



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode: **SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave**

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 23.02.12

Kandidatnr.: 37

Antall ord: 8385

Sammendrag:

Bakgrunn: Hjerterinfarkt betegnes fremdeles som en folkesykdom og rammer mellom 12 000 og 15 000 mennesker hvert år. Jeg har opplevd at pasienter på sykehus ikke får tilfredsstilt sitt behov for trygghet. Det er interessant å se at noen få tiltak kan bidra til økt trygghet. Jeg har derfor studert hva sykepleierne har å si for økt trygghet til hjerterinfarktpasienter med angst som følge av hendelsen.

Problemstilling: ”Hvordan kan sykepleier bidra til økt trygghet hos pasienter som er rammet av angst etter hjerterinfarkt?”

Hensikt med oppgaven: Få kunnskap og økt forståelse om hjerterinfarkt og trygghet. Jeg ser på dette som relevant i videre jobb som sykepleier. Spesielt skal jeg øke min kunnskap og forståelse om hvordan sykepleier kan bidra til økt trygghet hos hjerterinfarktpasienter med angst på sykehus.

Metode: I oppgaven har jeg brukt en litteraturstudie. Ved å bruke denne metoden har jeg blitt kjent med mye relevant forskning på området. Forskningsartiklene som er brukt tar for seg hva pasientene mente sykepleierne kunne bidra med og hva som var viktig for følelsen av trygghet ved gjennomgått hjerterinfarkt og angst relatert til det.

Funn: Studien viste at helhetlig kommunikasjon, kompetanse, kontroll i situasjonen og informasjon kunne bidra til økt trygghetsfølelse.

Resultat: Å skape trygghet er viktig hos pasienter med akutt hjerterinfarkt og angst. Helhetlig kommunikasjon, kompetanse, kontroll i situasjonen og informasjon er viktige sykepleieoppgaver som påvirker pasientene sin trygghet.

Abstract:

Background: Heart attack is still considered a national disease and affects between 12 000 and 15 000 people every year. I have experienced several hospital patients not getting their need for safety fulfilled. It is interesting to see that few measures can contribute to increased safety. I have therefore studied how nurses can act to increase safety for patients with anxiety after having experienced a myocardial infarction.

Thesis question: "How can nurses contribute to increased safety in patients who suffer from anxiety after a myocardial infarction?"

Aim: Get the knowledge and increase understanding, when my interest to heart attacks and the need to feel safe is high. I see this as a challenge to work on. In particular, I will increase my knowledge and understanding of how nurses can contribute to increase the feeling of being safe among myocardial infarction patients with anxiety in the hospital.

Method: I have used a literature study in this thesis. Using this method, I've gotten to know a lot of relevant research in the area. Research papers that are used describes what patients claimed nurses could help with and what was important for the feeling of safety after a myocardial infarction, and anxiety related to it.

Findings: Findings: The study showed that the overall communication, competence, control of the situation and information could increase the feeling of safety.

Conclusion: To provide safety is important in patients with acute myocardial infarction and anxiety. Comprehensive communication, competence, control of the situation and information are important nursing tasks that affect patient's feeling of being safe.

Å bli møtt som person

Den største gaven
Jeg kan tenke meg å få
Av mennesker
Er
At de ser meg
Hører meg
Forstår meg
Og tar på meg

Den største gaven
Jeg kan gi
Er
at jeg ser, hører, forstår
og tar på
et annet menneske.
Når dette har skjedd
føler jeg
at vi har skapt kontakt.

Virginia Satir

(Moesmand & Kjøllestad, 2004. s. 240)

Innhold

1.0 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	6
1.2 Hensikt.....	6
1.3 Problemstilling.....	7
1.4 Avgrensing/presisering.....	7
1.5 Begrepsavklaring.....	7
1.5 Oppgavens disposisjon.....	7
2.0 Teori.....	8
2.1 Akutt kritisk sykdom.....	8
2.2 Krise.....	8
2.3 Hjerterinfarkt.....	9
2.4 Angst.....	10
2.5 Trygghet.....	11
2.5.1 Trygghet som begrep.....	11
2.5.2 Trygghet som behov.....	11
2.5.3 Indre og ytre trygghet.....	11
2.6 Tillit.....	12
2.7. Sykepleiefaglig perspektiv.....	13
2.8 Kommunikasjon.....	14
2.9.1 Informasjon.....	14
3.0 Metode.....	16
3.1 Litteraturstudie som metode.....	16
3.2 Metodens sterke og svake sider.....	17
3.3 Litteratursøk og valg av litteratur.....	17
3.4 Kildekritikk.....	17
3.5 Etske aspekter ved forskningen.....	18

3.6 Presentasjon av utvalgte forskningsartikler	19
4.0 Drøfting	21
4.1 Den gode relasjon - et utgangspunkt for trygghet.....	21
4.2 Kompetanse øker trygghetsfølelsen	23
4.3 Å ha kontroll i situasjonen	24
4.4 Informasjonens betydning for trygghet	26
5.0 Avslutning.....	28
Litteraturliste.....	29

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hjerteinfarkt er en livstruende sykdom som fort trenger behandling. I Norge rammes mellom 12 000 – 15 000 mennesker av hjerteinfarkt hvert år. I 2010 døde 5206 menn og kvinner av hjerteinfarkt. Hjerte - kar sykdommer er den vanligste årsaken til innleggelse på norske sykehus. Hjerteinfarkt rammer som oftest aldersgruppen mellom 40 – 49 og de over 80 (Statistisk sentralbyrå, 2011). Norge har det siste tiåret økt fokuset på forebyggende og helsefremmende tiltak i form av aktiv livsstil, ny røykelov og kostholdsendringer (St.mld nr. 16, 2003). Hjerteinfarkt har en synkende grad i norsk statistikk, men kalles fremdeles for en av folkesykdommene. På verdensbasis dør rundt 17 millioner av hjerte – kar sykdommer hvert år (WHO, 2011). Ved hjerteinfarkt er livet truet og angst fremtrer som en vanlig reaksjon. I en undersøkelse gjort av Moser et al.(2007) ble 536 pasienter med hjerteinfarkt spurt om de hadde angst under sykehusoppholdet. Det viste seg at alle pasientene hadde en grad av angst.

Temaet jeg har valgt for oppgaven er hvordan jeg som sykepleier kan bidra til økt trygghet til pasienter som er rammet av angst etter et hjerteinfarkt. Først og fremst har jeg valgt dette temaet fordi jeg er interessert i fagfeltet. Jeg ønsker å fokusere på dette temaet for å få økt min kunnskap om hvordan sykepleiere kan skape gode trygghetsrammer for pasienter med angst som følge av et hjerteinfarkt. I tilegnet kunnskap ligger det også en overføringsverdi som kan brukes hos andre pasientgrupper i lignende situasjoner. Ut ifra egne praksis erfaringer har jeg opplevd at mange pasienter føler en form for angst under sykehusoppholdet. Ofte blir det fysiske behovet prioritert ovenfor det psykiske behovet til pasientene. Trygghet til denne pasientgruppen er derfor et viktig tema.

1.2 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å fordype meg i hva som er avgjørende faktorer for å kunne gi hver enkel hjerteinfarktpasient med angst, den tryggheten de har behov for. Denne kunnskapen kan brukes i møtet med pasienter som blir innlagt på intensiv, hjerteavdeling og hjerteovervåkning.

1.3 Problemstilling

”Hvordan kan sykepleier bidra til økt trygghet hos pasienter som er rammet av angst etter hjerteinfarkt?”

1.4 Avgrensing/presisering

Når et menneske får et hjerteinfarkt, er det ikke gitt at en kommer i krise. Oppgaven vil ha fokus på de pasientene som er akutt kritisk syke med angst etter et hjerteinfarkt. Oppgaven vil konsentrere seg om pasienter innlagt på hjersteovervåkning og hjersteavdeling på sykehus. Selve tidsfokuset vil være på fra sykehusinnleggelse på post til utskriving. Det vil ikke være noe skille mellom mann og kvinne. Hovedfokuset vil være på pasientgruppen over 50 år. Pårørende er en viktig støttespiller for denne pasientgruppen, som kort vil nevnes i kontekst med behovet for trygghet.

1.5 Begrepsavklaring

- *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 Oppgavens disposisjon

Oppgaven består av fem hovedkapitler. I første kapittel blir innledning, tema og problemstilling presentert. Andre kapittel inneholder en teoridel. Det vil omhandle hjerteinfarkt, akutt kritisk syk, krise, angst, begrepet trygghet, sykepleieteoretiker Joyce Travelbee, kommunikasjon og informasjon. Tredje kapittel er metodedel. Herunder følger hva metode er og en presentasjon av forskningsartikler. Kapittel fire er drøftingsdel. Her vil jeg se på oppgavens problemstilling i lys av forskningsartikler og annen litteratur, i tillegg til egne erfaringer og synspunkter. Det siste kapittelet består av en avslutning.

2.0 Teori

2.1 Akutt kritisk sykdom

Hjerteinfarkt oppstår i de fleste tilfeller brått og kan derfor medføre angst og frykt for den rammede pasient og pårørende. Situasjonen til pasienter som opplever å bli akutt kritisk syk kan fort skifte mellom å føle trygghet og utrygghet. En av sykepleierens oppgave er å gi rom for at trygghet kan skapes. Å bli akutt kritisk syk er en situasjon som preges av forandring, tap og krise (Moesmand & Kjøllesdal, 2004).

2.2 Krise

Ordet krise kommer av gresk og betyr avgjørelse eller dom. En krise er en situasjon hvor man ofte stilles ovenfor avgjørende kursendringer eller plutselig forandring i livet (Cullberg, 2007). Å være akutt syk og få et hjerteinfarkt kan sees på som en krise, ettersom det skjer uventet og plutselig (Mæland, 1997). Kriser er ikke alltid like dyptgripende og omfattende, men kommer stort sett i alle menneskers liv, enten som små eller store (Hummelvoll, 2004).

Støtte fra sosialt nettverk og helsepersonell er ofte avgjørende for hvordan man takler den nye situasjonen (Cullberg, 2007). Tanker, følelser og atferd er hvor utløste reaksjoner fra en krise kan merkes. Et følelsesmessig kaos er ofte ikke til å unngå. Følelsesmessige reaksjoner kan noen ganger gjøre at pasienten ikke er i stand til å uttrykke ønsker eller vurdere valgmuligheter. Pasienten kan få en opplevelse av å miste seg selv, og dermed miste kontroll i situasjonen (Moesmand & Kjøllestad, 2004).

Cullberg (2007) mener traumatisk krise er noe som kommer mer uventet og plutselig, og gir vanskelige ytre påkjenninger i tillegg til alvorlig sykdom. Det er en situasjon hvor mennesket føler sin fysiske eksistens, trygghet og sosiale identitet eller grunnleggende livsmuligheter truet. Tap av nære, plutselig sykdom eller ulykker er eksempler på traumatisk krise.

Cullberg (2007) identifiserer fire faser i krisen:

- *Sjokkfasen* – varierer fra timer til et par døgn. Fasen blir beskrevet som en slags drøm, hvor alt blir noe numment og uvirkelig. To normale reaksjoner som ofte fremkommer er splitting og benekting. Pasientens evne til å løse problemer vil gjerne være dårlig i denne fasen, og vil derfor være avhengig av hjelp.

- *Reaksjonsfasen* - er neste fase og pasienten blir tvunget til å åpne øynene for det som har skjedd, eller kommer til å skje. Det foregår en stor omstilling på det psykiske plan og flere forsvarsmekanismer som fornektelse og projeksjon blir mobilisert. Andre reaksjoner som angst, rastløshet og emosjonell labilitet melder seg også.
- *Bearbeidingsfasen* - den akutte fasen av krisen ender og kan vare bortimot et år. Her prøver pasienten å bli fremtidsrettet og tilpasse seg sin nye tilværelse.
- *Nyorienteringsfasen* – er den siste fase hvor situasjonen er akseptert, men pasienten må leve med ”arrene” av opplevelsen.

Som hjelper er det viktig å ha kunnskap om krisens forløp og hvilke konsekvenser det kan få for pasienter, slik at vi bedre kan hjelpe dem (Cullberg, 2007).

2.3 Hjerteinfarkt

Hjerteinfarkt er en iskemisk hjertesykdom der sykdommen skyldes redusert blodtilførsel til hele eller deler av hjertes egne blodårer. Årsaken er som oftest en rift i et aterosklerotisk plakk som er en forkalkning i åren. Denne forkalkningen gjør at det blir forsnevninger i koronararterie som igjen utgjør en akutt trombose (Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise, 2009). Etter forkalkning oppstår en betennelsesreaksjon der det døde muskelvevet erstattes med bindevev. Ved hjerteinfarkt er faren for plutselig død størst de første timene. Den som rammes opplever som oftest smerter i bryst med utstråling til nakke, arm og kjeve. I tillegg er kvalme og brekninger av og til ledsagende i forbindelse med et hjerteinfarkt (Eikeland, Haugland & Stabberud, 2010).

Ved behandling av hjerteinfarkt er det først og fremst lindring av smerte og hindre ytterlige skade på hjertemuskulaturen som har førsteprioritet. Noe av det første som blir gitt er acetylsalisylsyre, morfin, nitroglyserin og oksygen. Percutan koronar intervensjon eller PCI, også kalt ”blokking” er ofte den mest hensiktsmessige behandlingen av akutt hjerteinfarkt. Prosedyren utføres ved å føre en ballong inn i koronararterien via lysken, for så å blåse opp ballongen, som åpner opp og forbedre blodtilførselen i kransarterien. Dette etterfølges med å legge inn en stent som hindrer blodåren i å falle sammen. Et alternativ til PCI er trombolytisk behandling, som går mer direkte på selve tromben. For at noen av disse behandlingene skal fungere er det viktig å komme så tidlig som mulig til sykehus. Helst under en og en halv time

(Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise, 2009). Hos pasienter med akutt hjerteinfarkt er angst vanlige erfaringer (Hummelvoll, 2004).

2.4 Angst

Angst er ofte beskrevet som en indre uro (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2010). Angst kan oppleves som en ubehagelig bekymring og uro, eller en underlig forutanelse av noe truende. Redselen for plutselig død er den første og sterkeste følelsen som kommer. Frykten for ikke å eksistere er sterk og trussel for å dø kan danne følelsen av angst (Hummelvoll, 2004).

Moesmand & Kjøllestad (2004) deler angst opp i tre nivåer:

- *Mild angst* er ofte en forventet reaksjon på sykdommen, og motiverer gjerne pasienten til å gjøre noe med situasjonen. På dette stadiet er angsten håndterlig på egen hånd.
- *Moderat angst* er pasientens mulighet til å uttrykke sine egne behov redusert. Pasienten er mindre mottakelig for informasjon.
- *Sterk angst* vil si at pasienten er helt ute av stand til å ta imot informasjon og fokusere på situasjonen videre.

Frykt og angst sees ofte på som synonyme. Frykt er en følelse som går hånd i hånd med følelsen av angst. Men ser man på det psykologiske, er det et klart skille mellom dem. Angst oppstår når vårt eksistensielle behov er truet, mens frykten oppstår når en fokuserer på truslene som ligger utenfor eller i fremtiden. Ved hjerteinfarkt er det ofte ikke angsten for å dø, men frykten for å dø brått eller i smerter som dominerer (Falk, 1999). Ved akutt sykdom og krise er det flere faktorer som spiller inn hos pasienter som opplever angst. Faktorer som utrygghet i egen og ny situasjon, personalets kompetanse og mangel på personlig kontroll i selve situasjonen er ofte tilstede (Moesmand & Kjøllestad, 2004).

Atferden til pasienten kan komme til uttrykk direkte eller indirekte ved angst. Læringsevnen, vurderingsevne, tenkeevne, egen kontroll og mulighet til å ta til seg informasjon blir påvirket av hvor sterkt pasienten er preget av angsten. Med andre ord påvirker angsten hele mennesket både fysisk, psykisk og åndelig (Travelbee, 1999). For å kunne gi trygghet til pasienter med angst må en som sykepleier søke etter behovet for trygghet, angstreduksjon og kunnskap om angst (Hummelvoll, 2004).

2. 5 Trygghet

Trygghet er noe de fleste kjenner til, men som ikke alltid er like lett å definere. De fleste pasienter som er innlagt på sykehus har et behov for trygghet, og det er en del av sykepleieren sin jobb å gi denne tryggheten til pasientene. Ord som ofte brukes for å forklare begrepet trygghet er harmoni, tillit, fotfeste, sjelefred og balanse. Trygghet er noe som føles på kroppen og som skjer gradvis i møte med andre mennesker. Når man er trygg, føler man seg beskyttet og utenfor fare (Thorsen, 2005).

2. 5. 1 Trygghet som begrep

Ved å se på begrepets opprinnelse er ”trygg” beskrevet som pålitelig, sikker, sikret, ubekymret, tro, ærlig og sann. Egenskaper som pålitelig, trofast og ærlig er ønskelig hos sykepleier. Trygghet har ingen mulighet og kvalitetsikres slik sikkerhet kan. Sykepleiere har også et ansvar i forhold til det å utføre sykepleie som gjør at sikkerheten blir ivaretatt. Teknologisk trygghet omhandler elektromedisinsk utstyr, brannsikkerhet og prosedyrer. Disse ferdighetene er også viktig for å bidra til et trygt og sikkert miljø under sykehus oppholdet (Thorsen, 2005).

2.5.2 Trygghet som behov

Fra et sykepleie perspektiv, er trygghet ofte noe som et menneske har behov for ved akutt sykdom og innleggelse på sykehus. Den humanistiske psykologen Abraham Maslow har opparbeidet en hierarkisk pyramide over våre grunnleggende behov. Han mener trygghet og sikkerhet er behov som melder seg etter mat og husly. Forutsigbarhet og beskyttelse er sentrale ord i det å være trygg. Maslow knytter fenomenet opp mot små barn, men mener likevel trygghet er noe vi alle trenger fra tid til annen. Å være innlagt på sykehus kan forandre hele livet slik man er vant til, og det kjente blir gjerne ukjent. Trygghet er derfor et behov de fleste trenger i en slik situasjon, som sykepleier må skape (Thorsen, 2005). Grunnlaget for trygghet kommer fra håpet om at en vil motta hjelp når en trenger det (Travelbee, 1999).

2.5.3 Indre og ytre trygghet

Det skilles mellom to dimensjoner: en indre trygghet og en ytre trygghet. Indre trygghet er opplevelsen av en indre tilstand i mennesket. Indre trygghet kommer fra en positiv oppvekst med en forankring i et livssyn. Å ha en personlig tro er ofte en styrke for pasienter som opplever sykdom. Religion gir ofte mening til vanskelige livssituasjoner. Troen kan gi

trygghet og ro til pasientene (Kristoffersen, 2005). Thorsen (2005) skriver at en kan oppleve indre trygghet til tross for en barndom fylt med vonde opplevelser. De vonde opplevelsene kan gjøre en rustet til å møte livet. Ytre tryggheten er situasjonsrelatert og går ut på å knytte våre relasjoner til omverden. En god grunntrygghet gir mulighet for en god ytre trygghet (Thorsen, 2005).

Ytre trygghet deles i flere dimensjoner:

Relasjonstrygghet knyttes til nære og solide relasjoner. Denne tryggheten kan oppstå innenfor familie, venner og andre bekjente. Å være tilgjengelig og tilstede når en trengs er viktig for relasjonstryggheten. Trygge relasjoner handler om åpenhet, gjensidighet, forståelse, ærlighet og evnen til å nå hverandre. Som sykepleier vil utstråling av trygghet vises ved å opptre rolig, varm, hyggelig og ikke minst kunne ha fysisk kontakt med pasienten. Når det gjelder *Stole – på – andre – trygghet*, vil det være knyttet opp mot situasjoner en ikke styrer selv. Det er en slags grensesituasjon hvor livet kan være truet, som for eksempel ved hjerteinfarkt. I en slik situasjon blir pasienten sitt liv lagt i sykepleierens hender, og en er avhengig av å få hjelp. *Kunnskaps – og kontrolltrygghet* er essensielt. Det å være sykepleier er et stort ansvar hvor kunnskap og ferdigheter er helt nødvendig. Som sykepleier må man alltid vite hva og hvorfor man handler som man gjør (Thorsen, 2005).

2.6 Tillit

Tillit vil si å ha tiltro til godhet og gode hensikter hos andre mennesker. Med tillit velger en å åpne seg og bli sårbar. Dette er noe som sykepleier kan bruke for å skape en relasjon, eller misbruke ved å ha makten. Tillit er ofte noe en må gjøre seg fortjent til som profesjonell. Noen ganger tar det tid, andre ganger er tilliten der allerede etter første møte (Kvåle, 2006).

Det er viktig for sykehusoppholdet at pasienter i krise fort får opparbeidet tillit til sykepleierne. Åpenhet og gjensidighet er med på å gjøre krav på tilliten om at vi vil hverandres beste. På sykehus kan sårbarhet og usikkerhet råde over pasientene. Sykepleiere sin makt kan noen ganger blir større enn hva en selv tror. Pasienter legger sin personlige tillit til sykepleierne, med at de blir møtt med god omsorg, ærlighet, er lydhør og oppmerksom, viser engasjement, er pålitelig og viser respekt. Det er avgjørende for videre forløp at sykepleierne vil pasientens beste, slik som resten av familien gjør. Derfor vil tillit fra begynnelsen være sentralt for å kunne oppnå god sykepleie (Moesmand & Kjøllestad, 2004).

2.7. Sykepleiefaglig perspektiv

I oppgaven er Joyce Travelbee sin sykepleieteori valgt på grunnlag av relevansen for min problemstilling. Travelbee (1999) retter sin sykepleietenkning på de mellommenneskelige aspektene ved sykepleien og hvordan en relasjon kan oppstå mellom to parter. Hovedbegrepene i teorien er mennesket som individ, lidelse, mening, menneske – til – menneske forhold og kommunikasjon. Hun mener sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor det skjer en gjensidig påvirkning mellom pasient og pleier.. Har et menneskesyn som går ut på at enhver person er unik og forskjellig, som ikke kan sammenlignes med hva noen andre har gjort før eller etter. Det er enkeltmenneske som står i fokus. Travebee (1999) understreker at sykepleiere alltid må gå inn med blanke ark. Hvis sykepleierne tenker og handler etter sitatet ”du er bare en av mange pasienter”, kan det gå utover menneske – til menneske – forholdet.

Travelbee (1999) skriver for at selve menneske – til menneske – forholdet skal bli til og sykepleiens hensikt skal oppnås, må det settes i gang en interaksjonsprosess med flere faser:

Den første fasen er det *innledende møte*. Her kjenner ikke pasient og sykepleier hverandre, og begge parter går ut ifra vanlige forventninger av hverandres roller. Etter første fase kommer *fremvekst av identiteter*. Her ser partene hverandre som individuelle, særegne personer. Sykepleier får en dypere forståelse av situasjonen og pasienten i den. Samtidig vil pasienten skjønne at sykepleierne er forskjellig fra de andre. Når disse fasene er etablert vil *empati* oppstå hos sykepleier. Empati er evnen til å ta del i den psykiske tilstanden til pasienten. Travelbee (1999) skriver at empati bygger på noe likhet mellom partene, men at det forutsetter at sykepleier har opplevd noe lignende før. Som et resultat av empati kommer *sympati*. Det er et ønske om å kunne hjelpe pasienten, hvor holdning eller innstilling er sentralt. Tanker eller følelser fra sykepleier vil bli overført til pasienten, og kan igjen hjelpe han til å mestre situasjonen. Ut ifra disse fasene får pasient og sykepleier gjensidig forståelse og kontakt, som fører til tillit mellom partene, og gjør pasienten trygg (Travelbee, 1999).

Travelbee (1999) vektlegger kommunikasjon i sin sykepleieteori og mener det er verktøyet som sykepleiere kan bruke til å oppnå et menneske – til – menneske- forhold. Et forhold hvor vi som sykepleier ser hva den syke trenger igjennom interaksjonsprosessen og terapeutisk bruk av seg selv. Terapeutisk bruk går ut på at sykepleieren er reflektert over sine holdninger og handlinger i samhandling med pasienten. Sykepleier bruker sin personlighet bevisst og

hensiktsmessig i møte med pasienten. En god sykepleier bruker seg selv som person og er tilstede i situasjonen med hele seg (Travelbee, 1999).

2.8 Kommunikasjon

Eide og Eide (2010) skriver at selve begrepet kommunikasjon kommer fra det latinske ordet *communicare*. Det betyr å gjøre noe felles, gjøre en annen delaktig i noe eller ha forbindelse med noen. Med andre ord oppstår det en relasjon, som i dette tilfelle blir mellom pasient og sykepleier. Moesmand og Kjøllestad (2004) forklarer at å være redd og å ha angst kan påvirke kommunikasjonsmulighetene. Profesjonell kommunikasjon er dermed et nøkkelord i arbeidet som sykepleier. Det vil si å inneha kunnskaper på flere områder som praktiske handlinger og interpersonelle ferdigheter. Noen ganger er det vanskelig å forstå situasjonen til den akutt kritisk syke. Den akutt kritisk syke er i en spesiell situasjon, mens vi som sykepleier er i en arbeidssituasjon. Vi må prøve å forstå og være der pasienten er i forhold til reaksjoner og følelser. En skal hjelpe den som trenger det, ut ifra sine egne kunnskaper om kommunikasjon og i forhold til den pasientgruppen man er der for. Kommunikasjonen skal derfor være pasientrettet (Eide & Eide, 2010).

Som mennesker formidler vi tanker og følelser ved kommunikasjon. Eide og Eide (2010) bruker uttrykket hjelpende kommunikasjon som skal være til hjelp for pasienten. Hjelpende kommunikasjon er anerkjennende, skaper tillit og formidler informasjon på måter som påvirker pasienten til å kontrollere situasjonen på best mulig måte. Hver pasient er unik og har unike behov. Hjelpende kommunikasjon skal være pasientrettet. Det er ingen enkle, fastsatte oppskrifter på hvordan man bør opptre i den enkelte situasjon. Derfor kan en rekke aspekter være sentral for at kommunikasjonen skal fungere. Noen av disse er å fortolke verbale og nonverbale tegn, skape likeverdige relasjoner, være lyttende, observere, gi klar og forståelig informasjon og møte pasientens behov på en god måte (Eide & Eide, 2010).

2.9.1 Informasjon

I henhold til pasientrettighetsloven § 3- 1 skal pasienten ha informasjon som er nødvendig for å kunne ha innsikt i sin egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (pasientrettighetsloven, 1999). Informasjon gis ofte som veiledning eller undervisning. For å kunne gi pasienten nyttig informasjon trenger først og fremst sykepleier informasjon om den akutt kritiske syke og hans mål, verdier og karakteristika (Moesmand & Kjøllestad, 2004). Som sykepleier

handler informasjonsplikten om å informere pasienten om diagnose, prognose, undersøkelses- og behandlingstiltak, pleietiltak og påkjenninger som følge av behandling (Molven, 2009).

Å ha oppmerksomhet rundt psykiske reaksjoner som angst er viktig ved informasjonsformidling. Oppfattelsen av informasjonen kan være varierende ettersom pasienten er preget av akutt kritisk sykdom og angst. Pasienter med høy grad av angst får ofte med seg svært lite av informasjonen som blir gitt, noe som er nødvendig å ta hensyn til. Som sykepleier er man nødt til å kjenne til pasienten og situasjonen, for å kunne vite når det er mest hensiktsmessig å gi informasjon til pasienten (Moesmand & Kjøllestad, 2004).

Balansegang er et stikkord i sammenheng med informasjon. Det er et slags doseringsansvar om hvor mye informasjon pasienten skal ha, når den skal gis, muntlig eller skriftlig og på hvilken måte informasjonen blir presentert. Rett dosert og forståelig informasjon kan gi den akutt kritisk syke en opplevelse av personlig kontroll. Kunnskapen som pasienten får kan være med på å redusere angst og igjen gi trygghet (Moesmand & kjøllestad, 2004). Viten om det som gjelder en selv er viktig for å kunne ha oversikt, planlegge, ha kontroll og derav føle seg trygg i egen situasjon (Molven, 2009).

3.0 Metode

Metode er en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare. Metoden forteller oss hvordan vi skal gå frem for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Grunnen for å velge en bestemt metode er fordi den kan gi oss gode data og igjen besvare spørsmålet best mulig. Det brukes to metoder; kvalitative og kvantitative (Dalland, 2008).

Kvalitativ metode forbindes med sosialantropologi og sosiologi, fenomenologien og hermeneutikken. Det finnes flere ulike kvalitative metoder, og disse kan deles inn i språkorienterte, tolkende og beskrivende metoder. Disse konsentrerer seg om få enheter, men de undersøkes grundig og får deretter mange opplysninger. Forskerne har et nært forhold til det som skal undersøkes, og det blir ofte brukt observasjoner, samtaler og intervjuer. I denne metoden stiller forskeren med blanke ark (Olsson & Sørensen, 2003).

Kvantitativ metode bygger på naturvitenskapen hvor positivismen står sentralt. Det vil si at man skaffer seg sammenlignbare opplysninger om flere enheter, for deretter å omformulere de i form av målbare enheter. Den kvantitative forskningen tar utgangspunkt i tidligere forskningslitteratur og fra forskeren sine egne erfaringer. Denne metoden blir delt inn i beskrivende og forklarende prosjekter (Olsson & Sørensen, 2003)

Begge metodene skal skape en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i og hvordan samhandling er blant grupper, institusjoner og mennesker (Dalland, 2008).

3.1 Litteraturstudie som metode

Opgaven gjennomføres som en litteraturstudie, inspirert av en systematisk litteraturstudie. Mulrow og Oxman definerer en systematisk litteraturstudie ved at den utgår med en tydelig fremstilt problemstilling, som skal besvares systematisk gjennom å velge, identifisere, vurdere og analysere resultatene. En litteratur studie inneholder altså et systematisk søk, hvor en kritisk gransker og gjør en sammenfatting av litteraturen innenfor et valgt problemområde (Fosberg & Wengstrøm, 2008). Metoden skal inneholde bakgrunn, formål, spørsmålsstillinger og innsamlingsmetode. Det enkleste er å hente data fra et antall vitenskapelige artikler, som igjen bør være de mest relevante for studien. Etter innhenting av data er det en egen drøftingsdel hvor man setter innsamlingsdata fra artiklene i dialog med bakgrunns litteratur (Olsson & Sørensen, 2003).

3.2 Metodens sterke og svake sider

Fordelen med litteraturstudie er at det vanligvis er lett å finne gode og relevante kilder som kan brukes. I tillegg er de artiklene vi finner i vitenskapelige tidsskrift og søke-monitorer sikre kilder som har gjennomgått en vurdering. Dette fungerer som en ressurs sparende metode (Dalland, 2008).

Ulempen med litteraturstudie er at vi må være kritisk til litteraturen vi finner. Litteraturen kan blant annet være for gammel til at den er relevant den dag i dag. Videre kan fortolkninger av oversettelse fra andre språk gjøre at man må stille seg kritisk. Forskning som er gjort i land med annen kultur kan også ha lite relevans (Dalland, 2008).

3.3 Litteratursøk og valg av litteratur

I oppgaven er det brukt relevante forskningsartikler og pensumlitteratur, da dette belyser og gir svar på oppgavens problemstilling. Det er også blitt brukt noe selvvalgt litteratur. For å finne ulike forskningsartikler, ble følgende databaser og søkemonitorer som SveMed+, Cinahl, Proquest, Pubmed, Journal of Clinical nursing, European journal, Cardiovascular Nursing, sykepleien.no og Vård i Norden brukt. Høyskolens database, Bibsys, ble også benyttet for å få oversikt over bøkene på biblioteket.

Følgende søkeord ble brukt: ”Hjerteinfarkt”, ”angst”, ”kommunikasjon”, ”trygghet”, ”Informasjon” og ”krise”.. På engelsk : “Myocardial infarction”, “heart attack”, “communication”, “anxiety”, “nurse”, “safety”, “feeling safe”, “hospital”, “critical care”, “Information”, “Information needs” og “patient”. Søkeordene ble brukt både sammen og uavhengig av hverandre.

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk er metoder som brukes for å finne ut om en kilde er sann eller ikke. Det vil si at man vurderer og karakteriserer de kildene som brukes. Kildekritikk har til mål å få leserne til å ta del i den refleksjonen som er blitt gjort over litteraturens gyldighet og relevans for problemstillingen. Derfor er det viktig å kunne gi rede for hvor og hvordan en fant litteraturen og i tillegg om det var lett eller vanskelig (Dalland, 2008).

Primærkilde betegnes som en original utgave. Dette er for eksempel kilder som rapporter fra enkeltstående forsknings – eller fagutviklingsprosjekter. Normativ kunnskap som blir

presentert i lover, forskrifter, offentlig utredninger og etiske retningslinjer er også primærkilder når selve innholdet blir referert (Bjørk & Solhaug, 2008).

Sekundærkilder er bearbeidet litteratur fra primærkilden. Sekundærkilde støtter seg til en annen forfatters framstilling. Eksempler på sekundærkilder er kapitler i bøker som referer til andre kilder og fagartikler (Bjørk & Solhaug, 2008). Det er med andre ord viktig å holde seg kritisk til kildemateriale som brukes, og tenke på at litteraturen bør være oppdatert i dagens lys. Primærkilder er å foretrekke foran sekundærkilde så lenge det er mulig (Dalland, 2008).

I oppgaven er det valgt både primær og sekundærkilder. Der det har vært mulig har primærkilder vært tatt i bruk. Sekundærkilder er brukt når primærkilder er utilgjengelig eller utlånt fra biblioteket. Bøkene "Helt, ikke stykkevis og delt" av Hummelvoll (2004), "Sykepleie og Jus" av Molven (2009), "Grunnleggende sykepleie" av Kristoffersen (2005) og "Å være akutt kritisk syk" av Moesmand & Kjøellstad (2004) er sekundærkilder. Disse bøkene er også de mest brukt i oppgaven, sammen med "Mennesker i krise og utvikling" av Cullberg (2007). Primærkilder som blant annet Boken "Å være der du er, en samtale med kriserammede" av Falk (1999), "Mellommenneskelige forhold i sykepleie" av Joyce Travelbee (1999) og "Hjerteinfarkt" av Mæland (1997) er eldre enn ti år, men er benyttet fordi innholdet fremdeles sees på som like relevant den dag i dag og er også aktuell for min problemstilling.

Jeg har videre stilt meg kritisk til artiklene som er brukt i oppgaven ved å se på det etiske aspektet ved forskningen.

3.5 Etiske aspekter ved forskningen

Etikk er veiledende og grunnlaget for vurdering når vi blir stilt ovenfor vanskelige avgjørelser og før en skal handle. Forskningsetikk er et område som kan komme i konflikt med politiske, samfunnsmessige og allmenmoralske vurderinger. All forskning og derav ny kunnskap som blir belyst må ikke skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd. Det skal derfor ikke behandles personopplysninger direkte. Forfatterens arbeid skal ivaretas, og dermed ikke endres. Kildehenvisninger må også brukes, samtidig som man ikke må ta æren for det forfatteren har skrevet (Dalland, 2008).

Artiklene som brukes i oppgaven har anonymisert sine informanter og fått muntlig eller skriftlig godkjenning til forskning. Artiklene er også godkjent av egne sykehuskomiteer` der

forskningen ble gjort, human subject protection comitee, eller overholdt etisk krav til forskning nedfelt i helsinkidelkerasjonen.

3.6 Presentasjon av utvalgte forskningsartikler

Feeling safe: The Psychosocial Needs of ICU Patients (Hupcey, 2000). Kvalitativ undersøkelse. Hensikten med studien er å kartlegge faktorer som bidro til trygghet. Funn: Å gjenvinne kontroll var viktig, ettersom pasientene synes det var vanskelig å ta vare på og bestemme over seg selv. Pasientenes følte trygghet når sykepleierne var synlig, tilgjengelig og derfor hadde mulighet til hjelp når som helst. God informasjon og kunnskap hos sykepleieren var også betryggende for pasientene. Jeg har valgt å bruke denne artikkelen på grunn av det ikke er gjort mye forskning på begrepet trygghet de senere årene. Studien er gjort på intensiv avdeling, men er relevant siden det jobber både spesial, og vanlige sykepleiere ved hjerteovervåkingen.

Older adults `perception of feeling safe in an intensive care unit (Lasiter, 2011). Kvalitativ studie. Hensikten med studien var å kartlegge eldre pasienter sin forståelse av hva som gjør en trygg på en intensiv avdeling. Funn: Pasientene følte seg trygge når de kunne kontakte sykepleierne til alle tider, se eller høre de fra rommet. I tillegg bidro egen kontroll i situasjon, informasjon og kunnskap hos sykepleierne til trygghet. Jeg har valgt å bruke denne artikkel grunnet sykepleiere uten videreutdanning også har mulighet til å arbeide på en intensiv/hjerteovervåking avdeling.

Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel (Höglund, Winblad, Arnetz & Arnets (2010). Kvalitativ studie. Hensikten med studien var å undersøke pasienter og sykepleierne sin oppfatning av kontroll og medbestemmelse. Funn: informasjon og følelse av kontroll i situasjonen gjorde at pasientene følte trygghet under oppholdet. Lite tid og kunnskap hos sykepleierne skapte igjen hindringer og usikkerhet for pasientene sin trygghet.

Impact of Anxiety and Perceived control on in- Hospital Complications after Acute Myocardial Infarction (Moser, Riegel, McKinley, Doering, Kyunegh, & Sheahan, 2007). Kvalitativ studie. Hensikten med studien var å se på sammenheng mellom angst og oppfattelse av kontroll. Funn: i studien kom det frem at alder hadde innvirkning på angstnivå, og derav var det de yngre som hadde det høyeste angstnivået. Kontroll over situasjonen gjorde

at angstnivået ble lavere. En følelse av kontroll ble oppnådd når pasientene fikk overblikk over situasjonen og undervisning.

Am I Safe Here? (Wolsin, Vercler & Matthews, 2006). Kvantitativ studie. Hensikten med studien var å se ulike områder som kunne optimalisere trygghetsfølelsen hos pasientene. Funn: Pasientene følte seg ganske trygg under sykehusoppholdet ved mottakelse av informasjon fra sykepleier. Trygghetsfremmende informasjon fra sykepleier var om behandling, teknisk utstyr, avdelingen og hvordan sykehussystemet fungerte.

Effect of Gender and Preference for Information and Control on Anxiety Early After Myocardial Infarction (Garvin, Moser, Riegel, McKinley, Doering & Kyungeh, 2003)

Kvantitativ studie. Hensikten med studien var å se på forholdet mellom angst og preferansen for kontroll og informasjon av begge kjønn. Funn: pasientene som fikk og søkte informasjon hadde et lavere nivå av angst. Pasientene som opplevde kontroll under oppholdet hadde også et lavere angstnivå og fikk derav ro og trygghet.

Den omsorgsfulle sykepleier- slik pasienter ser det (Kvåle, 2006)

Kvalitativ studie. Studien belyser omsorg sett fra pasientens perspektiv, og dreier seg om hva pasienten opplever som god omsorg og hva som bidrar til trygghet. Funn: Pasientene følte trygghet og opparbeidet tillit når sykepleierne var hyggelige og smilende, genuint interessert i pasienten som individ, ga informasjon og var tilstedet.

Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon (Grønnestad & Blystad, 2004).

Kvalitativ studie. Hensikten med studien var å se på betydningen av informasjon for postoperative pasienter. Funn: pasientene fant trygghet i informasjonen som ble gitt. Informasjon om behandling og reaksjoner var trygghets fremmende. Sykepleiere som informerte hadde kompetanse og kunnskap, som gav pasientene følelsen av tillit og trygghet. Pasientrollen ble tryggere ved informasjon.

Kort oppsummert handler artiklene om hvordan sykepleierne kan bidra til økt trygghet hos pasienten. I følge funn i artiklene var faktorer som å skape en relasjon, se, lytte, være tilgjengelig, hyggelig, åpen, ærlig, overvåke, ha samtaler, informere og ha kunnskap viktig for følelsen av trygghet hos pasientene.

4.0 Drøfting

”Hvordan kan sykepleier bidra til økt trygghet hos pasienter som er rammet av angst etter hjerteinfarkt?”

Hjerteinfarkt er en akutt kritisk tilstand hvor pasienten plutselig kommer i en ukjent situasjon. Vår grunnleggende behov for trygghet melder seg.

4.1 Den gode relasjon - et utgangspunkt for trygghet

I studien utført av Kvåle (2006) viser det seg at pasientene fort merket hvem som brydde seg. De sykepleierne som brydde seg utover det som var helt nødvendig, gav dem opplevelsen av trygghet. Sykepleierne hadde en spesiell utstråling og væremåte hvor en uforklarlig kontakt oppstod. Videre kom dem frem at pasientene fikk en følelse av å være unik som gjorde dem trygg. Travelbee (1999) belyser viktigheten av at hver pasient må sees på som et enkelt individ, som er unik og ulik noen annen. Hun skriver også at en relasjon ikke kan oppstå uten et menneske – til – menneske forhold. Kvåle (2006) får videre frem at om pasientene følte en trygghet og et bånd til sykepleierne, var det en gjensidig følelse tilbake

Tilbakemeldingene fra Hupcey (2000) sin studie viste det seg at informantene anså tillit til sykepleierne som avgjørende for trygghetsfølelsen. Pasientene som ikke stolte på og derav ikke hadde tillit til sykepleierne følte seg utrygg i situasjonen. Tillit er noe som i følge Travelbee (1999) avløses av trygghet i etablering av menneske – til – menneske forholdet. Tillit og trygghet er derfor en forutsetning for hverandre. Det fremkommer videre i studien til Hupcey (2000) at tillit var tilstedet når sykepleieren viste genuin interesse i pasientene. Kvåle (2006) belyser også viktigheten av at i pasientene fortere fikk tillit og trygghet når sykepleieren var interessert i pasienten som en enkelt person Opparbeiding av tillit mellom pasient og sykepleier var derfor avgjørende for følelsen av trygghet. Ifølge Travelbee (1999) er det essensielt å se hele pasienten når en utøver sykepleie. Moesmand og Kjøllestad (2004) hevder at pasientene legger sin personlige tillit til sykepleierne. De forventer å bli møtt med engasjement, åpenhet og respekt. I følge Travelbee (1999) er terapeutisk bruk av seg et viktig element for å skape en relasjon med fullverdig tillit og trygghet. Det vil si at sykepleieren må bruke sin egen personlighet i samhandling med pasienten. Dette innebærer blant annet å være reflektert over egne holdninger og handlinger.

I studien til Lasiter (2011) fremkommer det at å bli sett og overvåket av sykepleieren førte til økt trygghet, samtidig som følelsen av angst ble redusert. Studien til Kvåle (2006) viser at en

viktig del av det å bli sett var sykepleiere som husket navnet til pasientene, skjønte hva de ville, ønsket og tok hensyn til dem. Det betydde at sykepleierne visste og husket noe om situasjonen til pasienten. Relasjonstrygghet kan trekkes frem i sammenheng med sykepleier – pasient forhold. Som sykepleier skaper en trygge relasjoner ved å være åpen, ærlig, ha forståelse og vise interesse for pasienten. Som sykepleier bør en utstråle trygghet ved å være rolig, varm, hyggelig og åpen for fysisk kontakt (Thorsen, 2005). Flere pasienter jeg møtte i praksis opplevde å føle seg utrygg da personalet hadde forskjellige holdninger til dem. Ved å være helsepersonell mener jeg det er essensielt at personalet er bevisst på å ha en noenlunde lik holdning. Det er viktig for pasienten sin trygghet at personalet også formidler det samme. Dette kan gjerne gjøres ved å tilstrebe at noen sykepleiere har hovedansvaret for de samme pasientene, slik at pasientene ikke må åpne seg på nytt hver gang det er vaktskifte.

Tilgjengelighet og det at man er der når det trengs er viktig for å oppnå trygghet hos hjerteinfarkt pasienter med angst. I en studie utført av Lasiter (2011) forteller pasientene at tilgjengelighet og synliggjøring hos sykepleierne var viktig for trygghetsfølelsen. Sykepleieren viste seg, lot døren stå åpen og var dermed tilgjengelig når pasienten trengte hjelp. Disse tiltakene gjorde at pasientene opplevde trygghet og redusert følelse av angst. Videre påpekte informantene at desto mer sykepleierne var innom på rommet, desto tryggere ble de. Tilbakemeldingene fra Hupcey (2000) sin studie viser også til økt trygghet hos pasientene når sykepleierne var tilgjengelige, slik at de kunne få hjelp med engang. Det var av betydning i Kvåle (2006) sin studie at noen av sykepleierne kom og satt seg ned for å prate eller gjorde avtaler med pasientene om å komme tilbake litt senere. Slik ble tryggheten og relasjonen opprettholdt. Travelbee (1999) beskriver at en god sykepleier er tilstedet i situasjonen med hele seg. I praksis er det ikke alltid like lett å være tilgjengelig for pasientene hele tiden, grunnet fulle avdelinger og mangel på personell. Selvopplevde erfaringer fra praksis gjør at jeg kan si meg enig i at tilgjengelighet og hyppig besøk på pasient rommene gir mange en følelse av trygghet.

Hupcey (2000) trekker frem at sykepleierne trøstet, beroliget og oppmuntret pasientene som følte angst og uro. Ofte var det nok at pasientene viste med blick og kroppsspråk at noe var galt. Lasiter (2011) sin studie påpeker også at pasientene fikk inntrykk av at sykepleierne kunne se og føle behovet for kontakt. I tillegg til verbal kommunikasjon, er nonverbal vel så viktig. Å observere de nonverbale tegnene til pasienten er sentralt i sykepleien. Blick, ansiktsuttrykk og kroppsspråk er en del av pasienten hvor uttrykk for glede, sorg, angst og smerter kan komme tilsyne (Eide & Eide, 2010). Man kan tolke dette på den måten at det er

nødvendig å se på pasientene sine nonverbale holdning, ettersom det ofte kan komme klare tegn til utrygghet som sykepleierne bør få med seg.

4.2 Kompetanse øker trygghetsfølelsen

I en undersøkelse gjort av Lasiter (2011) kommer det frem at opplevelsen av en usikker og mindre kunnskapsrik sykepleier forsterket følelsen av angst og gjorde derfor pasientene utrygg. Angst og utrygghet ble utløst hos pasienter som overhørte sykepleiernes mange spørsmål rundt situasjonen og pleien de selv mottok. Moesmand og Kjøllestad (2004) hevder på lik linje at personalets kompetanse har innvirkning på pasientens opplevelse av angst og trygghet. Har sykepleier lite kunnskap blir pasienten usikker og derav utrygg i situasjonen. Angst er ofte en av de første psykiske reaksjonene som kommer sammen med en ny og utrygg situasjon. I rollen som sykepleier er det derfor viktig å bli kjent med pasienten og ha kunnskap om krisens forløp for å prøve å forstå hvor de er i forløpet. Med denne kunnskapen kan en videre skape trygghet (Moesmand & Kjøllestad, 2004). Hummelvoll (2004) belyser viktigheten av at sykepleier må søke etter nødvendig kompetanse for å kunne gi trygghet til pasienter med angst. I studien til Hupcey (2000) forteller også flere av informantene at de ble utrygg og hadde en sterkere følelse av angst når sykepleierne ikke hadde nok kunnskap. Istedenfor at sykepleierne overvåket pasientene, overvåket pasientene sykepleierne. Kunnskaps – og kontrolltrygghet er essensielt for å få trygghet hos pasienten. Sykepleieren har et stort ansvar og må tilegne seg den kunnskap og ferdigheter som gjør trygghet mulig. Å være sykepleiere innebærer å vite hva du gjør og hvorfor du gjør det (Thorsen, 2005). I studien utført av Wolosin, Vercler og Matthews (2005) blir det også belyst at kunnskap hos sykepleierne stod i sterk sammenheng med følelsen av trygghet hos pasientene. I forholdet mellom sykepleier og trygghet er det sentralt at sykepleier blir bevisst på hvordan han eller hennes trygghet vises hos pasienten. Sykepleier må inneha en trygghet som gjør at den kunnskap og ferdighet som vises er god nok. Det handler om å være trygg på sin egen yrkesutøvelse (Thorsen, 2005).

Tilbakemeldingene fra undersøkelsen til Hupcey (2000) viste at faktorer som teknisk kompetanse hos sykepleierne var viktig for tillitsbygging og trygghet. Teknisk kompetanse er også noe en som sykepleier har ansvar for. Om disse ferdighetene er på plass vil det bidra til økt trygghet hos pasienten (Moesmand & Kjøllestad, 2004). Dette underbygger også resultatene som kom frem i Lasiter (2011) sin studie. Det var av stor betydning at sykepleierne kunne håndtere de ulike teknologiske hjelpemidlene, som for eksempel

overvåkingsutstyr. Pasientene hadde tillit til at sykepleierne kunne jobben sin og dermed følte de seg trygg. Den graden av angst pasientene hadde ble også mindre. I følge Lasiter (2011) kom det videre frem at informantene synes sykepleierne gav uttrykk for kompetanse når de snakket med dem imens de holdt på å ordne og sjekke utstyr på rommet. Dette førte til at pasientene ble enda tryggere i situasjonen. Kvåle (2006) understreker også i sin studie at trygghet ble skapt når sykepleiere pratet med pasientene da de blant annet holdt på med utstyr. Vender man blikket mot praksis kan man noen ganger se at pasienten blir skeptisk om tekniske utstyr blir håndtert feil. På sykehus er det som oftest både nyutdannet og erfarne sykepleiere på jobb. I praksis opplevde jeg ofte at erfarne sykepleiere hadde et større overblikk, og klarte derfor å utføre flere ting samtidig. I noen tilfeller vil gjerne erfarne sykepleiere være viktig for pasienter med angst, ettersom erfarne gjerne utstråler en større trygghet. Som nyutdannet er det ofte nødvendig å søke råd og hjelp hos erfarne sykepleiere for og selv kunne bidra til å gjøre situasjonen tryggere for pasientene.

4.3 Å ha kontroll i situasjonen

For pasienter med angst er det viktig å ha opplevelse av kontroll for å kunne føle seg trygg i egen situasjon. Med personlig kontroll kan akutt kritisk syke pasienter også få redusert angsten (Moesmand & Kjøllestad, 2004). Studien til Garvin et al.(2003) kom frem til at det ikke var noen sammenheng mellom angstnivå og behovet for personlig kontroll. Resultatene til Lasiter (2011) viser derimot at pasientene som mente de hadde kontroll over egen situasjon følte seg tryggere. Uten følelsen av personlig kontroll økte angsten. En av pasientene forteller at det å kunne bestemme når hun trengte hjelp, var en følelse av kontroll. En annen forteller at ringeknappen var en form for personlig kontroll. I denne sammenheng fremhever Travelbee (1999) at følelsen av trygghet kommer fra håpet om at en vil motta hjelp når en trenger det. Studien til Höglund, Winblad, Arnetz & Arnetz (2010) underbygger også dette ved resultater som også kom frem til at følelsen av kontroll var en viktig faktor for trygghet i situasjonen. Sykepleierne spurte blant annet pasientene om deres egen mening. Egen deltakelse ved å få delta i bestemmelser av behandling gjorde pasientene i stand til å påvirke eget liv og derav oppnå personlig kontroll. Hupcey (2000) viser til pasienter som følte mangel på kontroll når de ikke kunne bestemme besøkstid av familie. Når familien var tilstedet ble tryggheten forsterket. Slik jeg ser det innebærer en del av jobben vår som sykepleier å tilrettelegge for at pasientene kan få være med å bestemme når de selv ønsker og har et behov for besøk av familie. På avdelingen hvor jeg hadde praksis var dette ofte et behov pasientene hadde for å føle seg trygg. Det var derfor alltid noe som ble tatt hensyn til.

I studien til Hupcey (2000) kommer det, som tidligere nevnt, frem at flere av informantene følte tap av kontroll. Pasientene uttrykte at de ikke lenger hadde noen form for selvstendighet på grunn av at de manglet evne til å ta vare på og bestemme over seg selv. En del av pasientene opplevde mangel på kontroll som frustrerende og utrygt. Tilbakemeldingene fra informantene i Kvåle (2006) sin studie viser også til at kontroll var en viktig faktor for trygghet og god selvfølelse. Hjerteinfarkt pasienter er i en krisesituasjon hvor eget liv blir lagt i andres hender. Begrepet stole – på - andre - trygghet kan relateres til pasienter som er i en situasjon de ikke kan styre selv. Pasientene kan få trygghet ved å stole på at deres eget liv blir ivaretatt av sykepleierne (Thorsen, 2005).

Studien til Moser et al. (2007) kom frem til at pasienter med lavere angstnivå opplevde kontroll i egen situasjon. Pasientene måtte ha kunnskap og veiledning for å oppleve kontroll og derav trygghet. Grønnestad og Blystad (2004) sin studie viser også til økt trygghet hos pasienter som har kunnskap, hvor derav egen følelse av kontroll ble opprettet. Ved krise er angst ofte vanlig. Pasienter kan oppleve forskjellige grader av angst. Ved mild eller moderat angst kan pasienten ta til seg flere inntrykk og være mer deltakende i situasjonen. Noe som igjen kan gi følelsen av kontroll og trygghet (Moesmand & Kjøllestad, 2004). I følge Hummelvoll (2004) er egen kontroll en av sidene ved atferd som kan bli preget som følge av angsten. Atferden til pasienter kommer ofte til uttrykk direkte eller indirekte ved angst, og kan i den sammenheng gjøre pasientene passiv i forhold til egen kontroll. Denne sirkelen kan være vond å vende ettersom utryggheten hos pasienten kan eskalere. Med dette kan man tolke at det er veldig viktig å bidra til å gi pasientene en følelse av kontroll, slik at de igjen kan føle trygghet.

Religion ble i følge Hupcey (2000) en form for personlig kontroll. En følelse av trygghet ble opprettet av pasientene som trodde på at høyere makter kunne hjelpe, samtidig som nære ba for dem. Den indre trygghet er noe som er knyttet til menneskers livssyn. Når den indre trygghet er sterk, blir den situasjonsrelaterte tryggheten også sterk. Pasientene kan dermed klare å takle situasjonen bedre (Thorsen, 2005). Religion gir for mange mening i en sårbar situasjon, hvor spørsmål om ”Hvorfor akkurat meg?” ofte stilles. Å ha en personlig tro kan gi trygghet og ro til pasientene. Det er derfor betydningsfullt for pasientene at vi som sykepleiere opptrer med respekt ovenfor deres livssyn (Kristoffersen, 2005).

4.4 Informasjonens betydning for trygghet

Hupcey (2000) belyser i sin studie at behovet for å føle seg trygg var viktigst hos hjerteinfarkt pasientene. Noe av det som påvirket tryggheten var å vite hva som foregikk og hva en kunne forvente. For å kunne møte dette behovet trenger pasientene informasjon om behandling og pleietiltak både før, under og etter behandling og sykdom. Pasienters rett til informasjon og medvirkning har en juridisk forankring i pasientrettighetsloven § 3 (Pasientrettighetsloven, 1999). Sykepleier har også et krav om at den informasjonen som formidles blir forstått av pasienten. Herunder inngår informasjon om diagnose, prognose, behandlingstiltak og pleietiltak (Molven, 2009). Informantene i studien til Grønnestad og Blystad (2004) påpeker også at informasjon om sykdom, helsetilstand og prognose fjernet usikkerhet og engstelse. Direkte spørsmål som: Hva er min helsetilstand nå, og fremtidsutsikter, hvordan skal jeg forholde meg til det som foregår og er jeg i trygge hender på sykehuset? ble ofte stilt. Pasientene som fikk svar følte seg ofte mer trygg og ivaretatt. Når pasienten er rammet av angst, kan kommunikasjonen mellom pasient og sykepleier være hemmet. Ved moderat eller sterk angst kan mottakelse av informasjon være liten eller ikke tilstede (Cullberg, 2007). Den akutt kritisk syke er i en spesiell situasjon som gjør at en som sykepleier må prøve å forstå og være der pasienten er i forhold til reaksjoner og følelser. Informasjonen som blir gitt må derfor tilpasses for deretter å kunne bli pasientrettet (Moesmand & Kjøllestad, 2004).

Wolosin, Vercler og Mattheews (2005) sin studie får tydelig frem at informasjon fra sykepleier om avdelingens rutiner, alarmsystem på rom og sikkerhetsrutiner var sentralt for trygghetsfølelsen til pasientene. Følelsen av angst for et nytt sted og en ny situasjon ble også mindre. Grønnestad og Blystad (2004) hevder på lik linje at informasjon om avdelingsrutiner var avgjørende for pasientenes opplevelse av trygghet. I rollen som sykepleier er det til tider mer vanlig å gi informasjon om det fysiske og det psykiske ved pasienten sin tilstand. Det er allikevel nødvendig å huske på å informere om hvordan tilkallingssystem, utstyr og rutiner blir utført for å bidra til økt trygghetsfølelse hos pasientene (Thorsen, 2005).

I følge studien til Kvåle (2006) viser det seg at pasientrettet informasjon gir trygghet hos pasienten. Sykepleierne viste brosjyrer og tok seg tid til å forklare om ting pasientene ikke visste om sykdommen. De svarte også på spørsmål pasientene lurte på. Informasjon om praktiske ting ble gitt ettersom sykepleierne visste at alt var nytt for pasientene. Pasientene beskrev de som spesielle sykepleiere. Undersøkelsen til Grønnestad og Blystad (2004) viser derimot at pasientene som fikk skriftlig informasjon hadde begrenset nytte av det. De leste

fort igjennom informasjonen og tenkte at de fikk hjelp uansett om skriftlig informasjon var gitt. Brosjyrer ble sett på som ekstra informasjon som ikke tilføyde til følelsen av trygghet. Videre kom det også frem at pasientene som selv søkte etter informasjon hadde et betydelig lavere angstnivå. I artikkelen til Höglund, Winblad, Arnetz og Arnetz (2010) kom det derimot frem til at pasientene foretrakk muntlig fremfor skriftlig informasjon, fordi det var lettere å forstå og ga dermed en følelse av trygghet. Hjerterinfarktpasienter er i en krise som gjør at de ofte har nok med seg selv de første dagene. Læreevnen kan være nedsatt som følge av sjokktilstand og angst. Sykepleierne bør derfor helst unngå å overlesse pasientene med informasjon for deretter å forlate dem med mange spørsmål (Moesmand & Kjøllestad, 2004). Egne erfaringer jeg har gjort meg tilsier at pasientene setter pris på at vi setter oss ned og faktisk forklarer det som har blitt sagt og hva som står i brosjyrene. Men det har også gjort meg klar over at alle pasienter er forskjellige og har derfor sine egne preferanser når det kommer til hvordan informasjonen skal gis og hva som egnes som trygghetskapende informasjon. Med disse erfaringene ser jeg hvor viktig pasientrett informasjon er, siden det både påvirker deres angst og trygghetsfølelse.

I Grønnestad og blystad (2004) sin studie blir viktigheten av informasjon om normale reaksjoner knyttet til den livstruende situasjonen belyst. Det kommer frem at noen pasienter syntes informasjonen var av stor betydning for trygghetsfølelsen. Videre kom det også frem at flere av pasientene ikke ville ha informasjon, ettersom de kunne føle seg mer utrygg om de fikk vite mer om forholdene. Studien til Garvin et al. (2003) kom derimot frem til at det ikke var noen sammenheng mellom informasjon og hvilket nivå av angst pasientene hadde. I hvilken grad utrygghet oppstår er avhengig av hvor truet pasientens eksistensielle behov er. Følelsen av angst og frykt for å dø er en av de vanligste psykiske reaksjonene ved et hjerterinfarkt. For å kunne gi ytterligere trygghet til pasienter med angst må sykepleier i følge Travelbee (1999) tilegne seg kunnskap om angst, angstreduksjon og behovet for trygghet hos hver enkelt pasient. En må ta med i vurderingen at angsten påvirker hele mennesket, både fysisk, psykisk og åndelig.

5.0 Avslutning

Angst er en av de mest vanlige reaksjonene ved hjerteinfarkt (Garvin et al., 2003). Tryggheten som pasientene med angst etter hjerteinfarkt får er viktig for sykehusoppholdet og den psykiske helsen. Til tross for noe kortere liggetid hos denne pasientgruppen og mye fokus på det kliniske, kan sykepleierne prioritere behovet for trygghet. Det handler om å danne en relasjon med pasienten for å oppnå tillit, som igjen gir trygghet. Åpne, ærlige, hyggelige og smilende sykepleiere er noe pasientene setter pris på. Kunnskap, kompetanse, pasientrettet informasjon, tilgjengelighet og pasientenes egen kontroll i situasjonen er også viktige momenter for å bidra til trygghet. Å få økt kunnskap gjennom skriftlig og muntlig informasjon om hjerteinfarkt, behandling og reaksjoner knyttet sykdommen gjør de fleste pasientene tryggere og reduserer i tillegg noe av angsten de har. I krise er det avgjørende for tryggheten til pasienter å møte de der de er, som unike og ulike individer. I praksis blir ofte det fysiske ved pasienten tatt mer hånd om enn det psykiske aspektet ved pasienten. Studien jeg nå har gjort viser hvor essensielt det er med trygghet til pasienter med angst etter hjerteinfarkt, og bør derfor prioriteres høyt.

Litteraturliste

- Bjørk, I.T. & Solhaug, M. (2008). Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie – En ressursbok. Oslo: Akribe AS.
- Cullberg, J. (2007). *Mennesker i krise og utvikling*. Universitetsforlaget
- Dalland, O. (2008) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4 utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eide, Hilde & Tom Eide. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk* (s. 167) Oslo: Gyldendal Norske Forlag.
- Eikeland, A., Haugland, T. & Stabberud, D.G. (2010). Sykepleie ved hjertesykdommer I: H. Almås., D.G. Stabberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1*.(s.208 – 221). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kjeldsen, S.E., Ingvaldsen, B., Buanes, T. & Røise, O. (2009). *Sykdomslære, indremedisin, kirurgi og anestesi*. Gyldendal Norsk Forlag
- Falk, B. (1999). *Å være der du er – samtale med kriserammede*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Fosberg, C. & Wengstrøm, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Vårdning, analys och presentation av omvårdningsforskning*. Stockholm: Natur og kultur
- Grønnestad, B. Kvalvaag & Blystad, A. (2004). Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon. – En kvalitativ studie. *Vård I Norden*, 74 (24), 4 pp 4-8.
- Garvin, B.J., Moser, D. K., Riegel, B., Mckinley, S., Doering, L & Kyungeh, A. (2003). Effect of Gender and Preference for Information and Control on Anxiety Early After Myocardial Infarction. *Nursing Research*, 52(6), 386-392.

Hupcey, E. Judith. (2000) Feeling safe: The Psychosocial Needs of ICU Patients. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(4), 361-367.

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

Höglung, A T. Winblad, U., Arnetz, B & Arnetz, J.E. (2010). Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 482-489. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00738.x

Kristoffersen, N. J. (2005). Stress, mestring og endring av livsstil. I: N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt & E.A. Skaug (red), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (s. 220 -221). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Kvåle, K. (2006). Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienter ser det. *Vård I Norden*, 79 (26), 15-19.

Lasiter, S. (2011). Older adults 'perception of feeling safe in an intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), 2649-2657. doi: 10.1111/j.3665-2648.2011.05714.x

Moser, D.K., Riegel, B., McKinley, S., Doering, L.Y., An, K & Sheahan, S. (2007). Impact of Anxiety and Perceived Control on In-Hospital Complications After Acute Myocardial Infarction. *Psychosomatic Medicine*, 69, 10-16. doi: 10.1097/01.psy.0000245868.43447.d8

Olsson, H. Sörensen, S. (2003) *Forskningsprosessen – kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag

Pasientrettighetsloven (1999). Lov om pasientrettigheter av 02. Juli 1999 nr. 63. Hentet 15. Januar 2012 fra: <http://lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html>

Statistisk sentralbyrå. (2011). Dødsårsakene. Fortsatt nedgang i dødeligheten av hjerte- kar sykdom.

Hentet

fra

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5565&MainArea_5661=5565:0:15,2688:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5544:92300::1:5569:3:::0:0

St.meld. nr. 16 (2002 – 2003).(2003). Resept for et sunnere Norge. Hentet fra

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20022003/stmeld-nr-16-2002-2003-.html?id=196640>

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold I sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Throsen, R. (2005). Trygghet. I: N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt & E.A. Skaug (red), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (s. 13-38). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Verdens helseorganisasjon (2011). Cardiovascular diseases. Hentet 12. 02 fra:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>

Wolsin, R.J., Vecler, L. & Matthews, J. L. (2005). Am I Safe Here? Improving Patients` Perceptions of Safety in Hospitals. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(1), 30-38.