



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# EKSAMENSINNLEVERING

---

**Emnenavn:** Sjukepleie, forskning og fagutvikling -  
Bacheloroppgave

**Emnekode:** SYKHB3001

**Eksamensform:** Prosjektoppgave

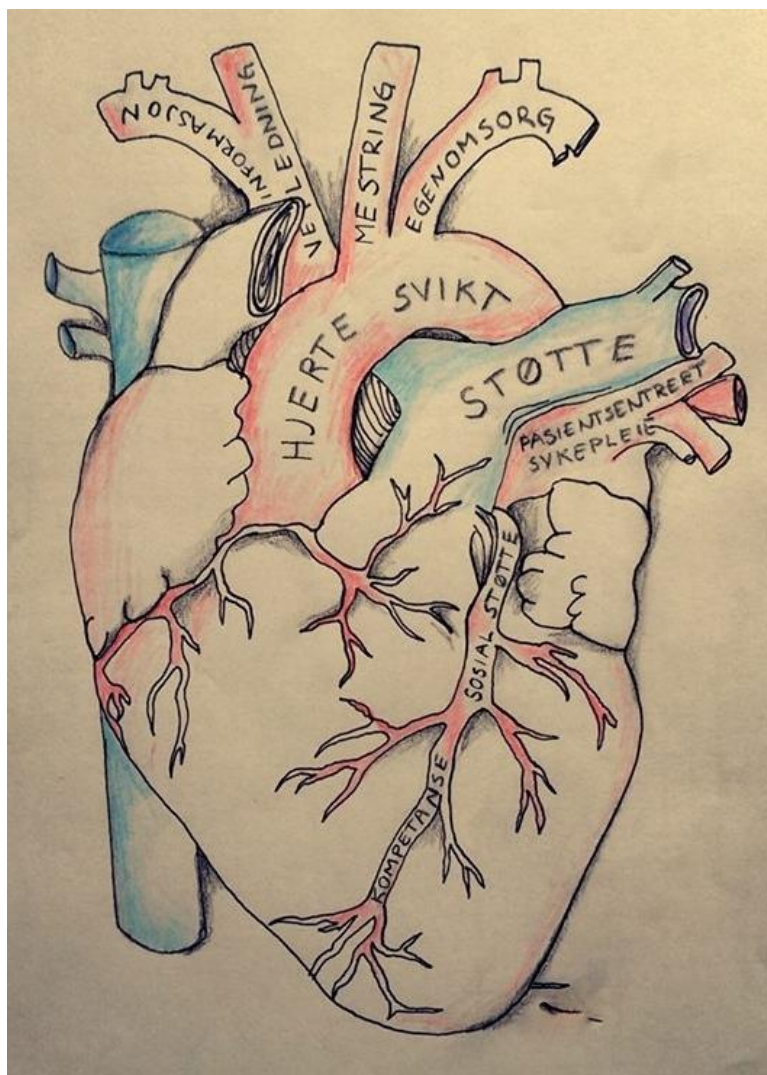
**Leveringsfrist:** 26.02.15 kl. 14.00

**Kandidatnr.:** 1014

**Antall ord:** 8926

# «Hvordan kan støtte bidra til mestring hos pasienter med hjertesvikt?»

English title: "How can support contribute to mastery in heart failure patient"?



*Privat]*

[Foto:

**Bachelor i sykepleie**

**HSH - Haugesund**

**Kull 2013**

Antall ord: 8926

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Hjertesvikt er et utbredt helseproblem med høy sykkelighet og dødelighet. På grunn pasientgruppens omfang, møter sykepleiere hjertesviktpasienter på ulike arenaer. Tilstanden kan medføre negative konsekvenser for den enkeltes fysiske helse, livsutfoldelse og livskvalitet. Hjertesviktpasienter kan derfor ha behov for psykososiale ressurser som støtte. Å ha kjennskapen til betydningen av støtte, og hvordan støtte kan fremme mestring hos denne pasientgruppen er derfor aktuelt med tanke på sykepleierens funksjoner og ansvar.

**Problemstilling:** «*Hvordan kan støtte bidra til mestring hos pasienter med hjertesvikt?*»

**Hensikt:** Å få økt kunnskap om og forståelse for hjertesviktpasienters livssituasjon, og hvordan ulike former for støtte - som sosial støtte, likemannsstøtte og støtte fra helsepersonell - kan bidra til at de mestrer hverdagen som kronisk syk.

**Metode:** Litteraturstudie basert på relevant forskning, fag og pensumlitteratur. Søkeprosessen er nøyaktig beskrevet og funnene er vurdert etter holdbarhet, gyldighet og etiske hensyn.

**Funn:** Pasient og pårørende gir uttrykk for manglede kunnskaper om hjertesvikt. For å mestre hverdagen ønsker de en individuell tilnærming og kontinuerlig støtte og oppfølging av helsepersonell. Godt sosialt nettverk kan bidra med sosial støtte og praktisk hjelp i hjemmet. Å møte andre i liknende situasjon kan gjøre situasjonen mer håndterbar. Pårørende kan også ha behov for støtte og omsorg.

**Konklusjon:** Hjertesviktpasienter kan ha behov for privat støtte, likemannsstøtte og profesjonell støtte for å mestre hverdagen med hjertesvikt. Sykepleiere kan gi profesjonell støtte gjennom undervisning og veiledning, hensiktsmessig valg og bruk av mestringsstrategier, oppfordring til livsstilsendringer og hjelp til å mobilisere nettverket. Økt fokus på området kan bidra til en dypere forståelse, og forbedring av sykepleiepraksis.

**Nøkkelord:** Hjertesvikt, støtte, sosial støtte, likemannsstøtte, mestring, mestringsstrategier, sykepleie.

## Abstract

**Background:** Heart failure is a widespread health problem with high morbidity and mortality. Because heart failure patients is such a large group, nurses are most likely to meet this patient group in varies arenas. The condition can cause a variety of negative consequences for the individual's physical health, self-expression and quality of life. Heart failure patients may therefore require psychosocial resources such as support. To have awareness of the importance of support and how support can contribute to coping in this patient group is therefore an important topic.

**Question:** *“How can support contribute to mastery in heart failure patient”?*

**Aim:** To expand knowledge and increase understanding for heart failure patients’ life situation, and how different forms of support – such as private support, peer support and support from healthcare professionals – can contribute to cope with life as chronically ill.

**Method:** A literature study based on data collected from existing literature and research articles. The search process is accurately described and the findings are evaluated by durability, validity and ethical considerations.

**Findings:** Patients and their relatives express insufficient knowledge about heart failure. To cope with everyday life, they want an individual approach and continuous support and supervision from heath care professionals. A good social network can provide support and practical help at home. To meet others in similar situations mat make the situation more manageable. Relatives may also need support and care.

**Conclusion:** Heart failure patients may need private support, peer support and support from healthcare professional to master everyday life. Nurses can provide professional support through teaching and guidance, appropriate selection and use of coping strategies, call for lifestyle changes and help to mobilize the network. Increased focus on the area can contribute to a deeper understanding and improvement of nursing practice.

**Keywords:** Heart failure, support, social support, peer-support, mastery, coping-strategies, nursing.

# Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
Abstract.....	4
<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>7</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	7
1.2 Oppgavens hensikt og valg av problemstilling.....	8
1.3 Avgrensning og presisering av oppgaven.....	8
1.4 Oppgavens oppbygning.....	9
<b>2.0 Teori</b> .....	<b>10</b>
2.1 Hjertesvikt.....	10
2.1.1 Symptomer, funn og diagnostisering.....	10
2.1.2 Konsekvenser for pasienten.....	10
2.2 Mestring.....	11
2.2.1 Antonovskys salutogenesemodell.....	13
2.3 Støtte.....	14
2.4 Undervisning og veiledning.....	15
2.5 Joyce Travelbees' sykepleieteori.....	16
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>17</b>
3.1 Definisjon av metode.....	17
3.2 Litteraturstudie som metode.....	17
3.3 Kildekritikk.....	18
3.4 Forskningsetikk.....	19
3.5 Litteratursøk.....	19
3.5.1: Oversikt over valgte artikler.....	21
<b>4.0 Resultater</b> .....	<b>23</b>
4.1 Kvalitative forskningsartikler.....	23
Artikkel 1 av Liljeroos et al (2014).....	23
Artikkel 2 av Burström et al (2011).....	23
Artikkel 3 av Kaasalainen et al (2013).....	24
4.2 Kvantitative forskningsartikkeler.....	25
Artikkel 4 av Hildingh et al (2007).....	25
Artikkel 5 av Nahlén et al (2009).....	25
4.4 Kort presentasjon av hovedfunn.....	27

<b>5.0 Diskusjon: «Hvordan kan støtte bidra til mestring hos pasienter med hjertesvikt?»</b> .....	28
5.1 Økt kunnskap gjennom undervisning og veiledning .....	28
5.2 Å ha et godt sosialt nettverk som kan bidra med praktisk hjelp.....	31
5.3 Å bli sett og ivaretatt.....	32
5.4 Å møte andre i liknende situasjon .....	33
5.5 En individuell tilnærming .....	34
5.6 Valg og bruk av mestringsstrategier .....	34
6.0 Avslutning .....	36
Litteraturliste .....	37
Vedlegg .....	40
Vedlegg 1: Juridisk rammeverk .....	40
Vedlegg 2: Litteratursøk .....	41

## 1.0 Innledning

Hjertesvikt er på verdensbasis et stort helseproblem med høy sykkelighet og dødelighet, og en av de ledende årsakene til reinnleggelse på sykehus (Shao, Chang, Edwards, Shyu & Chen, 2013). I følge helsedirektoratet (2009) er hjerte- og karsykdommer også en av de vanligste dødsårsakene i Norge.

Hjertesvikt kan medføre en rekke negative konsekvenser for den fysiske helsen, livsutfoldelsen og livskvaliteten. Dersom hjertesviktpasienter skal mestre sykdommen, kan de ha behov for støtte og veiledning i hvordan man skal håndtere sykdommen i hverdagen (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2013, s.208). Nortvedt og Grønseth (2013, s.21) skriver at en forutsetning for å fremme mestring er evnen til å se og forstå de ulike konsekvensene sykdommen medfører for den enkelte og dens familie og understøtte pasientens egne ressurser og styrke pasientens autonomi. Sykepleiefaglige utfordringer hos denne pasientgruppen, vil ifølge Eikeland et al (2013, s. 207) være å fremme pasientens mulighet for egenomsorg, slik at vedkommende kan ta ansvar for egen helse etter utskrivelse fra sykehus.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom sykepleierutdanningen har jeg hatt en spesiell interesse for hjertet. Denne interessen ble ikke mindre da jeg var i medisinsk praksis på hjerteavdelingen. Her arbeidet man tett med pasienter som nylig hadde gjennomgått et hjerteinfarkt, og pasienter som var innlagt med forverring av kronisk hjertesvikt. I og med at hjertet er en så viktig del av menneskets eksistens, vil det også kunne få en rekke konsekvenser for personer som opplever at hjertet ikke fungerer som det skal. Jeg fikk høre av pasienter at opplevde frykt for å være i fysisk aktivitet, noe som førte til sosial isolering. Noen pasienter og pårørende gav også uttrykk for at de følte seg utrygge når det gjaldt hverdagen etter utskrivelse fra sykehus, den medikamentelle behandlingen, samt hvordan de skulle mestre symptomene som kronisk hjertesvikt kan medføre. Dette gav meg motivasjon til å utforske hva jeg som fremtidig sykepleier kan bidra med for at denne pasientgruppen skal kunne ha et bedre grunnlag for å mestre hverdagen etter utskrivelse fra sykehus, ved hjelp av støtte. Temaet er også relevant som fremtidig sykepleier, i og med at hjertesviktpasienter er en stor pasientgruppe som man av erfaring vil kunne møte på en rekke ulike arenaer.

## 1.2 Oppgavens hensikt og valg av problemstilling

Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap om og forståelse for hjertesviktpasienters livssituasjon, og hvordan ulike former for støtte - som sosial støtte, likemannsstøtte og profesjonell støtte fra helsepersonell - kan bidra til at hjertesviktpasienter mestrer hverdagen som kronisk syk. Jeg ønsker også å opparbeide meg en spisskompetanse innen fagområdet med bakgrunn i fremtidige jobbønsker.

Jeg har valgt en problemstilling som er tidsaktuell, fremtidsrettet og relevant med tanke på sykepleierens ansvar og funksjoner:

*«Hvordan kan støtte bidra til mestring hos pasienter med hjertesvikt?»*

Med utgangspunkt i resultater fra forskning vil jeg drøfte problemstillingen i lys av valgt fokus og teoretiske perspektiver.

## 1.3 Avgrensing og presisering av oppgaven

Jeg vil fokusere på hjertesviktpasienters behov for støtte, og hvordan støtte kan fremme mestring hos denne pasientgruppen. Ulike former for støtte vil være aktuelle – både sosial støtte, profesjonell støtte og likemannstrøtte. Oppgaven omhandler voksne pasienter, uten kognitiv svikt. Kjønnforskjeller blir ikke omtalt. Settingen er i forbindelse med sykehusopphold, og utskrivelse fra sykehus. Hovedvekten er på kvalitativ forskning, da pasientens subjektive behov vil være i fokus.

Tema som trygghet, håp og livskvalitet er nærstående mestring, men på grunn av tidsrom og ordramme vil ikke disse bli omtalt i dybden. For å søke svar på problemstillingen har jeg inkludert et vidt spekter av kunnskapskilder. Jeg har inkludert forskrifter, juridiske rammer, forskning, pensumlitteratur og sykepleieteori, for å belyse temaet fra ulike perspektiver.



## 1.4 Oppgavens oppbygning

Innledningsvis presenteres teoretisk og personlig bakgrunn for valg av tema. Deretter presenteres hensikten med oppgaven, som munner ut i valgt problemstilling. På grunn av ordrammen og tidsrommet oppgaven skal skrives i, er det nødvendig med avgrensninger. Disse er presentert under avgrensning og presisering av oppgaven. Teorikapittelet innledes av begrepene «hjertesvikt», «mestring» og «støtte», da disse blir nevnt i problemstillingen. Deretter har jeg valgt å presentere begrepene «undervisning og veiledning», da disse går igjen i samtlige artikler jeg har inkludert i litteraturstudien. Metodekapittelet omtaler metoden litteraturstudie, kildekritikk, forskningsetikk, samt utdypning av mitt litteratursøk og resultater av dette. Avslutningsvis drøftes problemstillingen med bakgrunn i funn som fremkommer i valgte forskningsartikler.

## 2.0 Teori

### 2.1 Hjertesvikt

Ørn og Brunvand (2012, s.173) skriver at hjertesvikt er en tilstand der hjertet ikke er i stand til å pumpe tilstrekkelig blod ut i sirkulasjonssystemet til at kroppens vev får den blodmengden som er nødvendig for å opprettholde normal funksjon. Den vanligste årsakene til hjertesvikt er iskemisk hjertesykdom, som utgjør 70% av tilfellene. Andre årsaker kan være hypertensjon, hjerteklaffefeil og myocardiitt. Hjertesvikt forårsakes i første rekke av den utløsende skaden av hjertemuskelen, som kan etterfølges av en gradvis forverring av hjertefunksjonen, med økende symptomer på hjertesvikt (Ørn & Brunvand, 2012, s.173).

#### 2.1.1 Symptomer, funn og diagnostisering

I følge Ørn og Brunvand (2012, s.174) karakteriseres hjertesvikt av tungpust (dyspné), ødemer og redusert fysisk yteevne som forverres ved anstrengelser og dersom vedkommende legger seg ned. Diagnosen hjertesvikt stilles på bakgrunn av klinisk undersøkelse av pasienten, som innebærer å se etter ødemer, tegn til forstørret lever samt å lytte på pasientens lunger etter tegn til lungestuvning. Røntgen thorax kan tas for å se etter økt størrelse av hjertet, lungestuvning og tegn til pleuravæske. Som del av utredningen tas også EKG, ultralydundersøkelse av hjertet og blodprøver som kan avsløre innhold av natriuretiske peptider (BNP) (Ørn & Brunvand, 2012, s. 174-175).

#### 2.1.2 Konsekvenser for pasienten

Eikeland, Haugland og Stubberud (2013, s.223) skriver at hjertesvikt er en kronisk og potensielt livstruende tilstand som kan medføre en hverdag preget av usikkerhet og begrensning. Tilstanden kan ifølge dem påvirke hele mennesket og medføre konsekvenser for den fysiske helsen, livsutfoldelsen og livskvaliteten. Hjertesvikt karakteriseres av relativt stabile perioder, fulgt av uventede akutte forverringer. Pasientene kan oppleve symptomer som dyspné, tretthet, søvnløshet, angst, depresjon og problemer i sosiale relasjoner, noe som kan medføre redusert mulighet til å utføre dagliglivets aktiviteter. Pasientens pårørende kan også i stor grad bli berørt (Eikeland et al, 2013, s.223).

## 2.2 Mestring

Lazarus og Folkman (1984) definerer mestring som «kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke indre og/eller ytre krav som vurderes som krevende, eller som overstiger personens ressurser og truer velvære» (siteret i Reitan, 2011, s. 78). I dagligtale brukes ordet mestring synonymt med det å klare seg, å greie seg eller det å få til noe. Livet i seg selv er i den forstand en form for mestring, fordi vi stadig er i utvikling, tilpasser oss og tilegner oss nye ferdigheter (Reitan, 2011, s.74). Men hvilke muligheter har mennesker for mestring når man be finner seg i en situasjoner som er så belastende at de får problemer med å mestre dem? Reitan (2011, s.74) mener at man kan se situasjonen i øynene og mobilisere indre og ytre ressurser for å møte dem, eller forsøke å skyve det unna og fortrenge ubehaget ved hjelp av forsvarsmekanismer.

Kronisk sykdom kan medføre alvorlige og livstruende situasjoner som fører til at pasienter opplever stress, men også mestring (Reitan, 2011, s.78). Reitan skriver at den syke må lære seg å leve med, og mestre en ny livssituasjon, noe som kan medføre både fysiske, psykiske og sosiale forandringer. Hun mener at det kan dreie seg om å mestre en ny livssituasjon, endre livsstil eller å måtte tilegne seg nye kunnskaper og ferdigheter. For å mestre de kravene som følger med sykdomsrelatert stress, påpeker hun at man må se på hvordan vedkommende tolker stress, og hvilke mestringsstrategier han eller hun tar i bruk (Reitan, 2011, s.78).

Det en gjør for å takle krav og utfordringer, kan kalles mestringsstrategier (Reitan, 2011, s.79). Reitan (2011, s.80) mener mennesker tar i bruk mestringsstrategier av ulike grunner, blant annet for å bevare eget selvbilde eller å finne mening eller opprettholde kontroll over en situasjon. Hun påpeker også at mennesker har ulike forutsetninger for å mestre de utfordringene livet byr på. Faktorer som kan påvirke menneskers mestringsmuligheter kan ifølge Reitan (2011, s.81) være alder og kjønn, personlige forutsetninger og interesser, motstandskraft mot påkjenninger, samt tidligere erfaringer med sykdom, kriser og stress. Hun påpeker at hvilken tilhørighet personen har til andre mennesker og det sosiale nettverket også kan ha betydning.

I følge Lazarus og Folkman (1984) finnes det to typer mestringsstrategier: problemfokuset og emosjonsfokuset mestringsstrategi. *Problemfokuset mestringsstrategi* rettes mot omgivelsene, og kjennetegnes av tiltak som fokuserer på problemløsning. Det kan være å

endre tilgang til ressurser ved å søke støtte og hjelp, lære nye ferdigheter, søke informasjon og kunnskap, endre livsstil og rutiner, eller redusere ytre årsaker til stress. Ved *emosjonsfokusert mestring* forsøker man derimot å dempe følelsesmessig ubehag som oppstår i forbindelse med stress. Eksempel på dette kan være å unngå informasjon eller å distansere seg selv fra problemer og situasjoner som skaper stress (Lazarus & Folkmann 1984, sitert i Renolen, 2011, s. 150). Bastøe (2011, s.87) påpeker at en positiv innstilling til egne evner kan øke personens muligheter til å velge en hensiktsmessig mestringsstrategi.

Nortvedt og Grønseth (2013, s.21) skriver at en viktig oppgave for sykepleiere er å hjelpe pasienter til å mestre konsekvenser av sykdom og helsesvikt. Å bidra til mestring av sykdommen kan ifølge dem dreie seg om blant annet informasjon og opplæring for å ivareta legemiddelbehandlingen, med mål om at pasienten skal føle seg trygg på administrere denne hjemme. Videre skriver de at det å forstå konsekvensene helsesvikten medfører for den enkelte og understøtte vedkommendes mestringsevne og ressurser er vesentlig i denne prosessen.

## 2.2.1 Antonovskys salutogenesemodell

Larsen (2012, s.46) skriver at i vår del av verden har det biomedisinske synet på helse lenge vært dominerende. Dette perspektivet måler helse ut ifra om et menneske er sykt eller frisk, og helsehjelp vil derfor være rettet mot enten å forebygge og/eller behandle sykdom. En slik medisinsk tilnærming vil derfor kunne mangle nyanser, da en kun har fokus på at man enten er frisk eller syk (Larsen, 2012, s.46). Antonovskys teori om salutogenese (sitert i Larsen, 2012, s.48) legger derimot et positivt helsebegrep til grunn, hvor fokuset rettes mer mot mestring av hverdagslivet. Målet i sykepleien kan med denne tilnærmingen være å hjelpe mennesker med kronisk sykdom å leve *med* sin sykdom.

Antonovsky mener at stress og sykdom kan være en naturlig del av menneskers liv, og at mennesker til tross for store påkjenninger kan ha god helse (sitert i Renolen, 2010, s.152). Et begrep i Antonovskys teori er *opplevelse av sammenheng (OAS)*, som består av tre komponenter: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. *Begripelighet* innebærer at vedkommende må kunne forstå det som skjer som kognitivt forklarbart og forståelig. *Håndterbarhet* innebærer en følelse av at utfordringen kan håndteres, og indre eller ytre ressurser står til rådighet. Opplevs ikke situasjonen håndterbar, kan meningen med å forsøke å mestre situasjonen bli lavere på grunn av manglende ressurser. Det siste begrepet, *meningsfullhet*, handler blant annet om at personen er deltagende og engasjert i eget liv og søker mening også i død og lidelse (sitert i Renolen, 2010, s. 152).

Antonovsky belyser ulike mestringsressurser som kan fremme mestring (sitert i Renolen, 2010, s.152). Han mener at desto flere mestringsressurser en person har– desto høyere grad han har av OAS og helse. Disse mestringsressursene kan ifølge han finnes på flere nivåer – hos enkeltindividet, i grupper eller i samfunnet. Antonovsky trekker særlig frem egoidentitet og privat støtte som betydningsfulle mestringsressurser (sitert i Renolen, 2010, s.152).

## 2.3 Støtte

Støtte er et vidt begrep som kan brukes i en rekke sammenhenger. Jeg vil fokusere på de tre støttesystemene som nevnes nedenfor: Privat støtte, profesjonell støtte og likemannsstøtte, og hvordan disse kan bidra til mestring hos hjertesviktpasienter.

Støtte er noe man kan trenge i ulike stadier i livet, men behovet blir gjerne ekstra tydelig når helsen svikter og en blir utsatt for store påkjenninger. Renolen (2010, s. 174) skriver at det er ulike faktorer som kan spille inn på hvorvidt sykdom oppfattes som en så stor belastning at den overstiger vedkommendes mestringsressurser. En faktor kan ifølge henne være støtte. Hun mener at hvilken støtte som er aktuell, kan ha sammenheng med blant annet sykdommens art, pasientens alder, livssituasjon og nettverktforhold (Renolen, 2010, s.176). Renolen (2010, s.176-177) trekker frem tre støttesystemer som kan ha betydning når en skal gi støtte til alvorlig syke og deres pårørende. Den første er *privat støtte*, som inkluderer familie, venner og kollegaer. Disse kan gi trøst på bakgrunn av at de bryr seg om den syke, og kjenner pasienten. Dessuten har de et utenfra perspektiv i og med at de ikke har personlige erfaring med sykdommen. *Profesjonell støtte* kan bidra til trygghet med bakgrunn i faglig kompetanse, for eksempel ved å gi støtte i form av undervisning og veiledning. Denne formen for støtte kan gis av helsepersonell, og har heller ikke personlig erfaring med sykdommen. *Likemannsstøtte* er derimot støtte som blir gitt av støttegrupper, pasientforeninger og medpasienter. Deres erfaringer og kunnskap kan være viktige informasjonskilder for pasienten, og en viktig form for støtte (Renolen, 2010, s.176-177).

Renolen (2010, s.154) skriver at en må vurdere støtte fra to innfallsvinkler: den objektive tilgjengelige støtten og personenes opplevelse av støtten. Bugge et al (2003) påpeker at pasientens pårørende også kan ha behov for støtte (sitert i Renolen, 2010, s.176).

## 2.4 Undervisning og veiledning

Som nevnt, kan sykepleiere gi profesjonell støtte til pasienter ved hjelp av undervisning og veiledning. Hensikten med denne formen for støtte er ifølge Reitan (2011, s. 99) å gi pasienten kontroll over, og innsikt i egen situasjon slik at den oppleves som mest mulig forutsigbar. Eikeland, Haugland og Stubberud (2013, s.229) skriver at hjertesvikt er en diagnose som kan medføre en rekke negative konsekvenser for pasientens livsutfoldelse, noe som kan skape frustrasjon, angst, utrygghet for fremtiden og etter hvert depresjon. De mener derfor at å sørge for tilstrekkelig individuell undervisning og veiledning før utskrivning fra sykehus, kan være essensielt når en skal hjelpe pasienter med å mestre konsekvenser av sykdom og helsesvikt. Pasienten kan, ifølge dem, trenge kunnskaper for å gjenkjenne symptomer, informasjon om hvor han kan søke hjelp ved forverring av sykdommen, forhold omkring aktivitet, ernæring og væskerestriksjoner, samt den medikamentelle behandlingen (Eikeland et al, 2012, s.229). Tveiten (2009, s.181) påpeker at undervisning og veiledning muliggjør autonomi og medvirkning for pasient og pårørende.

Brataas (2011, s.43-45) skriver at pasienter kan ha behov for både undervisning og veiledning. *Undervisning* har ifølge henne som mål å oppnå kunnskap, forståelse og eventuelt endring i atferd. Hun påpeker at det er ulike faktorer som kan ha betydning når det gjelder undervisning, for eksempel pasientens læreforutsetninger, læringsmål, rammefaktorer og innholdet i undervisningen. *Veiledning* kan derimot gi opplæring gjennom instruksjon, forklaring og råd. Å kombinere undervisning og veiledning vil ifølge henne kunne være gunstig. Et eksempel er å informere pasienten om den medisinske behandlingen og når medisinen skal tas, mens en kan veilede pasienten i hvordan en skal bruke for eksempel forstøverapparat (Brataas, 2011, s. 43-45).

## 2.5 Joyce Travelbees' sykepleieteori

Travelbee (1999, s.29-30) beskriver sykepleie som en mellommenneskelig prosess hvor sykepleieren hjelper et individ eller en familie med å mestre, forebygge å finne mening i lidelse og sykdom. Hun mener sykepleie er en mellommenneskelig prosess fordi sykepleieutøvelsen alltid dreier seg om mennesker. Å betrakte sykepleie som en prosess har ifølge henne sammenheng med at det skjer en forandring, som resultat av at det ene individet har innvirkning på det andre. Hun påpeker at nettopp dette er en viktig sykepleieaktivitet: å identifisere og være i stand til å frambringe forandringer på en målrettet, innsiktsfull og omtenkfull måte. Å bevisstgjøre pasienten om hvordan han kan opprettholde høyest mulig grad av helse, er ifølge Travelbee også en sykepleieaktivitet (1999, s. 29-30).

Når man er syk, kan man ifølge Travelbee (1999, s.257) trenge hjelp til å finne mening i de tiltakene og reglene som trengs for å bevare og holde sykdommen under kontroll. Sykepleiere kan bidra til dette gjennom å etablere et godt forhold til vedkommende (og familien), samt å forsøke å forutsi noen av de problemene den syke står overfor og forberede vedkommende på hvordan de skal håndteres (Travelbee, 1999, s.257). Travelbee (1999, s.44) mener at dersom man skal kunne utøve profesjonell sykepleie, må man kunne bruke seg selv terapeutisk. I dette legger hun vekten til å bruke sin egen personlighet bevisst og målrettet i forsøk om å strukturere sykepleieintervensjonene og å etablere et forhold til den syke (Travelbee, 1999, s.44-45).

Travelbee kritiserer bruken av ord som «pasient», da slike benevnelser kan bidra til å sette personer i en bestemt kategori og ikke se vedkommende som et enkeltstående og unikt individ som tilfeldigvis har en rolle på et bestemt tidspunkt (Travelbee, 1999, s.61). Hun mener derimot at den profesjonelle sykepleieren har som ansvar å etablere et menneske-til-menneske forhold til den syke. Hun beskriver menneske-til-menneske forhold som de erfaringene som finner sted mellom to likeverdige mennesker – nemlig sykepleier og den hun har omsorg for. Ved å bevisst legge vekt på å utvikle et «menneske-til-menneske» forhold, kan sykepleieren legge til rette for at sykepleien blir individuelt tilpasset den enkeltes situasjon og forutsetninger (Travelbee, 1999, s.177).



## 3.0 Metode

### 3.1 Definisjon av metode

Dalland (2013, s.111) skriver at en metode kan fortelle oss noe om hvordan man skal gå frem for å etterprøve eller fremskaffe kunnskap. Sosiologen Vilhelm Aubert formulerer begrepet metode slik: «*En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap*» (sitert i Dalland, 2013, s.111). Metode kan ifølge Dalland (2012, s.112) sees som et redskap som kan være til hjelp når man skal samle inn data, det vil si informasjon, om det kan ønskes å undersøke. Han skriver at man kan skille mellom kvantitative og kvalitative metoder. Den *kvantitative metoden* gir data i form av målbare enheter, og datainnsamlingen foregår uten direkte kontakt med feltet. Forskerne kan ved hjelp av denne metoden se fenomenet i et utenfra perspektiv og tar sikte for å formidle forklaringen. Den *kvalitative metoden* har derimot som formål å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Denne metoden går i dybden og samler inn data i direkte kontakt med feltet, ved hjelp av et jeg-du-forhold (Dalland, 2013, s. 112-113). For å finne data til min oppgave har jeg brukt litteraturstudie som metode. Med bakgrunn i tidsrommet for oppgaven er vil jeg si dette er en hensiktsmessig metode, da en kan få mye informasjon og data på kort tid.

Gjennom sykepleierutdannelsen legges det vekt på at man skal arbeide kunnskapsbasert. Kunnskapsbasert praksis er ifølge Mikkelsen og Hage (2011, s.260) å kombinere forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap. Alle perspektivene vil bli presentert i min oppgave. Jeg har inkludert både kvalitativ og kvantitativ forskning. Hovedvekten er på kvalitativ forskning, da hovedfokuset er på pasientens subjektive opplevelse av å være syk, og hvilken betydning støtte har for hver enkelt mestringskompetanse.

### 3.2 Litteraturstudie som metode

Dalland (2013, s.67) skriver at det må komme tydelig frem hvorfor en bestemt type litteratur er valgt og hvordan utvalget er gjort. Med problemstillingen som utgangspunkt bør man ifølge Dalland (2013, s.70-72) utarbeide visse kriterier som begrenser søkingen, som for eksempel fag, nivå (kildehierki), tidsrom, språk og geografi.

Forsberg og Wengström (2013, s.30) skriver at å utføre et litteraturstudie innebærer å systematisk søke og kritisk vurdere litteratur, for deretter å sammenligne litteraturen innen et valgt emne eller problemområde. Antallet studier som inkluderes i en litteraturstudie, kan avhenge av hvor mye forskning som er tilgjengelig innen ønsket område, og av de kravene man stiller til studiene som inkluderes (Forsberg & Wengström, 2013, s.31). Forutsetningene for å utføre en litteraturstudie er ifølge Forsberg og Wengström (2013, s.26) en tydelig formulert problemstilling, og at det finnes tilstrekkelig antall studier av god kvalitet på det gitte området. Jeg har forsøkt å besvare problemstillingen gjennom å systematisk indentifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning.

Litteraturstudie som metode kan ha både positive og negative sider. Forsberg og Wengström (2013, s.26) skriver at en fordel med metoden er at en kan tilegne deg mye data og informasjon om et bestemt tema på kort tid. En ulempe kan være at forfatteren enten bevisst eller ubevisst velger data som støtter egne synspunkter eller personlige meninger, noe som ifølge dem kan gi selektive data (Forsberg & Wengström, 2013, s.26). Med bakgrunn i tidsaspektet på bacheloroppgaven er litteraturstudie en hensiktsmessig metode. Jeg vil derimot være bevisst på hvordan forfatteren har samlet og sortert ut data.

### 3.3 Kildekritikk

Det at kildegrunnlaget er godt beskrevet og begrunnet henger sammen med oppgavens troverdighet og faglighet (Dalland & Trygstad, 2013, s.67). Dalland og Trygstad (2013, s. 74) beskriver kildekritikk som de metodene en bruker for å fastslå om en kilde er sann. En del av kildekritikken innebærer ifølge dem å vurdere kildens relevans, gyldighet og holdbarhet. *Relevans* handler blant annet om hvorvidt kilden forteller noe om temaene i problemstillingen din, og hvordan en ser for seg å bruke kilden i oppgaven. *Holdbarhet* og *gyldighet* omhandler temaer som hvilken tekst det er, hvem forfatterne er, når teksten er skrevet og hvorfor forfatteren skriver om nettopp dette (Dalland & Trygstad, 2013, s. 74). Jeg har vært kritisk både ved søk og utvalg av litteratur til min litteraturstudie. Jeg har vurdert artiklenes holdbarhet, gyldighet og relevans.

### 3.4 Forskningsetikk

Dalland (2013, s.96) skriver at etikk har som formål å gi oss veiledning og grunnlag for vurderinger før vi handler. Han påpeker at det å vinne ny innsikt og kunnskap ved hjelp av forskning skal ikke gå på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd. For å ivareta både samfunnets og enkeltpersoners interesser innen forskning er det derfor etablert en rekke forskningsetiske komiteer (Dalland, 2013, s.98). Aktuelle begreper når det gjelder forskningsetikk er anonymitet, taushetsplikt og informert, frivillig samtykke (Dalland, 2013, s.102-105). Artikkene jeg har valgt å inkludere i min oppgave er godkjent av forskningsetiske komiteer. For å ivareta de krav som forskningsetikken påpeker har jeg ved beskrivelse av egne praksiserfaringer anonymisert opplysninger for å ivareta personvern.

Plagiat er ifølge Dalland (2013, s.80) å utgi andres arbeid for å være ditt eget. Dalland (2013, s.83) skriver at ved oppgaveskriving er akademisk redelighet viktig, noe som betyr å gi leseren innsikt i refleksjonene du har gjort deg og hvilke kilder som har bidratt til din oppgave. Han påpeker også at dersom man refererer korrekt, oppfyller man de akademiske verdiene som åpenhet, etterprøvbarhet, kritisk diskusjon og vitenskapelig redelighet. Korrekt brukt av referanser gjør det også lettere for leseren å følge tankegangen din, og du kan heller ikke beskyldes for plagiat (Dalland, 2013, s.83). Jeg har i denne oppgaven referert til forskning og annen litteratur på en akademisk måte. Jeg har også vært bevisst på å skille egne erfaringer fra annen litteratur for å unngå plagiat.

### 3.5 Litteratursøk

For å finne data til denne litteraturstudien har jeg utført systematisk litteratursøk. Jeg har formulert en tydelig problemstilling, og systematisk søkt, vurdert og kritisk vurdert litteratur. Jeg gjennomgikk en rekke søkeprosesser før jeg endte opp med valgt forskning. Jeg ønsket i utgangspunktet å skrive om myndiggjøring/empowerment, men artikler som inneholdt disse begrepene var vanskelig å spore. Å utføre litteraturstudie på dette grunnlaget var derfor vanskelig. Jeg rettet derfor fokuset mot mestring hos pasienter med hjertesvikt, med hovedvekt på behovet for støtte. Jeg har brukt høgskolen sine helsefaglige databaser. Søkeord jeg har brukte er coping, coping strategies, support, social support, sense of coherence, heart failure og nurs\*.

Etter omfattende søk i Cochrane, SveMed+, PubMed og CINAHL satt jeg igjen med flere gode artikler. Inkluderingskriterier jeg hadde var at artiklene skulle være sykepleiefaglige, trykket i et anerkjent tidsskrift og utført mellom år 2010 og 2016. Jeg prioriterte forskning med vestlig bakgrunn da jeg anser disse resultatene som mest generaliserbare i forhold til kultur. Jeg endte med å inkludere 3 kvalitative og 2 kvantitative forskningsartikler, hvor fire er fra Sverige. Felles for disse er at de omhandler både begrepene mestring og ulike former for støtte, noe som gjør dem relevante for min problemstilling. Alle artiklene er etisk godkjent. Jeg har kontrollert samtlige artikler i forhold til sjekklister til kunnskapssenteret.no - sjekklister for forskning<sup>1</sup>.

Søkehistorikk blir presentert i *Vedlegg 2*.

I *Tabell 1* vises oversikt over valgte artikler.

I diskusjonsdelen er hovedvekten på kvalitativ forskning, da jeg ønsket å få frem pasientens subjektive følelse av det å leve med hjertesvikt. Grov (2011, s.61) skriver at pasientperspektivet er nødvendig for kunnskapsutviklingen i sykepleiefaget, men påpeker at en må være klar over at kunnskap om enkeltpersoner eller mindre grupper av mennesker ikke kan generaliseres til alle med helseproblemer. Han påpeker derimot at gjentatte systematiske kvalitative studier på et gitt område kan derimot gi innsikt i form av gode beskrivelser om hvilke utfordringene en kan møte på. Jeg har derfor tenkt kritisk ved bruk av artiklene. Forskning er også noe som stadig er i utvikling og endring. Jeg har derfor vært oppmerksom på hvordan jeg fremstiller funnene. Engelske artikler er oversatt til norsk av meg, noe som kan medføre feil tolkning.

Ved utvelgelse av litteratur har fokuset også vært på relevans, gyldighet og holdbarhet. Kritisk vurdering av hver artikkel er presentert under den enkelte artikkelen i avsnitt 4.0 Resultater.

---

<sup>1</sup> Link til kunnskapssenteret.no i referanselisten

### 3.5.1: Oversikt over valgte artikler

Tabell 1: Presentasjon av valgte forskning og fagartikler

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat/funn
1. "Perceived caring needs in patient-partner dyads affected by heart failure: A qualitative study" (Liljeroos, Ågren, Jaarsma & Strömberg, 2014)	Å utforske hjertesvikt pasienter og deres samboeres behov for pleie	En kvalitativ studie gjort ved hjelp av åtte fokusgruppe intervjuer	Fokusgruppe-intervjuene inkluderte 19 pasienter med diagnosen hjertesvikt og deres samboere. Pasientenes alder var mellom 55-89 år og samboerne var fra 48-87 år	Funnene i studien beskriver to faktorer som hadde betydning for at pasient og pårørende skulle mestre sin hverdag:  1. Behov for kontinuerlig veiledning gjennom de ulike fasene i sykdommens forløp  2. Behov for å dele behov og støtte med hverandre og andre.
2. «Life experiences of security and insecurity among women with chronic heart failure» (Burström, Brännström, Boman & Strandberg, 2011).	Å belyse kvinners opplevelse av å leve med kronisk hjertesvikt, og deres opplevelse av sikkerhet og usikkerhet.	En kvalitativ studie gjennomført ved hjelp av fokusgruppe-intervju.	Fokusgruppe-intervjuet inkluderte 8 kvinner med diagnosen hjertesvikt.	- De vanskeligste symptomene å håndtere var dyspne og fatigue - Symptomer kunne føre til angst og redsel for å dø - Det ble rapportert mangel på profesjonell støtte, blant annet informasjon - Å delta på tilpasset treningsprogram gav deltakerne en følelse av mestring - Deltakerne benyttet seg av ulike mestringsstrategier i hverdagen som å lytte til musikk -Privat støtte var en viktig kilde til mestring.
3. «Living and dying with heart failure in long-term care: experiences of residents and their family members» (Kaasalainen, Strachan, Heckman, D'Elia, McKleive, McAiney, Stolee, Horst, Kelley & Demers, 2013).	Studiens hensikt var å utforske hvordan pasient og familiemedlemmer opplevde av å leve med hjertesvikt, og hvordan de mestrer hverdagen som hjertesyk.	En kvalitativ studie utført ved hjelp av intervju.  Data ble sortert etter tematisk innhold.	Totalt 14 deltakere ble intervjuet. Av disse var syv beboere og syv familiemedlemmer, bestående av to døtre, fire ektefeller og en niese. Beboernes gjennomsnitts alder var 84.6 år.	Funnene viser at informantene opplevde begrenset forståelse av hjertesvikt som diagnose. Funne viser også at de symptomene som påvirket informantene mest er tungpust (dyspne) og tretthet (fatigue). Noen informanter benyttet problemfokuserte mestringsstrategier som tiltak rettet mot å øke hjertets kapasitet.

Artikkel	Hensikt	Metode og datasamling	Utvalg	Resultat/funn
4. <i>“Sense of coherence and experience of social support and mastery in early discharge period after an acute cardiac event”</i> (Hildingh, Fridlund & Baigi, 2007).	Å utforske pasientenes opplevelse av sammenheng (OAS), og opplevelsen av støtte og mestring etter utskrivelse fra sykehus etter en akutt hjertehendelse.	En kvantitativ spørreundersøkelse utført ved tre ulike sykehus sør i Sverige.	241 pasienter svarte på undersøkelsen mens de var innlagt ved sykehuset, samt to uker etter utskrivelse.	<p>I tidlig utskrivelsesfase ble det rapportert en lav opplevelse av sammenheng (OAS) i over 60% av tilfellene.</p> <p>Studien viser positiv sammenheng mellom privat støtte og mestring, og mellom OAS og mestring.</p> <p>Kvinner og personer over 65 år rapporterte lavere grad av privat støtte to uker etter utskrivelse fra sykehus.</p>
5. <i>“Coping, sense of coherence and the dimensions of affect in patients with chronic heart failure”</i> (Nahlén & Saboonchi, 2009).	Å utforske hvilke mestringsstrategier pasienter med kronisk hjertesvikt bruker, og hvilke positive og negative følger disse har for pasienten.	En tverrsnittsundersøkelse utført ved hjelp av tre spørreskjema.	80 pasienter med kronisk hjertesvikt klasse II-IV, over 18 år, uten kognitiv svikt eller andre livstruende sykdommer som kreft etc.	<p>Benektelse og selv bebreidelse hadde negativ effekt på pasientens mestring, mens å godta sykdommen for det den var hadde positiv effekt.</p> <p>Problemfokuserede mestringsstrategier viste seg å ha god effekt på pasientens mestring.</p> <p>Sosial støtte kunne ha både positiv og negativ påvirkning på pasientens mestringsmuligheter.</p>

## 4.0 Resultater

### 4.1 Kvalitative forskningsartikler

#### Artikkel 1 av Liljeroos et al (2014)

En kvalitativ studie utført ved hjelp av 8 fokusgruppeintervjuer. Hensikten med studien var å utforske hjertesvikt pasienter og deres samboeres behov pleie, samt å forstå potensielle arenaer for støtte. Fokusgruppeintervjuene inkluderte 19 pasienter med diagnosen hjertesvikt og deres samboere. Pasientenes alder var mellom 55-89 år og samboerne var fra 48-87 år. To faktorer skilte seg ut når det gjaldt pasient og samboers mulighet for å mestre hverdagen med hjertesvikt: 1. Behov for kontinuerlig undervisning og veiledning gjennom de ulike fasene i sykdommens forløp og 2. Behov for å dele behov og støtte med hverandre og andre. For å ha kontroll over egen situasjon ønsket informantene å lære mer om hjertesvikt som diagnose, å ha hjelp lett tilgjengelige, for eksempel ved hjelp av telefonnummer til kontaktsykepleier, samt å kunne møte andre i samme situasjon (Liljeroos, Ågren, Jaarsma & Strömberg, 2014).

#### *Kritisk vurdering av artikkel 1*

Artikkelen er relevant for min oppgave fordi resultatene av studien trekker frem viktige faktorer som har betydning når det gjelder mestring hos pasienter med hjertesvikt. Disse er informasjon og veiledning, samt betydningen av støtte. For å hjelpe pasienter med å mestre hverdagen som hjertesyk er pasientens (og pårørendes) subjektive erfaringer essensielle. Disse kommer godt frem i denne artikkelen. Artikkelen er svensk fra *Journal of Clinical Nursing*, år 2014. Studien er godkjent av Reginoal Ethical Review Broad. Med bakgrunn i forfattere, årstall og hensikt med studien anser jeg den som holdbar og gyldig.

#### Artikkel 2 av Burström et al (2011)

En kvalitativ studie gjennomført ved hjelp av fokusgruppeintervju bestående av 8 kvinner med diagnosen hjertesvikt. Hensikten med studien var å belyse kvinners opplevelse av å leve med kronisk hjertesvikt, og hvilke faktorer som bidro til en følelse av trygghet og utrygghet. Funnene i artikkelen viser at de vanskeligste symptomene å mestre i hverdagen var dyspne og fatigue. Kvinnene rapporterte også at symptomer på hjertesvikt kunne medføre angst og redsel for å dø. De hadde derfor behov for støtte. Deltakerne opplevde derimot å ha for lite informasjon, blant annet om væskeinntak. Kilder til trygghet kunne være å delta på

treningsopplegg tilpasset funksjonsnivå. Sosial støtte og en god relasjon til sykepleier ble også fremhevet som viktige faktorer. For å mestre hverdagen som syk benyttet de ulike mestringsstrategier, blant annet å lytte til musikk (Burström, Brännström, Boman & Strandberg, 2011).

#### *Kritisk vurdering av artikkel 2*

Jeg valgte å inkludere denne artikkelen fordi jeg anser funnene som relevante for min problemstilling, da de tar opp mestringsstrategier, behov for informasjon og betydningen av støtte. Studien er godkjent av Research ethics committees (RECs). Artikkelen er en svensk sykepleiefaglig artikkelen er fra *Journal of advanced nursing*, år 2011. Den anses dermed som gyldig og holdbar.

#### *Artikkel 3 av Kaasalainen et al (2013)*

En kvalitativ studie utført ved hjelp av intervju, med 14 deltakere. Av disse var syv pasienter og syv familiemedlemmer, bestående av to døtre, fire ektefeller og en niese. Studiens hensikt var å utforske hvordan pasient og familiemedlemmer opplevelse av å leve med hjertesvikt, og hvordan de mestrer hverdagen som hjertesyk. Funnene i studien viser at pasientene opplevde begrenset forståelse av hjertesvikt som diagnose. Det kommer frem at pårørende i studien også ønsket å lære med om hjertesvikt som diagnose, samt hvordan de kunne støtte ektefellen og hjelpe sin nærmeste med å mestre hverdagen ved hjelp av mestringsstrategier. Funnene viste også at de symptomene som påvirket pasientene mest var tungpust (dyspne) og tretthet (fatigue). De trakk spesielt frem vanskeligheter med å mestre symptomer som følge av hjertesvikten. Noen rapporterte vanskeligheter med å relatere disse symptomene til hjertesvikt, da de ofte led av komorbiditet. Å leve med restriksjoner som følge av sykdommen ble også nevnt som utfordrende (Kaasalainen et.al, 2013).

#### *Kritisk vurdering av artikkel 3*

Artikkelen er relevant fordi den trekker frem utfordringer pasienter står overfor når det gjelder å mestre hverdagen med hjertesvikt. Det trekker også frem ulike mestringsstrategier og at pasientene opplever vanskeligheter med å gjenkjenne og mestre symptomer. Viktigheten av å gi støtte til pårørende, for at de i andre rekke skulle kunne være en god støttespiller for pasienten kom også frem. Studien er fra *International Journal of Palliative Nursing*, godkjent av Reserach Ethics Boards ved McMaster University. Studien er fra USA, noe som gjør at jeg



må være kritisk med tanke på forskjeller i helsesystem, rutiner og kultur. Jeg har derimot valgt å inkludere studien, fordi jeg anser funnene som overførbare, da de handler om pasienten og pårørende subjektive behov. Studien er fra 2013, jeg anser den dersom som gyldig.

## 4.2 Kvantitative forskningsartikler

### Artikkel 4 av Hildingh et al (2007)

En kvantitativ studie utført ved hjelp av spørreundersøkelse. 241 pasienter besvarte undersøkelsen ved sykehusoppholdet, samt to uker etter utskrivelse fra sykehus. Studien viser at så mange som 60% av deltakerne rapporterte en lav opplevelse av sammenheng tidlig etter utskrivelse fra sykehus. Studiens funn viser positiv sammenheng mellom sosial støtte og mestring, samt sammenheng mellom opplevelse av sammenheng og mestring. Det kommer også frem at over halvparten av informantene rapporterte en lavere grad av sosial støtte to uker etter utskrivelse fra sykehus, sammenlignet med når de var på sykehuset (Hildingh, Fridlund & Baigi, 2007).

### *Kritisk vurdering av artikkel 4*

Studien er relevant i forhold til problemstillingen min, fordi den omhandler mestring og støtte. Studien er godkjent av etisk komité ved universitet. Alle deltakerne ble informert om studien, og at de kunne trekke seg når som helst. Skriftlig samtykke ble innhentet. Artikkelen er svensk fra *Journal of Clinical Nursing*, år 2007. Artikkelen er noe eldre enn ønsket, men jeg har valgt å inkludere den da jeg fant få gode kvantitative artikler omkring mestring og støtte.

### Artikkel 5 av Nahlén et al (2009)

En kvantitativ tverrsnittsundersøkelse utført ved spørreundersøkelse. Studiens hensikt var å utforske hvilke mestringsstrategier pasienter med kronisk hjertesvikt bruker, og hvilke positive og negative følger disse har for pasienten. Studien inkluderte 80 pasienter med kronisk hjertesvikt, uten kognitiv svikt eller alvorlige tilleggssykdommer som kreft etc. Studien viser at benektelse og selv bebreidelse kan ha negativ effekt på pasientens opplevelse av sammenheng, mens å godta sykdommen for det den er, hadde positiv effekt. Problemfokuserede mestringsstrategier viste å ha god effekt på pasientens mestring. Sosial støtte kunne ha både positiv og negativ påvirkning (Nahlén & Saboonchi, 2009).

*Kritisk vurdering av artikkel 5*

Både studiens hensikt og funn er relevant ifth problemstillingen. Studien er etisk godkjent av Helsinkideklarasjonen. Artikkelen er svensk fra *Journal of Cardiovascular Nursing*, år 2009. Jeg vil si studien oppfyller krav til god forskning, og er derfor valid.

#### 4.4 Kort presentasjon av hovedfunn

- Pasienter og pårørende gav uttrykk for manglende kunnskap om hjertesvikt, symptomer og mestringsstrategier.
- Sosialt nettverk blir fremhevet som viktig for å mestre hverdagen, blant annet gjennom praktisk hjelp
- Informantene ønsker å møte andre i liknende situasjon
- Pasientene ønsket kontinuerlig og individuell informasjon og veiledning gjennom ulike faser i sykdomsforløpet
- Symptomer som dyspnoe og fatigue blir rapportert som vanskeligst å håndtere.
- Pårørende har et stort ansvar i hjemmet og en stor omsorgsbyrde og har derfor også behov for støtte
- Pasient og pårørende kan føle seg utrygge i hverdagen, noe som kan medfører nedsatt livskvalitet, depresjoner og sosial tilbaketrekking
- Å ha god relasjon og tillitt til helsepersonell blir påpekt som en viktig form for støtte.
- Privat støtte kan ha både positiv og negativ innvirkning på pasientens mestringsmuligheter.
- Hjertesviktpasienter og pårørende uttrykker et ønske om å klare seg mest mulig selv.
- Pasientene benyttet seg av både emosjonsfokuserte og problemfokuserede mestringsstrategier.

## 5.0 Diskusjon: «Hvordan kan støtte bidra til mestring hos pasienter med hjertesvikt?»

For å besvare problemstillingen har jeg tatt utgangspunkt i funn i artiklene. Aktuelle tema som kan bidra til å besvare problemstillingen er:

- Økt kunnskap gjennom undervisning og veiledning
- Å ha godt sosial nettverk som kan bidra med praktisk hjelp
- Behov for å bli sett og ivaretatt
- Å møte andre i liknende situasjon
- Individuell tilnærming
- Valg og bruk av mestringsstrategier

### 5.1 Økt kunnskap gjennom undervisning og veiledning

Informantene i studien av Liljeroos et. al (2014) gav uttrykk for at de hadde for lite kunnskaper om hjertesvikt som diagnose. De påpekte også at nettopp kunnskap var en avgjørende faktor dersom de skulle ha mulighet til å mestre hverdagen som kronisk syk. Funn i artikkel av Kaasaleinen et.al (2013) underbygger dette. Mangel på kunnskap kom i studien av Liljeroos et al (2014) til uttrykk gjennom en rekke utsagn. En av informantene sa følgende:

*«If I was to get worse, would you not think that it would be good to have more information about what's happend and what to do next?»* (Liljeroos et.al. 2014, s.2932).

Slike utsagn kan tyde på at pasienter med hjertesvikt ikke opplever tilstrekkelig grad av mestring. Som nevnt tidligere kan en form for støtte, være profesjonell støtte i form av undervisning og veiledning. Nortvedt og Grøseth (2013, s.22) påpeker også at sykepleiere har en undervisende funksjonen som innebærer et ansvar for å støtte, informere, undervise og veilede blant annet pasienter og pårørende. Denne funksjonen skal ifølge dem bidra til at pasienten forstår og mestrer konsekvensene som sykdommen og behandlingen medfører. Sett i slikt lys kan man si at denne funksjonen ikke har blitt tilstrekkelig utført. Dette stemmer overens med erfaringer fra praksis, hvor jeg har inntrykk av at undervisning og veiledning av pasienter kan ha en tendens til å bli nedprioritert, blant annet på grunn av mangel på tid. På en

annen side er ikke dette en gyldig grunn, da pasienters rett til informasjon er nedfelt i lovverket. I Pasient- og brukerrettighetsloven <sup>2</sup>(1999) §3-2 kommer det frem at pasienter skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere <sup>3</sup>påpeker også i punkt 2.4 at sykepleiere skal tilpasse informasjonen til den enkelte og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Her kan det være rom for forbedring av sykepleiepraksis.

Informantene i studien av Kaasalainen et al (2013) gav uttrykk for at de ikke forsto sammenhengen mellom sykdommen og symptomene de opplevde. Symptomene som ble rapportert hyppigst i samtlige kvalitative studier var dyspnoe/tungpust. Begrepet *begripelighet* i Antonovskys teori (sitert i Renolen, 2010, s.152) omhandlet nettopp å kunne forstå hva som skjer. Som nevnt tidligere vil Anotovskys ved hjelp av en salutogen tilnærming hjelpe pasienter å leve *med* sin sykdom (sitert i Larsen, 2012, s.48). Å hjelpe pasienter til å forstå sammenhengen mellom diagnosen og symptomene, kan i denne sammenheng være en viktig sykepleieroppgave. Profesjonell støtte kan tenkes å være god hjelp her, gjennom å forklare årsaken til at tungpust oppstår, og hvordan en skal handle ved akutt forverring. Av erfaring er denne typen problemstillinger ikke uvanlig, og forekommer på ulike arenaer - både hjemmetjenesten, sykehjem og sykehus. Enkle tiltak som for helsepersonell er en selvfølge – som at hjertesvikt pasienter bør ligge med hevet hjertebrett, at det kan være nødvendig med væske restriksjoner, å ha begrenset saltinntak og viktigheten av å ta medisiner til rett tid – er ikke nødvendigvis en selvfølge for pasientene. Dersom pasienten ikke forstår sammenhengen mellom tiltakene og problemene, kan tiltakene oppleves som meningsløse. Travelbee (1999, s.34) påpeker også viktigheten av å finne mening i tiltak som trengs for å holde sykdommen under kontroll, og at dette er selve kjerne i helsefremmende undervisning og veiledning. På en annen side tyder funn i studiene på at dagens tilnærming til hjertesvikt pasienter har som fokus å mestre akutt forverringer av sykdom, fremfor å være proaktiv og forebyggende. Nye signaler i samhandlingsreformen (St.meld. nr 47 (2008-2009) viser derimot at helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid skal styrkes i tiden fremover. Da gjenstår det å se om kortere liggetid på sykehus og styrkede kommunale tjenester bringer med seg mer mestring, helsefremming, myndiggjøring og sterkere brukervedvirkning.

---

<sup>2</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven se vedlegg 1

<sup>3</sup> Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere se vedlegg 1

Informantene i studien av Liljeroos et al. (2014) forteller at da de ikke får dekket behovet for kunnskap, hender det at de søker på internett, noe som kan gi skremmende svar. Ut ifra tallene i studien av Hildingh et al. (2007) som viser at så mange som 62.8% rapporterte en lav grad av OAS, er jeg ikke overrasket over at pasientene søker kunnskap og støtte andre steder. Travelbee (1999, s.257) uttrykker også at dette kan være et problem, og påpeker at helsepersonell kan ha en tendens til å gi ut brosjyremateriell og liknende, og overlate pasientene til seg selv. Dette strider imot det Nortvedt (2012, s.251) kaller for grunnleggende verdier i god sykepleie, nettopp at pasienten skal bli sett og hørt, og ikke måtte be om sykepleie. Et begrep som kan være aktuelt å nevne i denne sammenhengen er Health Literacy. Health Literacy handler om evnen til å forstå, få tak i og bruke informasjon i den hensikt å opprettholde eller fremme helse (Tveiten, 2012, s.182). Ingstad (2012, s.77) skriver at man som ansatt i helsevesenet møter man et mangfold av mennesker, med ulike forutsetninger for å forstå og mestre utfordringer relatert til sykdom og helsesvikt, som for eksempel lese- og skrive ferdigheter, eller evnen til å oppfatte eller forstå informasjon. Det å gi profesjonell støtte med bakgrunn i den enkeltes Health Literacy nivå kan være viktig når en skal hjelpe pasienter med hjertesvikt å mestre hverdagen, og for å hindre reinnleggelser etter utskrivelse fra sykehus.

I Studien av Hildingh et al (2007) kom det frem at pasienter med lav grad av OAS kunne føle seg hjelpeløse og maktesløse, samt ha vanskeligheter med å løse problemer. Maktbegrepet kan være interessant i denne sammenhengen. Molven (2014, s. 19) skriver at ut ifra verdiene som legges til grunn av samfunnet, er pasientens posisjon preget av autonomi, noe som innebærer at man selv har rett til å bestemme over temaer som angår oss selv. For at dette skal muliggjøres mener han at det kreves en maktoverføring – man må i større grad overføre makt til pasientene, ved å styrke deres posisjon i relasjonene de inngår i. Denne ideologien er ifølge Molven «Empowerment» - tenkningen, som den senere tid har blitt en viktig del av tilnærmingen til pasienter (Molven, 2014, s.19). At pasientene selv har makt og kontroll over faktorer i eget liv kan være en faktor for å oppleve mestring. Erfaringer fra praksis tilsier at pasienter setter pris på å bli erkjent som eksperter på eget liv, og at de ofte har klare tanker om hva som er mest utfordrende i hverdagen. På en annen side er det ikke nok å vite hva som er begrensningen – dersom en ikke har nok ressurser til å gjøre noe med problemet. Her kan sykepleierne være en resurs, gjennom å gi profesjonell støtte med bakgrunn i pasientens ønsker og erfaringer. At sykepleieren legger til rette for en relasjon som styrker pasientens makt og kontroll, kan tenkes å være en viktig form for støtte.

Informantene i studien av Liljeroos et al (2014) gav uttrykk for at hjertesvikt medførte en begrenset mulighet til å utføre dagligdagse gjøremål. Informantene i studien Burström et al (2011) uttrykket derimot takknemlighet for de tingene de greide å utføre i hverdagen, til tross for sykdommen. Disse funnene kan tyder på at enkelte opplever mer kontroll i hverdagen enn andre. Dette underbygger viktigheten av å ta hensyn til pasientens individuelle ønsker og mål, samt hvilke forutsetninger den enkelte har for å mestre sin hverdag ut i fra de ytre og indre ressursene vedkommende har tilgjengelig. Her kan man trekke inn maktbegrepet som nevnes tidligere. Ifølge Reitan (2014, s.160) kan nettopp kunnskap betraktes som makt fordi man er i besittelse av en ressurs som andre kan ha behov for. Som sykepleiere har man dermed en form for makt overfor pasientene, i form av kunnskap. Sett i slikt lys kan man styrke pasientens kontroll og makt, gjennom formidling av kunnskap: en maktoverføring. Å gi profesjonell støtte gjennom formidling av kunnskap kan tenkes å fremme mestring hos denne pasientgruppen.

## 5.2 Å ha et godt sosialt nettverk som kan bidra med praktisk hjelp

Studien av Burström et al (2011) viser at det å ha sosial nettverk rundt seg som kan bidra med blant annet praktisk hjelp i huset, var en vesentlig faktor for at informantene skal mestre hverdagen med hjertesvikt. Studiene av Liljeroos et al (2014) og Hildingh et al (2007) utnevner også nettopp nettverk og privat støtte som viktige psykososiale ressurser. Dette tyder på at privat støtte er vesentlig for mestringsmulighetene til pasienter med hjertesvikt. Renolen (2011, s. 154) skriver derimot at det finnes to innfallsvinkler for å vurdere denne formen for støtte: for det første må en vurdere den objektive tilgjengelige støtten som andre gir, og for det andre må en se personens subjektive opplevelse av støtten som mottas. Hun påpeker også at til tross for at en person har mange personer i sitt sosiale nettverk, er det ikke dermed sagt at disse oppleves som god støtte (Renolen, 2011, s.155). Det at privat støtte kan ha positiv og negativ påvirkning på pasientens mestringsmuligheter kommer også frem i artikkelen av Nahlén et al (2009). På en annen side skriver Eikeland et al (2013, s.228) at også sykepleiere kan gi sosial støtte til pasienten gjennom å forklare betydningen av støtte fra pårørende, og hjelpe pasienten til å henvende seg til nettverket. Å finne ut hvilke forventninger pasienten har når det gjelder støtte, hvilken sosial tilhørighet vedkommende befinner seg i, og hvem han har tillitt til er ifølge Reitan viktig informasjon i dette arbeidet (2011, s.96). Sett i slikt lys vil det å

kartlegge pasienten utover det medisinske aspektet kunne være en nyttig når sykepleiere skal fremme mestring. Sykepleieren kan også støtte pasienten ved å mobilisere nettverket.

### 5.3 Å bli sett og ivaretatt

Funn i studien av Hildingh et al (2007) viser at informantene opplevde signifikant høyere grad av privat støtte fra nettverket i tiden på sykehus enn to uker etter utskrivelse. Å bevisstgjøre nettverket om at pasienten har behov for støtte også etter utskrivelse fra sykehus kan derfor tenkes å være nyttig. På en annen side viser funn i studien av Kaasalainen et al (2013) at dersom pårørende skulle kunne være en god støtte for pasienten, trengte de selv å bli sett og ivaretatt av helsepersonell. Utsagn i studien av Liljeroos et al (2014) typer derimot på at pårørende ikke i tilstrekkelig grad blir ivaretatt. En pårørende hadde følgende utsagn: «No one asks how I feel in all of this» (Liljeroos et al, 2014, s.2933). Skal man legge Travelbees' definisjon på sykepleie til grunn (1999, s.29) ser man at sykepleierens oppgave også inkluderer å hjelpe pasientens familie med å mestre og finne mening i lidelse og sykdom. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere kapittel 3 påpeker også at sykepleieren skal vise respekt og omtanke for pårørende (Norsk sykepleierforbund, 2011). Sett i slikt lys vil det å gi profesjonell støtte til pårørende også være nyttig, slik at de ikke står i fare for å trekke seg unna fordi kravene overskriver deres tenkte mestringskompetanse. Praktiserfaringen fra hjemmetjenesten tyder på at pårørende kan være en uvurderlig ressurs for både pasienten, men også for helsepersonell, i arbeidet med hjertesviktpasienter. Det å vie ekstra oppmerksomhet mot deres ønsker og behov, kan være gunstig for å forebygge reinnleggelser på sykehus, samt bidra til at både pasient og pårørende mestrer hverdagen i det lange løp. Sykepleiere kan støtte pårørende gjennom at de blir sett, hørt og tatt hensyn til. Å kartlegge behov for økt hjelp i hjemme kan være gunstig.

Funn i studien av Liljeroos et al (2014) viser at både pasient og pårørende har behov for kontinuerlig støtte fra helsepersonell gjennom hele sykdomsforløpet, ikke kun i den begrensede tiden etter utskrivelse fra sykehus. Informantene påpekte også at det var vanskelig å komme på alt de lurte på under sykehusoppholdet, og at spørsmål dukket opp fortløpende i hverdagen (Liljeroos et al, 2014). Informantene i studien av Burström (2011) ønsket mulighet for å ringe sykehuset, gjerne en bestemt kontaktperson. Informanter i studien av Kaasalainen et al (2013) gav derimot uttrykk for at de ikke ønsket å være til bry med mindre det var



alvorlig. Sykepleierne kan her ha en viktig oppgave, gjennom å sørge for kontinuitet i sykdomsforløpet, og sørge for at pasienten blir sett og ivaretatt også etter utskrivelse fra sykehus. Et tett samarbeid med hjemmetjenesten kan være nyttig. Grov (2011, s.57) skriver at dersom sykepleieren skal kunne imøtekomme den enkeltes uttrykk og følelser, bør det forekomme en positiv relasjon. Videre nevner hun at en slik støttende relasjon vil ha positiv innvirkning på pasientens evne til å utvikle virksomme mestringsstrategier. En god relasjon til sykepleier ble også nevnt som en god støtteform i studien av Burström et al (2011). Sett i slikt lys vil en relasjon basert på det Travelbee kaller et menneske-til-menneske forhold være et godt alternativ. En god relasjon kan tenkes å gjøre terskelen for å søke veiledning lavere, også etter utskrivelse fra sykehus.

#### 5.4 Å møte andre i liknende situasjon

Informantene i studien av Liljeroos et al (2014) beskrev et behov for å dele byrden med andre i liknende situasjon. Renolen (2010, s.155) trekker også frem betydningen av såkalt likemannsstøtte, og mener at støttegrupper for mennesker med liknende erfaringer kan bidra til å vurdere og løse problemer, gjennom å se situasjonen fra en annen synsvinkel. I studien av Hildingh et al (2007) kom det frem at det å leve med hjertesvikt kunne medføre et endret syn på hvilke verdier i livet som var viktige, noe informantene ikke følte at nettverket kunne relatere seg til. Som nevnt innledningsvis er det nettopp dette som skiller likemannsstøtte fra den støtten helsearbeidere og forøvrig sosialt nettverk kan gi – en felles forståelse av en situasjon som de selv har personlig erfaring med. Praksiserfaringer tilsier at det å se at en ikke er alene i lidelsen, og komme ut i sosiale situasjoner med personer som sitter inne med de samme bekymringene og utfordringene som en selv, er godt med tanke på mestring. Utveksling av positive erfaringer med å mestre sykdom i hverdagen, kan også tenkes å bidra til læring og mestring. Sett i slikt lys vil likemannsstøtte kunne være en viktig ressurs i arbeidet mot å mestre hverdagen. For å støtte pasienten kan sykepleiere opplyse om tilbudene som finnes, og henvise vedkommende til for eksempel hjertekurs og støttegrupper for hjertesviktspasienter.

## 5.5 En individuell tilnærming

For å oppleve mestring, la informantene i studien av Kaasalainen et al (2013) vekt på ønske om individuell tilnærming. Informantene i studien av Liljeroos et al (2014) underbygger dette, og uttrykket også et ønske om mer støtte og interaksjon med helsepersonell. Denne tankegangen er ikke ny. Hippokrates (ca.400 år f.Kr.) hadde et utsagn om nettopp dette;

*«Viktigere enn å vite hvilken sykdom et menneske har, er det å vite hvilket menneske som har sykdommen»* (sitert i Ingstad, 2014, s.55).

Med begrenset liggetid, flermannsrom og en travel timeplan har jeg erfart at dette i praksis kan være en utfordring. Ingstad (2014, s.145) skriver at en faktor som kan ha negativ innvirkning på pasientens mulighet til individuell tilnærming er institusjonen. Ingstad (2014, s.145) skriver at institusjonalisering kan forklares som den prosessen der atferdsmønster bringes inn i faste former, og adferdsmønsteret blir rutiner eller standardisert. Videre nevner hun at institusjonalisering kan føre til umyndiggjøring av pasienter, gjennom lite privatliv, faste rutiner, fratakelse av personlige kjennetegn og stor avstand mellom personalet og beboere/pasientene. Som nevnt innledningsvis er en forutsetning for å fremme mestring hos pasienter at man ser og forstår de ulike konsekvensene sykdommen medfører for den enkelte, og understøtter deres ressurser. Å tenke hvilke muligheter en har innad i institusjonen, som for eksempel bruk av grupperom, kan være nødvendig. En annen faktor som kan påvirker muligheten for en individuell tilnærming er kultur. Ingstad (2014, s. 19) skriver at kultur som kan forstås som de ferdigheter, oppfatninger og væremåter personer tilegner seg gjennom å være medlem i et samfunn. En kultur på sykehus kan for eksempel være preget av effektivitet fremfor rehabilitering (Ingstad, 2014, s.19). Å være bevisst på egen verdier og holdninger overfor pasienten kan være nyttig dersom en skal utføre pasientsentrert sykepleie, og være en god støtte for pasienten.

## 5.6 Valg og bruk av mestringsstrategier

Informantene i artiklene benyttet seg av ulike mestringsstrategier for å mestre hverdagen med hjertesvikt. En strategi som nevnes i studien av Burström et al (2014) var å lytte til musikk for å ikke tenke på sykdommen. Ut ifra beskrivelsen overfor er dette en emosjonsfokuset mestringsstrategi, som kan brukes for å distansere seg fra problemer og situasjoner.

Mestringsstrategier som ble nevnt i studien av Kaasalainen et al (2013) var å utføre ulike øvelser for å bygge opp kapasiteten for videre fysisk aktivitet, utføre vektmålinger, følge restriksjoner knyttet til salt- og væske inntak samt å ta regelmessige blodtrykksmålinger. Dette kan sees som problemfokuserte mestringsstrategier, da det blant annet handler om å endre livsstil og rutiner, samt å gjøre noe med årsaken til selve problemet. Slike problemfokuserte strategier viste seg i studien av Nahlén et al (2009) å ha god effekt på hjertesviktpasienter mestringsmuligheter. Ut ifra dette ser man at pasienter kan benytte seg av ulike mestringsstrategier i hverdagen. Renolen (2010, s.150) skriver at pasienter gjerne veksler mellom de ulike strategiene, og påpeker at den ene mestringsstrategien ikke er bedre enn den andre, men at de utfyller hverandre og er like viktige. Det å bevisstgjøre pasienten om at det finnes ulike mestringsstrategier og hva disse innebærer, kan tenkes å bidra til å understøtte pasientens mestringssevne, og hjelpe vedkommende til å velge hensiktsmessige strategier. Mestringsstrategien vil da kunne være en ressurs for pasienten, og bidra til at situasjonen blir mer håndterbar. Skal man se dette i lys av Antonovskys teori (siteret i Renolen, 2010, s.152), vil nettopp det å gjøre situasjonen håndterbar bidra til mestrings og en opplevelse av sammenheng.

Informantene i studien av Burström (2011) gav uttrykk for at det å se at kroppen kunne fungere til tross for sykdom, for eksempel ved å delta på treningsopplegg tilpasset deres nivå, gav en følelse av mestrings i hverdagen (Burström et al, 2011). Dette kan være en problemfokuseret mestringsstrategi. Praksiserfaringer fra hjerteavdelingen tilsier at treningsprogram kan fremme mestrings gjennom at en utfordrer seg selv og får delta i en sosial setting. At det finnes tiltak som har positiv innvirkning på hjertesviktpasienten var godt og se, da flertallet av artiklene rapporterer de negative sidene ved hjertesvikt - som sorg over en forfallende kropp og sosial isolering. Antonovskys begrep *meningsfullhet* handler om å oppleve mestrings gjennom å være deltakende og engasjert i eget liv (siteret i Renolen, 2010, s.152). Å utfordre seg selv gjennom treningsprogram være en strategi for at situasjonen skal oppleves som meningsfull. Å ta hensyn til kroppens kapasitet og hvile, fordele kreftene og ta ting i eget tempo blir derimot påpekt som viktig (Burström, 2014). Sykepleierne kan støtte pasienten ved å bevisstgjøre vedkommende om hvilke tilbud som finnes, og eventuelle forholdsregler en skal ta hensyn til.

## 6.0 Avslutning

Arbeidet med hjertesvikt pasienter krever kunnskaper hos sykepleiere. For å fremme mestring kreves det at man er faglig oppdatert om sykdommen, og det kan være nødvendig å kartlegge pasientens ressurser med hensyn til mestring, nettverk og egenomsorg. Det å gi kontinuerlig profesjonell støtte gjennom undervisning og veiledning vil kunne danne grunnlag for best mulig grad av egenomsorg. Å gi pasienten støtte og oppmuntring til å mestre sykdommen, gjennom å se utfordringer istedenfor problemer, kan være en viktig faktor. Støtte fra helsepersonell kan også bidra til å velge hensiktsmessige mestringsstrategier, og derigjennom bidra til mestring.

For å mestre hverdagen ønsker pasienter og pårørende en individuell tilnærming og kontinuerlig støtte og oppfølging fra helsepersonell. Å ha et godt sosialt nettverk kan bidra med sosial støtte og praktisk hjelp i hjemmet. Sykepleiere kan støtte pasienten ved å hjelpe vedkommende til å henvende seg til sitt sosiale nettverk. Å møte andre i liknende situasjon, gjennom å delta i støttegrupper eller treningsprogram for hjertesyke, kan fremme mestring. Likemannsstøtte kan også bidra til å se situasjonen fra en annen synsvinkel. For at støtte skal fremme mestring må derimot støtten oppleves riktig der og da og den må være relevant i forhold til de utfordringene pasienten står overfor. Å ha en god relasjon til helsepersonell, følelsen av å bli sett og ivaretatt samt å ha en opplevelse av tilhørighet i samfunnet har vist seg å være viktige faktorer når det gjelder støtte og mestring.

Funn i studiene tyder på at det er behov for økt oppmerksomhet rundt pasientens behov for kunnskaper om egen diagnose. Pasientens behov for undervisning og veiledning, samt viktigheten av å etablere et støttende miljø rundt pasienten er derfor noe sykepleiere som arbeider med denne pasientgruppen bør være oppmerksom på. Gjennom sykepleierutdannelsen legges det stor vekt på å reflektere over problemstillinger som dukker opp underveis. Å reflektere over egen tilnæringsmåter til pasienter, og hvorvidt man tar hensyn til den enkeltes ressurser og forutsetninger for å mestre sykdommen kan være nødvendig for å utøve pasientsentrert sykepleie.

Mer forskning og økt fokus på området kan bidra til en dypere forståelse, og forbedring av sykepleiepraksis.

## Litteraturliste

- Alspach, J.G. (2015). Heart Failure and Low Health Literacy: Mitigating This Lethal Combination. *Critical care nurse*, 35(3), 10-14 5p. doi: 10.4037/ccn2015734.
- Bastøe, L-K. H. (2011). Reaksjoner og strategier i bearbeiding av sykdom og skade. I I.M. Holter & T.E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (4.utg., s.81-104). Oslo: Akribe
- Brataas, H.V. (2011). Pasientsentrert sykepleiepedagogisk praksis. I H. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis: Pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (1.utg., s.31-52). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Burström, M., Brännström, M., Boman, K., & Strandberg, G. (2011). Life experiences of security and insecurity among women with chronic heart failure. *Journal Of Advanced Nursing*, 68(4), 816-825 10p. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05782.x
- Dalland, O (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2013). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (s.65-81, 5.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eikeland, A., Haugland, T., & Stubberud, D-G. (2013). Sykepleie ved hjertesykdommer. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s.207-245). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Falk, H., Ekman, I., Anderson, R., Fu, M., Granger, B. (2013). Older Patients' Experience of Heart Failure – An Integride Literature Review. *Journal of nursing Scholarship*, 45(3): 247 – 255 9p.
- Forsberg, C., & Wengströ, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur og Kultur
- Fållun, N., Instenes, I., & MNorekvål, T. (2013). Hjertesvikt krever spesialkompetanse. *Sykepleien forskning* 101(13):68-70. doi: 10.4220/sykepleiens.2013.0127.
- Grov, E.K. (2011). Å bli pasient og hjelpetrengende. I I.M. Holter & T.E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – Sykepleieboken 1* (4.utg., s. 51-80). Oslo: Akribe
- Helsedirektorater (2009). *Nasjonale retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer*.

- Hilding, C., Fridlund, B., & Baigi, A. (2007). Sense of coherence and experience of social support and mastery in early discharge period after an acute cardiac event. *Journal of Clinical Nursing*, 17(10), 1303-1311 9p. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01892.x
- Ingeberg, M.H., Tallaksen, D.W., & Eide, B. (2006). *Mentale knagger – En innføring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Akribe
- Ingstad, K. (2014). *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kaasalainen, S., Strachan, P.H., Heckman, G.A., D'Elia, T., McKleive, R.S., McAinay, C., Stolee, P., Horst, M.L., Kelley, M.L. & Demers, C. (2013). Living and dying with heart failure in long-term care: experiences of residents and their family members. *International Journal Of Palliative Nursing*, 19(8), 375-382 8p.
- Kunnskapssenteret.no (2015). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 18.Januar.2016 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Larsen, T. (2012). Helgebegrepet i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (s. 45-56). Bergen: Fagbokforlaget.
- Liljeroos, M., Ågren, S., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2014). "Perceived caring needs in patient-partner dyads affected by heart failure: A Qualitative study". *Journal Of Clinical Nursing*, 23(19/20), 2928-2938 11p. doi: 10.1111/jocn.12588.
- Mikkelsen, J. & Hage, I. (2011). Prosesskunnskap i sykepleie. I I.M. Holter & T.E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (4.utg, s. 247-265). Oslo: Akribe.
- Molven, O. (2014). *Sykepleie og jus* (4.utg). Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2013). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I H. Almås, D-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s.17-32). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nahlén, C. & Saboonichi, F. (2009). Coping, sense of coherence and the dimensions of affect in patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 9(2): 118 25- doi:10.1016/j.ejcnurse.2009.22.006.
- Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICN etiske regler*. Rev. utg. Hentet 27. Januar. 2016 fra [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2.Juli 1999 nr 63*. Hentet 27.01.2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Ranhoff, A.H. (2010). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (s.137-147). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Reitan, A.M. (2011). Mestring. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie* (3.utg.,s.74- 107). Oslo: Akribe.

Renolen, Å. (2010). *Forståelse av mennesker – innføring av psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget

Rotegård, A.K. & Solhaug, M. (2011). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I I.M. Holter & T.E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (4.utg. s. 190-212). Oslo: Akribe

Shao,J-H., Chang, A.M., Edwards, H., Shyu, Y.-I.L., & Chen, S.-H. (2013). A randomized controlled trial of self-management programme improves health-related outcomes of older people with heart failure. *Journal of Advanced Nursing* 69(11), 2458-2469. doi: 10.1111/jan.12121

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (6.opplag, 2011). Oslo: Gyldendal Akademisk

Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (s. 173-193). Bergen: Fagbokforlaget.

Tveiten, S. (2009). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Juridisk rammeverk

*Pasient- og brukerrettighetsloven (1999)* har som formål å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet, samt å fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasient og brukers liv, integritet og menneskeverd (*Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-1*).

§3-2: Pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand.

§3-3: Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Personellet skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene (*Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999*).

*Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* er en rekke retningslinjer som beskriver sykepleierens profesjonsetikk og de forpliktelsene som tilligger god sykepleiepraksis. Retningslinjene bygger på prinsippene i ICNs etiske regler, og menneskerettighetene slik de kommer til uttrykk i FNs menneskerettighetserklæring (*Norsk Sykepleierforbund, 2011*).

1.1. Sykepleie skal bygges på forskning, erfaringskunnskap, kompetanse og brukerkunnskap.

1.4. Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis.

2.1 Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom.

2.4. Sykepleieren fremmer pasientens mulighet for å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått.

3.0. Sykepleieren bidrar til at pårørendes rett til informasjon blir ivaretatt (*Norsk Sykepleierforbund, 2011*).



## Vedlegg 2: Litteratursøk

### Søk i CINAHL

04. Januar, 2016

Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Artikler lest	Relevante artikler
“Empowerment” “Heart failure” “Nursing”	Fulltekst 2011-2015	3	3	Ingen
“Empowerment” “Heart failure”	Fulltekst 2011-2015	13	4	Ingen
“Nursing” “Heart failure” “Health literacy”	Fulltekst 2011-2015	5	3	“Older patients’ Experiences of Heart Failure – An interactive Literature Review” (Falk, Ekman, Anderson, Fu & Granger, 2013).  “Heart Failure and Low Health Literacy: Mitigating This Lethal Combination” (Alspach, 2015).
“Social support” “Heart failure” “Nursing”	Fulltekst 2011-2015	21	6	“Life experiences of security and insecurity among women with chronic heart failure” (Burström, Brännström, Boman & Strandberg, 2011).  “Self-care Behavior of Patients with Heart Failure” (Jaarsma, Abu-Saad, Dracup & Halfens, 1999).
“Health promotion” “Heart failure” “Nursing”	Fulltekst 2011-2015	14	3	“An integrative review of interventions promoting self-care of patients with heart failure” (Barnason, Zimmerman & Young, 2012).
“Chronic heart failure” “Quality of life” “Nursing”	Fulltekst 2011-2015	34	4	“Factors affecting quality of life in Korean patients with chronic heart failure” (Chu, Lee, Yoo, Kim, Ko, Oh, Lee, Choi, Cheon, Shim & Kang, 2014).

Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Artikler lest	Relevante artikler
---------	-------------	--------------	---------------	--------------------

“Heart failure” “Qualitative – research” “Partner”	Fulltekst 2011-2015	3	3	“Perceived caring needs in patient-partner dyads affected by heart failure: A qualitative study” (Liljeroos, Ågren, Jaarsma & Strömberg, 2014)
“Heart failure” “Nursing education”	Fulltekst 2011-2015	220	0	
“Heart failure” “Nursing education” “Self-care”	Fulltekst 2011-2015	49	4	“A randomized controlled trial of self-management program improves health-related outcomes of older people with heart failure” (Shao, Chang, Edwards, Shyu & Chen, 2013).
“Support” “Chronic heartfailure” «Qualitative research»	Fulltekst 2011-2015	13	2	“Life experiences of security and insecurity among women with chronic heart failure” (Burström, Brännström, Boman & Strandberg, 2011).

### 05. Januar, 2016

### 10. Januar, 2016

Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Artikler lest	Relevante artikler
«Coping strategies» «Heart failure»	Fulltekst 2010-2015	8	2	«Subjective Well-being in Heart Failure Patients: Influence of Coping and Depressive Symptoms» (Pérez-García, Oliván & Bover, 2013).
“Heart failure” “Education” “Self-management or self care”	Fulltekst 2010-2015	34	4	
“Heart failure management” “nurses role”	Fulltekst 2010-2015	19	3	«Managing Patients With Heart Failure: A Qualitative Study of Multidisciplinary Teams With Specialist Heart Failure Nurses” (2015).

### 12. Januar, 2016

Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Artikler lest	Relevante artikler
“Cronic heart failure” “Health – communication” “Nursing”	Fulltekst 2011-2015	2	2	“Living and dying with heart failure in long-term care: experiences of residents and their family members» (Kaasalainen, Strachan, Heckman, D’Elia, McKleive, McAiney, Stolee, Horst, Kelley & Demers, 2013).

15. Januar, 2016

Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Artikler lest	Relevante artikler
«Heart failure» «Support» “Nursing»	Fulltekst 2010-2015	54	10	« <i>Cost-effectiveness of a nurse-led education and psychosocial programme for patients with chronic heartfailure and their partners</i> ” (Ågren, S., S Evangelista, L., Davidson, T., & Strömberg, Å., 2013).  “ <i>Improvement of self-care behaviors after a nursing educational intervention with patients with heartfailure</i> ” (Montes-Muñoz et al, 2012).
«Peer support» «Heart failure»	Fulltekst 2010-2015	5	3	“ <i>Social support and self-care behaviors in individuals with heart failure: An integrative review</i> ” (Graven, L.J., & Grant, L.S., 2014).
«Nursing» “Heart failure» «Professional support»	Fulltekst 2010-2015	6	2	“ <i>Life experiences of security and insecurity among women with cronic heart failure</i> ” (Burström, Brännström, Boman & Strandberg, 2011).

## Søk i Cochrane

15. Januar, 2016

Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Artikler lest	Relevante artikler
«Heart Failure»	Tittel, Abstract, Keywords	173	0	For vidt søk
«Heart failure» “Nursing” “Support”	Tittel, Abstract, Keywords	9	3	Ingen
«Heart failure” “Patient education”	Tittel, Abstract, Keywords	6	3	« <i>Home-based versus center-based cardiac rehabilitation</i> ” (Taylor, Dalal, Jolly, Zawada, Dean, Cowie & Nortan, 2014).

## Søk i PubMed

15. Januar, 2016 og 16. Januar, 2016

Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Artikler lest	Relevante artikler
“Heart Failure”, «Sense of coherence” “Coping strategies”	2011-2015	13	4	<i>«Sense of coherence and experiences of social support and mastery in the early discharge period after an acute cardiac event” (Hildingh, Fridlund &amp; Baidi, 2007).</i>  <i>“Coping, sense of coherence and the dimensions of affect in patient with chronic heart failure” (Nahlén &amp; Saboonchi, 2009).</i>

### Inkluderingskriterier

- Sykepleiefaglig forskning
- Trykket i anerkjent tidsskrift
- Hovedsak nyere enn 2010
- Vestlig bakgrunn
- Omhandle begrepene mestring og støtte
- Pasienter uten kognitiv svikt
- Voksne pasienter med diagnosen kronisk hjertesvikt
- Godkjent av etisk komité