



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelse

Katrine Amdal & Elisabeth Amundstad Sætre

Veileder: Marianne Torp Stensvehagen

Bachelor

Å leve med en tikkende «bombe»

Living with a ticking “bomb”

Ord: 11589

Bachelor i sykepleie, BASY 2013

2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Hjelpkunsten av Søren Kirkegaard

Hvis det i sannhet skal lykkes å føre et menneske hen til et bestemt sted,
må man først og fremst passe på å finne ham der hvor han er, og begynne der.

Dette er hemmeligheten i all hjelpkunst.

Enhver der ikke kan det, er selv i innbilning, når han mener å kunne hjelpe andre.

For i sannhet å kunne hjelpe en annen, må jeg forstå mer enn han, men dog vel først og
fremst forstå det, han forstår.

Når jeg ikke gjør det, så hjelper min mer-forståelse han slett ikke.

(Synnasverden, 12. mai 2012)

Norsk sammendrag

Bakgrunn: Abdominalt aortaaneurisme (AAA) er forbundet med høy dødelighet ved ruptur. Hvilke tanker, reaksjoner og psykiske påkjenninger oppstår hos pasientene når de får denne beskjeden?

Hensikt: Få mer kunnskap og økt forståelse for hvordan pasienter opplever å få påvist et AAA, erfaringer med det å leve med et AAA og hva vi som sykepleiere kan gjøre for å hjelpe disse pasientene.

Metode: Kravet for bachelor oppgaven er litteraturstudie, hvor vi fordyper oss i et bestemt tema. Besvarelsen på oppgaven bygger på fag- og forskningslitteratur som er relevante og erfaringer fra praksis. Benytter oss av Benner og Wrubels sykepleierteori, sykepleierens rolle og funksjon i det lindrende og informerende arbeidet, samt pasient- og brukerrettighetsloven og yrkesetiske retningslinjer.

Funn: Forskning og litteratur viste at informasjon og kommunikasjon er viktig for sykepleier og pasient forholdet. Det er også viktig at sykepleier lærer å kjenne hver enkelt pasient og deres helsetilstand. Dette er for å kunne vite hva slags forhold pasientene har til informasjon og hva slags og hvor mye informasjon de har behov for. Om informasjon kan bidra til hemming eller fremming i pasientens evne å takle en ny hverdag på, med et AAA.

Oppsummering: Å vite hvilke reaksjoner som oppstår når pasienter får beskjed om at de har et AAA er nyttig å vite, slik at vi kan tilpasse informasjon etter pasientens behov. Pasientens opplevelse og erfaring er et viktig verktøy for oss som sykepleiere, for at vi skal kunne hjelpe pasienten til å meste sin situasjon.

Innhold

1.0 Innledning	5
1.1 Begrunnelse for valg av tema og presentasjon for problemstilling	6
1.2 Begrepsforklaring	6
1.3 Avgrensning	6
1.4 Oppgavens oppbygging	7
2.0 Metode	9
2.1 Litteratursøk	9
2.2 Kildekritikk	13
3.0 Teori	14
3.1 Abdominal aortaaneurisme	14
3.2 Krise og reaksjonsfaser	15
3.3 Psykiske reaksjoner ved sykdom	16
3.4 Personen er behovet	16
3.5 Psykiske påkjenninger	18
3.6 Tankens kraft	19
3.7 Holisme	20
3.8 Kommunikasjon	21
3.9 Sykepleierens rolle og funksjon	21
3.10 Benner og Wrubels sykepleierteori.....	22
3.10.1 Mestring av sykdom	23
4.0 Drøfting	24
4.1 Sykepleierens rolle og funksjon i det lindrende og informative arbeidet.....	24
4.2 Aneurismet-hvilke mennesker risikerer å utvikle et AAA og hvem gjør ikke?....	24
4.3 Hvordan reagerer pasienter når de får vite at de har et AAA?.....	25
4.4 Kan screening være med å lindre eller forsterke psykiske påkjenninger?.....	29
4.5 Hvordan kan informasjon virke beroligende men også skape usikkerhet?.....	30
4.6 Hvordan kan Benner og Wrubels sykepleieteori være med å tilrettelegge og tilpasse informasjon til hver enkelt pasient?.....	32
5.0 Konklusjon	34
6.0 Litteraturliste	36

Vedlegg 1: PICO

1.0 Innledning

«Jeg må vente i spenning til utposningen er stor nok» (Ovind, 2008)

Dette er et utsagn fra en artikkel i VG om at Stephen Smith (58) har fått påvist abdominal aortaaneurisme(AAA). Han hadde vunnet 205 millioner, men han skulle ha byttet bort pengene for å slippe å leve på «dødens terskel» (Ovind, 2008).

«Jeg fant ut at jeg hadde et aneurisme som jeg ikke hadde noen anelse om. Hvis du ikke føler noe, så bør vel alt være bra.» (Petterson og Bergblom, 2013)

Pasientutsagnet er hentet fra Monica Petterson og Ingegerd Bergblom sin studie der de hadde fokus på pasientens opplevelse av abdominalt aortaaneurisme. Denne pasienten gikk ut fra at siden han ikke hadde noen symptomer, var det heller ikke noe galt med han.

I følge Norges Tekniske-naturvitenskaplige universitet [NTNU] (s.a.) lever over 450 000 nordmenn med ulike hjerte- og karsykdommer. Hjerte- og karsykdommer blir betegnet som hjerneslag, hjerteinfarkt, angina pectoris, aorta aneurisme og claudicatio intermittens. Hjerte og karsykdom er en hyppig dødsårsak og forårsaker 1 av 3 dødsfall i Norge (NTNU, s.a).

Vi har sett at det ligger mye forskning og litteratur om de vanligste hjerte- og karsykdommene som for eksempel hjerneslag og hjerteinfarkt. Selv om forekomsten av AAA er liten, 11/100 000 (Unikard, 2015), i forhold til hjerteinfarkt, der 12 000 ble innlagt på sykehus med akutt hjerteinfarkt i 2014 (Folkehelseinstituttet, 2015) er konsekvensene av et AAA ruptur større enn et akutt hjerteinfarkt. Tall fra 2011 viser at 8/100 (8%) dør ved akutt hjerteinfarkt (Statistisk sentralbyrå [SSB], 2015), mens for de med et AAA ruptur er dødeligheten 70-90 prosent. De som når sykehuset i livet er operativ dødelighet ved ruptur 30-50 %, men dette avhenger av diameteren på aneurisme (tidsskift for den norske legeforeningen, 2002).

Når man får påvist et AAA kan man hovedsakelig leve et normalt liv, men ut fra oppgavens innledende utsagn og i praksis er det grunn til å tro at de psykiske utfordringen kan ta overhånd. Pasientene kan ha ulike forutsetninger til et aneurisme, der noen kan være bekymret for at det skal sprekke. Derimot kan en annen være bekymret over andre faktorer som kan påvirke hverdagen deres.

Vi ønsker å ha fokus på de psykiske utfordringene ved et nyoppdaget AAA. Ut fra pasienthistorier vi har hørt nevnes det av og til at pasienten får et inntrykk av at helsepersonell behandler sykdommen og ikke ser personen bak sykdommen. Vi ønsker dermed å belyse helhetlig sykepleie med fokus på psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom og dette kommer vi tilbake til senere. Vi begrunner dette med sykepleierens yrkesetiske retningslinjer, som sier at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg og sykepleieren har i tillegg ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norges sykepleierforbund [NSF], 2011).

1.1 Begrunnelse for valg av tema og presentasjon av problemstilling.

Når vi hadde om AAA i undervisning til faget 4AKUTT, syns vi at dette hørtes ut som en svært uforutsigbar sykdom. Vi ble skremt over risikoene og konsekvensene som sykdommen medførte, videre reflekterte vi over hvordan det føles for mennesker å få en slik beskjed, og hvordan vi som sykepleiere kan hjelpe denne pasienten. I tillegg fattet vi interesse om AAA da vi hørte om en pasient som var inne til kontroll screening og fikk beskjed om at aneurisme hadde vokst til 6,4 cm i diameter. På grunn av hans reduserte helsetilstand, forårsaket at nyresvikt og alderdom, tilsvarte det at en operasjon ikke lot seg gjennomføre. I etterkant har vi fått høre at pasienten fikk psykiske utfordringer som resultat av nyheten og informasjonen han fikk etter screeningen.

Ut fra det vi allerede vet om AAA, er det forbundet med høy dødelighet ved ruptur så vi ønsker og legge vekt på pasientens opplevelse av å leve med et aneurisme, ved å identifisere eventuelle psykiske belastninger. Vi tror at et liv med en slik alvorlig sykdom er forbundet med angst, frykt, redsel og uforutsigbarhet, derfor er vi nysgjerrige på hvordan vi som sykepleiere kan påvirke de psykiske påkjenningene pasienten får, gjennom informasjonen vi gir dem. Vi er derfor opptatt av å besvare oppgaven ut i fra et holistisk syn for å tilpasse behovet for omsorg til hver enkelt pasient.

De fleste AAA blir tilfeldigvis oppdaget i forbindelse med en undersøkelse med mistanke om noen annet funn og de forventer ikke å finne et aneurisme, fordi aneurisme ikke samsvarer med symptomene som pasienten er innlagt på sykehus for. En kan møte disse pasientene både på sykehus og i kommunehelsetjenesten. På sykehus kan de ofte være innlagt på grunn av en annen sykdom/lidelse eller gjennom en poliklinisk oppfølging. I

kommunehelsetjenesten kan man møte pasienten på rehabiliterings avdeling, psykisk helseteam eller hjemmesykepleien.

Vi tar utgangspunkt i følgende situasjon: pasient blir innlagt på sykehus for utredning, etter undersøkelsen ble det funnet et aneurisme som ikke hadde noe å si for innleggelsesårsaken.

Vår problemstilling er:

Hvordan kan sykepleiere lindre psykiske påkjenninger hos pasienter som har et nyoppdaget AAA og får konservativ behandling?

1.2 Begrepsforklaring

Konservativ behandling og lindring blir gjort rede for i teori del.

Psykiske påkjenninger: Hvite Ørn (2015) definerer psykiske plager som «Felles for alle psykiske plager og lidelser er at de påvirker våre tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre. Psykiske plager er symptomer og tilfredsstillende ikke nødvendigvis kravene til en medisinsk diagnose». Vi velger å bruke ordet psykiske påkjenninger ettersom det sier noe om en psykisk belastning som oppstår ved en somatisk sykdom. «Kroppslig (somatisk) sykdom kan være en stor psykisk påkjenning. Å bli akutt syk kan være skremmende og å leve med en kronisk sykdom er krevende» (Diakonhjemmet sykehus s.a.).

1.3 Avgrensning

Vi har valgt å ta for oss pasienter som nylig har fått beskjed om at de har et abdominalt aortaaneurisme. Oppgaven vil bære preg av fokus på pasientens psykiske reaksjoner av sykdommen og konsekvensene av de psykiske reaksjonene. Ettersom forekomsten av AAA er oftere å se hos menn enn kvinner så avgrensner vi oppgaven til menn, samt at eldre er mer utsatt så derfor velger vi aldersgruppen fra 60-80 år. Dette er pasienter som fortsatt kan være aktive i arbeidslivet eller nylig har avgått med pensjon og har igjen mange gode leveår.

Nærliggende temaer i vår oppgave er livskvalitet og livsstilsendring, men på grunn av oppgavens omfang, innhold og vinkling så velger vi å ikke gå for dypt i disse temaene i et

forsøk på å holde fokuset rettet mot psykiske utfordringer. Ut i fra temaene livskvalitet og helse trekker vi ut psykiske påkjenninger og belastninger, fordyper oss i dem.

Når vi skriver AAA, aorta aneurisme og aneurisme generelt så mener vi abdominalt aorta aneurisme, men vi veksler med disse ordene fordi setningene ikke skal være så ensformig.

Når vi skriver «vi» så mener vi i den forstand at vi er sykepleierstudenter, og da vi skriver «vi som sykepleiere» mener vi autoriserte sykepleier.

1.4 Oppgavens oppbygging

I kapittel 1 innledning til temaet, begrunnelse for valg av tema og problemstilling, deretter har vi med oppgavens avgrensning.

Kapittel 2 tar for oss metoden vi har brukt i denne litteraturstudien, med påfølgende litteratursøk og kildekritikk.

Kapittel 3 presentasjon av teori, her forklarer vi generelt om abdominal aortaaneurisme, deretter om hvilke psykiske reaksjonene som kan forekomme ved somatisk sykdom. Så tar vi for oss kommunikasjon, holisme, presenterer sykepleieteoretikerne Benner og Wrubel og til slutt presenterer vi funnene vi har gjort i forskningen.

Kapittel 4 – Drøfter vi teori og forskning vi har funnet opp mot hverandre. Sammenligner, diskuterer og argumenterer.

Kapittel 5 presentasjon av konklusjon til problemstillingen vår.

Kapittel 6 viser til hvilken litteratur vi har brukt i oppgaven.

2.0 Metode

I metodedelen presenterer vi hvilken metode vi har tatt i bruk for å finne fram til det fagstoffet vi har brukt i denne oppgaven. Går også igjennom litteratursøk og kildekritikk.

Dalland (2014) beskriver metode som et verktøy for å komme fram til ny kunnskap og for å finne svaret på problem. Metoden vil si hvordan vi skal finne svar på problemstillingen vi har valgt.

Vår oppgave er en litteraturstudie med utgangspunkt i pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og forskning. Et litteraturstudie er et studie basert på analyse av allerede eksisterende teori. Litteraturstudie som metode kan være kritikkverdig i den forstand at man leser andres litteratur, tolker det man leser og får en forståelse av litteraturen. I oppgaven har vi funnet kvantitativ og kvalitativ forskning. Kvantitativ metode brukes for å finne gjennomsnittet eller hvor stor prosentandel som for eksempel har en somatisk sykdom. Kvalitativ metode har fokus på å fange opp en mening og opplevelse, som for eksempel hvordan oppleves det å leve med en somatisk sykdom (Dalland, 2014).

2.1 Litteratursøk

Ved et litteraturstudie kreves det at man foretar et litteratursøk i forhold til tema man ønsker å skrive om. Når vi skulle finne forskning fikk vi hjelp fra biblioteket til å finne gode databaser, MeSH og Cinahl termer og hvordan begrense søket med «AND» og «OR». Vi brukte databaser som var relevante for sykepleie som Oria og Google Scholar for raske søk, mens for dybdesøk brukte vi Cinahl, SweMed og PubMed.

Begynte litteratursøket i Oria ved å søke på «abdominalt aorta aneurisme» som ga 0 treff. Forsøkte søkeordet «utposning på hovedpulsåren» som ga 0 treff. Søkte med en annen formulering «abdominale aortaaneurisme» som ga 3 treff, men ingen av funnene var av interesse for oss fordi artiklene tok for seg pasienter i forbindelse med operasjoner.

Vi fant ut at vi måtte formulere oss annerledes ved å bruke abdominal aneurisme/abdominal aortic anerysm, aortic anerysm/aorta anerysm. Valgte deretter å legge til søkeord som: quality of life, nurse, anxiety, pasient perspektiv/patient.

Søkte i Oria på abdominalt aortaaneurisme. Fikk 7 treff hvorav en artikkel viste seg å være interessant. Trykket på artikkelen og ble direkte henvist til forsiden av Tidsskrift for den norske legeforening. Søkte på forsiden deres på abdominale aortaaneurismer og fikk 31 treff, så over overskriftene for å se om noe var relevant for vår oppgave. Første artikkelen på listen het «Screeningsundersøkelser for abdominale aortaaneurismer». Artikkelen refererte til to forskningsartikler i referanselisten så vi kopierte navnene på disse for å se om vi fant dem i Oria, noe vi gjorde.

1. The Multicentre Aneurysm Screening Study (MASS) into the effect of abdominal aortic aneurysm screening on mortality in men: a randomised controlled trial. Fikk 232 treff og forskningsartikkelen lå som nr 1.

Introduksjon: Bakgrunn for prosjektet var å se betydningen av å screene pasienter som er i risikogruppen for å utvikle aneurisme.

Metode: Kvantitativ studie. Studien ble gjennomført i Storbritannia i 2002, de som deltok var menn fra 65 – 75 år. Deltakerne i studien ble delt opp i to grupper (en invitert og en kontrollgruppe) der de inviterte ble ultralyd screenet for aneurismer.

Resultat: Det viste seg at det var 53 % reduksjon av dødsfall hos de som ble screenet. Studien nevner også at de som hadde et aneurisme (over 5 cm) og ikke ble operert hadde en redusert livskvalitet, men igjen at det ikke var nok data og forskning innenfor dette området, så dette blir bare antydninger (Ashton, Buxton, Day, Kim, Marteau, Scott, ... & Walker. 2002).

2. Søkte etter «Prevalence of and risk factors for abdominal aortic aneurysms in a population-based study: The Tromso Study» fikk 31 treff. Og artikkelen lå som nr 7.

Introduksjon: Bakgrunn for studien er at AAA er en sykdom uten symptomer som er relatert til høy dødelighet ved ruptur.

Metode: Kvantitativ studie. Studien ble utført i Tromsø i 1994-2001. De som deltok var 2035 menn og 2310 kvinner der alderen varierte mellom 25-82 år (1994). Disse ble screenet i 1994 og 2001, og 119 av disse fikk påvist et AAA.

Resultat: Forskerne identifiserte risikofaktorer ved forekomst av AAA i løpet av de neste 7 årene, de fokuserte særlig på hvilken påvirkning røyking hadde. De vanligste risikofaktorene var høyt blodtrykk, høyt LDH kolesterol, lavt HDL kolesterol og røyking. Særlig menn og eldre hadde generelt større risiko for å få et aneurisme. Det kom også fram at det var en nær sammenheng mellom risikofaktorene på aterosklerose og AAA (Forsdahl, Singh, Solberg & Jacobsen, 2009).

Vi søkte i Oria på «aorta aneurysme» og «quality of life», der fikk vi 2 treff. Den ene var ikke relevant til vår problemstilling siden den omhandlet operasjon til pasienter med AAA, den andre var en doktor avhandling som vi så igjennom og fant en forskning ut fra litteraturlisten:

Patients' experiences of being informed about having an abdominal aortic aneurysm – A follow-up case study five years after screening.

Introduksjon: Hensikten med studien var å få fram pasientens erfaring etter 5 år etter at de fikk vite at de hadde et abdominalt aortaaneurisme, med tanke på redusert livskvalitet etter det første året med diagnosen.

Metode: Kvalitativ studie. Studien ble gjennomført ved universitetet i Umeå i Sverige. Deltakerne i studien var menn mellom 79-80 år. Det var i utgangspunktet 6 deltakere, men på grunn av ulike årsaker så var det kun 3 deltakere som var med å gjennomførte studien.

Resultatet viste at pasientene opplevde en følelse trygghet av å få profesjonell omsorg, til tross vissheten om at de hadde et AAA. Disse følelsene inkluderte: å ha et tillitsforhold med kirurgen, å ha tillit til screening, oppfølgings kontroller og mulig behandling for sitt AAA, og å ha bevissthet om alvorlighetsgraden av sykdommen.

Videre syns pasientene at opplevelse av å ha et AAA var som «en dråpe i havet», det betyr at de ikke hadde noen fysiske problemer knyttet til AAA, men større utfordringer med annen sykdom eller problem i livet som overskygget bevissheten om AAA (Brännström, Björck, Strandberg & Wanhainen, 2009).

Ut fra doktor avhandlingen vi fant søkte i Oria med søkeordene experiences of being diagnosed with abdominal aortic aneurysm og fikk 25 treff, deretter avgrenset vi søket ytterligere til fagfellelvurdert tidsskrift og fikk 15 treff. Videre leste vi igjennom overskriftene og fant:

To Be Under Control A Qualitative Study of Patients' Experiences Living With the Diagnosis of Abdominal Aortic Aneurysm

Monica Pettersson, PhD, MScN, RN; Ingegerd Bergbom, PhD, RNT, BScN, RN

Introduksjon: Det finnes tre forskjellige behandlingsmetoder for AAA. Åpen operasjon, endovaskulær operasjon, og konservativ behandling med overvåking av aneurisme til det eventuelt vokser til 5,5 cm i diameter og operasjon blir vurdert. Studien beskriver hvordan det er å leve med et AAA, ut ifra pasienterfaringer.

Metode: Kvalitativ studie. Studien ble gjort i Sahlgrenska, Sverige. Det ble benyttet intervju som undersøkelsesmetode, og studien varte fra april 2007 til desember 2008. Deltakerne i studien var diagnostisert med et AAA på under 5,5cm i diameter. De som deltok i studien var fra to kvinner og åtte menn i alderen 63- 82 år.

Resultat: Fem temaer basert på underkategorier ble identifisert ut ifra intervjuene og åpningsspørsmål som «Hvordan følte det når de fortalte deg at du hadde fått et aortaaneurisme, og hva betyr dette for deg?» Oppsummering av svarere var: plutselig kunnskap om en hittil uoppdaget tilstand, å legge livet sitt i andres hender, venter i «limbo-feeling» til tross av bekymringer, at livet står på spill, og føler seg forpliktet til ikke å forårsake bekymring.

Deltakerne fortalte også at de ble overrasket over å få diagnosen, ettersom de ikke hadde symptomer og trodde dermed at de var friske. Med tanke på informasjon så synes noen at det var best å ikke vite for mye om aneurisme og heller ikke hvor mye det kunne vokse, de følte seg trygge ved å være uvitende og ble dermed mindre bekymret. Andre synes det var viktig å forstå mest mulig om aneurisme og ønsket mest mulig informasjon slik at de hadde kunnskap om sin sykdomstilstand og følte dermed trygghet av å vite (Pettersson & Bergbom, 2013).

2.2 Kildekritikk

Hele vår oppgave bygges opp av kilder, dermed er det viktig at vi stiller krav til kilden om at den er troverdig samt at vi kan plukke ut det som er relevant for vår oppgave (Dalland, 2014). Leth og Thurén (2000) sier at kildekritikk er metoden som brukes for å skille mellom hva som er troverdig og hva som er spekulasjoner. Kildene vi har tatt i bruk er vurdert ut fra relevans, troverdighet og nyere litteratur (Dalland, 2014).

I oppgaven har vi både bruk primær og sekundærlitteratur (Dalland, 2014). Det positive med å bruke primærlitteratur er at det ikke er noen som før oss har tolket det som er skrevet. Ved bruk av sekundærlitteratur er det noen som allerede har tolket det den opprinnelige forfatteren har skrevet, og en har ikke mulighet til å sjekke at tolkningene er korrekte. Det positive med sekundærlitteratur er at stoffet allerede er forkortet og konkretisert.

Bøkene vi har brukt i denne oppgaven er pensumlitteratur og selvvalgt. Av pensumlitteraturen brukte vi bøker som var relevant til vår oppgave i tillegg til at det står godt beskrevet om de ulike temaene. Ut fra selvvalgt litteratur var det fokus på at det er relevant til oppgaven og innenfor en viss tidsramme, ca. 10 år. Vi har en bok som er fra 1995, der det beskrives om sykepleieteoretikerne Benner og Wrubel, siden teorien deres er den samme nå som den var for 20 år siden velger vi å bruke denne.

En av bøkene vi brukte mest, traff vår problemstilling veldig godt, og vi benyttet oss av denne for å skrive om psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom: *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom: symptomer, diagnostikk og behandling*. Forfattere: Alv A. Dahl, Trond F. Aarre & John Håvard Loge (red.). Boken ble laget for å dekke et savn da det manglet en bok som tok for seg psykiske reaksjoner ved somatiske sykdommer. Boken handler om å bedre forståelsen og behandling av psykiske reaksjoner hos pasienter med somatiske sykdommer. Boken skiller seg ut fra eldre litteratur ved at tidligere er vi vant med å skille mellom somatiske og psykiske lidelser, men denne boken fokuserer på se sammenhenger og tilpasse behandlinger på en mer helhetlig måte for å dekke begge behovene.

Når vi skulle finne forskning så gikk vi etter IMRAD-prinsippet (introduksjon, metode, resultat og drøfting), for å se at det var en forskning. Deretter hadde vi fokus på relevans, troverdighet og nyere forskning, innenfor 10 år. Vi har kun valgt forskninger på engelsk for å få et bredere aspekt og utvalg av forskninger og i tillegg publiseres det meste av forskning

på engelsk. Det negative med bruk av engelsk forskning er at det er større risiko for at en feiltolker det som er skrevet, noe som kan føre til at den opprinnelige teorien kan bli endret.

3.0 Teori

3.1 Abdominalt Aortaaneurisme

I kapitlet – Hjerte og karsykdommer skriver Ørn & Brunvand, (2012) om aneurismer. Et aneurisme er en lokal utposning av arterieveggen. Det kan forekomme aneurismer i alle arterier, men de vanligste er i bukaorta som også kalles for aorta abdominalis, knehasearterien og hovedpulsåren i brystkassen og i noen tilfeller i cerebrale arterier. Forekomsten av abdominalt aortaaneurisme er 5%, og menn rammes 6 ganger oftere enn kvinner (Ørn & Brunvand, 2012).

Almås, Stubberud & Grønseth, (2013) definerer et aneurisme som en utposning på arterien som er 50% større enn årens normale diameter.

De viktigste årsakene til et aneurisme er aterosklerose, 98% av aneurismene forekommer av aterosklerose. Hypertensjon/høyt blodtrykk der arterieveggen svekkes på grunn av det høye trykket som veggen stadig utsettes for. Almås, (2013) skriver at aortaaneurismer forekommer fire ganger så hyppig blant personer som røyker, sammenlignet med de som ikke røyker.

De fleste aneurismer oppdages tilfeldig og er som oftest symptomfrie skriver Almås, (2013). Oppdagelsen skjer i form for undersøkelser som ultralyd eller røntgen av andre årsaker. Aneurisme i seg selv gir ingen smerter men ved store aneurismer kan det oppstå symptomer som klemmer og trykker på nerver og organer som er i nærheten av aneurisme. Hos slanke pasienter kan man palpere et abdominalt aortaaneurisme. Almås, (2013) skriver om symptomer som press mot nærliggende organer som følge av et aneurisme. Områdene hvor smertene oppstår kommer an på hvor aneurisme er, men de vanligste områdene der smerten oppstår er i magen, ryggen, setemuskulaturen eller lysken. Diagnosen bekreftes ved undersøkelser som ultralyd, CT og MR (Ørn & Brunvand, 2012).

Behandlingsformene er konservativ/medikamentell eller kirurgisk skriver Ørn & Brunvand, (2012), og dette avhenger av størrelsen og plasseringen av aneurisme, ubehag knyttet til symptomer og risikoen for at aneurisme sprekker (ruptur). For pasienter med høyt blodtrykk benyttes det medikamentell behandling som betablokker, som er et blodtrykksenkende medikament og det senker hjertets kontraksjonskraft og reduserer dermed kraften på blodet

som pumpes ut fra hjertet og i aorta (Ørn & Brunvand, 2012).

3.2 Krise og reaksjonsfasene

Eide & Eide (2013) skriver at krise er en fellesbetegnelse for vanskelige og alvorlige livshendelser. I en krise har personer behov for medmenneskelighet kontakt, behov for støtte og noen å dele tanker og følelser med. I henhold til mestring er det to typer krisesituasjoner man skiller mellom: livskrise og traumatisk krise. Med livskrise menes med påkjenninger som kommer gradvis av natur, som å komme i puberteten, få barn, og alderdom. Mens traumatiske kriser er påkjenninger som ikke inngår i et vanlig livsforløp, som ulykker eller sykdom. Eide og Eide skriver at traumatiske kriser brukes gjerne om belastninger som er over en kortere eller lengre periode slik at personer blir påvirket av det (Eide & Eide, 2013).

Eide & Eide (2013) skriver at mennesker går igjennom fire faser i en krisesituasjon. Sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen. Ved en krise vil personer benekte faren og i sjokkfasen vil han/henne reagere med å forsvar og holde følelsene og tankene unna (Eide & Eide, 2013). Personer i sjokkfasen ser ofte uberørt, men på innsiden er det kaos (Cullberg, 2010). I denne fasen kan en ha vanskeligheter med å huske hva som har skjedd og blitt sagt, derfor er det viktig å gjengi informasjon senere (Eide & Eide, 2013).

Cullberg (2010) skriver at i reaksjonsfasen kommer når personen blir tvunget til å innse situasjon han/hun er i, selv om fornektelsen fortsatt er tilstede. I denne fasen er det ofte at personen prøver å finne meningen med «hvorfor meg?» eller man kan føle at det er en straff for noe man har gjort tidligere. De to første fasene kalles akutfasen som kan innebære langvarig høyt angst nivå som fører til søvnløshet, dårlige matvaner og ødelagt døgnrytme. Ved at kroppen man opplever angst over lengre tid fører til at en rekke stress-reaksjoner bli aktuelle. Et av de mer typiske trekkene på stress er allmenn irritabilitet, men man kan også oppleve psykosomatiske reaksjoner som uregelmessig hjerterytme, hjerteklapp, magebesvær, diare, forstoppelse eller hodepine. Cullberg (2010) avslutter med at særlig utsatte individer kan dessuten utvikle kronisk blodtrykkssykdom, magesår eller andre såkalte psykosomatiske sykdommer. (Cullberg, 2010).

Når den akutte fasen er over begynner bearbeidingsfasen. I denne fasen begynner personen å mer fremtidsrettet igjen. For de med en kronisk sykdom begynner å arbeide med å godta

sitt «handikap», og hvordan han/hun skal komme tilbake til hverdagen igjen.

i nyorienteringsfasen lever personen med sine «arr», men lar ikke det hindre de i å leve livet sitt. De uoppfylte håpene er blitt bearbeidet og den sviktede selvfølelsen blir gjenopprettet. Krisen blir en del av livet til pasienten, ikke noe som skal legges til vekk og glemmes (Cullberg, 2010).

3.3 Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom

Ifølge Dahl, Aarre & Loge (2014) er det ikke en tilfeldighet om hvem som er sårbare, det er biologiske faktorer som spiller en viktig rolle sammen med psykologiske og sosiale faktorer. Dahl et al., (2014) skriver om egenskaper ved sårbarheten for psykologiske og sosiale reaksjoner, hos personer som rammes av somatisk sykdom. Han viser til et eksempel om menn som måker snø i Østlandsområdet, og av de mennene som blir innlagt på grunn av hjerteinfarkt som følge av snømåkingen, blir 1 av 5 deprimerte. Det som kjennetegner disse mennene skriver Dahl et al., (2014) er at de som blir deprimerte lever et liv som er preget av høyt nivå av nervøsitet, bekymring og uro før hjerteinfarkt inntraff.

Dahl et al., (2014) skriver om tre oppgaver som utfordrer menneskers psykiske ressurser etter at de har fått en alvorlig somatisk sykdom. Faktorene som utfordres er oppfatningen av seg selv, ved å innrømme at en er alvorlig syk. Ofte ser en på seg selv som sterk, frisk og usårbar (Dahl et al., 2014). Det andre som blir utfordret er selvstendigheten og evnen til å finne løsninger på problemet selv, men i denne situasjonen så legges dette i hendene på helsepersonell og pårørende, med tanke på behandling, omsorg og pleie. Det siste er knyttet til egne verdier og målsettinger som utfordres, ved å gjenopprette tidligere funksjoner etter at pasienten har blitt frisk, eller å tilpasse seg varig funksjonshemming (Dahl et al., 2014)

3.4 Personen er behovet

«Omsorg for den akutt kritisk syke er ikke komplett uten at man tar hensyn til de psykososiale konsekvenser sykdommen kan få for pasienten og hans pårørende» (Kjøllesdal og Moesmand, 2007, s. 13). Det er tre spørsmål som er viktig å få svar på for å kunne kartlegge og gi hjelp som er tilpasset hver enkelt pasient påpeker Kjøllesdal & Moesmand (2007): Hvem er *personen* som er akutt kritisk syk? Hvordan *er* det å være akutt kritisk syk? Og hvilke *behov* har den som er akutt kritisk syk?

Kjøllesdal & Moesmand (2007) skriver om hvordan akutt kritisk sykdom oppleves og sett fra pasientperspektiv kan akutt kritisk sykdom oppleves som uforutsigbart, at livet stopper

opp, livet blir satt på vent eller at meningen med livet endres. Det dukker opp en trussel som kan være å miste livet som følge av sykdommen, uvisshet eller utrygghet rundt det å miste kontrollen over sitt eget liv.

Hvordan pasienter takler sykdommen, blir påvirket av ulike faktorer skriver Kjøllesdal & Moesmand (2007), som alder, personlighet, ferdigheter, hva en vet og hva en tror om sykdommen, prognose og omgivelser. Det har også mye å si for hvordan pasienten opplever og ser på sykdommen, det kan være i en negativ eller positiv form, opplevelser knyttet til svakhet, utfordring, straff, tap eller lettelse.

Kjøllesdal & Moesmand (2007) skriver at det å være akutt kritisk syk innebærer en situasjon som er preget av forandring, tap og krise. Det å gå fra å være frisk til akutt kritisk syk kan ofte forstås som at en person tenker at han er frisk fordi han sjelden har vært syk, kanskje holdt seg i aktivitet og har hatt et sunt kosthold, og ut ifra det blå får et hjerteinfarkt. Overgangen fra å tro å føle seg frisk til å plutselig bli alvorlig syk er svært dramatisk og personen har ingen mulighet til å forberede seg på denne endringen forklarer Kjøllesdal & Moesmand (2007). For å kunne møte pasienten i den situasjonen han er i, må vi som sykepleiere ha kjennskap til hvilke psykososiale behov som viktige for pasienten. Kjøllesdal & Moesmand (2007) viser til faktorer som påvirket følelsen av trygghet hos pasienter på en intensivavdeling. Blant faktorene var det viktigste for pasientene å vite hva som skjedde med dem og hva de kunne forvente, å få tilbake kontrollen over seg selv, og å ikke miste håpet. Disse behovene er forutsetninger som sykepleier må kjenne til for å gi pasienten riktig hjelp for å få dekket disse behovene forklarer Kjøllesdal & Moesmand (2007).

Ved sykdom er det tre forskjellige reaksjoner i forhold til tankene og følelsene som vekkes i en. En kan gå i forsvar der man tar avstand fra sykdommen, en kan bli rammet av en strøm med uhåndterlige følelser eller at man møter de tankene og følelsene som kommer og i mer eller mindre grad aksepterer det (Eide & Eide, 2013).

Følelser og mestring er nært tilknyttet. Det er også nær sammenheng mellom følelser og vurdering av situasjonen. Med dette menes at når en pasient får en diagnose kommer følelsene automatisk, enten kan en få et inntrykk av at «jeg kommer til død» eller «dette kommer til å ordne seg». Pasienter som har tro på at dette kommer til å ordne seg vil antageligvis mestre situasjonen bedre enn de som tror de kommer til å dø (Eide & Eide, 2013).

3.5 Psykiske påkjenninger

Vaglum (2007) kjennetegner angst som en følelse som de fleste mennesker kjenner til. Angst er ikke en psykisk lidelse men oppstår som en vanlig reaksjon på en trussel, eller noe som truer liv og helse. Angst trenger ikke nødvendigvis å være farlig, men dersom stryken på angsten ikke samsvarer med trusselen kan det føre til at angsten påvirker den somatiske helsen. Felles for sterk angst og depresjon er at de kan påvirke sykdomsforløpet negativt enten ved at de opptrer sammen eller hver enkeltvis. På en annen side så kan somatiske lidelser utløse angstreaksjoner.

Angst kan forekomme på forskjellige måter, men felles for dem er at de kan påvirke den somatiske lidelsen eller sykdomsforløpet negativt. Angst kan forekomme ved alvorlig somatisk lidelser. Angstlidelser og hjerte- og karsykdom har flere likhetstrekk når det gjelder symptomer som brystmerter, hurtig puls, pustebesvær, og at dette fører til at det blir utfordrende å skille lidelsen og sykdommen fra hverandre forklarer Vaglum (2007).

Frykt er en sterk aktiveringsreaksjon som ofte kommer akutt ved en ytre eller indre fare, ved indre fare kan defineres som somatisk sykdom skriver Dahl et al., (2014). Frykt kan i motsetning til angst være en hensiktsmessig signal på fare og frykten blir borte når faren er over, mens angst sitter lengre i enn det faren skulle tilsi, dette kan være på grunn av at faren ikke er så definert som ved frykt. I motsetning til frykt som oppstår ved en indre eller ytre fare, så oppstår angst mest i tankene fortsetter Dahl et al., (2014).

Det er ikke bare somatisk sykdom som kan utløse angst hos pasienter, men også helsepersonell kan påføre pasienten angst skriver Vaglum (2007). Mangel på tillit og dårlig kommunikasjon med helsepersonell utløser uro og usikkerhet hos pasienten og kan dermed resultere i at pasienten utløser en angstreaksjon. Vaglum (2007), skriver at en kort samtale kan være bedre enn premedikasjon. Han nevner mangelfull informasjon og dårlig kommunikasjon som faktorer for at helsepersonell påfører pasienten angst eller forsterker den angsten som pasienten allerede opplever. Tiltak til å forebygge at angsten forsterkes eller

påføres av oss helsepersonell er god kommunikasjon og informasjon. Vaglum (2007) skriver at en kort samtale kan være bedre enn premedikasjon og at det å lytte til pasienten til pasientens historie og å vise empati kan resultere i at pasienten slipper å gjennomgå flere kroppslige undersøkelser som kan vise seg å være unødvendige dersom en tar seg tid til å bli kjent med pasienten.

Vaglum (2007) skriver at vi kan forsterke pasientens engstelse dersom vi bruker tid på undersøkelser istedenfor å ta oss tid til å høre på pasientens historie og opplevelse av å ha en somatisk sykdom.

God kommunikasjon forholder seg både til pasienten som er fysisk syk OG emosjonelt/følelsesmessige engstelig. Vaglum, (2007) ser viktigheten med å bli kjent med pasienten for å kunne vurdere om pasientens engstelse samsvarer med situasjonen som pasienten befinner seg i. Helsepersonell vil kunne kartlegge i forhold til pasientens angst er om angsten er en naturlig del av pasientens personlighet, om angsten kom i forbindelse med somatisk sykdom, eller om det foreligger en angst som går så dypt at den ikke er relevant i somatisk sykdom enn at angsten bør diagnostiseres og behandles i tillegg til den somatiske sykdommen.

3.6 Tankens kraft

Dahl et al., (2014) skriver om tankens betydning og hvor stor innvirkning negative og destruktive tanker forekommer ved somatisk sykdom. Slike tanker som streifer en hyppig, blir ofte omgjort til fakta og sannhet, fordi en ikke er klar over hvor stor innvirkning tankene har på virkeligheten. Dahl et al., (2014) forteller videre at tanker bare er tanker og ikke fakta og noe som skal påvirke en i så negativ retning. Viktigheten ligger i at helsepersonell bør bevisstgjøre pasienter om hvor stor innvirkning tankene kan ha og lære pasienter til å «se på tankene» og ikke «se gjennom tankene». Grunnen til dette er at mange pasienter formidler at det er ikke sykdommen i seg selv som er mest belastende, men sykdommens mentale belastning i form av tanker. Dahl et al., (2014) skriver om at slike destruktive tanker kan oppstå når pasienten får diagnosen på en somatisk sykdom, hvordan sykdomsforløpet utvikler seg og tanker om livet og døden. Ofte kommer tankene om de nærmeste i familien og venner som blir etterlatt, dersom den somatiske sykdommen har en dødelig utgang.

Tanker om det å fungere i arbeidslivet med en somatisk sykdom og meningen med sykdommen streifer de fleste i løpet av sykdomsperioden (Dahl et al., (2014).

3.7 Holisme

Holisme går ut på å se mennesket i sin helhet, og ikke en sum av alle delene som kroppen inneholder som organene hjertet, lunger og hjerne skriver Odland (2014). I forhold til behandling og pleiesituasjonen så må vi som helsepersonell ta hensyn til at pasienten er mer enn bare en fysisk kropp. For å oppnå dette må helsepersonell se pasienten som en helhet med kropp, tanker, engstelse, sårbarhet og at disse og flere fenomener tilhører et menneskeliv (Odland, 2014).

Odland (2014) forklarer de fire dimensjoner ved mennesket som holistisk tenkning tar utgangspunkt i, når man ønsker å gi best mulig helhetlig omsorg. De fire dimensjonene er den fysiske, den psykiske, den sosiale og den åndelige.

I oppgaven tar vi utgangspunkt i den psykiske dimensjonen for den kan påvirke de tre andre dimensjonene. Odland (2014) skriver at den psykiske dimensjonen kan både påvirke og bli påvirket av sykdommer og feilfunksjoner i de øvrige av menneskets dimensjoner. Dimensjonen omhandler det sjelelige anlegg og egenskaper.

Psykologisk stress og belastning av somatisk sykdom kan gi psykiske plager og kan i verste fall føre til en mental sykdom. Odland (2014) forklarer at konsekvensen av dette kan igjen føre til at de andre dimensjonene ikke blir ivaretatt (fysisk, sosial og åndelig). Somatisk stress kan føre til ulcerøs colitt som er en kroppslig og psykosomatisk sykdom.

Odland (2014) beskriver holistisk tilnærming som den måten sykepleieren ser på pasienten som et medmenneske og likeverdige samarbeidspartnere når pasientens helseproblem skal løses. Grunnen til at samarbeidet er så viktig er for at selv om sykepleieren sitter med kompetansen som pasienten trenger, så er pasienten i besittelse av erfaring og forståelse/opplevelse av egen situasjon, som sykepleieren trenger for å hjelpe pasienten på en mest hensiktsmessig måte (Odland, 2014).

Odland (2014) viser til «jeg – du» forholdet som kommer til uttrykk i praksis når pasient og sykepleier arbeider sammen mot et felles mål, som er til det beste for pasienten. Dette gjør de gjennom dialog, samforståelse og samhandling og dermed utarbeider realistiske mål, og tiltak for å nå disse målene.

Et sykepleietilbud skal ikke bare dreie seg om den rent medisinske tilnærmingen skriver Odland (2014) men skal også vise interesse, omtenkksomhet og omsorg for å beskytte og ivareta de fire dimensjonene for å opprettholde et holistisk syn og tilnærming til pasienten

3.8 Kommunikasjon

Eide & Eide (2013) skriver at kommunikasjon er grunnleggende for at en sykepleier skal få skapt en relasjon og tillitt til pasientene. Relasjon og tillitt er det fundamentet for å få tak i og gi relevant informasjon i tillegg til å sørge for at pasienten blir ivaretatt. Ved sykdom har en ofte behov for informasjon og kunnskap om sykdommen i seg selv, behandling, prognose, psykiske reaksjoner, medikamenter og annet som er relevant for pasienten i den situasjonen. Sykepleierens viktigste oppgave i forhold til kommunikasjon er å gi informasjon og veiledning. Eide & Eide (2013) påpeker også at informasjonen som gis til pasienten må være tilpasset deres nivå. Som sykepleier må du sørge for at pasienten hører, forstår og husker det som er nødvendig, samt at han kan komme med sine bekymringer og føle at han blir ivaretatt. Sykepleier skal formidle kunnskaper som pasienten har behov for å vite i forhold til sin situasjon (Eide & Eide, 2013). Det er i tillegg vår plikt ifølge de yrkesetiske retningslinjene å gi informasjon til pasienten (NSF, 2011), samtidig som pasienten har rett på å få informasjon om sin helsesituasjon ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Pasient- og brukerrettighetsloven skal være med på å fremme tillitsforhold mellom helse- og omsorgstjenesten og pasient/bruker, samt ivareta respekt for hver enkelt bruker/pasients liv, menneskeverd og integritet. Ved å gi pasienter/brukere rettigheter ovenfor hele- og omsorgstjenesten bidrar det til å sikre befolkningen lik tilgjengelighet til tjenester av god kvalitet (Helsedirektoratet, 2016).

3.9 Sykepleierens rolle og funksjon.

Sentralt i beskrivelsen av sykepleierens fokus er sykepleieren- pasienten- og pasientens helsetilstand. Mens sykepleierens sentrale mål er helse, mestring og livskvalitet, i tillegg til

omsorg for det syke mennesket i seg selv er et mål. Sykepleieren kan ikke gjennomføre målene ved å basere seg kun på fagkunnskap, men sykepleieren trenger også evnen til å leve seg inn i og å kunne forstå pasientens situasjon. Pasientens grunnleggende behov og opplevelse av og reaksjoner på sin tilstand er utgangspunktet for vår virksomhet som sykepleiere (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2012).

Sykepleierens funksjons- og ansvarsområde er der delt opp i 7 punkter, der 1-5 har fokus på pasient og pårørende funksjon, der punkt 5 er også rettet mot elever, studenter og kollegaer. Punkt 6 og 7 er rettet til administrasjon og ledelse av sykepleierpersonalet og utviklingen av sykepleierfaget. Vi velger å ta for oss punkt 3, lindring, der målet er å begrense eller redusere omfanget av ulike typer påkjenninger. Påkjenningene kan være av fysisk, psykisk, sosial eller åndelig karakter. Og punkt 5, undervise og veilede, her er målet å bidra til læring, utvikling og mestring. Sykepleiers ansvar blir å rette undervisningen og veiledningen til både pasient og pårørende. Her er sykepleieres funksjon å øke kunnskapen og forståelsen slik at pasienten kan foreta valg med å ivareta egen helse (Kristoffersen et al., 2012).

I følge Norges sykepleierforbund (2011) skal vi som sykepleiere støtte oss på de yrkesetiske retningslinjene. Vår funksjon er å omfatter mennesker i alle faser i livet, fra livet begynner til dens slutt. Den grunnleggende plikten er å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død. Vi som sykepleiere har et etisk, faglig og personlig ansvar for egne vurderinger og handlinger i utøvelsen av sykepleie, samt det å sette seg inn i det lovverket som regulerer tjenesten. Som sykepleier har vi plikt til å ivareta den enkelte pasients integritet og verdighet, inkludert rett til å være medbestemmende, retten til å ikke bli krenket og retten til helhetlig sykepleie (NSF, 2011).

3.10 Benner og Wrubels sykepleieteori

Patricia Benner og Judith Wrubel er to sykepleieteoretikere fra USA som i sin omsorgsteori tar for seg det å hjelpe mennesket med mestring av sykdom, tap og helsesvikt. Benner og Wrubel sitt syn på mennesket skiller seg ut med at de ikke er opptatt av hva som kjennetegner at mennesket har behov for sykepleie, men heller pasientens opplevelse av sykdom, helsesvikt eller tap. Dette viser at de har et mer holistisk menneskesyn, der de mener at man skal se på mennesket som en helhet med å behandle sykdommen og selve mennesket (Kristoffersen et al., 2012).

Stress og mestring er to sentrale begrep i Benner og Wrubels teori skriver Kongsmo (1995). De beskriver stress som et sammenbrudd i det som er meningsfullt hver enkelt. Det vil si utfordringer vi møter i hverdagen, noe som går utenom vår daglige rutine, og dermed må man finne en ny løsning på problemet. Etter sammenbruddet kommer mestringen inn, der er målet å finne mening igjen. Benner og Wrubel skiller seg mer ut fra andre teoretikere med at de ikke står på utsiden, men at de er en del av mestringsprosessen til pasienten. De nevner også at det ikke er noen god fasit på hva er god mestring siden det er så forskjellig fra person til person (Kongsmo, 1995).

3.10.1 Mestring av sykdom

Kongsmo (1995) skriver om skillet Benner og Wrubel gjør mellom å være syk og følelsen av å være syk. Selv om pasienten har en diagnose vil det ikke si at pasienten kjenner symptomer, samtidig som at selv om pasienten føler seg syk er det ikke sikkert at han har en diagnose. Dermed mener de at sykepleierens fokus er pasientens opplevelse av sykdom; hva ser pasienten på som utfordrende i hverdagen og i forhold til kroppslig, sosialt og mentalt. Opplevelsen pasienten har kan komme til uttrykk igjennom frykt, håp, fornektelse eller fortvilelse (Kongsmo, 1995).

Om målet er å hjelpe pasienten til å bli frisk eller å lindre sykdommen er det viktig å ta utgangspunkt i pasientens opplevelse av sykdommen. For at vi lettere skal forstå pasientens opplevelse av sykdom er det viktig for oss å vite hva som er meningsfullt i pasienten sitt liv og hvilke utfordringer pasienten støter på med sykdommen sin. Når en person får en sykdom er det så klart individuelt om hvordan de reagerer, men det kan fort oppstå en usikkerhet hos de siden de ikke vet hva fremtiden bringer. Med at sykepleier vet om pasientens opplevelse kan han/hun ut fra dette skape flere muligheter ved å veilede, fortolke og trene han til å lære nye ferdigheter, eller bare ved å gi god omsorg (Kongsmo, 1995).

4.0 Drøfting

I drøftingen har vi hatt fokus på å sammenligne teori og pasientperspektivet fra forskningene, det har vi gjort ved at vi har delt opp drøftingen med spørsmål som vi mener er viktige for å kunne svare på problemstillingen vår. Videre ønsker vi at drøftingen skal bære preg av det holistiske synet og sykepleierens rolle og retningslinjer. Underveis har vi gjort rede for hvordan kommunikasjon og informasjon påvirker de psykiske påkjenningene, både positivt og negativt. Vi velger å presentere problemstillingen på nytt:

Hvordan kan sykepleiere lindre psykiske påkjenninger hos pasienter som har et nyoppdaget Abdominalt aortaaneurisme (AAA) og får konservativ behandling?

4.1 Sykepleierens rolle og funksjon i det lindrende og informative arbeidet.

I denne oppgaven har vi tatt utgangspunkt i sykepleierens lindring, undervisende og veiledende funksjoner. Bakgrunn for valget av disse funksjonene er at vi ser behovet som pasientene har for veiledning og undervisning og hvordan det kan virke lindrende på de psykiske påkjenningene. Vi viser også til de yrkesetiske retningslinjene som beskriver vår rolle som en lindrende og undervisende funksjon (NSF, 2011). For at vi som sykepleiere skal kunne vite hva pasientens behov for hjelp er eller om pasienten i det hele tatt har behov for hjelp tar vi utgangspunkt i Benner og Wrubels sykepleierteori om det å sette seg inn i pasientens forståelse og opplevelse av sykdom.

4.2 Aneurisme – hvilke mennesker risikerer å utvikle et AAA og hvem gjør ikke?

Vi ønsker å se nærmere på hvilke risikofaktorer som kan føre til utvikling av et abdominalt aortaaneurisme (AAA), og hvilke personer dette gjelder. Vi er innforstått med at selv om mennesker har en eller flere faktorer som gir økt risiko for å utvikle en sykdom så er det ikke en selvfølge at de får sykdommen, men at de lever i risikozonen. Studien som ble gjort i Tromsø undersøkte hvilke risikofaktorer som forekommer ved AAA, av de som fikk påvist et AAA var det hyppig forekomst av disse risikofaktorene: aterosklerose, røyking, høyt blodtrykk, høye verdier av LDL kolesterol og lave verdier av HDL kolesterol (Forsdahl, et

al, 2009). Studien fant også ut at menn og eldre hadde generelt høyere risiko for å utvikle AAA basert på forekomsten av risikofaktorene. Vi sammenlignet funnene i studien med litteratur i teoridelen og så at faktorene var de samme. Almås, (2013) nevner aterosklerose, høyt blodtrykk og røyking som de viktigste årsakene til å utvikle et AAA.

4.3 Hvordan reagerer pasienter når de får vite at de har et AAA?

Bakgrunnen for problemstillingen var akkurat dette vi undret oss over, vi tenkte at det må gi noen psykiske påkjenninger for pasientene å få denne beskjeden om at de har en tikkende «bombe» som AAA blir kalt på folkemunne. Basert på forskning gjort i Sverige fant vi ut at flere av pasientene ble overrasket over at de hadde et AAA fordi de ikke hadde kjent noen form for symptomer, og følte seg dermed friske. Pasientenes oppfatning av å være frisk menes i denne sammenheng at de ikke har symptomer på sykdom. De følte at de ikke lenger kunne stole på de signalene som kroppen ga om at de var friske, og dette førte til en falsk trygghet og usikkerhet, som igjen resulterte i en engstelse og usikkerhet rundt sin egen oppfatning av sin helse (Petterson & Bergbom, 2013). Tilbake til litteraturen ser vi at et AAA forekommer som oftest uten symptomer og oppdages dermed tilfeldig i forbindelse med utredning etter andre årsaker (Almås, 2013).

I forskningen til Brännström, et al. (2009) forteller pasientene at det å få informasjon om at de hadde et AAA følte som en «dråpe i havet». Det de forklarer er at de ikke hadde fysiske symptomer som var relatert til aneurisme, men de hadde mer vanskeligheter med andre sykdommer og lidelser i livet som førte til at det overskygget vissheten om aneurisme. Med andre ord så påvirket ikke aneurisme disse menneskene i så stor grad som de pasientene i forskningen til Petterson & Bergbom, og de følte seg ivaretatt med tanke på god og fullstendig informasjon, men likevel så hadde det liten betydning for dem fordi de hadde såpass store utfordringer knyttet til andre alvorlige sykdommer som blant annet slag, lungesykdom og langvarige smerter.

Ut ifra forskningen så lurer vi på om det kan være «gunstig» å ha en sykdom fra tidligere som overskygger aneurisme og dens psykiske påkjenninger? Fordelen er at de ikke opplever psykiske påkjenninger som er relatert til aneurisme, men ulempen er at de mest sannsynlig har psykiske påkjenninger knyttet til de alvorlige sykdommene som de hadde før og at vi ikke har mulighet til å lindre disse på samme måte som en med nyoppdaget AAA. Her ser vi viktigheten med å bli kjent med pasienten for å forstå hans behov, for disse pasientene er

ikke aneurisme den største utfordringen, så det ville vært feil fra vår side å rette fokuset mot aneurisme, når det ikke er fokuset til pasientene. Ut i fra hvordan vi tolker pasienthistoriene i forskningen så er pasientene mer opptatt av de sykdommene som har smerter og at det er en større belastning for dem i hverdagen.

Kjøllestad & Moesmand (2007) skriver om overgangen fra å tro og føle seg frisk til plutselig å bli alvorlig syk er svært dramatisk og personen har ingen mulighet til å forberede seg på denne endringen, situasjonen er preget av forandring, tap og krise. For pasienter som får beskjed om at de har et AAA kan ofte få en reaksjon på dette, dersom de ser på et AAA som en krise. Det er viktig for sykepleieren å kjenne til de ulike reaksjonsfasene på krise som pasienten kan gå igjennom. Dette er både for at sykepleier skal kunne vite hvilken fase pasienten finner seg i, hva vi som sykepleiere kan forvente oss fra pasienten og hvordan vi skal tilnærme oss disse pasienten i de ulike fasene.

I sjokkfasen kan vi dermed ikke forvente oss at pasienten tar til seg all den informasjonen vi kommer med. Cullberg (2010) påpeker også at helsepersonell ofte gir informasjon kun i sjokkfasen og tror dermed at pasienten er godt informert. Men siden pasienter ofte fornekte situasjonen de er i og er dermed ikke i stand til å bearbeide den informasjonen som blir gitt. Her ser vi viktigheten med å gjenta informasjonen i de ulike fasene. Eide & Eide (2013) beskriver også at vi som sykepleiere må forsikre oss om at pasienten hører, forstår og husker det som blir sagt. Dette fører ofte til at vi må gjenta informasjonen som blir gitt. I tillegg utøver vi sykepleie etter yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2014) som sier at vi har plikt til å gi nødvendig informasjon om pasientens helsetilstand, og pasienten har på sin side pasient- og brukerrettighetsloven (1999) som sier at pasienten har rett til den informasjonen.

Etter sjokkfasen forløper reaksjonsfasen der pasienten er mer innforstått med sin situasjon og er dermed mer disponibel for informasjon. Pasienten befinner seg i stadiet der mange bebreidende tanker sirkulerer som «hvorfor meg?» og «hva har jeg gjort for å fortjene dette?». I denne fasen er det nødvendig at sykepleieren tilnærmer seg pasienten med den informasjonen som gir svar på pasientens tanker og spørsmål. I bearbeidendefase er pasienten mer tilstede i virkeligheten, pasienten har landet og har på en måte godtatt at situasjonen er som den er. I denne situasjonen er det et enda større behov for informasjon siden pasienten har innsett at dette blir en del av hverdagen hans. I denne oppgaven har vi fokuset på den akutte fasen, men for å se hvordan forløpet utvikler seg valgte vi å ta med bearbeidingsfasen for å få et helhetlig inntrykk.

Ut i fra teorien vi har funnet så er det ingen tilfeldighet om hvem som er utsatt for psykiske påkjenninger ved somatisk sykdom. Dahl et al., (2014) skriver at det kommer an på hvor sårbar pasienten er i utgangspunktet før han får vite at han har et aneurisme. Dersom pasientene lever et liv med mye bekymring og nervøsitet er det større sjanse for at de mestrer situasjonen dårligere når de får en dårlig beskjed og dette samsvarer med Eide & Eides (2013) beskrivelse av hvilke forutsetninger pasienten har om sykdommen enten ved at pasienten tror at han kommer til å dø, eller at det kommer til å gå bra. Holdningene kan være av pessimistisk eller optimistisk karakter og dette påvirkes av faktorer som hva en allerede vet eller tror om sykdommen, dens prognose og om en har erfaringer med sykdommen fra tidligere hevder Kjøllesdal & Moesmand (2007).

Sett fra pasientperspektivet i forskningen til Petterson & Bergblom (2010), forteller en pasient med AAA om en venn som døde av ruptur av aneurisme, og pasienten var klar over at det også kunne skje med han, men selv om det var skremmende så gikk han ikke rundt og tenkte på det for han visste ikke om eller når det kom til å skje. Han var av den oppfatningen at så lenge en ikke visste om det kom til å skje, så var det ingen vist i å bekymre seg over det. Her ser vi at pasienten hadde negativ erfaring med aneurisme fra tidligere, men likevel så lot han det ikke ta overhånd over livet hans, og at han oppfattes av oss som han hadde en positiv holdning til å mestre sykdommen.

I forskningen er det flere tanker som går igjen som beskriver pasientenes følelse av det å leve med et AAA – angst, frykt, noe som truer livet, usikkerhet, noe farlig som er gjemt inni kroppen, uforventet problem, følelsen av å være hjelpeløs, livet blir usikkert og uforutsigbart, frykt for at aneurisme skal sprekke, plutselig død (Petterson & Bergblom, 2013). Slike destruktive tanker forløper ofte ved somatisk sykdom som AAA og Dahl, et al., (2014) skriver om hvor stor innvirkning slike tanker har og hvordan tankene kan styre hverdagen til pasientene.

I og med at aneurisme stort sett oppstår uten symptomer kan det derfor være vanskelig å forholde seg til en sykdom som ikke gir kroppslige smerter eller ubehag, så vi undrer oss over om tankene erstatter disse faktorene som ellers er tilstede ved andre somatiske sykdommer. Pasienter gir også uttrykk for at det er ikke sykdommen i seg selv som er mest belastende, men sykdommens mentale belastning i form av tanker skriver Dahl et al., (2014), og fortsetter med at helsepersonell bør gjøre pasienten kjent med tankens kraft og dens belastninger, ved at pasientene ser på tankene, men ikke lever livet gjennom tankene. For tanker er bare tanker og ikke fakta påpeker Dahl et al., (2014). I forskningen til Petterson &

Bergblom, 2013, kommer de med en oppfordring til sykepleiere om at flere pasienter holder slike tanker for seg selv, grunnen til dette at de ikke ønsker å påføre sine nærmeste familie mer bekymring og lidelse. Dette er en tung byrde å bære alene og at sykepleiere bør snakke med pasientene om deres tanker når de er på kontroller av aneurisme.

Når vi ser på forholdet mellom angst og depresjon så er depresjon en diagnose på en psykisk lidelse, mens angst er en naturlig reaksjon når det oppstår en trussel. Vi tenker at for de fleste med nyoppdaget AAA kan det være naturlig at de opplever angst i forhold til denne typen sykdom fordi det er en situasjon som kan oppleves truende og usikker, med tanke på risiko for ruptur.

Etter å ha lest utsagnene som ble presentert i innledningen, så forestiller vi oss at de opplever det som skremmende og uforutsigbart å leve med en tikkende «bombe». Vi forsøker å se dette fra pasientens perspektiv, for å kunne vite hvordan pasienten har det og på hvilke måte vi kan hjelpe. Vaglum (2007) beskriver angst som en naturlig reaksjon når det oppstår en trussel, og vi må la pasienten få reagere på en naturlig måte, og forklare ovenfor pasienten at det å reagere med angst er en naturlig og allmennmenneskelig følelse.

På somatiske sykehus blir man naturligvis behandlet for det man er innlagt for og dermed blir det størst fokus på somatiske sykdom, men ved å overse den psykiske helsen så vil det få negative konsekvenser for den somatiske sykdomsforløpet fordi psykiske påkjenninger påvirker sykdomsforløpet negativt, og behandlingen av den somatiske sykdommen kan ta lenger tid. Her stiller vi oss undrende over hva som er årsaken til at vi ikke behandler hele mennesket, men deler av mennesket ettersom fysisk og psykisk helse henger sammen. Er det på grunn av for liten tid, eller for lite kompetanse, eller at vi har fått skylapper og fokuserer kun på det som er «synlig» sykt? Vaglum (2007) skriver at den største hindringen for å oppdage depressive plager er at man i mange somatiske avdelinger helst ser bort fra emosjonelle problemer, og det medfører at disse pasientene ikke får den hjelpen de har krav på. Dette samsvarer også med det Dahl et al., (2014) skriver om mulige årsaker til at psykiske påkjenninger blir oversett fordi den somatiske sykdommen blir oppfattet som mer dramatisk og alvorlig og blir derfor førsteprioritet i behandlingen på sykehus. Dahl et al., (2014) skriver også at en annen grunn kan være at helsepersonell føler seg mindre trygg med håndtering og behandling av psykiske påkjenninger. En annen årsak som Dahl et al., (2014) skriver om som skiller seg ut ifra de andre årsakene er at pasienten selv ikke ønsker å snakke om sine psykiske påkjenninger og derfor ikke tar opp temaet fordi de føler at den somatiske sykdommen bør fokuseres mest på.

Pasienten må få utløp for sin angstfølelse, og vi som helsepersonell kan ikke forhindre årsaken til angsten oppstår, men vi kan sørge for at vi ikke forsterker pasientens angst, men derimot forhindre at angsten øker i graden. Vaglum, (2007) skriver at helsepersonell kan forsterke pasienten angst ved at konsekvensen av dårlig kommunikasjon og mangelfull informasjon fører til at pasienten mister sin tillitt til oss og føler seg utrygg. Sett fra pasientens side så sier pasient- og brukerrettighetsloven (1999) at pasienten har rett på nødvendig informasjon om sin helsetilstand, og det som Vaglum, (2007) skriver ovenfor, at slike tilfeller av mangelfull informasjon kan forekomme, strider også mot våre yrkesetiske retningslinjer. I norsk sykepleierforbund sine yrkesetiske retningslinjer punkt 2.4 sier at «Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.» (NSF, 2011).

4.4 Kan screening være med å lindre eller forsterke psykiske påkjenninger?

En studie ble gjort i Storbritannia i 1997-1999 med risikopasienter der den ene gruppen ble screenet, mens den andre var kontroll gruppe, de viste at reduksjonen av dødsfall var 53%. Samtidig viste studien at de med et aneurisme som ikke ble operert hadde en lavere livskvalitet, men igjen at de ikke hadde nok data angående dette temaet (Ashton, et.al. 2002). Når vi startet på denne oppgaven tenkte vi å bygge hele oppgaven rundt dette med screening, hva er fordelen og er det noen ulemper siden det kan redusere dødelighet. Etter å ha lest en del litteratur fant vi fort at den påkjenningen dette er for den psykiske helsen er desto større en det selve aneurisme er. Dette er så klart individuelt hvordan hver enkelt vil reagere, men vil en egentlig vite at du har en tikkende «bombe» i magen og leve med de psykiske påkjenningene, eller vil en heller være lykkelig uvitende? Selvfølgelig er det bra at man vet om det og kan iverksette tiltak for å unngå at det vokser mer, men er det verdt å ha følelsen på at man kan leve bare en dag om gangen.

En annen utfordring vi tenker på at mange mennesker reiser på slike undersøkelser alene, og blir sendt hjem med en slik beskjed uten noen form for oppfølging bortsett fra ny kontrollscreening. Fra tidligere erfaringer vet vi at pasienter med hjertesykdom får oppfølging i forbindelse med hjerteskolere og kreft pasienter blir ivaretatt på sykehuset under

behandling. Men da stiller vi oss spørsmålet hva med de pasienten som ikke har en konkret behandling, hvilken oppfølging får disse pasientene bortsett fra kontrollscreening?

For pasienter med små aneurismer er det ifølge en forskning ingen gevinst med operasjon på disse aneurismene som er under 5,5 cm (French, Falkensammer, Fraedrich & Schirmer, 2012). Men av de forskningene vi har funnet og brukt i oppgaven, spekuleres det i at pasienter som er operert for små aneurismer har noe bedret livskvalitet. Vi undrer oss over om dette er forbundet med trygghet og forutsigbarhet. Dersom aneurisme er borte forsvinner også trusselen for noe som er utrygt og fremmed. Men som forskning også viser til så er det alltid en risiko ved operasjon. Risikoen må veies opp mot det å leve med aneurisme som i teorien ikke er stort nok til å opereres.

4.5 Hvordan kan informasjon virke beroligende men også skape usikkerhet?

Som sykepleier er det å gi informasjon en stor del av jobben vår for å sørge for at pasienten bli ivaretatt. Når vi skal gi informasjon er det viktig at vi sørger for at pasienten hører, forstår og husker det en sier og selve språket bør tilpasses hver enkelt og bør derfor unngå bruken av medisinske ord og uttrykk, dette handler også om å respektere pasienten og ivareta hans integritet og verdighet. Når en skal informere pasienter er det fort at det blir for mye informasjon og dermed vil ikke all informasjonen bli inntatt, da kan det være lurt å gi den viktigste informasjonen først og komme tilbake til det andre senere, enkelt ganger være en fordel å gi det skriftlig (Eide & Eide, 2013). Siden vi har avgrenset oppgaven vår til 60-80 år kan det hende at en del av disse har redusert syn og/eller redusert hørsel, derfor er det viktig å sørge for at disse hjelpemidler som briller og høreapparat er tilgjengelige for pasienten. Det er greit å kjenne til at noen eldre også kan ha en kognitiv svikt som vi må ta hensyn til og at vi tilpasser kommunikasjon og informasjon til disse pasientene også. Eide & Eide (2013) skriver om å tone seg inn slik at sykepleieren møter pasienten på det nivået han befinner seg i. Dette er en del av det å tilpasse informasjonen og informasjonen handler om så mye mer enn innholdet i informasjon men også måten den formidles på.

Når en skal informere pasienter er det fort at det blir for mye informasjon og dermed vil ikke all informasjonen bli inntatt, derfor kan det enkelt ganger være en fordel å gi det skriftlig (Eide & Eide, 2013). Ved at en pasient ikke har fått tilstrekkelig med informasjon om sin

diagnose og sykdomsforløp kan det fort bli en kilde til usikkerhet og engstelse. Ved å øke kunnskapen og gjøre situasjonen så forutsigbar som mulig hos pasienten vil det gi en følelse av kontroll og opplevelse av mestring. Kjøllestad & Moesmand (2007) skriver om faktorer som er viktige for å skape trygghet til pasienter på intensivavdeling. De ønsket å vite hva som skjedde med dem og hva de kunne forvente, og å få tilbake håpet og kontrollen over seg selv. Hos pasienter som får en sjokkerende nyhet vil behovet for trygghet og omsorg være stort, selv om pasienten virker uberørt. I slike situasjoner er det viktig at sykepleier gir rom for tanker og reaksjoner pasienten har (Eide & Eide, 2013). Som sykepleier bruker man den hjelpende kommunikasjonen med det utgangspunktet at vi er der for å hjelpe pasienten. Den hjelpende kommunikasjonen er pasientrettet slik at vi får frem pasientens perspektiv, når fram til en felles forståelse i samhandling med pasientens verdier, forstår pasientens unike psykososiale kontekst og hjelpe pasienten med å dele makt, ved å bevare pasientens integritet og autonomi (Eide & Eide 2013). God kommunikasjon være et godt hjelpemiddel for å hjelpe pasienter med å mestre sykdom og krise, samt å bearbeide reaksjoner bedre.

Vi har sett i forskningene at pasientene har delte meninger om hvordan de opplever det å få informasjon om sitt aneurisme. Petterson & Bergblom (2013) skriver at noen pasienter følte at det hadde vært bedre å være uvitende om at de hadde et aneurisme, ettersom de ikke hadde symptomer. Når de fikk informasjon om hva som kunne skje dersom aneurisme skulle sprekke, skapte det angst og usikkerhet de gangene de opplevde kroppslige symptomer, fordi de assosierte symptomene med aneurisme. De ønsket ikke å vite for mye fordi det kunne skape mer bekymring som påvirket livene deres. Dersom pasienten uttrykker at han ønsker begrenset informasjon har han ifølge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) rett på det. Paragraf 3.2 sier at «Informasjon skal ikke gis mot pasientens uttrykte vilje, med mindre det er nødvendig for å forebygge skadevirkninger av helsehjelpen.» I denne sammenheng betyr det at pasienten får beskjed om at han har et aneurisme, men at han innfinner seg med det og videre ikke ønsker mer informasjon. For at vi skal kunne vite om han ønsker informasjon kan vi spørre hva han ønsker å vite rundt aneurisme, med tanke på for eksempel prognose og sykdomsforløp. Med grunnlag i våre yrkesetiske retningslinjer så stemmer dette godt med punkt 2.5 som sier at «Sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å forta valg, herunder å frasi seg sin selvbestemmelse.» Siden pasienten ikke ønsker å vite noe om prognosen vil han kanskje være med å ta valg i forhold til behandling (NSF, 2011). Selv om pasienten frasier seg retten til informasjon så har han fortsatt krav på helhetlig omsorg. I denne

situasjonen er vi med på å lindre de psykiske påkjenningene ved å ikke gi pasienten mer informasjon enn det han klarer å mestre og bearbeide.

I forskningen hadde pasientene en såpass tillit til legen så når de ikke fikk noen beskjed om noen endring skapte det trygghet og mindre bekymring. Når pasienten fikk beskjed om at aneurisme hadde vokst forårsaket det en usikkerhet angst og en trussel mot livet, men at de samtidig hadde et håp om kirurgisk behandling.

Men på en annen side så opplevde andre pasienter at det å få informasjon om sitt aneurismet var viktig for å kunne forstå situasjonen og hvordan de selv kunne påvirke eventuell vekst av aneurisme. Noen av pasientene følte imidlertid ikke at de fikk nok informasjon eller svar på alle spørsmålene som dukket opp etter at de fikk nyheten om aneurismet. De ubesvarte spørsmålene skapte rom for mistanke og spekulasjoner som igjen førte til at de begynte å tvile på om den informasjon de hadde fått var korrekt. Resultatet ble at pasientene benyttet seg av andre kilder enn helsepersonell og da de tilslutt fant ut at de ikke fantes noen praktisk måte å få svar på spørsmålene de hadde, følte de seg tvunget til å glemme aneurismet og slutte å være opptatt av sin bekymring rundt aneurismet siden det hadde en negativ effekt på livene deres.

4.6 Hvordan kan Benner og Wrubels sykepleieteori være med å tilrettelegge og tilpasse informasjon til hver enkelt pasient?

Benner og Wrubel skriver om det skillet mellom følelsen av å være syk og det å være syk (Konsmo, 1995). For pasienter med AAA er det sjeldent symptomer på sykdommen, og de merker det kanskje ikke før de får beskjeden om at de har et AAA, men når de får beskjeden kan det fort snu, med at de får de psykiske påkjenningene og begynne å kjenne etter om en har symptomer og dermed føler seg syk. Det er derfor viktig at vi som sykepleiere har fokuset på pasientens opplevelse av sykdommen og hvilke utfordringer i hverdagen opplever pasienten med sykdommen og følelsen av å være syk. Selv om pasienter reagerer forskjellig er det viktig at vi som sykepleiere setter oss inn i hvordan vi kan hjelpe akkurat denne pasienten. En kan fort falle inn i en slik rutine at man gir samme omsorg til pasienter med lik sykdom, men siden personlighetene ikke er like vil de kanskje oppleve ulike nivåer av omsorg (Konsmo,1995). Slik vi ser det, kan det med andre ord bety at rutinene tilsier at vi gir samme informasjon til alle pasienter med AAA? Her ser vi igjen viktigheten med å

tilrettelegge informasjon som hver enkelt pasient har behov for, dette er for å unngå at pasienten blir usikker og ikke føler seg ivaretatt.

Benner og Wrubel tar utgangspunkt det holistiske menneskesynet skriver Konsmo (1995). Se mennesket som en helhet, dette innebærer å ivareta De fire dimensjonene, fysiske, psykiske, sosiale og åndelige. Ved at sykepleier ser på pasienten som likeverd og en samarbeidspartner vil det blir lettere for pasienten å dele sine bekymringer og sin historie som igjen gjør vår jobb som sykepleier lettere.

For at vi skal kunne utøve helhetlig sykepleie til pasienter med AAA ønsker vi å gå nærmere inn på hvordan det påvirker de fire dimensjonene som går innunder holisme (Odland, 2014). Hvordan pasienter opplever å få et AAA, hvilke psykiske påkjenninger som AAA bringer, hvordan påvirker det hverdagen deres og hvilke tanker som dukker opp i forhold til liv og død? Etter å ha vært på praksis på sykehus så har vi observert at det kan være utfordrende å bevare det holistiske menneskesynet med travel hverdag og med høyt tidspress. Som nevnt er det noe som fort kan bli nedprioritert på grunn av ulike årsaker, men det er noe vi burde ta tak i siden pasienter ofte opplever psykiske påkjenninger knyttet til somatisk sykdom. Vi ser for oss at dersom fokuset for psykiske påkjenninger blir jobbet målrettet med i arbeidsdagen for sykepleiere, så kan dette føre til at pasientene får tilbake sitt normale liv raskere, og at de destruktive tankene kun forblir tanker og ikke utvikles til psykiske lidelser. Avslutningsvis ser vi for oss at informasjon og kommunikasjon ikke bare er i forhold til behandling, men også forebygging av psykiske lidelser

5.0 Konklusjon

I denne litteraturstudien har vi sett på hvordan en somatisk sykdom kan utvikle psykiske reaksjoner, og at de psykiske reaksjonene blir til belastninger som vi kaller for psykiske påkjenninger. Vi gjengir en kort oppsummering over hva vi har funnet ut og lært gjennom drøftingen av litteratur og forskning.

De som risikerer å utvikle et AAA er de som lever i risikozonen for hjerte- og kar sykdommer generelt, her er det snakk om røyking, aterosklerose, hypertensjon og høyt kolesterol. Likevel er det ikke alle som utvikler AAA.

Det er veldig individuelle reaksjoner når pasienter får vite at de har et AAA, men for de fleste kommer dette som et sjokk fordi de ikke har hatt symptomer på sykdommen. Andre måter de reagerer på er med frykt, angst, usikkerhet og uforutsigbarhet.

Når vi så på forskningen om screening så fant vi ut at selv om den reduserer dødeligheten så reduserer den ikke nødvendigvis de psykiske påkjenninger. Fordi de ble minnet på AAA når de fikk innkalling til kontroll screening og at livet ble satt på vent til de fikk svar om aneurismet hadde vokst.

Ut ifra de temaene vi har valgt å skrive om i oppgaven så blir kommunikasjon nevnt som en grunnleggende faktor i all tilnærming til pasienten. Kommunikasjon brukes som tillitsskapende arbeid, kommunikasjon er grunnleggende når informasjon skal gis til pasienten. Konsekvensen av dårlig kommunikasjon og informasjon er at pasienten mister sin tillit til oss som sykepleiere, og samarbeidet med pasient vil fungere dårlig. Ved informasjon kan vi gi pasienten svar og gjøre pasienten forberedt på fremtiden, det er ikke dermed sagt at informasjonen lover en mer forutsigbar fremtid, men du kan gi pasienten mer kunnskap om sin situasjon. Uten fullstendig informasjon kan pasienten prøve å søke etter svaret selv og dermed kan komme over upålitelige kilder som kan skremme pasienten. Det som overasket oss etter å ha gått igjennom forskningene var at pasientene ville ha ulik mengde informasjon, noen ønsket å vite alt, mens andre foretrakk å vite minst mulig.

For å kunne vite hvordan pasienten stiller seg i forhold til et aneurismet valgte vi å fokusere på å møte pasienten med et holistisk tilnærming. Ettersom det er veldig individuelt om hvordan pasientene reagerer på en alvorlig somatisk sykdom som et aneurismet så syns vi ut ifra litteratur at vi må lytte til pasientens opplevelse og bli kjent med pasienten for å finne ut

hvilke faktorer som pasienten føler at aneurismet truer. Med andre ord så må vi se situasjonen fra pasientens perspektiv for at vi skal kunne utøve sykepleie som er tilpasset hver enkelt pasient etter deres behov. Det vi ble overasket over var at noen pasienter ikke hadde behov for så mye informasjon, men det holdt med å vite at de hadde et AAA. Vi har lært hvor stor påvirkning informasjonen kan ha for pasienten. Når vi tenker etter så er ikke AAA den eneste somatiske sykdommen som kan gi psykiske påkjenninger, derfor synes vi at de psykiske påkjenningene bør vektlegges ved andre tilfeller av somatiske sykdommer.

Ut ifra diktet til Søren Kirkegaard som vi forøvrig presenterte før innledningen, tolker vi det slik at hjelpekunst er å møte pasienten der han er, sette oss inn i pasienten sin situasjon for å forstå hvordan pasienten har det. Om du ikke setter deg inn i pasientens situasjon blir det vanskeligere for deg å hjelpe pasienten og gi han den omsorgen han trenger. Vi føler at dette diktet er med på å svare på vår problemstilling og hvordan vi vil utøve sykepleie.

6.0 Litteraturliste

Almås, H. Stubberud, D-G & Grønseth, R. (2013) Sykepleie ved svikt i blodsirkulasjonen. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk Sykepleie 1* (4. utg., s. 247 – 269). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Ashton, H. A., Buxton, M. J., Day, N. E., Kim, L. G., Marteau, T. M., Scott, R. A., ... & Walker, N. M. (2002). The Multicentre Aneurysm Screening Study (MASS) into the effect of abdominal aortic aneurysm screening on mortality in men: a randomised controlled trial. *Lancet*, 360(9345), 1531-1539.

*Brännström, M., Björck, M., Strandberg, G., & Wanhainen, A. (2009). Patients' experiences of being informed about having an abdominal aortic aneurysm—A follow-up case study five years after screening. *Journal of vascular nursing*, 27(3), 70-74

*Cullberg, J. (2010). *Mennesker i krise og utvikling* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

*Dahl, A. A., Aarre, T. F & Loge, J. H. (Red.). (2014). *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom – symptomer, diagnostikk og behandling* (1.utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Dalland, O. (2014) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademiske

*Diakonhjemmet Sykehus (s.a.) Sykdom i kroppen - plager i sjelen. Lokalisert på:

http://diakonhjemmetsykehus.no/cms/site/0/forside/pasient-og-parorende/Enhet+for+psykiske+helsetjenester+i+somatikken/_attachment/2072?_ts=14102059374

Eide, H. & Eide T. (2013) *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Folkehelseinstituttet. (2015) Hjerte- og karsykdommer – faktaark med helsestatistikk.

Lokalisert på:
http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263%3A0%3A25%2C6067&MainContent_6263=6464%3A0%3A25%2C6068&List_6212=6218%3A0%3A25%2C8089%3A1%3A0%3A0%3A%3A%3A0%3A0

* Forsdahl, S. H., Singh, K., Solberg, S., & Jacobsen, B. K. (2009). Risk Factors for Abdominal Aortic Aneurysms A 7-Year Prospective Study: The Tromsø Study, 1994–2001. *Circulation*, 119(16), 2202-2208.

*Frech, A., Falkensammer, J., Fraedrich, G., & Schirmer, M. (2012). Abdominal Aortic Aneurysms An Overview of Screening and Management in Primary Care. *Journal of primary care & community health*, 3(2), 142-147.

Helsedirektoratet. (2016) *Pasient- og brukerrettighetsloven*. Lokalisert på: <https://helsedirektoratet.no/lover/pasient-og-brukerrettighetsloven>

*Hvite Ørn. (2015). Fakta om psykisk helse. Lokalisert på: <http://hviteorn.no/fakta-om-psykisk-helse/>

* Kjøllestad, A. & Moesmand, A. M. (2007). Å være akutt kritisk syk. I A. M. Moesmand & A. Kjøllestad, *Å være akutt kritisk syk: om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov* (s. 35 – 64). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Konsmo, T. (1995). *En hatt med slør...: Om omsorgens betydning for sykepleie – en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. Otta: Engers boktrykkeri A/S.

Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., Skaug, E-A (Red.). (2012). *Grunnleggende sykepleie. Bind 1*. (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Norges Teknisk-naturvitenskapelige universitet. (s.a.). *Hjerte og karsykdom*. Lokalisert på: <http://www.ntnu.no/cerg/cvd>

Norges Sykepleierforbund. (2014). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert på: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Odland, L-H. (2014). Menneskesynet i Brinchmann, B. S. (Red.). *Etikk i sykepleien* (3. utg., s. 23-41). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Ovind, J. (30. januar 2008). Vant 205 millioner – Kan dø når som helst. VG. Lokalisert på: <http://www.vg.no/>

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 3. (LOV-2015-05-22-32)

*Pettersson, M., & Bergbom, I. (2013). To be under control: a qualitative study of patients' experiences living with the diagnosis of abdominal aortic aneurysm. I *Journal of Cardiovascular Nursing*, 28(4), 387-395.

*Statistisk sentralbyrå. (2015) *Norge nest best i mest, nesten...* Lokalisert på: <http://ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/norge-nest-best-i-mest-nesten>

*Synnasverden. (12. mai 2012). All sann hjelpekunst. [bloggpost] Lokalisert på: <http://synnasverden.net/2012/05/12/all-sann-hjelpekunst/>

*Tidsskrift for den norske legeforening. (2002). Åpen kirurgi for abdominale aortaaneurisme. Lokalisert på: <http://tidsskriftet.no/article/468780/>

*Unikard. (2015) 7/10 dør når utposning på aorta sprekker. Lokalisert på: <http://unikard.org/7-av-10-dor-nar-utposning-pa-aorta-sprekker/>

*Vaglum, P. (2007) Må vi bry oss om psykologiske forhold hos pasienter med somatisk lidelse? I E. Hem, P. Vaglum, L. Fyrand & P. Nerdrum (Red.). *Pasienten og sykdommen : psykiske faktorer ved somatisk sykdom*. (1. utg., s. 13 – 29). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ørn, S. & Brunvand, L (2012) Hjerte- og karsykdommer. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1. utg., s. 159 – 194). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg 1: PICO- skjema.

Patients/population/problem HVEM?	Intervention/tiltak/initiativ HVA?	Comparison ALTERNATIVER?	Outcome RESULTAT/EFFEKT?
Patient with aneurysm Abdominal aortic aneurysm Male Age 60-80 Anxiety	Information Patient care		Patient experience Quality of life