



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 23.02.12

Kandidatnr.: 44

Antall ord: 8323

Sammendrag:

Bakgrunn: Hjerteinfarktpasienter er en økende pasientgruppe på sykehuset. Dødeligheten på hjerteinfarkt er stor, men dødeligheten har hatt en nedgang de siste 10 årene. Dette gir et bilde på pasientene som må leve med eventuelle bekymringer som kan komme etter et hjerteinfarkt.

Problemstilling: «*Hvordan kan sykepleier gjennom informasjon bidra til at pasienter opplever god livskvalitet etter hjerteinfarkt?*»

Hensikt med oppgaven: Få kunnskaper om og øke forståelse, da min interesse for hjerteinfarktpasienter er stor og jeg ser på dette som en utfordring i jobbsammenhenger videre. Spesielt får jeg utvidet min forståelse på betydningen av informasjonen sykepleier gir til pasienten på sykehuset og hvordan livskvaliteten blir påvirket i etterkant av hjerteinfarkt.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie, da dette var kravet for bacheloroppgaven. Litteraturstudiet har presentert meg for mye relevant forskning på området. I oppgaven har jeg brukt flere forskningsartikler og fagartikler som alle har vært relevant for problemstillingen. Artikkene tok for seg informasjon på sykehuset og livskvaliteten etter sykehusoppholdet.

Funn: Undersøkelser viser at informasjon fra sykepleier på sykehus, ikke har så mye å si på livskvaliteten til pasienter etter utskrivelse fra sykehuset. Det er det pasienten velger å gjøre i etterkant av sykehus oppholdet som vil kunne være avgjørende for livskvaliteten.

Oppsummering: Å gi informasjon på sykehus er en viktig sykepleiefaglig oppgave sykepleier har i møte med hjerteinfarktpasienten. Informasjonen er nyttig og viktig for pasienten, men funn har vist at informasjonen alene ikke har stor betydning for livskvaliteten i etterkant av hjerteinfarkt.

Abstract:

Background: Heart attack patients are a growing group of patients in the hospital. Mortality rate of heart attack is high, but mortality has decreased for the last 10 years. This gives a picture of patients who have to live with any concerns that may come after a heart attack.

Question: *«How can nurse through information help to ensure that patients experience good quality of life after heart attack?»*

Purpose of assignment: Get knowledge and increase understanding, when my interests in heart attack patients are great and I see this as a challenge to work on relationships. In particular, I expanded my understanding of the importance of the information nurses provide to patients in the hospital and how the quality of life is affected after the heart attack.

Method: Thesis is a literature study, as this was the requirement for the bachelor thesis. Literature study has presented me a lot of relevant research in the area. In the thesis I have used several research papers and professional articles all of which have been relevant to the problem. The articles dealt with information in the hospital and the quality of life after hospital discharge.

Results: Studies show that information from the nurse at the hospital, do not have much to say on the quality of life of patients after discharge from hospital. It is what the patient chooses to do after the hospital stay that could be decisive for the quality of life.

Summary: To provide information on the hospital is an important nursing task nurse in the face of a heart attack patient. The information is useful and important for the patient, but the findings have shown that information alone is of low importance for the quality of life after the heart attack.

Innhold

| | |
|---|-----------|
| <i>Sammendrag:</i> | <i>i</i> |
| <i>«Livet er ikke hva som har hendt deg, men hva du husker og hvordan du husker det».</i> | <i>1</i> |
| <i>- Gabriel García Márques</i> | <i>1</i> |
| 1.0 Innledning | 1 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema | 1 |
| 1.2 Hensikt | 2 |
| 1.3 Presisering av problemstilling | 2 |
| 1.4 Avgrensning av problemstilling | 3 |
| 1.5 Begrepsavklaring | 3 |
| 2.0 Utvalgt teori | 4 |
| 2.1 Hjerteinfarkt | 4 |
| 2.2 Å være akutt kritisk syk | 5 |
| 2.5 Kriseteori | 5 |
| 2.3 Livskvalitet | 6 |
| 2.4 Mestring | 7 |
| 2.2 Informasjon og kommunikasjon | 8 |
| 2.3 Sykepleiefaglig perspektiv | 10 |
| 3.0 Metode | 11 |
| 3.1 Litteraturstudie | 12 |
| 3.2 Litteraturstudiets sterke og svake sider | 12 |
| 3.3 Ethiske aspekter | 12 |
| 3.4 Kildekritikk | 13 |
| 3.5 Litteratursøk og valg av litteratur | 14 |
| 3.6 Presentasjon av utvalgte forskningsartikler | 15 |
| 3.7 Oppsummering av de presenterte forskningsartiklene | 18 |
| 4.0 Drøfting | 19 |
| 4.1 Sykepleiers rolle i å dekke pasientens behov for informasjon | 19 |
| 4.2 Pasientens opplevelse av informasjon | 21 |
| 4.3 Effekten av skriftlig informasjon på mestring og livskvalitet | 22 |

| | |
|--|-----------|
| 4.4 Livskvalitet etter utskrivning fra sykehus..... | 23 |
| 5.0 Avslutning | 25 |
| Referanseliste: | I |

«Livet er ikke hva som har hendt deg, men hva du husker og hvordan du husker det».

- Gabriel García Márquez

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema jeg har valgt for oppgaven er om informasjon til hjerteinfarktpasienter kan bidra til å fremmelivskvalitet. Grunnen til at jeg valgte dette tema er for at min interesse for hjerte og karsykdommer er stor. Jeg synes også det er et utfordrende tema som jeg vil utforske nærmere. Med å velge dette temaet får jeg økt kunnskap og forståelse, som jeg kan få bruk for i møte med den økende gruppen av pasienter som får hjerteinfarkt. Jeg har også møtt pasienter som har fortalt at de sliter med hverdagen etter hjerteinfarkt og som føler nedsatt livskvalitet etter

Forskning gjort av (Brink, Karlson & Hallberg, 2002) viser til at hjertesykdommer er den ledende årsak til en tidlig død. Både menn og kvinner som har fått akutt hjerteinfarkt kan streve for å klare og leve normalt etter infarkt. Landsforeningen for hjerte- og lungesyke opplyser at det er mellom 12 000 og 15 000 mennesker i Norge som får akutt hjerteinfarkt. Tall fra statistisk sentralbyrå viser at dødeligheten på hjerteinfarkt har blitt redusert de siste 10 årene. Reduksjonen av mennesker som dør av hjerteinfarkt kan gi et bilde på hvor mange som overlever hjerteinfarkt hvert år og som må leve med eventuelle plager i etterkant av hjerteinfarkt.

Et akutt hjerteinfarkt er ikke bare en kroppslig hendelse, hjerteinfarkt kan påvirke både identitet og følelser og griper dermed inn i den enkeltes livsoppfatning. Behandlingstid ved et hjerteinfarkt er i dag vanligvis tre til fem dager, der hovedfokuset er å begrense skadens omfang. På grunn av dette blir det liten tid til refleksjon og kartlegging av personlige og subjektive aspekter ved egen sykdom. Det fører til at pasientens egen opplevelse av å ha gjennomgått et hjerteinfarkt blir lagt liten vekt på (Netland, Fålund & Norekvål, 2011).

Gjennom tidligere praksisperioder og arbeidserfaring har jeg møtt pasienter som har det vanskelig i hverdagen etter hjerteinfarkt. De har bekymringer som de ikke hadde før sykdommen og det legger begrensninger på livskvaliteten. Derfor synes jeg det vil være spennende forske på problemstillingen jeg har valgt for oppgaven.

1.2 Hensikt

Jeg har valgt tema til oppgaven på grunnlag av de opplevelsene jeg kom opp i da jeg hadde medisinsk praksis på hjerteovervåkning. Der traff jeg flere pasienter som nylig hadde gjennomgått et hjerteinfarkt. De fleste pasientene gav uttrykk for å være engstelige for sin nye situasjon og uvitende om hvordan deres nye hverdag kom til bli. Pasientene var også bekymret for at den hverdagen de var vant med før hjerteinfarkt, ville komme til å forandre seg mye. Jeg vil også tilegne meg verdifull kunnskap om den viktige rollen sykepleier har ved å gi viktig informasjon til akutt kritisk syke pasienter. Dette kan jeg få brukt for i mitt videre arbeid med hjerteinfarkt pasienter ved senere anledninger. Hensikten med denne oppgaven vil derfor være å se nærmere på hvordan sykepleiefaglig informasjon kan ha påvirket pasienters livskvalitet i etterkant av hjerteinfarkt.

1.3 Presisering av problemstilling

«Hvordan kan sykepleier gjennom informasjon bidra til at pasienter opplever god livskvalitet etter hjerteinfarkt?»

1.4 Avgrensning av problemstilling

Jeg ønsker å avgrense problemstillingen til pasienter som er i gjennomsnitt 60 år gamle. Jeg velger å si gjennomsnittsalder ettersom forskningsartiklene snakker ofte om gjennomsnittsalder på sine informanter. Grunnen til jeg vil legge fokus på denne aldersgruppen er fordi den er den mest relevante for min problemstilling og jeg traff flere pasienter i denne aldersgruppen under min praksisperiode på medisinsk hjerteovervåkning. På grunn av oppgavens omfang har jeg valgt å sette hovedfokus på hvordan sykepleier kan bidra til å bedre livskvalitet etter hjerteinfarkt gjennom informasjon. Jeg vil se hvilken effekt informasjonen som blir gitt av sykepleier på sykehus, kan komme til å påvirke livskvaliteten til pasientene etter de er utskrevet på sykehus.

1.5 Begrepsavklaring

Begreper kan variere fra et fagmiljø til et annet, begreper kan også ha flere betydninger og derfor har jeg tatt stilling til begrepene *hjerteinfarkt*, *informasjon* og *livskvalitet*.

- *Hjerteinfarkt* er en vevs ødeleggelse på grunn av stans i blodtilførselen, ofte grunnet en forandring i ateromatøst plakk (Ellingsen, 2005).
- *Informasjon* er en saklig opplysning, som har formål å være opplysende og nyttig (Bokmålsordboka, 2010)
- *Livskvalitet* er «enkeltmenneskets oppfattning av sin posisjon i livet innenfor den kultur og verdisystem de lever i, i forhold til sine mål og forventninger, hvordan de ønsker livet skal være og hva de er opptatt av» (WHOQOL, 1995)

2.0 Utvalgt teori

2.1 Hjerteinfarkt

Et akutt hjerteinfarkt oppstår når en av hjertes arterier går tett. Går en av hjertes hovedarterie eller koronararterie tett, mister hjertet tilførselen av oksygen og næringsstoffer.

Hjertemuskulaturen som ikke får tilførsel av oksygen vil etter hvert dø på grunn av cellene trenger oksygen for å leve. Omfanget på skaden avhenger av hvor arterien som stenges av er, hvor lenge avstengningen varer og muskelens oksygen forbruk (Ellingsen, 2005).

Den vanligste utløsende årsaken til hjerteinfarkt er som oftest en forandring i ateromatøst plakk. Denne forandringen innebærer som regel enten at det sprekker og det dannes en blodpropp på den ødelagte overflaten, eller det kan skje en blødning inn i plaket slik at pulsåren blir enda trangere (Ellingsen, 2005).

Pasienter som er blitt rammet av hjerteinfarkt føler ofte intense og klemmende smerter i brystet. Smertene kan variere i styrke og lokalisering, men har til felles at smertene som oftest er svært ubehagelige. De fleste blir engstelige, bleke og kaldsvetter, det er heller ikke uvanlig at en får brekninger og oppkast. Et av de sikreste kliniske tegnene på hjerteinfarkt er kombinasjonen av sentrale brystmerter og brekninger (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise, 2009).

Behandlingen av et hjerteinfarkt må komme i gang så fort som mulig for at en skal klare å redde mest mulig av hjertes pumpeevne. Den akutte behandlingen innebærer å lindre smertene, begrense hjerteinfarktets størrelse og forebygge og behandle komplikasjoner (Jacobsen et al., 2009). Akutte tiltak i behandlingen vil være å gi pasienten morfin intravenøst snarest mulig for å sørge for at pasienten er smertefri. Morfin fører ofte til kvalme, slik at det kan være nødvendig å gi afipran eller zofran som begge er kvalmestillende medikamenter. Det gis også oksygen på brillekateter for å begrense størrelsen på infarkt og oksygenet bidrar også til at pasienten føler seg noe lettere i pusten. Acetylsalisylsyre gis til pasienten i det øyeblikk det er mistanke om et hjerteinfarkt. Acetylsalisylsyren bidrar til å motvirke at trombocytene kleber seg sammen og tetter koronarkaret. Akutt betablokade kan også

begrense infarkt, spesielt hvis pasienten har takykardi eller høyt blodtrykk (Jacobsen et al., 2009).

2.2 Å være akutt kritisk syk

Jeg har valgt å ta med teori om det å være akutt kritisk syk for det er relevant for de pasientene som kommer inn på sykehuset med akutt hjerteinfarkt.

Akutt kritisk sykdom medfører ofte en endret livssituasjon for både pasient og pårørende, en er i en situasjon som er preget av forandring, tap og krise. Situasjonen kan ha oppstått brått og kan ha medført frykt og angst. For eksempel en person tror han er helt frisk, har holdt seg i god form og levd sunt, og så får han plutselig hjerteinfarkt. Begrepet akutt kritisk syk antyder at situasjonen er, eller kan bli, livstruende avgjørende (Moesmand & Kjøllestad, 2004).

Det kan være en forutsetning for sykepleier å få svar på hvordan pasienten opplever det å være akutt syk, for å kunne klare å sette seg inn i hva det vil si å være akutt kritisk syk. Innlevelse i pasientens situasjon kan være med på å bidra til at utøvelsen av sykepleie skjer på pasientens premisser. Akutt sykdom kan forandre pasienters følelse av velvære, fysisk integritet og mulighet til å være selvhjulpne og være uavhengig i den grunnleggende omsorgen for seg selv. Akutt sykdom kan oppleves som oppbrudd fra planer i framtiden og samværet med andre. «Livet stopper opp» og «Livet får en annen mening» er uttrykk som er blitt brukt av pasienter og deres pårørende i slike situasjoner som det å bli akutt kritisk syk. Pasientens opplevelse av hva som skjer med han blir først reell når han skjønner hva som foregår, eller hva konsekvensene kan bli (Moesmand & Kjøllestad, 2004).

2.5 Kriseteori

En krise kan utløses av ulike hendelser og situasjoner som for eksempel dødsfall, sykdom, skade, ulykke, skillsmisse, tap av jobb og flytting. Fellesnevneren for disse hendelsene er at den som blir rammet opplever ulike former for tap. En krise forstyrrer tilværelsen til den som er rammet. Hvordan traumatiske hendelser oppleves på den enkelte er preget av både personen og situasjonen, noen mennesker tåler store belastninger og utfordringer, mens andre har svært lav toleranse for motgang og problemer (Renolen, 2008). En traumatisk krise kan

defineres som individets psykiske situasjon ved en ytre begivenhet av en slik art og grad at han opplever sin fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet og andre livsmål som alvorlig truet (Cullberg, 1999).

Johan Cullberg (1999) beskriver at et kriseforløp har fire forskjellige faser. Det er ikke alltid like lett å skille mellom hver fase ettersom de kan mangle eller være innlemmet i en annen fase. Inndelingen har den hensikt om å være et hjelpemiddel for å lettere orientere seg i kriseforløpet og hver fase har sine kjennetegn og terapeutiske utfordringer. Etter en krise vil en først gå inn i en sjokkfase som kan vare alt i fra et øyeblikk til noen døgn. I sjokkfasen vil informasjon som blir gitt ofte bli glemt ettersom det er vanskelig å konsentrere seg. Den neste fasen kalles reaksjonsfasen og kan vare inntil seks uker. I reaksjonsfasen begynner personen å ta innover seg hva som har skjedd og følelser slippes løs. Behovet for å snakke med andre om følelser og opplevelser er stort hos mange. Forsvarsmekanismer er også framtrædende i denne fasen. Bearbeidingsfasen kan ha en varighet på inntil et halvt år til ett år. I denne fasen begynner den som er kriserammet å se framover og godta det som har skjedd. Den siste fasen kalles nyorienteringsfasen og den har ingen avslutning, men mennesket lærer seg å leve med det som har skjedd (Cullberg, 1999).

2.3 Livskvalitet

Det finnes mange ulike begrepsforklaringer om livskvalitet, det handler om det enkelt menneskets opplevelse av å ha det godt eller vondt (Rustøen, 2001). Hva den enkelte forstår med å ha et godt liv, varierer fra person til person, derfor vil det i møte med ulike pasienter være vesentlig å få tak i personens egen oppfatning av sitt eget liv. Å ha det godt er en indre opplevelse og er samtidig styrt av en rekke ytre faktorer, som helse, levevilkår og sosiale relasjoner. Sykepleieren trenger kunnskaper om hva som kan true livskvaliteten til ulike pasienter og hva som kan gjøres for å styrke livskvaliteten. Livskvalitetsbegrepet vekker positive assosiasjoner og fokuserer på muligheter mer enn begrensninger. Uansett situasjon eller livsutsikter er det alltid noe som kan gjøres for å bedre et menneskes livskvalitet (Fjørtoft, 2007).

I Rustøen (2001) trekker Næss fram 4 punkter som består av; 1: være aktiv, 2: ha samhørighet, 3: ha selvfølelse og 4: ha en grunnstemning av glede. Ingen av disse punktene skal legges mer vekt på en andre og det er summen av punktene som utgjør livskvalitet. Næss beskriver videre livskvalitet handler om å ha gode følelser, ha det godt med seg selv og være positiv til sitt eget liv. Kjærlighet, glede og engasjement er ord som forklarer gode følelser. Å være positiv til sitt eget liv kan forstås som tilfredsstillelse, selvrespekt og en opplevelse av mening. Næss sine 4 områder kan være relevante for sykepleieren i møte med den akutt kritisk syke pasienten, der det vil kunne være avgjørende for den syke å oppleve noe meningsfullt, ha samhørighet og selvfølelse for veien videre i livet (Rustøen, 2001).

Verdens helseorganisasjon definerer også begrepet livskvalitet. Det faktum at WHO har sin egen definisjon sier også noe om viktigheten av begrepet livskvalitet. WHO har definert livskvalitet som *«enkeltmenneskets oppfattning av sin posisjon i livet innenfor den kultur og verdssystem de lever i, i forhold til sine mål og forventninger, hvordan de ønsker livet skal være og hva de er opptatt av»* (WHOQOL, 1995 s. 20). WHO sin definisjon viser at livskvalitet er et subjektivt begrep som tar utgangspunkt i det enkelte menneske egen vurdering av sin posisjon i livet. Det tar sikte på aspekter i livet, som både det fysiske, psykologiske, sosiale og åndelige. Denne definisjonen taler til det vi kaller egenomsorgen i sykepleien, der egenomsorgsbegrepet lenge har vært viet mye oppmerksomhet (Rustøen, 2001).

Å oppleve mestring er positivt for livskvaliteten. Forskning har vist at jo bedre opplevelse folk har av mestring, desto mer tilfreds er de med livet. En forklaring på dette kan være at når en er i stand til å takle krevende og vanskelige situasjoner, vil omgivelsene og situasjonen virke mindre truende (Fjørtoft, 2009).

2.4 Mestring

Jeg har valgt å ta med teori om mestring på grunnlag av det som litteraturen og forskningsartiklene viser til om emne livskvalitet og mestring. En ser at det å mestre sykdom er en stor faktor til det å oppleve god livskvalitet i etterkant av sykehusoppholdet. Travelbee

(2007) sier det er sykepleier sin oppgave å hjelpe pasienten med og gjenvinne full helse og klare å mestre sykdommen, slik at pasienten kan oppleve livskvalitet.

Lazarus og Folkman definerte i 1984 mestring som «*kognitive og atferdsmessige tiltak for å klare indre eller ytre krav som overstiger personens ressurser*» (Renolen, 2008 s. 149).

Lazarus og Folkman sin stressmestringsmodell er relevant for helsearbeidere på grunn av at det danner en teoretisk ramme for hvilke mekanismer som er med på mestring av pasientens stressorer. Pasientens mestring kan påvirkes gjennom informasjon om sykdom og behandling. Eventuelle feilforestillinger pasienten har om sin sykdom kan korrigeres, slik at en blir mer realitetsorientert. Når en først kartlegger pasientens tanker og følelser rundt sin situasjon blir en godt kjent med pasienten. Det kan da bli enklere for sykepleieren og komme med innspill som kan gi pasienten andre tanker og følelser som kan være med på å lette mestringen (Renolen, 2008).

2.2 Informasjon og kommunikasjon

Problemstillingen min inneholder informasjon som et viktig punkt i oppgaven. Jeg har valgt å skrive om informasjon sammen med kommunikasjon ettersom det er to begreper som er så nært knyttet sammen.

Sykepleiefaglig er det lagt til grunn at gode behandlings- og pleieresultater vanligvis krever et nært samarbeid mellom pasienter og sykepleiere. Derfor legges det stor vekt på at pasientene informeres kontunerlig om deres sykdom og hva som skal skje under hele sykehusoppholdet. For at pasienten skal føle seg inkludert i sin egen behandling og føle at en er i trygge hender, forutsetter at det finnes en vilje og evne til åpen og god kommunikasjon mellom pasientene og sykepleierne. Det er ofte opp til sykepleierne at det blir lagt tilrette for en åpen og god kommunikasjon mellom pasient og sykepleier (Molven, 2009).

Pasientens behov for informasjon er ofte stort, det henger sammen med deres manglende kunnskaper om sykdom, utredning, behandling og pleie. Behovet for informasjon er særlig stort for pasienter på sykehus ettersom undersøkelsene, behandlingen og pleien der er ofte ukjent og av en ganske inngripende karakter (Molven, 2009). I følge pasientrettighetsloven §3-1 sies det «*pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen*». Informasjonsplikten omfatter diagnose, prognose, undersøkelses- og behandlingstiltak, pleie som følge av ulike tiltak, påkjenninger av ulike slag som knytter seg til behandlingen, tidsperspektiv som er knyttet til tiltakene og annet om kan ha konsekvenser for pasientens planlegging (Pasientrettighetsloven, 1999).

Profesjonell kommunikasjon er ikke helt det samme som kommunikasjon i dagliglivet. I jobben kommuniserer vi som fagpersoner, profesjonsutøvere, profesjonelle hjelpere. Profesjonsutøvere som sykepleiere innehar en rolle som innebærer å fylle en hjelpende funksjon for andre i kraft av vår faglige kompetanse og posisjon. Rollen innebærer også en forpliktelse til å gjøre vårt beste for å møte menneskers behov, fremme likeverd og respekt, og bidra til at den andre får bruke sine ressurser bedre. Skal sykepleier være en god hjelper i en vanskelig situasjon trenger en å beherske det å lytte til den andre, observere og fortolke den andres verbale og nonverbale signaler. Det vil også kunne være avgjørende å skape gode og likeverdige relasjoner, møte den andres behov og ønsker på en god måte. Et mål bør være å stimulere den andres ressurser og muligheter ved å formidle informasjon på en klar og forståelig måte. Klarer en som sykepleier å forholde seg åpent til vanskelige følelser og eksistensielle spørsmål vil det kunne bli lettere å samarbeide og komme fram til gode løsninger sammen med pasienten (Eide & Eide, 2004).

2.3 Sykepleiefaglig perspektiv

Jeg har valgt å bruke Joyce Travelbee sin teori på hva god sykepleie er. Travelbee (2007) har fokus på det mellommenneskelige aspektet og et menneske-til menneske-forhold med fokus på viktigheten av informasjon og kommunikasjon. Det er essensielt å se mennesket og sette seg inn i hver enkelt pasient. En skal unngå å bruke pasient som en samlebetegnelse.

Et menneske-til-menneske-forhold i sykepleien er en eller flere opplevelse eller erfaringer som oppleves og deles av sykepleier og den som er syk, eller den som har behov for sykepleiens tjenester. Kjentegnet på opplevelsene og erfaringene er at individets, familiens eller samfunnets sykepleiebehov blir ivaretatt. Et menneske-til-menneske-forhold blir av den profesjonelle sykepleieren målbevisst etablert og opprettholdt (Travelbee, 2007).

Kommunikasjon beskrives av Travelbee som et av sykepleiernes viktigste redskaper. I et hvert møte med pasienter foregår det kommunikasjon. Kommunikasjon forekommer i både samtaler og tause stunder mellom pasient og pleier. Den syke kommuniserer til sykepleieren gjennom sitt utseende, ansiktsuttrykk, atferd, holdning og det samme gjelder i fra sykepleieren sin side. Derfor er det viktig for sykepleier å tenke på hvordan sitt eget utseende, ansiktsuttrykk og hva holdningen forteller i hvert et møte med pasienter. Sykepleier må også bruke all den verbale og nonverbale kommunikasjonen fra pasienten til å bli kjent med individet slik at en kan bygge videre på det i relasjonen mellom pasient og pleier (Travelbee, 2007).

Travelbee (2007, s. 117) har definert håp som *«en mental tilstand karakterisert ved ønsket om å nå fram til eller oppfylle et mål, kombinert med en viss grad av forventning om at det som ønskes eller etterstrebes, ligger innenfor det oppnåelige»*. Håpet gjør mennesker i stand til å mestre vonde opplevelser som tap, tragedie, nederlag, kjedsomhet, ensomhet og lidelse. Det er trolig den motiverende impulsen som kommer av håpet som kan gi den syke energi til å overvinne hindringer i en vanskelig rehabiliteringsprosess (Travelbee, 2007).

En av sykepleierens måte å hjelpe den syke på er å hjelpe dem til å mestre sykdom og lidelse som erfaring. Dette gjennomføres ved at en skaper en tilknytning til den syke, slik at den syke får en følelse av å bli forstått, hørt og at en ikke er alene. Alle pasienter er egne individer og

har egne holdninger og tanker om sin sykdom, det vil derfor være avgjørende at sykepleier setter seg inn i hvordan hver enkelt opplever sykdommen (Travelbee, 2007).

3.0 Metode

Metode er en framgangsmåte som blir brukt for å frembringe kunnskap, prøve ut påstander som har et krav om sannhet, gyldighet i tillegg har de et krav om å være holdbare (Tranøy i Dalland, 2008).

Metode er et redskap som vi bruker når det er noe vi vil undersøke. Den hjelper oss til å samle inn data som vi bruker i den undersøkelsen vi skal gjennomføre. Data er all informasjon som blir brukt i undersøkelsen og skaper grunnlaget for studien. Metode kan blant annet bestå av kvalitativ- og kvantitativ metode (Dalland, 2010).

De kvantitative metodene former informasjonen om til målbare enheter som gir oss muligheter til å regne ut både gjennomsnitt og prosent av en større mengde av det som en vil forske på (Dalland, 2010). Olsson og Sørensen (2009) skriver at den kvantitative metoden ofte bygger på teorier en finner i andre litteraturstudier.

Kvalitativ metode fokuserer på å tolke og skape mening og forståelse i menneskets subjektive opplevelse av omverdenen. Forskeren er ikke skilt i fra fenomenet som skal undersøkes og det blir et nært forhold mellom forsker og undersøkelsesperson (Forsberg & Wengström, 2008). Dalland (2010) har også beskrevet kjennetegn på kvalitativ metode og viser til at de går i dybden og det vil bety at en får mange opplysninger om få undersøkelsesenheter. Den kvalitative metoden får fram, det som er spesielt og eventuelt avvikende. Metoden er intervju-preget uten faste svaralternativer som åpner for en større åpenhet mellom forsker og undersøkelsesperson. Datainnsamlingen skjer i direkte kontakt med feltet en skal undersøke og fremstillingen skal formidle forståelse.

3.1 Litteraturstudie

En litteraturstudie innebærer å søke systematisk, være kritisk når en gransker og skal sammenligne litteraturen innenfor et valgt emne eller problemområde. Litteraturstudien bør fokusere på aktuell forskning og ha som mål å ende opp med et beslutningsgrunnlag for det emne som en har valgt å forske på (Forsberg & Wengström, 2008).

Litteraturstudie bygges opp av flere krav, det kreves at en beskriver hvorfor studien blir gjort. Det er viktig å formulere spørsmål som det er mulig å svare på. Videre må man formulere en plan for litteraturstudie, en må bestemme seg for søkeord og hvordan en vil søke, velge litteratur i form av vitenskaplige artikler. Til slutt må en vurdere de artiklene en vil bruke i oppgaven og vurdere, analysere og drøfte resultater i fra forskningsartiklene og tilslutt sammenligner en resultater i fra artiklene som en har valgt og trekker en konklusjon (Forsberg & Wengström, 2008).

3.2 Litteraturstudiens sterke og svake sider

En litteraturstudie har sine sterke og svake sider. Studiens sterke side innebærer at en finner raskt fram til litteratur om et emne som man vil vite eller lære mer om. Informasjonen finner man i bøker, artikler og forskningslitteratur (Forsberg & Wengström, 2008)

Litteraturstudiet sine svake sider er at man har en begrenset tilgang på relevant forskning. Utvalget av forskningsartiklene er ofte selektivt ettersom at ekspertene kun velger studier som er relevante for sine synspunkter. Ekspertene er også ofte uenige og kan komme fram til ulike resultater av et og samme emne (Forsberg & Wengström, 2008).

3.3 Ethiske aspekter

Det finnes etiske retningslinjer innenfor forskning, retningslinjene sier noe om at juks og uherdelighet ikke skal forekomme når en driver med forskning. Det betyr i praksis at en ikke skal lage plagiat av data eller vrenge på informasjonen i en forskningsprosess. Det er viktig å

gjøre rede for alle studiene som er tatt med i en litteraturstudie og det er uetisk å velge og presentere artikler som støtter forskeren sine synspunkter (Forsberg & Wengström, 2008).

Gjennom oppgaven skal jeg ikke endre eller gjøre om på teksten som forfatteren har skrevet. Dette for å unngå å ødelegge forfatterens arbeid. Jeg har derimot brukt det forfatteren har skrevet, men skrevet det med mitt språk. Det har ikke blitt store forandringer i teksten som er skrevet av forfatter, derfor er det viktig at jeg alltid henviser til kilder med navn på forfatter og årstall i både tekst og litteraturliste. Med henvisningene vil en få fram at det er forfatteren som har sagt noe om det jeg skriver om og ikke jeg. Når jeg har skrevet kildehenvisninger har jeg brukt høyskolen sine retningslinjer for bruk av referanser.

3.4 Kildekritikk

Dalland (2009) skriver at kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilder er sann. Dette betyr at en skal vurdere de kildene som benyttes i en litteraturstudie. Hensikten med kildekritikk er å la leseren av studien ta del i de refleksjonene forfatteren har gjort seg om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen.

Kildekritikken skal vise om forfatteren er i stand til å forholde seg kritisk til det kildemateriale en bruker i oppgaven. Det er to sider ved kildekritikk, den første handler om å finne fram til den litteraturen som kan belyse problemstillingen en har valgt seg. Den andre delen av kildekritikken handler om å gjøre rede for litteraturen en har brukt i oppgaven (Dalland, 2009).

I denne oppgaven har jeg brukt både pensumlitteratur og litteratur som ligger utenfor vårt pensum. Jeg har for det meste funnet primærkilder på litteraturen jeg har brukt i oppgaven, men har også blitt nødt til å bruke sekundærkilder da det ikke har vært mulig å finne primærkilden. Der jeg har brukt sekundær kilder har jeg prøvd så godt jeg kan å oppgi dette i teksten. Forskningsartiklene jeg har brukt er relevante for min problemstilling, der jeg har funnet artikler om hjerteinfarkt, informasjon og livskvalitet. Jeg har også tatt med 2 forskningsartikler som handler om livskvalitet etter de har blitt utskrevet fra sykehus.

Artiklene er allikevel relevante ettersom jeg vil se om informasjonen de fikk på sykehuset får betydning for livskvaliteten etter hjerteinfarkt.

Forskningsartiklene jeg har brukt er ikke mer en 10 år gamle, slik at litteraturen skal være relevant i dag. Jeg har brukt et par kilder som er mer en 10 år gamle, men det er litteratur som er like relevant i dag som da det ble skrevet i sin tid. Eksempler på eldre kilder er WHO sin definisjon av livskvalitet, der kildehenvisningen viser årstallet 1995. Grunnen til at jeg har med den kilden er at WHO fortsatt opererer med den samme definisjonen. Jeg har også med Lazarus og Folkman sin teori om mestring som er fra 1984. Jeg har sett at annen pensumlitteratur også har henvist til Lazarus og Folkmann i fra 1984.

3.5 Litteratursøk og valg av litteratur

Pavel og Davidson sitert i Dalland (2007) hevder at litteratursøking har som mål å få et bilde av hva som allerede er skrevet innenfor det problemområdet vi har tenkt å arbeide med. Litteratursøk på internett kan være krevende ettersom det finnes nesten ubegrenset med forskningsartikler i flere databaser på internett. For å lykkes med litteratursøk må en ha problemstillingen som grunnlag for å utarbeide seg noen kriterier som kan begrense søkningen. Eksempler på slike kriterier kan være; fag, tidsrom, språk og geografi (Dalland, 2007).

Da jeg søkte på forskningsartikler søkte jeg i flere av databasene i fra høyskolens bibliotek. Jeg søkte i databaser som Chinal, Pubmed, Svemed og Ovid. Jeg fikk opp mange artikler som omhandlet hjerteinfarkt og livskvalitet. Flere av artiklene var relevante for min problemstilling, men det kom også opp mange som jeg ikke kunne bruke. Forskningslitteraturen jeg har brukt i min oppgave ble tilsutt hentet databasen Chinal. Jeg har også med fagartikler som jeg har funnet.

På Chinal søkte jeg på en kombinasjon av ordene myocardial infarction, quality of life og nurs*. Kombinasjonen av disse tre ordene gav meg et treff på 76 artikler, flere av disse artiklene hadde en gjennomsnittsalder på ca 60-70 år. Jeg leste gjennom tittlene til artiklene og kunne se bort i fra 60 av artiklene ettersom de ikke var relevant for min problemstilling.

Jeg leste sammendragene til de 16 artiklene som var igjen og plukket ut to artikler som var aktuelle til min problemstilling og som er presentert i oppgaven. Jeg fant også to artikler på dette søket som jeg skal bruke i drøftingen, men disse artiklene er ikke presentert i oppgaven.

Jeg søkte også på ordene myocardial infarction, in-hospital og information på databasen Chinal. Søket gav meg 13 treff. Av disse 13 artiklene var det kun to artikler som var relevant for min problemstilling og som er presentert i oppgaven.

På sykepleien.no søkte jeg i fag og forsknings arkivet på ordet hjerteinfarkt og fikk 23 treff. Jeg så i gjennom treffene og fant fagartikkelen «Samtaler kan styrke hjertepasienten» skrevet av Netland, Fålund & Norekvål (2011). Artikkelen er relevant for min oppgave der de har fokus på informasjon og kommunikasjon.

3.6 Presentasjon av utvalgte forskningsartikler

1. «Health-related quality of life after myocardial infarction: an intervju study».

Forskningsartikkelen er skrevet av Roebuck, Furze & Thompson (2001) der hensikten og målet med studien var å utforske og få innsikt i hvilke konsekvenser et hjerteinfarkt får på den helserelevante livskvaliteten. Studien ble gjennomført som en del av et større prosjekt som gikk ut på å utvikle et instrument som kunne være med på å måle den helserelevante livskvaliteten til pasienter som var rammet av et hjerteinfarkt.

Funnene i denne studien viser at det ble avslørt 7 hovedkategorier innenfor hva som påvirket livskvaliteten til pasientene som ble intervjuet. Pasientene merket dårligere fysisk aktivitet, usikkerhet/utrygghet, emosjonelle reaksjoner, bekymringer over medisiner og deres bivirkninger. Pasientene hadde også en følelse av å være tungpustet og en følelse av å være overbeskyttende til alle tider. Det som også ble fremhevet var missnøye rundt informasjon og støtte. Konklusjonen til studien kom fram til at hjerteinfarkt som pasientene gikk gjennom, resulterte i en variasjon av problemer relatert til helsen som påvirket livskvaliteten.

Konklusjonen er at systematisk overvåkning og evaluering av helsestatusen til pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt, burde bli gjort rutinemessig i etterkant av et hjerteinfarkt.

2. *«Evaluation of the effect of group counselling on post myocardial infarction patients: determined by an analysis of quality of life».*

Denne forskningsartikkelen er skrevet av Bagheri, Memarian & Alhani (2005). Hensikten med studien var å undersøke hvilken effekt grupperådgivning har på livskvaliteten til pasienter som har overlevd et hjerteinfarkt. Hos hjerteinfarktpasienter kan familieforhold, jobbsituasjon, fysiske og sosiale ferdigheter, selvtillit og livskvalitet være helt forandret etter hjerteinfarkt. Undersøkelsen hadde to grupper, en casegruppe og en kontrollgruppe. Casegruppen fikk komme sammen og fikk felles rådgivning. De fikk dele sine bekymringer med andre i samme situasjon. Kontrollgruppen mottok ingen rådgivning, men fikk de samme spørsmålene som casegruppen.

Resultatene i fra begge gruppene viste ingen signifikant forskjell på livskvaliteten i forkant av gruppe rådgivningen. Da casegruppen hadde mottatt rådgivning var livskvaliteten økt betraktelig i forhold til perioden før gruppeveiledningen. Kontrollgruppen hadde noe redusert livskvalitet i samme periode som da casegruppen hadde mottatt rådgivning. Studien viser til at om lag en tredjedel av pasienter med hjerteinfarkt har vist misnøye med informasjon og rådgivning som er gitt fra sykepleier. Hos hjerteinfarktpasienter er det et behov for å aktivere tiltak som tilfredsstiller deres behov for mer informasjon om sykdommen og behandlingen, skaffe nødvendig kompetanse og å kontrollere situasjonen selv.

3. *«Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study».*

Studien er skrevet av Smith & Liles (2007). Hensikten med studien var å utforske informasjonsbehovet til utskrivningsklare hjerteinfarktpasienter. Å gi informasjon til hjerteinfarktpasienter er en viktig sykepleiefunksjon som har stor betydning i kardiologisk rehabilitering. Det er viktig å ta hensyn til pasientenes egne syn på hvilken informasjon som

er viktig å motta. Sykehusoppholdet til hjerteinfarktpasienter blir i dag stadig kortere, noe som reduserer mulighetene sykepleiere har til å gi informasjon før pasientene blir utskrevet.

Funnene i artikkelen viser at pasientene hadde behov for mye informasjon før utskrivning fra sykehuset. Pasientene gav uttrykk for at de ønsket mest informasjon om medisiner, komplikasjoner og fysisk aktivitet. I studien kommer det fram at de eldre pasientene ønsket mer informasjon enn de yngre pasientene. Det er gjort lite tidligere forskning på eventuelle forskjeller i informasjonsbehovet til pasienter i ulike alder. Et funn i forskningen viser at de eldre pasientene ønsket og hadde et større behov for informasjon enn de yngre pasientene. På grunn av pasientenes ulike behov for informasjon vil det være viktig at sykepleiere bli kjent med pasienten og finne ut hvor behovet til hver enkelt pasient ligger.

4. «*The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction*».

Denne forskningsartikkelen er skrevet av Otherhals, Hanestad, Eide & Hanssen (2006). Hensikten med artikkelen var å utforske og beskrive forholdet mellom mottatt informasjon og tilfredshet med helsevesenet etter et akutt hjerteinfarkt. I tillegg ser forfatterne på områder som kan forbedres innenfor helsevesenet etter pasientenes synspunkter. God rehabilitering etter akutt hjerteinfarkt forutsetter at pasienter gis tilstrekkelig informasjon og opplæring til å takle konsekvensene av sykdommen. Videre er informasjon et viktig premiss for at pasientene skal føle seg tilfreds.

Pasientene var generelt fornøyd med de helsetjenestene og informasjonen de mottok på sykehuset. Resultatene viser at jo mer informasjon pasienten rapporterte å ha mottatt, jo mer fornøyd var pasientene med sitt sykehusopphold og erfaringene rundt sykdommen etter utskrivelse fra sykehuset. Pasientene var minst fornøyd med informasjonen de fikk på områder som medisiner og mulige fremtidige problemer. Det ble også rapportert fra pasientene at informasjon om medisiner og mulige problemer var de områdene sykehuset hadde størst forbedringspotensial. De unge rapporterte å få mer informasjon under sykehusoppholdet i forhold til de eldre pasientene. Men det var de unge voksne pasientene som savnet og ikke husket mye av informasjonen etter utskrivning. Resultatene av studien tyder på at det er nødvendig å undersøke den nåværende informasjonen og opplæringen som

akutt hjerteinfarkt pasienter får under sykehusoppholdet. Pasientene ønsket mer informasjon ved utskrivning og etter hjemkomst.

3.7 Oppsummering av de presenterte forskningsartiklene

Oppsummerer en alle forskningsartiklene ser man at alle artiklene handler om hjerteinfarkt. To av artiklene handler om av livskvalitet i etterkant av et hjerteinfarkt, men er relevante for problemstillingen ettersom det er etter utskrivning pasientene begynner å erfare hvordan sykdommen har satt sine spor. Disse to artiklene beskriver faktorer som er med på å påvirke livskvaliteten. Pasientene som er med i undersøkelsen i artiklene ser tilbake på tiden på sykehuset, de ser på positive og negative situasjoner som de opplevde i løpet av sitt sykehusopphold. Den ene artikkelen ser også på om pasientene opplevde den informasjonen de fikk på sykehuset som tilfredsstillende. Studien viser også forskjellen på livskvaliteten til pasientene som fikk oppfølging etter utskrivning kontra de som ikke fikk oppfølging.

To av artiklene ser på tiden pasientene var på sykehuset, disse artiklene har hovedfokus på hvilket informasjonsbehov utskrivningsklare pasienter har. Den ene artikkelen skriver om behovet, mens den andre får fram hvor tilfreds pasientene var med den informasjonen de fikk på sykehuset.

4.0 Drøfting

«Hvordan kan sykepleier gjennom informasjon bidra til at pasienter opplever god livskvalitet etter hjerteinfarkt?»

Med problemstillingen tatt i betraktning og etter å ha lest og studert forskningsartikler, fagartikler og litteratur i bøker, vil det være hensiktsmessig å dele drøftingen i to deler. Den første delen vil ha hovedfokus på det som skjer på sykehuset, informasjonen fra sykepleier til pasient i den hensikt å fremme livskvalitet. Den siste delen av drøftingen vil ha fokus på hvilken effekt informasjonen pasientene fikk på sykehuset har på deres livskvalitet i etterkant av hjerteinfarkt.

4.1 Sykepleiers rolle i å dekke pasientens behov for informasjon

Pasientrettighetsloven (1999) viser til at pasientene har et krav om informasjon som angår pasientens helse og helsehjelpen som blir gitt i pasienten sitt tilfelle. Dette betyr at sykepleieren har en plikt til å gi pasienter den informasjonen som angår helsen til alle pasienter. I studien til Smith & Liles (2007) står det å gi informasjon til hjerteinfarkt pasienter er en viktig rolle sykepleieren har i sitt arbeid med å rehabilitere pasienter med kardiologisk sykdom. Sykehusoppholdene til hjerteinfarktpasientene blir i dag stadig kortere og sykepleieren får i mindre grad mulighet til å gi nødvendig informasjon før pasientene blir utskrevet. De skriver også at sykepleieren bør bli kjent med hver enkel pasient og finne ut hvilket informasjonsbehov personen har, ettersom at pasientene har egne oppfatninger om hvilke emner det er viktig å få informasjon om. Moesmand & Kjøllestad (2004) teori om å være akutt kritisk syk støtter opp funnene i studien til Smith & Liles (2007) og understreker at det kan være en forutsetning for sykepleieren å bli kjent med pasienten og finne ut hvordan pasienten selv opplever å være akutt kritisk syk. En vil da ofte klare å kartlegge hvor behovet for informasjon vil ligge for at pasienten skal klare å mestre sykdommen og øke muligheten for at pasienten klarer å oppleve livskvalitet. Travelbee (2007) understreker viktigheten av å bli kjent med pasienten som menneske. Mennesket er et eget individ og har egne oppfatninger om sykdommen. For at pasienten skal oppleve livskvalitet vil det derfor være viktig å skape

en tilknytning til den syke, slik at pasienten føler seg sett, hørt og forstått. En tilknytning til den syke skapes gjennom god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Netland, Fålund & Norekvål (2011) skriver at pasientkommunikasjon er en prosess der sykepleier danner seg et meningsfylt bilde av pasientens behov. God pasientkommunikasjon handler om bevisstgjøring og øvelse i ressursorientert tenkning. Etter hvert vil sykepleieren kunne utvikle dyktighet og trygghet til å improvisere i samtaler med pasienten. Improvisering i samtalen er viktig med tanke på pasientens reaksjoner på informasjon om egen hjertesykdom. Lazarus og Folkman skriver i Renolen (2008) at deres stressmestringsmodell kan brukes til å finne svar på hvilke faktorer som er med på å hindre pasienten til å oppleve livskvalitet og mestre sykdommen. En kan da være med på å korrigere feilforestillinger som pasienten har om egen sykdom. Å korrigere feilforestillinger kan være med på å endre fokuset pasienten har og det kan være med på å øke sjansene for at pasienten skal oppnå livskvalitet (Renolen, 2008).

Fagermoen & Jakobsen (2009) viser til informasjonen pasientene mottar på sykehuset kan være avgjørende for hvordan de vil klare å mestre sykdommen og oppleve livskvalitet i sin egen hverdag etter hjerteinfarkt. Molven (2009) skriver at pasientens behov for informasjon er stort ofte på grunn av manglende kunnskap om sykdom, utredning, behandling og pleie. Netland et al. (2011) skriver at nåværende pasientsamtaler handler om å redusere risikofaktorer og forebygge nye hjerteinfarkt, men det er imidlertid ikke gitt at informasjonen i seg selv bidrar til bedret helse og sykdomsmestring eller livskvalitet. Sykepleierne har en viktig rolle som innebærer å være pådrivere for å fremme helse i gjennom informasjon og samtaler med sine pasienter. Netland et al. (2011) skriver videre at det også kan være avgjørende for pasientens videre rehabilitering og økt sjanse for livskvalitet at samtalene mellom pasient og sykepleier fokuserer på og presenterer muligheter i stedet for å fokusere samtalene på kun begrensninger og det negative med sykdommen. Mulighetene peker alltid framover og gir ofte håp. En slik framtidsorientert optimisme kan bli en motiverende styrke som gjør det lettere å oppleve livskvalitet. Travelbee (2007) skriver at det er sykepleier sin oppgave å opprettholde og fremme håp. Håp om en bedre tid øker sjansen for mestring og at en skal oppleve livskvalitet. Fjørtoft (2009) understreker viktigheten av å bli kjent med pasienten gjennom samtaler. Det kan være avgjørende å få kunnskaper om hva som kan true livskvaliteten eller fremme livskvaliteten til hver enkelt pasient, for å hjelpe pasienten til å mestre sykdommen. Å oppleve mestring er positivt for livskvaliteten og den sterke sammenhengen mellom mestring og livskvalitet viser hvor viktig det er å legge til rette for den enkelte pasients opplevelse av mestring (Fjørtoft, 2009).

4.2 Pasientens opplevelse av informasjon

Oterhals, Hanestad, Eide og Hanssen (2006) skriver at informantene i deres studie stort sett var fornøyd med informasjonen de mottok på sykehuset, men at de savnet informasjon om medisiner og eventuelle komplikasjoner i etterkant av hjerteinfarkt. Studien til Smith & Liles (2007) støtter oppunder manglende informasjon på disse områdene. Både Oterhals et al. (2006) og Smith & Liles (2007) skriver at informantene var fornøyd med informasjonen de fikk på sykehuset, men da de kom hjem hadde de glemt mye informasjon og ønsket om mer informasjon etter utskrivelse var stort. Det førte også til mye frustrasjon og bekymringer da pasientene ikke hadde personal rundt seg som de kunne få svar av dersom de hadde spørsmål. Fagermoen og Jakobsen (2009) skriver at det gjøres mye for å sikre at pasienter får god informasjon, men fortsatt klager pasienter over utilstrekkelig informasjon og støtte under sykehusoppholdet. En studie gjort av Roebuck, Furze & Thompson (2001) viser at mangel på informasjon og støtte av sykepleier på sykehus øker muligheten for at pasientene kan oppleve dårligere livskvalitet etter hjerteinfarkt. Netland et al. (2011) viser til det at hvordan en samtale blir ført, kan være avgjørende for hvor mye pasienten får med seg. En har sett at det kan være hensiktsmessig å føre en åpen samtale i begynnelsen der pasienten får tid til å fortelle om sine erfaringer og hvordan en ser for seg at livet vil komme til å bli etter hjerteinfarkt. Etter den åpne dialogen vil det kunne være ideelt å styre samtalen mot en mer fakta orientert dialog fra sykepleier. Det har vist seg at denne metoden ofte fører til de beste pasientsamtalene både dialogisk og terapeutisk. Eide og Eide (2004) skriver at en som sykepleier skal ha kunnskaper om hvordan en skal kunne formidle informasjon på en klar å forståelig måte og samarbeide med pasienten for å komme fram til gode løsninger sammen med pasienten. Travelbee (2007) skriver at en gjennom kommunikasjon vil bli kjent med pasienten og forstå hva som er viktig for den enkelte skal mestre sykdommen og oppleve livskvalitet. Erfaringer i praksis har vært at pasientene satt pris på den informasjonen som ble gitt, men at de ikke fikk med seg så mye av det som ble sagt. Enkelte pasienter gav uttrykk for at noe av informasjonen kunne være uforståelig ettersom det enkelte ganger ble brukt mye faguttrykk. Det raske og travle tempoet i avdelingen kunne også påvirke kvaliteten på informasjonen fra sykepleier. Enkelte pasienter gav også uttrykk for at det var en del enveiskommunikasjon, da informasjonen ble presentert og at det ikke var tid til de lange samtalene som noen hadde behov for.

4.3 Effekten av skriftlig informasjon på mestring og livskvalitet

Fagermoen & Jakobsen (2009) skriver at skriftlig informasjon er et nødvendig og viktig supplement til muntlig informasjons formidling fordi de to formidlingsformene i kombinasjon øker forståelsen av innholdet. Studien til Bagheri, Memarian & Alhani (2005) støtter opp funnene i studiene til både Otherhals et.al (2006) og Smith & Liles (2007) der informantene rapporterte at de ønsket mer informasjon fra sykepleier på sykehus. Bagheri et al. (2005) viser også til at informantene i studien savnet og ønsket mer skriftelig informasjon, ettersom mye av den muntlige informasjonen var gått tapt etter sykehusoppholdet. En av grunnene til at mye av informasjonen var glemt var på grunn av flere av informantene var mer eller mindre i en sjokkfase under sykehusoppholdet. Fagermoen og Jakobsen (2009) viser til at skriftelig informasjon er fortrunket av de aller fleste pasienter. Den skriftelige informasjonen må være skrevet med et folkelig språk og unngå for mye fagord som er for mange pasienter uforståelig. Det har vist seg å ha skriftelig informasjon tilgjengelig for pasienter vil kunne være med på å redusere fysiske og psykiske plager og dermed øke sjansen for mestring og livskvalitet.

Cullberg (1999) beskriver at det å få et akutt hjerteinfarkt er en hendelse som kan utløse en krise for mange mennesker. Et kriseforløp består av flere forskjellige faser. I det øyeblikk et menneske får akutt hjerteinfarkt kan en gå inn i det som kalles sjokkfasen som kan vare i et øyeblikk og opp til ett par døgn. I sjokkfasen vil en ofte være ukonsentrert og det kan være vanskelig å ta til seg informasjon. Netland et.al (2011) skriver som sagt at behandlingstiden på sykehuset etter et hjerteinfarkt i dag ofte ikke er mer en tre til fem dager. Ser en på Cullerg (1999) sin teori om sjokkfasen vil flere av hjerteinfarktpasientene ikke være mottaklig for informasjonen som blir gitt av sykepleier under sykehusoppholdet. Av erfaring har undertegnede sett at hjerteinfarktpasienter glemmer mye av informasjonen sykepleieren gir i samtaler og at de får mye nyttig informasjon ut i fra den skriftelige informasjonen sykepleier gir. I praksis fikk undertegnede anledning til å lage et oppslagsverk til pasienter med hjerteinfarkt som inneholdt informasjon om sykdommen, behandlingen, medisiner og bivirkninger, kosthold og mosjon. Pasientene som ble presentert for informasjonen gav tilbakemelding på at de likte hvor oversiktlig det var og det lette hverdagspråket som ble brukt. Slike erfaringer og tilbakemeldingene fra pasientene er viktige å ta med seg videre i arbeidet, ettersom det er pasientene vi skal hjelpe til å mestre sykdommen og oppnå livskvalitet. Flere av pasientene gav tilbakemelding på hvor viktig den skriftelige informasjonen var for den kunne de ta med seg hjem og bruke som et daglig oppslagsverk for å få svar på emner som de var bekymret over.

Roebuck et al. (2001) skriver at det å gjøre en systematisk overvåkning og evaluering av helsestatusen til pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt, burde bli rutinemessig i etterkant av et hjerteinfarkt. Da vil en kunne få en bedre mulighet til å se hvor mye informasjon pasienten har fått med seg og hvilke utsikter pasienten har for å oppleve livskvalitet i etterkant av hjerteinfarkt og sykehusoppholdet. Studien av Bagheri et al. (2005) og Otherhals et al. (2006) viser at det kan være nødvendig å se på sykepleiernes kompetanse i det å videreformidle informasjon og hvilken informasjon det vil være viktig å bringe videre til hjerteinfarktpasientene. Ettersom en har sett at informasjonen pasientene får på sykehuset vil kunne få en effekt på hvordan de opplever livskvalitet, ville det kanskje vært en idé å vurdere hvilket fokus og hvor stort fokus det å formidle informasjon bør ha på sykepleierutdanningen.

4.4 Livskvalitet etter utskrivning fra sykehus

Studien til Roebuck et al. (2001) skriver at informantene rapporterte missnøye med informasjonen de hadde mottatt av sykepleier på sykehuset og at mangelen på informasjon var en av faktorene som var med på å redusere livskvaliteten etter utskrivelsen fra sykehuset. Studien viser også at informantene rapporterte at hjerteinfarkt resulterte i en variasjon av andre problemer som påvirket livskvaliteten negativt. Flere informanter hadde bekymringer med tanke på medisiner og bivirkninger, bekymringene påvirket livskvaliteten var ubehagelige å leve med. Studiene til både Otherhals et al (2006) og Smith & Liles (2007) skriver som sagt at det var mangel på informasjon om medisiner og konsekvenser av dette som var det de var mest missfornøyd med da de var på sykehuset. En studie av Brink, Karlson & Hallberg (2002) viser at livskvaliteten er redusert betraktelig både hos menn og kvinner fem måneder etter hjerteinfarkt. Roebuck et al. (2001) støtter opp under studien til Brink et al. (2002) og viser til at livskvaliteten var redusert etter hjerteinfarkt. Årsaker til redusert livskvalitet var for eksempel bekymringer for medisiner og bivirkninger, stressfylte situasjoner. Flere av pasientene ble svært tungpustet og dermed ble de engstelige for fysisk aktivitet, pasientene var også engstelige for sine emosjonelle reaksjoner som igjen førte til at de ofte isolerte seg hjemme. Om en ser på funnene i forskningsartiklene til

Roebuck et al. (2001) og Brink et al. (2002) ser en at det er flere konsekvenser som følger av hjerteinfarkt, i tillegg til lite informasjon fra sykehuset som er med på å redusere livskvaliteten. Det kan se ut som om flere av disse konsekvensene kunnet vært unngått dersom sykepleier hadde gitt tilstrekkelig informasjon om for eksempel bivirkninger av medisinen, konsekvenser av fysisk aktivitet og hvordan en kan håndtere stressfylte situasjoner. Netland et al. (2011) skriver som sagt at det i dag er redusert sykehusopphold etter et hjerteinfarkt, slik at muligheten for sykepleierne til å gi god informasjon er blitt mindre. Ut i fra disse opplysningene kan en forstå at det kan være en utfordring for sykepleier å klare og gjøre sine oppgaver med å gi tilstrekkelig informasjon til pasientene, slik at de skal ha en mulighet for å få økt livskvalitet etter hjerteinfarkt. Av erfaringer i praksis har en sett at pasienter blir sendt fra et sykehus til et annet for å motta medisinskbehandling eller for å ligge på rehabilitering. Dette kan være en utfordring for sykepleieren ettersom det vil bli vanskeligere å vite hvilken informasjon som blir gitt hvor.

Studien gjort av Bagherian et al. (2005) viser forskjellen på livskvaliteten mellom pasienter som fikk videre oppfølging etter hjerteinfarkt i forhold til de pasientene som ikke fikk oppfølging etter utskrivelse fra sykehus. Funnene i forskningsartikkelen viser at de pasientene som fikk oppfølging i grupperådgivning scoret mye høyere og opplevde mye bedre livskvaliteten enn de pasientene som ikke fikk oppfølging en måned etter oppfølgingsprogrammet startet. Informantene som ikke fikk mulighet til å bli med i grupperådgivningen rapporterte like lave livskvalitet verdier både før og etter den andre gruppen mottok rådgivning. Informantene som fikk være med på grupperådgivning rapporterte at de fikk en mulighet til å snakke med andre mennesker i samme situasjon, fikk treffe fagfolk som de kunne stille spørsmål som dukket opp etter de ble utskrevet fra sykehuset, de fikk gi uttrykk for sine bekymringer og oppdaget at de ikke var alene. Pasientene gav uttrykk for at de var i trygge hender. Studien til Roebuck et al. (2001) ser en at flere av de bekymringene og som gjorde at livskvaliteten ble redusert, var emner i livet som de fikk hjelp til å takle i studien til Bagherian et al. (2005). Som en følge av funnene i artiklene ser en at pasientene fikk bedret livskvalitet etter oppfølging de fikk i form av grupperådgivning. Det vil da kunne være avgjørende for mange pasienters livskvalitet at sykepleier informerer om hvilke videre oppfølgingsmuligheter som finnes etter utskrivelse fra sykehuset. Erfaringer i praksis har vært at enkelte pasienter som er med i for eksempel hjertelaget, har gitt gode tilbakemeldinger og stortrives når de får komme sammen og møte andre i samme situasjon.

5.0 Avslutning

Denne undersøkelsen har vist at flere pasienter savner informasjon etter utskrivelse fra sykehuset og at mangel på informasjon og kunnskap reduserer livskvaliteten etter hjerteinfarkt. Som et følge av dette kan det være nødvendig å se på sykepleierens kompetanse i det å videreformidle informasjon til pasientene før utskrivelse fra sykehuset.

Studiene viste at det kan ha en betydning på hvordan informasjonen på sykehuset blir gitt, men at det stort sett var vanskelig for pasientene å huske informasjonen på grunn av den stressende situasjonen pasientene var i. Hjerteinfarktpasienter har i dag ikke lang liggetid på sykehuset og det fører til et mindre tidsperspektiv hvor sykepleiere får mulighet til å gi informasjon. Pasienter foretrekker skriftelig informasjon framfor muntlig på grunn av den skriftelige informasjonen kan en slå opp i til alle døgnets tider og ta med seg hjem etter sykehusoppholdet.

Undersøkelsen viser også at pasienter som får oppfølging etter utskrivelse i form av grupperådgivning har mye bedre forutsetninger for å oppleve god livskvalitet. Pasientene trenger å komme sammen med andre som er i samme situasjon og ikke minst ha fagfolk tilstede som kan svare på vanskelige spørsmål.

Som et følge av funnene i undersøkelsen kan man se at informasjonen som blir gitt på sykehus ikke i seg selv er med på å bedre livskvaliteten til hjerteinfarktpasienter. Pasientene trenger videre oppfølging etter sykehusoppholdet. Det kan være avgjørende for pasientens livskvalitet at sykepleier informerer om hvilke oppfølgingstilbud som finnes etter utskrivning fra sykehuset.

Referanseliste:

Bagheri, H., Memarian, R. & Alhani, F. (2005). Evaluation of the effect of group counselling on post myocardial infarction patients: determined by an analysis of quality of life. *Journal of clinical Nursing*, 16, 402-406. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01498.x

Brink, E., Karlson, B.W. & Hallberg, L.R.M. (2002). Health experiences of first-time myocardial infarction: Factors influencing woman's and men's health-related quality of life after five months. *Psychology, health & medicine*. vol 7, nr 1, 2002.

Cullberg, J. (1999). *Dynamisk Psykiatri*. Stockholm: Författarna och bokförlaget natur och kultur.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskrivning for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide, T. & Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis - relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Ellingsen, C.L. (2005). *Sykdomsbeskrivelse - Hva er et hjerteinfarkt?* I: A. Fretheim (Ed.), *Hjerteinfarkt* (s. 6-8). Oslo: Medlex Norsk Helseinformasjon.

Fagermoen, M.S. & Jakobsen, V.H. (2009). Kvalitet i skriftlig pasientinformasjon - En evaluering av sykehusinterne brosjyrer. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 2009; 11: 1, 3-15.

Fjørtoft, A.K (2009). *Hjemmesykepleie - Ansvar, utfordring og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och bokförlaget natur och kultur.

Jacobsen, D., Kjeldsen, S.E., Buanes, T. & Røise, O. (2009). *Sykdomslære - Indre medisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Moesmand, A.M. & Kjøllesdal, A. (2004). *Å være akutt kritisk syk - om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag (akademisk).

Molven, O. (2009). *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag (akademisk).

Netland, H., Fålund, N. & Norekvål, T. M. (2011). Samtaler kan styrke hjertepasienten. *Sykepleien 2011 99(04):50-52*. doi: 10.4220/sykepleiens.2011.0060.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2009). *Forskningsprosessen - Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Oterhals, B., Hanestad, B.R., Eide, G.E. & Hanssen, T.A. (2006). The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing 5*, 303-310. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2006.01.004

Pasientrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 7 februar nr 63*. Hentet 9 januar 2012 fra <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-063-003.html#3-2>

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

Roebuck, A., Furze, G. & Thompson, D. R. (2001). Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study. *Blackwell Science Ltd, Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 787-794.

Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag (akademisk).

Smith, J. & Liles, C. (2007). Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study. *Blackwell Science Ltd, Journal of Clinical Nursing*, 16, 662-671

Travelbee, J. (2007). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag (akademisk).

The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL) (1995): Paper from the World Health Organization. *Sosial Science of Medicine* 41: 1403-1409.