



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	16-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	24-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 329

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9687

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 38

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

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

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Åpen hjertekirurgiske pasienters opplevelse og erfaringer
med preoperativ informasjon – ett systematisk
litteraturstudie

Open heart surgery patient's experience with preoperative
information – a systematic literature study

Kandidatnummer 329

Sjuepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

24.05.2019

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Dikt:

Informer meg, og jeg glemmer

Vis meg, og jeg husker

Involver meg, og jeg skjønner

(kinesisk ordtak)

Abstract

Title: Open heart surgery patient's experience with preoperative information – a systematic literature study

Background: In conjunction with open heart surgery, all people, regardless of age, gender, life situation and heart surgery, may experience psychological reactions. Approximately 11% experience anxiety symptoms and 30-40 % experience symptoms of depression immediately before and after coronary artery bypass graft surgery. Studies have shown that preoperative information can lead to reduced length of stay, increased understanding of treatment, improved patient experience and other postoperative outcomes in form of physical and psychological reactions.

Core question: «Does preoperative information affect psychological reactions in patients undergoing open heart surgery? If so, what is the best way to implement preoperative information in nursing practice to reduce psychological reactions?»

Purpose: The purpose of this literature study is to explore whether preoperative information has an impact on anxiety and depression, and to find the best way to present preoperative information to reduce psychological reactions.

Method: This literature study has systematically collected data, information and knowledge in order to shed light on the issue and merged it into a complete text. The health care databases PudMed, MedLine, Cinhal and Web of Science were used for the literature search. Based on inclusion and exclusion criteria, five quantitative research articles were used.

Results: Several studies pointed out that preoperative information had impact on anxiety and depression. Another study had opposite findings, and believed that patients' daily lives, living conditions and finances could affect the anxiety and depression symptoms. The majority of patients who received detailed individual information were most satisfied and had lower anxiety and depression scores than the patients who did not receive the same information. In summary, the majority wanted the nurses to be present and answer questions. Good relationships and trust made the patients feel more assured and prepared for the surgery.

Conclusion: Preoperative information has an impact on anxiety and depression. The way nurses can give this information to reduce psychological reactions associated with open heart surgery remain individual. Patients are most satisfied with individualized information, and a combination of verbal and written information. This requires that the nurse and patient develop a good relationship and get to know each other and use the time that is needed to do so. Nevertheless, it is important to be critical of whether there is enough time and resources to do this.

Keywords: Prevent* (prevention), pre-operative, postoperative, information, thorax surgical, cardiac, heart, surgery, patient Education as Topic/, effect, anxiety, depression, heart surgery, cardiac surgery, postoperative, nursing care and preoperative care. All the keywords were combined differently and put together by “AND” or “OR”.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for tema.....	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensning.....	2
1.4 Hensikten med litteraturstudiet	2
2.0 Teori.....	3
2.1 Preoperativ fase	3
2.2 Preoperativ informasjon	3
2.3 Kommunikasjon.....	5
2.4 Relasjon	5
2.5 Veiledning og didaktikk.....	6
2.5.1 Didaktisk tenkemåte og didaktisk relasjonsmodell.....	7
2.6 Angst.....	7
2.7 Depresjon	8
2.8 Kartleggingsverktøy for angst og depresjon	9
2.9 Sykepleieteori: Joyce Travelbee.....	10
3.0 Metode	11
3.1 Hva er metode?	11
3.2 Litteraturstudie som metode.....	12
3.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier	12
3.4 Population Intervention Comparison Outcome (PICO)	12
3.5 Framgangsmåte og søkestrategi	13
3.7 Ulike forskningsmetoder:	13
3.6 Kildekritikk.....	14
3.7 Ethiske overveielser.....	14

4.0 Resultat:	14
4.1 Har preoperativ informasjon effekt på psykiske reaksjoner i forbindelse med åpen hjertekirurgi?	15
4.2 Hvilken informasjon ønsker pasientene seg og på hvilken måte ønsker de informasjonen?	16
5.0 Diskusjon	18
5.1 Angst og depresjon hos hjertekirurgiske pasienter	18
5.2 Betydning av preoperativ informasjon	20
5.3 Implementering av preoperativ informasjon for å redusere psykiske reaksjoner	21
5.3.1 Betydning av relasjon og tillit	21
5.3.2 Hvordan sykepleiere bør informerer	24
6.0 Konklusjon	27
7.0 Referanseliste	28
Vedlegg I: PICO skjema	I
Vedlegg II: Søkehistorikk	III
Vedlegg III: Litteratormatrise	v

1.0 Innledning

Ifølge Norsk Hjertekirurgiregister & Norsk Thoraxkirurgisk Forening (2018) ble det ved norske sykehus gjennomført totalt 3609 hjertekirurgier uavhengig av alder og kjønn. Av disse gjennomgikk 3197 pasienter åpen hjertekirurgi. Både de elektive (planlagte) og de akutte pasientene kan oppleve høye nivåer av psykiske reaksjoner som stress, angst og depresjon. Dette gjelder både preoperativt, postoperativ og i et langtidsperspektiv etter utført hjertekirurgi. Tully & Baker (2012, s. 198) anslår at ca 11% opplever angstsymptomer og 30-40% opplever depresjonssymptomer umiddelbart før og etter ACB-kirurgi (aorta-coronar-bypass kirurgi).

De psykiske reaksjonene kan skape økte komplikasjoner som arytmier og hjerteinfarkt, hindret eller redusert rehabiliteringsprosess og en lengre rekonvalesenstid. I verste fall kan det føre til økt sykkelighet og død (Tully & Baker, 2012, s. 200-203).

Symptomene og komplikasjonene knyttet til psykiske reaksjoner vil være nødvendig å kartlegge og forebygge så tidlig som mulig. Enkle forebyggende tiltak for den hjertekirurgiske pasienten kan være å gi nødvendig og grundig informasjon både skriftlig og verbalt, svare på spørsmål og vise at du stiller opp. Guo, East & Arthur (2012, s. 132-133) har vist at preoperativ informasjon kan føre til noe redusert liggetid, økt forståelse for behandlingen, samt forbedret pasientopplevelse og postoperative utfall i form av fysiske og psykiske reaksjoner, som blant annet smerte og angst.

1.1 Bakgrunn for tema

Etter å ha vært i praksis på thorax-kirurgisk sengepost ved Haukeland Universitetssykehus fikk jeg gjort meg flere erfaringer ved å observere og være tilstede for pasienter som kviet seg for å gjennomgå åpen hjertekirurgi. Pasientene mottok varierende informasjon ut fra hvem som var på jobb og hadde mest kunnskap. Noen pasienter hadde forberedt seg bedre til «den store dagen», enn det andre hadde. Enkelte hadde lest gjennom informasjonen tilgjengelig på internett, mottatt informasjonsskriv og opplevelser av andres erfaringer. På «den store dagen» var det flere pasienter som uttrykte følelser i form av sinne, sorg og taushet. Andre distanserte seg fra situasjonen, innså ikke hva de skulle gjennomgå og følte de mistet kontrollen over seg selv. I tillegg fikk enkelte økte somatiske symptomer som hjertebank, åndenød og svetting. Etter å ha lest i pensumlitteraturen kan dette ha sett ut som former for mer alvorlige psykiske

reaksjoner som blant annet angst og depresjon. Tanker jeg gjorde meg i ettertid av disse situasjonene var knyttet opp mot hva jeg kan gjøre for å forbedre deres pasientopplevelse og hva som kunne påvirke symptomene.

1.2 Problemstilling

På bakgrunn av den høye forekomsten, relevansen og interessen for temaet rundt psykiske reaksjoner i forbindelse med åpen hjertekirurgi, ønsker jeg å belyse viktigheten av preoperativ informasjon. Det er et viktig dagsaktuelt tema som er overførbart til andre kirurgiske pasienter og som det bør utvikles mer kunnskap rundt.

Problemstillingen blir som følgende:

«Har preoperativ informasjon effekt på psykiske reaksjoner hos pasienter som skal gjennomgå åpen hjertekirurgi? I så fall, på hvilken måte kan preoperativ informasjon best implementeres i sykepleiepraksis for å redusere psykiske reaksjoner?»

1.3 Avgrensning

Psykiske reaksjoner er en overordnet gruppe som blant annet innebærer psykisk stress, angst og depresjon. I forbindelse med åpen hjertekirurgi kan alle mennesker uansett alder, kjønn, type hjertekirurgi og livssituasjon oppleve nivåer av psykiske reaksjoner. Litteraturstudiet avgrenses til fokus på om preoperativ informasjon¹ gir effekt på angst og depresjon ved somatiske sykehus, uavhengig av kjønn og type åpen hjertekirurgi. Basert på pasientenes symptomer kan angst og depresjon inndeles i ulike kategorier og alvorlighetsgrader ut fra diagnosesystemet ICD-10. Dette vil ikke bli vektlagt videre i litteraturstudiet (Hummelvoll, 212, s. 199-200; Snoek & Engedal, 2017, s. 108-109). Personer under 18 år får ofte annen type oppfølging på barne- og ungdomsavdeling og vil derfor ikke inkluderes.

1.4 Hensikten med litteraturstudiet

Til tross for utviklingen av vitenskap og teknologi, forsetter hjertekirurgi å bli ledsaget av komplikasjoner som øker sykkeligheten og dødeligheten. Både stress, angst og depresjon er risikofaktorer for å utvikle hjerteinfarkt, ustabil angina pectoris og kan i verste fall være dødelig (Tully & Baker, 2012, s. 200-203). Hensikten med litteraturstudiet er undersøke om

¹ Litteraturstudiet bruker begrepet «informasjon» som en fellesbetegnelse for informasjon, veiledning og undervisning.

preoperativ informasjon har effekt på angst og depresjon. Videre undersøkes det på hvilken måte preoperativ informasjon best kan legges fram for å redusere psykiske reaksjoner.

2.0 Teori

2.1 Preoperativ fase

Den preoperative fasen betyr foran (før) og er den tiden fra det blir tatt en endelig beslutning om å utføre et bestemt kirurgisk inngrep, til pasienten blir operert. Lengden og varigheten på denne fasen vil variere på grunn av de ulike formene for åpen hjertekirurgi og om det er en elektiv eller akutt situasjon (Stubberud, Grønseth & Almås, 2017, s. 309-311). I den preoperative fasen vurderes pasientens tilstand gjennom ulike observasjoner og undersøkelser. Et felles mål for fasen er å sikre at pasienten har så mange positive helsefaktorer som mulig for å skape et godt pasientforløp og en god opplevelse (Holm & Kummeneje, 2009, s. 21).

For pasienter flest er det å gjennomgå et kirurgisk inngrep en ny situasjon som medfører psykisk og fysisk stress. Disse påkjenningene omtales som kirurgisk stressrespons og er svært individuelle. Kirurgisk stressrespons påvirker den pre- og postoperative fasen og kan for pasienten gi komplikasjoner i form av økt belastning på hjertet og nedsatt tarm-, lunge- og nyrefunksjon. Dette kan gi kvalme, oppkast, smerter, engstelse og forstyrrelse i søvn-, eliminasjon- og ernæringsmønster. Disse faktorene kan virke stressende på pasienten og forveksles med angst og depresjon (se punkt 2.6 og 2.7) (Knutstad, 2015, s. 38-39).

For å forebygge stressfaktorer og komplikasjoner perioperativt² og i et langtidsperspektiv etter utført kirurgi er den preoperative sykepleien viktig. Sykepleieren i den preoperative fasen har som ansvar å forberede pasienter fysisk og psykisk på situasjonen og utføre omsorg og hjelp gjennom støtte, veiledning og informasjon (Stubberud et al., 2017, s. 309-311).

2.2 Preoperativ informasjon

Sykepleieren skal i forkant av kirurgien gjennomgå og forberede pasienten på hva som skal skje og hva som er planlagt gjennom forløpet. Dette skjer gjennom informasjon, veiledning

² Prosessen før, under og etter gjennomgått kirurgi (Stubberud et al., 2017, s. 309-311).

og undervisning (Stubberud et al., 2017, s. 320). Pasienten har rett til informasjon fra helsepersonell om innsikt i egen tilstand, forberedelse, behandling og eventuelle komplikasjoner. Dersom pasienten uttrykker et ønske om å ikke informeres eller det kan gi alvorlig helseskade, skal informasjon unnlates (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2).

Informasjon kan uttrykkes i ulike former, men handler samlet sett om å opplyse og formidle kunnskap (Tveiten, 2008, s. 68). De viktigste elementene i preoperativ informasjon på sykehuset er informasjon om kirurgien, anestesian, oppvåkningsfasen samt forventede komplikasjoner. Informasjonen bør også inkludere viktigheten av hoste- og pusteøvelser, smerte, medikamenter, mobilisering, ernæring og eliminasjon. For pasienter som skal gjennomgå åpen hjertekirurgi bør man forberede de på at det vil bli lagt inn eventuelle utstyr, som eksempelvis i denne situasjonen er dren, temporære pacemaker tråder og urinkateter. Pasient og eventuelt pårørende (dersom de er tilstede) bør oppmuntres til å prate om følelser, reaksjoner og den postoperative fasen for å unngå bekymring. For å unngå at det blir for mye informasjon på samme tid, kan det deles opp i flere bolker (Holm & Kummeneje, 2009, s. 47).

Informasjon kan redusere pasientenes frykt og engstelse slik at man kjenner seg mer trygg og klar for situasjonen. Blant annet kan flere profesjoner med ulik kunnskap og faglig bakgrunn være til hjelp for å gi tilstrekkelig og tverrfaglig informasjon. På den andre siden kan flere mennesker og profesjoner å forholde seg til gi økt forvirring. Informasjon fra kirurger, anestesipersonell og sykepleiere øker pasientenes generelle tilfredshet og deltakelse i behandlingsopplegget postoperativt. Godt planlagt, strukturert, kort og presis informasjon er derfor nødvendig. Ved å bruke åpne spørsmål og utsagn som støtter pasientenes følelsesmessige opplevelse kan pasienter i større grad bidra i samtalen (Stubberud et al., 2017, s. 320-321).

I forhold til hvordan preoperativ informasjon legges fram, kan sykepleiere benytte ulike metoder for å forsterke budskapet og innholdet. Bruk av brosjyrer, video og illustrasjoner kan øke forståelsen og kunnskapsnivået for pasienten og trolig redusere engstelsen preoperativt. Informasjonen bør gis når pasienten føler seg klar, sykepleieren har tid og det ikke utføres andre gjøremål samtidig. Enkelte pasienter synes det er betryggende å ha pårørende tilstede, og sykepleiere skal forholde seg til og respektere dette (Stubberud et al., 2017, s. 320-321).

2.3 Kommunikasjon

Begrepet kommunikasjon stammer fra det latinske ordet *communicare*, som betyr å gjøre noe felles, ha en forbindelse med og delaktiggjøre en annen (Eide & Eide, 2007, s. 17). Samlet sett handler det om å formidle, dele ideer og informasjon via verbal eller non-verbal kommunikasjon (Allott, 2018). I den verbale kommunikasjon vil det å stille spørsmål, speile følelser, bruke pauser, oppmuntre og sammenfatte ord være sentralt (Eide & Eide, 2007, s. 24). I motsetning er nonverbal, ikke-verbal, ikke-språklig kommunikasjon, noe som viser til kommunikasjon uten bruk av ord (Svartdal, 2017). Det er et responderende språk, hvor det er spesielt viktig å ha en god relasjon for å forstå hverandre. Øyekontakt, håndbevegelser, berøringer, stillhet, kroppsholdning og ansiktuttrykk er viktig (Eide & Eide, 2007, s. 24).

Kommunikasjonen vi bruker i det daglige er ikke den samme som den vi bruker i forholdet til pasienter og pårørende. Sykepleiere vil i større grad ha fokus på personorientert kommunikasjon og muligheten til å skape relasjoner. I personorientert kommunikasjon legges det vekt på at den andre skal anerkjennes som en unik person, lytte aktivt og forsøke hva den andre opplever (Landsem, 2018). Blant annet kan verbalisering stimulere til å sette ord på følelser, tanker, konflikter og opplevelser som kan være til hjelp for å finne meninger og se sammenhenger (Strand, 1990, s. 116).

2.4 Relasjon

Kommunikasjon er en god måte å skape trygghet og tillit på. Det kan være et godt hjelpemiddel for å bygge opp relasjonen, slik at pasienten klarer å dele tanker og følelser. Fra et helseperspektiv kan begrepet relasjon forstås om den enkelte hjelpers forhold til pasient og pårørende. I det daglige kan det relateres mer til forhold, kontakt og forbindelse mellom mennesker. Samhandlingen og relasjonen mellom pasient og sykepleier er noe som kan være avgjørende for behandlingsresultatet og påvirke opplevelsen av å være på sykehus (Eide & Eide, 2007, s. 17 og 140).

I all relasjon er tillit bærebjelken. Tillit er tidkrevende og bygges opp ved gjentatte tillitsvekkende handlinger. Ofte krever det mer enn et kort møte for at pasienten skal kunne åpne seg, tørre å stille spørsmål og meddele egne problemer. Mennesker som viser seg som omsorgsfulle, trygge og kunnskapsrike er ofte de man skaper en god relasjon og tillit til. For å etablere tillit og relasjon mellom pasient og sykepleier er menneskeinteresse et sentralt element. Menneskeinteresse handler ikke bare om en sykdom ved innleggelse, men et liv fylt

med 24 timer som utgjør pasientens livssituasjon. Dersom sykepleieren kommer i posisjon til å veilede, er det viktig å kjenne de viktigste elementene i hverdagen til pasienten. Først da kan man se pasientens totalsituasjon og engasjere seg empatisk (Spurkeland, 2012, s. 26-27, 35-36 og 42).

Når Spurkeland (2012, s. 26-27) trekker fram å engasjere seg empatisk, knyttes det mot å vise empati. Det å kunne forskjellen på empati og sympati, som oftest er sett sammen og nært knyttet opp mot hverandre, er relevant. Sympati handler om medfølelse og å være tiltrukket av noe (Paulsen & Hårberg, 2017). «Empati betyr å oppfatte mest mulig presist den andres subjektive verden med dens emosjonelle komponenter og meninger, som om man var den andre personen» (Hummelvoll, 2010, s. 383). Empati er en del av å utvikle tillit og derfor en grunnleggende kvalitet i relasjonsbyggingen mellom pasient og sykepleier. Viktige elementer i det å være empatisk er å kjenne på hvordan den andre opplever situasjonen og skille mellom egne og andres følelser. I tillegg og forstå at den andre kan oppleve en situasjon på en annen måte enn deg selv. Dersom pasienten opplever at sykepleieren ikke er empatisk, vil pasienten kunne føle på det å ikke bli forstått, ikke få dekket grunnleggende behov og behovet for tilstrekkelig informasjon (Paulsen & Hårberg, 2017).

2.5 Veiledning og didaktikk

Veiledning er et vidt begrep som kan bety å få rettledning, rådgivning eller instruksjoner. Begrepet inneholder blant annet helseveiledning og helsepedagogikk som underkategorier.

Helseveiledning er en sammensatt pedagogisk, faglig og kommunikativ prosess der hensikten er å bidra til læring og mestring i helse- og sykdomsrelaterte livssituasjoner. Sentrale metoder i veiledningen er å lytte, spørre, motivere, støtte, råde, informere og vurdere (Christiansen, 2013, s. 13-16). *Helsepedagogikk* handler derimot mer om det teoretiske grunnlaget. Hva som kan iverksettes for å legge til rette for at pasient og eventuelt pårørende skal mestre utfordringer knyttet til helse, samhandling og aktiv medvirkning. Når helsepersonell vurderer hva som er en god måte å samhandle med pasienter på, gjøres det en rekke vurderinger og valg gjennom å bruke den didaktiske tenkemåte (Tveiten, 2016, s. 83).

2.5.1 Didaktisk tenkemåte og didaktisk relasjonsmodell

Den didaktiske tenkemåte legger vekt på individualisering og pasientens behov, forutsetning og ønske for å kunne ta til seg kunnskap. Her flyttes fokuset fra instruksjon og undervisning til læring og mestring (Christiansen, 2013, s. 43). Ved didaktisk tenkemåte, kan den didaktiske relasjonsmodellen brukes som et hjelpemiddel og mal for å strukturere preoperativ informasjon til pasienter og pårørende. Modellen blir framstilt i ulike former, men er mest kjent som en sekskant. De seks hjørnene beskriver deltakerforutsetning, rammefaktorer, mål, innhold, arbeidsmetode og vurdering (Tveiten, 2016, s. 83).

Under *deltakerforutsetning* tar sykepleieren hensyn til pasientens forutsetning for læring og mestring. Dette kan blant annet relateres til tidligere kunnskap, holdninger, ferdigheter, sykdom, alder, kultur og språk. Det er ikke en endelig forutsetning, men noe som kan endres underveis som et resultat av utviklingen og læreprosessen (Christiansen, 2013, s. 45).

Rammefaktorer beskrives som veiledningens kontekst og pasientenes menneskelig og materielle ressurser. Eksempel på dette er utstyr og læremidler, tid til disposisjon, hvor veiledningen tar sted og ulike arbeidsoppgaver.

Mål omhandler hva pasienten ønsker å sitte igjen med av kunnskap, ferdigheter og holdning etter at læreprosessen har funnet sted. Målene kan inndeles i delmål og hovedmål. Ved å sette seg delmål på veien mot hovedmålet som er realistiske og oppnåelige, kan pasienten oppleve mestringsfølelse og økt motivasjon.

Innholdet er det veiledningen handler om, og hvilket tema og lærestoff som benyttes i tilretteleggingen for pasienten. Innholdet i veiledningen sees i sammenheng med målet.

Arbeidsmetode innebærer valg av metode og teknikk som kan brukes på bakgrunn av pasientens tema, mål, forutsetning og sted for veiledningen. Som helsepersonell velges det ofte å benytte flere arbeidsmetoder individuelt tilpasset pasienten.

Ved *vurdering* blir læringsprosessen og målene pasienten har satt seg evaluert. Blir målene nådd er veiledningen tilstrekkelig tilpasset. Dersom målene ikke er oppnådd evalueres det hva som fungerte, samt hva man kan arbeide videre med (Hiim & Hippe, 2006, s. 17-23).

2.6 Angst

Fra store befolkningsundersøkelser i USA og Norge er det omlag 20% av alle mennesker som på et tidspunkt i livet vil få en behandlingstrengende angstlidelse (Martinsen, 2018, s. 82). En ukjent prosentandel av disse har gjennomgått åpen hjertekirurgi og fått angstsymptomer og

angstdiagnose. Tully & Baker (2012, s. 198) anslår at ca 11% opplever angstsymptomer umiddelbart før og etter ACB-kirurgi.

Angstlidelse kan defineres som «en samlebetegnelse for tilstander hvor hovedsymptomet er angst (irrasjonell frykt). Angst kan enten være knyttet til bestemte objekter eller situasjoner, eller være en mer ubestemt tilstand preget av vedvarende uro og bekymring» (Helsenorge, 2018). Det er ikke før pasienten opplever det som en individuell lidelse som svekker funksjon og livsutfoldelse at det blir et psykisk problem (Martinsen, 2018, s. 82).

Pasientenes følelser, tanker, kroppslige reaksjoner og atferd påvirkes ved angstlidelse. Dette kan forveksles med pasientens naturlige kirurgiske stressrespons og ligne eksempelvis på hjerte- og karsykdom (Landsforening for hjerte- og lungesyke [LHL], 2019). På bakgrunn av dette er det viktig med god diagnostikk for å stille angstdiagnosen. Ved angstlidelse preges tankene av bekymring og katastrofetenkning, mens følelsene brer seg ofte over engstelse, uro, frykt og panikk. Pasientene kan oppleve en kroppslig reaksjon som er plagsom og griper inn i normal livsstyring. Det parasympatiske nervesystem aktiveres og medfører økt aktivitet i det sympatiske nervesystem som øker utskillelsen av adrenalin i kroppen. Aktiveringen fører til opplevelse av somatiske symptomer som hjertebank, brystmerter, økt puls, svetting, kvalme, anspenhet og skjelving. I tillegg kan pasienten oppleve mer skjulte psykiske symptomer som skrekkfylte forestillingsbilder, angst for å dø, miste kontroll eller ha en følelse av å være utenfor seg selv (Martinsen, 2018, s. 82; Martinsen & Taube, 2009, s. 214-217).

2.7 Depresjon

Med eller uten angst, kan pasienten oppleve depressive symptomer. Depresjon stammer fra latin og betyr egentlig nedtrykking. Begrepet kan stå for en sinnsstemning, et syndrom eller en egen gruppe sykdommer. Mange ser depresjon i sammenheng med sorg, men forskjellen vil være at de med depresjon vil føle økt skyld og selvbebreidelse (Hummelvoll, 2012, s. 193-194).

Depresjon er en av de største folkehelseproblemene og en underdiagnostisert sykdom. På grunn av diffuse symptomer som ikke er enkle å fange opp på et tidlig stadium, oppfattes det ikke alltid som en sykdom (Hagen & Kennair, 2016, s. 122). Rene depresjoner, også kalt unipolare depresjoner, rammer omlag 20% av alle mennesker i løpet av livet (Martinsen,

2018, s. 59). Enkelte får det i sammenheng med åpen hjertekirurgi og omlag 30-40% opplever det umiddelbart før og etter ACB-kirurgi (Tully & Baker, 2012, s. 198).

Ikke bare humøret, men hele mennesket påvirkes ved depresjonssykdommene. I likhet med angst har depresjon flere symptomer som kan ligne på en naturlig kirurgisk stressrespons, samt ligne symptomer i andre psykiske- og somatiske sykdommer. Symptomene vil variere, men for de fleste vil det være en reduksjon i selvtillit og selvfølelse, eller vise seg i form av redusert energi, søvmengde og matlyst. Noen vil føle seg verdiløs og pessimistisk, slite med å ta beslutninger, være irritabel og ha tanker om selvskading og/eller selvmord. Slike symptomer kan være kroniske eller forbigående. Skal diagnosen depresjon stilles, kreves det vanligvis en varighet på minst to uker (Hummelvoll, 2012, s. 199-200; Snoek & Engedal, 2017, s. 97-98).

2.8 Kartleggingsverktøy for angst og depresjon

Skjetne (2017) beskriver forebyggende arbeid som et element for å utvikle tiltak og redusere sykdom, skade, sosiale problemer, dødelighet og risikofaktorer. For den hjertekirurgiske pasienten kan det å informere, observere og kartlegge symptomene være et forebyggende arbeid. Deretter kan tiltak settes i verk for å redusere omfanget av angst og/eller depresjon. For mange pasienter er de somatiske symptomene tydeligere enn de psykiske og ofte kreves det en grundig legeundersøkelse for å utelukke andre symptomer og sykdommer. På bakgrunn av dette er det viktig at man som sykepleier legger vekt på forandringer i hele mennesket (Dahl, Aarre & Loge, 2014, s. 89 og 136-137).

Hjelpemidler for å kartlegge angst og/eller depresjonssymptomene kan være å bruke ulike kartleggingsverktøy. De mest brukte kartleggingsverktøyene i somatikken er: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Montgomery and Aasberg Depression Rating Scale (MADRS) og State- Trait Anxiety Inventory (STAI).

HADS benyttes for å kartlegge symptomer på angst og depresjon hos pasienter under behandling av somatiske lidelser. Pasienten svarer selv på 14 spørsmål om angst og depresjon som går på følelser, symptomer, glede og aktivitet den siste uken. Totalscoren sier noe om omfanget av angst og depresjon (Leiknes, Dalsbø & Siqveland, 2016, s. 7).

MADRS er et instrument som brukes for å vurdere omfanget, intensiteten og behandling av depresjonssymptomer. Kartleggingsverktøyet dekker ti emner, hvorav helsepersonell spør om

ni av disse, mens et observeres. Hvert emne har gradering fra null til seks og totalscoren kan høyst komme opp til 60 (Norsk Helseinformatikk, 2019).

Verdens mest brukte spørreskjema for måling av subjektiv opplevd situasjonsangst og personlighetsrelatert angsttilhørighet er *STAI*. *STAI* har tilsammen 40 spørsmål, med 20 spørsmål i hver av de to angstkategoriene. Etter gjennomføringen evalueres omfanget av angsten (Malt, 2014).

2.9 Sykepleieteori: Joyce Travelbee

Joyce Travelbee (1926-1973) (Omhelset, 2018) definerer at «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 2001, s. 29).

Sentralt i Travelbees sykepleieteori står fokuset på menneske-til-menneske forhold, lidelse, kommunikasjon og relasjon. Travelbee er opptatt av å forstå at hvert menneske er unike individer som er like men likevel ulike fra hverandre. Hun fokuserer på at sykepleiere i denne tenkningen skal ivareta pasientens sykepleiebehov, se helheten av et menneske, og ikke «bare» det syke mennesket (Travelbee, 2001, s. 41).

I møtet med den kirurgiske pasienten dannes ikke et menneske-til-menneske-forhold alene av sykepleieren. Ved at begge parter definerer det som en gjensidig prosess, vil det bidra til et betydningsfullt forhold som er viktig for både pasient og sykepleier (Travelbee, 2001, s. 41). Uvanlig er det ikke at pasient og sykepleier seg på hverandre som stereotyper, «bare» pasient eller «bare» sykepleier. Travelbee ønsker at man går bort fra pasient-sykepleier fokus, fordi et menneske-til-menneske-forhold kun kan eksistere mellom eksakte mennesker og ikke mellom generaliserte og abstrakte roller. I sin helhet vil det føre til en bedre relasjon, individualisert arbeid og mindre bruk av makt (Kirkevold, 1998, s. 114-116).

Ved å være profesjonell sykepleier utfører man profesjonelle handlinger ved å ta utgangspunkt i faglig kunnskap, praktiske ferdigheter, personlige egenskaper og holdninger (Hårberg, Paulsen & Brønstad, 2017). Travelbee hever at sykepleiernes hensikt er å hjelpe pasienter til å mestre sykdom og lidelse, der kommunikasjonen kan brukes som et av de viktigste redskapene. Kommunikasjon defineres i følge Travelbee som en gjensidig prosess der meninger, tanker og følelser deles. Sykepleieren formidler omsorg gjennom

kommunikasjon for å søke og gi informasjon. For pasientenes del vil kommunikasjon bli brukt som et verktøy for å ta imot hjelp og den informasjonen som blir gitt. Utviklingen av god kommunikasjon og relasjon er tidkrevende. For enkelte vil det å åpne seg være naturlig, mens for andre en større utfordring (Kirkevold, 1998, s. 118-119).

Travelbee beskriver fem interaksjonsfaser som hun mener er grunnleggende for etableringen av relasjon: (1) det innledende møtet, (2) framvekst av identitet, (3) empati, (4) sympati og medfølelse og (5) gjensidig forståelse og kontakt.

I den første fasen, «*det innledende møtet*», prøver pasient og sykepleier å utvikle kjennskap og bryte ned de typiske stereotypene av hverandre. Ofte dannes det en mening om hverandre og førsteinntrykket er av betydning. For både pasient og sykepleier vil tidligere erfaringer bli brukt for å danne seg et bilde av det nye individet. Videre i fasen for «*fremvekst av identiteter*» bygges identiteter og tilknytning til hverandre opp. I «*empatifasen*» vil det prøves å bygge opp empati og forstå hvordan hverandre opptrer. Sett i sammenheng med empati dukker fasen «*sympati og medfølelse*» opp. I denne fasen foreligger det et grunnleggende ønske og trang om å lindre plager man føler ved empati. Både empati, sympati og medfølelse har som evne å være interessert i den andres følelser og interesser, hvor også egne følelser kan vekkes. Dette kan bidra til å skape åpenhet og trygghet. I siste del av Travelbees interaksjonsfase er «*gjensidig forståelse og kontakt*» et element. Dette er et resultat av det man har bygd opp sammen gjennom de tidligere fasene. Resultatet kan bestå av tanker, følelser og holdninger som formidles og kommuniseres fra den ene til den andre (Travelbee, 1999, s. 177-217).

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

I dette kapittelet beskrives metoden som er anvendt for å finne fram til relevant litteratur for å besvare problemstillingen «**Har preoperativ informasjon effekt på psykiske reaksjoner hos pasienter som skal gjennomgå åpen hjertekirurgi? I så fall, på hvilken måte kan preoperativ informasjon best implementeres i sykepleiepraksis for å redusere psykiske reaksjoner?**»

Thidemann (2015, s. 76) definerer metode som en systematisk framgangsmåte som benyttes for å samle informasjon, data og kunnskap for å belyse den aktuelle problemstillingen.

3.2 Litteraturstudie som metode

Oppgaven har litteraturstudie som metode. Litteraturstudie går ut på å systematisere kunnskap og søk fra ulike databaser og andre skriftlige kilder relevant for tema. Når man systematisk innhenter data, vurderes den kritisk før den tilslutt sammenfattes til fullstendig tekst. Da kan det utvikles ny kunnskap og gi direkte besvarelse av problemstillingen (Thidemann, 2015, s. 79-80).

3.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier

For å spesifisere innholdet i litteratursøket er det utarbeidet inklusjons- og eksklusjonskriterier for anvendt litteratur. Dette er benyttet for å tydeliggjøre litteratursøket og avgrense mengden litteratur.

Ved å anvende litteratur som er noe tilbake i tid vil man kunne se forskjellen på funn gjort tidligere, sammenlignet med funn gjort i nyere tid (Cronin, Ryan & Coughlan, 2008, s. 38-43). Av relevans er litteratur produsert siden 2004 (15 år gamle) inkludert i litteratursøket, med mindre det er relevant i forhold til fakta. Videre ble voksne pasienter over 18 år, (for å ikke være endel av barne- og ungdomsavdelingen ved somatiske sykehus) som gjennomgår alle typer åpen hjertekirurgi inkludert. For å begrense søkene, ble pasienter som har eller har hatt psykiske lidelser (inkludert angst- og depressiv lidelse) fra tidligere ekskludert. Pasientene skal ikke være innlagt på annen institusjon enn somatisk sykehus. I forhold til skriftspråket på de inkluderte forskningsartiklene, skal de være skandinavisk- eller engelskspråklige.

3.4 Population Intervention Comparison Outcome (PICO)

PICO skjemaet er et godt verktøy for å systematisere søket for å finne fram til relevant litteratur. Ved å benytte PICO kan problemstillingen deles inn i tre til fire deler som gjør det enklere å definere søkeord (Thidemann 2015, s. 87). En mer utfyllende PICO, kan ses i vedlegg en.

I forhold til problemstillinger blir PICOen som følgende:

P	I	C	O
Population/patient/problem	Intervention	Comparison	Outcome/result
Pasienter over 18 år som skal gjennomgå åpen hjertekirurgi	Forebyggende tiltak knyttet til preoperativ informasjon, undervisning og veiledning	Ikke aktuelt	Forebygge psykiske reaksjoner, spesifisert mot angst og depresjon

3.5 Framgangsmåte og søkestrategi

Litteraturstudiets tema tar for seg om preoperativ informasjon har effekt på angst og depresjon og hva sykepleiere kan gjøre for å redusere omfanget. På bakgrunn av temaet for litteraturstudiet ble det samlet inn data ved hjelp av systematisk litteraturgjennomgang for å se omfanget av litteraturen tilgjengelig.

For å identifisere relevante studier, ble det utført søk i de helsefaglige databasene PudMed, MedLine, Cinhal og Web of Science. Ved å gjennomgå litteraturlistene fra funn i deres artikler ble andre relevante forskningsartikler inkludert i litteraturstudiet. For å finne fram til relevant litteratur i de overnevnte databasene ble det brukt standardiserte emneord oversatt fra norsk til engelsk ved hjelp av MeSH-ordbok (Aasen, 2018). Søkeordene og MeSH-termene som ble brukt i søkene var: prevent* (prevention), pre-operative, postoperative, information, thorax surgical, cardiac, heart, surgery, patient Education as Topic/, effect, anxiety, depression, heart surgery, cardiac surgery, postoperative, nursing care og preoperative care (søkehistorikk kan ses i vedlegg to). Alle de alternative søkeordene ble kombinert ulikt og satt sammen i søkefeltet ved hjelp av «AND» eller «OR».

3.7 Ulike forskningsmetoder:

Forskningsartiklene er basert på systematisk litteraturgjennomgang og meta-analyse, kvasi-eksperimentell studie og randomisert kontrollert studie (RCT) som flertallet har tatt i bruk. Alle artiklene er basert på kvantitativ metode. Dette er målbare data som ofte har mange personer involvert (Thidemann, 2015, s. 77-78). Se vedlegg tre for litteraturmatrise.

3.6 Kildekritikk

For å vurdere kvaliteten, relevansen og validiteten på litteraturen som har oppfylt inklusjonskriteriene og er anvendt i litteraturstudiet, har jeg brukt ulike sjekklister tilgjengelig via Helsebiblioteket. Der finnes ulike sjekklister spesialisert opp mot de ulike forskningsmetodene. Sjekklister for randomiserte kontrollerte studier og kvantitative studier er anvendt (Helsebiblioteket, 2016). I og med at det er fem kvantitative artikler med i litteraturstudiet og ingen kvalitative, gir det lite rom for å nevne noe om pasientenes egne opplevelser, som også er relevant for oppgaven.

Litteraturstudiet er basert på andres forskningsarbeid skrevet på andre språk enn norsk. Dette må tas med i vurderingen, da feiltolkninger kan oppstå. I tillegg må det tas i betraktning at egne meninger og tanker er basert på innhentet informasjon som kan gi et subjektivt utfall.

3.7 Ethiske overveielser

Det er flere viktige prinsipper som bør overholdes ved litteraturstudie, basert på andres forskning. Med etiske overveielser må man tenke gjennom hvilke etiske utfordringer andres- og eget arbeid støter på og hvordan de kan løses (Dalland, 2012, s. 95-96). Blant annet skal akademiske normer i forhold til kildehenvisning overholdes og personvernet til deltakerne i studiene. Dette relateres til taushetsplikt, anonymitet, frivillighet og samtykke (Thidemann, 2015, s. 12).

Artiklene som er anvendt i litteraturstudiet har bevart deltakernes anonymitet, men oppgitt hvilket sykehus, alder og kjønn det gjelder. Pasientene har frivillig samtykket i å delta etter informasjon om formålet med studiet. I den systematiske litteraturgjennomgangen (to artikler) er det ikke direkte kommentert, men artiklene brukt i studiet har alle blitt etisk vurdert. For egen del vil det være viktig å innhente så nøyaktig informasjon, behandling og analysering av data som mulig og være bevist på hvordan jeg anvender og forholder meg til det.

4.0 Resultat:

Hensikten med litteraturstudiet er å belyse effekten av preoperativ informasjon og hvordan det bidrar til å påvirke angst og depresjon. Spørsmål som vil bli belyst i resultat- og diskusjonsdelen er: dersom ja, preoperativ informasjon har effekt - hva gjør sykepleieren riktig i denne sammenhengen? Hvordan opplever pasientene måten sykepleiere opptrer på og

formidler preoperativ informasjon? Dersom nei, preoperativ informasjon har lite eller ingen effekt – hva kan gjøres for å oppnå effekt?

Etter flere aktive søk i databaser og gjennomgang av litteraturlister ble det funnet tilsammen fem kvantitative forskningsartikler. Pasientgruppen er knyttet til de med åpen hjertekirurgi. Artiklene inkluderer hvilken preoperativ informasjon pasientene selv ønsker, effekten av det (både skriftlig og verbalt) og om nåværende informasjon som er tilgjengelig for pasienter og helsepersonell er angst- og depresjonsreducerende.

Alderen på pasientene er mellom 20-91 år. Gjennomsnittsalderen ligger mellom 61-68 år. Ut fra funn i artiklene er det flest menn som deltar. Det kan ha en sammenheng med at det omtrent er dobbelt så mange menn enn kvinner som gjennomgår åpen hjertekirurgi i Norge (Norsk Hjertekirurgiregister & Norsk Thoraxkirurgisk Forening, 2018)

4.1 Har preoperativ informasjon effekt på psykiske reaksjoner i forbindelse med åpen hjertekirurgi?

Preoperativ informasjon skal trygge pasientene og kunne redusere risikofaktorer som kan føre til komplikasjoner. Komplikasjoner kan eksempelvis være økt sykkelighet, dødelighet og forlenget sykehusopphold. Pasientenes psykiske reaksjoner som angst og depresjon kan også påvirkes i positiv og/eller negativ retning. Både Kalogianni, Almpani, Vastardis, Baltopoulos, Charitos & Brokalaki (2016, s. 451), Guo et al. (2012, s. 132-133) og Ramesh, Nayak, Pai, Patil, George, George & Devi (2017, s. 521-525) beskriver i deres studier at preoperativ informasjon bidrar til å redusere blant annet angst og depresjon perioperativt og i et langtidsperspektiv. Deyirmenjian, Karam, & Salameh (2006, s. 111-117) har derimot beskrevet motsatte funn, at preoperativ informasjon ikke har like stor effekt.

Kalogianni et al. (2016, s. 447-458) beskriver et randomisert kontrollert studie basert på kvantitativ metode. Målet med studiet var å vurdere effekten av preoperativ informasjon på angst og andre postoperative utfall ved hjelp av scoringsverktøyet STAI. Totalt var det 395 hjertekirurgiske pasienter som deltok. Pasientene ble delt i en intervensjonsgruppe (205 pasienter) og en kontrollgruppe (190 pasienter). Pasientene i intervensjonsgruppen mottok et hefte tre til fire dager før kirurgien med informasjon om hjertekirurgi og den perioperative prosessen. Til å informere pasientene, var det tre sykepleiere som deltok. Sykepleierne var tilgjengelig for å gi råd, informere og besvare spørsmål hvorav målet var å fokusere på å møte

pasientens behov. Undervisningen varte mellom 20-40 minutter. Dagen før kirurgi gjentok de opplæringen. Kontrollgruppen derimot, mottok ordinær informasjon og omsorg fra sykehuset. Standardinformasjonen var nevnt som lite strukturert, verbal og med en begrenset informasjonsbrosjyre. Pasientene i intervensjonsgruppen som i større grad hadde kontakt med personalet og mottok individuell preoperativ informasjon hadde lavere nivåer av angst, enn pasientene i kontrollgruppen.

Studiet til Ramesh et al. (2017, s. 518-529) beskriver også at preoperativ informasjon reduserer angstscoren. I deres studie tar de for seg en systematisk gjennomgang og meta-analyse av pasienter som gjennomgår hjertekirurgi. Det ble identifisert 831 studier. Etter eksklusjon satt de igjen med 14 studier som ble tatt med i den fortellende syntesen. Tilslutt ble ti studier inkludert i den kvantitative syntesen (meta-analyse). I de ti studiene gjennomførte totalt 2071 pasienter studiene, hvor gjennomsnittsalderen var 61 år. I forhold til angst viste det seg at seks studier med totalt 829 pasienter rapporterte en positiv effekt av preoperativ informasjon. I forhold til depresjon var det fire studier med totalt 435 pasienter som rapporterte samme positive effekt. Ved hjelp av en tilfeldig effektmodell avslørte det ingen signifikant statistisk forskjell hos pasienter som mottok preoperativ informasjon på depresjon, men angstscoren ble tydelig redusert.

I motsetning til flere tidligere publiserte studier har Deyirmenjian, Karam, & Salameh (2006, s. 111-117) funnet motsatte funn. I deres kvantitative kvasi-eksperimentelle studie ble en forsøksgruppe på 57 pasienter inkludert og en kontrollgruppe på 53 pasienter. Pasientene i forsøksgruppen fikk spesiell informasjon og opplæring på kirurgidagen. Kontrollgruppen mottok kun rutinemessig sykehusopplegg og lite preoperativ informasjon. Både forsøksgruppen og kontrollgruppen hadde nedgang i deres angstscore uavhengig av om de hadde mottatt informasjon eller ikke. Studiet belyser at frykt for den kommende kirurgien ikke lengre er årsaken til angst, men at timingen og utfordringer i hverdagen (familie, økonomi og politisk uro) kan være årsaken.

4.2 Hvilken informasjon ønsker pasientene seg og på hvilken måte ønsker de informasjonen?

Å gi informasjon og råd om sykdom og behandling kan være utfordrende for flere sykepleiere. Utvikling av teknologi og internett gir muligheten til lett tilgjengelig informasjon. Mange pasienter har på forhånd lest seg opp på prosedyrer, ventetid,

informasjon og komplikasjoner før sykepleieren kommer inn i bildet, eller supplerer med det. Flere kan føle at informasjonen på internett er givende uavhengig av informasjonen sykepleieren gir. Andre kan føle på frykt. Uavhengig av internett, kan man knytte spørsmål til hvordan sykepleiere skal gi preoperativ informasjon og hvordan pasienten opplever informasjonen (Deyirmenjian et al., 2006, s. 111-117; Sjöling, Norbergh, Malker & Asplund, 2006, s. 6-11).

Forskningspersonalet til Deyirmenjian et al. (2006, s. 111-117) la merke til at preoperativ informasjonen gjorde pasientene engstelig etter at samtalen var over. I denne sammenhengen opplyses det om at pasientene kan ha følt at informasjonen var en stor belastning, et stort ansvar og for mye. Pasientene i Joseph, Whitcomb & Taylor (2015, s. 285-288) og Kalogianni et al. (2016, s. 447-458) synes derimot ikke at preoperativ informasjon kan oppleves som for mye, men heller viktig og betydningsfullt for dem.

Preoperativ informasjon om kirurgien og forløpet på sykehuset, samt forventede komplikasjoner og tiden etter gjennomgått kirurgi er noe pasientene i Kalogianni et al. (2016, s. 447-448) og Guo et al. (2012, s. 130) ønsker seg. Pasientene ønsker også å møte deres operatør og kunne stille spørsmål til sykepleierne og annet personal. De oppfattet at dersom sykepleierne fokuserte på deres individuelle behov, åpnet opp for å kunne besvare spørsmål og ta imot bekymring, kunne det påvirke angst- og depresjonssymptomene.

Flertallet av pasientene i Guo et al. (2012, s. 129-137) som mottok både skriftlig og verbal informasjon var mest fornøyd og hadde nedgang i angst og depresjon. I deres randomiserte kontrollerte studie deltok 153 voksne pasienter (18 år eller eldre) som skulle gjennomgå hjertekirurgi. Pasientene ble tilfeldig fordelt i en kontrollgruppe (77 pasienter) og en gruppe som mottok preoperativ informasjon og informasjonsskriv (76 pasienter). Pasientene i kontrollgruppen mottok ustrukturert verbal informasjon fra ulike ansatte dagen før kirurgien og mottok ingen skriftlig materiale. I forhold til angst og depresjon hadde begge redusert HADS score ved oppfølging, men størst nedgang var det for de som mottok både skriftlig og verbal informasjon. Dette kan gjenspeile seg i Kalogianni et al. (2016, s. 447-458) sitt studie hvorav intervensjonsgruppen mottok informasjonsskriv. Disse pasientene følte seg mer trygge, og angstscoren ble redusert.

I Joseph et al. (2015, s. 285-288) sin litteraturgjennomgang av forskningsartikler fra år 2000 til 2015, ble det undersøkt om den nåværende preoperative informasjonen som er tilgjengelig for helsepersonell og pasienter, kan ha utfall for pasienter som opplever perioperativ angst. Det ble funnet 13 relevante artikler, der flere pasienter følte de fikk utilstrekkelig informasjon og at deres angst vedvarte opptil 12 måneder. Pasientene følte også på manglende kommunikasjon, omsorg og struktur fra ansatte. Basert på funn gjort fra litteraturgjennomgangen, belyser forskningsartikkelen til Joseph et al. at sykepleiere bør rette oppmerksomheten til pasienter og vise at man er tilstede.

5.0 Diskusjon

I diskusjonskapitlet vil problemstillingen bli drøftet opp mot aktuell teori og knyttet opp mot resultatene fra de inkluderte forskningsartiklene.

5.1 Angst og depresjon hos hjertekirurgiske pasienter

Åpen hjertekirurgi er en faktor som kan utløse pasientenes følelsesmessige, kognitive og fysiologiske reaksjoner. For enkelte betyr hjertekirurgi en umiddelbar fare for livet (Rymaszewska, Kiejna & Hadryś, 2003, s. 155). Følelsene, smertene og endringene i pasientens 24-timers liv som kan oppstå under sykehusopphold kan forandre seg på kort tid. Følelsesmessig var sorg, sinne, nervøsitet og usikkerhet rundt situasjonen noe av det som ble observert under min praksis ved thorax-kirurgisk sengepost. Uten å ha nok kunnskap om psykiske reaksjoner i forbindelse med åpen hjertekirurgi, kunne dette ut fra pensumlitteraturen sett ut som symptomer på angst og depresjon. I slike situasjoner er det vanskelig å vite med sikkerhet at symptomene er psykologisk. Både fysiske og psykiske symptomer knyttet til angst og depresjon kan ligne på somatiske sykdommer. En somatisk sykdom kan føre til angst og/eller depresjon, men det kan også gå motsatt. At angst og depresjon kan ligne somatisk sykdom, for eksempel hjerte- og karsykdom (LHL, 2019).

Tully & Baker (2012, s. 198) anslår at ca 11% opplever angstsymptomer og 30-40% opplever depresjonssymptomer umiddelbart før og etter ACB-kirurgi. Sammenlignet med klaffekirurgi har Botzet et al. (2018, s. 530) undersøkt at forekomsten av angst er noe høyere for pasientgruppen i deres studie, i forhold til Tully & Baker. Ved hjelp av kartleggingsverktøyet HADS hadde hele 28% av pasientene angstsymptomer og 20% depresjonssymptomer. På verdensbasis er forekomsten av angst og depresjon rundt 20% (Martinsen, 2018, s. 59 og 82).

Hvorfor forekomsten av angst er høyere for pasienter som skal gjennomgå klaffekirurgi enn ACB-kirurgi, kan trolig forklares med at det i 2016 ble gjennomført flere klaffekirurgier enn ACB-kirurgier ved norske sykehus (Norsk Hjertekirurgiregister & Norsk Thoraxkirurgisk Forening, 2018).

Slike fysiske, psykiske og kognitive reaksjoner i forbindelse med kirurgi er noe pasienter må være klar over at kan oppstå. Selv om det er en menneskelig erfaring å være en kirurgisk pasient (Travelbee, 2001, s. 262), kan det ikke forventes at pasienter som ikke har gjennomgått noe lignende tidligere, vet om slikt eller har forberedt seg på reaksjoner. Det er derfor helsepersonellets oppgave å informere og forberede pasienten på ulike fysiske og psykiske reaksjoner slik at det oppleves trygt og tillitsfullt. For å informere kreves kunnskap og kartlegging. Spørsmål knyttet opp mot om det holder å informere pasientene, og om det er realistisk å fjerne angst og depresjon fra somatisk sykehus i forbindelse med åpen hjertekirurgi, er verdt å stille seg. Det vil være en vanskelig oppgave å fjerne angst og depresjon 100%, men å redusere forekomsten og symptomene kan være mer realistisk. Tanken bak dette er at alle mennesker er forskjellige med ulike behov, verdier og personligheter.

Behovet for følelsesmessig støtte og trygghet betyr mye for den kirurgiske pasienten. Dersom pasienten får dekket behovet for sikkerhet (trygghet og tillit) og informasjon kan vedkommende føle seg mer forberedt på inngrepet. Pasienten kan tro han vil overleve, få kyndig pleie og ikke overlatt til seg selv i en kritisk situasjon. For å gi psykosomatisk- og følelsesmessig støtte må man kartlegge symptomene pasienten har (Travelbee, 2001, s. 262), i dette tilfellet trolig angst og depresjon. For å kartlegge angst og depresjon kan vi som sykepleiere blant annet anvende et av de flere kjente kartleggingsverktøyene HADS, STAI og MADRS. Dette for å finne utløsende årsak, hva symptomene kan føre til, eventuell behandling og tiltak. Det er viktig å lære seg riktig bruk av kartleggingsverktøyene da feil anvendelse kan føre til feilrapportering, feil sykepleie og endret ressursbruk. Anvendes det riktig kan det bidra til utvikling av tiltak for pasienten som kan bedre pasientopplevelsen og redusere forekomsten av angst og/eller depresjon. Vi som sykepleiere skal ikke diagnostisere, men skal utføre omsorg og gi behandling i samhandling med lege og eventuelt andre profesjoner.

5.2 Betydning av preoperativ informasjon

«Har preoperativ informasjon effekt på psykiske reaksjoner hos pasienter som skal gjennomgå åpen hjertekirurgi?»

Flertallet av pasientene til Kalogianni et al. (2016, s. 451), Ramesh et al. (2017, s. 521-525) og Guo et al. (2012, s. 132-133) mener at informasjon bidrar til redusert angst og depresjon perioperativt og i et langtidsperspektiv. I motsetning viser Deyirmenjian et al. (2006, s. 114) at preoperativ informasjon ikke hadde like stor innvirkning på angst og depresjon hos pasientene som deltok i studien.

Belyst tidligere i litteraturstudiet at dersom ja, preoperativ informasjon har effekt – hva gjør sykepleieren riktig i denne sammenhengen? Hvordan opplever pasientene måten sykepleiere opptrer på og formidler preoperativ informasjon? Pasientene i intervensjonsgruppen i studien til Kalogianni et al. (2016, s. 451-456), Ramesh et al. (2017, s. 521-528) og Guo et al. (2012, s. 132-137) opplevde en redusert angst- og depresjonsscore perioperativt og i et langtidsperspektiv. Pasientene mottok en mer individuell og tilpasset informasjon, som gjorde de mer forbedre på kirurgien de skulle gjennomgå. Sykepleierne brukte seg selv som metode, ved å anvende kunnskap de behersket, stille opp for pasientene og besvare spørsmål. I tillegg ble det anvendt skriftlig materiale og illustrasjon. Pasientene som fikk denne preoperative informasjonsmetoden var mest fornøyd, i motsetning til pasientene som ikke mottok samme metode.

Dersom nei, preoperativ informasjon har lite eller ingen effekt – hva kan gjøres for å oppnå effekt? Pasientene i den andre gruppe til Ramesh et al. (2017, s. 520-528), kontrollgruppen til Kalogianni et al. (2016, s. 448-456) og Guo et al. (2012, s. 130-137) mottok lite eller intet skriftlig materiale. Sykepleierne ga ustrukturert og kortfattet informasjon. Pasientene hadde ikke like stor nedgang på angst- og depresjonsscoren, sammenlignet med pasientene som fikk preoperativ informasjon. De 14 forskningsartiklene samlet sammen av Joseph et al. (2015, s. 285-288) fra år 2000-2015 hadde like funn. Flere av pasientene følte de fikk utilstrekkelig preoperativ informasjon og hadde vedvarende angst opptil 12 måneder. I tillegg følte pasientene på manglende kommunikasjon, omsorg og struktur fra ansatte. Ikke nok med at den preoperative informasjonen som pasientene mottok var ufullstendig i forhold til hva litteraturen anbefaler (se punkt 2.2), fant Deyirmenjian et al. (2006, s. 111-117) ut at preoperativ informasjon i seg selv ikke er nok. I deres studie hadde begge gruppene nedgang i totalscoren av angst og depresjon, uavhengig av mengden preoperativ informasjon eller måten

den ble gitt på. Basert på funnene fra artiklene, kan det stilles spørsmål til hva som påvirker angst og depresjon. At åpen hjertekirurgi kan være primærårsaken til angst og/eller depresjon stemmer, men det er ikke utenkelig at timing og pasientens hverdag knyttet til familie, kultur og levevilkår i tillegg kan bidra til utviklingen. Dersom man som sykepleier ønsker at preoperativ informasjon skal ha effekt, kan man trolig sette seg mer inn i pasientens 24-timersliv for å finne pasientens holdninger, verdier og personlighet, se hele mennesket, variere mellom ulike informasjonsmetoder og besvare spørsmål. Pasientene som var med i intervensjonsgruppen og forsøksgruppen i studiene til Ramesh et al. (2017, s. 520-528), Kalogianni et al. (2016, s. 448-456) og Guo et al. (2012, s. 130-137) var mest fornøyd med å motta preoperativ informasjon som beskrevet over.

5.3 Implementering av preoperativ informasjon for å redusere psykiske reaksjoner

«... på hvilken måte kan preoperativ informasjon best implementeres i sykepleiepraksis for å redusere psykiske reaksjoner?»

Travelbee (2001, s. 262) hevder at pasienter som skal gjennom et kirurgisk inngrep møter på utfordringer om å få dekket de to grunnleggende behovene: behovet for informasjon og behovet for sikkerhet. Pasienter som vet hva de har i vente har lettere for å tro og forutse hva som skal skje, i forhold til de som ikke vet. Ved å la tanken gripe inn, kan virkeligheten angripes og bidra til utvikling av angst og/eller depresjon. Dette er en subjektiv følelse og vil ikke ramme alle. Det vil være forskjell fra pasienter om hva de selv ønsker av preoperativ informasjon. Noen pasienter har lettere for å vite hva som skal skje, mens andre har ikke.

Dersom sykepleieren viser lite tegn på initiativ og interesse rundt pasienten og viktigheten av preoperativ informasjon, kan det vanskeliggjøre sykehusoppholdet til pasienten i forhold til tilknytning og oppfølging. Flere av pasientene til Kalogianni et al. (2016, s. 448-456) og Guo et al. (2012, s. 130-137) hadde mer kontakt med personalet, som også fokuserte på deres individuelle behov. Dette var med på å bidra til reduksjon i angst- og depresjonssymptomer. På bakgrunn av dette, kan det stilles spørsmål til om utviklingen av relasjon og tillit har noe å si på pasientopplevelsen og måten sykepleierne legger fram den preoperative informasjonen.

5.3.1 Betydning av relasjon og tillit

Pasienter kan føle på ulike stress- og krisereaksjoner som følge av åpen kirurgi på en av kroppens viktigste muskler – hjertet. En situasjon som avviker fra den normale hverdag og det

ukjente personalet de må forholde seg til. Som pasient har man behov for støtte, omsorg, medmenneskelig kontakt og noen å dele tanker og følelser med. Norsk Sykepleieforbund (2011, s. 24) har lagt fram fire grunnleggende ansvarsområder som sykepleiere skal følge. Å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse. Ved å basere sykepleien man utøver på de fire grunnleggende ansvarsområdene gjennom et holistisk menneskesyn, tar man hensyn til både sjel og legeme, sosiale-, åndelige- og kulturelle behov. Dette kan bidra til å skape en god samhandling og relasjon med pasienten (Brinchmann, 2008, s. 34-38). Å knytte bånd mellom pasient og sykepleier, utvikling av god samhandling og relasjon kan være avgjørende for behandlingsresultatet og pasientopplevelsen (Eide & Eide, 2007, s. 140).

Den dagsaktuelle utfordringen knyttet til færre sengeplasser, fulle avdelinger, tidspress og nedbemanning kan føre til reduksjon i samhandlingen mellom pasient og sykepleier. Det kan også føre til at preoperativ informasjon til pasienter blir nedprioritert. Både pasientene i Kalogianni et al. (2016, s. 448-456) og Guo et al. (2012, s. 130-137) viser til at relasjon mellom pasienter og sykepleiere er viktig for pasienttilværelsen på sykehus og viktig for måten man tar til seg informasjon på. Som sykepleier skal man sikre at pasienten har så mange positive helsefaktorer som mulig for å skape et godt pasientforløp og en god opplevelse. Gjennom tilstedeværelse, relasjons- og tillitsoppbygging, muligheten til å besvare spørsmål og rådføre seg med andre dersom man mangler kunnskap og innsikt kan man som sykepleier bidra til utvikling av positive helsefaktorer.

Ettersom at både Spurkeland (2012, s. 35-36 og 42), Travelbee (1999, s. 177-217) og Eide & Eide (2007, s. 140) hevder at tillit er bærebjelken som kreves for å utvikle en god relasjon, kan man fundere på hvordan dette utvikles. For noen vil utviklingen av relasjon skje relativt raskt, mens for andre vil det ta lengre tid. Travelbees (1999, s. 117-217) fem interaksjonsfaser er med på etableringen av relasjon. Det innledende møtet og fremvekst av identiteter er den første og andre fasen i prosessen menneske-til-menneske-forholdet, som vil være viktig for relasjonsbyggingen. I det innledende møtet, møter pasient og sykepleier hverandre for første gang. Her vil en god start være å introdusere seg for hverandre. Videre i samhandlingen prøves det å bryte stereotypene av hverandre og møte hverandre på et nivå som begge forstår. I empatifasen skal partene forstå hverandre, slik at det kan skapes trygghet og åpenhet. Sykepleieren skal behandle pasienten som et individ med egne behov og utføre individuell omsorg. Noen pasienter har mer erfaring enn andre fra å være på sykehus, som er viktig å ta

hensyn til. Det er derfor opp til hver enkelt pasient hvilken og hvor mye informasjon som ønskes. Uavhengig av mengde informasjon, skal den være tilpasset og fylt med de viktigste elementene i preoperativ sykepleie. Selv om det kan være travelt på avdelingen, skal sykepleieren ta seg tid til pasienten, unngå å vise eventuell dårlig tid og åpne opp for å besvare spørsmål. Dersom sykepleieren viser antydning til dårlig tid, kan det skje en konflikt mellom den verbale- og nonverbale kommunikasjonen (kalt inkongruens) som kan bidra å bryte tillit og relasjon (Eide & Eide, 2007, s. 199-200). Når sykepleieren formidler preoperativ informasjon skal vedkommende ha en god oversikt over historikken til pasienten og emnet som formidles på en rolig og oversiktlig måte. Pasienten er i en sårbar og uvanlig situasjon som krever både empati og sympati, medfølelse og gjensidig forståelse. Ved å vise gjensidig forståelse, være tilgjengelig og spørre hvordan pasienten har det, viser man interesse for pasienten. Ofte er det i disse fasene at følelsene fra både pasient og sykepleier kommer fram.

Til tross for viktigheten bak Travelbees interaksjonsfaser er det likevel nødvendig å stille seg kritisk til interaksjonsfasene. Som nevnt er det dagsaktuelle problemer knyttet til personal og avdeling. Det kan stilles spørsmål om det er tid til å etablere en så god relasjon som pasientene ønsker, da utviklingen av relasjoner fort kan ta lengre tid. For pasienter som gjennomgår åpen hjertekirurgi, er liggetiden mellom fire til syv dager, uten komplikasjoner (Universitetssykehuset Nord – Norge, 2017, s. 4). Det er ikke nødvendigvis slik at sykepleieren som følger pasienten opp preoperativt gjør det postoperativt på grunn av bemanning, turnus og ferie. Uavhengig av relasjonsbyggingen, kan den didaktiske relasjonsmodellen være et hjelpemiddel å ta i bruk for sykepleiere for å tydeliggjøre målet slik at flere kan følge opp pasienten.

På thorax-kirurgisk sengepost er det flere pasienter som har forandring i egen hverdag og som påvirkes negativt. Er det slik at man som sykepleier ikke berøres av dette, på grunn av profesjonaliteten? Mennesker er avhengige av andre menneskers nærhet, og i enkelte situasjoner kan det være utfordrende å skille egne følelser fra pasientenes. Joseph et al. (2015, s. 285-288) belyser at sykepleiere bør rette mer oppmerksomheten mer til pasienter og vise at man er tilstede for dem. Sykepleiere skal ha mot til å vise medmenneskelighet, forståelse og anerkjenne pasientens sårbarhet og holdning. I tillegg finne balansen mellom å vise nærhet og avstand, virke personlig men ikke privat (Hårberg, Paulsen & Brønstad, 2017). Det er i slike tilfeller det kan være utfordrende å vise både empati og sympati. Sympatien kan gå ut over

seg selv og vekke følelser. Det er derfor viktig å stille seg kritisk til møtet med disse pasientene, da det kan være utfordrende og tøft. Selv om omtrent 1% av pasientene med lav risiko dør, og en høyere forekomst for de med dårligere hjerte, lunger og nyrer, kan det være en belastning for sykepleieren (Berg, Stenseth, Pleym, Wahba & Videm, 2011, s. 313). Det er menneskelig å la egne følelser og erfaringer påvirke møtet med pasienter, men det vil virke uprofesjonelt å vise det. Det er slik det oppleves i praksis sammenlignet med hva teorien tilsier.

5.3.2 Hvordan sykepleiere bør informerer

Strukturert, planlagt, skriftlig og verbal informasjon er viktig for flere pasienter (Stubberud et al., 2017, s. 320-321). Oppsummert fra forskningsartiklene ønsker flere pasienter seg individuelt tilpasset preoperativ informasjon.

Pasientene i Kalogianni et al. (2016, s. 448-456) og Guo et al. (2012, s. 130-137) opplevde at den preoperative informasjonen de mottok var lite strukturert. Enkelte fikk begrenset informasjonsbrosjyre som supplerer, mens andre ikke. Opplevelsen av å motta ustrukturert preoperativ informasjon og begrenset skriftlig materiale, for pasienter som aldri har gjennomgått åpen hjertekirurgi tidligere, bidro dette til økt angst- og depresjonsscore. I forhold til pasienter i samme studie som mottok struktur. Pasientene i litteraturgjennomgangen til Joseph et al. (2015, s. 285-288) mente i tillegg at det var mangel på struktur, som påvirket opplevelsen av å være sykehus.

Ved hjelp av veiledning kan man få rettledning, rådgivning eller instruksjoner.

Helseveiledning kan bidra til læring og mestring i helse- og sykdomsrelaterte livssituasjoner. Når helsepersonell vurderer hva en god måte å samhandle med pasienter på er, kan den didaktiske tenkemåten benyttes (Tveiten, 2016, s. 83). Ved anvendelse av den didaktiske tenkemåte og relasjonsmodell, legges det vekt på pasientens individuelle behov, forutsetning og ønske for å kunne ta til seg kunnskap. Pasientene i Kalogianni et al. (2016, s. 448-456) og Guo et al. (2012, s. 130-137) ønsker individuell informasjon, sammen med skriftlig informasjonsskriv og emosjonell støtte, i tillegg til standarden som gis. Til tross for at det er dette som viser seg å ha effekt, er det likevel viktig å stille seg kritisk til om det er tid og ressurser til det i praksis. Den standarden som gis er ikke tilstrekkelig, men å individualisere hver enkelt pasient med ulike metoder kan vær urealistisk å oppnå.

Ulike sykdommer og diagnoser krever forskjellig informasjon og må sees i sammenheng med innholdet i den didaktiske relasjonsmodell. I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-2) har pasienten krav på å få den informasjonen som er nødvendig for å oppnå innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Ofte gjøres dette gjennom ett tverrfaglig samarbeid av sykepleiere, fysioterapeuter og kirurger. Forskningspersonalet til Deyirmenjian et al. (2006, s. 111-117) la merke til at informasjon som ble gitt skapte mer engstelse enn trygghet. Opplevelsen av å motta informasjon kan ha motsigende effekt og bidra til frykt. Det er derfor viktig å finne balansen mellom hvor mye og hvordan informasjon skal gis. Innholdet som vanligvis skal sees i sammenheng med målet er ikke tilstrekkelig. Et overordnet mål for undervisningen er å gi pasienter trygghet, tilfredshet og bedre mestring. Det er ikke oppgitt i noen av forskningsartiklene spesifikke mål for pasientene. Dersom det ikke er satt mål for pasientene, hvordan skal sykepleieren vite om pasientene er trygge og føler seg godt i varetatt?

Under punktet for deltakerforutsetning i den didaktiske relasjonsmodell blir det beskrevet at sykepleiere skal ta hensyn til det pasienten allerede kan (Christensen, 2013, s. 45). Det er også lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-5). For å finne ut hva pasienten egentlig kan, må kommunikasjonen og samhandlingen være tilstede og sykepleieren må vise interesse og ta seg tid. Belyst tidligere i litteraturstudiet er det ikke alle pasienter som åpner seg opp for personalet uten å ha bygget en relasjon først. Informasjonen som gis kan formidles på ulike måter, noe som også beskrives i punktet for rammefaktorer og arbeidsmåte av Hiim og Hippe (2006, s. 17-23).

Kalogianni et al. (2016, s. 448-456) og Guo et al. (2012, s. 130-137) hadde begge pasienter som følte seg mer trygge og informert når de fikk en variasjon mellom skriftlig og verbal informasjon. Utfordringer knyttet til kun verbal kommunikasjon, er at det klassifiseres som en toveiskommunikasjon som kan påvirkes av følelser og omgivelsene rundt pasienten. I tillegg kan pasienter som bare mottar informasjon verbalt, ha lett for å glemme det som ble sagt dersom man ikke er helt tilstede eller det er for mye informasjon på kort tid. Dersom pasienten mottar skriftlig informasjon, som klassifiseres som en enveiskommunikasjon, kan pasienten ta dette i bruk dersom vedkommende ikke fikk med seg alt i samtalen. Brosjyrer, videoer og illustrasjoner som hjelpemiddel kan benyttes i ettertid (Standal & Hårberg, 2018). Det er variasjonen mellom skriftlig og verbal preoperativ informasjon pasientene er mest fornøyd med (Guo et al., 2012, s. 130-137; Kalogianni et al., 2016, s. 448-456). Enkelte pasienter sett fra praksis, ønsket å bruke internett som supplerende av den informasjonen de

fikk. Internett er et godt hjelpemiddel å bruke for å kommunisere med hverandre over hele verden og innhente informasjon. Ikke alt som skrives på internett er av verdi, da alt ikke er like troverdig. Det kan derfor oppstå utfordringer knyttet til bruk av internett. Dersom pasienten har opparbeidet seg kunnskap angående diagnose, behandling og komplikasjoner kan det føre til at pasienten forventer tilsvarende kompetanse fra sykepleieren. Har ikke sykepleieren kompetanse som forventet, kan det føre til et tillitsbrudd, en konflikt og maktkamp. Derfor er det viktig at pasient og sykepleier arbeider mot ett felles mål. Utviklingen tilsier at sykepleiere må innse at flere pasienter benytter seg av internett på grunn av den moderne teknologien og tidsalderen.

Et annet punkt under rammefaktorer i den didaktiske relasjonsmodell er hvor informasjon finner sted og tiden man har disponibel. Hvor informasjonen finner sted kan også påvirke pasientopplevelsen. Fra praksis ble det observert at nesten all undervisning og preoperativ informasjon ble gitt inne på pasientenes rom eller i korridor. De fleste pasienter ligger på to-til firemannsrom, med få unntak av de som var på enerom. I følge helsepersonelloven (1999, § 21) skal helsepersonell hindre at utenforstående får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold. For å overholde dette kan et tiltak være å ha eget behandlingsrom for samtaler og undersøkelse. Det er ikke gitt at avdelinger har kapasitet og plass til det.

Med utgangspunkt i problemstillingen knyttet til hvilken måte preoperativ informasjon best kan implementeres i sykepleiepraksis for å redusere psykiske reaksjoner, vil det være individuelt mellom pasienter. Pasienter ønsker å bli informert og huske informasjonen de mottar, samt et ønske om sykepleiere som har kunnskap, er medmenneskelig og besvarer spørsmål. Det vil være forskjell på hva teorien ønsker og tilsier, i motsetning til hva praksis og realiteten ved somatiske sykehus får muligheten til. Igjenom tilegnet praksiserfaring er inntrykket at norske sykehus har lav bemanning og ett konstant press på økonomi, der prioritering er spesielt viktig. Det oppfattes gjennom praksiserfaring at preoperativ informasjon er noe som ofte blir nedprioritert.

6.0 Konklusjon

Med sikkerhet kan man besvare problemstillingen med at flertallet av pasientene mener at preoperativ informasjon har effekt på angst og depresjon. For pasientene som ikke hadde lik nedgang i angst og/eller depresjon, ble det hevdet at noe mer kunne påvirke deres opplevelse. At deres hverdag knyttet til kultur, familie og levevilkår også kunne bidra i utviklingen. På hvilken måte sykepleiere kan informere for å redusere psykiske reaksjoner i forbindelse med åpen hjertekirurgi forblir individuelt. Ved å anvende den didaktiske relasjonsmodell som utgangspunkt i den preoperative informasjonen, arbeides det mot et felles mål, anvende flere informasjonskilder og flere sykepleiere kan gå inn til samme pasient under oppholdet.

Som sykepleier skal man utføre forsvarlig og nødvendig helsehjelp og arbeide ut fra de yrkesetiske retningslinjene og se hele pasientens 24-timersliv. Her vil utviklingen av tillit og relasjon også være nødvendig. Det er å forvente at sykepleierne ved thorax-kirurgisk avdeling besvarer spørsmål, er tilstede og har kunnskap. Dette er også noe pasienter ønsker seg. Likevel er det viktig å se realiteten i dette med tanke på begrenset personal, tid og ressurser. Tidsaspektet kan være for kort for å opprette den relasjonen og samhandlingen pasientene ønsker. Mangel på tid og utvikling av relasjon kan føre til at pasienter føler seg påtrengende, stiller færre spørsmål og får økte symptomer av angst og depresjon.

På bakgrunn av litteraturstudiet vil det anbefales å forske videre på sykepleierens erfaring med relasjonsbygging i forhold til pasienter som gjennomgår åpen hjertekirurgi. Videre bør forskning også inkludere hvordan informere pasientene for å redusere angst og depresjon ved somatisk sykehus. Selv om det er sykepleiere som møter pasientene mest, er det også et tverrfaglig samarbeid å gi preoperativ informasjon. Det er derfor den totale vurderingen som er med på å påvirke pasientopplevelsen. Dette litteraturstudier viser at relasjonsbygging og måten informasjonen gis på kan påvirke effekten av angst og depresjon.

7.0 Referanseliste

- Aasen, S. E. (2018, 31. desember). Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>
- Allott, N. (2018, 9. april). Kommunikasjon. Hentet fra <https://snl.no/kommunikasjon>
- Berg, K. S., Stenseth, R., Pleym, H., Wahba, A., & Videm, V. (2011). Mortality risk prediction in cardiac surgery: comparing a novel model with the EuroSCORE. I *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 55(3), 313-321. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2010.02393.x>
- Botzet, K., Dalyanoglu, H., Schäfer, R., Lichtenberg, A., Schipke, J. D., & Korbmacher, B. (2018). Anxiety and Depression in Patients Undergoing Mitral Valve Surgery: A Prospective Clinical Study. I *The Thoracic and cardiovascular surgeon*, 66(07): 530-536. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1604461>
- Brinchmann, B. S. (red.). (2008). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christiansen, B. (red.). (2013). *Helseveiledning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Cronin, P., Ryan, F., & Coughlan, M. (2008). Undertaking a literature review: a step-by-step approach. I *British journal of nursing*, 17(1), 38-43. <https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.1.28059>
- Dahl, A. A., Aarre, T. F. & Loge, J. H. (red.). (2014). *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom: symptomer, diagnostikk og behandling*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Deyirmenjian, M., Karam, N., & Salameh, P. (2006). Preoperative patient education for open-heart patients: a source of anxiety? I *Patient education and counseling*, 62(1), 111-117. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.06.014>
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Guo, P., East, L., & Arthur, A. (2012). A preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients: a randomized controlled trial. I *International Journal of Nursing Studies*, 49(2), 129-137. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.08.008>
- Hagen, R. & Kennair, L. E. O. (2016). *Psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). Sjekklistor. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsenorge. (2018, 30. april). Angstlidelser. Hentet fra https://helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/angst/angst-og-angstlidelser?fbclid=IwAR3OBFn57OpjY4frQzDcQbSxgFn_aV5fgt9a99Jt08RxsLqXsTBk8-Lz0
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#%C2%A725
- Hiim, H. & Hippe, E. (2006). *Praksisveiledning i lærerutdanningen: En didaktisk veiledningsstrategi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Holm, S. & Kummeneje, I. (2009). *Pre- og postoperativ sykepleie – med dagkirurgi* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Hummelvoll, J. K. (2010). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hårberg, G. B., Paulsen, T. M. & Brønstad, A. (2017, 3. mars). Å være profesjonell. Hentet fra <https://ndla.no/subjects/subject:24/topic:1:183717/topic:1:183788/resource:1:3747>

Joseph, H. K., Whitcomb, J., & Taylor, W. (2015). Effect of anxiety on individuals and caregivers after coronary artery bypass grafting surgery: a review of the literature. I *Dimensions of Critical Care Nursing*, 34(5), 285-288.
<https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000137>

Kalogianni, A., Almpiani, P., Vastardis, L., Baltopoulos, G., Charitos, C., & Brokalaki, H. (2016). Can nurse-led preoperative education reduce anxiety and postoperative complications of patients undergoing cardiac surgery? I *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(6), 447-458. <https://doi.org/10.1177/1474515115602678>

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Knutstad, U. (Red.). (2015). Utøvelse av klinisk sykepleie – Sykepleieboken 3 (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk

Landsem, I. P. (2018). Sykepleieres kompetanse i kommunikasjon må systematisk inn i undervisningen. I *Sykepleien 2018*, 106(70266)(e-70266).
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70266>

Landsforening for hjerte- og lungesyke. (2019, 11. mars). Hjerteinfarkt. Hentet fra <https://www.lhl.no/hjerte--og-karsykdommer/hjerteinfarkt/>

Leiknes, K. A., Dalsbø, T. K., & Siqveland, J. (2016, mars). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/rapport_2016_hads_maleegenskaperv4-u-vedlegg1.pdf

Malt, U. (2014, 28. september). STAI. Hentet fra <https://sml.snl.no/STAI>

Martinsen, E. W. (2018). *Kropp og sinn: fysisk aktivitet, psykisk helse, kognitiv terapi* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

- Martinsen, E. W. & Taube, J. (2009). Angst. Aktivitetshåndboken - Fysisk aktivitet i forebygging og behandling. *Oslo: Helsedirektoratet*, 214-224. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/463/Aktivitetshandboken-IS-1592.pdf>
- Norsk Helseinformatikk. (2019, 7. februar). MADRS (Montgomery and Aasberg Depression Rating Scale). Hentet fra <https://nhi.no/skjema-og-kalkulatorer/kalkulatorer/psykiatri/montgomery-and-aasberg-depression-rating-scale-madrs/>
- Norsk Hjertekirurgiregister & Norsk Thoraxkirurgisk Forening. (2018, 24. mai). Hjertekirurgi Norge 2016. Hentet fra https://legeforeningen.no/PageFiles/332468/Hjertekirurgi%202016_1.pdf
- Norsk Sykepleierforbund. (2011, 9. august). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>
- Omhelse. (2018, 2. november). Joyce Travelbee. Hentet fra <https://omhelse.no/psykologi-i-sykepleien/joyce-travelbee/>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Paulsen, T. M. & Hårberg, G. B. (2017, 3. mars). Empati. Hentet fra <https://ndla.no/subjects/subject:24/topic:1:183732/topic:1:184713/resource:1:4055>
- Ramesh, C., Nayak, B. S., Pai, V. B., Patil, N. T., George, A., George, L. S., & Devi, E. S. (2017). Effect of preoperative education on postoperative outcomes among patients undergoing cardiac surgery: a systematic review and meta-analysis. I *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 32(6), 518-529. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.11.011>
- Rymaszewska, J., Kiejna, A., & Hadryś, T. (2003). Depression and anxiety in coronary artery bypass grafting patients. I *European Psychiatry*, 18(4), 155-160. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(03\)00052-X](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(03)00052-X)

- Sjöling, M., Norbergh, K. G., Malaker, H., & Asplund, K. (2006). What information do patients waiting for and undergoing arthroplastic surgery want? Their side of the story. I *Journal of Orthopaedic Nursing*, 10(1), 5-14.
<https://doi.org/10.1016/j.joon.2005.09.014>
- Skjetne, I. (2017, 3. mars). Forebyggende arbeid. Hentet fra
<https://ndla.no/nb/node/20744?fag=8>
- Snoek, J. E & Engedal, K. (2017). *Psykiatri: for helse- og sosialfagutdanningene* (4. utg.). Oslo: Akribe forlag.
- Standal, K. A. & Hårberg G. B. (2018, 16. januar). Verbal kommunikasjon. Hentet fra
<https://ndla.no/subjects/subject:24/topic:1:183732/topic:1:184512/resource:1:4059>
- Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet: Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D.G., Grønseth, R. & Almås, H. (Red.). (2017). *Klinisk sykepleie 1* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Spurkeland, J. (2012). *Relasjonskompetanse* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Svartdal, F. (2017, 25. september). Nonverbal kommunikasjon. Hentet fra:
https://snl.no/nonverbal_kommunikasjon
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tully, P. J., & Baker, R. A. (2012). Depression, anxiety, and cardiac morbidity outcomes after coronary artery bypass surgery: a contemporary and practical review. I *Journal of geriatric cardiology: JGC*, 9(2), 197-208.

<https://doi.org/10.3724/SP.J.1263.2011.12221>

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk - Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.

Universitetssykehuset Nord – Norge. (2017). Hjerteoperasjon. Hentet fra https://unn.no/seksjon-avdeling/Documents/Avdelinger/Hjerte-,%20lunge-%20og%20karkirurgisk%20avdeling/Hjertebrosjyre_web.pdf

Vedlegg I: PICO skjema

Tittel på oppgaven				
Åpen hjertekirurgiske pasienters opplevelse og erfaringer med preoperativ informasjon – ett systematisk litteraturstudie				
Problemstilling formuleres som et presist spørsmål:				
«Har preoperativ informasjon effekt på psykiske reaksjoner hos pasienter som skal gjennomgå åpen hjertekirurgi? I så fall, på hvilken måte kan preoperativ informasjon best implementeres i sykepleiepraksis for å redusere psykiske reaksjoner?»				
Hva slags type spørsmål er dette?		Er det aktuelt med søk i Lovdata etter lover og forskrifter?		
<input type="checkbox"/> Effekt av tiltak		<input type="checkbox"/> Nei		
	P	I	C	O
	Population/patient/problem	Intervention	Comparison	Outcome/result
Hva er det?	Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet:	Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for):	Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket.	Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå.
Hel setning	Pasienter over 18 år som skal gjennomgå åpen hjertekirurgi	Forebyggende tiltak knyttet til preoperativ informasjon, undervisning og veiledning	Ikke aktuelt	Forebygge psykiske reaksjoner, spesifisert mot angst og depresjon
Norske ord	- Pasient - Hjertekirurgi / thoraxkirurgi	- Preoperative informasjon - Postoperativ informasjon - Informasjon - Omsorg	X	- Forebygge - Angst - Depresjon

Engelske ord	<ul style="list-style-type: none"> - Patient* - (all adult (19 plus years)) - Cardiac Surgical Procedures.mp. or exp Cardiac Surgical Procedures/ - cardiac surgery.mp. - heart surgery.mp. or Thoracic Surgery/ 	<ul style="list-style-type: none"> - Preoperative information - Postoperative information - Nursing care - Information - Patient Education as Topic/ - preoperative care.mp. or Preoperative Care/ 	X	<ul style="list-style-type: none"> - Prevent - Anxiety - Depression
-----------------	---	--	---	--

Vedlegg II: Søkehistorikk

Database	Søkenummer	Søkeord og søkekombinasjoner	Antall treff	Relevante artikler	Eksluderte artikler
MedLine	1	heart surgery.mp. or Thoracic Surgery/	26292		
	2	cardiac surgery.mp.	37900		
	3	Cardiac Surgical Procedures.mp. or exp Cardiac Surgical Procedures/	206186		
	4	preoperative information.mp.	682		
	5	1 or 2 or 3	233177		
	6	4 and 5	25		
	7	exp Patient Education as Topic/	82035		
	8	preoperative care.mp. or Preoperative Care/	59882		
	9	4 or 7 or 8	141013		
	10	5 and 9	4918		
	11	4 or 7	82611		
	12	exp Anxiety/ or anxiety.mp.	216013		
	13	Depression.mp. or exp Depression/	372258		
	14	12 or 13	502991		
	15	10 and 14	205		
	16	limit 15 to ("all adult (19 plus years)" and english and last 10 years)	50	2	48

MedLine	1	preoperative*.mp.	299667		
	2	information.mp.	1181189		
	3	effect.mp.	3086854		
	4	heart surgery.mp. or Thoracic Surgery/	26295		
	5	thorax surgery.mp.	1277		
	6	4 or 5	27073		
	7	Anxiety/ or anxiety.mp.	215340		
	8	Depression.mp. or Depression/	372461		
	9	7 or 8	502625		
	10	1 and 2 and 3 and 6 and 9	3	1	2
PudMed	1	Anxiety OR depression AND heart surgery OR cardiac surgery	453601		
	2	Anxiety OR depression AND heart surgery OR cardiac surgery – sort by: Best match, Control F – search on effect	7	1	6

Dato for søk er oktober, november 2018 og januar, mars 2019

Vedlegg III: Litteraturmatrise

Fem artikler brukt i litteraturstudiet

Forfatter / år / tittel:	Mål/Hensikt:	Metode/Design:	Utvalg/populasjon	Resultat/Konklusjon	Kvalitetsvurdering	Redegjort for etiske overveielser
Artikkel 1: Deyirmenjian, M., Karam, N. & Salameh, P. (2006). Preoperative patient education for open-heart patients: A source of anxiety?	Hensikten med dette studiet var å vurdere effekten av preoperativ pasientopplæringen og informasjonen på angst og rehabiliteringsprosessen for libanesiske pasienter som gjennomgår åpen hjertekirurgi.	Metode/Design: Kvantitativ kvasi-eksperimentell studie Inklusjon- og eksklusjonskriterier: Pasienter som var innlagt på hjertekirurgisk avdeling for første gang, var mindre enn 80 år gammel, hadde ektefelle som ikke var operert tidligere og som ikke hadde psykiatrisk lidelse.	Utvalg/populasjon Tilsammen 110 pasienter. 91 menn og 18 kvinner. 11 pasienter er ikke plassert. Gjennomførelse: Forsøket ble gjennomført på et universitetssykehus i Libanon Alle pasientene var under 80 år og ble tilfeldig fordelt med opptaksnummer. Deretter ble tilfeldig	Resultat/Konklusjon Det var ingen signifikant forskjell mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen i forhold til pre- og postoperativ angst. Intervensjonsgruppen hadde kortere tid fra oppvåkning til ekstubasjon.	Kvalitetsvurdering En fordel med studie er at det inkluderer flere pasienter for å fram en effekt. En svakhet er at den er liten i størrelse. Det får verken fram noe av pasientens egne erfaringer og opplevelser, men mer standardisert ut fra kategorier. Alle pasientene	Redegjort for etiske overveielser Pasientene ga samtykke til å delta i studiet verbalt. Hver pasient som ble satt opp til hjertekirurgi og innfridde inklusjonskriteriene ble spurt om å bli med i studiet. De kunne deretter takke ja eller nei. 90% av de som fikk tilbudet takket ja. Studiet er anonymisert.

		<p>Datasamlingsmetode: Pasientenes angst ble vurdert ved hjelp av Bech Anxiety Inventory (BAI). Mens rehabiliteringen og gjenopprettingen ble målt ved fysiologiske resultater, dager på sykehusopphold og tilstedeværelse av komplikasjoner.</p> <p>Analysemetode: En multivariabel analyse av kovarians (MANCOVA), chi-to test, Mann-Whitney U test, t-test.</p>	delt i en forsøksgruppe på 57 pasienter og en kontrollgruppe på 53 pasienter.		ble randomisert i grupper før forsøket startet, og ble vurdert etter de samme kriteriene.	
--	--	--	---	--	---	--

Forfatter / år / tittel:	Mål/Hensikt:	Metode/Design:	Utvalg/populasjon	Resultat/Konklusjon	Kvalitetsvurdering	Redegjort for etiske overveielser
<p>Artikkel 2:</p> <p>Guo, P., East, L., & Arthur, A. (2012).</p> <p>A preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients: a randomized controlled trial.</p>	<p>Hensikten med studiet er å avgjøre om preoperativ informasjon og utdanning kan redusere psykiske reaksjoner som angst og depresjon og forbedre rehabiliteringen for kinesiske pasienter som gjennom åpen hjertekirurgi.</p>	<p>Randomisert kontrollert studie</p> <p>Inklusjon- og eksklusjonskriterier:</p> <p>Studiet inkluderte alle voksne pasienter (over 18 år) som skulle gjennomgå valgfri hjertekirurgi og var kvalifisert til å kunne snakke, lese og skrive kinesisk. Studiet ekskluderte pasientene som var akutte og hadde gjennomgått hjertekirurgi tidligere.</p>	<p>Totalt 153 voksne pasienter deltok i studiet. 84 menn og 69 kvinner.</p> <p>Gjennomførelse:</p> <p>Forsøket ble gjennomført på to offentlige sykehus i Luoyang i Kina.</p> <p>Alle pasientene som deltok var over 18 år og ble tilfeldig fordelt i en kontrollgruppe som mottok standard informasjon og en intervensjonsgruppe som mottok preoperativ</p>	<p>Etter randomiseringen var det 135 pasienter som fullførte forsøket.</p> <p>Intervensjonsgruppen hadde lavere nivåer enn kontrollgruppen. Og hadde i tillegg betydeligere lavere nivåer av depresjon, søvnforstyrrelser relatert til smerte og tid i intensivavdelingen. Det var lite, nærmest ingen signifikant forskjell i lengden på postoperativt sykehusopphold.</p>	<p>En svakhet med dette studie er at det i likhet, sammenlignet med artikkel 1, er en liten gruppe mennesker, for å få fram en effekt. Her er to offentlige sykehus deltatt, istedenfor bare ett. Fordelen er at pasientene ble randomisert etter de samme kriteriene. Pasientenes</p>	<p>Pasientene samtykket både verbal og skriftlig til å delta. Pasientene som innfridde inklusjonskriteriene ble spurt om å delta. De ble informert om forsøket og formålet med studiet på tredje dag på sykehus. Etter at skriftlig samtykke ble oppnådd ble det foretatt grundigere vurderinger.</p>

		<p>Datasamlingsmetode: Pasientens psykiske reaksjoner (angst og depresjon) ble vurdert ved hjelp av kartleggingsverktøyet HADS. Også ble endring i smerte målt ved BPI-sf (Brief Pain Inventory-short form)</p> <p>Analysemetode: Analysene ble utført ved bruk av SPSS versjon 16. Andre analyser: t-test, Mann-Whitney Utest, linear regression models.</p>	<p>informasjon og informasjonsskriv. Pasientene fikk hver sin konvolutt hvor det sto hvilken gruppe de var med i.</p> <p>Kontrollgruppen som mottok vanlig pleie inneholdt 77 pasienter og intervensjonsgruppen som fikk preoperativ informasjon og informasjonsskriv var 76 pasienter.</p>		<p>egne erfaringer og opplevelser komme lite fram.</p>	
--	--	---	---	--	--	--

Forfatter / år / tittel:	Mål/Hensikt:	Metode/Design:	Utvalg/populasjon	Resultat/Konklusjon	Kvalitetsvurdering	Redegjort for etiske overveielser
<p>Artikkel 3:</p> <p>Ramesh, C., Nayak, B. S., Pai, V. B., Patil, N. T., George, A., George, L. S., & Devi, E. S. (2017).</p> <p>Effect of preoperative education on postoperative outcomes among patients undergoing cardiac</p>	<p>Målet med dette studiet er å vurdere effekten av preoperativ utdanning og informasjon på postoperative utfall blant pasienter som gjennomgår hjertekirurgi.</p>	<p>Systematisk gjennomgang og meta-analyse</p> <p>Inklusjon- og eksklusjonskriterier:</p> <p>Originale forskningsstudier publisert på engelsk mellom 1995 og 2015 og randomiserte kontrollerte studier som inkluderte preoperativ informasjon og utdanning på pasienter som gjennomgår hjertekirurgi.</p> <p>Datasamlingsmetode:</p> <p>Cochrane-datautvinningsform for systematisk gjennomgang ble brukt.</p>	<p>Studiet inkluderer voksne pasienter som gjennomgår ulike former og hjertekirurgi.</p> <p>831 studier ble identifisert. Etter eksklusjonskriterier satt de igjen med 14 studier som ble tatt med i den fortellende syntesen. Tilslutt ble ti studier tatt med i kvantitativ syntese (meta-analyse).</p> <p>De gjennomførte studiene inkluderte totalt 2017 pasienter,</p>	<p>Studiet oppsummerer at preoperativ utdanning viste tydelig reduksjon i angst, men ingen signifikant forskjell på depresjon.</p> <p>I forhold til lengden på oppholdet og smerte var det ingen signifikant forskjell på de som mottok informasjon og de som ikke mottok det.</p>	<p>En fordel med studiet at det allerede har sett på det samme som dette litteraturstudiet fokuserer på. Ved denne systematiske oversikten, baserer studiet seg på flere enkeltstudier. I sin helhet, inkluderes mange pasienter. Ved å bruke dette studiet, inkludert i</p>	<p>Pasientene i de 14 artiklene som er inkludert har de alle samtykket til å delta på ulike måter. I og med at dette er en oppsummerende studie har ikke pasientene direkte samtykket til Ramesh et al.</p>

<p>surgery: a systematic review and meta-analysis.</p>		<p>To forfattere hentet individuelt data fra de inkluderte studiene og utformet en diskusjon.</p> <p>Analyse: Resultatmålingene ble sammenlignet mellom deltakere som ble behandlet med preoperativ utdanningsintervensjon og kontrollgruppe innenfor hvert studie. Meta-analyse ble gjort for å samle resultatene. Ved hjelp av en tilfeldig effektmodell fikk de fram statiske forskjeller. Alle dataene ble samlet og analysert ved hjelp av Review Manager versjon 5.3.</p>	<p>hvorav gjennomsnittsalderen var 61 år. Begge kjønn var inkludert, men det var flest menn i studiene.</p>		<p>litteraturstudiet kan man se forskjellen på deres informasjon, kontra min egen, fordi det strekker seg over en lengre periode.</p>	
--	--	---	---	--	---	--

Forfatter / år / tittel:	Mål/Hensikt:	Metode/Design:	Utvalg/populasjon	Resultat/Konklusjon	Kvalitetsvurdering	Redegjort for etiske overveielser
<p>Artikkel 4:</p> <p>Kalogianni, A., Almpani, P., Vastardis, L., Baltopoulos, G., Charitos, C., & Brokalaki, H. (2016).</p> <p>Can nurse-led preoperative education reduce anxiety and postoperative complications of patients</p>	<p>Formålet med studiet var å estimere effekten av en sykepleierledet preoperativ utdanning og informasjon på angst og andre postoperative utfall. Dette ønsket de å undersøke fordi det finnes varierende utfall og spørsmålet om det uklart.</p>	<p>Randomisert kontrollert studie</p> <p>Inklusjon- og eksklusjonskriterier:</p> <p>Alle pasienter som kunne prate og snakke gresk og var innlagt for valgfri hjertekirurgi fra mai 2011 til januar 2014 var kvalifisert til å delta. Pasienter som hadde tidligere hjertekirurgisk bakgrunn, psykiatrisk lidelse, alvorlige kroniske lidelser, terminal sykdom og brukte medikamenter for angst ble ekskludert fordi de trengte</p>	<p>Totalt var det 395 hjertekirurgiske pasienter som deltok. 285 menn og 110 kvinner.</p> <p>Gjennomførelse:</p> <p>Forsøket ble gjennomført på et offentlig sykehus i Athen.</p> <p>Alle pasientene som deltok i studiet ble tilfeldig fordelt i en kontrollgruppe (190 pasienter) som kun mottok ordinær informasjon og en</p>	<p>Studiet har funnet at pasientene i intervensjonsgruppen som hadde mer kontakt med personalet og mottok en bedre og rustet individuell informasjon hadde lavere nivåer av angst enn pasientene i kontrollgruppen.</p>	<p>En fordel med studie er at det inkluderer flere pasienter for å fram en effekt. Men en negativ side er at man ikke får fram noe av pasientenes erfaringer og opplevelser.</p>	<p>Data ble samlet etter godkjenning fra det vitenskapelige rådet på Evangelismos sykehus. Alle deltakerne i studiet ble informert om formålet med studiet, datasamlingen og at det var frivillig deltakelse. Så pasientene samtykket til å delta i studiet.</p>

undergoing cardiac surgery?		<p>sannsynligvis mer spesifikk trening.</p> <p>Datasamlingsmetode: Pasientens angst ble vurdert ved hjelp av scoringsverktøyet STAI.</p> <p>Analysemetode: For sammenligning av propsjoner ble Chi-squared og Fisher's exact tests brukt. For sammenligning av kontrollgruppe og intervensjonsgruppe ble t-test brukt. Deretter ble SPSS brukt for analysering.</p>	<p>intervensjonsgruppe (205 pasienter) som fikk mer omfattende informasjon.</p>			
-----------------------------	--	---	---	--	--	--

Forfatter / år / tittel:	Mål/Hensikt:	Metode/Design:	Utvalg/populasjon	Resultat/Konklusjon	Kvalitetsvurdering	Redegjort for etiske overveielser
Artikkel 5: Joseph, H. K., Whitcomb, J., & Taylor, W. (2015). Effect of anxiety on individuals and caregivers after coronary artery bypass grafting surgery: a review of the literature.	Artikkelen omfatter en litteraturgjennomgang for å undersøke om den nåværende informasjonen som er tilgjengelig for helsepersonell og pasienter kan ha utfall for de som opplever perioperativ angst for hjertekirurgiske pasienter (ACB-kirurgi).	Litteraturgjennomgang av forskningsartikler (peer-reviewed) fra år 2000 til 2015. Inklusjon- og eksklusjonskriterier: Pasienter som gjennomgår ACB-kirurgi og er relevant for gjennomgang er inkludert. Datasamlingsmetode: Forskningsartiklene ble hentet fra databasene som CINAHL, Plus og EBSCOhost. Internettsøkemotoren Google Scholar samt	13 artikler ble funnet relevant for gjennomgang. Det er ukjent antall kvinner og menn som er med.	Resultatmessig fant de ut at flere pasienter følte de fikk utilstrekkelig informasjon og at deres angst vedvarte i et langtidsperspektiv. Flere følte og på mangel på kommunikasjon, omsorg og struktur fra ansatte. Videre belyser artikkelen at sykepleiere bør rette oppmerksomheten til pasienter og vise at man er tilstede.	En fordel med studiet at det allerede har sett på det samme som dette litteraturstudiet fokuserer på. Ved denne systematiske oversikten, baserer studiet seg på flere enkeltstudier. Det er ikke opplyst antall pasienter inkludert. Men fordelene er at tidsaspektet	Pasientene i de 14 artiklene som er inkludert har de alle samtykket til å delta på ulike måter. I og med at dette er en oppsummerende studie har ikke pasientene direkte samtykket til Joseph et al.

		Centers for Disease Control and Prevention and the National Heart, Lung and Blood Institute databases ble brukt.			strekker seg over flere år. Man kan ved denne litteraturgjenno mgangen se på forskjellen i hva dem fant, kontra hva jeg fant, og artikkel 3 (systemtisk litteraturgjenno mgang).	
--	--	--	--	--	--	--

