Orems definisjon på egenomsorg.....	16
3.10.2 Teorien om egenomsorg.....	16
3.10.3 Teorien om egenomsorgssvikt.....	16
3.10.4 Teorien om sykepleiesystemene.....	16
3.10.5 Egenomsorg.....	16
3.10.6 Helseviktrelaterte egenomsorgsbehov.....	17
3.10.7 Terapeutiske egenomsorgskrav.....	17
3.10.8 Sykepleierens hjelpemetoder.....	17
3.11 Forskningsbasert artikkel.....	18
4.0 DRØFTING	
4.1 Innledning.....	19
4.2 Sykepleierens pedagogiske funksjon.....	19
4.2.1 Undervisning generelt om ernæring og livsstil.....	20
4.2.1.1 Spontan undervisning.....	21
4.2.1.2 Planlagt undervisning.....	22
4.2.2 Veiledning om ernæring og livsstil.....	22
4.2.3 Valg av pedagogisk metode.....	23
4.2.4 Kartlegging av pasientens situasjon.....	24
4.2.5 Relasjonens betydning.....	25
4.3 Undervisning og veiledning om ernæring.....	25
4.3.1 Fett og kolesterol.....	26
4.4 Undervisning og veiledning om livsstil.....	27
4.4.1 Fysisk aktivitet.....	27
4.4.2 Tobakksrøyking.....	27
4.4.3 Psykososialt stress.....	28
5.0 AVSLUTNING	
5.1 Oppsummering og konklusjon.....	30
LITTERATURLISTE.....	32

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi er to sykepleierstudenter som studerer siste året på vår Bachelor utdanning i sykepleie, og skal skrive en avsluttende bacheloroppgave. Vi har valgt å skrive om sykepleierens pedagogiske funksjon i møte med en pasient som har gjennomgått et hjerteinfarkt. Bakgrunnen for valget av dette temaet er at vi er interessert i å tilegne oss større kunnskap om hvordan vi som sykepleiere kan formidle våre kunnskaper om ernæring og livsstil til pasienter som har hatt hjerteinfarkt. Vi ønsker å fokusere på ernæring og livsstil, slik at pasientene kan leve best mulig etter hjerteinfarkt. Vi mener at igjennom denne oppgaven vil vi tilegne oss kunnskaper vi som framtidige sykepleiere trenger i møte med hjerteinfarktpasienter.

1.2 Førforståelse

Vi tror at undervisning om ernæring og livsstil til pasienter som har hatt et hjerteinfarkt kan være et forsømt område på somatiske sykehus. Vi tror at denne pasientgruppen har et stort behov for informasjon om hvordan deres livsstil bør være, og hvordan både ernæring og livsstil kan påvirke utviklingen av sykdommen. Ved å ha sykepleiere som er flinke til å veilede og undervise, tror vi at pasientene muligens kan føle seg tryggere i forhold til hvordan de skal leve med sykdommen, og kunne forebygge videre utvikling.

1.3 Problemstilling

Vår problemstilling er: Hvordan kan sykepleiere ved hjelp av sin pedagogiske funksjon, med fokus på ernæring og livsstil hjelpe pasienter til å leve best mulig etter et hjerteinfarkt?

1.4 Avgrensning

I denne oppgaven har vi valgt å forholde oss til pasienter som er innlagt på somatisk sykehus på grunn av hjerteinfarkt. Vi vil blant annet skrive generelt om sykepleierens pedagogiske funksjon i forhold til undervisning og veiledning, om hvordan ernæring og livsstil kan forebygge videre utvikling av sykdommen. Vi vil skrive om ernæringens betydning, hvor vi avgrensner oppgaven med å skrive om hvordan blant annet fett og kolesterol har innvirkning på sykdommen. Videre vil vi skrive om livsstilens betydning, hvor vi har fokus på røyking, fysisk aktivitet og psykososialt stress. Vi velger å skrive en del om ernæring og livsstil til denne pasientgruppen siden dette er kunnskaper vi trenger for å kunne gi god undervisning og

veiledning på dette området. Dermed vil den pedagogiske delen og teorien rundt ernæring og livsstil utfylle hverandre slik at vi kan svare best mulig på vår problemstilling. Vi er klar over at det er andre faktorer som har betydning innenfor sykepleierens møte med pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt som ikke vil komme frem på grunn av de rammene oppgaven har.

1.5 Definisjon av sentrale begreper i problemstillingen

Vi velger å definere noen sentrale begreper i vår problemstilling slik at det skal komme tydelig frem hva vi mener med de ulike begrepene.

Pedagogiske funksjon:

”Sykepleiens pedagogiske funksjon innebærer alle vurderinger, konkrete gjøremål og handlinger sykepleieren har ansvar for som har til hensikt å legge til rette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring hos pasienter, klienter, pårørende, studenter og kolleger.” (Tveiten 2008:30).

Ernæring:

”Ernæring er en betegnelse på cellers og organismers behov for energi og næringsstoffer samt næringsstoffenes fordøyelse og omsetning gjennom fysiologiske og biokjemiske prosesser.” (Sortland 2007:19).

Livsstil:

”Livsstil er atferdsmønstre valgt ut fra de alternativer som er tilgjengelige for menneskene ut fra deres sosioøkonomiske forutsetninger og deres evne til å velge ett alternativ framfor et annet.” (Kristoffersen 2005:227).

Leve best mulig:

Det vi legger i begrepet å leve best mulig i denne sammenheng, er å tilstrebe å ha et kosthold og en livsstil som har en positiv innvirkning på sykdommen, og som de samtidig kan leve godt med.

1.6 Teoretiske referanseramme

Til besvarelsen av denne oppgaven har vi valgt å bruke Dorothea Orems egenomsorgsteori. I hennes teori kommer det frem at sykepleiens overordnede mål er å fremme blant annet menneskets helse, velvære, normalfunksjon og utvikling. Sykepleierens oppgave er å kompensere for pasientens svikt i egenomsorgskapasitet og hjelpe til å fremme den der det er mulig. Egenomsorgskapasiteten er pasientens evne til å ivareta sin egenomsorg på egenhånd.

Vi har valgt å bruke hennes teori på grunn av at hun forteller om hvordan sykepleiere kan hjelpe pasienter til å ivareta sin egenomsorg, ved for eksempel å undervise og veilede (Kristoffersen 2005:23,41).

1.7 Formålet med oppgaven

Med denne oppgaven ønsker vi å tilegne oss kunnskaper om hvordan vi som fremtidige sykepleiere kan bruke vår pedagogiske funksjon til å hjelpe pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt til å leve et best mulig liv. Dette ved å fokusere på ernæringens og livsstilens betydning for å forebygge videre sykdomsutvikling. Dette er sentrale temaer som pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt trenger kunnskaper om, slik at de selv kan være med på å forebygge en negativ sykdomsutvikling. Gjennom denne oppgaven vil vi tilegne oss kunnskaper som vil heve vår kompetanse på området.

1.8 Oppgavens oppbygging

Til utforming av vår oppgave har vi brukt boken Dalland har skrevet om oppgaveskriving. Oppgaven er delt inn i fem deler. Det første kapittelet er innledningen hvor vi presenterer oppgavens tema, problemstilling, førforståelse og formålet med oppgaven. Kapittel to handler om metode, der vi ser på hvilke metoder vi har valgt å bruke for å finne den kunnskapen vi trengte til vår oppgave. I det tredje kapittelet presenterer vi teori om temaet, en forskningsbasert artikkel og sykepleierteoretiker Dorothea Orems teori om egenomsorg. På grunn av oppgavens rammer er bare deler av artikkelen og Orems teori presentert. I fjerde kapittel drøfter vi problemstillingen opp mot det som er presentert i teorikapittelet. I kapittel fem skriver vi en avslutning, hvor vi oppsummerer og konkluderer oppgaven vår.

Oppgaven inneholder 9897 ord.

2.0 METODE

2.1 Metodevalg

Metode er et hjelpemiddel som forteller oss hvordan vi bør gå frem for å skaffe oss den kunnskapen vi trenger. Vilhelm Aubert definerer metode slik:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.” (Dalland 2007:81).

Vi har valgt en kvalitativ metode, som har til hensikt å innhente meninger og opplevelser, som ikke lar seg måle eller tallfeste. Denne metoden vil kunne bidra til en bedre forståelse av samfunnet vi lever i. Kvalitativ metode brukes for å beskrive et fenomen, i dette tilfellet hvordan vi som sykepleiere kan hjelpe en pasient som nylig har hatt et hjerteinfarkt, til å leve best mulig med sin sykdom etter utskrivelse fra somatisk sykehus. Dette igjennom undervisning og veiledning (Dalland 2007:81-83).

2.2 Litteraturstudium

Vi har valgt å gjøre et litteraturstudium for å innhente teoretisk kunnskap om temaet som finnes fra før av. Vi mener at denne metoden er den beste for vår oppgave, da dette vil gjøre at vi kan bruke denne litteraturen som hjelp til å besvare vår problemstilling.

2.3 Datasamling

Vår arbeidsprosess startet med å finne et tema som vi ville skrive om, vi brukte skolens bibliotek og fant den litteraturen vi ville bruke. Vi brukte bibliotekets søkebase BIBSYS for å finne de bøkene som var relevante til vår oppgave. Vi brukte blant annet søkeordene *ernæring og sykepleie, ernæring og sykdom, hjerteinfarkt, pedagogikk og sykepleie*. De fleste av bøkene vi bestemte oss for å bruke var ikke eldre enn fem år. Vi har brukt både pensumlitteratur og en del selvvalgt litteratur. Alle bøkene vi har brukt til oppgaven er norsk, bortsett fra ei bok som er dansk. Artikkelen vi valgte å bruke fant vi i litteraturen vi leste og søkte den opp på biblioteket.

2.4 Metode og kildekritikk

Feilkilder i denne oppgaven kan være at noe av litteraturen vi har brukt er eldre enn fem år, og kan bli betegnet som ”gammel” litteratur. Det kan dermed tenkes at noe av litteraturen ikke er gjeldene lenger. Noe av litteraturen vi har brukt er sekundær litteratur, noe som kan gjøre at litteraturen som gjenfortelles kan missforstås av leser. Ved at vi har valgt å gjøre et litteraturstudium, vil vi ikke få innhentet kunnskaper om hvordan den pedagogiske funksjon er i praksis ved somatisk sykehus. Dette kan gjøre at noe av det vi presenterer i oppgaven ikke er i tråd med det som skjer i praksis (Dalland 2007).

3.0 TEORI

3.1 Sykepleierens funksjon

Den undervisende, den helsefremmende og forebyggende funksjonen er eksempler på noen av sykepleierens funksjons- og ansvarsområde. Sykepleieren har et ansvar med å hjelpe pasienter til å leve med sin sykdom, gjennom blant annet å støtte og fremme pasientens egenomsorg. Gjennom undervisning og veiledning kan sykepleieren hjelpe pasienten til å nå målet om egenomsorg. Den helsefremmende og forebyggende funksjonen omfatter blant annet sekundærforebyggende tiltak. Dette vil si at gjennom å kartlegge helsesvikten kan man hjelpe pasienten til å iverksette tiltak som kan være med på å redusere ytterligere helsesvikt (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005:16,17).

3.2 Relasjon mellom sykepleier og pasient

Et godt medmenneskelig forhold har stor betydning i utøvelsen av sykepleie. Å stå i en relasjon til noen betyr at en selv påvirkes av den andres situasjon på en måte som involverer evnen til å tolke og forstå andre mennesker. Kjernen i sykepleiergjerningen er omsorgsfull og kyndig handling til mennesker som trenger hjelp. Dette stiller et krav til sykepleieren om å handle med faglig kyndighet på en medmenneskelig måte. Det er viktig at pasienten har tillit til de faglige vurderingene og handlingene som sykepleieren gjør, og til sykepleieren som person. Interaksjon mellom sykepleier og pasient er av betydning for undervisningen. Dette er noe som forutsetter samarbeid (Kristoffersen og Nortvedt 2005:137-139, Granum 2003:56).

3.3 Sykepleierens pedagogiske funksjon

Den pedagogiske funksjonen til sykepleierne har til hensikt å utvikle pasientens kunnskaper og ferdigheter til for eksempel å kunne mestre å leve med helsesvikt. Ved å øke pasientens kunnskapsnivå om egen situasjon, kan det være med på å øke pasientens livskvalitet. Dette ved blant annet at pasienten har kunnskaper om hvordan han/hun kan ivareta egen helse best mulig, og på denne måten kan pasientens egenomsorg videreutvikles (Tveiten 2008:31,32).

Sykehusoppholdet blir stadig kortere for pasientene, dette medfører til økt behov for kunnskap, slik at pasienten kan leve best mulig hjemme. Undervisningen fører til økt forståelse for betydningen av ansvaret for egen helse, slik at pasientenes rekonvalesentperiode blir best mulig. Kortere sykehusopphold fører til at det blir mindre tid for sykepleierne å

undervise. For å klare å møte pasientenes behov for kunnskap er det dermed viktig at undervisningssituasjonene er planlagt (Granum 2003:17).

For at sykepleieren skal kunne gjennomføre undervisning og opplæring er det en forutsetning å kunne etablere gode relasjoner til pasienten og ha kunnskaper om faktorer som påvirker pasienten i læreprosessen. For å kunne undervise og veilede pasienter, må sykepleieren mestre den pedagogiske metoden han/hun bruker. Når sykepleieren skal velge pedagogisk metode, er det viktig å tenke gjennom hva som er målet. Undervisning og veiledning er to sentrale metoder som sykepleieren bruker. Ofte er det mest hensiktsmessig å kombinere ulike metoder (Kristoffersen 2005:242,246).

For at sykepleieren skal kunne ivareta den pedagogiske funksjonen, må sykepleieren ha kunnskaper og forståelse for ulike fagområder, som for eksempel sykepleie, sykdomslære, pedagogikk og psykologi. Videre må sykepleieren være etisk, moralsk og emosjonell bevisst i forhold til egne vurderinger og handlinger som er rettet mot utvikling og læring hos pasienter. (Tveiten 2008:39).

3.4 Mestringskompetanse

Dette begrepet innebærer at pasienten har kompetanse til å mestre, for eksempel å leve med en kronisk sykdom. Hensikten med den pedagogiske funksjonen til sykepleieren er å hjelpe pasientene til å utvikle eller videreutvikle sin mestringskompetanse. Dersom pasienter opplever at behovet for kunnskap om deres situasjon ikke er tilstrekkelig dekket, vil dette kunne skape en ekstra stressfaktor (Tveiten 2008:39,40,43 og Granum 2003:17).

3.5 Undervisning

Gjennom undervisningen er hensikten at sykepleieren formidler sine kunnskaper til pasienten om det som sykepleieren vet pasienten trenger for å styrke sin mestringskompetanse. Sykepleieren har et ansvar med å formidle kunnskapen på en måte som muliggjør læring for pasienten. Kunnskapsformidlingen kan omhandle for eksempel sykdom og helse, og hvilke konsekvenser sykdommen gir for pasienten. Undervisning er vanligvis en planlagt formidling av et tema i en gitt sammenheng. Det er viktig at sykepleieren er bevisst på at den kunnskapen som formidles oppleves meningsfull, og har direkte betydning for pasienten. På

denne måten vil pasienten bli mer engasjert i det som sykepleieren underviser om (Tveiten 2008:116-118).

3.5.1 Spontan undervisning

Er undervisningssituasjoner som oppstår spontant i møte mellom pasient og sykepleier. Der enten pasienten stiller spørsmål om noe han/hun lurer på om sin situasjon, eller når sykepleieren sier noe til pasienten som har til hensikt å påvirke pasientens kunnskap om situasjonen. De spontane undervisningssituasjonene vil dermed få ulik karakter av innhold (Friberg 2003:63,64).

3.5.2 Planlagt undervisning

Undervisning som er planlagt er med på å sikre at undervisningens innhold og kvalitet blir bedre og mest mulig tilpasset pasientens behov. Gode undervisningssituasjoner forutsetter at sykepleieren har kunnskaper om det som skal snakkes om, og at sykepleieren har tatt utgangspunkt i pasientens helsetilstand og kartlagt hva pasienten har behov for å lære (Granum 2003:70,45).

3.5.3 Læreforutsetninger

Når undervisningen skal planlegges er det viktig at sykepleieren tenker igjennom hvem målpersonen for undervisningen er. Sykepleieren må innhente informasjon om pasientens læreforutsetninger. Dette omfatter blant annet det pasienten kan, vet og forstår, men også pasientens holdninger, ferdigheter og følelser. Pasientens motivasjon betyr mye for hans/hennes evne til å lære. Sykepleieren må innhente kunnskaper om pasientens ønskende mål, og bruke disse som motivasjonsfaktor i undervisningen. Det er dermed viktig at pasienter får en opplevelse av at dette er kunnskaper som han/hun trenger å lære. Samtidig er det viktig at pasientene får en opplevelse av at de kan noe, slik at de kan bidra med noe i læringssituasjonen. For å sikre undervisningsinnholdet og gjennomføringen, er det en fordel hvis det er en eller to sykepleiere som deler på ansvaret for dette mens pasienten er innlagt på avdelingen (Tveiten 2008:119,120,121, Granum 2003:51,52,56).

3.6 Veiledning

Veiledning forutsetter nær og direkte kontakt mellom pasient og sykepleier. Pasienten og sykepleieren søker sammen om den kunnskapen som pasienten trenger ut i fra sin helsetilstand (Granum 2003:46).

”Veiledning er en måte å være sammen med og reagere overfor et annet menneske på, slik at vedkommende får hjelp til å utforske sine egne tanker, følelser og handlinger, oppnå en klarere selvforståelse og finne fram til og gjøre bruk av sine ressurser. På grunnlag av dette kan han foreta gjennomtenkte valg og handlinger og dermed mestre sitt liv på en mer tilfredsstillende måte. I sin kjerne er veiledning en meningsfull relasjon hvor den ene parten (veilederen) hjelper den andre til å hjelpe seg selv.” (Kristoffersen 2005:250).

Målet med veiledning er å sette i gang en utviklingsprosess hos pasienten. Dette kan innebære bevisstgjøring av egne verdier og bearbeidning av nye kunnskaper og ferdigheter, noe som gjør at pasienten blir i bedre stand til å prioritere og velge. Sykepleieren må i en veiledningssituasjon være åpen og lyttende til det pasienten er opptatt av, og møte han på det (Kristoffersen 2005:250).

Veiledningen forutsetter dialog mellom sykepleieren og pasienten, hvor sykepleieren må ta utgangspunkt i pasientens forståelse og opplevelse. Sykepleieren legger blant annet til rette for at pasienten oppdager og lærer. Veiledning er en sentral metode innenfor empowerment, noe som bidrar til anerkjennelse av pasientens kompetanse og medvirkning. Empowerment er en prosess som er med på å øke pasientens kontroll og medvirkning over det som påvirker egen helse. Hensikten med veiledningen er å møte pasientens behov der han/hun er, og ta utgangspunktet for veiledningen derifra. Veiledningen kan dermed ikke planlegges på lik linje som undervisning kan. Når sykepleieren skal veilede pasienter skal han/hun hjelpe pasienten til å finne svarene. Dette kan bidra til at pasienten får en opplevelse av mestring (Tveiten 2008:80,21).

3.7 Hjerterehabilitering

Pasientinformasjon er et av tiltakene for å hjelpe og støtte pasienter i rehabiliteringen etter et hjerteinfarkt, noe som er nødvendig for å redusere risikoen for tilbakefall og død. Denne prosessen starter i sykehuset, de første dagene etter hjerteinfarkt. For en pasient som har hatt et hjerteinfarkt, så er det mange spørsmål som reiser seg om sin egen situasjon, spesielt i ukene etter hjemkomsten fra sykehuset. Mye av utryggheten til pasientene skyldes lite eller

feilaktig kunnskap om sykdommen. Systematisk informasjon og individuell rådgivning til pasienten er derfor et viktig element i rehabiliteringen etter et hjerteinfarkt. Sekundær forebygging er et viktig tiltak innenfor hjerterehabiliteringen. Pasienten kan i denne fasen ha problemer med å ta imot detaljert informasjon, men pasientinformasjon bør starte mens pasienten fortsatt er innlagt på sykehuset. For at den informasjonen som er gitt på sykehuset skal få varige virkninger, så er det viktig at pasienten blir fulgt opp etter utskrivelsen (Mæland 2006:11,12,14,60,63).

3.8 Standardisert og individualisert pasientinformasjon

Pasientinformasjonen til pasienter som har hatt et hjerteinfarkt kan skje standardisert eller individualisert. Ved standardisert informasjon så vil undervisningen foregå etter en bestemt plan og et bestemt innhold. Individualisert undervisning er pedagogisk sett den beste måten å gi informasjon på. Her blir undervisningens innhold, form og progresjon tilpasset hver enkelt pasient. Denne typen undervisning åpner i større grad for toveiskommunikasjon, noe som er veldig viktig for pasienten, da dette kan virke støttende og beroligende. Begge disse metodene kan kombineres, dette ved at pasienten får standardisert basisinformasjon og får individuell rådgivning. På denne måten kan pasienten få informasjon om sin situasjon, og få svar på det han/hun lurer på. Informasjonen som pasienten får bør omhandle sykdommen, levevaner, mestring og tilpasning (Mæland 2006:62,63).

3.9 Hjerteinfarkt, ernæring og livsstil

De aller fleste faktorene som øker risikoen får å utvikle et hjerteinfarkt, er også av stor betydning etter at man har hatt et hjerteinfarkt, for å unngå tilbakefall. Tobakksrøyking, høyt blodtrykk, høyt kolesterol, lav fysisk aktivitet og stress er alle faktorer som øker risikoen for tilbakefall og død blant hjertepasienter. Det som er forskjellen er at utgangsrisikoen er mye høyere for hjertesyke enn hos friske mennesker. Dette betyr at personer som har hatt et hjerteinfarkt har langt mer å vinne ved å endre ugunstige levevaner. Upåvirkelige faktorer som alder, kjønn og arv kan i tillegg til ernæring og livsstil være en utløsende faktor for å få et hjerteinfarkt (Mæland 2006:117,118, Drevon 2007:514).

3.9.1 Hjerteinfarkt

Nesten alle hjerteinfarkt skyldes en trombose i en av koronararteriene. En trombose utløses som oftest av et aterosklerotisk plakk i koronararterien som brister. Hjerteinfarktets størrelse

og omfang er avhengig av hvor denne trombosen dannes, og om koronararterien blir helt eller delvis tettet. Det området av hjertemuskulaturen som blir rammet får ikke tilført tilstrekkelig med oksygen, og det fører til en irreversibel skade av muskelcellene bare få minutter etter at trombosen har satt seg (Mæland 2006:23).

3.9.2 Kostholdets betydning

Et riktig sammensatt kosthold forebygger mange lidelser, som for eksempel et hjerteinfarkt. Mange studier tyder på at risikofaktorer for hjerte- og karsykdommer, som for eksempel overvekt, fedme, diabetes type 2, høyt blodtrykk og høye verdier av kolesterol, kan henge sammen. Et høyt inntak av bær, grønnsaker, frukt, fisk og fiskeprodukter som inneholder omega-3-fettsyrer kan redusere faren for å utvikle et hjerteinfarkt (Sortland 2007:223)

3.9.2.1 Fett og kolesterol

Fett består av forskjellige fettsyrer, disse er mettede fettsyrer, transfettsyrer, enumettede fettsyrer og flerumettede fettsyrer. Den mettede fettsyren utgjør en stor andel av fettinntaket i vår kost. Mange sykdommer knyttes opp i mot et stort fettinntak, blant annet hjerteinfarkt. Det er da særlig det mettet fett som er mest ugunstig for kroppen. Oljesyre er den typen enumettede fettsyren vi kan finne i både kroppsvev og i matvarer. Ved å få i seg oljesyre kan den være med på å senke konsentrasjonen av kolesterol i blodet, og oljesyre kan også være med på å redusere risikoen for å utvikle aterosklerose. Flerumettede fettsyrer som blant annet omega-6-fettsyrer kan redusere risikoen for å utvikle aterosklerose, siden flerumettede fettsyrer inneholder mye av det gunstige HDL-kolesterolet (Drevon 2007:137,138,517, Glindvad og Ravn 2005:23).

Jo høyere kolesterolnivået i blodet er, jo større er risikoen for å få et hjerteinfarkt. Det er mange forskjellige faktorer i kosten som spiller inn på kolesterolkonsentrasjonen i blodet. Noen av disse er fiber, kokekaffe, kolesterol, fett og fettsyretyper. Store mengder med kolesterol i kosten fører til økning av mengden av både HDL og LDL kolesterol i blodet. Dette fordi verken tarm, lever eller andre vev kan klare å redusere sin egensyntese av kolesterol tilsvarende det overskuddet av kolesterol man får i seg gjennom kosten. Typen fettsyrer i maten betyr veldig mye både for kolesterolnivået, og for utviklingen av aterosklerose. Hvis man spiser matvarer som inneholder mye av mettede fettsyrer og transfettsyrer, så vil LDL-kolesterolnivået i blodet øke. Transfetsyrer gir økning av LDL-kolesterol, men i tillegg senker transfettsyrer konsentrasjonen av HDL-kolesterol. Det

gunstige HDL-kolesterolet har en viss beskyttende effekt mot åreforkalkning. Ved å bytte ut mettede fettsyrer med oljesyrer vil det være en effektiv måte å senke blodets innhold av LDL-kolesterol (Drevon 2007:516,517, Glindvad og Ravn 2005:23,25).

3.9.3 Fysisk aktivitet

Det er godt dokumentert at fysisk aktivitet og helse har en sammenheng. Regelmessig fysisk aktivitet bidrar blant annet til vektkontroll, bedre lipid-profil i blodet, normalisering av blodtrykket, lavere trombosedens, og kan også være med på å motvirke depresjon og stress (Sortland 2007:223, Mæland 2006:124).

Fysisk aktivitet har innvirkning på omsetningen av næringsstoffer og kroppssammensetningen. Konsentrasjonen av HDL-kolesterol øker ved fysisk aktivitet, og senker nivåene av LDL-kolesterol og triglyserider. Regelmessig fysisk aktivitet påvirker en rekke risikofaktorer i gunstig retning. Blodtrykket synker gjerne ved regelmessig fysisk aktivitet. Hos personer som har hatt et hjerteinfarkt er risikoen for å få alvorlige rytmeforstyrrelser under fysisk aktivitet økt, dette særlig hos personer som er utrente. Ved fysisk aktivitet øker altså den forbigående risikoen for alvorlige kardiovaskulære hendelser, men denne risikoen må veise opp i mot den beskyttende effekten som regelmessig trening har. Det kan med sikkerhet sies at denne langtidseffekten er mye sterkere enn den kortvarige risikoøkningen for stort sett alle hjertepasientene (Mæland 2006:101,102,124, Sortland 2007:223).

3.9.4 Tobakksrøyking

Tobakksrøyking er med på å øke den umiddelbare risikoen for hjerteinfarkt, ved at den påvirker åreveggen og trombosedannelsen i blodet. Nikotinen i tobakken får blodårene til å trekke seg sammen og øker arbeidsbelastningen på hjertet. Mennesker som røyker har 2-3 ganger høyere risiko for å dø av hjerteinfarkt enn ikke-røykere. Vi vet i dag med sikkerhet at tobakksrøyking er en årsak til hjerteinfarkt. Noe som kan bevise dette er at ved røykestans så kommer det ganske umiddelbart et fall i sykdomsrisiko, og eksrøykere kommer faktisk bare etter noen få år, ned på samme risiko for hjerteinfarkt som de som aldri har røykt. Det er derfor det er så viktig med røykestans selv etter at en er rammet av et hjerteinfarkt. Personer som slutter å røyke etter at de har hatt et hjerteinfarkt, halverer sin risiko for å dø (Mæland 2006:39,40).

3.9.5 Psykososialt stress

Det er delte meninger om hvor viktig stress er en risikofaktor for hjerteinfarkt. En av grunne til dette er at stress er et sammensatt begrep som har flere betydninger. I nye undersøkelser kommer det frem at det jevne presset i hverdagen har større betydning enn enkeltstående hendelser som man opplever. Forskjellige psykiske påkjenninger kan føre til økt risiko for å utvikle et hjerteinfarkt. For personer som har hatt et hjerteinfarkt så vil det å falle inn i en dyp depresjon være farlig, det er nemlig flere undersøkelser som viser til at depresjon er en selvstendig risikofaktor for død og tilbakefall hos pasienter som har vært hjertesyke. Og studiet viser også at hver tredje hjerteinfarktpasient har en alvorlig eller en lettere depresjon. Ut i fra denne undersøkelsen så er det mange som mener at det bør bli en mer systematisk diagnostikk for å identifisere de deprimerte hjertepasientene og tilby disse behandling. Grunnen til dette er for at man ved tidlig intervensjon vil kunne påvirke både depresjonen og prognosen hos hjertesyke pasienter. En undersøkelse fant ut at det var lavere dødelighet blant infarktpasienter med emosjonelle problemer som fikk støtte og oppfølging av sykepleier, enn blant infarktpasienter som ikke fikk det (Mæland 2006:42,43).

3.10 Sykepleierteoretiker Dorothea Orem

Orem ble født i 1914 og utdannet sykepleier i 1939. Hun er en forfatter som har hatt stor innflytelse på sykepleiertenkningen i Norge (Kristoffersen 2005:38).

3.10.1 Orems definisjon på egenomsorg

”Egenomsorg er de handlinger som et menneske tar initiativ til og utfører på egne vegner for å opprettholde liv, helse og velvære. Omsorg for andre er et voksent menneskes bidrag til helse og velvære for avhengige medlemmer av den voksnes sosiale gruppe” (Kristoffersen 2005:39).

3.10.2 Teorien om egenomsorg

Egenomsorg er målrettede aktiviteter som mennesker utfører for sin egen del og for hjelpeløse familiemedlemmer. Denne adferden har til hensikt å fremme normal funksjon, helse, velvære og utvikling hos en selv og hos de nærmeste. Dette er en allmennmenneskelig adferd som læres innenfor personens kulturelle og sosiale miljø (Kristoffersen 2005:38).

3.10.3 Teorien om egenomsorgssvikt

I denne teorien utdypes egenomsorgshandlingenes mål og hensikter, dette ved å sikre normal menneskelig utvikling, funksjon og helse. Egenomsorgssvikt er forholdet mellom menneskets evne til egenomsorg og kravene til ivaretagelsen av egenomsorg. Er det et missforhold mellom personens egenomsorgskrav og vedkommendes evne til å handle i samsvar med disse har personen et behov for sykepleie (Kristoffersen 2005:38).

3.10.4 Teorien om sykepleiesystemene

Denne teorien beskriver hvordan sykepleieren tilrettelegger sykepleien ut i fra pasientens evne til egenomsorg. Orem beskriver at sykepleieren skal kompensere for pasientens mangelfulle evne til egenomsorg der det er mulig (Kristoffersen 2005:38).

3.10.5 Egenomsorg

Å tilfredsstillere egenomsorgsbehovene bør være en generell målsetning for alle mennesker. Det er derfor viktig å identifisere egenomsorgsbehovene før de kan tjene som mål for en persons egenomsorgshandling. En sentral side ved menneskets evne til egenomsorg handler om kunnskap. Orem mener det er viktig å utvikle gode vaner og handlingsmønstre som har til hensikt å fremme helse, men hun mener også at det er viktig å kunne endre gamle vaner når kravene til egenomsorg endres (Kristoffersen 2005:39,40).

3.10.6 Helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov

Orem beskriver tre typer av egenomsorgsbehov, et av disse er: *helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov*. Denne er basert på at svikt i helse, velvære og normal funksjon fører til behov for å forebygge ytterligere svikt, og for å kontrollere og regulere omfanget og konsekvensene av helsesvikten. Forandringen i personenes helsetilstand kan gjøre at han/hun blir helt eller delvis avhengig av andre personer. Noen kommer i en situasjon hvor de må tilpasse seg en ny og varig endret livssituasjon, og har behov for å tilegne seg nye kunnskaper og ferdigheter. Orem skiller mellom seks forskjellige egenomsorgsbehov ved helsesvikt, behovene beskriver mål som konkrete egenomsorgshandlinger må rettes mot. Et par av disse er:

- Behovet for å ta hensyn til konsekvensene av sykdom og helsesvikt.
- Behovet for å lære å leve med sin sykdom og håndtere konsekvensene av den medisinske behandlingen på en måte som fremmer personlig utvikling (Kristoffersen 2005:41,43,44).

3.10.7 Terapeutiske egenomsorgskrav

Terapeutiske egenomsorgskrav er handlinger som hvert enkelt menneske til en hver tid må utføre for å møte egenomsorgsbehovene. Dette for å fremme menneskets helse, velvære, utvikling og funksjon. Dersom personen ikke møter disse kravene, vil menneskets helse, velvære, utvikling og funksjon være truet. Sykepleieren har en funksjon med å kartlegge hvilke egenomsorgsbehov personene har problemer med å dekke. Sykepleieren må avgjøre hvordan disse behovene skal ivaretaes på best mulig måte for å fremme helse (Kristoffersen 2005:44).

3.10.8 sykepleierens hjelpemetoder

Orem beskriver fem hjelpemetoder som sykepleieren kan bruke for å imøtekomme terapeutiske egenomsorgskrav, noen av disse er:

- Å rettlede og veilede
- Å gi fysisk og psykisk støtte
- Å undervise

Det som er avgjørende for hvilken hjelpemethode sykepleieren bruker, er avhengig av pasientens egenomsorgskapasitet (Kristoffersen 2005:48).

3.11 Forskningsbasert artikkel

I en artikkel skrevet av Torill Kloster publisert i tidsskriftet *Vård i Norden* (1997), har hun skrevet om hvordan sykepleierne ivaretar sin pedagogiske funksjon til pasienter på sykehus.

Bakgrunn

Pasientundervisning har fått større oppmerksomhet, noe som blant annet kan skyldes pasienters rettigheter i forhold til informasjon, myndighetenes satsning på forebyggende og helsefremmende arbeid, kortere liggetid i sykehus og at folk lever lenger med kroniske sykdommer de skal mestre. Til tross for dette så opplever pasienter utilfredsstillende informasjon når de er på sykehus.

Metode

Prosjektet ble gjennomført med bruk av metoder som deltagende, åpen observasjon og halvstrukturert intervju av sykepleiere og pasienter ved en ortopedisk avdeling.

Resultat

Det kommer frem i artikkelen at sykepleierne sjeldent planlegger undervisningen, samtidig som sykepleierne som var blitt intervjuet understrekte betydningen av å ta utgangspunkt i den enkelte pasient og situasjon. Pasienter som opplevde at sykepleieren hadde dårlig tid, førte til at de avsto fra å stille spørsmål. Tidspunktet for når undervisningen skjedde, ble hovedsakelig styrt av travelheten i avdelingen. Sykepleierne opplevde at taushetsplikten ikke ble ivaretatt i undervisningssituasjonene siden den i hovedsak ble gjennomført på pasientens rom eller i korridoren. Målet med pasientundervisningen var blant annet å gi pasientene trygghet og bedre evne til mestring. Dokumentasjon av undervisningen ble i lite grad gjort. Det kommer videre frem viktigheten ved at det som er informert om og det som pasienten eventuelt ikke har forstått blir dokumentert, slik at andre kan prøve å gjenta informasjonen på nytt. Pasientene som var blitt intervjuet understrekte betydningen av å ha en eller noen få å forholde seg til, dette for å få kontinuitet. De mente videre at det var viktig at sykepleierne tok initiativ til å informere. Skriftlig informasjon opplevde pasientene som god hjelp, men kunne ikke erstatte den muntlige samtalen.

Konklusjon

Sykepleierne bruker ulike pedagogiske tilnærminger flere ganger daglig for å møte pasientenes behov. For å sikre kvalitet på undervisningen bør et strukturert undervisningsopplegg lages i forhold til de vanligste situasjonene (Kloster 1997).

4.0 DRØFTING

4.1 Innledning

Vi skal her ta for oss hvordan vi som sykepleiere ved hjelp av vår pedagogiske funksjon kan gi pasienter som har hatt et hjerteinfarkt den informasjonen de trenger om ernæring og livsstil, for å kunne leve et best mulig liv etter hjerteinfarkt. Vi som sykepleiere skal hjelpe pasienter til å ivareta sin egenomsorg blant annet i forhold til ernæring og livsstil, dette er faktorer som kan ha stor innvirkning på sykdomsutviklingen. Ved å ha gode kunnskaper om ernæringens og livsstilens betydning for sykdommen, kan man forebygge en videre negativ sykdomsutvikling, ved blant annet å redusere risikoen for et nytt hjerteinfarkt. Disse kunnskapene er det viktig at en pasient som har hatt et hjerteinfarkt får så tidlig som mulig i sykdomsforløpet. Kristoffersen (2005) presenterer Orems teori, hvor det kommer det frem at egenomsorg er målrettede aktiviteter som skal fremme normal funksjon, helse og velvære. Det er viktig at vi som sykepleiere kan formidle de nødvendige kunnskapene til pasientene på en hensiktsmessig måte slik at de har en større forutsetning for å kunne ivareta sin egenomsorg. Videre skriver hun at det er viktig å kunne endre gamle vaner når kravene til egenomsorg endres. Det er da viktig at vi som sykepleiere prøver å hjelpe pasientene til å møte de nye kravene til egenomsorg etter hjerteinfarkt.

4.2 Sykepleierens pedagogiske funksjon

Sykepleierne har en viktig oppgave med å undervise og veilede pasienter. Dette for å gi pasientene en bedre forståelse av sin egen sykdom og sykdomsutvikling, slik at de kan mestre den på best mulig måte og ivareta sin egenomsorg. I Kristoffersen (2005) kommer det frem i Orems teori at hvis det er et missforhold mellom pasientens evne og krav til egenomsorg, trenger pasienten sykepleie. I denne sammenhengen vil sykepleie være å blant annet å kartlegge pasientens evne til egenomsorg, som for eksempel hvilke kunnskaper han/hun har om ernæring og livsstil. Det er også viktig å kartlegge hvilke forutsetninger pasienten har for å kunne ivareta sin egenomsorg i forhold til dette. Videre beskriver Orem noen hjelpemetoder vi som sykepleiere kan bruke, disse er blant annet å rettlede, å veilede og å undervise for å kunne møte pasientens egenomsorgskrav. Dette mener vi er i samsvar med den pedagogiske funksjon som vi sykepleiere har, for å kunne hjelpe pasienter å ivareta sin egenomsorg etter et hjerteinfarkt. Et eksempel på dette kan være en mannlig pasient som ikke ser sammenhengen mellom et høyt inntak av fettrik kost og hjerteinfarkt. Vi må i denne situasjonen rettlede pasienten gjennom å veilede og undervise om kostens betydning i forhold til sykdommen, slik

at han kan ha større forutsetninger til å se konsekvensene av hva fettrik kost kan føre til. Det er viktig at vi som sykepleiere er bevisste på vår egen kompetanse, slik at vi holder oss innenfor våre sykepleierfagliges rammer. Det er legen som har hovedansvaret for å informere pasienten om blant annet sykdommen og behandlingen. Det er viktig at vi som sykepleiere kan følge opp det som legen har informert pasientene om, slik at man sikrer at pasientene har forstått det som de er blitt informert om. Vår oppgave som sykepleiere handler om å møte pasientens reaksjoner og behov i forhold til den diagnosen og behandlingen som legen har gitt. På denne måten kan vi støtte og motivere pasienten ut i fra dette, da vi som sykepleiere ofte er mer tilgjengelige enn legen. Det er viktig at vi som sykepleiere dokumenterer det vi har undervist om, slik at andre sykepleiere kan se hva pasientene er blitt informert om, og eventuelt det som pasientene ikke har forstått. På denne måten kan vi som sykepleiere lettere følge opp undervisningen og veiledningen til pasientene. Dette er i tråd med det som kommer frem i artikkelen til Kloster (1997) (Tveiten 2008:166).

4.2.1 Undervisning generelt om ernæring og livsstil

Undervisningen er en prosess vi som sykepleiere kan bruke for å formidle informasjon om ernæring og livsstil til pasientene. Dette er en metode hvor vi legger fram for pasientene våre kunnskaper om de ulike faktorene innenfor ernæring og livsstil som har betydning for pasientene etter et hjerteinfarkt. Ved å bruke denne pedagogiske metoden vil vi kunne hjelpe pasientene til en bedre forståelse av sin sykdom, og hvordan de kan leve med den. Pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt, har plutselig kommet i en ny og uforutsigbar situasjon. Dette kan skape mye usikkerhet og mange ubesvarte spørsmål. Undervisning er en hensiktsmessig metode for å gi informasjon om ernæring og livsstil. På denne måten vil pasientene få den informasjonen som blant annet vi som sykepleiere mener det er viktig at pasientene har kunnskaper om, for å kunne leve best mulig etter et hjerteinfarkt.

Mæland (2006) skriver at undervisningen både kan være standardisert og individualisert. Ved å ha et standardisert undervisningsopplegg for alle hjerteinfarktpasienter om ernæring og livsstil, mener vi kan være hensiktsmessig da dette er med på å sikre at alle pasientene får den samme informasjonen. Dette er dermed med på å sikre at de viktigste faktorene om ernæring og livsstil blir gitt til alle som trenger det. Ved å ha et standardisert undervisningsopplegg vil det også kunne være tidsparende for avdelingen, siden vi som sykepleiere da har en mal for hva en del av undervisningen skal inneholde, og kan derfor bruke dette undervisningsopplegget som grunnlag for hver undervisning. I artikkelen til Kloster (1997)

kommer det frem at å ha et standardisert undervisningsopplegg vil være å foretrekke på avdelinger som mottar pasienter akutt. Dette på grunn av kort tid til å undervise og ofte svært engstelige pasienter. Ved å knytte dette opp mot vårt tema mener vi at det Kloster presenterer i artikkelen er relevant da pasienter som har hatt et hjerteinfarkt ofte er engstelige og kan trenge informasjon tidlig i forløpet. Siden sykehusoppholdet er kort, er det hensiktsmessig at noe av informasjonen er standardisert, da det er tidsparende siden informasjonen er klargjort. Det er samtidig viktig at vi som sykepleiere lager et individualisert opplegg i tillegg til den standardiserte undervisningen, da Tveiten (2008) skriver at dette vil kunne gjøre pasientene mer engasjert, da kunnskapen har direkte betydning for dem.

4.2.1.1 Spontan undervisning

Undervisning kan foregå både spontant og planlagt. Begge disse metodene har sine fordeler og ulemper, hvor hver metode passer til ulike situasjoner. Friberg (2003) skriver at spontan undervisning forekommer der vi som sykepleiere og pasientene kommer i en dialog der vi gir pasientene ny kunnskap som er relevant for deres situasjon. Dette er en undervisningssituasjon som ikke er planlagt av sykepleier. Men vi mener samtidig at spontan undervisning kan planlegges i noen tilfeller, som for eksempel i møte med pasienter som ikke er interessert i planlagt undervisning eller veiledning. Da kan vi som sykepleiere bruke konkrete situasjoner som for eksempel matserving til å gi pasientene kort informasjon om ernæring og livsstil. Hvor vi i denne situasjonen kan fortelle at fisken som blir servert denne dagen inneholder mye av de sunne fettsyrene som kan ha en gunstig innvirkning på blant annet kolesterolet i blodet. På denne måten vil vi som sykepleiere gi kunnskaper til pasientene spontant, samtidig som at denne undervisningen kan til en viss grad være planlagt i enkelte situasjoner.

Vi mener at spontan undervisning vil stille høye krav til våre kunnskaper, da vi må svare på eventuelle spørsmål som pasientene har uten å selv være forberedte. I slike situasjoner er det viktig at vi som sykepleiere er bevisste på eget kompetanseområde, slik at hvis det er noe vi ikke har kunnskaper om så er det viktig at vi forteller pasientene at vi er usikker på dette, men at vi skal sjekke det opp og komme tilbake med et svar. Dette kan gjøre at pasientene får større tillit til oss sykepleiere ved at vi er bevisste på vårt eget kompetanseområde, og dermed kan pasientene også få større tillit til den kunnskapen vi gir. Noe som igjen vil kunne føre til en god relasjon mellom oss som sykepleier og pasienten. Friberg (2003) skriver at kvaliteten på spontan undervisning vil være av ulik karakter. Vi mener at noe av grunnen til dette kan

være at de svarene vi som sykepleiere kommer med ikke vil være like gjennomtenkt som ved planlagt undervisning. I artikkelen til Kloster (1997) kommer det frem at sykepleiere sjeldent planlegger undervisning. Dette mener vi ikke er hensiktsmessig bruk av vår pedagogiske funksjon, da vi mener at spontan undervisning ikke burde være et alternativ til den planlagte undervisningen. Men at spontan undervisning vil kunne være et godt tillegg til å utdype pasientenes kunnskaper om ernæring og livsstil i forholdt til livet deres etter hjerteinfarkt.

4.2.1.2 Planlagt undervisning

Planlagt undervisning mener vi er den beste metoden for å gi kunnskap om ernæring og livsstil som kan hjelpe pasientene til å leve best mulig etter hjerteinfarkt. Granum (2003) skriver at den planlagte undervisningen tar utgangspunkt i pasientenes helsetilstand, hva pasientene har behov for å lære og hvilke læreforutsetninger de har. På denne måten vil den planlagte undervisningen være mer kvalitetssikret enn den spontane undervisningen. Dette er positivt for pasientene da de vil få mye kunnskap som er direkte tilknyttet til deres situasjon. Den planlagte undervisningen vil helt klart være mer tidkrevende for oss som sykepleiere, da vi er nødt til å sette av tid til å planlegge hva undervisningen skal inneholde, og tid til selve undervisningen. Det kommer frem i artikkelen til Kloster (1997) at tidspunktet for når undervisningen skjer, styres som oftest av travelheten i avdelingen. Vi mener at dette kan medføre at noen pasienter vil kunne få dårligere undervisning enn andre. Dette er noe som bør unngås da det kommer frem i Helsepersonelloven § 10 at *"Den som yter helsehjelp, skal gi informasjon til den som har krav på det..."* (Slettebø 2003:31). Det kommer frem i de yrkesetiske retningslinjer for sykepleier, at sykepleiere skal gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon til pasientene. Noe som kan gjøre at den planlagte undervisningen kan bli mindre tidkrevende kan være å ha et standardisert informasjonsgrunnlag om ernæring og livsstil. Dette kan vi som sykepleiere ta utgangspunkt i når vi skal individualisere den planlagte undervisningen. På denne måten kan vi sikre at pasientene får mye av de nødvendige kunnskapene de trenger for å kunne mestre sin egenomsorg i forhold til ernæring og livsstil på best mulig måte (Slettebø 2003:31, Sneltvedt 2008:113).

4.2.2 Veiledning om ernæring og livsstil

Veiledning er en annen metode vi som sykepleiere kan bruke for å hjelpe pasienter til å få kunnskaper om ernæring og livsstil. Denne metoden er i større grad basert på en samtale mellom oss som sykepleiere og pasienten enn en undervisningssituasjon, hvor pasienten og vi som sykepleiere kommer sammen og prøver å finne de kunnskapene pasienten trenger for å

mestre sin livssituasjon. Veiledningen burde være en samtale som handler om pasientenes situasjon, hvilke tanker de har om ernæring og livsstil, hvilke endringer de tror må gjøres og hvordan disse kan gjennomføres. Vi som sykepleiere må i en slik situasjon veilede pasientene til å finne svar på dette. Veiledningen vil kanskje gjøre at pasientene lettere tar til seg kunnskapene, da det ofte ikke blir mye informasjon på en gang, men en samtale som inneholder mye av det pasientene ønsker å vite noe om.

Tveiten (2008) skriver at veiledning er en sentral metode innenfor empowerment. Dette støtter vi, da vi som sykepleiere i en veiledningssituasjon har stort fokus på pasientene, og gir de muligheten til å styre veiledningen ut i fra det de lurer på. Samtidig mener vi at det er viktig at vi som sykepleiere har en viss styring om det som blir snakket om på veiledningen, da det er med på å kunne sikre at vi får snakket om de faktorene som vi mener ut i fra vår fagkunnskap er viktig. Dette kan vi gjøre ved blant annet å ha et tema på hva veiledningen skal inneholde, og ut i fra dette veilede pasientene til å finne svar på det de tenker rundt temaet, og hva de selv kan gjøre for eventuelle forandringer. Men vi er enige i det Tveiten (2008) skriver om at hensikten med veiledningen er å møte pasientenes behov der de er. Denne formen for pedagogiske metode kan likestille oss og pasientene under samtalen, og åpner for en god dialog sammen, som kan skape en god relasjon. Vi mener at pasientene på denne måten kan føle seg tryggere til å åpne seg for oss om sin tanker og følelser rundt sin egen situasjon. Det vil også kunne gi større mulighet for pasientene å spørre om det de lurer på. Det er viktig at når veiledningen skal gjennomføres at vi som sykepleiere setter av nok tid til dette, slik at pasientene kan føle at de har vår fulle oppmerksomhet, og kan dermed få svar på alle sine spørsmål i øyeblikket. Det kommer frem i artikkelen til Kloster (1997) at hvis pasientene oppdaget at sykepleieren hadde det travelt, førte det til at pasientene ikke stilte de spørsmålene de hadde. Dette støtter vår mening om at det viktig at vi som sykepleiere setter av nok tid til undervisning og veiledning med pasientene.

4.2.3 Valg av pedagogisk metode

Det vil være både fordeler og ulemper med undervisning og veiledning. Undervisningen kan for noen bli for generell, noe som igjen kan føre til at pasientene føler at dette ikke gjelder en selv, til tross for at undervisningen er individualisert og planlagt. Det kan i tillegg være vanskelig for noen pasienter å ta til seg mye informasjon på en gang, og kan dermed glemme det som blir undervist om. Da kan veiledning være en mer hensiktsmessig måte, siden denne metoden gjør at vi som sykepleiere og pasientene kan snakke mer sammen. Dette gir

pasientene større mulighet til å spørre om det de lurer på, og kan dermed få et konkret svar på dette. For andre kan veiledning føles for privat, og pasientene kan føle at de ikke klarer å stille spørsmål om egen situasjon, pasientene kan føle at relasjon til sykepleier blir for nær. Vi som sykepleiere må være oppmerksomme på at ikke alle pasienter ønsker all den informasjon som vi ønsker å gi. Dette må vi respektere, men vi kan i en slik situasjon tilby pasientene skriftlig informasjon i form av brosjyrer og informasjon vi som sykepleiere kan skrive ned til de. Kloster (1997) skriver i sin artikkel at pasientene syntes at skriftlig materiell var til god hjelp, men det ble understreket at skriftlig materiell aldri kunne erstatte den muntlige samtalen. Vi som sykepleiere kan også bruke ulike situasjoner med pasientene hvor vi kan bruke spontan undervisning, der vi gir kort informasjon i forskjellige situasjoner som for eksempel ved matservering. Vi mener uansett at vi som sykepleiere må prøve å gjøre et forsøk på å motivere pasientene til å ta imot informasjon. Kristoffersen (2005) presenterer Orems teori hvor det kommer frem at når noen kommer i en situasjon hvor de må tilpasse seg en ny og varig endret livssituasjon, har de behov for å tilegne seg nye kunnskaper og ferdigheter for å kunne ta hensyn til konsekvensene av sykdom og helsesvikt. Vi mener at hvis ikke vi som sykepleiere får informert pasientene, vil de muligens ha mindre forutsetninger til å ha innsikt i sin egen situasjon og de rammene sykdommen setter, for eksempel i forhold til ernæring og livsstil.

4.2.4 Kartlegging av pasientens situasjon

Som det kommer frem i Orems teori presentert av Kristoffersen (2005) skal vi som sykepleiere kartlegge hvilke egenomsorgsbehov pasientene har problemer med å dekke, slik at vi kan hjelpe dem til å ivareta disse på best mulig måte for å kunne fremme sin helse. Under sykehusoppholdet er det en fordel om det er en eller to sykepleiere som deler på hovedansvaret for en pasient, slik at vi som sykepleiere kan skape en god relasjon, og starte kartleggingen av pasientens situasjon fra første møte. Dette vil kunne skape bedre kontinuitet i pasientbehandlingen og vil kunne gi en bedre undervisning- og veiledningssituasjon. Vi som sykepleiere må ta utgangspunkt i hver enkelte pasients situasjon og ressurser når vi legger opp undervisningen og veiledningen. Dette gjelder blant annet å kartlegge hva pasientene vet fra før, og hvilke forutsetninger de har til å ta til seg ny kunnskap. Dette gjør at vi kan lage et opplegg som er knyttet opp mot pasientenes situasjon. Dette kan medføre at pasientene opplever at det vi underviser og veileder om blir relevant for en selv, og kan dermed lære mer, og være mer aktiv i undervisningen og veiledningen. Et eksempel på dette kan være en pasient som sitter i rullestol og er overvektig, denne pasienten vil ikke kunne være i like mye fysisk aktivitet som en pasient som har gangfunksjon. I dette tilfellet kan det være viktig at vi

som sykepleiere legger opp undervisningen med hovedfokus på andre faktorer innenfor ernæring og livsstil enn fysisk aktivitet. Samtidig er det viktig at vi prøver å motivere pasienten til å være i fysisk aktivitet ut i fra sine forutsetninger, som for eksempel bruke sine armer til å trille seg tur i rullestolen.

4.2.5 Relasjonens betydning

For at undervisningssituasjonen skal bli best mulig, er det en forutsetning at relasjonen mellom oss som sykepleiere og pasientene er god. I artikkelen til Kloster (1997) kommer det frem at pasientene syntes det var viktig å kunne føle tillit til sykepleieren. Dette mener vi er noe vi som sykepleiere bør tilstrebe. Kristoffersen og Nortvedt (2005) skriver at kjernen i sykepleiergjerningen er omsorgsfull og kyndig handling til mennesker som trenger hjelp. Med dette mener vi at det er viktig at vi som sykepleiere viser omsorg til hjerteinfarktspasienter, da disse pasientene har vært igjennom en stor påkjenning. Disse pasientene vil ofte kunne føle seg redde og engstelige, og uansett hvor gode vi som sykepleiere er til å undervise og veilede, så er det viktig at vi ser og er oppmerksomme på pasientenes følelser. Dette er i tråd med de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere der det kommer frem at vi som sykepleiere skal ivareta en helhetlig omsorg for pasientene. Ved å skape et godt medmenneskelig forhold mellom oss som sykepleiere og pasientene, vil pasientene lettere kunne stole på de vurderingene og kunnskapene vi kommer med. Hvis vi som sykepleiere ikke klarer å skape en god relasjon med pasientene kan det få innvirkning på undervisningen og veiledning. Dette kan føre til at pasientene ikke har tillit til våre kunnskaper og dette kan igjen resultere i at de ikke tar til seg disse. Det er derfor viktig at vi som sykepleiere prøver å få en god relasjon til alle pasientene, slik at blant annet undervisnings- og veiledningssituasjonene blir så bra som mulig (Sneltvedt 2008:113).

4.3 Undervisning og veiledning om ernæring

Kostholdet kan ha betydning for utviklingen av et hjerteinfarkt. Sortland (2007) skriver at noen av rådene vi kan gi til pasienter for å forebygge hjerteinfarkt er at de bør spise mer fisk som inneholder mye av de sunne fettsyrene, frukt og grønnsaker som inneholder mye antioksidanter, vitaminer og mineraler og fiber. I tillegg er det viktig å anbefale pasientene å redusere inntaket av mettet fett.

4.3.1 Fett og kolesterol

Drevon (2007) skriver at et høyt inntak av mettede fettsyrer i kosten øker mengden av det ugunstige LDL-kolesterolet i blodet. Dette øker risikoen for aterosklerose som kan føre til hjerteinfarkt. Fettet som avleires på innsiden av åreveggene gjør at årene blir trangere, og dermed øker risikoen for at en trombose kan sette seg fast i koronararteriene i hjertet og gi et hjerteinfarkt. Det er derfor viktig at vi gjør pasientene oppmerksomme på dette, slik at de kan forstå sammenhengen mellom inntak av mettet fett og hjerteinfarkt. På denne måten kan de selv forsør at de kan påvirke utviklingen av sykdommen ved å redusere inntaket av mettet fett. Det er samtidig viktig å informere pasientene om at de kan bytte ut det mettede fett med flerumettet og enumettet fett som inneholder mye av det gunstige HDL-kolesterolet. Glindvad og Ravn (2005) skriver at HDL-kolesterolet vil kunne redusere det ugunstige LDL-kolesterolet i blodet og være med på å redusere risikoen for å utvikle aterosklerose. Ved å gi denne informasjonen vil pasientene kunne forstå at de fortsatt kan ha et kosthold som inneholder noe fett, men hovedsakelig av sunne fettsyrer.

Det er samtidig viktig at vi som sykepleiere ser hver enkelt pasients behov for undervisning og veiledning om dette, siden pasientene har forskjellige kunnskapsnivå. Det er derfor viktig å snakke med pasientene om deres kostvaner og kartlegge disse før undervisningen og veiledningen. Noen pasienter vil kunne trenge konkrete forslag til endrede kostvaner, mens andre allerede har et sunt kosthold og har en forståelse av kostholdets betydning. Vi som sykepleiere kan møte pasienter som ikke ønsker å endre sine kostvaner, det kan for eksempel være en kvinnelig pasient i førti årene som er vant med å ha ekte smør på maten og som ikke ønsker å endre på dette. I en slik situasjon må vi som sykepleiere informere pasienten om at det finnes gode alternativer som inneholder mye av det gode HDL-kolesterolet. Men vi kan bare informere henne om dette, da det er hennes valg. Vi kan eventuelt prøve å inngå et kompromi med henne, slik at hun for eksempel spiser ekte smør på maten en gang i uken, i stede for hver dag. Hadde dette vært en pasient i åtti årene ville betydningen av å kutte ut det ekte smøret med et mer hjertevennlig alternativ, kanskje være mindre hensiktsmessig. En pasient i åtti årene vil muligens ha mindre å vinne på endring, enn en pasient i førti årene. Men det er viktig at vi ikke legger pasientens alder som grunnlag for om hva vi skal legge vekt på ved undervisning om ernæring og livsstil, da dette vil være situasjonsbetinget.

4.4 Undervisning og veiledning om livsstil

Etter at pasienter har gjennomgått et hjerteinfarkt vil det ofte være mange spørsmål, blant annet i forhold til deres livsstil. Faktorer som fysisk aktivitet, røyking og stress kan være nødvendige for oss som sykepleiere å informere pasientene om. Dette er alle faktorer som har stor betydning å ha kunnskaper om etter et hjerteinfarkt. Dette for å kunne redusere risikoen for eventuelt tilbakefall, og for å bedre pasientens evne til å mestre sin nye livssituasjon.

4.4.1 Fysisk aktivitet

Etter et hjerteinfarkt tror vi det er mange pasienter som er redde for å være i fysisk aktivitet, da de kan tro det er for stor belastning på hjertet. Mæland (2006) skriver at effektene fysisk aktivitet kan ha er blant annet reduisering av blodtrykket og økning av HDL-kolesterol i blodet. Ved undervisning og veiledning er det viktig at vi som sykepleiere tar utgangspunkt i hva legen har informert pasienten om, da det kan være noen restriksjoner for hva pasienten kan utøve av fysisk aktivitet. Siden Mæland (2006) skriver at det i noen tilfeller kan være fare for rytmeforstyrrelser. Ved å undervise og veilede pasienter om disse positive helsegevinstene som fysisk aktivitet har, mener vi at pasientene vil kunne føle seg tryggere til å møte fysiske utfordringer i hverdagen, som blant annet trening og fysisk arbeid. Kristoffersen (2005) presenterer Orems teori hvor det kommer frem at det er viktig å utvikle gode vaner og handlingsmønstre som har til hensikt å fremme helse. Dette er i tråd med vår mening, da vi ønsker at pasientene skal utvikle gode og varige vaner, blant annet innenfor fysisk aktivitet, da dette kan gi økt livskvalitet. Pasientene kan på denne måten få gode handlingsmønstre i sin hverdag som fremmer helsen, ut i fra de rammene som pasientene har, som for eksempel helsetilstand og funksjonsevne.

4.4.2 Tobakksrøyking

Vi som sykepleiere vil møte mange hjerteinfarktspasienter som røyker. Når disse pasientene er innlagt på avdelingen burde vi bruke situasjon til å informere de om skadevirkningene av tobakksrøyking, og hvilke positiv betydning røykestans har, selv etter et hjerteinfarkt. Det er viktig at vi som sykepleiere bruker den situasjonen pasientene har kommet i, til å motivere pasientene til å slutte å røyke. Ved at pasientene nå har fått erfart konsekvensene av røykingen, og at vi har informert de om sammenhengen mellom røykingen og hjerteinfarkt, vil de nå kanskje kunne være mer motiverte til røykestans. Samtidig er det viktig at vi ikke er belærende ovenfor pasientene, slik at vi ikke gir dem skyldfølelse, men prøver å oppmuntre

dem til at de nå har mulighet til å gjøre noe med det. Vi mener det kan være mange pasienter som tror at siden de har røyket i mange år, vil de ikke ha noen helsegevinst av å slutte å røyke nå. Det er da viktig at vi informerer pasientene om at dette ikke stemmer, da Mæland (2006) skriver at en eventuell røykesans vil halvere risikoen for å dø i løpet av kort tid. Om pasientene ikke ønsker, eller tror at de ikke klarer å slutte å røyke, vil det være viktig at vi som sykepleierer prøver å motivere pasientene til å redusere antall røyker per dag, da selv det vil kunne ha stor helsegevinst. Siden pasientene er innlagt på sykehuset i en begrenset periode, er det viktig at vi kan gi informasjon om hvilke hjelpemidler som finnes, og hvor de kan henvende seg for hjelp til røykestans, som for eksempel til fastlegen og røyketelefon.

4.4.3 Psykososialt stress

For mange pasienter kan stress ha vært en medvirkende faktor i utviklingen av hjerteinfarkt. Det er derfor viktig at vi som sykepleiere kartlegger dette, hvor det kommer frem i Mæland (2006) at stress og andre psykiske påkjenninger kan føre til nye hjerteinfarkt. Etter et hjerteinfarkt kan mange pasienter oppleve selve infarkt og situasjonen etterpå som en stressfaktor, og mange kan bli deprimerte. Ved at vi tidlig oppdager slike pasienter, og at vi er klar over at slike problemer ofte kan oppstå hos hjerteinfarktpasienter, kan vi tilby disse behandling. Ved at vi som sykepleiere informerer pasientene om ernæring og livsstil kan det være med på å gi de større innsikt og kunnskap om sin egen situasjon, noe som igjen kan redusere pasientens psykososiale stress etter hjerteinfarkt. Det kommer frem i Orems teori om sykepleierens hjelpemetoder presentert av Kristoffersen (2005) at vi som sykepleiere skal blant annet gi fysisk og psykiske støtte for å hjelpe pasientene til å møte terapeutiske egenomsorgskrav. Dette underbygger det som kommer frem i vår teori, der Mæland (2006) skriver at hjerteinfarktpasienter med emosjonelle problemer som fikk støtte og oppfølging av sykepleier, har lavere dødelighet enn pasienter som ikke fikk det. Vi mener derfor det er viktig at vi som sykepleiere tar oss tid til å snakke med pasientene om dette i undervisningen og veiledningen.

Vi mener at en stressende arbeidshverdag kan gjøre det vanskelig for oss som sykepleiere å se pasientenes psykiske tilstand, da det kan være noen som ikke gir uttrykk for dette. Det kan derfor være en utfordring å se hvordan pasientene virkelig har det, men vi er nødt til å prøve å få pasientene til sette ord på sine følelser. Gjennom å bruke veiledning som metode for dette, kan vi åpne for en god dialog hvor pasientene får snakke om sine tanker rundt situasjon. Det kan i denne sammenhengen være svært viktig at vi som sykepleiere tilrettelegger at

veiledningen skal foregå under rolige omgivelser, da dette kommer frem i artikkelen til Kloster (1997). Hun skriver videre at under slike omgivelser der all oppmerksomhet er rettet mot pasienten, vil pasienten lettere kunne stille spørsmål. Vi mener at under slike rolige omgivelser også vil kunne få pasienten til å lettere åpne seg om sine tanker og følelser, enn om at veiledningen hadde foregått inne på pasientrommet hvor det eventuelt kan være flere pasienter. Ved at vi som sykepleiere bruker vår pedagogiske funksjon til å støtte og hjelpe pasientene til å sette ord på sine følelser å tanker vil vi kunne bedre deres prognose, og hjelpe dem til å leve best mulig etter hjerteinfarkt.

5.0 AVSLUTNING

5.1 Oppsummering og konklusjon

Gjennom oppgaven har vi sett på hvordan vi som sykepleiere kan bruke vår pedagogiske funksjon til å veilede og undervise pasienter etter et hjerteinfarkt, om ernæring og livsstil. Noe av det vi har kommet frem til i denne oppgaven er at vår pedagogiske funksjon har stor betydning innenfor utøvelsen av sykepleie. God undervisning og veiledning kan være med på å gi hjerteinfarktpasientene trygghet og bedre evne til å kunne mestre sin nye livssituasjon og ivareta sin egenomsorg.

Vi mener det er viktig å få frem at vi er klar over at det i praksis kan være problemer med å få nok tid til å gjennomføre en ideell undervisning- og veiledningssituasjon. Noe av grunnen til dette kan være at det er få sykepleiere på jobb og mange pasienter å forholde seg til, slik at tiden ikke strekker til. I en slik situasjon kan den pedagogiske funksjonen bli nedprioritert. Dette er noe vi har forståelse for, da det kan være andre sykepleiefaglige oppgaver som må prioriteres, som for eksempel ivaretagelse av pasientenes grunnleggende behov. Hvis undervisningen faller helt bort på grunn av manglende tid, er det viktig at vi belyser viktigheten av vår pedagogiske funksjon, og kjemper for pasientenes rett til informasjon. Ved at vi som sykepleiere er bevisste på denne tidsproblematikken, kan vi prøve å møte problemet, ved for eksempel å ha et standardisert undervisningsopplegg og bruke spontan undervisning om ernæring og livsstil.

Det er mange sider ved sykepleie vi ikke utdyper i denne oppgaven, men vi er klar over at det er andre faktorer å tenke på i en undervisning- og veiledningssituasjon med hjerteinfarktpasienter. Mange av disse pasientene er ofte redde og engstelige, da situasjonen de er kommet i ofte oppleves som skremmende. Det er da viktig at vi som sykepleiere klarer å se hele pasientens situasjon, ikke bare hjerteinfarkt. Vi må vise pasientene den omsorgen de trenger, å hjelpe dem til å bearbeide og håndtere situasjonen. Noen pasienter vil ha behov for mye informasjon om ernæring og livsstil, mens andre ikke vil ha noe. Noe av grunnen til dette kan være at manglende kunnskaper kan gjøre noen pasienter engstelige, mens andre blir engstelige av mye kunnskaper. Dette kan skyldes at mange pasienter lenge har oversett konsekvensene av deres ernæring og livsstil. Det er da viktig at vi ikke skremmer pasientene, men prøver å formidle kunnskapene på en måte som fremmer motivasjon hos pasientene.

Ved at vi som sykepleiere er bevisste på vårt pedagogiske ansvar overfor hjerteinfarktspasientene, og ved at vi har kunnskaper om de ulike metodene vi kan bruke for å gi pasientene nye kunnskaper om ernæring og livsstil, vil vi ha bedre forutsetninger til å trede inn i den viktige pedagogiske rollen. Gjennom å jobbe med denne oppgaven har vi tilegnet oss nye kunnskaper om hvor viktig vår pedagogiske rolle er. Ved at pasientene får god undervisning og veiledning kan det være med på å påvirke deres levemåte i forhold til ernæring og livsstil i gunstig retning, slik at risikoen for negativ sykdomsutvikling kan reduseres.

LITTERATURLISTE

Pensum litteratur

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N.J. (2005) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (red.) *Grunnleggende sykepleie, Bind 4*. ss. 13-99. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

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

Selvvalgt litteratur

Drevon, C.A. (2007) Hjerte- Karsykdommer. I: Drevon, C.A., Blomhoff, R. og Bjørneboe, G-E. Aa. (red.) *Mat og Medisin, Nordisk lærebok i generell og klinisk ernæring*. ss. 510-530. 5.utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget. Antall sider: 20.

Drevon, C.A. (2007) Fettstoffer. I: Drevon, C.A., Blomhoff, R. og Bjørneboe, G-E. Aa. (red.) *Mat og Medisin, Nordisk lærebok i generell og klinisk ernæring*. ss. 131-159. 5.utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget. Antall sider: 28.

Friberg, F. (2003) Sykepleierens spontane undervisning. I: Granum, V. *Praktisk pasientundervisning*. ss. 62-69. Bergen: Fagbokforlaget. Antall sider: 8.

Glindvad, J. og Ravn, A.W. (2005) *Ernæring og sygepleje*. 1. utg. København: Munksgaard Danmark. Antall sider: 15.

Granum, V. (2003) *Praktisk pasientundervisning*. Bergen: Fagbokforlaget. Antall sider: 36.

Kloster, T. (1997) Hvordan ivaretar sykepleierne sin pedagogiske funksjon og hvordan opplever pasientene dette? ss. 14-20. I: *Tidsskriftet Vård i Norden nr. 3*. Antall sider: 8.

- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (2005) *Grunnleggende sykepleie, Bind 1*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. Antall sider: 15.
- Kristoffersen, N.J. og Nortvedt, F. (2005) Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (red.) *Grunnleggende sykepleie, Bind 1*. ss. 137-183. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. Antall sider: 46.
- Kristoffersen, N.J. (2005) Stress, mestring og endring av livsstil. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (red.) *Grunnleggende sykepleie, Bind 3*. ss. 206-270. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. Antall sider: 64.
- Mæland, J.G. (2006) *Helhetlig hjerterehabilitering*. 2. utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget. Antall sider: 47.
- Slettebø, Å. (2003) Pasientundervisning og gjeldende lovverk. I: Granum, V. *Praktisk pasientundervisning*. ss. 30-39. Bergen: Fagbokforlaget. Antall sider: 9.
- Sneltvedt, T. (2008) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I: Brinchmann, B.S. (red.) *Etikk i sykepleien*. ss. 97-115. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. Antall sider: 18.
- Sortland, K. (2007) *Ernæring – mer enn mat og drikke*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget. Antall sider: 17.

Til sammen 331 sider selvvalgt litteratur.

