



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 23.02.12

Kandidatnr.: 39

Antall ord: 8109

Sammendrag:

Bakgrunn: I år 2008 ble 6717 kvinner innlagt på sykehus med hjerteinfarkt. Mangelfull kunnskap hos helsepersonell og kvinner, medfører at tegn på hjerteinfarkt hos kvinner ikke blir tatt på alvor. Mye av forskningen som er blitt gjort handler om menn, men blir brukt til å omhandle kvinner. Mange kvinner sliter med frykt og angst etter hjerteinfarkt, noe som gjør at de har vanskelig for å mestre sin livssituasjon.

Problemstilling: ”Hvordan kan sykepleieren hjelpe kvinner å mestre sin livssituasjon etter gjennomgått hjerteinfarkt?”

Hensikt med oppgaven: Få kunnskaper om og øke forståelse for tema, da min interesse for hjerteinfarkt er stor. Kunnskapen kan også benyttes i møte med denne pasientgruppen ved en senere anledning.

Metode: Oppgaven ble gjennomført som et litteraturstudie, som består av systematisk gjennomgang av forskning og teori.

Funn: Undersøkelser viste at i tiden etter hjerteinfarkt var kvinner plaget med mange følelser og psykiske plager, som frykt og angst. Informasjonsbehovet er stort på sykehuset, og kvinnene savnet mer informasjon når de kom hjem. Individuell informasjon var viktig for å få svar på spørsmål og mestre. Mange gav uttrykk for at støtte var viktig i tiden etter infarkt.

Summary:

Background: In the year 2008 6717 women were committed to the hospital with cardiac infarctions. Due to the lack of knowledge both with the hospital staff and with the women, signs of cardiac infarction in women tend to not be taken seriously. A lot of the research that is being done concerns men, but is also used to concern women. Many women suffer from fear and anxiety after a cardiac infarction that causes them to have problems when dealing with their new life situation.

Approach to the problem: “How can the nurse help women to deal with their life situation after having gone through a cardiac infarction?”

The purpose of the assignment: Become knowledgeable and increase the understanding of the subject, because the subject of cardiac infarction has always been of great interest for me. The knowledge can also be used in meeting with this specific group of patients at a later time.

Method: The assignment will be carried out with a literary study consisting of a systematic run through of different research and theories.

Findings: Studies showed that in the time after a cardiac infarction women were troubled with a number of emotions and psychological difficulties like fear and anxiety. The need for information is great at the hospital and the women missed having more information after having returned to their homes. Individual information was important to get answers to questions they might have and also to master their situation. Many expressed the significant need for support in the time after the cardiac infarction.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
Summary.....	3
1.0 Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	5
1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling.....	5
1.4 Hensikt.....	6
1.5 Begrepsavklaring.....	6
1.6 Oppgavens disposisjon.....	6
2.0 Teori.....	8
2.1 Teoretisk perspektiv.....	8
2.2 Sykepleie perspektiv.....	8
2.3 Hjerterinfarkt.....	9
2.4 Kvinner og hjertesykdom.....	10
2.5 Psykososiale aspekt ved hjerterinfarkt.....	11
2.6 Mestringsteori.....	12
2.7 Pasientinformasjon.....	13
3.0 Metode.....	15
3.1. Metode.....	15
3.2 Litteraturstudie.....	15
3.3 Sterke og svake sider ved et litteraturstudie.....	16
3.4 Kildekritikk og kvalitetskriterier.....	16
3.5 Etikk.....	16
3.6 Søkeprosessen.....	17
4.0 Resultat.....	18
5.0 Drøfting av resultat.....	21
5.1 Hvordan har kvinner det etter et hjerterinfarkt?.....	21
5.2 Er informasjonen fra helsepersonell god nok?.....	22
5.3 Mestring i tiden etter hjerterinfarkt.....	24
5.4 Sosial støtte.....	26
6.0 Konklusjon.....	27
7.0 Referanseliste.....	28

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema:

Jeg ønsker å se nærmere på temaet kvinner og hjerteinfarkt. I år 2008 ble 20 007 mennesker innlagt på sykehus på grunn av hjerteinfarkt, av disse var 6717 kvinner. Hjerteinfarkt er den vanligste årsaken til innleggelse på sykehus (SSB, 2009). Sykdommer kan arte seg forskjellig, oppleves forskjellig og kreve ulik behandling hos kvinner og menn. Fokuset på menn i forhold til hjerteproblematikk har skapt en myte om at kvinner sjeldent eller aldri får hjerteinfarkt. Mangelfull kunnskap hos helsepersonell og kvinner, medfører at verken kvinnen selv eller hjelpeapparatet tar tegn på hjertesykdom alvorlig (Løvlien, 2001). I følge Statistisk sentralbyrå (2011) døde 1540 norske kvinner av akutt hjerteinfarkt i år 2010. Hjerteinfarkt er blitt den vanligste dødsårsaken blant kvinner over 65 år, og 75 % av hjerteinfarkt pasientene dør utenfor sykehuset. Hjerte- og karsykdommer er økende, og har økt kraftig etter 2. verdenskrig (Schenck-Gustafsson, 2003). Mennesker med hjerte- og karsykdom vil jeg møte overalt som sykepleier, uansett hvor jeg velger å arbeide. Jeg har i praksisperiodene mine møtt pasienter med akutt hjerteinfarkt. Dette er en av grunnene til at jeg har lyst til å finne ut hvordan kvinner som overlever et hjerteinfarkt opplever å ha det i ettertid og hva vi som sykepleiere kan gjøre for at de skal få det bedre. I følge Schenck-Gustafsson (2003) er det manglende kunnskap på kvinner og hjerteinfarkt, mye av forskningen som er gjort tidligere handler om menn og hjerteinfarkt, og resultatene blir brukt til å omhandle kvinner.

1.2 Presentasjon av problemstilling:

Det som er min problemstilling: ”Hvordan kan sykepleier hjelpe kvinner å mestre sin livssituasjon etter gjennomgått hjerteinfarkt?”

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling:

Fokuset mitt vil være på den kvinnelige pasienten. Jeg vil ta for meg tiden etter den akutte fasen i hjerteinfarkt, altså når kvinnen er kommet hjem fra sykehusoppholdet. Det som kan være utfordrende å mestre når kvinnen skal begynne å leve det ”normale” livet igjen, og hva en som sykepleiere kan gjøre bedre for at kvinner skal mestre sin livssituasjon, er det jeg i denne oppgaven vil ta for meg. Med livssituasjon mener jeg ikke bare den faktiske hverdagen, men også de overordnede linjene knyttet til meningen med livet. Som sykepleier vil jeg møte denne

pasientgruppen på sykehuset når hjerteinfarkt har oppstått. Jeg skal ikke sammenligne eller se på forskjellene mellom kvinner og menn, fokuset mitt skal være på kvinnen. På grunn av oppgavens omfang er jeg nødt til å prioritere hvilken teori som skal være med. Oppgaven avgrenses ved å utelate medikamentell behandling. Påvirkning og medvirkning vil jeg ta med der det naturlig faller inn. Informasjon og samhandling med påvirkning er viktig, men det er ikke der jeg skal ha fokuset mitt.

1.4 Hensikt:

Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap om tema, da dette er et felt som jeg har stor interesse for. Ved å belyse dette med kvinner og hjerteproblematikk kan jeg få en økt forståelse og oppfølging av kvinnen. Kunnskapen kan også benyttes i møte med denne pasientgruppen ved en senere anledning.

1.5 Begrepsavklaring:

Hjerteinfarkt er irreversibel skade i et område av myokard på grunn av vedvarende og alvorlig iskemi (Mæland, 2006).

Mestring defineres som: *”kognitive og adferdsmessige bestrebelsers som er under konstant forandring og søker å håndtere spesifikke ytre og/eller indre krav, som vurderes å være plagsomme eller overskride personenes ressurser”*(Lazarus & Folkman, 1984, s.141).

I begrepet mestring legger jeg måten kvinnen takler og behersker sykdommen og de utfordringer og endringer den bringer med seg. Det finnes ulike mestringsteorier, men jeg har valgt å se på Lazarus mestringsteori og Antonovsky sin salutogenese modell. Det vil si at jeg vil fokusere på mestring i stedet for sykdommen. For å mestre er en nødt til å løse problemet, en vil da få redusert stresset slik at en mestrer situasjonen.

1.6 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er bygd opp i seks hoveddeler med en innledningsdel, teoridel, metodedel, resultat- og drøftingsdel samt en avslutningsdel. I teoridelen presenterer jeg sykepleieteoretiker og begrepene som er sentrale for min oppgave. Begrepene jeg har valgt danner et grunnlag for

drøftingen min i resultat og drøftingsdelen. Videre har jeg en metodedel der jeg forklarer generelt hva metode er, samt litteraturstudie som metode og hvordan jeg har søkt for å finne frem til relevant litteratur. Under resultat vil jeg presentere funnene mine, og et kort sammendrag over funnene. Jeg vil i drøftingsdelen drøfte problemstillingen opp mot forskningsfunn og teorien fra teoridelen. Jeg har valgt å ta med egne erfaringer og synspunkter for å belyse temaet, men i liten grad ettersom dette er et litteraturstudium. Oppgaven avsluttes med en konklusjon der jeg svarer på problemstillingen gjennom resultatene fra forskningen.

2.0 Teori

2.1 Teoretisk perspektiv

Jeg har valgt å fokusere på to teorier for mestring. Grunnen til at jeg har valgt Antonovsky (2006) er at han fokuserer på hva en kan gjøre for å fremme helsen. Istedenfor å fokusere på sykdommen, skal en fokusere på å fremme helsen og mestring. Lazarus og Folkmann (1984) sin teori for mestring er kognitiv. Den skiller mellom vurderingene en gjør og tiltakene en foretar seg. Dette er den vanligste formen et menneske bruker for å mestre. En tenker enten problemfokusert eller emosjonelt fokusert.

Som sykepleieteoretiker har jeg valgt Joyce Travelbee. Som sykepleier skal en bygge opp ett menneske – til menneske forhold med den syke, en kan da hjelpe individet med å mestre erfaringer og finne mening i sykdom og lidelse (Travelbee, 1999).

2.2 Sykepleie perspektiv

Joyce Travelbee sin sykepleieteori bygger på mellommenneskelige aspekter. Mennesket som et individ, lidelse, menneske – til – menneske forhold, kommunikasjon og mening er viktige elementer i forhold til teorien.

Travelbee (1999) sin definisjon på sykepleie er som følger:

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å mening i disse erfaringene.” (Travelbee, 1999, s.29).

Travelbee sin sykepleiedefinisjon er velkjent og allment akseptert og tar først og fremst utgangspunkt i det enkelte mennesket (Kristoffersen, 2005). Sykepleier skal hjelpe enkeltindivider og familier til å forebygge sykdom eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse. Sykepleier jobber primært med at enkeltindivider skal gjenvinne helsen og komme seg igjen. Smerte og lidelse er en uunngåelig del av et menneskets liv. En måte å bistå det syke mennesker på, er å hjelpe dem med å mestre sykdom og lidelse som erfaring, dette gjøres ved å etablere en

tilknytning til den syke (Travelbee, 1999).

Sykepleier kan forstå den sykes behov gjennom observasjon og kommunikasjon. Et middel for å oppfylle sykepleiers mål og hensikt er menneske – til – menneske- forholdet, det kjennetegnes ved at den sykes behov blir ivaretatt. Sykepleier og pasient går fra å ha en stereotyp oppfatning om hverandre til å bygge opp et forhold som viser at begge parter er likeverdige, dette avhenger av at hvert enkelt individ opplever hverandre som et menneske i gjennom en relasjon. Det vil si at en ikke ser på sykepleier- pasient forholdet, der det er sykepleieren som har makt. Et menneske – til – menneske – forhold går gjennom fire faser. Disse fasene er: Det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati og sympati og medfølelse. Forholdet kan bygges opp i ulikt tempo og over flere faser, det kan også stoppe opp eller reversere til en tidligere fase. (Travelbee, 1999). Etter disse fasene mener Travelbee (1999) at man har skapt et menneske – til – menneske forhold, som fører til at man får gjensidig forståelse og kontakt. For å kunne skape god kommunikasjon kreves det bestemte forutsetninger, som kunnskap og evnen til å bruke kunnskapen riktig. Hun mener også at som sykepleier skal man ha både sensitivitet og god timing for å kunne kommunisere på en god måte.

Å hjelpe syke mennesker med å komme seg etter akutt sykdomsfase og gjenvinne helsen er vesentlig i dagens sykepleie. En måte å bistå det syke mennesket på er å hjelpe det til å mestre sykdom og lidelse som erfaring. Dette gjør sykepleier ved å vise at hun ønsker å bistå den syke, som et varmt, forståelsesfullt medmenneske. Å hjelpe mennesker til å mestre sykdom er ingen enkel oppgave, enda vanskeligere er det hvis utsiktene for at vedkommende blir frisk igjen er liten. Som sykepleier må en etablere en tilknytning til den syke å hjelpe han med å oppnå optimal helse på høyest mulige nivå. Sykepleier må sette seg inn i hvordan vedkommende oppfatter sin sykdom å hjelpe og finne mening i sykdommen (Travelbee, 1999).

2.3 Hjerteinfarkt

Hjerteinfarkt oppstår når en koronararterie tilstoppes. Dette skyldes som regel trombedannelse i en forkalket og forsnevret koronararterie og kommer typisk etter et ateromatøst plakk har blitt skadet, slik at trombocytene kleber seg til det skadete endotelet (Jacobsen et al., 2009)

Det vanligste tegnet er at pasienten kjenner intense, vedvarende brystmerter. Smertene kan variere i styrke og lokalisering, noen kan få strålende smerte som går ut i hals og armer. Det er vanlig at det oppstår kvalme og brekninger. Om det er et stort infarkt oppstår det dyspné eller lungeødem, dette er på grunn av at det rammer venstre siden av hjertet. Et hjerteinfarkt kan også oppstå helt uten symptomer, dette kalles et stumt infarkt. Rammer infarkt høyre ventrikkel, kan pasienten bli blek og gå i sjokk, dette skjer fordi høyre ventrikkel ikke klarer å pumpe blod over til den venstre ventrikkelen. Dette fører til blodtrykksfall og kan feiltolkes med kardiogent sjokk (Jacobsen et al., 2009).

Den akutte behandlingen tar sikte på å lindre smertene, begrense infarktets størrelse og forebygge og behandle komplikasjoner (Jacobsen et al., 2009). Ved total okklusjon, som vil si at åren er fullstendig tett. Utføres det perkutan koronar intervensjon (PCI), det er en type kateterbehandling, som kan utvide det forsnævrede stedet. Det kan også bli gitt trombolytisk behandling for å prøve å løse opp blodproppen, hvis det er innenfor en tidsramme på 12 timer etter infarkt startet.

Komplikasjoner kan oppstå tidlig og sent i forløpet. Rytmeforstyrrelser, hjertesvikt, kardiogent sjokk, hjerteruptur og perifere embolier er komplikasjoner som kan oppstå tidlig.

Ventrikkelflimmer er ofte årsaken til plutselige dødsfall ved infarkt utenfor sykehus (Jacobsen et al., 2009). Hjertet er i stand til å reparere seg selv etter et hjerteinfarkt, men muskelvevet blir erstattet med bindevevsarr, noe som vil si at det blir inaktivt og kan derfor ikke bidra til hjertets pumpefunksjon (Mæland, 2006).

Dødsfall etter et hjerteinfarkt skjer som regel i løpet av de første timene, før pasienten kommer til sykehus. Derfor er det svært viktig å få pasienten raskt til sykehus der han kan ligge til overvåkning, å få behandlet arytmier og redusere infarktstørrelsen (Jacobsen, et. al., 2006).

2.4 Kvinner og hjertesykdom:

I følge Schenck-Gustafsson (2003) blir kvinner rammet av hjerteinfarkt 10-20 år senere enn menn. Dette kommer av at østrogenet beskytter mot koronarsykdom og når kvinner kommer i menopausen, så synker østrogeniåvet i kroppen. Kvinner har ofte atypiske symptomer når det

gjelder hjerteinfarkt, dette kan være årsaken til den høye dødeligheten. Forskning viser at kvinner utredes i mindre grad enn menn når de kommer inn med hjerteinfarkt, de får også mindre trombolyse og morfin. Kvinner har også lettere for å utvikle panikkangst og depresjon etter hjerteinfarkt, mange er redde for å legge seg om kveldene og føler nedstemthet og sorg. Kvinner deltar også sjeldent på hjerterehabiliteringsprogram. For at kvinner skal bli interessert til å gå på hjerterehabiliteringsprogram, er det viktig at den blir gjort relevant og meningsfull for dem (Schenck-Gustafsson, 2003).

2.5 Psykososiale aspekt ved hjerteinfarkt:

Sykdom fører ofte til varierende grader av tristhet. Å være hjelpeløs eller avhengig av andre kan skape sterke følelser av verdiløshet hos den enkelte. Sykdom fører med seg en del erfaringer, det å få et nytt perspektiv og se livet fra en annen kant kan være med å endre prioriteringer og vurdere hva som er viktig og ikke viktig. Å være syk kan fremme redsel og angst. Gjennom sykdom frykter en det kjente og ukjente, og en kan oppleve den dype angsten om å ikke ha noen fremtid, en frykter også at en ikke skal greie å mestre situasjonen (Travelbee, 1999).

Et hjerteinfarkt inntreffer ofte plutselig, uten forvarsler. Hvordan de psykologiske følgene blir hos den enkelte kan variere stort, og det er vanlig at det oppleves som en krise for pasienten. De første timene er ofte en sjokkfase hvor følelsene er lammet (Mæland, 2006). Det er vanskelig å holde orden på tankene, og mange får problemer med å konsentrere seg. Pasienten kan være likegyldig og holde virkeligheten på avstand, han kan derfor ha vanskeligheter med å huske det som skjer og ta til seg informasjon (Renolen, 2008). Deretter kommer reaksjonsfasen, hvor pasienten gradvis tar til seg det som har skjedd, ofte med økende tegn på angst og bekymring. Det er her vanlig at pasienten bruker forsvarsmekanismer for å dempe følelsesmessige reaksjoner, andre kan være informasjonssøkende om sin tilstand. Gradvis inntreffer reparasjonsfasen hvor pasienten bearbeider det som har skjedd, hos noen kan dette oppleves som en sorgreaksjon. Den avsluttende fasen er reorganiseringfasen, der pasienten har bearbeidet det som har skjedd og gjenvunnet det psykologiske festet (Mæland, 2006). Den sosial støtten fra helsepersonell er viktig når en pasient opplever en krise. Støtte til bearbeiding av tanker og opplevelser gjennom kommunikasjon kan være av stor betydning for pasienten. Helsepersonell sin faglige kompetanse

kan med dette også bidra til trygghet (Renolen, 2008).

Hos noen vises det knapt emosjonelle reaksjoner i det hele tatt. Andre kan få angst og frykt over en lengre periode (Mæland, 2006). Mange får angst i forhold til det å føle at en ikke har kontroll over egen kropp (Schenck- Gustafsson, 2003). En rekke psykososiale oppgaver må mestres eller løses. Personlighet, tidligere erfaringer, samtidige problemer og sosial støtte er viktig for pasientens evne til mestring og tilpasning. De første ukene etter å ha forlatt sykehuset får mange av pasientene økte psykiske problemer. Noen kan føle usikkerhet ved å bli overlatt til seg selv etter infarkt, andre merker først ved hjemkomsten at de har fått svekket helse. Det kan også være en del av den naturlige reaksjonsfasen i et kriseforløp (Mæland, 2006). Angst er også vanligere blant kvinner enn hos menn. Ved panikkangst er det vanlig å få kroppslige symptom som hjertebank, kaldsvette, dyspné og ubehag fra magen. Mange kjenner igjen de samme symptomene etter hjerteinfarkt. Mange tror derfor at de har et nytt hjerteinfarkt, når det egentlig er panikkangst (Schenck- Gustafsson, 2003). Tidlig intervensjon vil kunne forebygge de emosjonelle vanskene i noen grad. Informasjon vil også kunne motvirke noe av den negative utviklingen (Mæland, 2006). Stress og angst er med å øke risikoen for at et nytt tilfelle av hjerteinfarkt, samtidig er det med å svekker prognosen for å overleve (Schenck- Gustafsson, 2003).

2.6 Mestringsteori:

Lazarus stress- og mestringsmodell blir mye brukt for å forstå pasientens reaksjon på sin egen kognitive situasjon (Renolen, 2008). Lazarus og Folkman (1984) deler mestring inn i problemfokuset og emosjonsfokuset mestring. De ser på mestring som en prosess, og ikke et personlighetstrekk. Den problemfokusede mestring har som mål å gjøre noe konstruktivt med situasjonen en er oppi. Det vil si at handlingen har som hensikt å gjøre noe med stresskilden. Personen tilegner seg informasjon om hva som må gjøres, og foretar en handling som endrer den problematiske relasjonen mellom person og miljø. Den første delen av modellen er primærvurderingen, hvor situasjonen oppleves positiv, nøytral eller belastende. Oppleves relasjonen belastende kan en se betydningen av mestring som en prosess. Prosessen begynner i det en opplever sorg, lidelse eller motgang. En kan se at den lange varigheten av sorgarbeid og endringer finner sted over tid. Videre blir situasjonen tatt opp i en sekundær vurderingen, hvor en

vurdere om en har opplevd lignende før, eller har kunnskap til å takle det. Hvis en klarer å mestre situasjonen fører det til en revurdering, hvor situasjonen blir sett på som en utfordring. Den andre er emosjonell orientert mestring, hvor en vil redusere de ubehaglige følelsene og hvor en kan oppleve skyldfølelse og angst. Dette ser en ofte ved at personen tenker på noe annet, unngår å handle, forneker situasjonen og isolerer seg (Lazarus & Folkman, 1984). Begge strategiene oppfattes som mestring. Sykepleier utfører datasamling og setter i gang tiltak, for å påvirke pasientens opplevelse av trussel, og for å styrke mestring (Renolen, 2008).

Antonovsky (2006) sin teori handler om de positive kreftene i et menneske. Han skapte begrepet salutogenese, som handler om hva vi gjør for å holde oss friske. Helsen oppfattes som noe sammenhengende, i stedet for at en er syk eller frisk. Begrepet opplevelse av sammenheng (OAS) er sentralt i den salutogeniske modellen og blir sett på som kjernen i svaret på det salutogeniske spørsmål. OAS består av de tre komponentene: forståelse, håndterbarhet og meningsfullhet. **Forståelse** vil si at en oppfatter indre og ytre stimuli som kognitivt meningsfulle ved at de blir oppfattet som strukturerte, sammenhengende og tydelig. **Håndterbarhet** innebærer følelsen av å håndtere utfordringen, og at en opplever å ha ressurser som kan møte de ulike situasjonene. Har en lav håndterbarhet oppleves ingen mestring av situasjonen, og en kan føle seg urettferdig behandlet. **Meningsfullhet** er det motiverende elementet i OAS. Det skaper lyst til å finne en forståelse av verden og de ressursene en har til rådighet. Begrepene henger sammen, og kan påvirke hverandre. I følge salutogenesemodellen, er en som sykepleier avhengig av en salutogenetisk tilnærming til menneskets helse. Dette er viktig for at pasienten skal forstå og vite om ulike faktorer som kan bidra til at han kan mestre en situasjon. Gjennom innsiktfull kommunikasjon i rolige omgivelser kan en klare å nå inn til pasienten, slik at han kan få en følelse av mestring i sin situasjon (Antonovsky, 2006).

2.7 Pasientinformasjon:

Informasjon og veiledning er viktig faktor for at en som har gjennomgått hjerteinfarkt skal en forutsetning for å mestre og redusere usikkerheten rundt sykdommen (Mæland, 2006). I følge pasientrettighetsloven (1999) §3-2 har pasienten rett på informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin egen helsetilstand, i innholdet i helsehjelpen og rett til informasjon om virkninger og

bivirkninger av behandling. Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle læreforutsetninger, og helsepersonell skal sikre seg at innhold og betydningen av informasjonen er forstått. Sykepleier skal være med å styrke pasientens ressurser slik at han kan ta ansvar for sin egen rehabilitering og forebygge forverring og tilbakefall av hjerteinfarkt. Fremming av pasientens selvstendighet gjennom å utvikle pasientens egenomsorg er også viktig (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2010). Forberedende informasjon er nyttig fordi pasienten kan møte en del vansker som han bør være forberedt på, det kan være med å redusere senere problemer ved hjemkomsten (Mæland, 2006).

Et flertall av pasientene opplever at de får for lite informasjon på sykehuset, noe som kan føre til stor usikkerhet etter utskrivelsen. Informasjonsbehovet hos pasienten er ulikt, noen får ikke nok informasjon, imens andre skyver tankene på sykdommen i fra seg. Informasjon bør alltid gis som et tilbud, som pasienten velger selv om han vil mota eller ikke. I dag er oppholdet på sykehuset etter et hjerteinfarkt blitt så kort, at det er vanskelig å gi omfattende informasjon under oppholdet. Hovedtyngden av undervisningen bør derfor skje etter utskrivning fra sykehuset. Det er da utfordringene kommer og pasienten skal leve hverdagen igjen, pasienten er da motivert til å lære mer og behovet for informasjon er stort. Brosjyrer og bøker er som regel ikke nok, og pasienten har ofte et behov for å diskutere spesielle spørsmål med sykepleier (Mæland, 2006).

Informasjonen skal være med å skape grunnlag for å vurdere og forstå sykdomsutviklingen, og unngå at en får følelse av hjelpeløshet. For mange pasienter er det viktig å få en forståelse for hvorfor de ble syke, det kan være med å gi dem økt kontroll over sin livssituasjon. Det er viktig at pasienten danner seg et bilde av fremtiden og hvilke forventninger han har til seg selv. Forventningene er med å styrer mye av våre handlinger. Informasjonen skal også være med å hjelpe pasienten til å velge en livsstil som forebygge tilbakefall og videre utvikling av hjertesykdommen (Mæland, 2006).

3.0 Metode

3.1. Metode

Dalland (2007) henviser til Tranøy sin definisjon på metode. Han mener at vitenskap og metode henger nøye sammen, og at metode er en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare. Det blir også nevnt at begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig og interessant måte. Vi bruker metoden som et redskap i det vi vil undersøke (Olsson & Sörensen, 2006).

Den kvantitative metoden former informasjonen til målbare enheter, noe som gjør at en kan finne gjennomsnitt og prosenter i mengden (Dalland, 2007). Den kvantitative forskningen bygger på et historisk ideal hvor virkeligheten kan studeres ubetinget og objektivt. For å samle inn data brukes målinger som ikke er i direkte kontaktet med feltet. Spørreskjema med faste svaralternativ, tester eller journalgranskning blir ofte brukt (Wengström & Forsberg, 2008). Forskeren ser fenomenet utenfra, og knytter et jeg – det forhold (Dalland, 2007).

De kvalitative metodene tar for seg i meningene, erfaringene og opplevelsene som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2007). Vi får derfor beskrivende data, med menneskets egne ord eller observerte atferd (Olsson & Sörensen, 2006). Datasamlingen skjer hovedsakelig som et intervju eller observasjon, men kan også ha andre former. Kvalitativ forskning kjennetegnes med et relativt få informanter, men med et rikt beskrivende datamateriale (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart, 2011). Gjennom kvalitativ forskning får en direkte kontakt med feltet, og forskeren knytter opp jeg-du forhold (Dalland, 2007).

3.2 Litteraturstudie

Oppgaven skal skrives som et litteraturstudie, det vil si at litteraturen er informasjonskilden i studiet (Olsson & Sörensen, 2006). Dette er bestemt ut i fra læreplanen til Høgskolen Stord/Haugesund. Et litteraturstudie forutsetter at det finnes utvalgte studier av god kvalitet som kan være grunnlaget for vurderinger og konklusjoner (Wengström & Forsberg, 2008).

Det innebærer at en skal systematisk søke, kritisk granske og kombinere litteraturen innenfor et

tema eller problemområde. En samler da inn data fra tidligere gjennomførte empiriske studier. Det finnes ingen regler for hvor mange artikler som skal tas med, men det beste er å ta med den relevante forskning som du finner og har kritisk vurdert (Wengström & Forsberg, 2008).

3.3 Sterke og svake sider ved et litteraturstudie

Sterke sider ved et litteraturstudie som metode er at en får mye informasjon om et emne på kort tid. I tillegg oppsummerer man emner fra ulike forfattere og studier slik at man får en helhetlig oversikt over de undersøkte emnene (Forsberg & Wengström, 2008).

Det finnes også svakheter ved å gjøre et litteraturstudie. Man får en begrenset tilgang til en mengde relevant forskning, og det er umulig å ta med all den relevante forskningen som det er tilgang på. En annen svakhet er at studien kan bli selektiv dersom ekspertene velger studier som støtter deres egne meninger eller synspunkter på emnet. Det kan også være mangel på oppdatert forskning, noe som gjør at en velger å benytte ”eldre” forskning (Forsberg & Wengström, 2008).

3.4 Kildekritikk og kvalitetskriterier

Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere den litteraturen og forskningen som er benyttet i oppgaven. Hensikten er at leseren skal ta del i refleksjonen du har gjort om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen (Dalland, 2007). Jeg har brukt bøker fra pensum og litteratur som jeg har funnet på Høgskolen sitt bibliotek. Litteraturen jeg har brukt er hovedsakelig primærlitteratur, men noe sekundærlitteratur. For å vite om funnene i artiklene kan brukes, er det nødvendig å kritisk vurdere. Vi må vite om vi kan stole på resultatene, og hva resultatene forteller. Jeg har brukt sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2008) for å kvalitetssikre artiklene. I disse listene står det hva vi må være oppmerksomme på når vi skal kritisk vurdere. Databasene som jeg har funnet artiklene på inneholder sykepleievitenskaplige artikler, som er fagfellevurdert. For å få ny og oppdatert forskning har jeg satt en øvre grense på 10 år når det gjelder artiklenes alder.

3.5 Etikk

Etikk er teori om moral og hvor regler og retningslinjer sier noe om hva som er rett og galt i forbindelse med konkrete handlinger (Brinchmann, 2008). Olsson & Sørensen (2003) nevner fire

grunnleggende etiske prinsipper for medisinsk forskning. Disse omfatter autonomiprinsippet, godhetsprinsippet, prinsippet om å ikke skade samt rettferdighetsprinsippet. Dette er et litteraturstudie, jeg har derfor ikke behandlet personopplysninger direkte (Dalland, 2007). Når en gjør et litteraturstudie er det flere etiske hensyn som må tas. Det godtas ikke juks, stjeling og plagiat av data. Studiene som brukes skal være godkjent av etisk komite. Når det gjelder utvalg og presentasjon av resultatene i litteraturstudien, skal en ikke bare presentere de artiklene som støtter opp egne synspunkter, men også de som ikke støtter opp (Forsberg & Wengström, 2008). Jeg har brukt Høgskolen Stord/Haugesund sine retningslinjer for hvordan en skriver referanseliste når jeg har henvist til litteratur. Databasene jeg har brukt er anerkjente og har forskningsartikler som er godkjent av etisk komite.

3.6 Søkeprosessen

Jeg har brukt nettsøkebasen BIBSYS på biblioteket til Høgskolen Stord/Haugesund for å søke meg opp aktuell litteratur i tillegg til pensum. Noe av litteraturen har jeg bestilt gjennom BIBSYS fra andre bibliotek. For å finne forskningsartiklene brukte jeg 5 av skolens databaser/søkemotorer. Jeg valgte å bruke: SveMed+, Cinahl, Sykepleien Forskning, Proquest og Pubmed. Cinahl var den databasen som jeg fant de fleste artiklene min på. Jeg fikk frem 34 artikler ved bruk av søkeordene myocard infarction, heart attack, coping, adaption psychological samt at jeg brukte inklusjonskriterier som research article, academic journal og årstall. På Svemed+ brukte jeg søkeordene coping og myocardial infarction. Jeg avgrenset til female og artikkel. Fikk 12 resultater, men det var lite relevant forskning til min problemstilling. Jeg har sett på kildelisten til noen av artiklene for å se om jeg fant relevante artikler. Fant to relevante artikler som jeg søkte opp på Proquest. Jeg har valgt å fokusere på artikler fra år 2002 til per dags dato for å finne den nyeste litteraturen. De fleste artiklene jeg har funnet er nordiske. Den ene som er en meta- analyse har forskning fra Sverige, Australia og USA.

4.0 Resultat:

1. Women`s experiences of recovery after myocardial infarction: A meta-synthesis

Artikkelen er en meta- analyse, som er basert på 7 kvalitative studier. Kvinnene i studien følte en indre styrke og tok en overlegen posisjon over sykdommen. De innså at de ikke kunne leve som før, og respekterte at de hadde hatt et hjerteinfarkt. Samtidig var de opptatt av å beskytte familiemedlemmene og ønsket å stå sterkt i rollen som kone, mor eller bestemor. Noen av kvinnene følte seg nedkjørt av familie, venner og helsepersonell og synes det var vanskelig å mestre situasjonen. Det var også noen av kvinnene som følte at helsepersonell ikke tok hensyn til deres spørsmål og ikke tok pasientens perspektiv med i vurderingen. Det ble også gitt mye informasjon om rehabilitering, de som hadde deltatt på dette følte det var designet for menn. Kvinnene ønsket sterk å være uavhengige og følte de mistet statusen de hadde hatt før. De synes det var vanskelig å få hjelp av andre til å gjøre oppgaver som de alltid hadde hatt ansvar for i hjemmet. Mange stolte ikke på kroppen sin lenger og var redde.

2. How do women experience myocardial infarction? A qualitative exploration of illness perceptions, adjustment and coping.

Kvalitativ studie av 5 kvinner, som er rammet av hjerteinfarkt for første gang. Kvinnene i denne studiene opplevde tap av uavhengighet. De følte at de ble sett på som invalide og at andre styrte livet deres med å si hva de kunne gjøre og ikke gjøre. Rehabiliteringsprogram var en positiv opplevelse som hjalp dem i mestringsstrategier og økte selvtilliten. Kvinnene opplevde ikke sykdommen som alvorlig og ønsket sterkt å komme tilbake til det normale livet. Å komme tilbake på jobb opplevdes vanskelig for noen, de følte de skled tilbake i gamle mønstre og opplevde stressende situasjoner. Mange syntes det var vanskelig å ikke ha profesjonell hjelp fra helsepersonell 2 måneder etterpå, dette førte til angst og at de mistet litt av livsgnisten. Forholdet til venner og familie ble som før og livsstil og aktivitetsnivå ble forbedret.

3. Women's experience of a myocardial infarction: 5 years later

En kvalitativ studie av 12 kvinner 5 år etter infarkt. Inspirert av et fenomenografisk design. Kvinnene i studien følte at de ikke kunne stole på kroppen og hadde angst for fremtiden. Den eldre gruppen av kvinner hadde andre lidelser som for eksempel diabetes i tillegg, og følte derfor at de taklet hverdagen greit. Kvinnene følte de trengte støtte av helsevesenet for å mestre

forandringene i livet. Mange opplevde helseproblemer som fatigue og tap av energi 5 år etter, dette førte til at de ikke klarte å komme seg ut i arbeid igjen. Kvinnene var redde for å få et nytt hjerteinfarkt og opplevde å symptomer som for eksempel brystmerter som gjorde at de fikk panikk og angst. Informasjonen fra helsevesenet opplevdes dårlig, og kvinnene følte seg ignorert når de kom med spørsmål. Kvinnene var samtidig glade for at de hadde overlevd hjerteinfarkt og fått en ny sjanse. De tok også ansvar for å endre sin livsstil, men følte at 1 år med oppfølging av helsepersonell ikke var nok.

4. Sense of coherence and experiences of social support and mastery in the early discharge period after an acute cardiac event.

En kvantitativ studie gjort i Sverige. 241 personer deltok, 69 % menn og 31 % kvinner. Målet med studien var å undersøke gjennom Antonovsky sin salutogenese modell hvordan pasientene opplevde følelse av sammenheng, sosial støtte og mestring etter gjennomgått hjerteinfarkt. Pasientene svarte på spørreundersøkelsen ved utskrivning og 2 uker etter utskrivning. 60 % hadde lav score på opplevelse av sammenheng, og ingen i utvalget scoret høyt. Dette innebar at pasientene som ble utvalgt var ganske sårbare. Kvinner følte at den emosjonelle støtten og sosiale støtten ble redusert 2 uker etter hjemkomst. Det var også en sammenheng mellom mestring, sosial støtte, emosjonell støtte og pasientenes opplevelse av sammenheng. Undersøkelsen sier at det er viktig at helsepersonell sjekker pasientenes følelse av sammenheng før utskrivelse. Dette kan gjøres ved å drøfte med pasienten om han føler at behovet er ivaretatt.

5. Quality of life in female myocardial infarction survivors: a comparative study with a randomly selected general female population cohort.

En kvantitativ studie hvor det ble utført to tverrsnittstudier hos kvinner. Hensikten var å se på kvinner sin kvalitet på livet etter gjennomgått hjerteinfarkt og sammenligne dem med friske kvinners sin kvalitet på livet. Resultatene viser at kvinner som har gjennomgått hjerteinfarkt har generelt dårligere fysisk og psykisk helse enn kvinner som ikke har hatt hjerteinfarkt. 25 % hadde smerter og ubehag ukentlig. Plager som tretthet, mangel på energi og nedsatte fysiske evner var vanlig. Samtidig opplevde kvinnene som hadde overlevd hjerteinfarkt ingen problemer med det psykososiale. De fikk sosial støtte, god selvtillit og de hadde fortsatt god kontakt med mennesker

rundt seg. Det viste ingen signifikant forskjell på dette området sammenlignet med de friske kvinnene.

6. A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients and their preferences for follow-up contact after discharge.

En kvalitativ studie. Det ble brukt fokusgrupper for å innhente data. Intervjuene ble holdt mellom 3 og 5 måneder etter utskrivning fra sykehus. Deltakerne var pasienter med hoveddiagnose hjerteinfarkt. Det var 14 deltakere, hvor 2 var kvinner og 12 menn. Hovedtemaene var pasientenes erfaringer med informasjonen de fikk under sykehusoppholdet, deres oppfatning av situasjonen etter utskrivelse i forhold det til

informasjonsbehovet de hadde. Samt det å takle konsekvensene av hjerteinfarkt, og pasientenes meninger om oppfølging etter utskrivning. Pasientene opplevde informasjonen de fikk på sykehuset som generell og lite individuelt tilpasset.

Oppsummering av funn i artiklene:

Noen av kvinnene følte seg overkjørt av helsepersonell og familie, andre følte de fikk god sosial støtte av familie og helsepersonell. Mange var plaget av frykt og angst etter hjerteinfarkt, noe som de prøvde å skjule for familien slik at de slapp å bekymre seg. Det var viktig for kvinnene å stå sterkt i sin rolle som kone, mor eller bestemor. De likte ikke å få hjelp til husarbeid og ville helst klare seg selv slik som før. Informasjonen som ble gitt på sykehuset var viktig. De fleste opplevde i etterkant at de hadde fått for lite informasjon, noe som førte til usikkerhet, frykt og angst. Informasjonen som ble gitt var generell og lite individuelt tilpasset. Pasientene opplevde det vanskelig å stille spørsmål og følte seg oversett av helsepersonellet.

5.0 Drøfting:

Jeg skal i denne delen drøfte problemstillingen: ”Hvordan kan sykepleier hjelpe kvinner å mestre sin livssituasjon etter gjennomgått hjerteinfarkt?” opp mot teoridelen, forskningslitteratur samt annen aktuell litteratur jeg har benyttet meg av i oppgaven.

5.1 Hvordan har kvinner det etter et hjerteinfarkt?

For at sykepleier skal kunne fremme mestring hos kvinner som har gjennomgått hjerteinfarkt, er det viktig å vite hvordan denne pasientgruppen har det etter hjemkomst fra sykehuset. I følge Travelbee (1999) må sykepleier forutse hvilke problemer den syke vil møte, slik at hun kan forberede han på hvordan det kan takles. Både Lazarus og Folkmann (1984), og Antonovsky (2006) beskriver det å se sammenheng eller forståelse i det som forekommer. Sykepleier må gjennom forståelse hjelpe den syke på best mulig måte til å mestre.

Kvinner som har overlevd et hjerteinfarkt har i følge studien til Norekvål, Wahl, Fridlung, Nordrehaug, Wentzel – Larsen & Hanestad (2007) dårligere fysisk og psykisk helse enn den generelle kvinnelige befolkningen. Det er vanlig å føle en svekket helse når en kommer hjem etter innleggelsen, og for mange kvinner kan dette oppleves som å ikke ha kontroll over egen kropp (Mæland, 2006). I studien til Hildingh, Fridlund & Lidell (2007) følte kvinnene seg svake, redde og usikre etter infarkt, noe som ble en hindring når de prøvde å komme seg videre i livet. De følte seg oversett og nedkjørt av helsepersonell, noe som gikk utover psyken deres. Dette ser en også i studien til Strand, Ivarsson & Sjöberg (2010), hvor det viser seg at kvinner sin hverdag er preget av frykt, angst og emosjonelle svingninger også 5 år etter infarkt. De mente at ett års oppfølging fra helsevesenet ikke var godt nok. I følge Mæland (2006) kan angst og emosjonelle svingninger komme av at en blir overlatt til seg selv når en kommer hjem, og har da mange psykososiale oppgaver som må erfares og mestres. Kvinner har også lettere for å utvikle angst og depresjon etter et hjerteinfarkt enn menn. Dette kan komme av at de blir mindre utredet enn menn, og at den informasjon og oppfølgingen som blir gitt ikke er tilpasset kvinner (Schenck-Gustavsson, 2003).

I følge Travelbee (1999) skal sykepleieren ikke bare forholde seg til diagnosen, men kjenne til pasientens opplevelse av situasjonen og hvilke meninger pasienten har om den. Alle opplever en

lidelse forskjellig, men det er et fellesstrekk, nemlig at de som er blitt rammet av en lidelse prøver å finne årsaken til hvorfor dette har rammet dem. En kan her se at en stor del av kvinnene sliter med det psykososiale etter et gjennomgått hjerteinfarkt, noe som kan komme av at kvinner føler de får for dårlig oppfølging. Som sykepleiere er vi nødt til legge til rette slik at kvinnene kan få oppleve trygghet også etter hjemkomst fra sykehuset. Dette kan gjøres ved at vi setter oss ned med pasienten, og viser at vi har tid til dem.

5.2 Er informasjonen fra helsepersonell god nok?

Pasientinformasjon skal ta sikte på å redusere usikkerheten rundt sykdom (Mæland, 2006).

Mange av kvinnene i studiene opplevde å ha fått for dårlig og lite relevant informasjon på sykehuset. (Hanssen, Nordrehaug, & Hanestad, 2005., Sjöström - Strand et al., 2010). I følge Mæland (2006) blir ofte informasjonen ved hjerteinfarkt gitt i den akutte fasen, når pasienten er i en krisesituasjon. Pasienter kan da virke likegyldig og holde virkeligheten på avstand. Det er vanlig at pasientene har vanskelig for å ta til seg informasjon i denne fasen. Det er da viktig at sykepleier sikrer seg at pasienten har forstått informasjonen. En må også være forsiktig med balanseringen av for mye informasjon samtidig (Renolen, 2008). Et alternativ er at en gir informasjonen over flere omganger, det vil da være letter å ta til seg informasjon.

I praksis har jeg erfart at en ofte må gi informasjon flere ganger for at pasienten skal være innforstått med den. Det kan være nødvendig å gi pasienten skriftlig informasjon i tillegg til den muntlige. Jeg ser at dette kan være viktig, for selv om informasjonen er blitt gitt til pasienten, kan det være muligheter for at han ikke har fått den med seg. At en ikke har fått med seg informasjon, kan være grunnen til at mange av kvinnene i studiene som nevnt tidligere, opplevde informasjonen på sykehuset som ikke tilstrekkelig ivaretatt.

I studien til Hanssen et al. (2005) kommer det frem at informasjonen som ble gitt på sykehuset var god og instruktiv. De fikk flere informasjonshefter om hjerteinfarkt og hjertesykdom, og de fikk se en undervisningsfilm. Informasjonen opplevdes som veldig generell, men den var samtidig informativ og strukturert. Pasientene var fornøgte med informasjonen de fikk, men ønsket at den skulle vært tilpasset den enkelte. Dette opplevde også kvinner i Norekvål et al. (2007) sin undersøkelse. De mente det var mangel på tilgang til informasjon som gikk på det daglige livet etter hjerteinfarkt. Informasjonen var preget av hva de ikke burde gjøre og hvordan

de kunne endre livsstilen sin til det bedre. Det kom også frem at når sykepleier informerte og gav råd, kan det å kjenne kvinnene, deres historie og styrke, legge grunnlag for å kunne løfte fram muligheter istedenfor å poengtere risikofaktorer og forbud. I følge Pasientrettighetsloven §3-2 (1999) har hvert individ rett på at informasjonen som blir gitt, skal være tilpasset den enkelte. Sykepleier skal også sikre seg at innholdet og betydningen av informasjonen er forstått. Travelbee (1999) sier at den profesjonelle sykepleier er i stand til å skille mellom egne behov og ønsker, i fra den som mottar sine behov og ønsker. Sykepleier skal derfor ikke ha som utgangspunkt at alle syke mennesker ønsker å bli behandlet på den samme måte som hun selv ville ønsket. Gjennom kommunikasjon prøver sykepleier å finne den syke sitt behov, og hvordan sykdomserfaringen fremstår for det enkelte individ. De problemfokuserede mestringsstrategier inneholder blant annet det å lære nye ferdigheter å søke informasjon og kunnskap. Å hente inn informasjon om sykdom eller behandling kan gi en følelse av å ha kontroll over situasjonen (Renolen, 2008). Vi ser her at det er en sammenheng mellom pasientens informasjonsbehov og mestring. For at kvinnene skal kunne mestre sin livssituasjon etter gjennomgått hjerteinfarkt, er sykepleier nødt til å gi dem den informasjonen de har krav på og ønsker. Vi må derfor som sykepleier kartlegge hver eneste kvinne sitt informasjonsbehov, slik at informasjon blir tilpasset den enkelte. For at informasjonsbehovet skal bli dekket, tror jeg det er viktig at sykepleier gir den informasjonen som hun mener er viktig i tillegg til den som kvinnen mener viktig. Da vil også informasjonen bli individuelt tilpasset.

I følge Hanssen (2005) følte informantene at spørsmålene kom etter utskrivelse. På sykehuset hadde det vært vanskelig å vite hva en skulle spørre om, noen var også redde for å stille for ”dumme” spørsmål. Å gå rundt hjemme med mange spørsmål uten svar, fremmet angsten hos informantene. Dette ser en også i studien til Hildingh et al. (2007), hvor mange av kvinnene følte seg oversett av helsepersonell når de kom med spørsmål. En av kvinnene sa at hun følte at hun ikke ble tatt på alvor når helsepersonell unnlot å svare på spørsmålene hennes. På en annen side hadde kvinnene i studien til White et al. (2007) positiv erfaring med oppfølgingen. De ble kontaktet av sykehuset 2 måneder etter hjerteinfarkt i gjennom telefon. Denne telefonkontakten var noe som informantene savnet i Hanssen et al. (2005) sin studie. De mente spørsmålene som de ikke hadde tenkt på tidligere kom når de satt hjemme alene. Kontakt med sykehuset i gjennom telefon eller avtalt samtale kunne da vært nyttig. I følge Mæland (2006) bør hovedtyngden av

undervisningen skje etter utskrivning fra sykehuset. Det er da utfordringene kommer og pasienten skal leve hverdagen igjen, pasienten er da motivert til å lære mer og behovet for informasjon er stort. Ut i fra erfaringer fra praksis har jeg sett at pasienter som er usikre ved hjemreise, etter å ha fått en alvorlig diagnose, kan bli sendt på permisjon eller få en åpen retur. Det vil si at pasienten kan ta direkte kontakt med sykehuset uten å gå i gjennom fastlegen. Det kan virke som pasientene får ekstra trygghet gjennom å ha en egen kontakt med sykehuset etter hjemkomst, oppfølging gjennom telefon kan da være et annet alternativ.

5.3 Mestring i tiden etter hjerteinfarkt

I studien til White et al. (2007) så ikke kvinnene på hjerteinfarkt som noe alvorlig. De prøvde å skjule plager og angst for familie og venner. Lazarus og Folkmann (1984) sin emosjonell fokuserte mestringsstrategi har fokus på å bearbeide følelser som kommer under stressende begivenheter/ situasjoner. I en krisesituasjon vil pasienten bruke forsvarsmekanismer for å skjule angst og frykt, slik at han får bearbeidet sine følelsesmessige reaksjoner. Kvinnene i White et al. (2007) sin studie følte ikke like stor mestring etter 2 måneder. En kan anta at kvinnene har brukt emosjonellfokusert mestring i tiden etter hjerteinfarkt. Det kan komme av følelsen av å bli overlatt til seg selv og de psykososiale utfordringene, som nevnt tidligere i oppgaven. Lazarus og Folkmann (1984) hevder at under visse forhold kan det være bedre å velge emosjonellfokusert mestring, for eksempel når ingenting nyttig kan gjennomføres for å endre situasjonen. Problem fokusert mestring kan være mer relevant for en langsiktig perspektiv som innebærer mestring av livsstilendringer og testing av begrensninger forårsaket av sykdommen. En ser her at bruk av emosjonellfokusert mestring kan være hensiktsmessig i en livstruende situasjon, slik som i den akutte fasen av hjerteinfarkt og tiden etter. Sykepleier kan i den akutte fasen hjelpe pasienten å håndtere situasjonen gjennom å gi informasjon og støtte.

I Norekvål et al. (2007) sin studie rapporterte kvinnene like høy eller høyere livskvalitet sammenlignet med den øvrige befolkningen når det gjaldt psykososiale forhold. Dette tror forskerne kan komme av den salutogenetiske tenkemåten, der positiv innstilling på livet og mestring kan virke inn på hverdagen uansett hvor dårlig en kan ha det. Antonovsky (2006) sier vi må rette fokuset mot de positive kreftene i et menneske. En må oppleve å kunne håndtere de utfordringene som den enkelte blir stilt ovenfor, for så å finne meningen med å mestre

situasjonen. For noen av kvinnene kan det være forståelig at de fikk et hjerteinfarkt. De tar tak i sin livssituasjon sammen med sykepleier, å ser at det er nødvendig med endringer av livsstilen sin etter hjerteinfarkt. Gjennom dette ser de en mening med sykdommen, noe som bidrar til mestring av deres livssituasjon.

I studien til White et al. (2007) viste det seg at kvinnene aktivt søkte etter mening med sykdommen. De brukte aktivt mestringsstrategier som gikk på det å ha en positiv innstilling, og så lyst på fremtiden. I følge Travelbee (1999) skal sykepleier sette seg inn i den sykes opplevelse, å hjelpe han med å mestre erfaringer og finne mening i sykdom. Sykepleier kan bygge opp et menneske – til – menneske forhold for å nå inn til pasienten. Dette bidrar til en opplevelse av gjensidig forståelse og kontakt mellom sykepleier og pasient. Som sykepleier kan vi hjelpe pasientene med å se meningen med sykdom. Når en får et hjerteinfarkt må en legge om de vanene en har dannet seg i gjennom livet, for eksempel ved å legge om livsstil, eller at en ikke får gå ut i arbeid og blir arbeidsufør. En slik omlegging er ingen enkel sak, og kan oppleves som et nederlag. Det er derfor viktig at en som sykepleier hjelper den syke med å finne mening i sykdommen, slik at pasienten ser på tiltakene som meningsfulle.

I studien til Hidingh et al. (2007) var det viktig for kvinnene å ha kontroll. De ønsket ikke at andre skulle hjelpe dem med husarbeid. Det å stå i rollen som kone, mor eller bestemor, gav dem følelse av å mestre situasjonen. Det samme ser en i White et al. (2007) sin studie, hvor kvinnene syntes det var viktigere å være hjemme med familien enn å komme seg ut i jobb, de syntes jobbsituasjon virket stressende. Dette kan komme av at de eldre kvinnene vokste opp i en tid hvor det var store kjønnsforskjeller, der det var vanlig at kvinnen var hjemme og mannen var på jobb. Kvinner fokuserer derfor sterkt på hjemmet og husarbeid, og det er kanskje ikke like viktig å komme seg i jobb igjen. Gjennom dette bruker kvinnene en problemfokuseret strategi for å mestre situasjonen, ved å trappe ned på jobbingen å hindre stress. Dette viser hva som er viktig for kvinnene for å mestre sin livssituasjon etter hjerteinfarkt. Sykepleier skal være med å styrke pasientens ressurser, og være med å hjelpe pasienten til å velge en livsstil som forebygger tilbakefall og videre utvikling av hjertesykdommen (Mæland, 2006).

5.4 Sosial støtte

I Norekvål et al. (2007) sin studie kom det frem at sosial støtte viktig for at kvinnene skulle oppleve mestring. På en annen side hevder kvinnene i Hildingh et al. (2006) at den sosiale støtten ble svekket to uker etter hjemkomst. Dette ser en også hos pasientene i Hildingh et al. (2007) sin studie, der det var en klar sammenheng mellom den sosiale støtten de fikk fra helsepersonell på sykehuset og det å kunne mestre. Når de kom hjem og ikke fikk den samme støtten opplevde de en mangel på kontroll. De mente også at de var skrevet ut fra sykehuset alt for tidlig. Dette samsvarer med studien til Sjöström – Strand et al. (2010), hvor kvinnene mente at de trengte støtte for å mestre forandringene i livet. De savnet å ha kontakt med helsepersonell 1 år etter hjerteinfarkt. I følge Renolen (2008) er sosial støtte sentralt i mestring av ulike situasjoner. I en krise kan den faglige kompetansen bidra til trygghet hos den syke, pasienten trenger derfor støtte til bearbeiding av opplevelser og tanker. Antonovsky (2006) sier at det er nødvendig med en sterkt opplevelse av sammenheng for å kunne mestre en krise. For å oppleve sammenheng er en nødt til å kunne håndtere utfordringene som kommer med sykdommen, en må også ha ressurser som møter situasjonene som inntreffer. Som sykepleier er vi nødt til å hjelpe kvinner som er i en krise til å styre utfordringene. Gjennom sosial støtte kan vi da forbedre dem på å håndtere de forlegenheter som inntreffer, slik at de oppnår kontroll over sin livssituasjon ved hjemkomst.

I følge studien til White et al. (2007) er familie og venner minst like viktig som helsepersonell for kvinner etter gjennomgått hjerteinfarkt. Å vite at de er der, å gi støtte og oppmuntring virket trygghet skapende for kvinnene. Støtte fra sosiale nettverk har stor betydning ved håndtering av en krise (Renolen, 2008). En ser at ved emosjonell fokusert mestring er det et større behov for støtte (Lazarus & Folkmann, 1984). Som sykepleier kan vi bidra til å fremme sosial kontakt hos den syke. En kan se at kvinnene savner den sosiale støtten fra helsepersonell når de kommer hjem fra sykehusoppholdet, noe som er viktig for at de skal mestre sin livssituasjon. Det er derfor av betydning at vi som sykepleiere forebygger at kvinnene isolerer seg i hjemmet etter hjerteinfarkt. Mange av kvinnene følte det var god støtte i familie og venner. Sykepleier må derfor fremme den sosiale kontakten slik at kvinnene kan bruke familie og venner til å mestre sin livssituasjon etter hjerteinfarkt.

6.0 Konklusjon

For at sykepleier skal kunne bidra til at kvinner mestrer sin livssituasjon etter et hjerteinfarkt, er det viktig at sykepleier bemerker seg hvordan situasjonen oppleves for kvinnen. Mange av kvinnene sliter med å mestre livssituasjonen etter hjerteinfarkt, hvor angst og frykt hos flere er en naturlig del av deres tilværelse. En må ut i fra kvinnenes situasjon støtte og veilede dem slik at de opplever trygghet. Sykepleier må gi informasjon som er tilpasset den enkelte, og forsikre seg om at pasienten har forstått informasjonen. Den sosiale støtten var viktig for at kvinnene skulle mestre. Sykepleier må derfor fremme den sosiale kontakten kvinnene har til familie og venner, slik at de også kan få den gode støtten fra andre enn sykepleier. Dette er viktig for å hindre at kvinner isolerer seg fra sitt sosiale liv. I en krisesituasjon er det vanlig at kvinnene bruker forsvarsmekanismer for å skjule de emosjonelle reaksjoner som angst og frykt. Dette er en måte å mestre situasjonen på, og blir gjennom Lazarus og Folkmann (1984) sin teori brukt for å bearbeide de følelsesmessige belastningene. Sykepleier må her hjelpe kvinner med å få en forståelse for hvorfor de får hjerteinfarkt. Gjennom informasjon og støtte kan kvinnen håndtere situasjonen, slik at hun kan fortsette å ha et meningsfylt liv.

6.0 Kildehenvisning:

- Antonovsky, A. (2006). *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels forlag A/S
- Brinchmann, B.S. (Red.). (2008). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eikeland, A., Haugland, T., Stubberud, D. G. (2010). Sykepleie ved hjertesykdommer. I: H. Almås (Red.). *Klinisk sykepleie 1* (s. 207-245). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och kultur.
- Hanssen, T. A., Nordrehaug, J. E. & Hanestad, B. R. (2005). A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(1), 37-44.
Doi: 10.1016/j.ejcnurse.2004.11.001
- Hilding, C., Frilund, B. & Baigi, A. (2007). Sense of coherence and experiences of social support and mastery in the early discharge period after an acute cardiac event. *Journal of Clinical Nursing*, 17(10), 1303-1311. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01892.x
- Hilding, C., Fridlund, B. & Lidell, E. (2007). Women`s experiences of recovery after myocardial infarction: A meta-synthesis. *Heart & Lung: The journal of Acute and Critical Care*, 36(6), 410-417. Doi: 10.1016/j.hrtlng.2007.02.008
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Buanes, T. & Røise, O. (2009). *Sykdomslære – Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Gyldendal Akademisk: Oslo.
- Kristoffersen, N. J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 4* (13-99) . Oslo: Gyldendal.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York:

Springer Publishing Company.

Løvlien, M. (2001). Blir kvinner tatt på alvor. *Vård i Norden*, 21(1), 15-19.

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

Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten. (2006). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*.

Hentet den 13. Januar 2012 fra

<http://www.kunnskapscenteret.no/Verkt%C3%B8y/2031.cms>

Norekvål, T. M., Wahl, A. K., Fridlund, B., Nordrehaug, J. E., Wentzel – Larsen, T. & Hanestad, B. R. (2007). Quality of life in female myocardial infarction survivors: a comparative study with a randomly selected general female population cohort. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(58), 1-11. Doi: 10.1186/1477-7525-5-58

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholdt, B. & Reinart, L. M. (2011). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Pasientrettighetsloven (1999). *Lov om pasientrettigheter av 2. Juli 1999 nr. 63*. Hentet fra <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html#3-1>.

Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Schenck-Gustafsson, K. (2003). Kjønnsskillnader i medisinen. I: K. Schenck-Gustafsson (red.). *Kvinnohjertan- hjärt- och kärlsjukdomar hos kvinnor* (s. 9-17). Lund: Studentlitteratur.

Schenck-Gustafsson, K. (2003). Koronarsjukdom hos kvinnor I: K. Schenck-Gustafsson (red.). *Kvinnohjertan- hjärt- och kärlsjukdomar hos kvinnor* (s. 40-58). Lund: Studentlitteratur.

Sjöström- Strand, A., Ivarsson, B. & Sjöberg, T. (2010). Women's experience of a myocardial infarction: 5 years later. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 459-466.
Doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00849.x

Statistisk sentralbyrå. (2009). *Døgnopphold ved somatisk sykehus etter kjønn og hoveddiagnose*. Hentet fra <http://www.ssb.no/emner/03//02/pasient/arkiv/tab-2009-04-23-02.html>

Statistisk sentralbyrå. (2011). *Dødsårsak av hjerte- og karsykdommer, etter kjønn, alder, dødsårsak, tid og statistikkvariabel*. Hentet fra http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selectvarval/define.asp&Tabellid=08870

Travelbee, J. (1999). *Mellom menneskelige forhold I sykepleie*. Oslo: Gyldendal.

White, J. Hunter, M. & Holttum, S. (2007). How do women experience myocardial infarction? A qualitative exploration of illness perceptions, adjustment and coping. *Psychology, Health & Medicine*, 12(3), 278- 288. Doi: 10.1080/13548500600971288