



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.: 463

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9610

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: 27

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

Mestring og livskvalitet hos pasienter med hjertesvikt

Coping and quality of life when living with chronic heart failure

Kandidatnummer: 463

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 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.

Abstract

Background

Chronic heart failure is a widespread health issue and the occurrence is continuing to rise. Heart failure can lead to many comprehensive demands, directed at the patient at different times during the clinical pathway. These demands can be a threat to the patient's quality of life. It is therefore expedient that nurses increase their understanding and knowledge around heart failure and the patient's experience during this situation. This is to ensure that the patients with heart failure get a professional and knowledge-based help, which can contribute to the patients' feeling that they can handle their everyday life.

Method

The method used is a literature study consisting of seven qualitative research articles. A search has been executed in the following databases; SveMed+, PubMed and Cinahl.

Results

Findings in the literature study show that patients with a chronic heart failure are embossed by physical and psychological challenges. Patients wish for more information, better understanding and knowledge about the disease so they can better handle their everyday life. Quality communication, a feeling of safety, social support and hope are important aspects for the patients with heart failure, so that they can tackle their situation.

Conclusion

It is important that nurses give sufficient health related information to increase the patient's knowledge about their own sickness. This contributes to a better handle on their everyday life. Communication directed at the individual creates trust and a relation between the nurse and the patient. This will then strengthen the feeling of safety in patients with heart failure. The patient's hope and social support are important aspects that may improve the quality of life.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Hensikt med studien.....	1
1.3	Presentasjon av problemstilling	2
1.4	Avgrensning av problemstilling	2
2	Teori	4
2.1	Hjertesvikt	4
2.1.1	Definisjon og årsaker	4
2.1.2	Symptomer	5
2.1.3	Behandling.....	5
2.2	Å leve med kronisk sykdom.....	6
2.3	Sykepleieperspektiv.....	7
2.4	Kommunikasjon og informasjon.....	8
2.5	Mestring	9
2.6	Håp	9
2.7	Trygghet.....	10
2.8	Sosial støtte	11
2.9	Livskvalitet	11
3	Metode	13
3.1	Litteraturstudie som metode	13
3.2	Metodens sterke og svake sider.....	13
3.3	Litteratursøk	14
3.3.1	Inklusjonskriterie	14
3.3.2	Eksklusjonskriterier	14
3.3.3	Fremgangsmåte.....	15
3.4	Kildekritikk	16
3.5	Etiske aspekter	17
4	Resultat	18
4.1	Opplevelse av hjertesvikt	18
4.1.1	Fysiske begrensninger ved hjertesvikt	18
4.1.2	Emosjonelle tanker ved hjertesvikt.....	18
4.2	Sykepleierrolle og mestring av hjertesvikt	19
4.2.1	Kommunikasjon og informasjon til å håndtere hverdagen.....	19

4.2.2	Trygghet.....	21
4.2.3	Håp	22
5	Diskusjon.....	23
5.1	Informasjon til å håndtere fysiske utfordringer hos pasienter med hjertesvikt	23
5.2	Hjelpe pasient med hjertesvikt til å håndtere de psykiske utfordringene	26
5.3	Kommunikasjon mellom sykepleier og pasienter med hjertesvikt	27
5.4	Trygghet.....	29
5.5	Håp	31
6	Konklusjon.....	33
7	Referanseliste	34

VEGLEGG 1: PICO

VEDLEGG 2: Flytskjema

VEDLEGG 3: Litteratursøk i ulike databaser

VEDLEGG 4: Litteraturmatrise

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema i denne litteraturstudien er kronisk hjertesvikt hos hjemmeboende pasienter. Hjertesvikt er en tilstand der hjertes pumpefunksjon er svekket, og hjerte klarer ikke å forsyne kroppens organer og vev med tilstrekkelig oksygenrikt blod (Forfang, 2016). Fra praksis ser man at å leve med kronisk hjertesvikt er noe som kan påvirke individets tanker, følelser, og integritet i det sosiale liv. Sykdommen gjør at det daglige livs gjøremål kan være en utfordring for pasienten, derfor det er viktig at vi som fremtidige sykepleiere øker vår kunnskap om dette temaet.

Ifølge Norsk Helseinformatikk (2018) er hjertesvikt en folkesykdom som rammer brede lag av befolkning og har stadig økende forekomst i den vestlige verden. Her i Norge har ca. 50 000 – 100 000 av den norske befolkning hjertesvikt, og forekomsten øker. Ca. 10 % av dem som rammes av hjertesvikt er personer som er eldre enn 70 år (Norske Helseinformatikk, 2018). God oppfølging, effektiv medisinske behandling og økende levetid i Norge, gjør at pasienter med hjertesvikt kan leve lengre til tross til sykdommen. Forlengt levetid og forverring av symptomene ettersom sykdommen utvikler seg kan påvirke pasientens livskvalitet negativt.

1.2 Hensikt med studien

Som sykepleier i praksis kommer vi til å møte hjertesviktpasienter på flere arenaer. Derfor er det hensiktsmessig å få økt forståelse og kunnskap om hjertesvikt, for å sikre at pasientene får en faglig og kunnskapsbasert hjelp som bidrar til at de kan mestre hverdagen på best mulig måte. Sykepleier har ikke bare en behandlingsoppgave, men skal også styrke pasientens mestringsevne og livskvalitet i en positiv retning.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Ifølge Travelbee (1999, s. 29) er hovedrollen til sykepleieren å hjelpe individet med å forbygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse. På bakgrunn av dette og av tidligere kunnskaper om kronisk hjertesvikt og hvordan dette påvirker individets mestringsevne i hverdagen blir oppgavens problemstilling formulert slik:

«Hvordan kan sykepleier fremme mestringsfølelse hos pasienter med hjertesvikt?»

Denne problemstilling er relevant for sykepleiere da hjertesvikt er en av dagens vanligste sykdommer hos eldre (Brodtkorb, 2015, s. 378). Høyere levealder i befolkningen resulterer i et økende antall pasienter med utvikling av kroniske hjertesykdommer (Høybakk, 2015, s. 208), og som det ble nevnt tidligere øker forekomsten. Dette medfører at sykepleier kan møte denne gruppe pasienter i ulike sammenhenger. Derfor er det viktig å øke vår kunnskap innenfor dette tema.

Å ha hjertesvikt vil påvirke alle sider ved livet og kan være en trussel mot pasientens livskvalitet (Rustøen, 2007, s. 162). Sykepleieren har ansvar for å hjelpe pasienten til å mestre både det fysiske og psykiske utfordringene som følger av sykdommen, samt å hjelpe pasienten til å styrke det sosiale forholdet med familie og venne (Travelbee, 1999, s. 32). Ifølge Rustøen (2007, s. 172) er det sykepleiers oppgave at pasienten har forståelse over egen helsesituasjon, ha kontroll over sykdomsutfordringene og å danne seg et bilde av egen framtid. Dermed ønsker jeg å belyse hvordan sykepleier kan fremme mestringsfølelse hos pasienter med hjertesvikt.

1.4 Avgrensning av problemstilling

I denne oppgaven er fokuset hjemmeboende pasienter med hjertesvikt som er 60 år og eldre. Disse pasientene har diagnosen hjertesvikt og tilhører klasse II, III, IV etter NYHA (New York Heart Association) klassifisering (Ørn & Brunvand, 2016, s. 177). For pasientene som har hjertesvikt klasse IV, velger jeg å ta med i oppgaven de som er fungerende og har

ekskludert pasienter som trenger palliativ behandling. På grunn av diagnosen og symptomene får pasientene hjemmesykepleier til å administrere medikamenter og å tilrettelegge eller hjelpe til for at de skal fungere best mulig i hverdagen. I denne litteraturstudien har jeg valgt å ha fokus på sykepleieperspektivet når det gjelder hjertesvikt og mestring.

2 Teori

2.1 Hjertesvikt

2.1.1 Definisjon og årsaker

Hjertet er et av de viktigste organene i kroppen. Det er en muskel som ligger i brysthulen og har som oppgave å pumpe blod rundt i kroppen slik at celler og vev kan motta oksygen og næringsstoffer for å opprettholde kroppens funksjon. Vi mennesker er helt avhengig av denne tilførselen for at vi skal overleve (Norsk Helseinformatikk, 2017). Hjertet er en dobbel pumpe. Det har en venstre og en høyre hjertehalvdel. Venstre hjertehalvdel pumper blodet ut i den store livpulsåren og igjen ut i hele kroppen. Høyre hjertehalvdel pumper blodet ut i lungene der gassutveksling skjer (Arnesen, 2019). Svekkelse i en av hjertehalvdeler eller begge; fører til hjertesvikt, hvilket betyr at det normale hjertets funksjon som er å forsyne kroppen med oksygenrikt blod er dårligere enn normalt (Norsk Helseinformatikk, 2018).

Ved venstresidig hjertesvikt hopper blodet seg opp i lungekretsløpet, grunnet at høyre ventrikkel pumper mer blod gjennom lungene enn venstre ventrikkel klarer å pumpe ut i kroppen. Dette fører til trykkøkning i lungekapillærene og væske-siving til alveolene. Alveolene som fylles med væske resulter i at gassutvekslingen reduseres og pasienten får respirasjonsproblemer på grunn av redusert diffusjon. Ved høyresidig hjertesvikt presses blodet bakover i det store kretsløpet. Dette fører til opphopning av væske i vevet som igjen fører til at kroppens organer får mindre oksygen (Ørn & Brunvand, 2016, s. 176-177).

Det er mange årsaker til hjertesvikt. Opptil 70 % av hjertesvikt tilfeller skyldes iskemisk hjertesykdom og 10 % skyldes hjerteklaffefeil. Det finnes også andre årsaker som kronisk hypertensjon, myokarditt, takykardi og kardiomyopati (Ørn & Brunvand, 2016, s. 176).

2.1.2 Symptomer

Diagnosen hjertesvikt stilles på bakgrunn av symptomene. Ved svikt i venstre ventrikel er dyspné det dominerende symptomet. Forverring av tungpustet (dyspné) er noe som hjertesvikt pasienter sliter med særlig ved anstrengelse og når pasienten legger seg ned (Ørn & Brunvand, 2016, s. 177). Man kan skille mellom tre ulike dyspnéer; ortopne, funksjonsdyspne og hviledyspne. Den mest typiske av disse er ortopne som oppstår når pasienten legger seg ned. Funksjonsdyspne kommer ved anstrengelse og hviledyspne opptrer uten at pasienten anstrenger seg, og det er et svært alvorlig symptom av hjertesvikt. Andre vanlige symptomer av hjertesvikt er tretthet og ødemer i ekstremiteter som er resultat av opphopning av væske i kroppen (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise, 2010, s. 46-47).

Ved både behandling og prognose av hjertesvikt, er det vanlig med inndeling av svikten. Inndelingen sier noe om pasientens alvorlighetsgrad som igjen har innvirkning på pasientens grunnleggende behov. Det mest brukte klassifiseringssystemet er NYHA (New York Heart Association) som deler svikten til fire klasser (Ørn & Brunvand, 2016, s. 177). Ved klasse I er det asymptomatisk hjertesvikt og ved, klasse II er det dyspne og lett tretthet ved moderat til høy fysisk aktivitet. Klasse III kjennetegnes ved tretthet og dyspne ved lett fysisk aktivitet, mens pasienter med klasse IV har dyspne og tretthet i hvile med økende symptomer ved anstrengelse (Høybakk, 2015, s. 209).

2.1.3 Behandling

Behandling av kronisk hjertesvikt kan være enten medisinsk, kirurgisk eller begge deler, alt etter den underliggende årsaken. Operativ behandling er mest vanlig når pasienten har sterk nedsatt hjertefunksjon, mens medisinsk behandling kan gå parallelt eller er eneste behandling av hjertesvikt hvis pasienten ikke blir operert (Jacobsen et al., 2010, s. 49).

Behandlingsmetode som tas i bruk er avgjørende for at pasienten kan mestre hverdagen hjemme og se muligheter for en fungerende helse (Høybakk, 2015, s. 223).

Den mest vanligste medikamentelle behandlingen av kronisk hjertesvikt er ACE-hemmere, A2-blokkere, betablokkere, diuretika og digitalispreparater. Disse legemidler har ulike

bivirkninger som kan forverre pasientens helsetilstand, noe som igjen kan føre til økning av tretthet og utmattelse. For å hindre at bivirkning av legemidler påvirker pasientens livskvalitet, er det viktig at sykepleier gir informasjon om legemiddelbehandling. Informasjonen skal være blant annet omhandler når på døgnet medikamentet bør tas og eventuelt virkning og bivirkning av dette (Høybakk, 2015, s. 210).

2.2 Å leve med kronisk sykdom

Kronisk sykdom eller kronisk lidelse utvikler seg langsomt, er langvarig eller stadig tilbakevendende (Kåss, 2018). Med andre ord må pasienter med kroniske lidelser innstille seg på at sykdommen aldri kan helbredes selv om behandling er avsluttet. De fleste pasienter må regne med å forholde seg til helsevesen, symptomer og behandling resten av livet (Hestvold, 2018, s. 118).

Kronisk lidelse griper inn i folks liv på en helt annen måte enn akutte sykdommer. Sykdommen påvirker ikke bare individets helse, men griper og inn i dagliglivet og setter helt nye betingelser for livsutfoldelsen (Gjengedal & Hanestad, 2007, s. 11). Den som er rammet av hjertesvikten opplever et liv med flere praktiske utfordringer og begrensninger. Lidelsen gjør at vedkommende føler seg mindre verdifull og en byrde for andre. Dette er noe som går sterkt på selvfølelsen (Gjengedal & Hanestad, 2007, s. 11).

Det å leve med kronisk sykdom er knyttet til å gjennomgå flere faser med ulik intensitet i sykdommen og med ulike utfordringer som må mestres (Kristoffersen, 2011, s. 139). Det resulterer i at den rammende person lever et liv med forverring på grunn av tap av kroppskontroll og trygghet. Individet som er rammet kan oppleve kroppen som en fiende som hindrer livsutfoldelse og medfører tap og sorg. Tap av kroppskontroll og trygghet er noe som øker behov for å skaffe seg mer kunnskap om egen kropp. Kronisk sykdom som hjertesvikt er en lidelse med mange alvorlige plager som har betydning for pasientens funksjon, mestring, velvære og livskvalitet. Tungpust og sykdommens alvor er med på å skape angst og usikkerhet knyttet til fremtiden (Rustøen, 2007, s. 162). Det øker individets behov for hjelp til et bedre liv og mestring som en mulighet for å komme videre i livet. Å ha god innsikt i sykdommen og egen helse er med på å gi pasienten bedre krefter til å møte utfordringer og følelsen av å ha kontroll over eget liv (Høybakk, 2015, s. 223).

2.3 Sykepleieperspektiv

Travelbee (1999, s. 29) trekker frem at en profesjonell sykepleier er den som hjelper et individ, familie eller samfunn til å mestre erfaring med sykdommen og å finne mening i disse erfaringene. Kommunikasjon og mellommenneskelig relasjoner er sentrale begreper for Joyce Travelbee. Derfor er hennes teori relevant for oppgaven.

Hvert individ har holdninger og følelser overfor sin egen situasjon (Rustøen, 2007, 170). For at sykepleieren skal kunne utøve hjelp til pasienten, er det vesentlig å ha kjennskap til pasientens opplevelse og oppfatning av sin sykdom og ikke bare om selve diagnosen (Travelbee, 1999, s. 32). I følge Travelbee (1999, s. 33) er målet med sykepleie å fremme helse, mestre erfaringer med sykdom eller lidelse og ikke minst å forebygge sykdomspåkjenninger. Å fremme helse dreier seg både om informasjon, å finne mening med sykdommen og om helsebevarende tiltak (Travelbee, 1999, s. 31-35). Å leve med en kronisk sykdom er noe som kan innbefatte følelsen av håpløshet. Sykepleiers oppgave er å hjelpe pasienten til å holde fast ved håpet. Den profesjonelle sykepleier skal gjøre seg tilgjengelig, være villig til å hjelpe og være forståelsesfull. Sykepleier må også inneha nødvendig kunnskap for å skape tillit og tilknytning til pasienten. Håp er avhengig av at pasienten får hjelp fra andre når det trengs. Erfaringer tilsier at dette er med på å fremme mestring hos syke mennesker (Travelbee, 1999, s. 123).

For kontakt mellom mennesker er det nødvendig med kommunikasjon. Ifølge Travelbee (1999, s. 137) er kommunikasjon et viktig redskap i sykepleie til å utvikle et godt menneske-til-menneske- forhold til pasienten. Kommunikasjon mellom sykepleier og pasient skjer gjennom atferd, holdning, ansiktsuttrykk og manerer. Kommunikasjon gir sykepleier anledning til å bli kjent med pasienten som menneske, til å ivareta hans/hennes behov og til å etablere et godt menneskelig forhold. Det er sykepleier sin adferd og holdning som er avgjørende for om mål og hensikt for sykepleie kan oppnås (Travelbee, 1999, s. 135). Menneske-til-menneske-forhold bygger på en rekke erfaringer mellom sykepleier og pasienten. Hoved-kjennetegnet ved denne erfaringen er at pasientens sykepleiebehov blir ivaretatt ved at sykepleieren anvender en intellektuell tilnærming til pasientens problemstilling kombinert med en terapeutisk bruk av seg selv (Travelbee, 1999, s. 136). I et slikt forhold er det mulig for både sykepleier og pasient å forholde seg til hverandre som

unike mennesker, samtidig som forholdet er et virkemiddel til å fremme mestring hos pasienten (Travelbee, 1999, s. 172).

2.4 Kommunikasjon og informasjon

Ifølge Eide & Eide (2017, s. 17) er god kommunikasjon og tilstrekkelig informasjon viktige redskap for å skape relasjon mellom sykepleier og pasient. Dette bidrar til at pasienten bygger tillit til sykepleieren, som igjen bidrar til trygghet og velvære. På bakgrunn av dette er kommunikasjon og informasjon viktige begreper for å skape mestring hos pasienten.

Å leve med hjertesvikt medfører for mange at de må legge om sine daglige rutiner og sin livsstil. Det er derfor viktig at det gis god informasjon om forhold i dagliglivet som kan påvirke pasientens situasjon (Rustøen, 2007, s. 164). Informasjon om sykdommen gir kompetanse og trygghet og er en forutsetning for å kunne forholde seg til kronisk sykdom på best mulig måte (Fjerstad, 2010, s. 199). For at pasienten skal kunne mestre sykdommen og se muligheter er det nødvendig med en bredere forståelse om hjertesvikt. Det er viktig med informasjon og kunnskap om det som gjelder medikament-bruk, virkning og bivirkning. Bivirkning av ulike medikamenter kan forverre pasientens tilstand og gi en opplevelse av økt tretthet og utmattelse (Høybakk, 2015, s. 210). Kosthold og inntak av enkelte stoffer kan øke forvirring av hjertesvikt, eksempelvis høyt saltinntak som bidrar til økt blodvolum og følgelig høyere trykk i pulsårene. Dette kan resultere i stor belastning på den skadede hjerte (LHL, 2013). Sykepleieren må være bevisst på at når informasjon skal gis; er det viktig å finne måter å formidle den på. Ofte kan det være nødvendig at sykepleieren gir skriftlig tilleggsinformasjon for å sikre at vesentlige opplysninger blir mottatt, samt å spørre pasienten om han har forstått informasjonen fra sykepleieren (Gustin, 2016, s. 99).

Å ha hjertesvikt innebærer at pasienten befinner seg i en ny sårbar situasjon; der han føler at han har lite kontroll over det som skjer over egen helse. Pasienten har derfor behov for informasjon, i tillegg til støtte og empati. Kommunikasjon i form av informasjon mellom sykepleier og pasienten er en måte som kan hjelpe pasienten til å oppleve situasjonen mer håndterbar (Heyn, 2015, s. 363). Fjørtoft (2016, s. 179) hevder at for å utøve hjelp og omsorg overfor pasienten, er det viktig at sykepleieren har forståelse for pasientens behov og situasjon. Forståelse handler mye om kommunikasjon. Som sykepleier er evnen til å kommunisere og å skape kontakt viktige redskap som bidrar til å skape det

mellommenneskelige samspill og er en av det viktigste forutsetningene for enkeltmenneskets utvikling. Dermed er god kommunikasjon grunnlag for sykepleieprosessen (Gustin, 2016, s. 281).

2.5 Mestring

Å bli rammet av kronisk helsesvikt og tap av funksjoner, kan oppleves belastende eller stressende for pasienter med hjertesvikt. (Hanssen & Natvig, 2007, s. 55). For at pasienten skal kunne klare å mestre den nye situasjonen han befinner seg i kreves det at han har kjennskap til sine indre og ytre ressurser og klarer å bruke dem. Pasienten har også behov for helse-relatert kunnskap, ferdigheter og utstyr. Ved mestring og å lære seg å leve med sykdomsutfordringer kan pasienten få best mulig livskvalitet til tross til sykdommen (Tveiten, 2016, s. 18).

Mestring er sterkt relatert til stress og hvordan pasienten håndterer stressreaksjoner. Ifølge Lazarus og Folkman referert i Kristoffersen (2011, s. 145) er stress opplevelse av at en situasjon er farlig eller belastende, samtidig det er individuelt hva som oppleves som belastende ut ifra personens tolkning og vurdering av situasjonen. Pasientens stressreaksjoner øker når tilstanden er knyttet til grunnleggende behov og verdier, og når disse er truet. Det finnes to strategier for å mestre dette, og disse er problem-fokusert og emosjonsfokusert mestring (Kristoffersen, 2011, s. 145). Ved problem-fokusertmestring er tiltak hovedsakelig rettet mot å løse problemet. Det kan være ved at pasienten søker informasjon og kunnskap, senke ambisjonene eller lære seg nye ferdigheter. Ved emosjonsfokusert mestring er pasientens fokus på å endre opplevelsen og følelsesreaksjonene som oppstår av den belastende situasjonen, og ikke endre selve situasjonen. Denne formen for mestring er viktig og nødvendig når påkjenningen er stor, og i situasjoner som ikke kan endres (Kristoffersen, 2011, s. 147).

2.6 Håp

Håp er en sentral faktor i alle menneskers liv. Håp er veien til glede, kreativitet og åpenhet, noe som igjen gir energi og vitalitet (Rustøen, 2001, s. 42). Å bli rammet av hjertesvikt innebærer å leve med ulike alvorlig plager og ofte kortere forventet levetid. Tungpust og

sykdommens alvor kan føre til angst og usikkerhet om det fremtiden bringer (Rustøen, 2007, s. 170). Tap av kontroll over kroppsfunksjon, sosiale relasjoner, selvfølelse, uavhengighet og sikkerhet kan sammen føre til håpløshet (Rustøen, 2001, s. 42). Ifølge yrkesetiske retningslinjer (2011, s. 8) sykepleier skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasientene. Rustøen (2006, s. 43) hevder at håpet knyttes til mestring av kronisk sykdom; og kan bidra til at pasienten lettere kan mestre tap og den vanskelige situasjonen som følger av sykdommen.

For å opprettholde og styrke håp hos pasientene med en kronisk lidelse; er det viktig at sykepleier kartlegger ulike kilder for håp hos dem. Sykepleieren kan hjelpe pasienten med å se at det er mulighet for en fremtid som kan være god til tross til sykdommen, slik at pasienten kan gjenvinne følelse av velvære. Sykepleieren har stor betydning for å påvirke pasientens håp gjennom omsorgen som gis. Håp er en følelse og vil bli påvirket av hva man erfarer i livet, og sykepleieren kan påvirke prosessen hos den enkelte pasienten slik at håpet styrkes (Rustøen, 2007, s. 93 -100).

2.7 Trygghet

Trygghet er viktig i menneskeliv, særlig hos kronisk syke pasienter (Thorsen, 2011, s.106). For at pasienter med hjelpebehov skal kunne leve hjemme til tross til sykdommen, er det viktig at pasienten føler seg trygg, og dette er en del av sykepleiers oppgave å sørge for (Fjørtoft, 2016, s. 167).

Thorsen (2011, s. 106) hevder at trygghet er en følelse som kan utvikle seg i møte med andre. For at pasienten skal kunne ha trygghetsfølelse er det behov for å føle seg sikker, ubekymret og pålitelig. Det å være trygg på seg selv innebærer å våge, å mestre, å ta initiativ, å stole på seg selv og kunne erkjenne egne ressurser og svakheter. I tillegg det er ønskelig at sykepleieren er ærlig, pålitelig og redelig i møte med pasienter. Det kan være med på å skape tillit, relasjon og trygghet (Thorsen, 2011, s. 106-107). Hjemmeboende kronisk syke pasienter har både gode og dårlige dager. For disse pasientene betyr det mye å være trygg, å bo hjemme og være sikker på å få nødvendig hjelp (Fjørtoft, 2016, s. 66). Pasienter med utfordringer og plager har behov for å bli sett og forstått for å kunne fremme trygghetsfølelse (Thorsen, 2011, s. 110).

2.8 Sosial støtte

Å tilhøre et sosialt nettverk og et fellesskap kan innebære å få sosial støtte. Tilhørighet og å verdsette følelser styrker helsen, særlig når den er utsatt for store påkjenninger. Sosialstøtte er sentralt for å styrke pasientens motstandskraft til å kunne mestre helseplager og bidrar til livskvalitet (Smebye & Helgesen, 2011, s. 45).

Det å ha noen å støtte seg til kan ha direkte positiv innvirkning på helse, særlig i alderdommen og når helsen svikter (Smebye & Helgesen, 2011, s. 45). I krisesituasjoner er det ofte behov for et solid nettverk som kan bidra til å redusere belastningene som sykdommen tilfører. Et godt sosialt nettverk kan hjelpe til med å se utfordringene fra en annen synsvinkel og til å finne løsninger og metoder for avlastning. Familie og venner kan gi emosjonell støtte ved forståelse, tillit, omsorg og kjærlighet; slik at pasienten ikke føler seg alene med utfordringene. Sykepleieren kan gi profesjonell støtte gjennom den faglige kompetansen som bidrar til å skape trygghet og derav gi bedre livskvalitet (Smebye & Helgesen, 2011, s. 43-44). Mangel på sosial støtte kan svekke evnen til å mestre påkjenninger og vanskelige livssituasjoner. Utslaget blir svekket selvtillit, redusert selvbilde, opplevelse av maktløshet og i verste tilfeller kan det føre til depresjon, angst og andre psykiske lidelser (Folkehelseinstituttet, 2015).

2.9 Livskvalitet

Personens evne til å håndtere stress og negative opplevelser påvirker livskvaliteten (Folkehelseinstitutt, 2014). Livskvalitet er et begrep som uttrykker personens oppfatning av egen situasjon, samtidig som det dreier seg om fysiske, psykologiske, sosiale og eksistensielle aspekter ved livet. Det dreier seg også om hvilke verdier, forventninger, mål og meninger man har i livet til tross for sykdommen (Wahl & Hanestad, 2007, s. 30).

Ifølge psykologen Næss er livskvalitet hos kronisk syke pasienter det å oppleve noe meningsfullt, å ha samhørighet og selvfølelse. Disse punktene er relevante for sykepleiere særlig i møte med kronisk syke pasienter (Rustøen, 2001, s. 18). Ifølge både Wahl & Hanestad (2007, s.34) og Rustøen (2001, s. 20) er pasienter med hjertesvikt vanligvis plaget av symptomer som kan føre til endring i funksjonsnivå eller levemåte som igjen vil påvirke

livskvaliteten. Endringene i levemåte som oppstår kan være en trussel mot pasientens selvbilde og mot det å oppleve mening i tilværelsen og som igjen kan føre til triste tanker og isolasjon. Å føle seg nyttig, være uavhengig, ha selvbestemmelse, trygghet, oppleve mestring, god helse og å kunne være aktiv er faktorer som spiller en sentral rolle for kronisk syke pasienters opplevelse av livskvalitet (Wahl & Hanestad, 2007, s. 30).

3 Metode

Metode benyttes for å systematisk samle inn informasjon og kunnskap som er nødvendig for å belyse en problemstilling (Thidemann, 2015, s.76). Metode kan være kvalitativ eller kvantitativ. Begge disse metodene bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av et bestemt felt eller gruppe. Kvalitativ metode har fokus på følelse, det helhetlige, og å få frem en dypere forståelse (Dalland, 2012, s. 112).

3.1 Litteraturstudie som metode

Jeg har valgt litteraturstudie som metode i denne oppgaven. Hensikten med litteraturstudien er å samle inn data og informasjon for å komme frem til kunnskap som belyser problemstillingen (Dalland, 2012, s. 112). Jeg har analysert sju forskningsartikler innenfor temaet kronisk hjertesvikt. Kunnskapen og litteraturen som oppgaven bygger på er hentet og systematisert fra lærebøker, forskningsartikler og fra offentlige dokumenter og internett.

Etter datasamlingen ble det gjort en kritisk gjennomgang og en sammenfatning av det hele. Begrunnelse for metodevalget er at jeg har muligheten til å bruke tidligere, eksisterende forskningsartikler og litteratur til å samle inn data og informasjon som belyser problemstillingen. Samtidig det er den metode som er mest hensiktsmessig og naturlig å bruke i forhold til oppgavens problemstilling.

Denne oppgaven benytter forskningslitteratur bygget på kvalitativ metode. Det er hensiktsmessig for å kunne gå mer i dybden og få frem pasientens opplevelse, oppfatning og mening av å leve med kronisk hjertesvikt (Dalland, 2012, s. 112-113).

3.2 Metodens sterke og svake sider

Oppgaven er en litteraturstudie som baserer seg på tidlige forskningsartikler (Thidemann, 2015, s. 79). På den ene siden er dette positivt da man har tilgang til ubegrenset litteratur, og man kan finne frem informasjon fra ulike kilder. På den andre siden, å gå igjennom og lese

flere sider tar lang tid før man finner frem til relevant informasjon. Å bruke litteratur som er allerede er skrevet, begrenser mine muligheter til vinklinger i oppgaven. Forskningsartikler som er inkludert i denne oppgaven er på engelsk og svensk. Siden jeg ikke mestrer disse språkene bra kan det være en risiko for feiltolkning av resultater. Ved valg av kvalitativ metode er det også mulighet for at forskeren har feiltolket deltakernes opplevelse og meninger, og det er derfor viktig å være kildekritisk.

3.3 Litteratursøk

I søk etter forskningsartikler som kunne belyse oppgavens problemstilling var det viktig å definere inklusjoner og eksklusjons kriterier.

3.3.1 Inklusjonskriterie

Et inklusjonskriterie var at forskningsartiklene skulle inkluderes hjemmeboende pasienter med hjertesvikt med hjelp fra hjemmesykepleier, og pasientene skulle være 60 år eller eldre. Grunnen til valget var for å finne ut hvordan hjemmesykepleier kan være til hjelp for å fremme mestring hos denne gruppe pasienter. Forskningsartiklene kunne omhandle sykdommen hos både kvinner og menn for å få frem viktige aspekter for begge kjønn for å ha et meningsfullt liv. Pasientene kunne tilhører NYHA-klassifisering II, III eller IV. Pasientene med hjertesvikt klasse IV skulle ikke være kommet i palliativ fase og fremdeles klare å bo i eget hjem. Da oppgaven handler om pasientens mening og opplevelse ble det søkt etter kvalitative forskningsartikler med IMRAD struktur, samt at de ikke skulle være eldre enn fra 2008. Det var viktig at artiklene belyste pasientens livskvalitet og sykepleiers rolle og tiltak for å mestre situasjonen.

3.3.2 Eksklusjonskriterier

Artikler som ikke samsvarte med inklusjonskriteriene ble ekskludert. Artikler om pasienter med hjertesvikt som var innlagt på sykehus eller bodde på sykehjem ble ekskludert.

Artikler om pasienter med hjertesvikt i palliativ fase og det som var rettet mot pårørende ble også ekskludert.

Artikler som måtte bestilles for å få tilgang til full tekst ble ekskludert.

3.3.3 Fremgangsmåte

For å finne relevante forskningsartikler ble det søkt i databasene SveMed+, PubMed og Cinahl i perioden 15. november 2018 til 5. desember 2018. Grunnen til valget er at forannevnte er spesialdatabaser som omhandler forskning innenfor sykepleiefaget. På bakgrunn av oppgavens problemstilling ble det utarbeidet et PICO-skjema. PICO er et verktøy for å operasjonalisere problemstillingen slik at den blir presis og gir mulighet for systematiske søk i kunnskapsbaserte databaser og består av population, intervention, comparison og outcome (Thidemann, 2015, s. 86). I dette skjema ble det satt opp flere og varierende emneord på norsk og engelsk som ble brukt i søket i de ulike databasene. Norske søkeord som ble brukt var «Hjertesvikt», «Sykepleier», «Mestring» og «Livskvalitet». Engelske søkeord som ble brukt var «Heart failure», «Chronic heart failure», «Nursing», «Information», «Knowledge», «Coping», «Adaptation psychological» og «Home health nursing». Søkeordene ble kombinert med AND og OR. Utfylt PICO er laget ved (Vedlegg 1).

Tanken var å finne nordiske artikler som omhandler mestring hos pasienter med hjertesvikt. Derfor var SveMed+ den første søkemotoren det ble søkt i. Ved fem forskjellige søk i denne databasen fikk jeg totalt 81 treff. Av disse var det 3 artikler som var relevante og hensiktsmessige for min problemstilling. To av disse artiklene er på svensk og den tredje på engelsk. I databasen PubMed var det tre forskjellige søk og totalt 188 treff. For å innsnevre ble søket begrenset til artikler fra de siste 10 årene, og det ga 127 treff. 100 artikler ble ekskludert på grunn av tittel og 27 abstrakt ble lest. Fem artikler kunne åpnes i full tekst, og tre av disse passet oppgavens problemstilling og ble inkludert. I databasen Cinahl ble det utført et søk som ga 25 treff. I denne databasen ble det funnet en relevant og interessant artikkel som handler om kost og pasienter med hjertesvikt. Den ble inkludert mens 24 andre artikler ble ekskludert på grunn av irrelevans. Oversikt over flytskjemaet er lagt ved (Vedlegg 2), litteratursøk i de ulike databasene er lagt ved (Vedlegg 3), og litteraturmatrise er vedlagt ved (Vedlegg 4).

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk er prosessen man følger for å vurdere og sjekke om kildene er holdbare (Dalland, 2012, s. 63). Hensikten med kildekritikk er både å finne frem til litteraturen som best mulig kan belyse oppgavens problemstilling, og for å gjøre rede for litteraturen man anvender (Dalland, 2012, s. 68).

Jeg var bevisst på kildekritikken gjennom arbeidet med oppgaven. Teoridelen er i hovedsak bygget på pensumlitteratur og bøker fra biblioteket. Pensumlitteraturen anses å være troverdig, da den er en del av studieplanen. Likevel ble den vurdert i forhold til gyldighet og om den var relevant og belyste problemstillingen min. I teoridelen ble det anvendt både primær og sekundærlitteratur. Ved bruk av primærlitteratur sikrer man direkte tilgang til forfatterens forskningsarbeid. Bruk av sekundærlitteratur kan føre til at det opprinnelige perspektivet endres og kan påvirke kvaliteten på arbeidet. I oppgaven ble det brukt sekundærkilde dersom forfatteren støtter seg til mening til en annen forfatter og jeg ikke hadde tilgang på originalen.

Forskningsartiklene som er brukt i oppgaven er fra godkjente vitenskapelige databaser. Før artiklene ble valgt, ble relevansen vurdert i forhold til oppgavens hensikt. Videre ble det brukt CASP-verktøy til å sjekke kvaliteten på artiklene som ble funnet (Helsebiblioteket, 2016). Artiklene som er inkludert i oppgaven er fra de siste 10 årene, og disse er kritisk vurdert for om resultatene er tilstrekkelig relevant til dagens situasjon. En av artiklene som ble brukt i oppgaven er fra 2008 og den ble vurdert som relevant. Grunnen er at artikkelen er en systematisk review av 20 artikler av høy kvalitet og med fagfelleevaluering. Resultatene samsvarer med funnene i artikler fra de senere årene. Artiklene som er inkludert er både på svensk og engelsk, og dette kan øke fare for misforståelse av resultatene da det er fremmedspråk. I den kritiske vurderingen ble det også tatt hensyn til hvilket spørreskjema som er brukt, forfatterens bakgrunn og hvor nøyaktig og objektiv vedkommende er i tolkning av resultater.

3.5 Etiske aspekter

Forskningsartiklene som ble inkludert er valgt på bakgrunn av oppgavens problemstilling. For å sikre kvaliteten er artiklene kritisk vurdert og alle er godkjent av etiske komité. I vurderingen ble det tatt hensyn til hvordan undersøkelsen ble utført, pasientens samtykke og forfatterens fremgangsmåte for å innhente informasjon. Resultatene er presentert uten å endre på forskerens funn. All litteratur som er brukt er henvist til kilde fortløpende i teksten og i referanseliste etter HVL sine retningslinjer for kildehenvisning.

4 Resultat

4.1 Opplevelse av hjertesvikt

4.1.1 Fysiske begrensninger ved hjertesvikt

Pasientene opplever fysiske tap som er forårsaket av hjertesvikten som mest utfordrende, og det førte til begrensning i dagliglivet (Barremo, Bruce, Salander & Sundin, 2008). Pasientene i studien til Norberg, Boman, Löfgren og Brännström (2014) angir at fysisk tretthet kan oppstå plutselig og svekket utholdenhet gjør det vanskelig å fullføre de daglige aktiviteter. For noen pasienter var det å gjennomføre de mest nødvendige gjøremålene som å dusje, matlaging og av/på kledning vanskelig og krenkende å utføre på grunn av dyspne og tretthet. Pasientene rapporterte også at økt tretthet hindret dem i å gjøre meningsfulle oppgaver. Å ikke ha et sosialt liv med venner og familie, var og noe som gav den verste følelsen (Heo, Lennie, Moser, Okoli, 2009). Pasientene i den systematiske litteraturstudien til Barremo et. al., (2008) påpekte at tørr munn, økt behov for drikke, nedsatt appetitt sammen med fatigue og økt søvnbehov påvirket hverdagen og var belastende for pasientene. I studien til Heo et. al., (2009) rapporterte pasientene at fysiske symptomer som stiller en del krav til det daglige aktivitetsnivået også hadde negativ innvirkning på deres livskvalitet. Fysiske symptomer førte også til kognitive konsekvenser som konsentrasjonsvansker og nedsatt intellektuell evne. Tap av kontroll som en tidligere hadde, opplevdes fryktelig og vanskelig å leve med (Barremo et. al., 2008).

4.1.2 Emosjonelle tanker ved hjertesvikt

Å lide av kronisk hjertesvikt betyr store forandringer i livet, tap av selvstendighet og økning av behov for hjelp fra andre. Redsel for avhengighet skapte en felles bekymring for pasientene (Norberg, et. al., 2014). I den systematiske litteraturstudien av Barremo et. al., (2008) anga pasientene at de fysiske symptomene som var forårsaket av hjertesvikten hadde ført til opplevelse av angst, nervøsitet, frykt og depresjon. Spørsmålet om hvorfor de var blitt syk skapte irritasjon og bitterhetsfølelse. Tanken om at de hadde behov for assistanse etter et selvstendig liv bidro til frykt for hverdagen og for død som opplevdes skummelt. Tanken på at

de måtte redusere sine ambisjoner og at de hadde begrenset energi for de daglige gjøremålene opplevdes som et problem og påvirket deres livskvalitet. Pasientene i studien til Heo et. al., (2009) bekreftet at å utføre enkle daglige gjøremål som toalettbesøk, dusjing, påkledning og matlaging bidro til å øke selvtilliten og mestringsfølelsen til tross til sykdommen. I følge Rafai, Pisano, Hayden, Sulo og Silver (2015) hadde pasientene med redusert inntak av salt i maten, mindre ødemer i ankler. Dette resulterte i mindre smerte under aktivitet, noe som økte muligheten til å bevege seg innendørs. Majoriteten av pasientene med NYHA grad III til IV som hadde krefter og energi til å delta sammen med hjemmesykepleier til å gjøre de daglige gjøremålene opplevde selvtillit og formidlet at de hadde en god livskvalitet (Heo, et. al., 2009).

4.2 Sykepleierrolle og mestring av hjertesvikt

4.2.1 Kommunikasjon og informasjon til å håndtere hverdagen

Pasientene i den systematiske litteraturstudie til Barremo et. al (2008) fortalte at å motta nødvendige informasjon var viktig for å håndtere hverdagen og for å kunne ha håp for fremtiden. For de med hjertesvikt NYHA II til III var det viktig at hjemmesykepleier tok seg god tid til å svare på deres spørsmål ved hjemmebesøk. Majoriteten i denne gruppen hadde behov for å få vite årsaken til hvorfor man blir rammet av hjertesvikt, konsekvenser og råd om mestringsstrategier for å skape kontroll over hverdagen til tross til sykdommen (Barremo et. al., 2008). Funn i studien til Norberg et. al., (2014) påpeker at pasientene som hadde informasjon om balanseteknikk mellom egen innsats i forhold til dagens evne hadde mer kapasitet til å utføre flere hverdagslige oppgaver. Informasjon om bruk av hjelpemidler bidro til å redusere belastningen av fatigue og dyspne og lagt til rette for at utførelse av aktivitetene kan føles trygt. I studien til Li, Chang, Shun, (2018) anga pasientene at teknologibruk reduserte deres anstrengende bruk av armer og ben, og resulterte i mindre fatigue og dyspne. En gruppe pasienter anga at de ikke hadde behov for informasjon fra hjemmesykepleier. De hadde frykt for at det ville skape angst, samtidig som håp for fremtiden kunne forsvinne hvis de fikk informasjon om prognosen (Barremo et. al., 2008). Pasientene i studien til Li et. al., (2018) rapporterte at informasjon ikke skaper angst hos dem så lenge sykepleieren ser dem som medmennesker og ikke som pasienter. Det var viktig at sykepleier tilpasset

informasjonen til hvert individ, viste respekt, reduserte eventuell bekymring, forklarte med enkle ord og begrep. Sykepleieren kunne gjerne stille spørsmål og benytte ulike metoder for å sikre at nødvendige informasjon når frem til pasienten. I intervjuet med pasientene i studien til Näsström, Idvall og Strömberg (2013) kom det frem at pasientene hadde behov for å være aktive i å hente informasjon da dette var et middel som fremmet mestring og livskvalitet. Å bli tatt med i beslutninger om det som gjelder behandling var med på å øke forståelsen om egen situasjon og fremme egen mestring (Li et. al., 2018). Kunnskap om medisiner, doser, bivirkning bidro til å bygge selvtillit og følelsen av prestasjon i egenomsorg (Li et. al., 2018).

Kommunikasjon, praktiske råd og svar på spørsmål om pasientens situasjon var med på å skape tillit og trygghet (Näsström et. al., 2013). Pasientene i denne studien mente at hjemmebesøk ga økt tid og plass for å forbedre kommunikasjonen mellom dem og hjemmesykepleieren. Dialogen kunne således støtte pasienten i beslutningen om å søke informasjon og å tilegne seg nye mestringsstrategier. Dette ga mulighet for en effektiv utveksling av omsorgsrelatert informasjon som er med på å håndtere situasjonen fra et mer helhetlig perspektiv og eventuelt redusere psykiske problemer. Det var viktig at sykepleier viser respekt og støtte gjennom kommunikasjonen. Pasientene mente at god kommunikasjon var med på å skape tillit til sykepleier og helsepersonellet. Tillit skapes når sykepleier hadde en omsorgsfull dialog og ga trøst når det trenges (Li et. al., 2018).

I studien til Rifai et. al., (2015) viser resultatene at sykepleierens anbefaling om DASH-dietten (kosttilskudd for å stoppe hypertensjon) for å forebygge hjertesykdommer hadde gode resultater. Pasientene som fulgte dietten hadde god treningskapasitet og livskvalitet. De fikk bedre innsikt og forståelse om det som gjaldt natriuminntak enn pasientene som spiste normalt kost.

4.2.2 Trygghet

I studien til Söderberg, Karlsson og Löfvenmark (2015) kom det frem at fysiske og emosjonelle tap som følge av hjertesvikten skapte bekymring, angst og utrygghet hos pasienter med hjertesvikt. Pasientene bekreftet også at å bo hjemme ga dem trygghetsfølelse. Symptomforverring ga utrygghetsfølelse. God informasjon fra hjemmesykepleier om hvordan kan pasienten leve med hjertesvikten fremhevet trygghet.

For pasientene i studien til Söderberg et. al., (2015) var det betryggende å ha mulighet til å ringe hjemmesykepleier døgnet rundt for å få den hjelpen de trengte. For andre var det også betryggende å ha en avtale på forhånd om tidspunktet for planlagt hjemmebesøk med hjemmesykepleier og muligheten til å påvirke dette. Planlegging ga pasientene trygghet for at de kunne påvirke hjemmebesøket. Det ga også trygghet for at de kunne motta hjelp hvis symptomene oppsto eller ble forverret (Näsström et. al., 2013). Trygghetsalarm var også et moment som ga trygghet for pasientene hvis noe akutt skulle skje. Dette førte til at pasientene opplevde mindre stress og mindre bekymring for å måtte vente lenge for å få hjelp (Näsström et. al., 2013).

Hjemmesykepleier sin evne til å lytte, inkludere pasienten og kontinuitet i helsepersonalet er også aspekter som økte trygghetsfølelsen hos hjemmeboende pasienter med hjertesvikt (Söderberg et. al., 2015).

Pasientene anga at positiv tenkning var grunnlaget for deres omsorg og følelse av trygghet. Å tenke positivt gjorde det lettere å komme igjennom øyeblikk og perioder av vanskeligheter i sykdommen deres. Å beholde kontakt med familie og venner, få besøk og å være opptatt av det, skapte trygghetsfølelse (Söderberg et. al., 2015). Hjemmesykepleier som inkluderte pasientens familie i behandling var betryggende for pasienter med hjertesvikt. Da avhengighet på grunn av sykdommen økte, økte også pasientens avhengighet til familie og helsepersonale, som var en viktig del av prosessen for å takle vanskeligheter (Li et. al., 2018).

4.2.3 Håp

Håp var et viktig begrep for pasienter. Pasientene i studien til Barremo et. al., (2008) fortalte at å tenke positivt hjalp dem med å håndtere hverdagen til tross til sykdommen. Det hjalp dem med å finne meningen med livet og å sette mål for hva de ønsket å gjøre og å oppnå før livet tar slutt. For noen pasienter var det å utforske det åndelige noe som ga dem håp, ro, fredfølelse og mindre frykt for døden. For andre gav det håp å finne på ting de mente at de kunne takle i fremtiden. Å delta i egenomsorg ble sett på som en velsignelse. Å hjelpe andre, tro på Gud, holde på med egen hobby eller fritidsaktiviteter til tross til sykdommen, ga mening og tilfredshet i deres liv. Til tross for vanskelige bekymringer hadde de et håp for fremtiden (Söderberg et. al., 2015).

5 Diskusjon

5.1 Informasjon til å håndtere fysiske utfordringer hos pasienter med hjertesvikt

Å leve med hjertesvikt innebærer at mange og omfattende krav rettes mot pasienten i ulike faser av sykdomsforløpet. Sykdommens plagsomme symptomer kan mer eller mindre påvirke individets livskvalitet. Hjertets reduserte evne til å pumpe tilstrekkelig mengde blod rundt i kroppen kan ha negativ innvirkning på vedkommendes aktivitet og funksjonsnivå. Plagene kan også medføre psykiske utfordringer hos denne gruppen pasienter (Rustøen, 2007, s. 162). Utmattelse og dyspne er de meste plagsomme symptomer som stiller krav til pasientens aktivitetsnivå og som igjen påvirker livskvaliteten. Dette bekreftes i studiene til Barremo et al., (2018), Norberg et al., (2014), og Heo et al., (2009).

Informantene i den systematisk litteraturstudie til Barremo et al., (2008) påpekte at forverring av de eksisterende symptomer var belastende og samtidig utfordret deres mestring av sykdommen. Pasientene i studien til Norberg et al., (2014), Heo et al., (2009), Li et al., (2018) og Barremo et al., (2008) gav uttrykk for at å ha kontroll på symptomene var viktig for å tilpasse aktivitetsnivået, samt for å redusere sykdomsplager. Ifølge Kristoffersen (2011, s. 202) er det en viktig sykepleieroppgave å observere, og å oppdage tegn på forverring av pasientens helsetilstand. Som hjemmesykepleier til pasienter med hjertesvikt, kan det være til hjelp å ha oversikt over retningslinjer som gjelder hjertesvikt. Dette gir sykepleieren mulighet til tidlig og raskt oppdage eventuell forverring av sykdomsbildet. Ved forverring av hjertesvikt har pasienten økt symptomer i form av økt dyspne ved mindre anstrengelser enn før, redusert arbeidskapasitet og økt ødemer. Det er ikke alltid lett å oppdage forverring av svikten. Derfor er det viktig at sykepleieren regelmessig har objektiv kontroll, eksempelvis vektkontroll, for å følge med på tendensen til væskeansamling i kroppen, ettersom det skal til stor væskeretensjon for at ødemene skal være synlige (Ørn & Brunvand, 2016, s.178).

Flere pasienter ga uttrykk og behov for mer kunnskap om hvorfor fysisk aktivitet er viktig. For noen andre pasienter var det vanskelig å finne balanse mellom aktivitet og hvile (Norberg et al., 2014 & Heo et al., 2009). Lett til moderat fysisk aktivitet virker gunstig, dødeligheten

reduseres og funksjonsnivået og livskvaliteten opprettholdes. Sykepleieren bør oppmuntre pasienter med moderat og velregulert svikt til å være fysisk aktive kombinert med hvile. Fysisk og mental hvile reduserer oksygen-behovet og arbeidsbelastningen på hjertet. For noen er det viktig å være aktive og selvhjulpne. Andre opplever det godt å få hjelp. For pasienter med hjertesvikt klasse IV kan det være veldig belastende å utføre enkelte aktiviteter på grunn av dyspne. For dem er det rimelig å legge til rette slik at de kan bruke det lille overskuddet de har på aktiviteter som gir glede og opplevelse som føles meningsfullt (Brodtkorb, 2015, s. 381). Økt kunnskap gir en følelse av kontroll, samt at pasienten får vite hva man kan og bør gjøre i den situasjonen man er i. Kunnskap er en forutsetning for selvbestemmelse og opplevelse av mestring (Eide & Eide, 2017, s. 219).

Legemidler er en viktig del som behandling ved hjertesvikt. Ulike legemidler kan gi forskjellige bivirkninger, og feil bruk kan føre til redusert effekt. I studien til Barremo et al., og Heo et al., (2009) kom det frem at pasientene hadde fått informasjon om legemidler ved utskrivelse fra sykehuset, men flere gav uttrykk og behov for tilleggsinformasjon fra hjemmesykepleier. Erfaring fra en poliklinikk for hjertesvikt var at en del pasienter kom inn med frustrasjon og forverring på grunn av enkelte medikament bivirkninger. Dette skyldes at pasientene hadde ikke forstått informasjon som de fikk ved sykehusutskrivelse. Stress ved å være innlagt på sykehus, manglede krefter, smerte og andre plager kan føre til nedsatt konsentrasjonsevne. Følgende kan bli at pasienten ikke får med seg tilstrekkelig informasjon om eventuelt virkning og bivirkning av medikamentene og hvordan dette skal administreres (Kirkevold, 2015, s. 152). Derfor er det viktig at hjemmesykepleier har kunnskap om legemidlene som pasienten bruker og gir relevant opplæring, veiledning og informasjon. Pasientene i studien til Barremo et al., (2008) uttalte at de ville at informasjonen skulle gis både muntlig og skriftlig, samt at hjemmesykepleieren bruker god tid til å formidle informasjonen. Ifølge Eide & Eide (2017, s. 219) bør innholdet på informasjon være tydelig tilpasset individet kompetansenivå og eventuelt formidles gjentatte ganger. Dette for å sikre bedre forståelse av informasjonen som igjen kan bidra til bedre følelse av mestring.

Pasienter med hjertesvikt som er plaget med høyt blodtrykk trenger informasjon om hvordan de gjennom sin livstil kan bidra til å holde blodtrykket nede. Kosthold og redusert saltinntak (natrium) er av betydning (Høybakk, 2015, s. 222). I studien til Rafai et al., (2015) viser

resultatene at pasientene som hadde kunnskap om mekanismer mellom saltinntak og væskeansamling i kroppen hadde mindre ødemer og bedre livskvalitet. Derimot var symptomene som økt dyspne og ødemer mer fremtredende hos pasientene med høyt natriuminntak. Pasientene rapporterte også at ødemer i underekstremitetene var en stor belastning for kroppen og førte til nedsatt fysisk aktivitet. I følge Høybakk (2015, s. 222) er det viktig med saltreduksjon for å unngå væskeretensjon i kroppen. Helsedirektoratet (2019) anbefaler et gjennomsnittlige natriuminntak tilsvarende 5g per person per dag. Salt finnes i de fleste matvarer og er særlig høyt i ferdigmat som «Fjordland» (Sjøen & Thorsen, 2012, s. 353). For pasienter med hjertesvikt er det mindre belastende å kjøpe ferdigmat enn å bruke tid på matlaging. Det er viktig at sykepleieren motiverer pasienten til å redusere saltinntak. Å legge om kostholdet totalt og umiddelbart kan være utfordrende. Det kan være lurt å oppmuntre pasienten til å redusere saltforbruket gradvis samt at sykepleieren er medvirkende til å finne andre måter å smaksette maten på (Sjøen & Thorsen, 2012, s. 353). Saltfattig mat kan imidlertid smake lite, noe som kan være ugunstig med tanke på ernæringstilstanden (Brodtkorb, 2015, s. 381). Dette kan, sammen med bivirkninger av legemidler slå negativ ut. Det gjelder særlig for eksempel diuretika, som benyttes i behandling av hjertesvikt. Det gir nedsatt matlyst som følge av tørrhet i munnen. Nedsatt næringsinntak kan også skyldes depresjon, hvilket er vanlig problem blant eldre mennesker som ofte opplever mange tap (Brodtkorb, 2015, s. 311). Underernæring kan blant annet føre til hjerteatrofi og kan ses i sammenheng med tretthet og generell utmattelse. Det har innvirkning på pasientens opplevelse av velvære (Høybakk, 2015, s. 212). Derfor er det viktig med en systematisk og tverrfaglig tilnærming for et optimalt kosthold, samt næringsstoffer som er med på å bedre hjertefunksjonen. Det er sykepleiers oppgave å utvikle fleksible rutiner og systemer som gjør det mulig å ivareta den enkelte pasients individuelle ernæringsbehov (Brodtkorb, 2015, s. 303).

I studien til Barremo et al., (2008) var det en gruppe pasienter som ikke ville ha informasjon om hjertesvikt. De mente at informasjon ville skape angst, samtidig som håp for fremtiden kunne forsvinne hvis de fikk informasjon om prognose. Hjemmesykepleier bør tilpasse informasjon for den enkeltes behov. Sykepleieren må unngå bruk av mediske ord. Da dette kan være med på å hindre pasientens forståelse av informasjon, dermed velger pasienten å distansere seg fra tankene om sykdommen. For noen pasienter kan det være hjelp å gi mulighet til å søke informasjonen selv. Åpne samtaler mellom sykepleier og pasient med

fokus på muligheter i stedet for begrensninger kan styrke pasienters evne til å mestre egen sykdom (Høybakk, 2015, s. 216).

5.2 Hjelp pasient med hjertesvikt til å håndtere de psykiske utfordringene

Å lide av kronisk hjertesvikt betyr store forandringer i livet som vil gi særlig sterke emosjonelle reaksjoner som angst, sinne, redsel og fortvilelse (Kristoffersen, 2011, s. 145). Redsel for avhengighet skapte en felles bekymring for pasientene i studien til Norberg et al., (2014). Ifølge Travelbee (1999, s. 35) er fortvilelse en vanlig reaksjon når helsen er truet. For å bekjempe den følelsen er det behov for at sykepleieren etablerer tilknytning til den syke. Å formidle informasjon til pasienten på en forståelig måte, slik at vedkommende ikke føler seg alene. Følelsen av at det finnes et medmenneske med kunnskap å søke hjelp hos, berget mange fra fortvilelse. Det er viktig at sykepleieren forholder seg til pasienten som et unikt individ, samt som dialog mellom sykepleier og pasient skal ha som mål å hjelpe pasienten til å finne mening og til å mestre opplevelsen av sykdommen (Travelbee, 1999, s. 137).

Pasientene i studien til Näsström et al., (2013) hadde vansker med å innrømme at de hadde hjertesvikt og at de trengte assistanse til å fungere i dagliglivet. Følelsen av avhengighet etter et selvstendig liv bidrar til frykt og stress for fremtiden og for død som noe skummelt (Rustøen, 2007, s. 170). Sykepleieren må vurdere pasientens funksjonsnivå for å sikre balanse mellom pasientens uavhengighet og avhengighet. Det vil si at pasienten får den hjelpen han har behov for uten å være avhengig av sykepleieren. Dette styrker pasientens følelse av både selvstendighet og å ha kontroll over situasjonen (Kirkevold, 2015, s. 108).

I studien til Norberg et al., (2014) kom det frem at det var flere pasienter som hadde problemer med selvbildet. Ifølge Rustøen (2007, s. 84) kan sykdom og behandling samt den fysiske endringen som oppstår være en trussel mot pasientens selvbilde. For å styrke pasientens selvbilde er man avhengig av vedkommendes oppfatning over sin egen situasjon. For å kunne gi støtte bør sykepleieren se pasientens tap, og å oppmuntre vedkommende til å uttrykke sine følelser i den forbindelse. Det å sitte ord på sine opplevelser, definere hva endring betyr for pasienten kan bedre pasientens selvbilde og fremme velvære. Endring og

utfordring ved sykdom skapte angst, nervøsitet, frykt og depresjon hos flere pasienter med hjertesvikt i studien til Barremo et al., (2008), Norberg et al., (2013) og Näsström et al., (2013). Pasientene gav uttrykk for behov for å bli tatt med i behandling og beslutninger, noe som kan gi dem mer innsikt i situasjonen. Ifølge Kirkevold (2015, s. 109) er pasientdeltakelse viktig og kan foregå på forskjellige nivå ved de fleste daglige aktiviteter. Sykepleieren legger til rette for deltakelse ved å etterspørre pasientens ønsker og behov, gi rom for å komme med valg og forslag. Pasientens aktive deltakelse i sin egen helse er med på å styrke pasientens selvoppfattelse som igjen kan fremme følelse av mestring (Rustøen, 2007, s. 170).

Følelse av depresjon kan også ha innvirkning på opplevelse av livskvalitet og er vanlig hos pasienter med hjertesvikt (Kirkevold, 2015, s. 379). Tap av selvaktelse, status og kroppsfunksjoner kan føre til depresjon og til konsentrasjonsproblemer (Travelbee, 1999, s. 105). Pasienten befinner seg i en sårbar situasjon og med en ny erfaring. Den syke har alltid holdninger og følelser over sykdommen og den nye hverdagen. Ifølge Travelbee (1999, s. 36-37) skal sykepleieren ha tro på at det er mulighet for endring, uansett alvorlighetsgrad av sykdommen, og hun må hjelpe pasienten til å finne mening i det som oppleves meningsløst. Ha forståelse til sykdommen er en hjelp for pasienten til å kunne mestre erfaringene av å leve med hjertesvikt.

5.3 Kommunikasjon mellom sykepleier og pasienter med hjertesvikt

Pasientene i studien til Näsström et al., (2013) påpekte at kommunikasjon med sykepleieren var viktig i forhold til mestring. Pasient med hjertesvikt befinner seg i en sårbar situasjon der vedkommende kan føle og ha liten eller ingen kontroll over egen helsetilstand (Heyn, 2015, s. 363). Kommunikasjon i denne sammenheng dreier seg om at sykepleieren utforsker hva som er viktig for vedkommende og kommuniserer med empati, støtte og å lytte til hva pasienten uttrykker. Sykepleierens evne til å lytte er grunnleggende for god kommunikasjon, samt at pasienten vil føle at det er noen som tenker og føler med ham. Dette vil styrke pasientens selvfølelse og kunne bidra til å dekke behovet for nærhet til andre mennesker (Eide & Eide, 2017, s. 314). Kommunikasjon er ikke bare det vi sier, men også vårt ansiktsuttrykk og

kroppsholdning medvirker. Noe verbal kommunikasjon er viktig i møte med pasienter og bidrar til å bygge tillit, motivasjon og trygghet (Eide & Eide, 2017, s. 136).

For pasientene i studien til Barremo et al., (2008), Näsström et al., (2013) og Norberg et al., (2014) var det viktig at sykepleieren ga dem tid til å reflektere over situasjonen, komme med innspill og å snakke om hverdagslige ting. Eide & Eide (2017, s. 155) hevder at det å snakke om hverdagslige ting viser sykepleierens interesse, omsorg og empati. Fra praksis ser man at god kommunikasjon kan skape tillit og relasjon mellom sykepleier og pasient. Det kan være veien til å oppnå forandring og få pasienten til å mestre sine utfordringer. Tillit skapes når sykepleier har en omsorgsfull dialog og viser trøst når det trengs (Eide & Eide, 2017, s. 26). Teorien viser at sykepleiere pleier å ha en overfladisk tilnærming. Ofte velger de å distansere seg fra pasientene sine for å beskytte seg selv fra stress (Heyn, 2015, s. 369). En slik avstand kan hindre god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Ifølge Travelbee (1999, s. 137) kan sykepleieren gjennom god kommunikasjon blir bedre kjent med pasienten og dermed kan hun skille vedkommende fra tidligere pasienter. På denne måten er sykepleieren bevisst overfor sine holdninger i møte med pasienten. Pasienten vil igjen føle seg godt ivaretatt som person og ikke bare som en av mange. I tillegg er innholdet i kommunikasjonen viktig og kan være med på å bearbeide pasientens reaksjoner. Kontakten kan bidra til at vedkommende mestrer å leve med sykdommen (Travelbee, 1999, s. 147).

For pasientene i studien til Näsström et al., (2013) var det viktig å vite hvem som kommer hjem til dem. Kommunikasjonen ble lettere dersom det var en kjent sykepleier. Travelbee (1999, s. 211) skriver at det å etablere et menneske-til-menneske-forhold kan bidra til at sykepleierens mål og hensikt oppnås. Tid var også et viktig aspekt for pasientene i studien til Näsström et al., (2013). Hjemmebesøk ga økt tid og plass for å forbedre kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient. Her er det viktig at sykepleieren er bevisst på hvordan kroppen kan gi signaler. Det å gå fort frem eller være overdrivende i handlinger kan signalisere travelhet og dårlig tid. Dette kan presse pasienten til å skynde seg og hindre vedkommende i å stille spørsmål. Dårlig kommunikasjon mellom pasient og sykepleier kan fremheve angstfølelse som er ikke gunstig, særlig ikke for pasienter med hjertesvikt (Solvoll, 2011, s. 30).

5.4 Trygghet

Trygghet er viktig i menneskers liv, særlig hos pasienter som har helseutfordring (Thorsen, 2011, s. 107). Pasientene i studie til Söderberg et al., (2015) rapporterte at fysiske og emosjonelle tap som følge av hjertesvikt skapte bekymring, angst og utrygghet. I samme studie var det mange pasienter som var redd for døden, særlig ved forverring av symptomene. Ifølge Rustøen (2007, s. 162) er hjertesvikt en sykdom med kort forventet levetid. Tanken på døden kan føre til stress. Her må sykepleieren huske at pasientens reaksjon på situasjonen er avhengig av pasientens behov, verdier, kultur, livssyn, erfaring, kunnskap og ferdigheter. Det er viktig at sykepleieren tilegner seg kunnskap om hva som skaper stress hos pasienten. Hva som kan hjelpe han/henne til å mestre situasjonen. Ifølge Kristoffersen (2011, s. 145) finnes det to ulike strategier for å mestre situasjoner som oppleves stressende. Det er problem- og emosjonelt-orientert mestring.

Ved problemorientert mestring prøver sykepleieren å hjelpe pasienten til å løse og beherske utfordringene som skaper stress. Samtidig styrke pasientens handlingsalternativ. Pasienten kan søke informasjon, kunnskap og støtte. Kunnskap er med på å redusere utrygghet og hjelpe pasienten til å ta vare på og mestre sin helsetilstand. I følge Høybakk (2015, s. 165) er informasjon viktig for at pasienten skal oppleve trygghet, innsikt og forståelse for valget av mulig behandling. I tillegg kan sykepleieren informere pasienten om enkelte tiltak som er gunstige og som kan hjelpe til å redusere ubehagelige opplevelser av hjertesvikten. For eksempel å informere om effekt av høyt ryggeleie for å redusere hjertearbeid. Slik fungerende tiltak kan være med på å redusere pasientens utrygghet og styrke pasientens ressurser for å mestre sykdommen.

Ved emosjonelt-orientert mestring har sykepleieren som oppgave å prøve å endre opplevelsen og følelsesreaksjonene som oppstår av den belastende situasjonen. Det kan være ved avledning, altså å tenke på noe annet enn sykdommen. Å snu tankene mot pasientens sterke ressurser er med på å øke pasientens trygghetsfølelse om mestring av tilstanden (Kristoffersen, 2016, s. 147).

Pasienter med hjelpebehov skal kunne bo hjemme til tross til sykdommen. Da er det viktig at pasienten føler trygghet, hvilket er en del av sykepleiers oppgave å sørge for (Fjørtoft, 2016, s. 167). I studien til Söderberg et al., (2015) bekreftet pasientene at å bo hjemme gav dem

trygghetsfølelse og at det var betryggende å ha mulighet til å ringe hjemmesykepleier døgnet rundt.

Hjemmebesøk gir sykepleieren muligheter til å observere symptomene og tegn på forverring, samt til å gi pasienten veiledning og undervisning om ulike helserelaterte tiltak. Dette er med for å redusere pasientens anstrengelse og øke trygghetsfølelse (Fermann & Næss, 2015, s. 252). At pasienten har mulighet til å ringe hjemmesykepleier ved forverring er betryggende for pasienter med hjertesvikt. Dersom en vet at støtten er der når man trenger den bidrar til at ubehagelige situasjoner kan oppleves mindre belastende (Smebye & Helgesen, 2011, s. 43). Trygghetsalarm er også et viktig moment som gir hjemmeboende pasienter trygghet dersom noe akutt oppstår. (Fjørtoft, 2016, s. 147).

Sosial tilknytning er sentralt for mestring av ulike livshendelser (Renolen, 2015, s. 175).

Pasientene i studien til Söderberg et al., (2015) fremhever at å ha noe å støtte seg til skapte trygghet. Å støtte seg til en kjent og kunnskapsrik sykepleier er betryggende (Fermann & Næss, 2015, s. 255). Å gi støtte, innebærer både følelsesmessige og praktisk for pasienten. Dette understrekes av Travelbee (1999, s. 172) som skriver om å danne tilknytning til pasienten. Ved å formilde at han/hun blir forstått, ikke er alene, bidrar til at pasienten mestrer sin sykdom. Opplever pasienten møte med sykepleieren som positivt vil den sosial støtte som sykepleieren gir, ha en buffervirkning som kan begrense belastning og styrke pasientens evne til mestring (Smebye & Helgesen, 2011, s. 60). For å få en tilknytning mellom sykepleier og pasient kreves det kontinuitet som bidrar til å etablere en relasjon (Fermann & Næss, 2015, s. 255). Dette bekreftes av pasientene i studien til Söderberg et al., (2015) hvor det påpekes at kontinuitet i helsepersonalet var en viktig aspekt som økte trygghetsfølelsen. I samme studie anga pasientene at å beholde kontakt med familie og venner, få besøk, være engasjert skapte og trygghetsfølelse. Sykepleier må arbeide for å bevare og styrke det sosiale båndet mellom pasienten, pårørende og venner. Dette kan gjøres ved å inkludere og informere pårørende om pasientens tilstand og behov, og veilede dem i hvordan løse sine omsorgsoppgaver og å oppmuntre dem til å fortsette å ha jevnlig kontakt med pasienten. (Smebye & Helgesen, 2011, s. 64).

5.5 Håp

Kronisk syke mennesker kan oppleve tap av kontroll over kroppsfunksjon, uavhengighet, roller og sosiale relasjon. På grunn av tapene, den kroniske tilstanden og uforutsigbarhet om fremtiden vil pasienten kunne oppleve håpløshet (Rustøen, 2001, s. 42). Følelsen av håp mobiliserer energi og kan gi styrke og mot til å takle utfordringene (Rustøen, 2007, s. 171). Håp for pasientene i studien til Barremo et al., (2008) ble styrket ved å finne mening med livet og å sette seg mål for fremtiden. For å styrke pasientens håp er det viktig at sykepleieren kartlegger hva som fører til håpløshet hos den syke, samt å assistere pasienten og familien til å finne mening med opplevelsene (Travelbee, 1999, s. 123). I en undersøkelse utført av Rustøen kom det frem at pasienter med hjertesvikt hadde større håp enn den resterende del av befolkningen. Dette fordi pasienter med hjertesvikt har tilpasset sin situasjon og setter pris på hver dag de får leve (Rustøen, 2007, s. 172). Ifølge Renolen (2015, s. 174) er det å ha kognitive forhold som å sette seg mål kan påvirke håpet. Mål kan få pasienten til å ha fokus på fremtiden og kan virke stimulerende i seg selv. Sykepleieren er også en viktig kilde for håp. Det å sette seg ned, ha samtale med pasienten, gi informasjon, være vennlig, omsorgsfull, hjelpsom, vise respekt og ærlighet styrker pasientens håp (Renolen, 2015, s. 174). Dette bekreftes av pasientene i studien til Barremo et al., (2008).

I studie til Söderberg (2015) uttrykte pasientene at håp styrkes når de fikk mulighet til å delta i egen omsorg. Ifølge Rustøen (2001, s. 101) kan det å oppmuntre pasienten til å bruke egne ressurser og å delta aktivt i sin egen omsorg framkalle og styrke pasienten håp. Når man trener opp sine ferdigheter kan det bidra til opplevelse av å mestre og å leve med begrensningene sykdom medfører. Sykepleier sin væremåte kan også påvirke pasientens håp. Dersom sykepleier er uinteressert og lite empatisk kan det oppfattes av pasienten som at situasjon er håpløs og ikke verdt mer innsats. En engasjert sykepleier med medfølelse kan smitte over på pasienten, gi nye krefter og aktivisere håp (Rustøen, 2001, s. 101).

For noen pasienter i studien til Söderberg et al., (2015) var det å utforske det åndelige noe som ga dem håp, ro, fredfølelse og mindre frykt for døden. Det kan være til hjelp at sykepleieren oppmuntre pasienten til å tenke gjennom sin egen tro og sine egne verdier (Rustøen, 2001, s.108). For andre pasienter kan det hjelpe å finne på ting og hobbyer som

pasienten mener å kunne takle i fremtiden. Slik tiltak er med på å bedre pasientens livskvalitet og håp (Rustøen, 2001, s. 114).

6 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvordan sykepleier kan fremme mestringsfølelse hos pasienter med hjertesvikt. Forskning viser at hjertesvikt påvirker pasientene både fysisk og psykisk, og det har negativ innvirkning på pasientens livskvalitet. Å få hjelp og støtte fra hjemmesykepleier var viktig for pasientene for å fungere best mulig i dagliglivet. Forskning viser at sykepleieren kan benytte helserelaterte informasjon for å øke pasientens kunnskap om eksempelvis egen kropp, kosthold, medikamentbruk og hvordan pasienten kan tilpasse fysisk aktivitet til dagens form. Dette er tiltak som øker pasientens forståelse om egen sykdom og bidrar til trygghetsfølelse til å mestre å bo hjemme. At sykepleier er forståelsesfull og kunnskapsrik er til stor hjelp for mange pasientene, og kan redusere emosjonelle reaksjoner som angst, sine, redsel og fortvilelse.

Kommunikasjon er et viktig aspekt i kontakt med pasienter med hjertesvikt. Måten sykepleieren kommuniserer på ved lytting, tilstedeværelse, omsorg og empati overfor pasienten er med på å skape tillit og relasjon mellom sykepleier og pasient. Pasients mulighet til å reflektere over egen situasjon og tid til å snakke om hverdagslige ting, samt sykepleierens positive holdninger kan være med på å bearbeide pasientens reaksjoner og kan bidra til at han/hun mestrer å leve med sykdommen.

Fysiske og emosjonelle tap som følge av hjertesvikt skaper bekymring, angst, utrygghet og stress for fremtiden. Følelse av trygghet er sentralt for å oppnå mestring hos pasienter med hjertesvikt. Det er viktig at sykepleieren definerer hva som skaper stress hos pasienten og bearbeide dette ved å bruke rett og relevant strategi. Muligheten for å ringe hjemmesykepleier døgnet rundt og trygghetsalarm er tiltak som er med på å trygge pasienten til å mestre å bo i eget hjem. Daglig sosial tilknytning er også viktig. Forskning viser at kontinuitet i helsepersonalet, samt å beholde kontakt med familie og venner styrker pasientens trygghetsfølelse og muligheter til å mestre sin situasjon.

Å bli rammet av en kronisk sykdom og en uforutsigbar fremtid fører til at pasienter med hjertesvikt opplever håpløshet. Forskning viser at håp er viktig for å oppnå mestring. Hjelp og tilstedeværelse fra hjemmesykepleier til å finne mening med livet, tilrettelegge for å oppnå egne mål, delta i egen omsorg og nærhet til andre mennesker styrker pasientens håp.

7 Referanseliste

- Arnesen, H. (2019). Hjerte. I *Store Norske leksikon*. Hentet 11. mai 2019 fra: <https://sml.snl.no/hjertet>
- Barremo, A.-S., Bruce, E., Salander, M., & Sjuusk, L., (2008). Personers opplevelse av att leva med kronisk hjärtsvikt – Systematisk litteraturstudie. *Vård I Norden*, 28 (3), 34-38.
<https://doi.org/10.1177/010740830802800308>
- Brodtkorb, K. (2015). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff, (Red.). *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten (s. 301-315)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Brodtkorb, K. (2015). Respirasjon og sirkulasjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatriskykepleie – God omsorg til den gamle pasienten (s. 375 – 387)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forslag AS.
- CASP. (2018). CASP Checklists. Hentet 15. januar 2018 fra: <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving (5. utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner - personorientering, samhandling, etikk (3.utg.)*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Fermann, T. & Næss, G. (2015). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatriskykepleie – God omsorg til den gamle pasienten (s. 238 – 258)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forslag AS.

- Fjerstad, E. (2010). *Frisk og kronisk syk – Et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom* (1.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Fjørtoft, A. K. (2016). *Hjemmesykepleie – ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet. (2015, 10. mai). Fakta om sosial støtte og ensomhet. Hentet 10. januar 2019 fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/sosial-stotte-og-ensomhet---faktaar/>
- Forfang, K. (2016). Hjertesvikt. I *Store Medisinske Leksikon*. Hentet 15. november 2018 fra: <https://sml.snl.no/hjertesvikt>
- Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (2007). Om kronisk sykdom. I B. R. Hanestad & Gjengedal (Red.). *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring* (s. 10-21). Oslo: Cappelens Akademisk Forlag AS
- Gustin, L. W. (2016). *Psykologi for sykepleiere*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hanestad, B. R. & Wahl, A. K. (2007). Livskvalitet. I B. R. Hanestad & E. Gjengedal (Red.). *Å leve med kronisk sykdom – En varig kursendring* (s. 29-39). Oslo: Cappelens Akademisk Forlag AS.
- Hanssen, T. A. & Natvig, G. K. (2007). Stress og mestring. I B. R. Hanestad & E. Gjengedal (Red.), *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring* (s. 40-59). Oslo: Cappelens Forlag AS.

Hauge, S. (2015). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold & A. H. Ranhodd (Red.), *Geriatrisksykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (s. 238-260). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). Sjekklistor. Hentet 15. januar 2018 fra:

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

Helsedirektorat (2019, 03. mai). Inntak av næringsstoffer. Hentet 06. mai 2019 fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kostradene-og-naeringsstoffer/inntak-av-naeringsstoffer#vitaminer-mineraler-kosttilskudd-salt>

Helseinstitutt. (2014, 27. juni). Livskvalitet og mestring i Norge. Hentet 07. januar 2019 fra:

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/tillegg/livskvalitet-og-mestring-i-norge/>

Heo, S., Lennie, T. A., Okoli, C., & Moser, D. K., (2009). Quality of life in patients with heart failure: Ask the patients. *Heart & Lung*, 38 (2), 100-108. Doi: 10.1016/j.hrtlng.2008.04.002

Hestvold, I. V. (2018). Motiverende intervju som tilnærming i kommunikasjonen med pasienter med kroniske sykdommer. I L. G. Heyn (red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s. 118-120). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Heyn, L. (2015). Kommunikasjon – menneskets grunnleggende behov for å forstå og å bli forstått. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie – Sykepleieboken 1* (s. 363-395). Oslo: Cappelen Damm AS.

Høybakk, J. (2015). Sykepleie til pasienter med hjertesykdommer. I U. Knutstad (Red.), *Utøvelse av klinisk sykepleie – sykepleieboken 3* (s. 208-226). Oslo: Cappelen Damm AS.

- Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Buanes, T. & Røise, O. (2010). *Sykdomslærer: Indremedisin, kirurgi og anestesi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring - Bind 3* (s. 238-286). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (2011). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A Skaug, (Red.), *Grunnleggende sykepleie – Pasientfenomener og livsutfordringer – Bind 3* (s. 133-195). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kåss, E. (2018, 16. november). Kronisk. I *Store Medisinske Leksikon*. Hentet 12. januar 2019 fra: <https://sml.snl.no/kronisk>
- LHL. (2013, 17. desember). Mindre salt er bedre for hjertet. Hentet 04. april 2019 fra: <https://www.lhl.no/et-sunnere-liv/ernaring-mat-og-helse/salt/mindre-salt-er-bedre-for-hjertet/>
- Li, C. C., Chang, S. R., & Shun, S. C., (2018). The self-care coping process in patients with chronic heart failure: A qualitative study. *Journal of clinical Nursing*, 28 (3-4), 509-519. Doi: 10.1111/jocn. 14640
- Norberg, E. B., Boman, K., Löfgren, B., & Brännström, M., (2014). Occupational performance and strategies for managing daily life among the elderly with heart failure. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(5), 392-399. <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.911955>
- Norsk helseinformatikk. (2017, 01. april). Hjertet. Hentet 13.12.2018 fra: <https://nhi.no/kroppen-var/organer/hjertet/>

Norske Helseinformatikk. (2017, 18. juli). Kronisk hjertesvikt. Hentet 07.11.2018 fra:

<https://nhi.no/sykdommer/hjertekar/ulike-sykdommer/hjertesvikt-kronisk/>

Norsk Helseinformatikk. (2018, 28. desember). Kronisk hjertesvikt. Hentet 01.01.2019 fra:

<https://nhi.no/sykdommer/hjertekar/ulike-sykdommer/hjertesvikt-kronisk/>

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere – Sykepleieren og pasienten*. Hentet 26. november 2018 fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Näsström, L. M., Idvall, E. A. C., & Strömberg, A. E., (2013). Heart failure patients' description in structured home care. *Health Expectations*, 18(5), 1384-96. Doi: 10.1111/hex. 12120

Rafai, L., Pisano, C., Hayden, J., Sulo, S., & Silver, M. A., (2015). Impact of the DASH diet on endothelial function, exercise capacity, and quality of life in patients with heart failure. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 28(2), 151-156. Hentet fra:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4365107/>

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker – Innføring i psykologi for helse* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Rustøen, T. (2007). Håp hos kronisk syke mennesker. I B. R. Hanestad & E. Gjengedal (Red.), *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring* (s. 93-102). Oslo: Cappelens Akademisk Forlag AS.

Rustøen, T. (2007). Å leve med hjerte og karlidelser. E. Gjengedal & B. R. Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom - En varig kursendring* (s. 161-162). Oslo: Cappelen Forlag AS.

Sjøen, R. J. & Thorsen, L. (2012). *Sykepleierens ernæringsbok* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Smebye, K. L. & Helgesen, A. (2011). Kontakt med andre. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, (Red.), *Grunnleggende sykepleie – Pasientfenomener og livsutfordringer – Bind 3* (s. 42-66). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Solvoll, B. (2011). Identitet og egenverd. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, (Red.), *Grunnleggende sykepleie – Pasientfenomener og livsutfordringer – Bind 3* (s. 16-38). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Söderberg, A.-C., Karlsson, M. R., & Löfvenmark, C., (2015). Upplevelse av trygghet och otrygghet bland patienter med hjärtsvikt som får avancerad sjukvård i hemmet. *Nordic Journal of Nursing Research*, Vol. 35(4), 203-209. Doi:10.1177/0107408315587800

Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget

Thorsen, R. (2011). Trygghet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A Skaug, (Red.), *Grunnleggende sykepleie – Pasientfenomener og livsutfordringer – Bind 3* (s.106-130). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

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

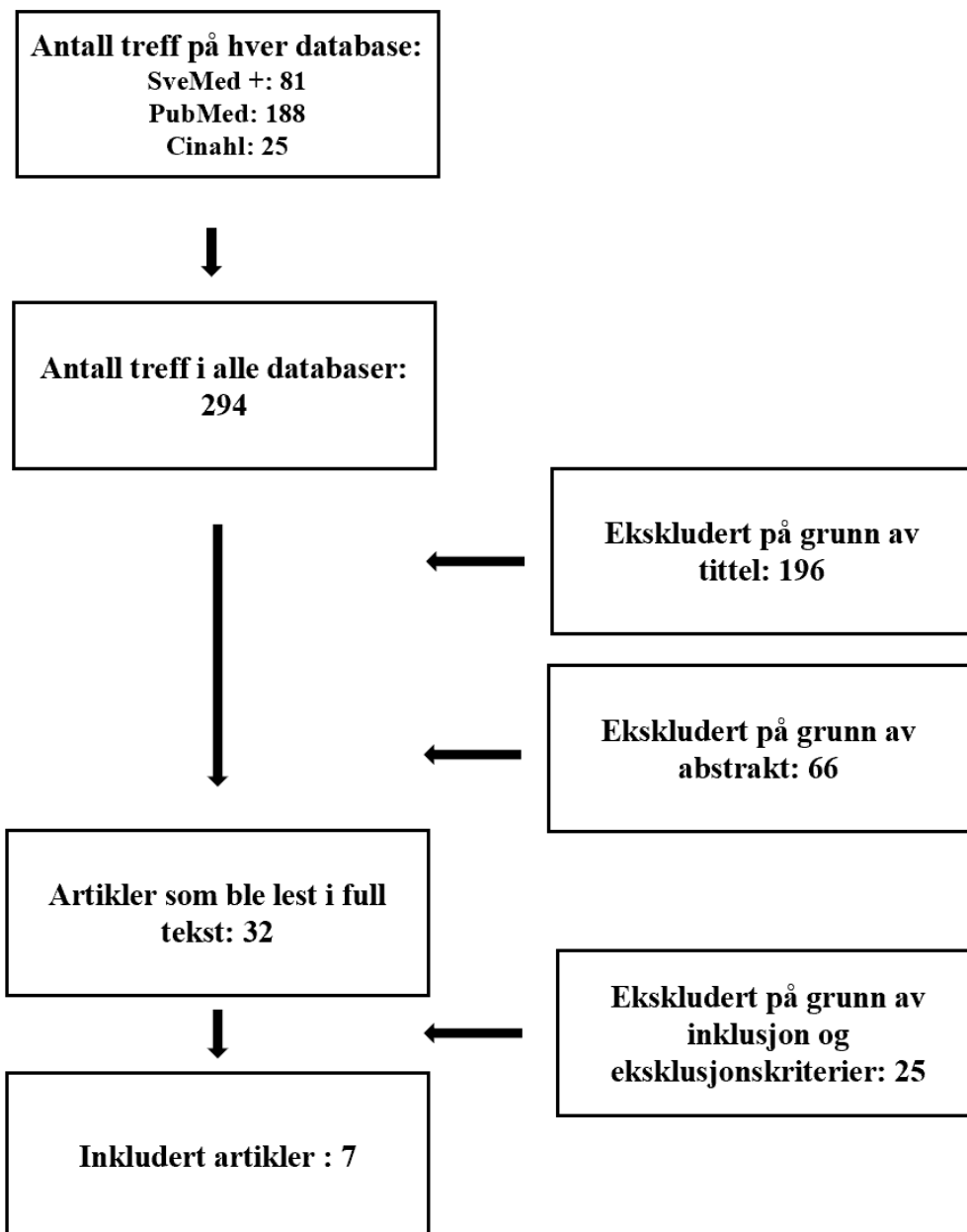
Wahl, A., & Hanestad, B. R. (2007). Livskvalitet, helse, stress og mestring (Red.). *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring* (s.30-39). Oslo: Cappelens Forlag AS

Ørn, S., & Brunvand, L. (2016). Hjerte- og karsykdommer. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.). *Sykdom og behandling* (s.164-180). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Vedlegg 1 : PICO

Population	Intervention	Combination	Outcome
<ul style="list-style-type: none">• Hjertesvikt• Heart failure• Chronic heart failure• Independent living• Community dwelling	<ul style="list-style-type: none">• Sykepleier• Nursing• Communication• Knowledge• Home health nursing		<ul style="list-style-type: none">• Mestring• Coping• Adaptation psychological• Manage• Quality of life

Vedlegg 2: Flytskjema



Vedlegg 3: Litteratursøk i ulike databaser

Søke dato	Databaser	Søk nummer	Søkeord/ordkombinasjon	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
15.11.2018	SveMed+	1	Hjertesvikt AND Sykepleier AND Mestring OR Livskvalitet	3	3	2	0
15.11.2018		2	Heart failure OR Chronic heart failure AND Independent living	1	1	1	1
17.11.2018		3	Heart failure AND Nursing	38	10	5	1
20.11.2018		4	Heart failure AND Home health nursing AND Coping OR Manage OR Quality of life	0	0	0	0
20.11.2018		5	Heart failure AND Coping OR Manage OR Quality of life	39	15	5	1
26.11.2018	PubMed	1	Heart failure OR Chronic heart failure AND Independent living OR community dwelling AND Information OR knowledge AND coping OR Adaptation psychological	16	10	2	0
26.11.2018		2	Heart failure AND communication AND coping	45	20	7	0

30.11.2018		3	Heart failure AND nursing AND coping <ul style="list-style-type: none"> • Last 10 years 	127	23	5	3
05.12.2018	Cinahl	1	Heart failure AND Quality of life <ul style="list-style-type: none"> • Abstrakt available • Published date 2008-2018 • Aged: 65+ years • Language: Engelsk, fransk, svensk, norsk 	25	16	5	1

Vedlegg 4: Litteratormatrise

Forfatter Publiserings år Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt med studien	Metode	Populasjon/ utfall	Hovedfunn/ Resultater	Kvalitets - vurderin g	Redegjort for etiske overveielse
Barremo, AS., Bruce, E., Salander, M., Sundin, K., 2008 Sverige Vård I Norden	Persones opplevelse av att leva med kronisk hjærtsvikt – Systematisk litteraturstudi e	Undersøke pasientens opplevelse av det å leve med kronisk hjærtsvikt	Systematisk litteratur studie.	18 kvalitative forskningsartik ler, 2 kvantitative forskningsarti kler.	Personer med hjærtesvikt har behov for at deres forverrende helsetilstand og livssituasjon som er preget av fysiske og emosjonelle tap ble møtt med forståelse av sykepleier. Pasienter med hjærtesvikt har behov for støtte fra sykepleier for å mestre praktiske utfordring og til å fungere mot den nye orienteringen i livet. Å oppleve uavhengighet til tross til sykdommen er noe som er med på å oppleve mestringsfølelse.	Godkjent med bruk av CASP sjekklister	Godkjent av etisk komite Etisk reflektert artikler med gyldighet og pålitelighets diskusjon. Artikler der tittel, abstrakt, søkeord er relevant til studieformålet. Bruk av kvalitets- revisjonsprotokoller for kvalitative studier.

Söderberg, AC., Karlsson, M. R., Löfvenmark, C., 2015 Sverige Nordic journal of Nursing research	Upplevelse av trygghet og otrygghet bland pasienter med hjertesvikt som får avanserad sjukvård i hemmet	Belyse opplevelsen av trygghet og utrygghet hos pasienter med kronisk hjertesvikt som mottar hjemmesykepleier	Kvalitativ studie med semi-structur intervju	8 Pasienter med hjertesvikt i NYHA klasse III-IV. 5 kvinner og 3 menn / 4 utfall	Å kunne ringe hjemmesykepleier når som helst på døgnet gir trygghet for deltakere. Samtidig kontinuitet og tilstrekkelig god tid fra hjemmesykepleier skaper trygghet, mens å forholde seg til flere helsepersonalet og tidspress fremhever utrygghet hos hjemmeboende pasienter med hjertesvikt.	Godkjent med bruk av CASP kjekliste	Godkjent av forskningsetisk-rådet ved Sophiahemmet Högskola Skriftlig og muntlig deltakelses samtykke. Deltakere ble informert om frivillighet og at det er mulighet for å trekke seg. Resultat konfidensialitet.
Rafai, L., Pisano, C., Hayden, J., Sulo, S., Silver, M. A., 2015 Baylor university medical	Impact of the DASH diet on endothelial function, exercice capacity, and quality of life in patients	Undersøke effekt av DASH diet på treningskapasitet og livskvalitet hos hjertesvikt pasienter.	Randomisert kontrollert studie	48 pasienter/ bortfalt ikke beskrevet. 24 i DASH - gruppe og 24 i sammenligningsgruppe.	Pasienter med hjertesvikt som gikk på DASH dietten hadde et optimalt næringsinntak og matmønster som ga gode resultat når det kommer til treningskapasitet og livskvalitet.	Godkjent etter CASP kjekliste	Skriftlig og muntlig informasjon om DASH-diet. Fagfellvurdert og godkjent av etisk komite.

center proceedings	with heart failure						
Näsström, L. M., Idvall, E. A-C., Strömberg, A. E., 2013 Sverige Health expectations	Heart failure patients' descriptions of participation in structured home care	Belyse hjertesvikt pasienter sine opplevelser av å delta aktivt i hjemme omsorg og behandling.	Kvalitativstudie	19 deltakere, der 6 er kvinner og 13 er menn i alderen mellom 63-90 år.	Kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell, inkludert tid og rom for dialog og utveksling av omsorgsrelatert informasjon er viktige for pasienter med hjertesvikt. Pasient mulighet til å påvirke tidspunkt for hjemmebesøk og å delta i omsorgen reduserer stress og skaper trygghet. Kontinuitet og sykepleier kunnskap er viktige aspekter for et godt tillitsfullt forhold.	Godkjent etter CASP kjekklister	Godkjent av senter regional etikk - Linköping
Li, C.C., Chang, S. R., Shun, S. C., 2018 Taiwan Journal of clinical nursing	The self-care coping process in patients with chronic heart failure – A qualitative study	Belyse mestringsprosess hos hjertesvikt pasienter	Kvalitativ studie	Totalt 61 pasienter med hjertesvikt. 34 av disse frafalt på grunn av forverring i helsetilstand, og 27 gjenstående deltakere	Pasientene har vanskelighet med å håndtere negative følelser etter det fysiske utfordringene som oppstår av hjertesvikt. Behovet for å godta virkeligheten, gjenfinne selvtilliten, forsterke egen forståelse og kunnskap om diagnosen for både å	Godkjent etter CASP kjekklister	Muntlig og skriftlig informasjon om studie. Skriftlig samtykke, frivillighet og mulighet for å trekke seg. Studien er godkjent av etisk komité.

				gjennomført studien.	oppretholde indre og ytre ressurser og for å mestre det nye situasjon. Engasjement, religiøse tanker og å søke trøst er viktige aspekter for å oppleve mestring til tross til sykdommen.		
Heo, S., Linnie, T. A., Okoli, C., Moser, D. K., 2009 Canada Heart & Lung	Quality of life in patients with hearth failure: Ask the patients	Hvordan hjertesvikt pasienter definerer og oppfatter livskvalitet til tross til sykdommen	Kvalitativ studie	20 pasienter (14 menn og 6 kvinner)	Pasientene relaterte livskvalitet med evne til å utføre ønsket fysiske, sosiale aktiviteter, opprettholde lykke og engasjement. Fysiske symptomer som oppstår av hjertesvikten har negative innvirkning på livskvaliteten. Likevel har majoriteten evaluert sin livskvalitet som bra.	Godkjent med bruk av CASP kjekliste	Skriftlig og muntlig samtykke fra deltakere. Godkjent av etisk komite.
Norberg, EB., Boman, K., Löfgren, B., & Brännström, M., 2014 Sverige	Occupational performance and strategies for managing daily life among the elderly with heart failure	Beskrive pasientens opplevelse av begrensningene i det daglige aktiviteter som oppstår på grunn av hjertesvikt. Deretter belyse	Kvalitativ studie.	Totalt 40 deltaker. 30 av disse frafalt på grunn av død, demens, beboer på sykehjem og uønsket	Pasienter med hjertesvikt måte innse de nye begrensningene i det som gjelder til daglige aktiviteter. For dette var det behov for å redefinere aktivt liv, øke fokus på meningsfulle aktiviteter og å endre eller beholde	Godkjent etter CASP kjekliste	Muntlig og skriftlig informasjon om studien til deltakerne. Skriftlig samtykke fra deltakerne.

<p>Scandivian journal of occupational therapy</p>		<p>pasientens prestasjonsevne og strategier som følges for å håndtere dette.</p>		<p>deltakelse. 10 gjenstående deltakere der 7 er kvinner og 3 er menn i alderen mellom 74-91år.</p>	<p>daglige vaner og roller for å bevare et aktivt liv. Behov for planlegging av daglige aktiviteter og tilpasse den til dagens form, senke ambisjonsnivået, tilpasning til miljøet og ta i bruk teknologien.</p>		<p>Frivillighet og mulighet til å trekke seg fra studien.</p> <p>Intervjue var hjemmet hos hver enkelt deltaker og avholdt av første forfatter.</p> <p>Åpne spørsmål.</p> <p>Studie er fagfeltvurdert og godkjent av senter for regional etikk – Umeå.</p>
---	--	--	--	---	--	--	--