



UNIVERSITETET I
NORDLAND

SY 180H000

BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE

**SYKEPLEIE TIL PASIENTER SOM ER
BLITT RAMMET AV ET AKUTT
HJERTEINFARKT**

Kandidatnummer: 2

Kull 08høst

Innlevering 29 April 2011



HVA HAR LIVET LÆRT MEG

Livet har lært meg
At om vi bare holder ut.
Så ser vi en gang
At isen smelter
At skyene bryter fram,
At livet spirer og gror
Og at mye har modnet seg
Under sykdommens smerte
Og under lidelsen.
Kunne vi bare lært oss
At lidelsen er en del av livet,
At all skapning har i seg dette
Med smerte og modning.

(Gordon Johnsen referert i Moesmand og Kjøllestad 2011: 5).

INNHOLDSFORTEGNELSE:

1.0 INNLEDNING	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	4
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	4
1.3 Avgrensing av oppgaven.....	4
1.4 Definisjon av sentrale begrep.....	5
1.5 Formål med oppgaven.....	6
1.6 Oppgavens disposisjon.....	6
2.0 METODE	7
2.1 Metodevalg og begrunnelse.....	7
2.2 Innhenting av litteratur.....	8
2.3 Kildekritikk og valg av kilder.....	9
3.0 TEORI	14
3.1 Akutt hjerteinfarkt.....	14
3.2 Fysiologiske forandringer.....	15
3.2.1 Symptomer.....	15
3.2.2 Medisinsk behandling.....	16
3.3 Psykiske reaksjoner.....	18
3.3.1 Angst.....	19
3.4 Trygghet.....	20
3.5 Joyce Travelbee.....	21
4.0 DRØFTING OG PRESENTASJON AV FUNN	23
4.1 Innledning til drøftingen.....	23
4.2 Pasientens følelsesmessige reaksjoner ved akutt hjerteinfarkt.....	23
4.2.1 Angst.....	24
4.3 Behovet for trygghet.....	27
4.4 Sykepleiertiltak for å skape trygghet og redusere angsten.....	29
4.4.1 Omsorg.....	29
4.4.2 Innlevelse.....	30
4.4.3 Terapeutisk tilnærming.....	30
4.4.4 Observasjon.....	30
4.4.5 Smertelindring.....	31
4.4.6 avreagere.....	31

4.4.7 Godta ikke bebreide.....	31
4.4.8 Kommunikasjon.....	32
4.4.9 Invitere håpet inn.....	32
5.0 KONKLUSJON.....	34
6.0 LITTERATURLISTE.....	35

1.0 INNLEDNING

Antall ord i oppgaven: 962

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hjerte/kar lidelse er en dominerende sykdom blant befolkningen og mange rammes av en hjertesykdom i løpet av livet. Jeg bestemte meg derfor å rette meg mot dette feltet. Siden hjertesykdommer er et bredt felt og pasientgruppen stor ønsket jeg av egen interesse å fordype meg i temaet ”*sykepleie til pasienter som er blitt rammet av et akutt hjerteinfarkt*”. Jeg har ingen erfaring med sykdommen fra før, men vet at det er en sykdomstilstand som er akutt og kritisk for mennesker. Denne pasientgruppen vil jeg også kunne møte på i flere sammenhenger som ferdig utdannet sykepleier.

1.2 Presentasjon av problemstilling

En sykdomstilstand som angriper hjertet vil medføre en trussel mot pasientens liv og helse, og mange opplever både fysiske og psykiske forandringer. Angst er en kjent reaksjon hos pasienter som opplever et akutt hjerteinfarkt, og behovet for trygghet har stor betydning. Som sykepleier er det viktig å kunne kjenne til disse reaksjonene og kunne bruke det i praksis. Jeg valgte derfor å formulere min problemstilling slik:

”Hvordan kan sykepleiere bidra til og skape trygghet og redusere angst hos pasienter med hjerteinfarkt i den akutte fasen?”

1.3 Avgrensning

På grunn av oppgavens omfang har jeg valgt å avgrense oppgaven. Jeg ønsker å ta for meg pasienter med førstegangs hjerteinfarkt i den akutte fasen. Selv om behandlingen av et hjerteinfarkt skjer allerede på vei til sykehuset har jeg valgt at oppgaven skal forholde seg til pasienter det første døgnet på sykehuset. Grunnen til at jeg ønsker å forholde meg til pasienter i sykehus er at jeg selv ønsker og jobbe der som ferdig utdannet sykepleier, og ser

på denne oppgaven som en mulighet til og øke min kunnskap på dette området. På grunn av oppgavens omfang har jeg ikke tatt med pasientenes pårørende eller fokusert på bestemt kjønn eller alder.

Jeg ønsker å fokusere på de psykososiale forandringene i oppgave. Dette er fordi det kan ha store innvirkninger på pasientene. Jeg har valgt å legge vekt på angst i oppgaven da jeg gjennom forskning og litteratur har sett at dette er en kjent reaksjon hos pasienter med hjerteinfarkt, og som kan få konsekvenser i senere forløp hvis det ikke blir behandlet. Angsten kan påvirke pasientene i ulik grad og kan ha påvirkning i behandlingen. Jeg har også gjennom praksis observert at de psykiske reaksjoner hos pasienter ikke alltid blir tatt i betraktning, og symptomer har blitt oversett eller bare blitt dempet med medikamentell behandling.

Jeg har valgt å bruke Joyce Travelbees sykepleierteori i oppgaven. Hennes tenkning om sykepleie fokuserer på det menneskelige aspektet som jeg mener er viktig i møte med pasienter som opplever psykiske reaksjoner ved et akutt hjerteinfarkt.

1.4 Definisjon av sentrale begreper i problemstillingen

Begreper kan variere fra ett fagmiljø til et annet, og kan også ha flere betydninger. Derfor har jeg tatt stilling til de tre begrepene som er brukt i min problemstilling:

- *Akutt hjerteinfarkt* = Vevs ødeleggelse på grunn av stans i blodtilførselen (Mæland 1997).
- *Angst* = Kommer fra verbet agere som betyr og påføre smerte ved og presse sammen eller kvele. Det er et menneskelig fenomen som fremtrer ved trusler i livet (Hummelvoll 2008: 129).
- *Trygghet* = Karakteriseres som pålitelig, sikker, sikret og ubekymret (Thorsen 2005: 15).

1.5 Formål med oppgaven

Formålet med oppgaven er å øke min kunnskap til pasienter som opplever et akutt hjerteinfarkt. Jeg ønsker som ferdig utdannet og ha en forståelse på dette området, slik at jeg er i stand til og sette i gang tiltak og dekke deres behov på best mulig måte. Oppgaven er også en avsluttende eksamen ved sykepleierutdanningen som må være bestått for og få autorisasjon som ferdig utdannet sykepleier.

1.6 Oppgavens oppbygging

Etter innledningen har jeg delt oppgaven inn i 3 hoveddeler som består av en metodedel, en teoridel og en drøftningsdel. I metodedelen kommer det frem hvilken metode jeg har valgt å bruke og begrunnelse for dette. Jeg har også tatt med hvordan jeg har gått frem for å innhente litteratur til oppgaven og presentert mitt valg av kilder og kildekritikk.

Teoridelen tar for seg generell teori om akutt hjerteinfarkt og hvilke fysiske og psykiske forandringer som pasienter kan oppleve. Videre vil jeg gå mer konkret inn på angst og trygghet i forhold til infarkt. I teoridelen vil jeg også fremstille Joyce Travelbee som er en kjent teoretiker. I drøftningsdelen vil jeg drøfte problemstillingen min opp mot teoritilnærmingen og forskning som er gjort, og samtidig komme med egne synspunkter. Til slutt i oppgaven vil jeg gi en konklusjon på min problemstilling.

2.0 METODE

2.1 Metodevalg og begrunnelse

I boka *Metode og Oppgaveskriving for Studenter* henviser Dalland (2007) til Tranøy sin definisjon om at metode er ”En fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være samme, gyldige eller holdbare” (referert i Dalland 2007: 81).

I en oppgave er det viktig å velge en metode som gir gode data og belyser temaet på en faglig og interessant måte. Det finnes flere metoder og velge mellom, men i samfunnsvitenskapen skiller en mellom kvantitativt og kvalitativt orienterte metoder. Den kvantitative metoden tar sikte på å undersøke et større område hvor svaret utgir få opplysninger, og kan fremstilles ved hjelp av tall og statistikker. Den kvalitative metoden vil ha en mer detaljert data innsamling ved og undersøke et mindre område som gir mange opplysninger, og har fokus på menneskelige opplevelser og erfaringer. Metodene har ulike måter og innehente data på, men uansett hvilket valg som foretas skal begge kunne gi en innsikt av tilfellene som blir undersøkt (Dalland 2007).

I min oppgave har jeg valgt å bruke litteraturstudie for og belyse problemstillingen. Det vil si at teorien i oppgaven bygger på litteratur og studier som allerede eksisterer. En litteraturstudie kan ha både en kvalitative og kvantitative metoden (Dalland 2007). I oppgaven har jeg benyttet en kombinasjon av begge metodene. Jeg velger å benytte begge metodene da det vil være begrenset kunnskap og innhente ved hjelp av den kvantitative i det jeg ønsker og utforske. Ved å kombinere den kvalitative metoden vil jeg også kunne finne svar på hva som skjuler seg bak undersøkelser som resulterer i tall og statistikker. Dette mener jeg er sentralt for og finne svar på min problemstilling. En sammensetning av metoden vil også kunne hjelpe meg til å få en bedre kunnskapsforståelse av temaet, og et mer helhetlig svar.

Ut fra metodevalget skriver Dalland (2007) at det er viktig å ha en forståelse av hvor kunnskapen som blir valgt til oppgaven kommer fra. Han skiller derfor mellom to hovedsyn på hvordan kunnskapen er blitt til. Den ene er positivismen som er opptatt av det som kan observeres av menneskets fysiske tilstand, mens den andre kalles hermeneutikken og tar sikte på pasientens opplevelse og erfaringer. Sykepleiere skal ha kunnskap om hele mennesket, og i

følge Dalland (2007) er det derfor vanskelig og bare kunne et valg innenfor vitenskapsteoretisk forankring. Mitt valg av metode bygger derfor på både positivismen og hermeneutikken.

2.2 Innhenting av litteratur

Med utgangspunkt i problemstillingen begynte jeg tidlig i prosessen å gå gjennom pensumet for grunnutdanningen i sykepleie. På grunn av oppgavens størrelse er ikke pensumbøker nok litteratur, og skolen har også stilt krav om minimum 300 sider med selvvalgt pensum. Jeg tok først sikte på å bruke skolens bibliotek for videre søk av litteratur som jeg kunne bruke. Ved hjelp av bibliotekets søkemotor BIBSYS ble søkeord som: ”hjerteinfarkt”, ”angst”, ”trygghet”, ”krise” og ”hjertesykdommer” brukt. I tillegg gikk jeg gjennom gamle bachelor oppgaver som var tilgjengelig for og finne forslag til litteratur. Noen bøker fant jeg, mens noen dessverre var utlånt eller ikke tilgjengelig. Selv om skolens bibliotek hadde mulighet til og anskaffe bøker som jeg trengte, valgte jeg først å besøke sykehusets bibliotek både ved somatisk og psykiatrisk avdeling. Her fikk jeg god hjelp til å finne noe om mitt emne. Jeg valgte bøker ut i fra hva jeg mente ville være aktuelt å bruke i oppgaven.

Å velge en litteraturstudie krever også forskningsartikler. Dette så jeg ikke på som noe problem da det de siste årene er gjort mye forskning på hjertesykdommer og hjerteinfarkt. Jeg benyttet meg av søkemotorer som Medline, Proquest, PubMed og ScienceDirect for og finne artikler. Dette er noen av skolens tilgjengelige søkemotorer som jeg anså som relevante. Søkerordene som ble brukt var: ”akutt hjerteinfarkt”, ”angst”, ”trygghet”, ”krise”, ”sykehus” og ”pasient”. Disse ble brukt på norsk og engelsk, både sammen og uavhengige av hverandre. Å finne noe bestemt om den akutte fasen ble vanskeligere en jeg hadde trodd, og resultatene ble derfor ikke som forventet. Søkene viste mye forskning om hjerteinfarkt hos pasienter som var kommet lengre i sykdomsforløpet, og etter utskrivning av sykehuset. I flere artikler som jeg leste gjennom ble det også poengtert at det var gjort lite forskning på hjerteinfarkt i den akutte fasen. Ved råd fra veileder og videre søk fant jeg etter hvert et utvalg av artikler som jeg så på som interessante for min oppgave. De fleste fant jeg på de samme søkemotorene som jeg startet med, men denne gangen begrenset jeg søket betydelig med og sette enda flere søkeord sammen. Jeg fikk også hjelp til å hente ut artikler fra databaser som jeg ikke hadde tilgang til selv. Jeg fant også til fagartikler som jeg ønsket å bruke i oppgaven. Ved å anvende

søkerordet ”Trygghet” på sykepleien sin internettside var det en som utpekte seg for mitt tema. Den andre fant jeg ved å benytte meg av databasen Google. Selv om dette søket resulterte i et stort utvalg av artikler, fant jeg en som kunne betydning oppgaven. Artikkene som jeg fant av interesse lot seg skaffe i fulltekst.

2.2 Kildekritikk og valg av kilder

Kildekritikk betyr å kunne stille seg kritisk overfor kildene som brukes i oppgaven. Det vil si at materiale som blir brukt må være gyldig og relevant (Stordalen og Støren 2010). I følge Dalland (2007) skal en oppgave først og fremst forholde seg til originale kilder som er publisert av hovedforfatteren. En slik kilde skal kunne gi ny kunnskap om temaet, og metoden skal kunne kontrolleres og etterprøves. I min oppgave har jeg også forholdt meg til noen sekundærkilder da jeg har hatt problemer med å få tak i original kilden. Sekundær kilder vil si at det er tolket og fremstilt av andre en hoverforfatter.

Her vil jeg presentere mitt valg av forskning og selvvalgt litteratur:

Forskningsartikler:

Johanson, I. Swahn, E. og Stömberg, A. (2007). *Manageability, Vulnerability and Interaction: A qualitative analysis of Acute Myocardial Infarction patients' conceptions of the event.*

- Metode: Det er brukt en kvalitativ metode i studien hvor 15 pasienter med akutt hjerteinfarkt ble intervjuet i den prehospitale fasen. Det vil si mellom femten minutter til fem dager etter infarktstartet. Intervjuet ble delt inn i tre kategorier som besto av: Administrasjon som innebar hvordan pasientene håndterer situasjonen, sårbarheten som omhandlet pasientenes opplevelse og samhandlingen som var støtte og omsorg fra helsepersonellet. Metoden er kalt en fenomenografisk tilnærmingen og skal kunne se forskjeller og likheter av menneskets forståelse av situasjonen ut fra erfaringer.
- Resultater: Vist stor variasjon i pasientenes besvarelser. De som hadde hatt hjerteinfarkt tidligere tok ikke symptomene like alvorlig, og var mer rolige i den

prehospitale fasen. Benektelse og var et vanlig tilfelle ved akutt hjerteinfarkt. Det kom også frem at den psykososiale støtten var avgjørende for og mestre situasjonen, og at individuelle tiltak var viktig.

- Sterkheter i studien: Var og kunne få frem hvordan enkelt personer oppfattet symptomene og tilstanden ved akutt hjerteinfarkt. Pasientene som deltok var mellom 41 og 83 og var både kvinner og menn. Dette var for å kunne se ulikeheten mellom pasientene og om alderen hadde noen betydning. Undersøkelsen var godkjent og pasientene informert. Intervjuene som ble brukt var også tatt opp på band, som jeg ser på som en sikkerhet for og få de rette svarene.
- Svakheter i studien: Det at den prehospitalt fasen varte opp til fem dager mener jeg kan gjøre det vanskelig å få et nøyaktig svar i forhold til den akutte fasen. De som deltok var både pasienter som opplevde akutt hjerteinfarkt første gang, og pasienter som har hatt hjerteinfarkt tidligere. Dette kan fremstille et dårlig svar på hvordan pasienter med førstegangs hjerteinfarkt opplever tilstanden. I studien kommer det fram at hukommelsen hos pasienten kan ha forandret seg, slik at det kan være vanskelig å huske tilbake hva de opplevde tidlig i sykdomsforløpet.

Moser, D. K., Riegel, B., McKinley, S., Doering, L. V., Kyungh, A. Og Sheahan, S. (2007a). *Impact of Anxiety and Perceived Control on In-Hospital Complications after Acute Myocardial Infarction.*

- Metode: En prospektiv undersøkelse med både intervju og journalgjennomgang. Det er brukt spørreskjema blant pasientene med svaralternativer som skulle gjøre det lettere og besvare. De ble intervjuet om angst og oppfattet kontroll i løpet av de 28 første timene på sykehuset. Det var 536 innlagte pasienter som deltok, og undersøkelsen fant sted på hjerteavdelingene blant seks forskjellige sykehus.
- Resultat: Det kom frem at aldersgruppen hadde innvirkning på angsten hos pasientene, og at yngre pasienter hadde høyere angstnivå. Det kom også frem at de som opplevde kontroll over sin situasjon hadde lavere angstnivå, mens de med et høyt angstnivå hadde flere episoder med komplikasjoner som ventrikkeltakykardi, ventrikkelflimmer, reinfarkt og iskemi.

- Sterkheter i studien: Godkjenning var innhentet på alle områder, og pasientene var informert om undersøkelsen, og hadde skrevet under på og delta. Kriterier som beviste forhøyet enzymer, forandringer i elektrokardiogrammet (EKG) og ingen kognitive svekkelser som kunne medføre feil i besvarelse måtte oppnås. At undersøkelsen ble utført på seks forskjellige sykehus med 536 pasienter som til sammen deltok kan være positivt fordi leserne vil få et større spekter av opplevelsen av hjerteinfarkt.
- Svakheter i studien: Dette er en av de få undersøkelser som er gjort blant pasienter så tidlig i sykdomsforløpet, og er ikke norsk. Antallet som deltok var på 536, og mange har kanskje ikke evner til å vurdere sitt nivå av angsten. Jeg tror at et så høyt antall pasienter vil gjøre det vanskelig å vurdere et nøyaktig svar.

O'Brien, J.L., Moser, D. K., Riegel, B. og Frazier, S. K. (2001). *Comparison of Anxiety assessments between Clinicians and Patients with Acute Myocardial Infarction in Cardiac Critical Care Units.*

- Metode: Pasientenes angst ble sammenliknet med legenes og sykepleiernes vurdering av angsten gjennom Spielberger State Anxiety Inventory. Metode er et spørreskjema med 20 elementer som spør om pasientenes følelsesmessige reaksjoner. Undersøkelsen ble utført ved hjerteenheden på et sykehus i midtvesten blant 101 kvinner og menn. Undersøkelsen ble gjennomført før det var gått 48 timer etter infarkt. Legenes og sykepleiernes vurderinger ble tatt ut fra pasientenes journaler tolv timer før pasientene utførte undersøkelsen og tolv timer etter.
- Resultater: Det var kun 45 pasienter som ble registrert med angst i posten hvor 26 var blitt beskrevet som engstelse, og 24 bare var blitt registrert at de opplevde angst uten indikasjon på nivået. Halvparten av pasientene rapporterte selv moderat til sterkt angst. Dette viser at angsten ikke ble rutinemessig registrert.
- Sterkheter: Undersøkelsen er godkjent fra institusjonens styre, og pasientene har inngått skriftlig samtykke for og delta. Pasientene som deltok hadde fått påvist hjerteinfarkt ut fra kriterier som EKG forandringer, forhøyet nivå av kardiale enzymer. Tilstanden måtte være stabil for og få et nøyaktig resultat og at alle skulle stille likt.

Dette mener jeg er viktig for og få utført en god undersøkelse men mest mulig nøyaktige svar.

- Svakheter: Det kan være at sykepleiere og leger ikke vurderer angst på samme måte som pasientene selv gjør det, og derfor blir svarene så forskjellige. Jeg tror ikke at et spørreskjema vil kunne avgjøre pasientens følelsesmessige tilstand. I tillegg viser det seg at angst ikke er inkludert i behandlingen.

Wolsin, R. J., Vercler, L. og Matthews, J. (2006) *Am I Safe Here*.

- Metode: Kalles en Press Gancy metode, som har samlet inn data fra en undersøkelse fra 2004. den tar utgangspunkt fra typiske erfaringer som kan oppstå under opphold i sykehuset. Og ble beregnet ut fra en statistikk skala.
- Resultat: Undersøkelsen scoret høyt på undersøkelsesskalaen, og pasientene følte seg ganske trygge under sykehusoppholdet. Vurderingsgjennomsnittet var på 87,8 %.
- Sterkheter: Undersøkelsen tok sikte på og finne svar på hva som betraktet pasientenes sikkerhet under sykehusoppholdet. det viser også at fremtidige studier som blir utført bør ha som mål og forbedre pasientenes sikkerhet.
- Svakheter: Undersøkelsen tar utgangspunkt i undersøkelser kun fra et miljø, og representerer kun et sykehus. Vurderingene som er gjort bør derfor tolkes forsiktig. Den gir kun et statistisk svar på sikkerhetsvurderingen. Noe som kan gjøre det vanskelig og forstå det som ligger bak.

Valg av fagartikler: Netland, H., Fålund, N. og Norekvål, T. M. (2011) *Samtaler kan styrke hjertepasienter* og Moser, D. (2007 b) *The Rust of Life*. I tillegg har jeg valgt en artikkel fra folkehelseinstituttet.

Selvvalgt pensum:

Et mellommenneskelig forhold i sykepleie av Joyce Travelbee (2001) vil jeg bruke for og redegjøre mitt valg av sykepleierteoretiker.

Grunnleggende sykepleie Bind 3 og 4 av Kristoffersen, Nortvedt & Skaug (2005) er bygd opp av teori og praksis sammen. Bind 3 utdyper begrepet ”trygghet” og hvilken betydning det har i sykepleien. Denne boken er tidligere pensum på sykepleieutdanningen, og er en av få bøker som jeg fant som beskriver begrepet ”Trygghet” i forhold til min oppgave. Bind 4 beskriver Joyce Travelbee på gjennom en kort og konkret versjon av boken. Disse bøkene betraktes som selvvalgt pensum.

Hjerteinfarkt av Mæland (1997) handler generelt om hjerteinfarkt og behandlinger. Dette er en eldre bok, men gir en god innsikt og forståelse av hjerteinfarkt, og behandlingen av pasienter i sykehus.

Helhetlig hjerterehabilitering av Mæland (2006) beskriver de fysiologiske endringene som skjer ved hjerteinfarkt, og behandlingsmetoder som blir brukt. Boken gir en god forståelse på sykdomsområdet både den fysiske og psykiske delen.

Mennesker i krise og utvikling av Cullberg (2010) beskriver de ulike kriser som kan ramme menneskets liv. Denne boken så jeg på som relevant for min oppgave for å gi en forståelse av menneskers opplevelse ved sykdom.

Mitt liv Mitt håp av Kari Ronge (1998) er en bok som omhandler mennesker som opplever en alvorlig sykdom eller skade. Denne boken bruker også pasientbeskrivelser som jeg mener vil gi meg en bedre forståelse av å bli rammet av en alvorlig sykdom.

Å være akutt kritisk syk av Moesmand og Kjøllestad (2011) fokuserer på de psykososiale reaksjoner og behov hos pasientene som blir akutt kritisk syk.

3.0 TEORIDEL

3.1 Akutt hjerteinfarkt

Et akutt hjerteinfarkt er en alvorlig sykdomstilstand som oppstår når en av koronararteriene eller en forgrening i hjerte tilstoppes på grunn av en trombosedanning (Mæland 2006). Årsaken er som regel ruptur av et ateromatøst plakk (kalkflekk). Dette fører til forsnevring i arteriene ved at endotelet skades slik at trombocytene kleber seg og lager tromber (Jackobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Solheim og Toverud 2006). Tilstoppingen fører til at oksygentilførselen til hjertemuskulaturen reduseres slik at vevet blir skadet og dør innen kort tid. Vevet vil nekrotiseres slik at det oppstår en betennelsesreaksjon. Det er gjort en forskning som viser at 60 – 80 % av vevs ødeleggelsen vil skje i løpet av de fire til seks timene etter at infarktets inntreffer. Faren for at infarkt skal skape store skader eller føre til død vil skje i denne fasen (Otterstad, Platou og Mangschau 1999 referert i Almås 2007: 428).

I det betente område vil kroppen i en tidlig fase av infarkt starte og reparere skadene, og det ødelagte muskelvevet erstattes med bindevev. Selv om bindevevet har samme styrke som muskelvevet har det ikke de samme evnene til å trekke seg sammen og bidra til hjertets pumpe funksjon. Dette vil føre til at hjertet blir svekket (Mæland 2006). Hvor mye av hjertet som svekkes er avhengig av hvor mye muskelvev som er skadet. Som oftest vil pumpekraften ta seg opp igjen, men ved større infarkter kan arbeidskraften bli vedvarende redusert. Det som avgjør størrelsen på infarkt er hvor trombosen oppstår, og hvor mye av arterien som tettes igjen (Mæland 2006).

I følge folkehelseinstituttet er hjerteinfarkt en av de hyppigste dødsårsakene blant sykdommer her i landet når alle aldersgrupper er tatt med. En beregning tyder på at rundt 12000 – 15000 personer får akutt hjerteinfarkt hvert år (Iversen, Selmer og Tverdal 2011).

Røyking, høyt kolesterol nivå, høyt blodtrykk, genetisk arving, stress og lite mosjon er faktorer som er med på å påvirke et akutt hjerteinfarkt (Almås 2007).

3.2 Fysiologiske forandringer

Når hjerte/kar systemet skades vil det påvirke blodsirkulasjonen i kroppen samt funksjoner i ulike organer. Dette er fordi den dårlige pumpefunksjonen i hjertet ikke klarer å tilføre nok blod til kroppens organer, og vevet vil ikke få tilført tilstrekkelig med oksygen for å klare sitt arbeid. Dette kan medføre lavt blodtrykk og pasientene vil kunne oppleve redusert urinproduksjon, svekket respirasjon, forandring i hudfargen og nedsatt bevissthet (Almås 2007). Tidlig i forløpet vil pasienten også kunne oppleve rytmeforstyrrelse, ventrikkelflimmer og kardiogent sjokk (Mæland 2006).

Rundt 40 – 50 % av alle dødsfall i forbindelse med et akutt hjerteinfarkt skyldes arytmier. Aritmier betyr forstyrrelse i hjerterytmien. Det betyr at hjertemuskulaturen utløser elektriske impulser selv på grunn av det normale ledning systemet i hjertet er blokkert (Almås 2007). Ventrikkelflimmer utløser uregelmessige sammentrekninger i hjertemuskulaturen, og kan medføre hjerrestans (Mæland 1997). Kardiogent sjokk oppstår ved akutt hjertepumpesvikt, og skjer som oftest ved store infarkter hvis hjertet er redusert fra tidligere. Dette vil føre til lavt blodtrykk og lungestuvning (Jackobsen et al. 2006). Hjertesvikt kan oppstå ved store hjerteinfarkt, men som oftest vil det bare være forbigående symptomer på det ved et hjerteinfarkt på grunn av redusert ytteevne i hjertet i den akutte fasen (Mæland 2006).

3.2.1 *Symptomer*

De vanligste symptomer som oppleves ved et akutt hjerteinfarkt er klemmende og intense brystmerter som kan gi utstrålig til halsen, kjeven og armene. Kvalme og brekninger oppstår ofte som et resultat av disse smertene, men kan også være en forbindelse med skadene i regionen rundt hjertet. Pasienter vil ofte bli bleke og føle seg uvel under infarkt, samt bli preget av angst og uro (Almås 2007). Smertene som oppstår ved ødeleggelse i vevet kommer av kjemiske stoffer i kroppen som blir skilt ut som en beskyttelsesmekanisme. Dette er for å gi beskjed til sentralnervesystemet om at kroppen er utsatt for fare. Kroppen vil også produsere stoffer for og dempe smertene som oppstår, og hvordan pasienter opplever dem er avhengig av samsvaret mellom de to stoffene. Noen vil oppleve smertene som sterke og intense, mens andre bare vil kjenne ubehag og ikke være klar over at dette er symptomer på et hjerteinfarkt (Almås 2007).

3.2.2 Medisinsk behandling ved akutt hjerteinfarkt

Behandlingen bør starte så fort det er mulig for å begrense skaden på hjertet, dempe smertene og for å unngå sen komplikasjoner (Mæland 2006). På sykehuset blir pasientens diagnose stilt ut fra en klinisk undersøkelse, EKG funn og blodprøver. Den kliniske undersøkelsen tar sikte på og finne ut hvordan tilstanden har utartet seg, og pasientene blir spurt om hvordan symptomene begynte. Dette er for å utelukke andre sykdommer enn et hjerteinfarkt. Hvor hensiktsmessig en slik undersøkelse vil være er avhengig av pasientens bevissthets tilstand. EKG er et viktig redskap som festes til kroppen med elektroder, og kan gi svar på hvilken del av hjertet som er skadet gjennom å se forandringer i EKG impulsene. Blodprøvene som blir tatt vil avgjøre om tilstanden skyldes et hjerteinfarkt ved å måle eggehvitestoffer fra de ødelagte hjertemuskelcellene som er kommet inn i blodet (Mæland 1997). Sykehuset blir som oftest informert på forhånd om at det ankommer pasienter med hjerteinfarkt, slik at utstyr som trengs er klargjort, og behandlingen kan starte øyeblikkelig (Almås 2007).

De viktigste behandlingene som utføres på sykehuset er:

- Percutaneous coronary intervention (PCI) behandling som betyr utblokking av tette årer og utføres dersom blodåren er helt tilstoppet. Resultatene er som regel svært gode. Utførelsen består i å sette inn en tynn slange (kateter) i pulsåren, enten i håndleddet eller lysken. Ved hjelp av røntgengjennomlysningen på sykehuset føres kateteret opp til den arterien som er tilstoppet. Der arterien er tilstoppet vil en ballong frempå kateteret presses igjennom slik at det tette område vil åpnes igjen (Wiseth og Aaberg 2007).
- Trombolytisk behandling tar sikte på å løsne blodproppen ved bruk av medikamenter som injiseres direkte i blodet. Denne behandlingen har best effekt dersom behandlingen starter før det er gått to til tre timer etter at infarkt inntraff. Medikamentet gis som infusjon og gir gode resultater (Almås, 2007).
- Oksygen behandling gis for å øke oksygentilførselen i blodet, men også ved symptomer på hypoksi, dyspné eller lungeødem som kan oppstå ved store hjerteinfarkt. Ekstra oksygen gis som oftest gjennom et nesekateter eller maske (Almås 2007).

- Smertebehandling settes i gang for å dempe de sterke smertene hos pasienten. Morfin er det vanligste medikamentet som brukes og gis intravenøst. Dette har som oftest effekt både på smertene og angsten som oppleves (Almås 2007).
- Glyseroltrinitrat gis for å redusere arbeidskapasiteten på hjertet i den akutte fasen. Dette er fordi pasienter ofte får et forhøyet blodtrykk når hjerteinfarkt starter, og glyseroltrinitrat vil være med på å dempe trykket. Behandlingen gis som infusjon det første døgnet (Almås 2006)

Ved kvalme og brekninger bør pasienten få kvalmestillende medikamenter som for eksempel Afipran og primperan (Jacobsen et al. 2006). Det blir også satt i gang medikamentell behandling. Enten av blodplate hemmere som acetylsalicylsyre og klopidogrel, eller antikoagulasjonsmidler som marevan i en kortere eller lengre periode for å forebygge videre trombosedanning (Mæland 2006).

Pasienter har kontinuerlig overvåkning og observeres nøye i sykehuset fordi tilstanden kan forandres i løpet av kort tid. Det er også viktig for at de skal få den nødvendige behandlingen i forhold til sin tilstand (Almås 2007). Observasjonene som blir gjort bør dokumenteres godt slik at sykepleier har en oversikt over pasientens sykdomsforløp. Blodtrykk, hjerterytmen, urinproduksjon, respirasjon, smerter og blodprøver gir viktig informasjon om pasientens tilstand (Almås 2007).

3.3 Psykiske reaksjoner

Et hjerteinfarkt er en alvorlig situasjon og betegnes som en traumatisk krise i pasientens liv som oppstår brått og uventet (Moesmand og Kjøllestad 2011). Dette vil berøre pasienter følelsesmessig, og medføre psykiske reaksjoner da tilstanden og endringene som skjer i kroppen blir en trussel mot livet eller tap av helsen. Det er helt individuelt hvordan en opplever og takler en slik krise i livet, men pasientens personlighet, ferdighet og prognose er faktorer som er med på å påvirke (Moesmand og Kjøllestad 2011).

For og få frem hvilke reaksjoner pasientene kan oppleve er kriseforløpet delt inn i fire reaksjonsfaser som består av sjokk, reaksjon, bearbeidnings- og nyorienteringsfasen (Cullberg 2010). Siden oppgaven forholder seg til pasienter i den akutte fasen av et hjerteinfarkt vil det være aktuelt og fokusere på pasientene i sjokk- og reaksjonsfasen. Jeg velger likevel å nevne alle fasene i krisen for og få et helhetlig bilde av pasientens kriseforløp.

I boken *Helt ikke stykkevis og delt* defineres en krise som:

En indre forstyrrelse som forårsakes av en stressende hendelse eller en opplevelse av at selvbilde og selvaktelsen trues. Individets vanlige mestringsmåter viser seg å være ineffektive når det gjelder og hankses med denne trusselen. Individet opplever derfor en angst. Trusselen eller den utløsende årsak kan vanligvis identifiseres. Denne har gjerne dager eller uker før krisen. Av og til ser individet trusselen i sammenheng med den aktuelle krisesituasjonen – andre ganger ikke (Hummelvol 2008: 463).

De første timene og opp til et døgn etter infarkt vil pasientene være i det som kalles sjokkfasen. I denne fasen vil ofte pasienter holde virkeligheten på avstand og benekte det som har skjedd. Noen opplever også redusert tanke og følelsesevner. Bevisstheten vil hos noen være redusert, og pasienten er som oftest lite mottakelig for informasjon (Eide og Eide 2010). Pasienten vil trenge hjelp til og få kontroll over sine følelser og en forståelse av hva som skjer for og kunne mestre situasjonen. Reaksjonsfasen kommer etter sjokkfasen og betegnes også som den akutte fasen i en krise. Det vil variere når pasientene trer inn i denne fasen, men begynner når det går opp for pasienten hva som egentlig har skjedd. Den kan vare opp til noen få uker til flere måneder. Mange ønsker da å få informasjon om sin tilstand, og mange trenger hjelp til og takle sine følelsesmessige reaksjoner (Cullberg 2010). Videre vil pasienten komme inn i en bearbeidningsfase hvor de må tilpasse seg sin nye situasjon og godta eventuell

forandringer infarkt har medført. Denne fasen kan vare i flere måneder etter sykdommen inntraff. Den siste fasen i krisen kalles nyorienteringsfasen og kommer etter at pasienten har funnet mening med sykdommen og livet kan fortsette. Infarkt vil likevel sette spor av det de opplever som pasienten bærer med seg videre (Cullberg 2010).

3.3.1 Angst

Angst er en av de mest gjennomgående reaksjoner hos akutt kritisk syke. Denne reaksjonen er ikke like synlig hos alle pasienter, og blir derfor sjeldent en del av behandlingen i sykehuset (Moesmand og Kjøllestad 2011).

Angst er et menneskelig fenomen og er kroppens forsvarsmekanisme når mennesker føler sin eksistens truet. Den kan bidra positivt ved å påvirke handlinger, men også det motsatte ved å virke hemmende. Det kan for eksempel være at pasientene ikke klarer og sette seg inn i situasjonen. Hos pasienter med hjerteinfarkt er ofte angsten forbundet med de ukontrollerte smertene, trusselen mot helsetilstanden som redusert aktivitetsnivå, tap av funksjoner og organer, og faren for å dø. Pasienter som kommer til sykehuset møter også ukjent helsepersonell som de er avhengig av, og ukjente omgivelser som kan forsterke angsten (Moesmand og Kjøllestad 2011). Angsten kan også påvirke kroppens fysiologiske del. Ved et akutt hjerteinfarkt vil dette kunne medføre komplikasjoner fordi kroppens organer som er rammet av infarkt vil også være påvirket av angsten som igjen kan forverre situasjon (Moesmand og Kjøllestad 2011). Angsten er en personlig følelsesmessig opplevelse, og kan deles inn i mild, - moderat, - og sterk angst:

- Mild angst: Pasienter som opplever en mild form for angst vil være mer bevisst over situasjonen som har oppstått, noe som kan være med på at pasienten takler tilstanden bedre. I denne fasen vil en kunne klare å håndtere angsten på egen hand (Hummelvoll 2008).
- Moderat angst: I denne fasen vil pasientens forståelse av situasjonen være mer redusert, og evnen til å oppfatte og ha kontroll over situasjonen kan være vanskelig (Hummelvoll 2008).

- Sterk angst: Ved denne tilstanden er ikke pasienten i stand til å forstå det som skjer. Dette vil være en ubehagelig situasjon, og pasienten kan oppleve symptomer som hodepine, kvalme, svimmelhet og en indre uro som vil gjøre pasienten redd. Konsentrasjon vil være begrenset og motta informasjon vil være vanskelig (Hummelvoll 2008).

3.4 Trygghet

I sykepleien betraktes trygghet som et av menneskets grunnleggende behov, og har derfor vært et tema i lærebøker som omhandler behandlingen av syke mennesker (Thorsen 2005). Når mennesker rammes av sykdom innebærer trygghet at pasientene opplever sikkerhet, pålitelighet, ærlighet, kunnskap. Samtidig skal tryggheten bidra til en best mulig livskvalitet hos mennesket som er innlagt på sykehuset (Thorsen 2005).

I boken *Grunnleggende Sykepleie* (2005) skilles det mellom to hoveddimensjoner ved trygghet som består av indre og ytre trygghet. Den indre trygghet bygges gjennom menneskets erfaringer i oppveksten ved opplevelser som felleskap, tilhørighet, frihet og ansvar. Den ytre trygghet skapes i omgivelsene rundt oss og samhandlingen med andre mennesker. Begge påvirker hverandre gjensidig (Thorsen 2005). Videre blir den ytre trygghet inndelt i relasjonstrygghet, stole på andre trygghet og kunnskaps og kontroll trygghet:

- Relasjonstrygghet vil si pasientens opplevelse av trygghet gjennom familie, venner og andre mennesker hvor de gjensidig viser hverandre åpenhet, ærlighet og evnen til å forstå hverandre. I denne oppgaven innebærer dette tryggheten pasientene opplever til sykepleieren.
- Stole på andre tryggheten innebærer og stole på andre i situasjoner hvor en selv ikke klarer og håndtere de. Ved sykdom må pasientene kunne stole på at sykepleierene kan sine oppgaver i ulike handlinger som omhandler deres liv.
- Kunnskap og kontrolltrygghet vil si at sykepleiere må ha kunnskap om hvordan de skal kunne handle i ulike situasjoner for å skape trygghet for pasienten, men også om hvordan kunnskap pasienten selv har (Thorsen 2005).

3.5 Joyce Travelbees sykepleierteori

I oppgaven har jeg valg å bruke Joyce Travelbees sykepleierteori. I hennes bok *Et mellommenneskelig forhold i sykepleie* (2001) skriver hun om sitt syn på sykepleien, og legger vekt på vitenskapelige begreper som ”håp”, ”kommunikasjon”, ”lidelse”, ”menneske”, ”pasient”, ”sykepleier” og ”sykdom”, noe som jeg ser på som relevant i forhold til min oppgave. Begrepene defineres underveis i teksten under.

Travelbee ble født 1926 i New Orleans i USA. I 1946 var hun ferdig utdannet sykepleier, og har jobbet både som psykiatrisk sykepleier og lærer. Hun startet på en doktorgrad som hun aldri fikk avsluttet, da hun i 1973 døde bare 47 år gammel (Travelbee 2001).

I sykepleierutdanningen de siste årene har hennes tenkning har hatt stor innflytelse. Hun konsentrerer seg først og fremst om enkeltmennesket i sin tenkning, og har fokus på den som er syk. Begrepet ”pasient” definerer hun som individer så trenger en eller annen form for medisinsk hjelp.

Travelbee`s teori bygger på det eksistensialistiske menneskesyn som hun mener skjer gjennom etablering av et menneske – menneske forhold og ikke et sykepleier - pasientforhold (Kristoffersen 2008). I boken *Mellommenneskelig forhold i sykepleie* definerer hun sykepleie som:

En mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleier hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee 2001: 29).

I følge Travelbee (2001) er sykepleierens mål og hensikt å hjelpe individer, familier og samfunn til å finne mening i det de opplever gjennom lidelse og sykdom. Begrepet ”lidelse” betegner Travelbee som en livserfaring som mennesker gjenopplever ved sykdom og smerte. Hun mener alle mennesker vil i løpet av livet oppleve lidelse og sykdom og vil gjennom det få sine egne erfaringer. Hvilke evner hvert enkelt menneske har til og møte lidelse, sykdom og smerter er individuelt. Sykepleierens oppgave er og støtte den syke i en slik situasjon for at de skal kunne tilpasse seg og mestre opplevelsen (Kristoffersen 2008). Hun bruker begrepet ”håp” for å hjelpe mennesker til og beherske de vanskelige situasjoner. Hun relaterer håpet som en avhengighet av andre som er nødvendig for å overleve. I møte med pasienter med

hjerteinfarkt må sykepleier prøve å få pasienten til å akseptere sykdommen som en naturlig hendelse i livet isede for en uakseptabel situasjon. Hun mener derfor at sykepleiere må derfor ha et dypt innsikt i det å være menneske og samtidig kjenne til pasientens opplevelse av situasjonen. Sykepleiere må vektlegge hva den syke selv opplever, og ikke bare konsentrere seg om diagnosen (Kristoffersen 2008). I Travelbee`s tenkning definerer hun begrepet ”sykepleier” som en person som har forståelse til andre mennesker og hjelper dem som er syk. Siden menneskers fysiske og psykiske del henger sammen, er det viktig at sykepleiere tar sikte på helhetlig behandling av pasientene (Travelbee 2001).

Travelbee mener at sykepleiens mål og betydning kun oppnås i et forhold hvor sykepleier og pasient ser på hverandre som unike personer, og ikke som to individer med ulike roller (Kristoffersen 2008). Begrepet ”kommunikasjon” definerer hun som en prosess for å opprettholde et menneske til menneske forhold, og er derfor sentralt i hennes tenkning (Travelbee 2001). Dette gjør at sykepleierne og pasientene blir kjent med hverandre som personer og vil gjøre det lettere å formidle tanker og følelser. I alle møter mellom sykepleier og pasient foregår det kommunikasjon enten verbalt eller nonverbalt. Verbalt vil si og kommuniskere ved bruk av ord i motsetning til nonverbal som skjer vi mimikk, bevegelser og berøring (Kristoffersen 2008).

Et annet redskap som Travelbee ser på som viktig i møte med pasientene er å bruke seg selv terapeutisk. Det vil si og bruke sin egen personlighet bevist for og innrette seg til den syke for å oppnå forandringer hos pasienten. Forandringene mener hun er å lindre vedkommende sine plager (Travelbee 2001). Travelbees tenkning i sykepleien tar sikte på å forebygge sykdom og gi mennesker en personlig vekst og utvikling (Travelbee 2001).

4.0 DRØFTING OG PRESENTASJON AV FUNN

4.1 Før drøftingen starter velger jeg først å belyse min problemstilling på nytt:

”Hvordan kan sykepleiere bidra til og skape trygghet og redusere angst hos pasienter med hjerteinfarkt i den akutte fasen?”.

I følge Dalland (2007) skal drøftingen ha en sammenheng med teorien som bakgrunn og funnene som jeg har gjort samtidig som jeg kommer med egne synspunkter. Jeg har valgt og sette drøftingen opp i en tematisk inndeling. Det vil si at teoridelen vil være grunnlaget for oppdelingen av tema og plasseringen i denne delen (Dalland 2007). Til slutt har jeg satt opp et eget kapittel med sykepleiertiltak for å skape trygghet og redusere angsten.

4.2 Pasientens følelsesmessige reaksjoner ved et akutt hjerteinfarkt

Som tidligere nevnt betegnes både sjokk og reaksjonsfasen som akuttefaser i en krise. En kjent reaksjon som sykepleiere vil erfare er benekting av tilstanden hvor pasienten skyver sykdommen vekk. I følge Cullberg (2010) er dette er en ubevist forsvarsmekanisme for å redusere angsten som pasientene opplever av trusselen mot sine eksistensielle behov. Mæland (2006) skriver at sykepleierne også kan møte pasienter som vil være preget av redsel, bekymringer og overfølsomhet. Ut fra dette viser det ulike sider hvordan pasienter kan oppleve situasjonen, og at infarkt vil være en individuell erfaring.

I følge Moesmand og Kjøllestad (2011) har menneskets følelser mye og si for opplevelsene som oppstår i livet. Det vil kunne være med på og påvirker hvordan ting blir gjort og vurderinger som tas i ulike situasjoner. Ved et akutt hjerte infarkt kan de følelsesmessige reaksjonene være en større belastning en de fysiske, for det som før var trygt og selvsagt blir plutselig en usikker og alvorlig situasjon (Mæland 1997). I følge Mæland (2006) vil det være individuelt hvordan pasienter reagerer på sykdommen, og det er derfor ikke lett og skille hva slags reaksjoner som er ”normale” og ”unormale”. I artikkelen *Samtaler kan styrke hjertepasienter* kommer det frem at pasienter med en alvorlig sykdomstilstand vil bli berørt

følelsesmessig, og et akutt hjerteinfarkt ikke kan sees på som bare en kroppslig hendelse (Netland, Fålund og Norekvål 2011).

I studien til Johanson, I. Swahn, E. & Stömberg, A (2007) kommer det frem at hjerteinfarkt ikke bare er et fysiologisk tap av balansen i kroppen, men at hele den psykologiske delen også påvirkes. Følelsene står sentralt i forhold til hvordan pasientene klarer å tilpasse seg og mestre situasjonen. Jeg mener derfor det er viktig at sykepleiere må kunne sette seg inn i hvordan hver enkelt opplever sykdommen for og kunne hjelpe vedkommende.

Å ha kunnskap om de ulike fasene i en krise ser jeg på som et hjelpemiddel for å gjøre det lettere for sykepleiere og møte pasientens følelsesmessige reaksjoner i den akutte fasen av et hjerteinfarkt. Jeg mener også det vil gi en forståelse av hvor langt pasientene er kommet i kriseforløpet slik at sykepleierne har et utgangspunkt for og sette i gang tiltak. Det kan for eksempel være å observere hvordan pasientens bevissthets tilstand er. Skjønner de hva som har skjedd? Fornekter de sykdommen?. I følge Eide og Eide (2010) vil en erfaren sykepleier gjennom gode observasjoner kunne tolke pasientens tegn ut fra kroppsholdning og adferd. Dette mener jeg er betydningsfulle for behandlingen. Mæland (2006) skriver at det er viktig at sykepleierne betrakter hjerteinfarkt som en totalopplevelse for pasientene.

4.2.1 Angst

I følge Ronge (1998) er angst felles for alle som blir rammet av en alvorlig sykdom. Ved et akutt hjerteinfarkt opplever stort sett alle mennesker angst fordi tilstanden er en trussel mot livet (Moesmand og Kjøllestad 2011). Som tidligere nevnt vil de første timene etter at infarkt inntreffer være den største faren for at pasientene kan dø. I den akutte situasjonen vil det være usikkert for pasienten hvor hardt de er rammet og hvor store skader infarkt har medført. I følge Moser (2007b) vil pasientene oppleve og miste evnene til og forutsi eller kontrollere utfallet av den uforberedte situasjonen. Videre kommer det frem i artikkelen til Moser (2007 b) at opplevelsen vil være svært forskjellig fra person til person, men det viser seg at angstnivået hos pasienter som opplever akutt hjerteproblemer er høyt. I en undersøkelse som Moser et al (2007a) har utført viste resultatet at de yngre pasientene hadde et høyere angstnivå en de eldre. Ut fra dette tenker jeg at eldre kanskje har eller har hatt andre sykdommer før de ble rammet av et hjerteinfarkt, og har mer erfaring med å være syk. De som

er av yngre generasjon vil kanskje hjerteinfarkt være den første traumatiske krisen i livet, og de har derfor ikke fått bygd opp erfaringer med sykdom og det og være syk.

Mæland (2006) mener den store belastningen av utredningen og behandlingen på sykehuset kan påvirke angsten. Som tidligere nevnt vil et hjerteinfarkt kreve behandling i sykehus så fort det er mulig. I følge Moesmand og Kjøllestad (2011) består sykehusavdelingene i dag av avansert teknisk utstyr som brukes i behandlingen og kan være skremmende. Ukjente gjenstander eller apparater kan se farlige ut for pasientene, og ting som brukes kan være skremmende. I praksis har jeg erfart at sykepleieren kan møte pasienter som aldri har vært på sykehuset før, og alt det ukjente blir skremmende for pasientene.

I følge Travelbee (2001) er ikke angsten bare en psykisk reaksjon, men et fysiologisk problem, og kan ha en medvirkning til komplikasjoner i sykehuset. Hun mener derfor at sykepleien må ha et helhetlig menneskesyn hvor alle pasientenes behov blir ivaretatt. Dette innebærer at den profesjonelle sykepleieren må sette pasienten i fokus og blir sett på som en helhet og ikke som kropp og sjel hver for seg (Travelbee 2001). Jeg mener derfor at som sykepleiere må en også sitte med kunnskap som tar sikte på pasientens følelser og opplevelser og ikke bare om sykdommen og symptomene.

På bakgrunn av at angst er en vanlig reaksjon ved akutt hjerteinfarkt har Moser et al (2007a) utført en undersøkelse blant 536 pasienter som var innlagt med akutt hjerteinfarkt. Den tok sikte på og finne ut om det var noen sammenheng mellom angsten og opplevelsen av kontroll, og om det kunne ha noen virkning på komplikasjoner i sykehuset.

(I undersøkelsen defineres pasientens kontroll som at pasienten har en er positiv innstilt på og mestre situasjonen). Det kommer frem at pasienter som opplever å ha kontroll over situasjonen hadde et mye lavere angst nivå en de som ikke opplevde kontroll i sykehuset. Det kommer også frem at pasienter med høyt angstnivå hadde flere hendelser med blant annet ventrikkeltakykardi, ventrikkelflimmer og reinfarkt. Dette tyder på at pasienter som under innkomst til sykehuset ved et akutt hjerteinfarkt som opplever angst vil få komplikasjoner hvis angsten ikke blir tatt med i den rutinemessige vurderingen.

I følge Netland, Fålund og Norekvål (2011) blir ikke pasientenes opplevelse satt som førsteprioritet ved et akutt hjerteinfarkt i en travel sykehushverdag. Sykehusoppholdet som i dag er på tre til fem dager setter fokuset på å begrense skadene ved område rundt hjertet. Det blir ofte liten tid for å vektlegge pasientens psykiske belastninger som igjen kan medføre at pasienten evner til og kjempe mot sykdommen reduseres. Jeg tenker at sykepleierne som er stresset kan det gi en negativ overføring til pasientene at de ikke har tid til og hjelpe. Ved et akutt hjerteinfarkt er pasientene sårbare hvor de skjønner at livssituasjonen er i fare. I artikkelen til Johnson et al. (2006) var støtte viktig i den prehospital fase.

O'Brian et al. (2001) har gjort en undersøkelse for å sammenligne pasientenes, sykepleiere og legenes vurderinger av angsten hos pasienter med akutt hjerteinfarkt. Der kommer det frem at legenes vurdering av angst ikke var med i den rutinemessige behandlingen hos pasientene. Den overfladiske vurderingen dem gjorde førte til at resultatet de målte av angsten ikke samsvarte med pasientenes svar. Jeg tror at pasienter som blir innlagt ofte føler at personalet ikke har tid til og sette seg inn i situasjonen dem opplever. Derfor blir det også vanskelig for pasienten og kunne uttrykke sine følelser. I følge Mæland (2006) er pasientenes opplevelse av situasjonen like viktig som den medisinske behandlingen for et godt resultat. Angsten er et psykisk "sår" som følge av infarkt, og som kan være vanskeligere og komme over hvis sykepleiere ikke hjelper pasienten og håndtere situasjonen gjennom sin kunnskap og erfaringer (Mæland 1997). Angsten vil i følge Moser (2007b) få alvorlige konsekvenser dersom den ikke håndteres, og bør derfor være en del av behandlingen og omsorgen hos pasienter med hjerteinfarkt. Dette vil være med på og redusere risikoen for tilbakefall.

Femten pasienter som har opplevd hjerteinfarkt ble intervjuet for å se på hvordan symptomene ble oppfattet. Ut fra kategoriene: Administrasjon, sårbarhet og samhandling i den akutte fasen kom det frem ulike reaksjoner hos pasientene om hvordan de opplevde situasjonen, men alle opplevde både følelsesmessig og fysisk symptomer. Angsten de opplevde kom i forbindelse med den utløsende situasjonen og barrieren for å søke medisinsk hjelp. Den psykososiale støtten de fikk og den praktiske veiledningen i samspill med helsepersonellet hjalp dem til å håndtere og mestre situasjonen mye bedre (Johanson, Swahn og Strömberg 2006).

Det viser seg at angsten kan påvirke den akutte situasjonen av et hjerteinfarkt. Ved mild angst vil pasientene ha mer kontroll på situasjonen og forstår mer av det som skjer. Mange vil kanskje være mottakelige for informasjon fra sykepleiere imotsetning til sterk angst hvor

sykepleierne vil møte pasienter som ikke er i stand til og forstå situasjonene (Hummelvoll 2008). Ut fra dette tenker jeg at det er viktig å møte pasientene ut fra

4.3 Behovet for trygghet

Siden angst er den mest kjente reaksjon hos pasienter med hjerteinfarkt har trygghet også stor betydning for pasientene. Ut fra dette mener jeg det er viktig at pasientene opplever et positivt møte med sykehuset og helsepersonellet rundt dem for at de skal føle seg trygge. I praksis har jeg sett at sykepleierne er dem som blir de nærmeste for mange av pasientene, og som er tilstede hele døgnet. I følge Blix og Breivik (2006) er trygghet et mål i sykepleien for at pasientene skal føle en strukturert, stabil og meningsfylt tilværelse. En undersøkelse viser at alt pasientene møter på ved innkomst på sykehuset hadde betydning for hvordan de opplevde sikkerheten (Wolsin et al. 2006). Jeg mener derfor det er viktig at pasientene ikke blir oversett i sin situasjon og tas på alvor både det fysiske som smertene de opplever og de psyksiske reaksjonene. Ved innleggelse i sykehuset er det viktig at sykepleieren svarer på pasientenes bekymringer og klager å lytte til deres behov (Wolsin et al. 2006).

I følge Thorsen (2005) har den ytre trygghet stor betydning for hvordan pasientene opplever situasjonen, og har stor innvirkning for samarbeidet mellom sykepleiere og pasientene. Sykepleiere kan gjennom behandlingen vise pasientene at de har kunnskap og er trygge på seg selv, at pasientene kan stole på dem, og at de blir møtt med åpenhet og forståelse (Thorsen 2005). Det er også viktig og tenke på at alle mennesker er forskjellige og det som skaper trygghet for den ene trenger ikke å ha noe betydning for den andre. I følge Thorsen (2005) har derfor pasientens indre trygghet også mye og si for hvordan vedkommende møter utfordringene og problemene sykdommen kan medfører. Den indre trygghet er bygget gjennom menneskets oppvekst, og mange har derfor ulike syn på sitt eget liv. Noen har kanskje negative erfaringer med sykehuset fra et tidligere opphold som kan påvirke trygghetsfølelsen. I følge Blix og Breivik (2006) vil pasientenes opplevelse av felleskap, tilhørighet, frihet og ansvar være påvirkende faktorer. Med dette tenker jeg at sykepleierens oppgave blir og rette oppmerksomheten for hver enkeltes personlige behov, og at de private behovene som pasienter har respekteres av sykepleieren.

Det er gjort en analyse av opplevelsen av sikkerhet ved akutt sykepleie i sykehuset, og hvilke forbedringer innenfor omsorgen som kunne gjøres ut fra pasientenes perspektiv. Slik jeg tolket det var pasientenes betydning at deres behov og ønsker ble ivaretatt. Samtidig kom det frem at pasienter som ble informert følte seg mer trygge (Wolsin, Vercler & Matthews 2006).

4.4 Sykepleietiltak for å skape trygghet og redusere angsten

Siden hjerteinfarkt er en sykdom som oppleves forskjellig fra person til person er det vanskelig og kunne sette konkrete tiltak, som sykepleieren skal iverksette for og skape trygghet og redusere angsten. Dette fremstilles også i studien til Johanson et al. (2006). Som sykepleier mener jeg det er mange hensyn som må tas i den akutte situasjonen. For å forstå hva som har betydning for hver enkelte skriver Travelbee (2001) at det er viktig å møte den syke først og få frem hva vedkommende har behov for. I følge Ronge (1998) vil helsepersonellet kunne påvirke pasientens evner til å håndtere situasjonen. Ut fra dette tenker jeg det viktig at sykepleieren møter pasientene med god forståelse og at de føler seg godt ivaretatt. Jeg vil understøtte dette med undersøkelsen til Johanson et al. (2006) hvor det kom frem at den psykososiale støtten pasientene fikk hjalp dem til å takle situasjonen mye bedre. I følge Travelbee (2001) må pasientene bli møtt som unike personer. Som tidligere nevnt skriver hun at sykepleiere og pasientene må se bort fra at de har ulike roller som sykepleier og pasient.

4.4.1 Omsorg

Jeg mener at omsorgen sykepleierne har overfor pasientene må være ekte og at de føler behovene deres blir ivaretatt. Moesmand og Kjøllestad (2011) mener det er viktig og ikke bare se på mennesket som et objekt med kun fokus på sykdommen, men å se mennesket bak. Wolsin et al. (2006) skriver at tryggheten pasientene opplevde i sykehuset kom av omsorgen de fikk, og at deres ønsker og behov ble ivaretatt. I følge Mæland (2006) er pasientenes opplevelse like viktig som den medisinske behandlingen for og mestre sykdommen og forebygge komplikasjoner. Videre skriver Mæland (2006) at omsorg krever fagkunnskap som i dette tilfellet omhandler hjerteinfarkt. Dette gjelder både menneskets fysiske og psykiske del samt kunnskap om utstyr og medikamentelle behandlinger. Slik jeg ser det er det viktig at sykepleierne i tillegg til å jobbe målrettet for og begrense skadene på hjertet må de kunne formidler varme, omtenkksomhet og omsorg til pasientene.

4.4.2 *Innlevelse*

I følge Eide og Eide (2010) er det viktig at sykepleierne lever seg inn i pasientenes situasjon og fokuserer på de erfaringene og tanker dem har. Netland et al. (2011) skriver at et akutt hjerteinfarkt ikke bare er en kroppslig hendelse fordi de fleste blir preget følelsesmessig. De som opplever en slik krise vil derfor ha behov for støtte, medmenneskelig kontakt og noen og prate med. Dette mener jeg sykepleiere kan gjøre ved å lytte til pasienten og være åpen for samtaler hos dem som ønsker det. Gjennom praksis har jeg sett at dette vil gi pasienten en følelse av og bli sett, og et signal fra sykepleierne at de ønsker og hjelpe. I følge Eide og Eide (2010) bør Sykepleieren alltid rette oppmerksomheten til den som er blitt syk. I undersøkelsen som Wolsin et al. (2006) har utført kom det frem at oppmerksomheten pasientene fikk fra sykepleierne gjorde at de følte seg mer trygge.

4.4.3 *Terapeutisk tilnærming*

Terapeutisk tilnærming mener Travelbee (2001) er viktig for og kunne støtte pasientene i sykepleiersituasjoner og påvirke til endringer. Dette betyr at sykepleieren må være reflekter over sine holdninger og handlinger overfor pasienten. Det er viktig å finne ut hvilke ressurser pasientene selv sitter med, slik at pasientene får ta del i behandlingen. Dette er også poengtert i pasientrettighetsloven § 3-1 at pasientene har rett til medvirkning i sin behandling og beslutninger som utføres.

4.4.4 *Observasjon*

Eide og Eide (2010) skriver at en erfaren sykepleier vil ved gode observasjoner kunne tolke ulike tegn hos pasientene. Det kan gi viktige opplysninger i en akutt situasjon. Mange vil ofte være blek og føle seg uvel på grunn av smertene under infarkt. Hvis pasienten benekter tilstanden tenker jeg at sykepleierne gjennom sin kunnskap skal kunne observere slike symptomer. I følge Hummelvoll (2008) kan Angsten også gi ulike symptomer som er synlige og kan observeres.

4.4.5 *Smertelindring*

Pasienter er ofte sterkt preget av de ukontrollerte smerter i den akutte fasen av et hjerteinfarkt. Det er viktig å vite at smertene kan øke angstnivået, og smertelindring bør settes i gang så fort det er mulig (Almås 2007). Jeg tenker at ved å lindre smertene kan sykepleierne redusere angsten slik at pasienter kan oppleve mer kontroll over situasjonen. Som tidligere nevnt skriver Hummelvoll (2008) at ved mild angst vil pasientene være mer bevisst tilstanden og håndtere situasjonen mye bedre. I studien til Moser et al (2007a) kommer det også frem at de som opplevde kontroll over situasjonen hadde et lavere angstnivå.

4.4.6 *Avreagere*

Pasientene må kunne avreagere på sin måte. Hver enkelt pasient vil reagere individuelt på sykdommen og dette må sykepleierne respektere mener (Mæland 2006). Det innebærer og vise innlevelse og vilje til og sette seg inn i pasientens situasjon. Berolige og oppmuntre pasientene skriver Eide og Eide (2010) har betydning. Med dette tenker jeg at sykepleieren kan vise en rolig opptreden i samhandlingen med pasienten, noe som jeg tror vil ha en positiv innvirkning på behandlingen. Sykepleierne som er stresset kan derfor påvirke pasientens opplevelse av trygghet som også kan påvirke et godt samarbeid

4.4.7 *Godta ikke bebreide*

Godta og ikke bebreide betyr at sykepleiere må godta å forstå pasientens vanskelig situasjon. I følge Eide og Eide (2010) betyr dette at sykepleiere tanker og følelser ikke må påvirke pasientens opplevelse av situasjon.

4.4.8. Kommunikasjon

Kommunikasjon er i følge Travelbee (2001) et hjelpemiddel i sykepleien og brukes i alle møter med pasientene. Moesmand og Kjøllestad (2011) skriver at det er viktig å ha kommunikasjonsferdigheter både i de praktiske oppgavene og i møte med pasientene. Bruk av kommunikasjon ser jeg på som en mulighet for å få god kontakt med pasientene å få til et godt samspill i den akutte fasen. Sykepleieren kan spørre pasientene hvordan de opplever situasjonen, og hvilke behov de har. Jeg mener det også er viktig å informere pasientene om hva som blir gjort, forklare ulike apparater som brukes og medikamenter som gis. Eide og Eide (2010) skriver at selv om pasientenes bevissthetstilstand kan være redusert, vil det ikke si at dem overhode ikke tar til seg noe tidlig i sykdomsforløpet. I pasientrettighetsloven § 3-2 kommer det frem at alle pasienter har krav på informasjon som er nødvendig for og forstå sin helsetilstand og hjelpen som blir gitt. I studien til Johanson et al. (2006) kom det frem at den praktiske veiledningen pasientene fikk, og samspillet med helsepersonellet hjalp dem og håndtere situasjonen mye bedre. I situasjoner hvor sykepleiere ser at pasientene ikke er mottakelig for informasjon kan kommunikasjonen foregå nonverbalt. Et vennlig smil, positiv holdning og god atferd fra sykepleieren tror jeg vil ha stor betydning for pasientene.

Berøring er også en form for nonverbal kommunikasjon. Sykepleieren kan for eksempel gi pasienten ei hand og holde i eller en skulder og lene seg mot. Eide og Eide (2010) skriver at kunnskap om både verbal og nonverbal kommunikasjon er et viktig grunnlag for og oppnå et godt forhold. Det vil formidle omsorg og skape trygghet. i artikkelen *Am I safe here* av Wolsin et al (2006) opplevde pasientene trygghet gjennom kommunikasjon

4.4.9 Invitere håpet inn

Håpet er et sentralt begrep i travelbees sykepleiertenkning. Håpet vil kunne hjelpe pasientene til og se på mulighetene som finnes for og bedre tilstanden. Med dette tenker jeg at pasienten får den hjelpen som er nødvendig i sin situasjon. I følge Travelbee (2001) må sykepleiere kunne vise pasienten en forsvarlighet og være trygg på seg selv i sine handlinger. I den usikre situasjonen pasientene er havnet i er de avhengig av helsepersonellet for og opprettholde håpet. Det er viktig og hjelpe pasientene til og finne endringer som er mulig å oppnå for og

holdet mote oppet i den akutte situasjonen. Ifølge Travelbee (2001) vil dette være med på og forminske angstnivået og usikkerheten.

Det er ikke alltid sykdommen vil gjøre pasientene helt friske igjen eller komme tilbake til den samme livssituasjonen som før. I følge Ronge (1998) er det viktig og hjelpe pasientene til og se etter muligheten de har. Sykepleieren må også kunne ta seg god tid til pasienten slik at de ikke føler seg til bry for at sykepleierne har det travelt. I Følge Travelbee vil et helhetlig menneskesyn i behandlingen være med på og forebygge sykdom som vil gi mennesker en personlig vekst og utvikling (Kristoffersen 2008).

Jeg tror at pasientene som føler at sykepleierne mestrer faget sitt, og hjelpen de får har effekt vil kunne resultere i at pasientene opplever trygghet under sitt sykehus opphold (Blix og Breivik 2006). Tryggheten vil igjen ha innvirkning på og redusere angsten (Hummelvoll 2008). Og ved å kunne redusere angsten og skape trygghet vil pasientenes kunne komme bedre ut av sykdomsforløpet fordi det vil minske faren for komplikasjoner hos pasientene.

5.0 KONKLUSJON

I min oppgave ønsket jeg å tilegne meg mer kunnskap om hjerteinfarkt, og hvordan sykepleiere kunne bidra til og skape trygghet og redusere angsten hos pasientene i den akutte fasen. Teorien jeg har brukt har gitt meg svar på hva som påvirker pasientene ved et akutt hjerteinfarkt. Jeg har også funnet ut hva som vil ha betydning for pasientens i den akutte situasjon, og hvilke tiltak sykepleiere som kan iverksettes. Ved hjelp av Travelbees sykepleierteori har jeg lært hvor viktig det er og sette pasientene i fokus og ta utgangspunkt i hva som har betydning hos hvert enkelt individ. Det viktigste er at sykepleieren møter pasienten med åpenhet og formidler et ønske om å hjelpe. Gjennom forskning og faglitteraturen viser det seg at pasientene påvirkes av så mangt som kan skape utrygghet og angst. Derfor er de psykososiale opplevelser like viktig som de fysiske for å oppnå et godt resultat. I møte med pasientene er derfor et helhetlig menneskesyn viktig.

Jeg føler at gjennom mitt arbeid med litteraturstudien har fått belyst problemstillingen min og fått frem det jeg ønsket. Jeg sitter også igjen med mye ny kunnskap på område, som vil gjøre det lettere og møte denne pasientgruppen som ferdig utdannet sykepleier.

6.0 LITTERATURLISTE

Pensum

Almås, H. (Red.). (2007). *Klinisk sykepleie* (1 bind). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Blix, S. E. og Breivik, S. (2006). *Basisbok i sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

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

Eide, H. og Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hummelvoll, K. J. (2008). *Helt ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Selvalgt pensum:

Cullberg, J. (2010) *Mennesker i krise og utvikling*. Universitetsforlaget. 11 sider.

Kristoffersen, N. J. (2008) Teoretiske perspektiver på sykepleie, I: Kristoffersen, J. N., Nordtvedt. F. og Skaug. E. (Red.). *Grunnleggende sykepleie* (4 bind). Ss. 26 – 34. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 8 sider.

Moesmand, M. A. og Kjøllestad, A. (2011). *Å være akutt kritisk syk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 85 sider.

Mæland, G. J. (1997). *Hjerteinfarkt*. John Grieg Forlag AS. 40 sider.

Mæland, G. J. (2006). *Helhetlig hjerterehabilitering*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS. 25 sider.

Ronge, K. (1998). *Mitt liv – mitt håp*. Drammen: Grøndahl og Dreyers Forlag AS. 20 sider.

Stordalen, J. & Støren, I. (2010). *Bare skriv*. Oslo: Cappelens forlag AS. 5 sider

Thorsen, R. (2005). Trygghet. I: Kristoffersen, J. N., Nordtvedt, F. og Skaug, E. (Red.). *Grunnleggende sykepleie* (3 bind). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 26 sider.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 50 sider.

Artikler:

Iversen, S. G., Selmer, R. og Tverdal, A. (2011) *Hjerteinfarkt - fakta om infarkt og annen iskemisk hjertesykdom*. [Online], Tilgjengelig fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5631:0:15,2700:1:0:0:::0:0 [14. mars 2011] 5 sider.

Johansson, I., Swahn, E. & Strömberg, A. (2007). *Manageability, vulnerability and interaction: A qualitative analysis of acute myocardial infarction patients' conceptions of the event*. [Elektronisk versjon], *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6 (3), 184- 191.[9. Mars 2011] 7 sider.

Moser, D. (2007b) *The Rust of Life*. [Elektronisk utgave], *American Journal of Critical Care*, 16 (4), 361- 369. [28. februar 2011] 8 sider.

Moser, D. K., Riegel, B., Mckinley, S., Doering, L. V., Kyungeh, A., Sheahan, S. (2007a) *Impact of Anxiety and Perceived Control on In-Hospital Complications After Acute Myocardial Infarction*. [Elektronisk utgave], *Psychosomatic Medicine*, 69 (1), 10-16. [10. Februar 2011] 6 sider.

Netland, H., Fålund, N. og Norekvål, T. M. (2011). *Samtaler kan styrke hjertepasienter*. S. 50- 52 I: *Sykepleien* nr. 4. [Online], Tilgjengelig fra http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/nyheter/nyhetsartikler/vis?p_documentoent_id=634797 [5. April 2011] 2 sider.

- O'Brien, J.L., Moser, D. K., Riegel, B. og Frazier, S. K. (2001). *Comparison of anxiety assessments between clinicians and patients with acute myocardial infarction in Cardiac Critical Care Units* [Elektronisk utgave], American Journal of Critical Care, 10 (2), 97- 104. [9. Mars 2011] 7 sider.
- Pasientrettighetsloven. (1999). *Lov om pasientrettigheter*, §§ 3-1, 3-2 [Online], Tilgjengelig fra <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-063-003.html> [10. Mars 2011] 2 sider.
- Wiseth, R. og Aaberg, L. (2007). *Ballongblokkering av koronarkar*. [Online], Tilgjengelig fra http://www.rikshospitalet.no/ikbViewer/page/no/pages/sykdom/behandling/detaljer?doc_id=31497 [4. April 2011] 2 side.
- Wolsin, R. J., Vercler, L. & Matthews, J. (2006). *Am I Safe Here* [Elektronisk utgave], Journal of nursing care, 21 (1), 30- 38 [4. april 2011] 8 sider.

Antall sider selvvalg litteratur = 317