



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Meistring av livssituasjonen til kvinner
etter hjarteinfarkt

Coping with the life-situation of women
after a myocardial infarction

Helena Lidal Noss

SK 152 Bacheloroppgåve i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for helse-
og omsorgsvitenskap/Sjukepleie i Førde

Rettleiar: Irene Valaker

Innleveringsdato: 15.06.2020

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle
kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Føreord

HJERTE-SLAG

*Du som tikker inni meg –
hvorfor er du så urolig?
Hva er det som gjør
at du stundesvis danser calypso
vekslende med lat, død rytme
ispedd angst-skapende pauser?
Du hersker over meg,
gjør meg livredd!
Hvordan kan du?
del av meg, som du er - -
Vil du kanskje vise
hvem om har makten
over hele kroppsfabrikken*

(Buberg, 1999).

Samandrag

Tittel: Meistring av livssituasjonen til kvinner etter hjarteinfarkt.

Bakgrunn: I år 2018 blei 4755 kvinner innlagt med akutt hjarteinfarkt i Noreg. Biologiske forskjellar og medisinsk forskning basert på menn gjer at kunnskapen om hjarteinfarkt ikkje viser godt nok grunnlag for kvinner. Mangelfull kunnskap og diffuse symptom blant kvinner kan gjere at teikn på eit hjarteinfarkt ikkje blir tatt på alvor. Mange kvinner opplever angst og frykt etter hjarteinfarkt, noko som kan medføre vanskar i å meistre livssituasjonen.

Problemstilling: «Korleis bidra til at kvinner meistrar sin livssituasjon etter eit hjarteinfarkt?»

Hensikta med oppgåva: Oppgåva har som hensikt å fremje fokuset på kvinner med hjarteinfarkt fordi det er eit viktig tema som generelt viser lite grunnlag i forskning. Eg ynskjer å auke kunnskapen rundt tema, og nytte den i møte med denne pasientgruppa.

Metode: Metoden som er nytta for denne oppgåva er litteraturstudie, med bruk av fag- og forskingslitteratur som kastar lys over problemstillinga.

Funn: Sjukepleiar burde ha kjennskap til korleis kvinna opplev situasjonen etter eit hjarteinfarkt for å bidra til meistring. Forsking viste at psykiske vanskar, som angst og frykt var vanleg blant kvinnene. Informasjon på sjukehuset viste seg å vere viktig for å skape tryggleik og forståing av eigen sjukdom, men kvinnene sakna informasjon når dei kom heim. Mange av kvinnene gav uttrykk for at støtte frå helsepersonell, familie og vener var viktig for å klare å takle ein så stor påkjenning i livet.

Summary

Title: Coping with the life-situation of women after a myocardial infarction

Backstory: In 2018, 4755 women in Norway were admitted to hospital due to an acute myocardial infarction. Biological differences and medical research based on men creates an inadequate base of knowledge about myocardial infarction in women. Defective insights and diffuse symptoms among women can cause a sign of myocardial infarction to not be taken seriously. An affluence of women experience anxiety and fear after a myocardial infarction, which can cause difficulty when trying to handle the life situation.

Issue: "How can we contribute in a way that helps women cope with their post-myocardial infarction life situation?"

Purpose of study: The objective of the study is to promote focus on women with myocardial infarction because it's an important topic that generally shows little basis in research. I seek to build my knowledge in this area and utilize it when in contact with this patient group.

Method: The method that is practiced in this study is literature studies, with use of subject- and research literature that sheds light on the issue.

Discoveries: A nurse should have an awareness as to how women experience the situation after a myocardial infarction so they can contribute to healthy coping. Research shows that mental health difficulties, such as anxiety and fear, is common amongst women. Information available in hospitals has shown to be crucial to create security and understanding of ones illness, but the women felt a lack of this information when returning home. A number of women expressed that support from health professionals, family and friends was essential for them to be able to handle such amounts of stress in their life.

Innholdsliste

Føreord

Samandrag

Summary

1.0 Innleiing.....	1
1.1 Bakgrunn for val av tema	1
1.2 Problemstilling	1
1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling	1
1.4 Definisjon av omgrep	2
1.5 Oppbygging av oppgåva	2
2.0 Metode.....	3
2.1 Litteraturstudie	3
2.2 Litteratursøk	3
2.3 Kjeldekritikk	4
3.0 Teori	4
3.1 Hjartefarkt	4
3.2 Hjartesyjukdom og kvinner	5
3.3 Psykososiale reaksjonar	5
3.4 Meistring	6
3.5 Pasientinformasjon	7
3.6 Joyce Travelbee sin sjukepleieteori	8
4.0 Resultat	9
5.0 Drøfting	10
5.1 Kvinnene sine erfaringar i etterkant av eit hjartefarkt	11
5.2 Meistringstrategiar	12
5.3 Sosial støtte	13
5.4 God informasjon	14
7.0 Referanseliste	17

1.0 Innleiing

1.1 Bakgrunn for val av tema

I oppgåva vil eg sjå nærmare på tema kvinner og hjarteinfarkt, med fokus på meistring og psykososiale faktorar. Iskemisk hjartesykje forårsaka fleire millionar dødsfall på verdsbasis kvart år (WHO, 2018). Hjartesykje er blant dei ledande dødsårsakene for kvinner i Noreg, til tross for at tideleg død har redusert kraftig grunna nedgang i risikofaktorar og betre behandling (Løchen & Gredts, 2015, s. 11-12). I 2018 blei 13 209 menneske innlagt med akutt hjarteinfarkt i Noreg, 36 prosent av desse var kvinner. Heile 78 prosent av kvinnene var 70 år eller eldre då hjarteinfarkt oppstod. Akutt hjarteinfarkt oppstår når hjartet får for lite oksygen og hjartemuskel døyr (FHI, 2019).

Det er biologiske forskjellar mellom kvinner og menn, men det er finst lite kunnskap om årsaker og konsekvensane av kjønnsforskjellane (Løchen & Gerds, 2015 s. 14). Kvinner med hjartesykje skil seg frå menn med hjartesykje når det gjeld både symptom, utbreiing, risikofaktorar, klinisk presentasjon, prognose og behandling. Kvinner med hjartesykje har ofte diffuse symptom, noko som skapar utfordringar både for helsepersonell og den hjartesjuka kvinna (Løchen & Gredts, 2015, s. 11-12). Tidlegare forskning innanfor hjarte- og karsjukdommar har i hovudsak blitt utført på menn, men blir nytta i behandling for både kvinner og menn (Høybakk, 2013, s.162). Det var skilnadane mellom kvinner og menn som først skapte interessa for kvinnehjertet hjå meg. Etter oppleving av hjarteinfarkt i nær familie og etter å ha tatt del i prosessen, gav dette meg inspirasjon til å finne ut korleis sjukepleiar kan bidra til meistring i tida etter eit hjarteinfarkt.

1.2 Problemstilling

«Korleis bidra til at kvinner meistrar sin livssituasjon etter eit hjarteinfarkt?»

1.3 Avgrensing og presisering av problemstilling

Fokuset mitt vil vere på den vaksne kvinnelege pasienten fordi kvinner oftast får hjarteinfarkt i høg alder. Eg vil ta for meg tida etter den akutte fasen, det vil sei når kvinna er komen heim frå sjukehuset. Det vil vere mange utfordringar som oppstår når kvinna skal begynne å leve livet som ho hadde før hjarteinfarkt oppstod. Eg vil sjå på kva sjukepleiar kan gjere betre for at kvinna skal klare å mestre sin livssituasjon. Med livssituasjon meiner eg ikkje berre kvardagen, men er òg dei overordna linjene knytt til meininga med livet. Sjukepleiar møter desse kvinnelege pasientane på

sjukehuset etter hjarteinfarkt har oppstått. Eg vil sjå på kva forskning seier om erfaringar kvinner har etter heimkomst, og kva sjukepleiar kan gjere for å forbetre pasienten sitt forløp. Utgreiing, symptom og behandling av hjarteinfarkt blir nemnt i teoretisk rammeverk, men medisinsk behandling er ikkje fokuset i oppgåva. Pårørnde vil naturleg falle inn i oppgåva sidan dei er ein viktig del av livet til kvinna, men informasjon til pårørnde vil heller ikkje vere i fokus i oppgåva.

1.4 Definisjon av omgrep

Hjarteinfarkt er ein skade på hjertemuskelen (myokard) på grunn av redusert eller tilstoppa blodforsyning (Ørn et al., 2016, s. 168).

Lazarus og Folkman (1984) definerer *meistring* som: «kognitive og atferdsmessige tiltak for å klare indre og ytre krav som overstiger personens ressurser» (Renolen, 2015, s. 169). I følgje Renolen (2015) handlar meistring om korleis menneske møter krevjande livssituasjonar. Meistring i denne oppgåva vil vere fokusert på korleis kvinna taklar sjukdommen og utfordringar som kjem med denne sjukdommen.

1.5 Oppbygging av oppgåva

Oppgåva startar med ei innleiing for å skape interesse og forståing av tema. Vidare kjem metoddelen med forklaring på kva metode er, samt kva søk som er nytta for å finne relevant litteratur. I teoridelen blir den teoretiske referanseramma for problemstillinga presentert. Vidare kjem resultatdelen der eg oppsummerar studiane sine hovudfunn. Deretter kjem drøftingsdelen der problemstillinga blir drøfta opp mot teori og forskingsresultat. Oppgåva blir avslutta med ein konklusjon som svara på problemstillinga gjennom resultat frå forskning, teori og tidlegare erfaringar.

2.0 Metode

2.1 Litteraturstudie

Sosiologen Vilhelm Aubert (1985) er sitert i fleire samanhengar når det gjeld metode. Han forklarar metode slik: «En metode er en framgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilke som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, O, 2017, s.51). Denne oppgåva er ein litteraturstudie som er basert på forskingsartiklar, faglitteratur og andre artiklar relatert til tema. Litteratur som er brukt er både kvalitetsvurdert og kjeldekritisert. Forskingsartiklane som er nytta er både kvalitative og kvantitative. Kvalitative metodar har hensikt å legge fram informasjon som ikkje er målbar eller let seg talfeste, som vil sei ein får fram meiningar og opplevingar. Kvantitative metodar har fordel med at dei gir data som er målbare, denne metoden går i breidda og gjer om informasjon slik at ein kan finne prosent og gjennomsnitt i større mengder (Dalland, O, 2017, s.52).

2.2 Litteratursøk

Faglitteraturen som er nytta i oppgåva er funnet gjennom søk via oria.no. I oppgåva er det lagt vekt på primærlitteratur, men sekundærlitteratur er nytta. Publikasjonar frå Folkehelseinstituttet, Helsebiblioteket og World Health Organization er tatt i bruk. Ved hjelp av lovdata.no har eg funne relevante lover for tema. I søk etter relevante forskingsartiklar for oppgåva si hensikt har eg nytta databasane Cinahl, Medline og Academic Search Elite. For å finne ut kva ord eg skulle søkje i databasane tok eg i bruk PICO skjema. PICO- skjema gav meg orda hjarteinfarkt, iskemisk hjartesyjukdom, meistring, erfaring, intervensjon, kjønn, kvinner og psykologisk effekt. Deretter gjorde eg dei om til myocardial infarction, ischemic heart disease, coping, experience, intervention, women og psychological effects ved hjelp av den helsefaglege emneordlista MeSH. Søkorda blei kombinert med «OR» og «AND» for å minske søket og for å få treff som inneheldt relevante forskingsartiklar. Søka blei avgrensa til tidsrommet 2007- 2020 for å få mest mogleg oppdatert forskning. Ved å hake av på «peer reviewed» på databasen sikra eg meg at forskinga var fagfellevurdert. Grunnen til at eg har valt å bruke engelske ord er for å sikre eit større søkjefelt. Etter erfaring frå tidlegare gir søk med berre norske ord minimalt med resultat. I løpet av søkeprosessen blei det utført manuelle søk i Google Scholar då det dukka opp relevante artiklar i litteraturlister undervegs i prosessen.

2.3 Kjeldekritikk

Forskningsartiklane som er nytta i oppgåva har gått gjennom helsebiblioteket.no sine sjekklister for å sikre kritisk vurdering (helsebiblioteket, 2016). Artiklane som er nytta i oppgåva er fagfellevurdert, har IMRaD- struktur, inneheld ein vaksen pasientgruppe og er publisert i tidsrommet 2007- 2019. Vidare er artiklane vurdert ut i frå om informasjon er relevant for mi problemstilling, kva tidskrift artikkelen er publisert i, om forfattarane er anerkjente fagfolk eller forskarar innan feltet og kven artikkelen er skriva for (Thidemann, 2019, s. 90). Eg har valt å ikkje fokusere på eit spesifikt tidsrom, men sjå samanhengen mellom erfaringane til kvinnene i ein heilheit. Eg kunne med fordel valt eit spesifikk tidsrom etter hjarteinfarkt for å lettare finne ut kva kvinnene hadde behov for akkurat i den tida. Artikkelen «Quality of life in female myocardial infarction survivors: a comparative study with a randomly selected general female population cohort» frå 2007 er i grenseland med tanke på oppdatert forskning. Likevel vil eg nytte denne artikkelen då Norekvål er ein kjent forskar innanfor kvinner og hjarte- og karsjukdommar. Artiklane som er nytta er frå Europa, og er skriva på engelsk eller andre skandinaviske språk.

3.0 Teori

3.1 Hjarteinfarkt

Hjartet sin oppgåve er å pumpe blodet rundt til alle celler i kroppen, og forsyne cellene med næringsstoffa dei treng for å leve, men også slik at dei får kvitte seg med avfallsstoff (Løchen & Gerdts, 2015, s. 17). Hjartet får tilført blod frå tre store koronararterier som ligg utanpå hjartet, som igjen forgreinar seg til mange mindre årer som gjer at heile hjartet får tilført blod. Hjarteinfarkt oppstår når ein eller fleire av koronararteriane blir trange eller tilstoppa slik at eit område på hjartet får mindre eller ingen blodtilførsel. Grunnen til tilstoppinga eller forsnævring kan vere aterosklerose (plakk) eller ein embolus (blodpropp) som tettar eller delvis tettar åra. Det vil då oppstå iskemi på område som ikkje får oksygenrikt blod og dette område vil døy innan kort tid (Ørn et al., 2016, s. 168). Å få akutt hjarteinfarkt kan opplevast dramatisk, med plutslege brystmerter og ei kjensle av at ein ikkje får puste. Pasienten kan bli kvalm, bleik eller klam og nokre gongar kaste opp. Symptoma kjem ofte brått utan forvarsel. Dette skaper ofte uro, angst, frykt og redsel for å døy (Høybakk, 2013, s. 160-161). Den akutte behandlinga handlar om å lindre smerter, avgrense størrelse på infarkt og førebygge og behandle komplikasjonar. Val av trombolytisk behandling eller perkutan koronar intervensjon (PCI) er avhengig av kor lang transporttida er til næraste stad som utfører denne behandlinga (Høybakk, 2013, s. 164). Trombolytisk behandling blir gitt for å løyse opp blodproppen og må gis innan 12 timar etter infarkt starta. PCI er ein type kateterbehandling som skal utvide det

forsnevra området (Ørn et al., 2016, s. 171-173). Er det under 90 minuttar til behandlingsstad skal vedkommande transporterast til næraste sjukehus for å utføre PCI. Tilleggsvurderingar som alder, infarktets lokalisasjon og størrelse har også betyding for val av aktuell behandling (Høybakk, 2013, s. 164). Sjølv om reperfusjonsbehandling med PCI og trombolyse har endra sjukdomsbilete til hjartesyjukdom, kan komplikasjonar oppstå. Det er viktig at både pasient og sjukepleiar er observante og klar over dette. Arytmiar, som er forstyrningar i hjarterytmen, og venstre ventrikkelsvikt med påfølgande lungestuving og lungeødem er blant komplikasjonar som kan oppstå etter eit hjartefarkt (Høybakk, 2013, s. 187).

3.2 Hjartesyjukdom og kvinner

Kvinner får hjartefarkt i gjennomsnitt 10 år seinare enn menn, årsaka til dette er omdiskutert (Løchen & Gerds, 2015, s. 87). Kvinner har ofte vekene før eit hjartefarkt utvikla varselsymptom som tungpust, uvanleg trøyttheit, slappheit, fordøyelseplagar eller søvnproblem. I tillegg har dei ofte meir atypiske symptom som verkingar i kjeve, nakke, armar og rygg, eller meir diffuse symptom som tungpust, svimmelheit og kaldsveitning. Det viser seg å vere kjønnsforskjellar i både terskelen for rapportering av symptom og i smerteopplevinga hjå kvinnelege pasientar (Høybakk, 2013, s. 160-161). Diffuse og ofte identiske symptombilete skapar utfordring for både for helsepersonell og dei kvinnelege pasientane. Den medisinske forskinga er basert på menn eller begge kjønn, utan å skilje mellom kjønn i dataanalysane. Dette gjer at den medisinske forskinga ikkje viser grunnlag for kun kvinner (Løchen & Gerds, 2015 s. 14). Nokre påstandar seier at kvinner, grunna østrogen, blir beskytta mot hjartefarkt inntil menopausen, og når østrogennivået går ned ligg dei likt med menn i risiko for hjartefarkt. Dette er ikkje vitskapleg dokumentert (Løchen & Gerds, 2015, s. 98). Ein kartlegging i 2004 viser at kvinner får dårlegare behandling enn menn, til dømes viser det seg at færre kvinner enn menn får reperfusjonsbehandling ved eit hjartefarkt. Sidan kvinner kan ha andre symptom på hjartefarkt enn menn kan det føre til seinare innlegging på sjukehus og seinare start på behandlinga. Meir informasjon og kunnskap om koronarsjukdom hjå kvinner kan redusere forskjellbehandlinga (Høybakk, 2013, s. 162). Forsking viser òg at kvinner deltek sjeldan på rehabiliteringsprogram samanlikna med menn. Ein studie viser at blant anna at 2,2 prosent kvinner og heile 77,5 prosent menn deltok på rehabilitering etter eit hjartefarkt (Løchen & Gerds, 2015, s. 98).

3.3 Psykososiale reaksjonar

Hjartefarkt oppstår ofte brått og uventa, og usikkerheita rundt smertene skapar frykt hjå den ramma. Pasienten kan oppleve det som ei krise. I den første tida etter eit hjartefarkt går ein ofte

inn i ein sjokkfasen, der pasienten er ofte er likegyldig og har vanskar med å ta imot informasjon. Andre kan reagere med uro og panikk. Deretter kjem reaksjonsfasen, der pasienten gradvis tar til seg det som har skjedd. I denne fasen blir forsvarsmekanismar nytta for å dempe emosjonelle relasjonar. Vidare kjem gradvis reparasjonsfasen der pasienten forsøker å bearbeide det som har skjedd, og for nokon kan det resultere i ein sorgreaksjon. Her kjem gradvis verkelegheita att, og ein begynner å tenkje på framtida. Til slutt kjem reorganiseringsfasen der pasienten har jobba med det som har skjedd, og fått tilbake det psykologiske feste (Mæland, 2006, s. 47). Alle har ulike psykologiske reaksjonar ved eit hjarteinfarkt. Mange er i stand til å takle vanskar, medan nokre får vedvarande psykiske problem. Derfor er det viktig at sjukepleiar startar med å hjelpe og støtte pasientar så tideleg som mogleg (Mæland, 2006, s. 45). Alle reagerer ulikt, og det er òg pasientar som ikkje følgjer den typiske kriseutviklinga. Nokon opplev angst eller depresjon over ein periode mens andre klarar seg bra i starten, men får gradvis fleire problem over tid. Det er òg nokon som knapt viser teikn til emosjonelle reaksjonar (Mæland, 2006, s.48). Personlegdom, tidlegare problem, tidlegare erfaring og sosial støtte er viktige faktorar som påverkar kvinna si evne til meistring. Mange pasientar opplev auka psykiske problem dei første vekene etter heimkomst frå sjukehuset. Dette kan kome av usikkerheit av å klare seg aleine heime utan tryggleiken av å ha helsepersonell rundt seg. Undersøkingar viser at kvinner opplever angst og depresjon oftare enn menn i den første tida etter eit hjarteinfarkt. Tideleg intervensjon og informasjon kan førebygge psykiske vankar, og pasientar som har høg risiko for å utvikle psykososiale vanskar bør bli identifisert tideleg (Mæland, 2006, s. 50).

3.4 Meistring

Meistring handlar om korleis menneske møter krevjande livssituasjonar. Ein har som regel to måtar å reagere på. Ein kan anten sjå sin eigen situasjon og bruke ressursar ein har for å møte den, eller kan ein prøve å skyve ubehaget vekk ved hjelp av forskjellige forsvarsmekanismar eller ved å fortrenge det om har skjedd. Meistring er indre psykiske og direkte handlingsorienterte krefter som den enkelte brukar for å finne meninga med livet og for å redusere, beherske og tolerere dei ytre og indre belastningane vedkommande er utsett for (Reitan, 2010, s. 74).

I følge Lazarus og Folkman (1984) er det to typar meistringsstrategiar, problemfokusert og emosjonsfokusert meistring. Problemfokuserte meistringsstrategiar har ofte fokuset på problemløysing. Det kan vere retta mot oss sjølv, som å lære nye ferdigheiter, søke kunnskap og informasjon. Andre problemløysande strategiar kan vere retta mot omgivnadane, som å endre livsstil, å endre rutinar eller redusere ytre årsaker til stress. Emosjonsfokusert meistring er å endre

kjenslereaksjonane som oppstår i samband med stress. Eksempel på strategiar som prøver å dempe det kjenslemessige ubehaget, kan vere kognitive strategiar som å unngå informasjon, distansering til situasjonar/problem eller å unngå situasjonen. Andre former for emosjonsfokuserte meistringsstrategiar er medikament, alkohol eller fysisk aktivitet. Denne forma for meistringsstrategiar kan fungera som midlertidig pusterom eller gjere oss i stand til å leve med ein situasjon som kanskje ikkje let seg endre. I ein til dømes traumatisk krise kan emosjonsfokuserert meistring vere nyttig og nødvendig (Renolen, 2015, s.170-171).

Sosiologen Antonovsky (2000) utvikla ein teori med stressforskning som utgangspunkt for kvar helsa har sitt opphav frå. Uro og stress er normale kjensler når ein opplev utfordringar. Antonovsky utvikla omgrepet salutogenese, som handlar om kva me gjer for å holde oss friske. Han forska på menneske som har gjennomgått store påkjenningar, men som likevel har god helse. Oppleving av samanheng (OAS) er eit sentralt omgrep i Antonovsky teori. Hjø dei som har gjennomgått store påkjenningar fant han høg grad OAS. OAS består av tre komponentar: forståing, handteringsevne og meining. *Forståing* handlar om at personane må forstå det som skjer. *Handteringsevne* handlar om å føle at utfordringane kan handterast. Siste komponenten er *meningsfullheit* som handlar om lyst til å finne ein djupare forståing av verden og ressursar ein har. Den siste komponenten ser Antonovsky på som den viktigaste. Desse tre komponentane heng saman og påverkar kvarandre. Salutogenestisk tilnærming kan gi menneske meir forståing av kva som faktorar som bidreg til meistring av helseproblem. Antonovsky ber sjukepleiarar om å vere bevisst om dei fremjar eller hemjar utviklinga av OAS hjå pasientane (Renolen, 2015, s 172- 173).

3.5 Pasientinformasjon

Sjukdommen, i tillegg til smertene og plagene, skapar usikkerheit og kan vere ein større byrde enn dei fysiske plagene (Mæland, 2006, s. 56). I følge pasient- og brukarrettighetslova §3-2 har pasientar rett til den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innhaldet i helsehjelpa (pasient- og brukarrettighetsloven, 1999, §3-2). Pasientar har behov for informasjon både før og etter utskrivning frå sjukehuset, men behovet for informasjon kan variere frå pasient til pasient. Nokon søker aktivt informasjon om sin nylege hjartesyjukdom, andre føretrekk å skyve tanken på sjukdom vekk. Informasjonen burde alltid gis som eit tilbod, der pasienten sjølv kan velje å ta imot informasjonen eller ikkje. God kunnskap og tideleg informasjon om sin hjartesyjukdom gir færre legekonsultasjonar og reinnleggingar på sjukehuset (Mæland, 2006, s. 58-61). Undersøkingar viser at førebunde informasjon om vanskar etter eit hjarteinfarkt kan redusere omfanget av den psykiske reaksjonane etter heimkomst (Mæland, 2006, s.49). Evna til å innhente informasjon og

behalde kunnskapen kan ofte vere vanskeleg i ein krevjande situasjon. Det meste av pasientundervisninga bør derfor skje etter utskrivning frå sjukehuset då pasientar ofte møter utfordringar når dei kjem tilbake til kvardagen. Mange skaffar seg kunnskap i bøker og brosjyrar, men behovet for å spørje helsepersonell er ofte til stades (Mæland, 2006, s.61).

3.6 Joyce Travelbee sin sjukepleieteori

Joyce Travelbee fokuserer på at sjukepleie er ein mellommenneskeleg prosess fordi prosessen alltid er retta mot mennesket. Sjukepleiaren sitt mål er å hjelpe den enkelte med å finne meining og meistre erfaringar med sjukdom eller liding (Kristoffersen, 2011, s. 217).

«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 finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 2001, s.29).

Menneske - til - menneske - forhold er eit sentralt omgrep i Travelbee sin sjukepleietenking. For at forholdet skal vere mogleg å etablere må menneska begynne å sjå vekk frå roller. Menneska må slutte å sjå på kvarandre i rollane som «pasient og «sjukepleiar», der det er sjukepleiaren som har makt. Eit menneske - til - menneske - forhold går gjennom fire fasar: det innleiande møte, framvekst av identitetar, empati, og sympati og medkjensle (Kristoffersen, 2011, a. 219). Å bygge dette forholdet er ikkje berre sjukepleiaren si oppgåve, det må byggast av både sjukepleiar og pasienten i løpet av dei fasane som er nemnt (Travelbee, 2001, s. 178). Kommunikasjon er viktig for å kunne etablere eit verkeleg forhold mellom menneske. Ved å kommunisere vil sjukepleiar bli kjent med og få kjennskap til pasienten sine særeigne behov, noko som er eit vilkår for å kunne planlegge og utføre rett sjukepleie (Kristoffersen, 2011, s. 221).

Å hjelpe eit menneske til å gjenvinna helsa etter ein akutt sjukdom er vesentleg for sjukepleiar. For å kunne bidra til meistring av sjukdom må ein etablere ein tilknytning til den som treng hjelp. Sjukepleiar må vise vedkommande at dei blir sett og forstått. For å kunne hjelpe den sjuke må sjukepleiaren sette seg inn i korleis vedkommande sjølv oppfattar sjukdommen sin. Dette er eit område som ofte blir gløymt av sjukepleiar. Det er ikkje mogleg å hjelpe eit menneske til å meistre sin sjukdom utan å vite korleis det sjuke menneske sjølv stiller seg til sjukdommen (Travelbee, 2001, s. 35-36).

4.0 Resultat

«**Quality of life in female myocardial infarction survivors: a comparative study with a randomly selected general female population cohort**» skrive av Norekvål, T. M., Wahl, A. K., Fridlund, B., Nordrehaug, J. E., Wentzel – Larsen, T. & Hanestad, B. R i 2007. Søkeorda myocardial infarction og psychological effects blei nytta for å finne denne artikkelen. Dette er ein kvantitativ studie. Hensikta i denne studien var å samanlikne kvinner som har overlevd eit hjarteinfarkt med kvinner som er friske ved å sjå på kvaliteten på livet deira. Undersøkinga inkluderte kvinner i alderen 62-80 år, tre til fem månadar etter eit hjarteinfarkt. 100 kvinner svarte og gav ein svarprosent på 60 prosent. Ein undergruppe av kvinner i same aldersgruppe blei henta frå ein studie av 1893 tilfeldig valte norske statsborgarar. Studien viser at kvinner rapporterer signifikant lågare tilfredsheit med generell helse og overordna livskvalitet. Derimot fant ikkje studien signifikant forskjell på det psykososiale domene. Dette til tross kom det fram at sosial støtte og familie var viktig for å fremme betre psykososial helse (Norekvål, et al., 2007).

«**Women's experience of a myocardial infarction: 5 years later**» skrive av Sjöström- Strand, A., Ivarsson, B. & Sjöberg, T i 2011. Søkeorda myocardial infarction, women og experience blei nytta til å finne denne artikkelen. Dette er ein kvalitativ studie. Hjarteinfarkt har lenge blitt sett på som ein mannleg sjukdom til tross for at det òg er eit helseproblem hjå kvinner. Studien, som er inspirert av eit femomenogarfisk design, går ut på å utforske og skildre kvinner si helse og daglegliv fem år etter eit hjarteinfarkt. Kvinnene i studien følte dei ikkje kunne stole på eigen kropp og angsten for framtida var stor. Fleire følte dei trengte hjelp av helsevesenet for å meistre forandringane i livet. Kvinnene var engstelege for at eit nytt hjarteinfarkt kunne oppstå, og begynte med dette å kjenne på brystmerter som skapte panikk og angst. Opplevinga av informasjonen som helsevesenet gav var dårleg, og kvinnene følte dei blei ignorert når dei kom med spørsmål. Samtidig var det nokon av kvinnene som var takksame og omtala det som ein ny moglegheit i livet. Mange tok ansvar for livsstilen, men eit år med oppfølging var ikkje nok (Sjöström- Strand, et al., 2011).

«**Factors affecting women's well-being during the experience of acute myocardial infarction: a literature review**» skrive av Foá, C. Fuochi, G & Fruggeri, L i 2015. Søkeorda myocardial infarction, coping strategies og women blei nytta for å finne denne artikkelen. Hensikta med denne litteraturgjennomgangen er å utforske erfaringane med hjarteinfarkt hjå kvinner grundig. Det blei valt 44 artiklar om faktorar som sterkt påverkar kvinner si velvære etter hjarteinfarkt. Fleire studiar viser kjønnsforskjellar i det å søkje hjelp ved symptom på hjarteinfarkt. Studiar av den medisinske behandlinga viser at kvinner har mindre sannsyn for gå gjennom diagnostiske testar og klinisk

behandling samanlikna med menn, men kvinnene sin auka alder kan motverke kjønneffekten. Studien viser at kvinner fekk mindre informasjon om sin sjukdom og rehabilitering. Kvinner ser ut til å føle at endringar i livsstilen er vanskelegare å oppnå og er meir avhengige av sosial støtte enn menn (Foá, et al.,2015)

«Quality of life, coping strategies, social support and self-efficacy in women after acute myocardial infarction: a mixed methods approach» skrive av Fuochi, G & Foá, C i 2018. Søkeorda myocardial infarction, coping strategies og experience resulterte i denne artikkelen. Dette er ein studie med blanda metodar. Denne artikkelen går meir i djupna i forståing av korleis meistringsstrategiar, kjensle av eiga meistring, livskvalitet og sosial støtte formar kvinnene sin tilpassing etter hjarteinfarkt. Kvantitative data blei samla inn gjennom eit standardisert spørjeskjema om meistringsstrategiar, kjensle av meistring, livskvalitet og sosial støtte. Her blei kvinnene som opplevde hjarteinfarkt samanlikna med ei kontrollgruppe av kvinner som ikkje hadde opplevd hjarteinfarkt. Kvalitative data kom frå 57 semistrukturerte intervju utført på kvinner som har gjennomgått eit hjarteinfarkt. Kvantitative resultat viste statistisk signifikante forskjellar mellom kvinner som opplevd hjarteinfarkt og kontrollgruppa. Dei som hadde opplevd hjarteinfarkt hadde lågare sjølvopplevd helse og sosial støtte, men større kjensle av eiga meistring, bruk av aksept og eigeneffektivitet. Kvalitative resultat bekrefta mykje av dei kvantitative resultatata (Fuochi, et al.,2018).

“Does gender influence the outcome of ischemic heart disease?” skrive av Thomaszewski, M, Topyła, W, Kijewski, B.G., Miotła, P & Waciński, P i 2019. Søkeorda ischemic heart disease og gender blei nytta på for å finne denne litteraturstudien. Hjarte- og karsjukdommar utgjer 40 prosent av alle dødsfall hjå menn og opptil 49 prosent av alle dødsfall hjå kvinner. Denne studien bekrefta at det er kjønnsforskjellar når det gjeld iskemisk hjertesjukdom. Kvinner og menn er forskjellige i den diagnostiske prosessen, og har forskjellige patologiske mekanismar. Vidare viser studien at iskemi slår tydelegare ut på menn enn kvinner ved diagnostiske testar. Koronar vasomototiske lidningar som epikardial og mikrovaskulær dysfunksjon oppstår oftare hjå kvinner, grunna koronarkar hjå kvinner er meir følsame for katekolamine som frigjerast under psykisk stress. Dette kan skape spasmar og iskemisk myokard. Forfattarane av studien hevder at desse faktorane som skil menn og kvinner kan påverke både dødelegheita og livskvaliteten (Thomaszewski et al., 2019).

5.0 Drøfting

Ein aukande del av kvinner får hjertesjukdom, og det er ein dei vanlegaste dødsårsakene hjå kvinner. Det stillast likevel spørsmål om kvinner får like god behandling som menn. I den samanheng er det

interessant å sjå nærmare på korleis kvinner erfarer tida etter eit hjarteinfarkt og kva sjukepleiar kan bidra med for å fremje meistring hjå desse kvinnene.

5.1 Kvinnene sine erfaringar i etterkant av eit hjarteinfarkt

For at sjukepleiar skal kunne bidra til meistring hjå kvinner som har gjennomgått eit hjarteinfarkt er det viktig å finne ut av korleis kvinnene faktisk erfarer livet etter dei er komen heim frå sjukehuset. Travelbee (2001) er opptatt av at sjukepleiarar må sjå problem som kan oppstå hjå pasienten og deretter forberede pasienten på korleis problema kan taklast. Både Antonovsky (2006), og Lazarus og Folkman (1984) beskriv det å ha forståing og sjå samanheng med det som kan skje. Gjennom forståing kan sjukepleiaren hjelpe pasienten til å meistre livssituasjonen på best mogleg måte.

Kvinner som har gjennomgått eit hjarteinfarkt viste seg å ha dårlegare generell helse enn resten av befolkninga (Norekvål et al. 2007; Fuochi & Fóa, 2018). I følge Mæland (2006) er det vanleg å oppleve svekka helse etter heimkomst, og for mange kvinner opplevast dette som å ikkje ha kontroll over eigen kropp. I studien til Sjöström- Stand et al. (2011) såg ein nettopp at kvinne følte dei ikkje hadde kontroll på eigen kropp, og fleire var engstelege for nye hjarteinfarkt. Konstant frykt for at det skulle oppstå eit nytt hjarteinfarkt utløyste brystmerter som igjen skapte panikk og angst hjå kvinnene. Kvinnene i denne studien opplevde at kun eit år med oppfølging var for lite etter heimkomst. I følge Mæland (2006) er det vanleg å oppleve psykiske problem etter heimkomst på grunn av det då oppstår mange psykososiale oppgåver som må erfarast og meistrast. Undersøkingar viser at kvinner opplev angst og depresjon oftare enn menn i den første tida etter hjarteinfarkt. Dette kan ha samanheng med at forskning viser lite grunnlag for kvinner, og at oppfølginga og informasjon som blir gitt i ettertid ikkje er tilpassa kvinnene (Høybakk, 2013, s.162). Kvinner har ofte meir diffuse symptom på eit hjarteinfarkt, noko som ein ser skapar angst og frykt hjå kvinner fordi dei ikkje føler kjennskap til eigen kropp. Dette viser viktigheita i at sjukepleiar har god kunnskap om symptoma kvinner har og nyttar denne kunnskapen for å skape tryggleik hjå kvinnene som føler seg redde for eit nytt hjarteinfarkt skal oppstå (Løchen & Gerds, 2015). I studien til Thomaszewski et al (2019) blir det bekrefta at det er kjønnsforskjellar mellom kvinner og menn. I denne studien kjem det fram at kvinner er forskjellige i den diagnostiske prosessen samt har andre patologiske mekanismar. Dette bekreftar kvifor menn og kvinner ikkje burde ha same oppfølginga etter eit hjarteinfarkt.

I følge Travelbee (2001) skal sjukepleiaren ha kjennskap til korleis pasienten sjølv opplev situasjonen og kva meiningar pasienten har, og ikkje berre fokusere på diagnosen til pasienten. Ein kan sjå samanheng med at kvinner slit med det psykososiale etter eit hjarteinfarkt og at kvinner føler

oppfølginga er dårleg. Som sjukepleiar er det viktig å starte tidleg med intervensjon for å førebygge desse psykiske vanskanane, og for at kvinnene skal oppleve tryggleik òg etter heimkomst. Dette kan gjerast ved å sette seg ned med pasienten, og nytte tida godt for å bli best mogleg kjent (Mæland, 2006).

5.2 Meistringstrategiar

Meistring er indre psykiske og direkte handlingsorienterte krefter som den enkelte brukar for å finne meninga med livet og for å redusere, beherske og tolerere dei ytre og indre belastningane som vedkommande blir utsett for (Reitan, 2010).

I studien til Norekvål et al. (2007) opplevde kvinnene som hadde gjennomgått eit hjarteinfarkt ingen signifikant forskjell i livskvalitet i forhold til det psykososiale. Dette meiner forskarane i studien kan ha med den salutogenetiske måten å tenkje på. I følge Antonovsky (2006) må fokuset ligge på dei positive kreftene hjå eit menneske. Ein må handtere utfordringar som oppstår, og finne meninga med å meistre situasjonen. I studien var det nokon av kvinnene som forstod kvifor dei fekk eit hjarteinfarkt. Ein forklaring på dei psykososiale funna i studien kan vere at dei kvinnene som hadde gjennomgått eit hjarteinfarkt fekk til å evaluere og omprioritere livet, og med dette klarte å styrke si psykologiske velvære. Dette viser at kvinner som aksepterer og forstår sin eigen sjukdom lettare kan ta tak i problem saman med sjukepleiar og oppnå meistring av livssituasjonen.

Studien til Foá et al. (2015) viste tydelege kjønnsforskjellar i bruk av meistringstrategiar der kvinnene stolte meir på meistringstrategiar enn menn, og møtte ein stressande situasjon med meir emosjonsfokuserte meistringstrategiar. Til tross for dette rapportere kvinnene lågare livskvalitet. Studien viste at menn brukte meir problemfokuserte meistringstrategiar enn det kvinner gjorde, samtidig viste det seg at pasientar som nytta problemfokuserert meistring opplevde betre livskvalitet enn pasientane som ikkje nytta denne type meistring. Ein såg at kvinner som brukte meir emosjonfokuserte eller fatalistiske meistringstrategiar fekk redusert livskvalitet, medan problemfokuserert og meir aktive meistringstrategiar ville sannsynlegvis vere meir passande å møte konsekvensane av eit hjarteinfarkt på. Dette underbyggast i studien til Fuochi & Fóa (2018) som også viste betre livskvalitet blant kvinner som nytta problemfokuserte meistringstrategiar staden for emosjonsfokuserert meistring. Etter min erfaring er det viktig at sjukepleiar finn ut kva kvinna er særleg god på ved å bli godt kjent med vedkommande, og deretter få kjennskap til kva pasienten har gjort tidlegare for å meistre problem og stress. Dette gir grunnlag for kva type meistringstrategiar som passar best for akkurat dette kvinna. Erfaringane mine bygger på at det ikkje finns ein konkret

meistringsstrategi for alle kvinne etter eit hjarteinfarkt, og bruk av fleire meistringsstrategiar kan i nokre tilfelle vere nødvendig. Travelbee (2001) sin teori samsvarar med mine erfaringar når det gjeld at sjukepleiar må setje seg inn i korleis pasienten opplev eigen sjukdom, bidra med å finne mening i sjukdom og hjelpe med å meistre erfaringar. Sjukepleiar bør bygge eit menneske- til -menneske - forhold for å skape eit nær relasjon til pasienten. Ein nær relasjon gir sjukepleiaren kunnskap om kvinna sine særeigene behov som er vesentleg for å kunne bidra til rett bruk av meistringsstrategiar og bidra til oppleving av meistring.

5.3 Sosial støtte

Renolen (2015) meiner sosial støtte står sentralt i opplevinga av meistring, og viktigheita av å ha sosial støtte blir ofte meir tydeleg når helsa sviktar. Mæland (2006) er einig i dette og seier at sosial støtte er viktig for at hjartepasienten skal oppleve meistring og tilpassing. I studien Foá et al. (2015) viste det seg at kvinnene er meir avhengige av den sosiale støtta enn menn. Dette er noko eg sjølv har erfaring med. Vidare viste denne studien at kvinnene opplevde mangel på støtte frå helsepersonell etter heimkomst. Dette samsvarar med Sjöström- Strand et al. (2011) studie der kvinnene følte at kun eit år med oppfølging ikkje var nok. Renolen (2015) seier at i opplevinga av ei krise kan den faglege kompetansen bidra til tryggleik hjå den sjuke, derfor treng kvinnene støtte frå helsepersonell i å arbeide med følelsar og tankar. Ein sjukepleiar kan gi ein unik støtte til kvinner ved å bruke sin kompetanse og egne erfaringar. Kvinnene sine erfaringar av auka behov for støtte bygger på viktigheita av at helsepersonell involverer seg meir i livet til kvinnene etter heimkomst. Mine erfaringar samsvarar med kvinnene når det gjeld at den sosiale støtta frå helsepersonell er liten etter heimkomst, med mindre ein får ekstra oppfølging eller deltek på rehabilitering. Forsking viser at kvinner deltek sjeldnare på rehabilitering enn menn. Ein kan sjå samanheng med at menn får tilfredsstilt meir av deira behov for sosial støtte gjennom rehabilitering og har derfor mindre behov for sosial støtte enn kvinner (Løchen & Gredts, 2015). Etter min erfaring vil meir tilrettelegging i form av at rehabiliteringa som er meir tilpassa kvinner, og meir oppfølging frå helsepersonell i tida etter heimkomst bidra til auka oppleving av meistring og sosial støtte blant kvinner.

Fleire studiar viste at familie og venner har betydning for kvinna si oppleving av støtte og tryggleik (Foá et al. 2015; Fuochi & Fóa, 2018). I studien Sjöström- Strand et al. (2011) var det å ha nokon å snakke med om forholdet til sjukdommen og frykta for framtida viktig for kvinnene. Kvinnene beskrev det som ein tryggleik å ha nokon i nærleiken. Tilhøyring og vennskap viser å forbetre den emosjonelle livskvaliteten til kvinnene i studien til Fuochi & Fóa (2018). Ein ser at emosjonell fokusert meistring gir større fokus på støtte. Som sjukepleiar må ein fremje den sosiale kontakta som kvinna

har. Til tross for at fleire av studiane viser at mange av kvinnene har denne sosiale kontakten, er det likevel viktig at sjukepleiar fremjar viktigheita av denne sosiale kontakten slik at familie og venner òg kan bidra til meistring av livssituasjonen etter eit hjarteinfarkt.

5.4 God informasjon

Pasientinformasjon har som mål å redusere usikkerheita, og auke kunnskapen om eigen sjukdom hjå pasientar (Mæland, 2006). I studien Sjöström- Strand et al. (2011) opplevde kvinnene at informasjonen frå helsevesenet var dårleg og lite relevant. I følge Mæland (2006) blir informasjonen ved eit hjarteinfarkt gitt i den akutte fasen, som vil sei når pasienten er i ein krisesituasjon. I denne fasen er pasienten ofte likegyldig og har vanskar med å ta imot informasjon. Først og fremst er det viktig at sjukepleiar forsikrar seg om at informasjonen blir forstått, og at ein ikkje gir mykje informasjon samtidig (Renolen, 2015). Eit alternativ kan vere å dele opp informasjonen, og gjenta den fleire gongar i løpet av sjukehusinnlegginga. Eg har sjølv erfaring med at pasientar er lite mottakelege for informasjon rett etter eit hjarteinfarkt fordi dei oppheld seg i denne psykologiske sjokkfasen som Mæland (2006) skriv om. Eg har òg erfart at det kan ha betyding å gi skriftleg informasjon i tillegg til den munnlege informasjonen, grunnen for dette er at sjølv om informasjonen blir gitt fleire gongar kan det vere moglegheit for at pasienten ikkje har fått med seg alt. Mykje informasjon kort tid etter hjarteinfarkt kan då vere ein av grunnane til at kvinnene i denne studien hadde dårlege erfaringar med informasjonen. Ein anna grunn til at kvinnene opplevde informasjonen som dårleg og lite relevant kan vere at behovet for informasjon etter eit hjarteinfarkt er veldig individuelt, nokon treng mykje informasjon om sin nylege hjartesjukdom medan andre føretrekk minst mogleg (Mæland, 2006). Ein kan sjå samanheng med Lazarus og Folkman to typar meistringsstrategiar, problemfokusert og emosjonsfokusert meistring og behovet pasientar har for informasjon. Problemfokusert meistring rettar seg mot å lære nye ferdigheitar, søkje kunnskap og informasjon. Denne type meistring blir brukt blant dei som ynskjer kunnskap og informasjon om sin sjukdom. Emosjonsfokusert meistring rettar seg mot å ta i bruk kognitive strategiar for å unngå informasjon eller distansering frå problem. Denne type meistring ser ein blir nytta hjå dei pasientane som trekk seg vekk og ynskjer mist mogleg informasjon. Alle har ulike måtar å takle eit hjarteinfarkt på og det er finns ingen fasit då pasientar meistrar ei krise i livet ulikt (Renolen, 2015, s.170-171).

Til tross for at mange var misnøgde med informasjon i studien til Sjöström- Strand et. al. (2011) viste det seg at nokre av kvinnene i studien var fornøgde og takksame med den informasjonen dei hadde fått. Ein av grunnane til dette kan vere at desse kvinnene har vore meir mottakelege for informasjon i den akutte fasen. I Norekvål et al. (2007) studie kom det fram at kvinnene følte mangel på

informasjon som gjekk på det daglege livet etter hjarteinfarkt. Informasjonen inneheldt korleis dei kunne endre livsstilen til det betre, og kva dei burde gjere. Det viste seg at når sjukepleiar informerte og gav råd ville det å ha kjennskap til kvinnene og deira historie og styrke, leggje grunnlag for å løfte fram moglegheiter i staden å kun fokusere på risikofaktorar og kva dei ikkje burde gjere. I følge pasient- og brukarrettigeheitslova §3-2 (1999) er det viktig at informasjonen som blir gitt er forståeleg og tilpassa den enkelte for å sikre at vedkommande får nettopp denne innsikta i sin eigen helsetilstand. Sjukepleiar må derfor sikre at informasjonen er forståeleg for kvar enkelt pasient. Travelbee (2001) seier at kommunikasjon er viktig for at sjukepleiar skal ha kjennskap til den sjuke sine særreigne behov. Dette er eit vilkår for kunne utføre rett sjukepleie til den enkelte (Kristoffersen, 2011). Eg ser klar samanheng mellom pasientar sitt behov for informasjon og meistring. For at kvinner skal meistre livssituasjonen etter eit hjarteinfarkt må sjukepleiar gi den informasjonen kvinna ynskjer og har krav på. Sjukepleiar må derfor kartlegge kvar einaste kvinne sitt informasjonsbehov, slik at ein kan få informasjon tilpassa kvar enkelt. Min erfaring viser at sjukepleiar gir den informasjonen hen sjølv meiner er viktig og nødvendig, i tillegg til den kvinna meiner er viktig og nødvendig. Då vil informasjonen bli individuelt tilpassa kvar kvinne.

I følge Mæland (2006) burde mykje av informasjonen skje etter utskrivning frå sjukehuset fordi det er då pasienten kjenner på utfordringane i kvardagen, og behovet for spørsmål dukkar opp. Mange skaffar seg kunnskap i bøker og brosjyrar, men dette viste seg å ikkje vere tilstrekkeleg. Min erfaring underbygger det Mæland (2006) seier, derfor burde sjukepleiar vere meir tilgjengelege for kvinnene etter heimkomst både for å gi informasjon, men òg for å svare på spørsmål som dukkar opp. Korleis ein kan oppnå dette vil vere veldig individuelt, men meir tilrettelegging for heimesjukepleie kan vere eit viktig tiltak for å oppnå meir kontakt mellom sjukepleiar og den heimebuande kvinna etter heimkomst.

6.0 Konklusjon

Hensikta med denne oppgåva var å finne ut korleis ein som sjukepleiar kan bidra til at kvinner meistar sin livssituasjon etter eit hjarteinfarkt. For at sjukepleiar skal bidra til meistring må ein først og fremst skape ein forståing for korleis situasjonen opplevast for kvinna. Lite fokus på kvinner og hjarteinfarkt har resultert i at behandlinga som blir nytta er i tileigna menn. Diffuse symptom og lite forskning skapar angst og frykt hjå kvinner. Sjukepleiar kan gjennom kjennskap til kvinna gi støtte og skape tryggleik. Forsking viser at sosial støtte har stor betydning for opplevinga av meistring for kvinner etter eit hjarteinfarkt. Sjukepleiar må fremje kontakten kvinna har med familie og venner for å unngå at kvinna isolera seg. Kartlegging av kvinna sitt informasjonsbehov er vesentleg for å sikre at

informasjonen blir tilpassa og forstått av kvar enkelt kvinne. God informasjon vil kunne redusere frykta og auke kunnskapen rundt sjukdommen. Det er viktig at sjukepleiar respektera at alle kvinner har ulike behov, for det finns ikkje ein fasit på korleis ei kvinne taklar ei krise i livet. Likevel kan sjukepleiar igjennom god tilrettelegging for informasjon, det å fremje sosial støtte og nytte rette meistringsstrategiar bidra til at kvinnene opplev meistring av livssituasjonen etter eit hjartefarkt.

7.0 Referanseliste

Buberg, L. I. (1999). *Tilbake til livet- og hverdagen* (Masteroppgåve). Høgskolen i Oslo

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Folkehelseinstituttet. (2019, 18 Juni). *Forekomst av hjerte- og karsykdom i 2018*.

Henta 24.04.20 fra <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/hjertekar/forekomsten-av-hjerte--og-karsykdom-i-2018/>

Foá, C. Fuochi, G & Fruggeri, L. (2015). Factors affecting women's well-being during the experience of acute myocardial infarction: a literature review. *Acta Biomed for Health Professions*, 86(1), 51-61. Henta 25.04.20 fra <https://mattiolihealth.com/acta-biomedica/>

Fuochi, G & Foá, C. (2018) Quality of life, coping strategies, social support and self-efficacy in women after acute myocardial infarction: a mixed methods approach. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 98-107. DOI: <http://dx.doi.org.galanga.hvl.no/10.1111/scs.12435>

Helsebiblioteket. (2016, 3. Juni). Sjekklistor. Henta 24.04.20 fra

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>

Høybakk, J. (2013). *Sykepleie til pasienter med hjertesykdommer*. Knutstad, U. (Red). (159-226). Sykepleieboken 3: Utøvelse av klinisk sykepleie (2utg.). Oslo: Cappelen Damm.

Kristoffersen, N. J. (2011). Stress og mestring. Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (Red). (s. 133-196). *Grunnleggende sykepleie Bind 3: Pasientfenomener og livsutfordringer* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E.-A. (Red). (s. 208-280). *Grunnleggende sykepleie Bind 1: Sykepleiers grunnlag, rolle og ansvar* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Løchen, M. L & Gerds, E. (2015). *Kvinnehjerte: en medisinsk fagbok om vanlige hjertesykdommer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Mæland, J. G. (2006). *Helhetlig hjerterehabilitering*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- 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
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63).
Henta frå: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Reitan, A. M. (2010). Mestring. Knutstad, U. (Red). (s.74-107). *Sykepleieboken 2: Sentrale begreper i klinisk sykepleie* (3.utg.) Oslo: Akribe
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sjöström- Strand, A., Ivarsson, B. & Sjöberg, T. (2011). 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
- Thomaszewski, M, Topyła, W, Kijewski, B.G., Miotła, P & Waciński, P. (2019). Does gender influence the outcome of ischemic heart disease?. *Menopausal Review*, 18(1), 51-55. DOI: 10.5114/pm.2019.84158
- Tidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget
- Travelbee, J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- World Health Organization. (2018, 24 Mai). *Top 10 causes of death*. Henta 24.04.20 frå <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- Ørn, S & Brunvand, L (2016). *Hjerte- og karsykdommer*. Ørn, S & Bach- Gansmo, E (Red.). (s. 164-200). *Sykdom og behandling* (2.utg.). Oslo Gyldendal Akademisk



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

Startdato:	14-06-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	15-06-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave i sjukepleie		
SIS-kode:	203 SK152 1 O 2020 VÅR		
Intern sensor:	Irene Valaker		

Deltaker

Naun:	Helena Lidal Noss
Kandidatnr.:	303
HVL-id:	573442@hvl.no

Informasjon fra deltaker

Sideantall *:	23		
Antall ord *:	6425		
Sett hake dersom besuarelsen kan brukes som eksempel i undervisning?:	Ja	Egenerklæring *:	Ja
Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på utnemålet mitt *:	Ja	Jeg bekrefter innlevering til biblioteket *:	Ja

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei