



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2020-HØST-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	17-08-2020 09:00	Termin:	2020 HØST
Sluttdato:	08-10-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB3001 1 PRO1 2020 HØST		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	100
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Tittel *:	Sykepleie og hjerteinfarkt
Antall ord *:	7710
Engelsk tittel *:	Nursing and heart attack

Egenerklæring *: Ja

Inneholder besvarelsen Nei
konfidensielt
materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven 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

Sykepleie og hjerteinfarkt

Nursing and heart attack

Kandidatnr: 100

Sykepleie, forskning og fagutvikling SYKHB3001

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for helse- og omsorgsvitenskap-
sykepleie Haugesund

Innleveringsdato: 08.10.2020

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, § 12-1.

Sammendrag

Bakgrunn:

Ifølge Verdens Helseorganisasjon dør ca. 17.9 millioner av hjertesykdom hvert år, og er estimert til å være årsaken til 31% av alle dødsfall i verden. I Norge registreres det 10.000-11.000 tilfeller årlig. Det vil si ca. 40 tilfeller hver dag.

Hensikt:

Sykepleiere er et viktig ledd i behandlingen av pasienter med hjerteinfarkt. I denne oppgaven ønsker jeg å se nærmere på hvordan kartlegge behov ved hjelp av tilpasset kommunikasjon og hvordan sykepleier kan bidra til økt livskvalitet og bidra til livsstilsendringer gjennom forebyggende tiltak.

Metode:

Denne oppgaven er en litteraturstudie basert på en kvantitativ og tre kvalitative studier.

Resultat:

Forskning viser at pasienter opplever nedsatt livskvalitet, dårligere selvbilde og tilpasningsvansker i den nye hverdagen etter et hjerteinfarkt. Noen pasienter har også en misoppfatning av alvoret etter et hjerteinfarkt.

Konklusjon:

Basert på funnene i forskningen kan det se ut som at pasientene ikke er godt nok ivaretatt, både med forståelse i sin situasjon, men også hvordan livsstilsendring kan gjennomføres. Det er et sterkt behov for individuelle kommunikasjonstilpasninger, hjelp til å bevare livskvalitet og hjelp til livsstilsendring.

Nøkkelord:

Hjerteinfarkt, kommunikasjon, livskvalitet, livsstilsendring

Abstract

Background:

According to World Health Organisation, approximately 17.9 million dies from heart disease every year, and it is estimated to be the cause to 31% av all deaths in the world. In Norway, 10.000-11.000 cases are registered annually. That is approximately 40 cases every day.

Aim:

Nurses is an important part of the treatment of patients with heart attack. In this thesis, I want to take a closer look at how to map needs through adapted communication and how nurses can contribute to increased quality of life and contribute to lifestyle changes through preventive measures.

Method:

This paper is a literature study based on one quantitative and three qualitative studies.

Result:

Research shows that patients experience reduced quality of life, poorer self-esteem and adjustment difficulties in the new everyday life after a heart attack. Some patients also have a misconception of the severity of a heart attack.

Summary:

Based on the findings of the research, it may seem that the patients are not well enough cared for, both with understanding of their situation, but also how lifestyle changes can be implemented. There is a strong need for individual communication adaptations, help to preserve quality of life and help with lifestyle changes.

Keywords:

Heart attack, communication, quality of life, lifestyle changes

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
ABSTRACT	3
INTRODUKSJON	5
INNLEDNING.....	5
BAKGRUNN FOR VALGT TEMA	6
PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	6
PRESISERING	6
AVGRENSNING.....	7
TEORI	7
HJERTEINFARKT	7
<i>Symptomer</i>	8
<i>Diagnostisering</i>	8
<i>Behandling</i>	9
SYKEPLEIETILTAK	10
KOMMUNIKASJON	11
SYKEPLEIETEORI - JOYCE TRAVELBEE (1926 – 1973)	11
METODE	13
DEFINISJON.....	14
LITTERATURSTUDIE SOM METODE	14
ULIKE METODER.....	14
METODEKRITIKK	15
KILDEKRITIKK.....	15
ETISKE VURDERINGER.....	16
LITTERATURSØK OG VALG AV FORSKNING	17
INKLUSJONSKRITERIER OG EKSKLUSJONSKRITERIER	17
RESULTAT	18
PRESENTASJON AV FORSKNINGSAARTIKLER	18
<i>Artikkel 1</i>	18
<i>Artikkel 2</i>	19
<i>Artikkel 3</i>	20
<i>Artikkel 4</i>	20
OPPSUMMERING AV FUNN.....	21
DRØFTING	22
KARTLEGGE PASIENTENS BEHOV GJENNOM TILPASSET KOMMUNIKASJON	22
Å BIDRA TIL ØKT LIVSKVALITET	24
Å BIDRA TIL LIVSSTILSENDRING GJENNOM FOREBYGGENDE TILTAK.....	26
AVSLUTNING	28
REFERANSELISTE	29
VEDLEGG 1	33
VEDLEGG 2	34
Tabelloversikt:	
Tabell 1: Inklusjons -og eksklusjonskriterier	17
Tabell 2: Søkehistorikk	33

Introduksjon

Innledning

Ifølge Verdens Helseorganisasjon dør ca. 17.9 millioner av hjertesykdom hvert år, og er estimert til å være årsaken til 31% av alle dødsfall i verden (*WHO, 2020*). I Norge registreres det 10.000-11.000 tilfeller årlig. Det vil si ca. 40 tilfeller hver dag (*Norsk Helseinformatikk, 2020*). Etter et gjennomgått hjerteinfarkt er kan det oppstå mange forskjellige komplikasjoner. Ifølge Ernstsens et al. (2016) så er depresjon etter et gjennomgått hjerteinfarkt 3 ganger så vanlig, enn hos de som ikke har gjennomgått et infarkt. De undersøkte også ulike atferdsmønstre hos de som hadde gjennomgått et infarkt for første gang, deriblant aktivitetsnivå i voksen alder (*Ernstsens et al., 2016*). Et hjerteinfarkt fører med seg svært mange komplikasjoner. Blant annet hjertesvikt, arytmier, infeksjoner som perikarditt, psykiske belastninger som kan føre til angst og depresjoner for å nevne noen. (*Norsk Helseinformatikk, 2018*). Tall fra Folkehelseinstituttet (2019) viste at i 2018 var det 13209 pasienter med hoved- eller bidiagnosen akutt hjerteinfarkt, og 14% av disse pasientene var allerede registrert med hjerteinfarkt iløpet av de 4 forutgående år. 35% av pasienter med hjerteinfarkt var kvinner, og 78% av de var 70 år eller eldre. Av menn var det 48% som var fra 70 år og opp. Henholdsvis var median alder for kvinner og menn med hjerteinfarkt 78 og 69 år (*Folkehelseinstituttet, 2019*). Samtidig rapporterer Folkehelseinstituttet at forekomsten av hjerteinfarkt har sunket fra 24% til 13% på 6 år, grunnet gunstige endringer i risikofaktorer. De mener at endringene har ligget i røyking, kosthold, kolesterol og blodtrykk (*Folkehelseinstituttet, 2019*).

På bakgrunn av dette kan man se at det å bli rammet av et hjerteinfarkt er for mange en svært livsendrende hendelse. Noen takler hverdagen etter et hjerteinfarkt helt fint, og klarer å tilpasse seg det å leve med et hjerteinfarkt, mens andre sliter mer. Noen blir rammet av psykiske plager, og andre av fysiske. Det er tiden etter et hjerteinfarkt jeg ønsker å rette denne oppgaven mot.

Bakgrunn for valgt tema

Jeg har fagbrev og autorisasjon som ambulansefagarbeider, og jeg har 8 års erfaring fra ambulansetjenesten. Jeg har også 16 års erfaring fra Røde Kors, Hjelpekorps, og er bl.a. instruktør i førstehjelp. Og i forbindelse med både ambulansen og Røde Kors har jeg hatt svært mange kasuser med brystmerter, både skarpt og i øving. Som ambulansarbeider møtte jeg brystmerter svært ofte, også hvor det ble påvist hjerteinfarkt. Jeg har dermed også vært med på å behandle hjerteinfarkt, både symptomlindrende behandling, og kurativt med bl.a. trombolyse.

Som vi ser i innledningen, kan et hjerteinfarkt føre til svært mange etterkomplikasjoner. Det er på bakgrunn av min yrkeserfaring og det faktum at hjerteinfarkt er en alvorlig sykdom og kan gi store konsekvenser at jeg har valgt hjerteinfarkt som tema for denne bacheloroppgaven.

Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av dette har jeg kommet fram til følgende problemstilling:

«Hva kan sykepleier bidra med i kommunikasjon med pasienter som er innlagt for hjerteinfarkt?»

Presisering

Problemstillingen er rettet mot pasienter som gjennomgår eller har gjennomgått et hjerteinfarkt. Fysiologisk sett er et hjerteinfarkt likt, men opplevelsen av et hjerteinfarkt er individuelt. Mange pasienter opplever engstelse og usikkerhet etter et hjerteinfarkt. Jeg kommer til å fokusere på hva som kan være viktigst i kommunikasjonen med pasienten for at han eller hun skal klare livet når de kommer hjem.

Avgrensning

Som det blir nevnt i innledningen, så er det mange følger og mange aspekter ved et hjerteinfarkt. Det jeg blir å fokusere på i denne oppgaven er på kommunikasjonen ved hjerteinfarkt. Jeg blir å gå litt inn på kommunikasjon i den akutte fasen, men jeg blir å ha hovedfokus ved innleggelse på sykehus etter den akutte fasen, med den hensikt i å ivareta de psykososiale behovene til pasienten og forebygging av et nytt hjerteinfarkt. Med forebygging, mener jeg her tertiærforebygging. Braut og Larsen (2018) sier at tertiærforebyggende tiltak tar sikte på å hindre at konsekvensene av sykdom og funksjonshemminger medfører ytterligere plager (Braut og Larsen, 2018). Ifølge Norsk Sykepleierforbund (2019) har sykepleiere et ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom og at dette ligger i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Teori

Herunder blir jeg å presentere relevant litteratur innen hjerteinfarkt og sykepleietiltak, deretter sykepleieteori av Travelbee.

Hjerteinfarkt

Nakstad (2017) sier at hjerteinfarkt oppstår når en trombose eller en emboli fester seg og tetter igjen en eller flere av kransarteriene som tilfører hjertemuskulaturen blod (coronararterie) (Nakstad, 2017, s.128). Og ifølge Ørn og Brunvand (2016) vil alvorlighetsgraden avhenge av hvor stor del av hjertemuskulaturen mister blodtilførsel. Når blodtilførselen i stor grad hindres eller stopper helt opp, begynner hjertemuskulaturen å dø (Ørn & Brunvand, 2016, s. 168). Akutt hjerteinfarkt kan deles opp i to typer. Transmurale iskemi, som er når hele veggtykkelsen i en del av hjertet er iskemisk, og som gir den typiske ST-elevasjonen man ser på EKG. Tilstanden kalles for STEMI (ST-elevert myokardinfarkt) og er indikasjon på PCI-behandling og/eller trombolysbehandling.

Den andre typen infarkt kalles NSTEMI (non-ST-elevert myokardinfarkt). Da er ikke hele muskelveggen tykkelse iskemisk og trombolysbehandling er kontraindisert. Diagnosen blir stilt på bakgrunn av symptomer, EKG og blodprøver (Nakstad, 2017, s.129).

Ørn og Brunvand (2016) forteller at dødeligheten har blitt redusert betydelig iløpet av de siste årene, fra 183 til 63 dødsfall pr 100.000 innbygger, og at dette har en sammenheng mellom tidlig utblokking av aktuell arterie (PCI-behandling), effektiv forebygging av ny blodpropp, bruk av medikamenter, livsstilsendringer og legemidler som behandler og forebygger hjertesvikt (Ørn & Brunvand, 2016, s. 167).

Symptomer

De mest kjente symptomene på hjerteinfarkt er sterke, klemmende brystmerter som sitter midt i brystet. Pasienter beskriver det ofte som at noen sitter på brystet til pasienten. Smertene stråler ofte opp mot halsen, bak mot ryggen, ned mot magen og/eller ut mot armene. Da særlig venstre arm. Økt tungpust, rask puls, kald og klam hud er også noen symptomer som kan oppstå (Nakstad, 2017, s.130).

Ofte er smertene så intense at pasienten bli svært kvalm og kaster opp. Og i noen tilfeller er kvalmen og oppkastingen så dominerende at pasienten selv mistenker matforgiftning eller omgangssyke, særlig hvis smertene er lokalisert lavt nede at de mistolkes som magesmerter (Ørn & Brunvand, 2016, s. 169).

Kvinner har ofte vage og diffuse symptomer, men det er ofte vanlig at symptomene kan opptre som magesmerter (Nakstad, 2017, s.130). Selvom hjertesykdom presenteres forskjellig hos menn og kvinner, er det ikke grunnlag for å differensiere diagnostikken basert på kjønn (Burman, 2016, s. 206).

Diagnostisering

Man stiller diagnosen ved på grunnlag av sykehistorikk, EKG og blodprøver (troponin) ifølge Ytrehus (2018). Ørn og Brunvand (2016) sier at EKG er en av de viktigste diagnoseverktøyene vi har ved mistanke om hjerteinfarkt. Ved mistanke om hjerteinfarkt bør man ta et EKG umiddelbart for å sette diagnosen og starte behandlingen. EKG-registrering bør gjøres regelmessig hos pasienter med angina pectoris, for å fange opp endringer i iskemien. Et EKG som er tatt under et angina-anfall kan vise forskjeller på ST-sekvensen. Ved et STEMI ser man tydelig ST-elevasjon. Ved et NSTEMI kan man se ST-depresjon (ST-senkning) istedenfor en heving, eller det kan være en negativ T-takk (Ørn & Brunvand, 2016, s. 170).

Når hjertemuskulaturen dør, skilles det ut i blodet proteiner kalt troponin, og disse kan måles forhøyet i timer og dager etter hjerteinfarkt. Man bruker slike blodprøver for å skille mellom angina pectoris og hjerteinfarkt (*Ytrehus, 2018*). Ifølge Husøy (2020), ser man en moderat økning i troponin ved andre akutte hjertesykdommer, f.eks hjertesvikt, myokarditt og arytmier. Økning av troponin kan også sees ved kroniske skjellettmuskelsykdom, etter fysiske anstrengelser og ved kronisk nyresvikt (*Husøy, 2020*).

Resultatet av EKG, troponinnivået og evt. kateterundersøkelse av kransarteriene er avgjørende for videre behandling (*Ytrehus, 2018*).

Behandling

Nakstad (2017) hevder at ved brystmerter bør pasienten legges inn på sykehus for observasjon og utredning, ifølge Nakstad (2017). Standard prehospital behandling er å gi oksygen hvis oksygenmetningen er under 95%, nitroglyserin, acetylsalisylsyre (ASA) og morfin mot evt. smerter. Trombolytisk behandling kan være hensiktsmessig ved indikasjon på fortettede blodkar i hjerte -og karsystemet. Man så, for noen år siden, at trombolysbehandling så ut til å bli en sentral behandling av prehospital behandling av hjerteinfarkt, men pga. økt tilgjengelighet av sykehus med rett kompetanse og utstyr, har denne behandlingen blitt mer sjelden og man benytter seg mer av PCI-behandling. Man gir nå trombolysbehandling kun når det er lang transporttid og det er ST-elevasjoner på EKG. Hvis trombolysbehandling er indikert, har man egne protokoller der man kombinerer lavmolekylært heparin og et trombolyserende medikament (*Nakstad, 2017, s.130*).

Sykepleietiltak

Norsk sykepleierforbund (2019) definerer kunnskapsbasert sykepleie slik:

«Å utøve kunnskapsbasert sykepleie er å ta sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientenes ønsker og behov i den gitte situasjonen» (*Norsk Sykepleierforbund, 2019*).

Hansen og Hunskår (2016) forteller, mer generelt på legevakt, at sykepleier må ha tilstrekkelig kompetanse for å gjøre riktige beslutninger og iverksette adekvate tiltak. For å identifisere pasientens problem, må sykepleier forstå hva årsaken til at pasienten henvender seg. Dreier det seg om akutt sykdom, forverring av en tilstand, eller har pasienten et ønske om råd eller veiledning? Sykepleier må også observere og kartlegge, og da se etter symptomer og kliniske tegn, samt sykehistorie. Sykepleier må da vurdere de kliniske symptomene og tegnene, for så deretter iverksette adekvate tiltak i tråd med vurderingene som er gjort, samt pasientens egne ønsker og behov. Når dette er gjort, må sykepleier dokumentere hva som er vurdert og tiltak som er iverksatt, gjerne med begrunnelse i bakgrunn i kunnskap (*Hansen & Hunskår, 2016, s. 61*). I et perspektiv rettet mer mot brystsmarter, forteller Burman (2016) at det skal gjøres en vurdering av hastegrad i det pasienten ankommer. Dette kan gjøres av sykepleier i forbindelse med registrering av pasienten, men hvis det er mistanke om at pasienten er alvorlig syk, skal lege involveres så tidlig som mulig.

Tidlig EKG-registrering, puls, blodtrykk og o₂-metning er viktig ved mistanke om hjertesykdom. Hvis pasienten har hoste og/eller frostanfall, kan CRP, og temperaturmåling være relevant. Hvis sykepleier er usikker på hvilke undersøkelser som skal gjøres, bør dette avklares med vakthavende lege. Dette er for å sikre at riktige og viktige prøver blir tatt, samt at man ikke tar unødvendige prøver og «kaster bort» tiden (*Burman, 2016, s.207*). I legevaktshåndboken (2018) står «ro» som første tiltak, og med det mener man både fysisk i ro, samt berolige pasienten, pårørende, hjelpepersonell og deg selv.

Kommunikasjon

Heyn (2018) definerer kommunikasjon som en prosess som omhandler utveksling av budskap mellom to eller flere parter. Eksempler i sykepleien er sykepleier og pasient, sykepleier og pårørende, sykepleier, pasient og pårørende eller sykepleier og annet helsepersonell. Budskapet kan bli levert verbalt og non-verbalt. Heyn (2018) hevder også at kommunikasjonsprosessen bygger på en gjensidighet mellom partene. Man både gir og mottar informasjon. Kommunikasjon er en sirkulær prosess der et budskap går frem og tilbake mellom partene. Når vi formidler et budskap, skjer det først en dekoding av budskapet. Koding er det som skjer fra vi tenker på hva vi ønsker å si, til vi faktisk sier det. Altså den formuleringen vi ønsker å bruke. Noen ganger er formuleringen bevisst, mens andre ganger skjer det automatisk. Når vi er bevisst på ordleggingen, er det for å sikre at mottaker forstår budskapet. Det er når formuleringen skjer automatisk at feiltolkninger kan oppstå. Hvis man ikke er bevisst på dette, er det vanskeligere å oppdage at motparten ikke har oppfattet budskapet slik du ønsket det. Budskapet blir alltid avkodet i det den når mottakeren, ifølge Heyn (2018). Heyn (2018) forteller også at avkoding er en fortolkning som skjer på 3 nivåer. Først tolker man det faktiske budskapet i det som blir sagt, deretter tolker man meningen i budskapet. Dette vil igjen påvirke hvordan man tolker relasjonen mellom seg selv og den som sendte budskapet. Det er ikke alltid det er samsvar mellom det som blir sagt og hva som blir oppfattet. Det kan skyldes at avsenderen ordla seg på en annen måte en tiltenkt, eller det kan være mottakeren som tolker budskapet i feil retning av det som formidler hadde tenkt (Heyn, 2018, s. 15).

Sykepleieteori - Joyce Travelbee (1926 – 1973)

Joyce Travelbee (2001) mener at menneske til menneske-forhold er en gjensidig prosess. Den etableres ikke av sykepleieren alene. Både den syke og sykepleieren bygger opp denne relasjonen. Men ansvaret for å etablere og opprettholde dette forholdet ligger hos sykepleieren og ikke den syke. Menneske til menneske-forholdet er karakterisert med at det foreligger en spesiell adferd, der begge parter oppfatter og responderer til hverandre som individ. Pasienten skal oppfattes og behandles som et unikt menneskelig individ og ikke som en «sykdom», «romnummer» eller «en jobb som skal gjøres».

Sykepleier skal også sørge for at pasienten ikke skal behandles som en stereotyp basert på «alle pasienter» som sykepleier har møtt tidligere. For at dette skal kunne bli gjort, må posisjoner og status overskrides. Forholdet blir gjensidig i det sykepleieren og den syke er sammen om det som skal skje framover mot et menneske til menneske-forhold. Det er den profesjonelle sykepleiers rolle å observere den som han har omsorg for, men sykepleier blir også observert av den syke. (*Travelbee, s.178, 2001*).

Videre sier Travelbee (2001) at sykepleier må observere for å kunne avdekke behovene til pasienten. Selvom den syke sier ifra, kan syke ofte ha problemer med å uttrykke sine behov. Ved systematisk observasjon av den sykes adferd kan sykepleier forstå at det foreligger et behov. Derfor mener Travelbee (2001) at den viktigste praktiske kunnskapen man kan gi en sykepleier, er å lære dem hva som skal observeres og hvordan dette skal utføres, hvilke symptomer er tegn på bedring og hvilke er tegn på forverring, samt hvilke symptomer er viktige og hvilke er mindre viktig. I akutte situasjoner må sykepleier ofte raskt kartlegge pasientens tilstand, og dermed trekke egne konklusjoner utfra tilgjengelig data, og basert på de dataene må sykepleier trekke egne slutninger å iverksette nødvendige tiltak. (*Travelbee, 2001, s. 179 – 180*).

Etter akutte sykdomsfaser, sier Travelbee (2001) at sykepleiere idag er primært opptatt av å bistå enkeltindivider med å komme seg igjen, eventuelt gjenvinne full helse igjen. En av måtene en sykepleier kan hjelpe mennesker å gjenvinne helse på, er å lære de å mestre sykdom og lidelse som en erfaring. Dette gjøres ved å etablere en tilknytning til den syke, som formidler til den syke at de blir forstått og at de ikke er alene. Det som har berget mange fra fortvilelse og hjulpet mange syke, er nettopp det å kjenne at det er noen som er varm, forståelsesfull og kunnskapsrik som er der for dem. Med sine handlinger, viser sykepleieren til pasienten at det finnes et ønske om å bistå pasienten. Ikke fordi pasienten er syk, men fordi pasienten er den de er og ingen annen (*Travelbee, 2001, s. 35*). Men dette er ingen enkel oppgave, selv om det er gode prognoser for full gjenvinnelse av helse. Enda vanskeligere er det når det er dårligere prognoser og det kan se ut til at pasienten aldri blir frisk igjen. Mange som blir syke kommer aldri til å bli friske igjen, og de må da lære seg å leve med en kronisk sykdom. Den syke har holdninger og følelser knyttet til sykdommen sin. For at sykepleier skal kunne hjelpe, er det absolutt nødvendig at sykepleier setter seg inn i hvordan den syke oppfatter sin egen sykdom (*Travelbee, 2001, s. 35*).

Duff og Hollingshead, referert i Travelbee (2001, s. 36) viser i sin studie at ingen av sykepleierne som jobbet i offentlige helseinstitusjoner visste noe om den sykes eget syn på sykdommen sin. Travelbee (2001) mener det ikke er mulig å hjelpe pasienter til mestring av sykdom, eller finne mening i disse erfaringene hvis sykepleier er helt uvitende om pasientens egen oppfatning av sykdommen eller funksjonssvikten (*Travelbee, 2001, s. 36*).

Kommunikasjon er ikke et mål i seg selv, men et verktøy sykepleier kan benytte seg av når man har som mål å oppfylle sykepleiers hensikt og mål. Kommunikasjon kan betraktes som en prosess for å oppnå disse målene og hensiktene (*Travelbee, 2001, s. 140*). Ved å lære den syke å kjenne, kan sykepleier oppleve og respondere på det unike ved denne personen. For hvis sykepleieren skal kunne hjelpe hvert enkelt individ til å mestre sykdom, må sykepleier oppleve og respondere på enkeltmennesker. Alle er forskjellige og alle reagerer på sin egen individuelle måte. Hvis sykepleier ikke har innsikt i hvordan hver enkelt reagerer på påkjenninger, vil ikke sykepleier gi meningsfylt hjelp (*Travelbee, 2001, s. 141*).

Travelbee (2001) sier hvis kommunikasjonen bryter sammen, kan årsaken være feiltolkninger, at en av partene ikke ønsker å kommunisere, eller fordi en av partene responderer automatisk uten å tenke seg om, og dermed kan gi et inntrykk av å ikke bry seg eller er uvitende. En av hovedårsakene til at kommunikasjonen svikter er bl.a. at den syke ikke oppfattes som et individ, men ofte at sykepleieren har visse stereotype og forutinntatte oppfatninger om den syke. Dette hindrer sykepleieren i å kommunisere og etablere et godt forhold til den syke. Også hvis sykepleier ikke lytter etter budskapet som den syke prøver å formidle kan kommunikasjonen svikte. Lytting er en aktiv prosess som krever fokus og energi. Hvis sykepleier er trøtt, opptatt med noe annet, kjede seg eller mangle interesse kan pasienten oppfatte dette som at sykepleier ikke er interessert i pasienten som individ. Den profesjonelle sykepleieren går bevisst inn for å forbedre sine lytteegenskaper (*Travelbee, 2001, s. 159 - 160*).

Metode

Herunder vil jeg presentere en kort definisjon av begrepet metode, deretter blir jeg å avklare litt om de ulike metodene og litteraturstudie som metode. Jeg blir også å presentere kildekritikk, litteratursøk og valg av litteratur jeg har med i denne oppgaven. Videre blir jeg å ha med forskningsetikk og etikk som jeg har hatt med i denne oppgaven.

Definisjon

Ifølge Dalland (2012) er metode det redskapet man ønsker å bruke i møte med det man ønsker å undersøke. Metode blir brukt for å innhente informasjon en trenger til undersøkelsen. Det er metoden som forteller om hvordan en bør arbeide for å skaffe eller etterprøve den kunnskapen man har ervervet. Man bruker metoden som et redskap for å belyse spørsmålet eller problemstillingen, på en faglig måte (Dalland, 2012).

Litteraturstudie som metode

Forsberg & Wengström (2015) sier at en litteraturstudie innebærer et systematisk søk, kritisk vurdering og deretter sammenligne litteraturen innen et valgt emne eller problemområde. Den systematiske litteraturstudien bør fokusere på aktuell forskning innen det valgte området og fokusere på å finne et beslutningsgrunnlag basert på den dataen man har samlet fra vitenskapelige tidsartikler eller andre vitenskapelige studier. Det finnes ingen regler på antall studier som skal innebære i en litteraturstudie, men det er best å finne og inkludere all relevant informasjon innen det ønskede området. Men av økonomiske og praktiske årsaker, er ikke dette alltid mulig (Forsberg & Wengström, 2015, s. 25 – 28).

Ulike metoder

En kvantitativ studie er en studie hvor de har ofte gjennomgått statistikk eller samlet inn data. Denne typen studier omfatter gjerne mange enheter. Disse enhetene kan være individer, eller lokalsamfunn o.l. Hver informasjonstype spesifiseres som en variabel, for eksempel sykdomsprevalens i en befolkning, eller utdanningsnivå. (Grønmo, 2020).

Kvantitative metoder brukes ofte til å utvikle en oversikt over generelle forhold og til å teste hypoteser. Man bruker også kvantitative data i ulike eksperimentelle undersøkelser, for å teste hypoteser (Grønmo, 2020).

En kvalitativ studie er forskningsmetoder som brukes ved analyse og innsamling av data som ofte foreligger i form av tekst, i motsetning til kvantitative data. Denne typen data går mer ut på kvaliteter hos noen eller noe, enn antall som ved en kvantitativ studie. Metoder for innsamling av kvalitative data kan være deltakende observasjon, ustrukturerte intervjuer eller fokusgrupper. Kvalitativ metode omfatter blant annet koding av datamaterialet. Dette innebærer at man merker større eller mindre elementer av teksten med stikkord som beskriver eller karakteriserer innholdet av hvert element. Ved hjelp av disse stikkordene blir ulike tekstelementer sammenlignet, med sikte på å finne typiske og generelle mønstre i materialet som er samlet inn (*Grønmo, 2020*).

Metodekritikk

Det er både fordeler og ulemper ved litteraturstudier. Ifølge Thidemann (2019) er en av fordelene med litteratursøk at den bygger på eksisterende litteratur som aktuelt tema. Dette gjør at man kan få en god oversikt over relevant litteratur for å besvare problemstillingen (*Thidemann, 2019, s. 78 – 89*). Svakheter ved denne metoden er at man kan ha begrenset tilgang til relevante studier. Utvalget kan påvirkes dersom inkluderte artikler blir påvirket av ekspertens egne meninger, og at ulike eksperter innen samme område har kommet fram til ulike konklusjoner (*Forsberg og Wengström, 2015, s.26*). Ved denne litteraturstudien er ordbegrensningen og tidsrammen en av svakhetene. Dette kan begrense muligheten til å undersøke bredt, samtidig som å gå i dybden på materialet. Videre pågår det nå en pandemi, som kan gjøre at offentlige bibliotek kan stenges ned, som kan føre til begrenset tilgang til litteratur.

Kildekritikk

Kildekritikk er når man vurderer avsenderen av informasjon og hvorvidt den informasjonen er troverdig. Både de som lager innholdet og de som skal bruke innholdet benytter seg av denne metoden. Man benytter seg ofte av 4 kriterier for å vurdere kilden. Troverdighet, objektivitet, nøyaktighet og egnethet (*Orgeret, 2018*). Hensikten med å kildekritikk er å vurdere kvaliteten av informasjonen i studiene, og det er også viktig at kvaliteten på metoden blir vurdert (*Holtermann, 2020*). De studiene jeg har inkludert i denne oppgaven, har alle gjort etiske vurderinger og innhentet etisk godkjenning.

Det finnes sjekklister på internett som man kan bruke for å vurdere kilder, og jeg har benyttet meg til de som finnes på nettsidene til helsebiblioteket. De går blant annet ut på om jeg kan stole på resultatene, hva resultatene er og kan resultatene brukes i min praksis (*Helsebiblioteket, 2016*). Alle artiklene jeg har valgt er bygd opp etter IMRAD-strukturen, som er Introduksjon, Metode, Resultat, Analyse og Diskusjon. Alle artiklene har klare hensikter og resultater som jeg kan anvende i denne oppgaven. I denne oppgaven har jeg valgt å bruke primærkilder og studier som ikke er eldre enn 10 år, med unntak av sykepleierteori og litteratur som fortsatt er aktuelt den dag idag . Av de studiene jeg har funnet, er det kun en som er utført i Norden, og dette var i Danmark. Dette kan være en svakhet, grunnet forhold til helsesystemets ulikheter, og må tas i betraktning.

Etiske vurderinger

Forsberg og Wengström (2015) hevder at det finnes egne etiske retningslinjer for forskning. De etiske vurderingene man skal gjøre seg er: velge studier som er vurdert av etisk komite, referering til studier og artikler man har brukt i forskningen, ikke manipulere resultatene til et ønsket resultat. Videre får man ikke fabrikke resultat, drive plagiat av data, hypoteser eller metoder (*Forsberg & Wengström, 2015, s. 59*). En litteraturstudie er en oppsummering av forskning som er utført av andre. Ved å bruke andres forskning pådrar jeg meg det ansvaret å være tro mot deres forskning og resultater. Selv om jeg kanskje kan være uenig med deres resultater kan jeg ikke legge min mening til grunne. De artiklene jeg har valgt er alle vurdert av en etisk komite.

Litteratursøk og valg av forskning

Jeg har valgt forskning og litteratur jeg mener belyser temaet og besvarer problemstillingen på en tilfredsstillende måte. Jeg har benyttet meg av både kvantitativ og kvalitativ forskning til denne litteraturstudien. For å finne relevante artikler har jeg hovedsakelig brukt Cinahl, men jeg har også benyttet meg av Google Scholar. For å begrense har jeg benyttet meg av «Full Text» og tidsramme mellom 2015 – 2020, med unntak av et søk hvor jeg ikke satte noen begrensninger. Jeg har vektlagt tema og problemstilling i grunnen for søk av studier. Se vedlegg 1 for framgangsmåte for hovedfunnene. Jeg hadde til sammen 5 artikler, men jeg kom fram til at jeg ikke vil inkludere to av de i oppgaven, da de ikke var særlig anvendbar på bakgrunn av begrensningene for denne oppgaven. Men jeg kommer til å ha de med i drøftingen, da de understreker noen av konklusjonene. Jeg foretok et nytt søk og fant en mer relevant artikkel.

Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Påvist hjerteinfarkt	Andre tilstander som gir brystmerter
Voksne personer fra 18 til 65 år	Eldre over 65 år
Personer over 18 år	Barn under 18 år
Pasienter	Pårørende

Tabell 1: Inklusjons -og eksklusjonskriterier

Resultat

I studiene er det opplevelsen hjerteinfarkt som er lagt til grunne, samt de psykososiale forhold både under og etter et gjennomgått infarkt.

Presentasjon av forskningsartikler

Herunder vil jeg presentere 4 forskningsartikler som jeg anser som relevant for oppgaven. Det er en kvantitativ og 3 kvalitative forskningsartikler. Etter presentasjonen av artiklene kommer jeg til en oppsummering av funnene. Viser til vedlegg 2, hvor det finnes mer informasjon om artiklene.

Artikkel 1

'I am still a bit unsure how much of a heart attack it really was!' Patients presenting with non ST elevation myocardial infarction lack understanding about their illness and have less motivation for secondary prevention (Dullaghan, Lusk, McGeough, Donnelly, Herity & Fitzsimons, 2014)

Hensikt: Denne studien som har som mål å tydeliggjøre pasientenes egen oppfattelse av sykdommens alvorlighet. Ifølge forfatterne er det stor forskjell i type behandling som er tilbudt pasientene, med tanke på hastegraden de er innlagt med. Dette har igjen hatt påvirkning på pasientenes egen oppfatning av sykdommens alvorlighetsgrad og dette har igjen hatt en påvirkning på pasientenes egen motivasjon til å endre livsstil og hindre at det kan oppstå nye infarkter o.l. **Metode:** Denne studien er en kvalitativ studie

Resultat: Resultatet var at pasienter med STEMI mottok enten PCI-behandling eller trombolysebehandling. De hadde da oppfattet at det var en alvorlig sykdom og de tok forebyggende grep angående livsstil. NSTEMI-pasientene opplevde mer usikkerhet angående alvorlighetsgrad, da de ikke fikk samme hastegrad og dermed ikke like rask behandling. Dette ga pasientene en misoppfatning angående alvorlighetsgrad og de tok mindre grep om livsstil **Begrensning:** Dette er en liten studie, med kun 15 pasienter.

Artikkel 2

A qualitative study of younger men's experience of heart attack (myocardial infarction) (Merrit, Zoysa & Hutton, 2017)

Hensikt: Studien har som mål å bedre forstå hvordan menn under 45 år opplevde å ha et hjerteinfarkt og hvilke psykososiale faktorer som spiller inn for deres tilværelse etter et gjennomgått hjerteinfarkt. Denne studien går inn på hvordan pasientene så seg selv før et hjerteinfarkt og hvordan de ser seg selv etter et hjerteinfarkt. Denne studien ser også litt på hva slags risikofaktorer som kan være involvert, for eksempel røyking, arvelige faktorer, diabetes og generell livsstil. **Metode:** Dette er en kvalitativ studie. **Resultat:** Det ble oppdaget 7 hovedtema i disse intervjuene. I artikkelen har forskerne fokusert på 3 av de mest originale temaene: «Jeg føler meg mindre som en mann» - beskriver tap av manndom i form av styrke, uavhengighet og evne til å bidra. «smalere horisont» - beskriver deltakernes følelse av et forkortet liv og påfølgende omprioritering. «Livet har mistet farge» - beskriver tap av goder i form av livsstilsendringer **Begrensing:** Ingen tidligere studie med kun menn under 45 år. Liten studie med kun 10 deltakere. Noen tema som ble avdekket ser ut til å være unik for denne studien.

Artikkel 3

It is not just a Minor Thing – A Phenomenological- Hermeneutic Study of Patients' Experiences when afflicted by a Minor Heart Attack and Participating in Cardiac Rehabilitation (Simony, Dreyer, Pedersen & Birkelund, 2017)

Hensikt: Hensikten er å oppnå en dypere forståelse av hvordan pasienter med hjerteinfarkt blir behandlet på institusjon og hvordan pasientenes oppfatning blir adressert. Studien har også et særlig fokus på forebyggende livsstil etter et gjennomgått hjerteinfarkt. I Danmark blir pasienter med ustabil angina pectoris og NSTEMI prioritert med subakutt behandling på sykehus, og tidlig utskrivelse med oppfølging i helsetjenestens hjerte-rehabilitering. Forfatterne mener at pasientenes erfaring er essensiell for å utvikle en tilstrekkelig behandlingsprotokoll. **Metode:** Dette er en kvalitativ studie. **Resultat:** Det som kom fram fra studien var 3 nivåer. Vansker med å akseptere sykdommen: ledet til sårbarhet og hjelpeløshet. En forståelse av at livet er skjørt: pasientene føler seg rystet når de skjønner at sykdommen er kronisk og livstruende. Et forandret liv: Pasientene må tilpasse seg nye begrensninger i hverdagen. **Begrensning:** Studiene er utført på 11 pasienter som er en del av et kardiologisk rehabiliteringsprogram.

Artikkel 4

Communication barriers to patient education in cardiac inpatient care: A qualitative study of multiple perspectives (Farahani, Sahagard, Carroll & Mohammadi, 2011)

Hensikt: Hensikten med denne studien er å utforske kommunikasjonsbarrierene mellom sykepleier til sykepleier, sykepleier til lege og sykepleier til pasienter og pårørende. Pasientene var innlagt på hjerteavdeling ved sykehus. **Metode:** Dette er en kvalitativ studie **Resultat:** 3 hovedtema ble identifisert. 1. Manglende kollegialitet, som fører til dårlig samarbeid. 2. kommunikasjonssvikt mellom ulike faggrupper, samt kommunikasjonssvikt til pasientene og deres pårørende, kan føre til fare for pasientsikkerheten. 3. Kulturforskjeller, kan føre til kommunikasjonssvikt på grunn av språkbarriere, som igjen kan få konsekvenser for videre behandling og forebyggende atferd . Disse funnene understøtter behovet for at helsevesenet trenger å bli mer samarbeidsvillige og inkludere sykepleiere. **Begrensning:** Studien er basert på 35 deltakere, samt den er 9 år gammel. Til tross for alder, anser jeg den som relevant for oppgaven, da det understøttes av sykepleieteorier og pensum, samt min egen erfaring.

Oppsummering av funn

Her blir jeg å presentere mine fortolkninger av artiklene jeg har funnet, og som jeg mener er viktig å bringe videre til drøftingen.

To av studiene (Merrit et al., 2017) og (Simony, et al., 2017) har kommet med forholdsvis like resultater. Begge studiene forteller om nedsatt livskvalitet, selvbilde og vansker med å tilpasse seg den nye hverdagen hos pasientene som har gjennomgått hjerteinfarkt. I studien til Dullaghan et al. (2014) kom de fram til at pasienter som har gjennomgått et NSTEMI har en misoppfatning når det gjelder alvorlighetsgraden av et hjerteinfarkt, og de har heller ikke tatt like gode grep om livsstilen sin. I studien til Farahani et al. (2011) har de sett at kommunikasjonssvikt og utfordringer som har hatt konsekvenser for behandling, forebygging og pasientsikkerhet. Dette har vært et problem både på et individuelt plan, men også på et mer overordnet plan.

Basert på disse funnene, har jeg konkludert at jeg vil drøfte følgende tema som er blitt utformet til sykepleietiltak:

- Kartlegge pasientens behov gjennom tilpasset kommunikasjon
- Å bidra til økt livskvalitet
- Å bidra til livsstilsendring gjennom forebyggende tiltak

Drøfting

Denne delen er disponert drøfting. Problemstillingen var: Hva kan være viktige sykepleietiltak for innlagte pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt? Drøftingen skal ta utgangspunkt i de tre nevnte temaene som ble identifisert i resultatene i forskningsartiklene. Temaene er; kartlegging av pasientens behov igjennom tilpasset kommunikasjon, å bidra til økt livskvalitet og å bidra til livsstilsendring gjennom forebyggende tiltak. Temaene drøftes i lys av ulike teori og de skal bli vurdert i forhold til resultatene i de inkluderte studiene, samt Travelbees teori. Som forsterkning av argumenter og funn i de ulike artiklene, har jeg føyd til annen relevant forskning som er med på å utdype og svare på spørsmål underveis i diskusjonen.

Kartlegge pasientens behov gjennom tilpasset kommunikasjon

I studien til Dullaghan et al. (2014) så de at pasienter som har gjennomgått NSTEMI ikke hadde samme oppfatningen av alvorret, som ved et STEMI. Dette var på bakgrunnen av hastegraden de opplevde. Slik som jeg tolket det av deres funn, ble ikke pasienter med NSTEMI behandlet like akutt, da det kun er deler av hjertemuskulaturen som blir affisert ved et NSTEMI (*Nakstad, 2017, s.129*). Og Farahani et al. (2011) kom de også fram til kommunikasjonsvansker mellom behandlende personell og pasienten. Det de kom fram til i studien var at medisinsk terminologi kan ofte være vanskelig for pasienter, da dette er ukjent for de aller fleste. Pasientene deres visste ikke hva et angiografi var, og de var redde for at dette var en farlig operasjon (*Farahani et al., 2011*). Strand (2018) hevder at et viktig hensyn en sykepleier må ta, er å møte pasienten der den er. Helsepersonell kan ofte gå litt raskt frem og bli for prosedyrerettet i iveren til å hjelpe pasienten. Det kan bli svært frustrerende for pasienten hvis det blir for stort gap mellom hvordan pasienten oppfatter seg selv og sin situasjon, og sykepleiers iverksettelse av tiltak (*Strand, 2018, s. 105*). Et av funnene i studien til Farahani et al. (2011) opplevde en av pasientene de hadde intervjuet at sykepleierne ikke var interessert i å snakke med pasienten, da de snakket raskt eller uttrykte seg kort og uten forklaringer. Dette kan være med på å bekrefte at når sykepleieren er travel og stresset kan sykepleieren ordlegge seg annerledes enn planlagt og det kanskje ikke er samsvar på hva som blir sagt og hva som blir oppfattet (*Heyn, 2018, s. 15*). Også Travelbee (2001) hevder at kommunikasjonen bryter sammen hvis en av partene

ikke ønsker å kommunisere, eller hvis en av partene responderer automatisk uten å tenke seg om. Det er den profesjonelle sykepleiers ansvar å lytte til pasienten (*Travelbee, 2001, s. 159 - 160*). I Helsedirektoratets (2019) nasjonale handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, henviser de til flere kilder som viser at det fremdeles er kommunikasjonsutfordringer mellom helsepersonell og pasienter. De forteller også at dette utgjør en utfordring for pasientsikkerheten, da velkjente risikofaktorer er svikt i informasjonsflyt, mangler i legemiddellister og et uklart oppfølgingsansvar (Helsedirektoratet, 2019, s. 8). Heyn (2018) hevder at å tilegne seg kommunikasjonsferdigheter er noe som kan læres. Det som gjør at kommunikasjon er en mer kompleks ferdighet, er at det ikke finnes noen standard som gjelder for alle. Det finnes riktignok retningslinjer for kommunikasjon for ulike pasientgrupper, men ingen fasit. Gode kommunikasjonsferdigheter må oppøves og verdsettes, slik at ikke pasienter oppfatter helsepersonellens informasjon og samtaleforsøk som tom informasjon. Vi som sykepleiere opplever ofte situasjoner som er både komplekse og uavklarte, som kan oppleves svært utfordrende (*Heyn, 2018, s. 24*). Granum (2003) forteller at en som er innlagt har som oftest ikke de kunnskapene som kreves for å klare å mestre sin nye livssituasjon. Og det er der sykepleieren kommer inn som en ressurs som kan bidra til at pasienten kan bli i stand til å opprettholde, eller til og med bedre, helsen. Via samtaler kan en innhente gode data. Med denne datasamlingen kan du avdekke pasientens behov for kunnskap og analyser pasientens læringsforutsetninger. Pasientens fysiske, psykiske, åndelige og sosiale helsetilstand blir å ha betydning for pasientens læring (*Granum, 2003, s.75-76*). En god måte på å trene på kommunikasjonsferdigheter er simulering. Rollespill er en anledning til å øve på realistiske situasjoner, hvor man kan stoppe opp og gi råd og veiledning. På den måten gir simulering gode læringsutbytter (*Heyn, 2018, s. 25*). Ifølge Landsem (2018) er en god måte på å forsterke læringsutbyttet ved simulering, er å filme øvelsen for så å vise filmen til utøveren. På den måten kan utøveren få se seg selv utenfra og på den måten få nye perspektiver på egen framtoning (*Landsem, 2018*). Personlig synes jeg at simulering ved hjelp av rollespill er en god måte å øve på, men samtidig synes jeg at det ofte kan føles noe kunstig ut, noe jeg også har opplevd at andre har følt når jeg har instruert i førstehjelp, basert på deres tilbakemeldinger til meg. Landsem (2018) hevder at en sykepleier bør kunne se og fortolke mange kroppslige uttrykk og handler hos pasienten på en intuitiv måte. Samtidig er en av mange av dagens sykepleieoppgaver, at vi kommuniserer med pasienter på en

personorientert måte, i stedet for å belage oss på intuisjon, hvor vi tror at vi ser og forstår hva den andre ønsker (*Landsem, 2018*).

I studien til Merrit et al. (2017) så de at noen av pasientene var en fase der de benektet realitetene rundt hjerteinfarkt, og andre mente at hjerteinfarkt var andres feil. Noen mente at legen burde ha gjort noe tidligere, mens andre mente at det kun var genetikk som var årsaken. Andre pasienter følte også at livet hadde mistet farge (*Merrit et al., 2017*). Slik som jeg tolker disse funnene i studien til Merrit et al. (2017), Farahani et al. (2011) og Dullaghan et al. (2014), vil jeg tro at her er det et stort behov for kunnskap hos pasientene. Ved hjelp av kommunikasjon og samtaler kan man her kartlegge hvilke behov de har for kunnskap, trygghet og forståelse av hjerteinfarkt og hvilke konsekvenser dette kan ha, uten at konsekvensene oppleves som en «dødsdom». Det er også lovfestet i loven om pasient- og brukerrettigheter (1999, §3-2), at pasientene har krav på informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og i innholdet i helsehjelpen. Pasienten har også krav på å få vite om mulige risikoer og evt. bivirkninger (*Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2*).

Å bidra til økt livskvalitet

Som nevnt fant Merrit et al. (2017) i sin studie at livskvaliteten til pasientene i studien, var nedsatt. Simony et al. (2017) fant lignende funn i sin studie. Begge studiene kom fram til at pasientene hadde nedsatt livskvalitet, dårligere selvbilde og vansker med å tilpasse seg den nye hverdagen. Her blir et viktig sykepleietiltak å bidra til økt livskvalitet.

Næss, Mastekaasa, Moum og Sørensen (2001) forteller at begrepet «livskvalitet» har flere definisjoner, avhengig av situasjonen begrepet brukes i, og av personen som bruker dette begrepet. De definerer begrepet slik:

«En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er positive og lav i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er negative» (*Næss et al., 2001, s.10*)

Det er kjent at engstelse gir økt fysisk belastning i form av aktivering av kroppen. Blant annet slår hjertet raskere, musklene får mer blod og oksygenopptaket øker (*Skre, 2019*). På bakgrunn av dette kan man forstå at økt pulsfrekvens gir økt oksygenbehov til hjertemuskulaturen, noe som ikke er ønskelig ved et hjerteinfarkt i akutfasen. Men etter et gjennomgått hjerteinfarkt kommer Helsedirektoratet (2018) med en sterk anbefaling om at pasienten bør starte med regelmessig fysisk aktivitet (*Helsedirektoratet, 2018*). Høydal

forteller, i et intervju i Norsk Helseinformatikk (2012), at trening reduserer dødeligheten med 20% for pasienter med hjertesykdom (*Norsk Helseinformatikk, 2012*). Helsedirektoratet (2018) anbefaler også at pasienter deltar på strukturerte hjerterehabiliteringsprogram, da også de hevder at dødeligheten og fare for tilbakefall reduseres (*Helsedirektoratet, 2018*). Her mener jeg at det kan være viktige sykepleietiltak å undervise og motivere pasienter til å delta på slike programmer. Ernstsens et al. (2016) konkluderte i sin studie at det også sees en tydelig reduksjon av depresjon hos pasienter som jevnlig deltar i fysisk aktivitet (*Ernstsens et al., 2016*). Helsebiblioteket (2020) hevder at omlag 1/3 av pasienter med hjerteinfarkt blir deprimerte (*Helsebiblioteket, 2020*). Ifølge Helsedirektoratet (2018) er det kun 5% av de som fullfører hjerterehabiliteringsprogrammene. Og det er kun 23% som i det hele tatt deltar (*Helsedirektoratet, 2018*). En av grunnene tenker jeg kan være kravet om forpliktelse til å fullføre programmet som kan virke avskrekkende på pasienter.

Hjerterehabiliteringsprogrammet varer fra 6 uker til 6mnd (*Helsebiblioteket, 2020*). For å avdekke motivasjonen til pasienten mener jeg det er essensielt at jeg som sykepleier får i gang en god dialog med pasienten, hvor pasienten kan få lov å ytre seg om eventuelle bekymringer i forbindelse med rehabiliteringsprogrammet. Ved å lytte aktivt til pasienten kan jeg bidra til å motivere pasienten til å gjennomføre et slikt program, til tross for at forpliktelsen kan virke avskrekkende. På den måten ivaretar jeg Travelbees teori, ved å sørge for at pasienten ikke blir behandlet på en stereotypisk måte, men som et individ. Forholdet blir da gjensidig siden jeg som sykepleier og pasienten er sammen om det som skal skje (*Travelbee, 2001, s.178*). Jeg mener at ved å ivareta pasientene på en individuell måte kan bidra til å styrke pasientenes selvbilde, da pasientene blir hørt og dermed kan bidra til økt livskvalitet.

Ved å aktivt lytte til pasienten kan jeg også kartlegge eventuelle tegn på depresjon. Som nevnt tidligere, er depresjon sterkt forbundet til hjerteinfarkt. I en studie utført av Berge et al. (2017) konkluderte de med at det er fullt mulig å implementere strukturert kartlegging av depresjon av hjertesyke på sengepost. De hevder at konsekvensen ved å ikke få kartlagt depresjon hos hjertesyke pasienter, innebærer det redusert helse -og livskvalitet, økte økonomiske utgifter og i verste fall et forkortet livsløp. De mener også at det også får konsekvenser for helsevesenet, da det medfører flere konsultasjoner, lengre innleggelse og flere reinnleggelser (*Berge et al. 2017*).

Å bidra til livsstilsendring gjennom forebyggende tiltak

I studien til Dullaghan et al. (2014) så de at ikke alle pasientene som hadde gjennomgått et hjerteinfarkt innså alvoret i sykdommen. Jeg mener det kan være svært viktig å fange opp denne pasientgruppen for å kunne bidra til livsstilsendring gjennom forebyggende tiltak der pasientene forstår alvoret i sykdommen. Selvom et NSTEMI ikke rammer like stor del av hjertet som ved et STEMI, og ikke blir behandlet like akutt, så vil jeg si at det fremdeles er fare for et nytt hjerteinfarkt. Som jeg har nevnt tidligere, anbefaler Helsedirektoratet (2018) at pasienter med hjerte- og karsykdommer deltar i fysisk aktivitet. Dette bør helst være strukturert trening i begynnelsen etter et nylig hjerteinfarkt (*Helsedirektoratet, 2018*). Under fysisk aktivitet kan pasientene få symptomer som ligner på hjerteinfarkt. Arnesen (2018) forteller at angina pectoris, eller hjertekramper, er når koronararteriene er trangere enn normalt. Angina-anfall skjer når det er et økt krav til hjertets pumpefunksjon. F.eks. ved fysisk aktivitet, hvor man da får høyere puls og hjertemuskulaturen krever mer oksygen, vil blodtilførselen gjennom de trange årene være for liten. Dette misforholdet som da oppstår mellom behovet hjertemuskulaturen har og oksygentilførselen til hjertemuskulaturen, gir opphav til brystsmertene. Det oppstår altså en iskemi i deler av hjertemuskulaturen, men den er forbigående (*Arnesen, 2018*).

Her vil det være svært viktig at jeg som sykepleier er med å fortsette å motivere pasientene og tilpasse den fysiske aktiviteten. I anbefalingene til Helsedirektoratet (2018) står det at pasienten kan godt bli andpusten og svett, selv i begynnelsen av treningen, men ta signalene som kroppen gir og ta pauser ved behov (*Helsedirektoratet, 2018*).

Andre tiltak som kan være med på å forebygge et nytt hjerteinfarkt, samt bevare og opprette livskvaliteten, er røykeslutt. I Helsebiblioteket (2020) står det at røyking fører til innsnevring av blodårene, som igjen er med på å øke faren for et nytt hjerteinfarkt (*Helsebiblioteket, 2020*). Helsebiblioteket (2018) hevder også at de som røyker lever i gjennomsnitt 16 år kortere enn de som ikke røyker. Det finnes behandling hvis man trenger hjelp til røykeslutt, bl.a. regelmessige konsuleringer hos en rådgiver som har spesialisert seg på røykeslutt. Dette kan være bl.a. en sykepleier. Noen trenger flere forsøk, men det er viktig at man fortsetter å prøve, da dette kan være livsforlengende. Ved røykeslutt kan noen oppleve at de går opp i vekt (*Helsebiblioteket, 2018*). Dette er noe som kan være med på å demotivere pasienten, og da mener jeg det viktig at sykepleier kommer med råd og veiledning til å motvirke vektøkningen. Fysisk aktivitet er med på å bekjempe overvekt, men

det er ikke tilstrekkelig alene. Kosthold er også viktig for denne pasientgruppen. Frukt, nøtter, grønnsaker, fet fisk, grove brødprodukter, og olivenolje som erstatning for steikesmør er noen av anbefalingene til Helsebiblioteket (2020). Slik jeg tolker det, vil fysisk aktivitet, godt kosthold og røykeslutt være med på å styrke pasientenes selvbilde og selvfølelse. Dette mener jeg handler om å kommunisere med pasienten slik at de forstår virkningen av forebyggende tiltak, eller preventiv medisin. Det man må være litt forsiktig med her er det etiske. Braut og Larsen (2018) forteller at på 1990-tallet ble det reist kritikk på etisk grunnlag mot preventiv medisin. De hevder at det er mange som mener at preventive tiltak kan være med på å krenke enkeltindividenes råderett over seg selv og tillegger personen bekymringer om framtidig sykdom som er mer ødeleggende, enn det man oppnår av gunstige effekter gjennom forebygging. Til tross for disse innvendingene, tilrår helsemyndighetene fortsatt at det skal drives med helseforebyggende arbeid, da de mener at ulempene for enkeltindivider ikke er så store at de kan settes over nytten tiltakene har i forhold til redusert sykdom og død. Men man må fremdeles ta kritikken på alvor, for å forhindre at helsevesenet overstyrer enkeltpersoner (*Braut & Larsen, 2018*). Det kan vel kanskje tenkes at det er dette som er bakgrunnen til Pasient -og brukerrettighetsloven (1999) kap. 3 som omfatter retten til brukermedvirkning ble tiltrådt (*Pasient -og brukerrettighetsloven, 1999*). Et viktig mål med forebyggende arbeid må være å sikre at alle får en mulighet til å innrette livet slik at de selv kan gjøre valg som også tar hensyn til deres egne ønsker om et liv uten unødig sykdom. Det er derfor forebyggende medisin vektlegger rådgivning mer enn påbud (*Braut & Larsen, 2018*). Viktige sykepleietiltak kan være å motivere og undervise pasienten godt, slik at pasienten forstår hvordan og hvorfor endringene må gjøres. Travelbees teori om menneske-til-menneske-relasjon kan være svært relevant og bidra til et godt samarbeid mellom pasient og sykepleier. Pasienten kan føle mer på uavhengighet ved et godt samarbeid og ikke føle på livsstilsendringen som et inngrep på det tidligere livsmønsteret pasienten hadde.

Avslutning

Avslutningsvis kommer en sammenfatning utfra funn og drøftingsdel hva som kan være viktige sykepleietiltak i kommunikasjon med pasienter som er innlagt for hjerteinfarkt?»

Oppgaven viser at viktige sykepleietiltak vil være å kartlegge pasientens behov gjennom kommunikasjon. Som sykepleier vil jeg gjennom kommunikasjonen kartlegge tegn på engstelse og depresjon som sentralt. De får mye informasjon på en gang og det er ikke alt de forstår like godt, samtidig kan helsepersonell være ganske prosedyreorientert og ofte bruke faguttrykk. Det kan være viktig å tenke rundt hvilket språk som vil være best for pasientene og som de kan forstå. Det å få et hjerteinfarkt kan være traumatiserende nok for pasienter som det er, og hvis helsepersonell snakker over hodet til pasienten vil kanskje pasienten føle seg helt alene. For å minske angsten, kan det være viktig for pasienten å føle at de ikke er alene, men har noen rundt seg som har en genuint interessert for pasienten og har en god forståelse for pasientens situasjon.

Sykepleier må være oppriktig interessert i pasienten for å se de behov pasienten har ved å ta utgangspunkt i hver enkeltes pasient interesse for å kunne bevare livskvaliteten, og kanskje forbedre den. Teorien viser at livskvaliteten kan ha sammenheng med livstil. Men som ordtaket sier: «gammel vane, vond å vende». En livsstilsendring kan være et inngripende tiltak. For en person som er vant til å leve et litt mer bedagelig liv, med lite fysisk anstrengelse og mye god mat, kan en endring til jevnlig fysisk aktivitet og sunnere kosthold være vanskelig. Her kan det være en stor utfordring for sykepleieren.

Travelbees teori om menneske-til-menneske-relasjon går inn på at det kan være lurt at vi som sykepleiere, fra tid til annen, går inn i oss selv og prøver å tenke på hvordan vil vi selv oppleve å være pasient og tenke over hvordan vi selv ville blitt snakket til og ivaretatt som menneske.

Referanseliste

- Arnesen H. (2018) Hjertekrampe, hentet fra: <https://sml.snl.no/hjertekrampe>
- Berge T., Finset A., Fjerstad E., Henriksen L. S., Hyldmo I., Lang N., Vego J. & Øie E. (2017) Kartlegging av depressive symptomer ved hjertesykdom, hentet fra: [10.4220/Sykepleienf.2017.60372](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.60372)
- Braut G. S. & Larsen Ø. (2018) Forebyggende medisin, hentet fra: https://sml.snl.no/forebyggende_medisin#-Sekundærforebyggende_arbeid
- Burman R. A. (2016) Brystsmerter. I Hansen E. H. & Hunskaar S. (red.) *Legevaktarbeid – En innføringsbok for leger og sykepleiere*. (s. 58 – 64) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Ernstsen L., Rangul V., Nauman J., Nes B. M., Dalen H., Krokstad S., Lavie C. J., Blair S. N. & Wisløf U. (2016) Protective Effect of Regular Physical Activity on Depression After Myocardial Infarction: The HUNT Study hentet fra: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.08.012>
- Farahani M. A., Sahragard R., Carroll J. K & Mohammadi E (2011) Communication barriers to patient education in cardiac inpatient care: A qualitative study of multiple perspectives, hentet fra: <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2011.01940.x>
- Folkehelseinstituttet (2019) Betydelig færre rammes av akutt hjerteinfarkt og hjerneslag, hentet fra: <https://www.fhi.no/nyheter/2019/betydelig-farre-rammes-av-akutt-hjerteinfarkt-og-hjerneslag/>
- Folkehelseinstituttet (2019) Forekomst av hjerte -og karsykdommer i 2018, hentet fra: <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/hjertekar/forekomsten-av-hjerte--og-karsykdom-i-2018/>
- Forsberg C. & Wengström Y. (2015) *Att göra systematiska litteraturstudier* (4.utg.) Lettland: Natur & Kultur
- Dalland O. (2012) *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dullaghan L., Lusk L., McGeough M., Donnelly P., Herity N. & Fitzsimons D. (2014) 'I am still a bit unsure how much of a heart attack it really was!' Patients presenting with non ST elevation myocardial infarction lack understanding about their illness and have less motivation for secondary prevention, hentet fra: <https://doi.org/10.1177/1474515113491649>
- Granum V. (2003) Praktisk pasientundervisning. Bergen: Fagbokforlaget

Grønmo S. (2020) Kvantitativ metode, hentet fra: https://snl.no/kvantitativ_metode

Grønmo S. (2020) Kvalitativ metode, hentet fra: https://snl.no/kvalitativ_metode

Hansen E. H. & Hunskår S. (2016) Medisin og sykepleie i legevakt: Egenart og samarbeid. I

Hansen E. H. & Hunskår S. (red.) *Legevaktarbeid – En innføringsbok for leger og sykepleiere*. (s. 58 – 64) Oslo: Gyldendal Akademisk

Helsebiblioteket (2016) Sjekklistor, hentet fra:

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

Helsebiblioteket (2018) Røykeslutt, hentet fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/luftveier/roykeslutt>

Helsebiblioteket (2020) Hjerteinfarkt – Behandling og forebygging, hentet fra:

<https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/hjerte-og-kar/hjerteinfarkt>

Helsedirektoratet (2018) Fysisk aktivitet ved sekundærforebygging av hjerte -og

karsykdommer, hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-hjerte-og-karsykdom/kartlegging-av-levevaner-og-rad-om-livsstiltiltak-som-forebygging-av-hjerte-og-karsykdom/fysisk-aktivitet-ved-sekundaerforebygging-av-hjerte-og-karsykdommer#null-praktisk>

Helsedirektoratet (2019) Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring

2019-2023, hentet fra: [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/)

[omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/) /attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf

Helse Norge (2019) Hjertesvikt – Symptomer og behandling, hentet fra:

<https://helsenorge.no/sykdom/hjerte-og-kar/hjertesvikt>

Heyn L. G. (2018) Hvordan tilegne seg kommunikasjonsferdigheter. I Heyn L. G. (red.) *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*. (s. 13 – 31) Oslo: Gyldendal Akademisk

Holtermann M. (2020) Helsebiblioteket. Kritisk vurdering, hentet fra:

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

- Husøy A. M. (2020) Troponiner, hentet fra <https://sml.snl.no/troponiner>
- Landsem I. P. (2018) Sykepleieres kompetanse i kommunikasjon må systematisk inn i undervisningen, hentet fra: [10.4220/Sykepleiens.2018.70266](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70266)
- Legevaktshåndboken (2018) Akutt koronarsykdom, hentet fra: <https://lvh.no/symptomer-og-sykdommer/hjerte-og-koer/koronarsykdom/akutt-koronarsyndrom>
- Nakstad A. R. (2017) Akutt Hjertesykdom, I Haugen J. E. (red), *Akuttmedisinsk sykepleie – utenfor sykehus*. (s. 127 – 136) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Norsk Helseinformatikk (2012) Trening etter hjerteinfarkt, hentet fra: <https://nhi.no/forskning-og-intervju/trening-etter-hjerteinfarkt/?page=all>
- Norsk Helseinformatikk (2020) Akutt Hjerteinfarkt – En oversikt, hentet fra: <https://nhi.no/sykdommer/hjertekar/koronarsykdom/hjerteinfarkt-oversikt/>
- Norsk Helseinformatikk (2018) Komplikasjoner til hjerteinfarkt, hentet fra: <https://nhi.no/sykdommer/hjertekar/koronarsykdom/hjerteinfarkt-komplikasjoner/?page=all>
- Norsk Helseinformatikk (2020) Kronisk Hjertesvikt, hentet fra: <https://nhi.no/sykdommer/hjertekar/ulike-sykdommer/hjertesvikt-kronisk/?page=all>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019) Sykepleie - et selvstendig og allsidig fag, hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/122020/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag>
- Norsk Sykepleierforbund (2019) Yrkesetiske retningslinjer, hentet fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Næss S., Mastekaasa A., Moum T. & Sørensen T. (2001) *Livskvalitet som psykisk velvære*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
- Merrit C. J., Zoysa N. & Hutton J. M. (2017) A qualitative study of younger men's experience of heart attack (myocardial infarction), hentet fra: [https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/bjhp.12249](https://doi.org/10.1111/bjhp.12249)
- Orgeret K. S. (2018) Kildekritikk, hentet fra: <https://snl.no/kildekritikk>

- 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?q=pasient%20og%20brukerrettighet>
- Silva P. R. F, Cardoso C. S., Ferreira H. Y. S., Silva J. C., Torres M. T. B., Silva R. S. & Chula E. D. (2015) Evaluation of prehospital delayed care of acute myocardial infarction in the Midwest of Minas Gerais, Brazil, hentet fra: <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20150070>
- Simony C. P., Dreyer P., Pedersen B. D. & Birkelund R. (2017) It is not just a Minor Thing – A Phenomenological- Hermeneutic Study of Patients’ Experiences when afflicted by a Minor Heart Attack and Participating in Cardiac Rehabilitation, hentet fra: <https://doi.org/10.1111/scs.12334>
- Skre I. B. (2019) Angst, hentet fra: <https://sml.snl.no/angst>
- Strand L. R. (2018) Kommunikasjon med pasienter med psykiske lidelser. I Heyn L. G. (red.) *Klinisk kommunikasjon i sykepleie*. (s. 88 - 117) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Thidemann, I-J. (2019). *Bachelor-oppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Travelbee J. (2001) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*, Oslo: Gyldendal Akademisk
- Ytrehus K. (2018) Hjerteinfarkt, hentet fra: <https://sml.snl.no/hjerteinfarkt>
- Ørn S. & Brunvand L. (2016) Hjerte -og karsykdommer, i Ørn S. & Bach-Gansmo E. (red.) *Sykdom og behandling* (2.utg) (s. 163 – 202), Oslo: Gyldendal Akademisk
- WHO (2020) Cardiovascular diseases, hentet fra: https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab_1

Vedlegg 1

Søkeord	Avgrensinger	Antall treff	Database	Funn	Type studie
Heart attack AND nursing	2015-2020, Full tekst	1568	Cinahl	A qualitative study of younger men's experience of heart attack	Kvalitativ
Prehospital care AND heart attack	2015-2020	7640	Google Scholar	Prehospital care characteristics of patients with suspected or diagnosed coronary syndrome	Kvantitativ
Communication AND nursing AND heart attack OR myocardial infarction	2015-2020, Full tekst	382	Cinahl	It is not just a Minor Thing – A Phenomenological-Hermeneutic Study of Patients' Experiences when afflicted by a Minor Heart Attack and Participating in Cardiac Rehabilitation	Kvalitativ
Communication AND nursing AND heart attack	Ingen	183.000	Google Scholar	Communication barriers to patient education in cardiac inpatient care: A qualitative study of multiple perspectives	Kvalitativ

Tabell 2: Søkeshistorikk

Vedlegg 2

Artikkel 1:

'I am still a bit unsure how much of a heart attack it really was!' Patients presenting with non ST elevation myocardial infarction lack understanding about their illness and have less motivation for secondary prevention (Dullaghan, Lusk, McGeough, Donnelly, Herity & Fitzsimons, 2014)

Hensikt:

Hensikten med denne studien var å utforske og sammenligne pasientenes sykdomsforståelse og oppfatning, samt motivasjon til å endre livsstil etter et gjennomgått hjerteinfarkt.

Metode:

Semi-strukturert intervju av 15 pasienter, delt inn i 3 grupper av hjerteinfarkt innen 4 uker etter diagnose. De 3 gruppene er PCI, trombolyse og NSTEMI.

Resultat:

Pasienter med STEMI mottok enten PCI eller trombolysebehandling. Disse hadde lik oppfatning av deres sykdom og var mer motivert til å utføre nødvendige livsstilforandringer. I contrast opplevde pasientene med NSTEMI mer usikkerhet gjeldende alvorlighetsgraden av sykdommen og var dermed mindre motivert til livsstilforandringer.

Konklusjon:

Sykepleiere bør legge pasienters erfaring og oppfatning av sykdommen til grunne når man planlegger videre forebyggende behandlingsplaner.

Begrensing: Det er en liten studie, med kun 15 pasienter.

Artikkel 2:**A qualitative study of younger men's experience of heart attack (myocardial infarction)
(Merrit, Zoysa & Hutton, 2017)****Hensikt:**

De psykososiale forhold hos yngre voksne som har gjennomgått et hjerteinfarkt kan være særs akutte, da dette er ansett som en abnormalitet. Studien tar sikte på å forstå hvordan menn under 45 tilpasser seg å ha gjennomgått et hjerteinfarkt.

Metode:

Semi-strukturerte dybdeintervju, som ble gjengitt ordrett og analysert ved hjelp av en fortolkende fenomenologisk analyse.

Resultat:

Det ble oppdaget 7 hovedtema i disse intervjuene. I artikkelen har forskerne fokusert på 3 av de mest originale temaene:

«Jeg føler meg mindre som en mann» - beskriver tap av manndom i form av styrke, uavhengighet og evne til å bidra.

«smalere horisont» - beskriver deltakernes følelse av et forkortet liv og påfølgende omprioritering.

«Livet har mistet farge» - beskriver tap av goder i form av livsstilsendringer.

Konklusjon:

Temaene overlappet bredt kvalitativ litteratur gjeldende yngre voksne som har gjennomgått hjerteinfarkt. Temaene ble også diskutert i forhold til risikofaktorer for utvikling av angst og depresjon og hvordan dette kan være informativt for den kliniske behandlingen av yngre menn. Konklusjonen er at denne pasientgruppen har fått en generelt dårligere selvfølelse, lavere selvtillit, skam og frustrasjon, da de ofte føler at de har fått et tap av manndom

Begrensing:

Ingen tidligere studie med kun menn under 45 år. Liten studie med kun 10 deltakere. Noen tema som ble avdekket ser ut til å være unik for denne studien.

Artikkel 3:

It is not just a Minor Thing – A Phenomenological- Hermeneutic Study of Patients' Experiences when afflicted by a Minor Heart Attack and Participating in Cardiac Rehabilitation (Simony, Dreyer, Pedersen & Birkelund, 2017)

Hensikt:

Målet med studien er å oppnå dybdeforståelse for hvordan pasienter blir påvirket av å erfare et mindre hjerteinfarkt og på den måten forbedre behandlingen hos pasienter med hjertesykdom, da særlig rehabilitering.

Metode:

Både gruppeintervjuer og individuelle intervjuer ble utført. Man benyttet seg av en trefaset tolking inspirert av Paul Ricoeurs teori om tolkning.

Resultat:

Generelt sett, erfarte pasientene at de ble tvungen til en krevende reise. 3 tema kom fram.

Vansker med å akseptere sykdommen: ledet til sårbarhet og hjelpeløshet.

En forståelse av at livet er skjørt: pasientene føler seg rystet når de skjønner at sykdommen er kronisk og livstruende.

Et forandret liv: Pasientene må tilpasse seg nye begrensninger i hverdagen.

Konklusjon:

Det er essensielt å ivareta sårbare pasienters integritet, som har blitt sårbart iløpet av de forskjellige stadiene av overgangen i sykdomsforståelsen. Å være sammen med medpasienter som også har gjennomgått infarkt gjennom rehabiliteringen er en tilretteleggende faktor igjennom overgangen.

Begrensing:

Studiene er utført på 11 pasienter som er en del av et kardiologisk rehabiliteringsprogram.

Artikkel 4:**Communication barriers to patient education in cardiac inpatient care: A qualitative study of multiple perspectives (Farahani, Sahagard, Carroll & Mohammadi, 2011)****Hensikt:**

Hensikten med denne studien er å utforske kommunikasjonsbarrierene fra sykepleiernes, legene, pasientenes og pårørendes perspektiv ved hjerteavdeling på sykehus.

Metode:

En kvalitativ studie, basert på individuelle intervjuer av 35 deltakere, på to forskjellige sykehus.

Resultat:

3 hovedtema ble identifisert. 1. Manglende kollegialitet, som fører til dårlig samarbeid. 2. kommunikasjonssvikt mellom ulike faggrupper, samt kommunikasjonssvikt til pasientene og deres pårørende, kan føre til fare for pasientsikkerheten. 3. Kulturforskjeller, kan føre til kommunikasjonssvikt på grunn av språkbarriere, som igjen kan få konsekvenser for videre behandling og forebyggende atferd . Disse funnene understøtter behovet for at helsevesenet trenger å bli mer samarbeidsvillige og inkludere sykepleiere.

Konklusjon:

Funnene understøtter nødvendigheten for at helsevesenet må tilrettelegge for et bedre samarbeid og inkludering av helsepersonell

Begrensing:

Studien er 9 år gammel, samt den er utført på kun 35 deltakere.