



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenamn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Vurderingsform: prosjektoppgåve

Kandidatnr: 104

Leveringsfrist: 20.02.2015 kl. 14.00

Ordinær eksamen

Fagansvarleg: Anita Moe Hakestad



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

Sjukepleieutøving til pasientar med hjerteinfarkt



Illustrasjonsfoto: Image Quest

Bacheloroppgåve i sjukepleie
Høgskulen Stord/ Haugesund, avdeling: Stord, 2015

Kull: 2012

Antall ord: 8990

SAMANDRAG

Tittel: Sjukepleiarutøving til pasientar med hjerteinfarkt

Bakgrunn for val av tema: Gjennom jobben min som ambulansarbeidar har eg møtt fleire pasientar med hjerteinfarkt. Eg har ei interesse om å få meir kunnskap om korleis sjukepleiarar kan ivareta pasientar i ein slik hending.

Oppgåvas hensikt: Hensikta med denne oppgåva er å auka kunnskapen om korleis sjukepleiarar kan ivareta pasientar med hjerteinfarkt i ein akutfase. Studien si problemstilling: *Kva faktorar er viktig i utøvinga av sjukepleie til pasientar med hjerteinfarkt i akutfasen på eit akuttmottak?*

Metode: Oppgåva er ein systematisk litteraturstudie. Det er blitt utført søk i ulike databasar som CINAHL og SveMed+. Søkord som vart brukt for å finne relevante studiar var "myocardial infarction", "acute phase", "hjerteinfarkt" og "informasjon". På bakgrunn av desse søka vart fire artiklar inkludert i studien.

Resultat: Det kom fram i forskingsartiklane at det er eit stort behov for god informasjon og kommunikasjon for pasientar i akutfasen. Ein felles grunnleggande forutsetning i alle gruppene var at pasientmedvirkning er verdifullt og ønskeleg i pasient- lege / sjukepleiermøte med hjerteinfarktpasientar.

Oppsummering: Faktorane pasientmedvirkning, kommunikasjon og informasjon til pasienten er viktig. Det viser seg at alle faktorane har betydning for korleis pasientane opplever den akutte fasen. Ved å ha kunnskap omkring desse ulike faktorane vil sjukepleiaren kunne bidra positivt til pasienten si oppleving gjennom eit hjerteinfarkt.

Nøkkelord: Hjerteinfarkt, sjukepleie, akutfasen.

SUMMARY

Title: Nursing practice to patients with myocardial infarction.

Background: Through my job as a paramedic i have met several patients with myocardial infarction. I have an interest to obtain more knowledge about how a nurse can attend to patients through these circumstances.

Aim of this study: The purpose of this thesis is to gain increased knowledge about how a nurse can attend patients with an infarct in an acute phase. Issue of the study is: *What factors are important in the practice of nursing of patients with myocardial infarction in the acute phase on a unit?*

Method: This paper is a systematic literature review. It's been done searches in various databases as CINAHL and SveMed +. Seeking words that was used to find relevant studies were "myocardial infarction", "acute phase", "heart attack" and "information". On the basis of these searches there were four articles included in the study.

Results: It emerges in research articles that it's library database for needs good information and communication for patients in the acute phase. A common basic assumption in all groups was that patient participation is valuable and desirable in patient doctor / nurse meeting with myocardial infarction patients.

Summary: Factors patient involvement, communication and information to patients is important. It turns out that all the factors have significance for how patients experience the acute phase. By having knowledge about these various factors the nurse could contribute positively to the patient`s perception of the situation.

Keywords: Myocardial infarction, nursing, acute phase.

INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEIING	1
1.1	Bakgrunn for val av tema.....	1
1.2	Avgrensing, presisering og ordforklaring	2
1.3	Presentasjon av problemstilling	2
2	TEORI.....	2
2.1	Presentasjon av sjukepleieteoretisk perspektiv	2
2.2	Kva er eit hjerteinfarkt.....	4
2.3	Sjukepleie til pasientar med hjerteinfarkt.	5
2.3.1	Empowerment	5
2.3.2	Kommunikasjon	5
2.3.3	Informasjon til både pasient og pårørende.....	6
2.4	Lovverk.....	7
2.4.1	Yrkesetiske retningslinjer	7
2.4.2	Pasient- og brukarrettigheitslova.....	8
3	METODE.....	8
3.1	Kva er metode	8
3.2	Systematisk litteraturstudie	9
3.3	Framgangsmåte	9
3.2.1	Tabell 1 – CINAHL.....	11
3.2.2	Tabell 2 – CINAHL.....	11
3.2.3	Tabell 3 – CINAHL.....	12
3.2.4	Tabell 4 – SveMed+	12
3.4	Metodekritikk	12
3.5	Etiske overveielser.....	13
4	RESULTAT	14
4.1	Presentasjon av artikkel 1:	14
4.1.1	Samandrag av artikkelen:.....	14
4.1.2	Kritisk vurdering:	15
4.2	Presentasjon av artikkel 2:	15
4.2.1	Samandrag av artikkelen:.....	16

4.2.2	Kritisk vurdering:	16
4.3	Presentasjon av artikkel 3:	16
4.3.1	Samandrag av artikkelen:.....	17
4.3.2	Kritisk vurdering:	17
4.4	Presentasjon av artikkel 4:	18
4.4.1	Samandrag av artikkelen:.....	18
4.4.2	Kritisk vurdering:	18
4.5	Oppsummering av funn	19
5	DRØFTING.....	19
5.1	Sjuepleie til pasientar med hjerteinfarkt	19
5.2	Pasientmedvirkning og empowerment	22
5.3	Kommunikasjon og informasjon til både pasient og pårørende.....	24
6	KONKLUSJON.....	27
	REFERANSELISTE	29
	VEDLEGG 1	I
6.1	Resultattabell.....	I

1 INNLEIING

1.1 Bakgrunn for val av tema

Den historiske utviklinga viser at tala på hjerteinfarkt vart redusert under 2.verdenskrig. Etter 1945 auka derimot dødelegheita sterkt, der mange menn under 65 år døde av hjerteinfarkt. Livstidsrisikoen for å dø har gått ned i perioden 2000-2010 (Graff-Iversen, Selmer, Tverdal & Hånes, 2015). Det er omlag 15.000 som får hjerteinfarkt kvart år. Dei fleste infarktdødsfalla skjer etter 80 år (Graff-Iversen, Selmer, Tverdal & Hånes, 2015).

Hjerteinfarkt er noko eg har fått ein del erfaring med gjennom jobben min som ambulansarbeidar i ambulansetenesta. Men og gjennom praksiserfaringar frå sjukepleiarstudiet og ikkje minst med eigne familiemedlemmar og kjende som har vorte rammet av hjerteinfarkt. Eg har både møtt og fått erfaring rundt hjerteinfarktpasientar i akuttfasen, som eg vil ta med meg i oppgåva. Ved norske sjukehus er hjerte- karsjukdommar den vanlegaste årsaka til innlegging. I Noreg i 2006 blei det innlagt 18 908 pasientar ved somatisk sjukehus på grunn av hjerteinfarkt. Oftast rammast dei over 80 år og dei mellom 40-59 år (Holme, A. N., 2008). Ved eit hjerteinfarkt er det mykje som skjer på ein gong, og raske tiltak er viktig. Tida er avgjerande for hjerta og pasienten si overlevingsmuligheit. Undersøkingar, prøvar, grunnleggande sjukepleie, kommunikasjon, tryggleik, tillit, tverrfagleg samarbeid, handtering av eventuelle pårørande, ivaretaking av pasienten psykisk og fysisk er stikkord på kva som er viktig å fokusere på under eit hjerteinfarkt. Det å handtere og gjennomføre dei ovannemnde stikkorda samstundes synes eg er spennande, utfordrande og interessant. Hjerteinfarkt ramma begge kjønn og er ein livstruande sjukdom (Holme, A. N., 2008).

Ei hyppig årsak til kontakt med helsevesenet er hjertesjukdom (Nakstad, 2014, s.127). Eg er interessert i å få meir kunnskap om korleis sjukepleiarar kan ivareta pasientar i ei slik hending. Dette er bakgrunnen for den valde problemstillinga.

1.2 Avgrensing, presisering og ordforklaring

Formålet med denne systematiske litteraturstudien er å svare på kva faktorar som er viktig å ivareta hos pasientar med hjerteinfarkt i akuttfasen på eit akuttmottak. Faktorane studien fokuserar på er sjukepleie til pasientar med hjerteinfarkt, pasientmedvirkning og empowerment, kommunikasjon og informasjon til både pasient og pårørande. Oppgåva omhandlar det første møtet med pasientar som har eit hjerteinfarkt og befinnar seg i akuttfasen på eit akuttmottak. Det er ikkje nokon inklusjonskriteriar eller eksklusjonskriterier då hjerteinfarkt kan oppstå hos begge kjønn i alle aldrar og akuttfasen er like viktig for alle. I oppgåva kjem eg innom viktigheita av informasjon til pårørande, men ivaretaking av pårørande og pårørande si rolle kjem ikkje til å bli omhandla på grunn av oppgåvas omfang. Studien vil omhandle den førstefasen i eit menneske-til-menneske-forhold, og eg kjem til å omtale sjukepleiarens oppgåve i møte med ein pasient.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Problemstillinga i denne studien er:

"Kva faktorar er viktig i utøvinga av sjukepleie til pasientar med hjerteinfarkt i akuttfasen på eit akuttmottak?"

2 TEORI

2.1 Presentasjon av sjukepleieteoretisk perspektiv

Fokuset mitt er på ulike faktorar som er viktige i sjukepleiarutøvinga til pasientar med hjerteinfarkt, og møte mellom pasient og sjukepleier i ein akuttsituasjon. Etter at eg hadde lest og satt meg inn i dei ulike teoriane vart valet Joyce Travelbee. Synet hennar på sjukepleie har mykje til felles med fokuset i denne studien. Ved hjelp av omsorg, kommunikasjon og medmenneskelighet er hennar teori til hjelp for pasientane til å finne mening under lidning og sjukdom.

Joyce Travelbee (1926-1973) var ein amerikansk sjukepleiar som retta oppmerksomheita si mot mellommenneskelige aspekt ved sjukepleie. Hennar sjukepleietenking og filosofi har hatt stor

innflytelse på norsk sjukepleierutdanning. *"Terapeutisk bruk av seg selv"* er eit velkjent begrep som har ein sentral plass i Travelbee si sjukepleietekning. Hensikta med dette utsagnet er å ønska og fremja ei terapeutisk endring hos pasienten, som bidrar til å lindra og redusera plaga til pasienten (Kristoffersen, 2011, s.213).

Travelbee sin definisjon på sjukepleie er:

"Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene" (Travelbee, 1999, s.29).

Sjukepleiaren si hensikt og mål er å etablere eit menneske-til-menneske-forhold. Eit slikt forhold vert etablert gjennom ein interaksjonsprosess som har fleire fasar, ifølgje Travelbee. Det er fem fasar; første fasen er det innleiande møte, deretter framveksten av identitetar, så empati, fjerde fasen er sympati og siste fasen er etablering av gjensidig forståing og kontakt. Dette forholdet er ein gjensidig prosess, men ansvaret for å etablere og oppretthalde forholdet ligg hos sjukepleiaren, ikkje pasienten. Gjennom den første fasen får begge partar gjennom observasjon av den andre sine handlingar, språk og væremåte, eit førsteinntrykk av kvarandre som person. Sjukepleiaren si utfordring er å sjå pasienten slik han er som person, og ikkje ut frå forutinntatte oppfatningar av pasienten (Travelbee, 1999, s.177-178).

"... kommunikasjon er en prosess som kan gjøre sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneskeforhold og dermed oppfylle sykepleiens mål og hensikt" (Travelbee 1999, s.135). Kommunikasjonen er altså ikkje eit mål i seg sjølv, men eit middel for å oppnå mål og hensikt med sjukepleia. Kommunikasjon er ein prosess som er gjensidig. Sjukepleiaren bruker den prosessen for å gi informasjon og søke hjelp, og det midlet sjuke og pårørande bruker for å få hjelp. Gjennom kommunikasjon kan sjukepleiaren formidle omsorg og motivere pasienten (Travelbee, 1999, s.135).

Travelbee tar avstand frå omgrep som "sjukepleiar" og "pasient", då ho meiner at menneske skal sjåast på som unike personar, det enkelte menneske er uerstattelig og einestående. Omsorga vil

bli overflatisk, mekanisk og upersonleg dersom sjukepleiaren ikkje klarer å "sjå" mennesket i pasienten (Kristoffersen, 2011, s.216).

2.2 Kva er eit hjerteinfarkt

Årsaka til hjertesjukdom kan vere koronariskemisk sjukdom, unormal hjerterytme, stuvning i lungekretsløpet og redusert perfusjon av CNS som følgje av akutt eller kronisk hjertesjukdom. Plutselig stans i oksygentilførselen og blod til delar av hjerta er eit hjerteinfarkt. Den vanligaste årsaka til eit hjerteinfarkt er plakk og åreforkalkning på innsida av koronararteriane. Arterien blir delvis eller heilt blokkert når innsida av koronararterien blir ujamn, og gjennomstrømmen av blod reduserast veldig. På denne måten mister den delen av hjertemuskelene oksygentilførsel, og pasienten kan dø viss blodtilførselen er avstengt lenge nok. Det er større moglegheit for helsepersonell å begrensa omfanget av skade på hjertemusklane eller forhindre det. Hjertemuskelene får varig skade etter eit hjerteinfarkt. Det døde muskelvevet vert erstatta av bindevev. Denne delen av hjerta blir svekka, då bindevev ikkje har evna til å trekke seg aktivt saman. Til større muskelskade det blir, til meir svekka blir hjerta. Livstruande hjerterytmeforstyrningar kan oppstå under eit hjerteinfarkt (NHI, 2013).

Akutt hjerteinfarkt kan delas i to typar, STEMI (ST- Elevasjon MyokardInfarkt) og NSTEMI (Non- ST Elevasjon MyokardInfarkt). STEMI er ein tilstand som skuldast iskemi som rammar heile veggtykkelsen i ein del av hjerta. Tilstanden blir kalla STEMI då EKG- avledningane som ligger over den aktuelle delen av hjerta vil gi ei heving i ST- segmentet. Den andre typen NSTEMI rammar ikkje heile muskelveggen sin tykkelse, men kan likevel resultere i hjerteinfarkt. Ein av EKG forandringane på NSTEMI kan vere ST- segmentdepresjon (Nakstad, 2014, s.129).

Brystsmerte og ubehag er vanlige symptom ved eit truande eller ved hjerteinfarkt. I mange tilfelle vert det opplevd som eit band som strammar rundt brystet. Ein fjerdedel av menn og ein tredel av kvinner som får eit hjerteinfarkt har ingen smerter. Mang opplever berre svak smerte, svimmelheit, kaldsveitning, uvelheit eller kvalme. Eit forvarsel og/eller tidleg symptom kan vere brystmerter ved fysisk anstrenging, som lindrast i kvile. Typiske symptom for eit hjerteinfarkt under utvikling er brystmerter, eller trykk for brystet som vedvarer over fleire minutta.

Opplevinga vert skildra som klemmande, pressande eller snørande. Opplevinga er ofte lokalisert rett bak brystbeinet. Det er ofte utstråling til ein eller begge armar, spesielt venstre, og til hals eller underkjeve. Smertene kan og vere lokalisert berre i hals, kjeve, rygg eller øvre del av magen. Smertene er vanlegvis sterke og vert ikkje lindra av kvile eller nitroglyserin. Kvalme og brekningar er vanlig ved eit hjerteinfarkt. Enkelt opplever uforklarlig kortpustheit, svimmelheit, sveitning som opplevast som "kaldsveitning", brystbrann eller ubehag frå magen, ryggsmarter eller angst, uro, døsighet og slappheit (Nakstad, 2014, s.130).

2.3 Sjukepleie til pasientar med hjerteinfarkt.

2.3.1 Empowerment

Helsefremjande arbeid handlar om å legge til rette for å gi personen ei kjensle av å ha kontroll over eiga helse. Det er fokus på «empowerment», der alle kan vere med i eit fellesskap for å ta avgjerdsler som fremmer både enkeltindividets og lokalsamfunnet si helse. Omgrepet empowerment har fått fleire versjonar på norsk. Eit ord som er mykje brukt i helsefremjande arbeid er «styrking». Omgrepet blei først lansert i 1986, og blei definert som ein prosess for å auke kontroll over egen helsetilstand og forberedt helse. Helsedepartementet har uttrykt at dei vil at helsefremjande arbeid skal utøvast ut frå empowerment- ideologien. Det vil seie at dei vil folk skal kunne vere med å ta avgjerdsler som er best for seg sjølv i fellesskapet, og det å kunne definere sitt eige problem. Empowerment er ein prosess og ikkje eit prosjekt, noko som betyr at det ikkje er ei tidsramme på det. Empowerment betyr å gi makt eller autoritet til, gjere i stand til, og å tillate (Tveiten, 2012, s.175-176).

2.3.2 Kommunikasjon

Kommunikasjon kjem frå latinsk og tyder å gjer noko felles (Eide & Eide, 2008, s.17). Me har både nonverbal og verbal kommunikasjon. Nonverbal består av augekontakt, handbevegelsar, berøring, stillheit, kroppsholdning og ansiktsuttrykk. Verbal kommunikasjon består av å stille spørsmål, samanfatte, speile følelsar, bruke pausar, oppmuntre og parafrasere (Eide & Eide, 2008, s.24).

I jobben kommuniserer me som yrkesutøvarar som helsepersonell, ikkje som privatpersonar. Det blir stilt forventningar til deg som helsepersonell. Men det overordna formålet er å førebygge sjukdom, å fremme helse, å lindre lidinga og å gjenoppretta helse (Eide & Eide, 2008, s.18). Om helsepersonellet blei trent opp til å kommunisera klokt og empatisk i vanskelege situasjonar, kunne klager frå pårørande og pasientar, samt mykje utilfredsheit og stress i hjelpeyrker, truleg vore unngått (Eide & Eide, 2008, s.22).

Eit hjerteinfarkt kan opplevast som krise, ei vanskeleg og alvorleg livshending. Gjennom ei krise har personar behov for medmenneskeleg kontakt, støtte og nokon å dele følelsar og tankar med. God kommunikasjon kan hjelpe pasienten å meistre krisen og sjukdommen betre, og samstundes hjelpe pasienten å bearbeide reaksjonane. God og tilstrekkeleg informasjon om behandling og sjukdom er viktig for pasienten. Situasjonen blir meir forutsigbar, forstålig og gir meir mening (Eide & Eide, 2008, s.166).

2.3.3 Informasjon til både pasient og pårørande

Pasientar har lovfesta rett til informasjon ifølgje pasient- og brukerrettighetsloven (1999). I denne oppgåva er fokus at informasjon er eit viktig tiltak for å dempe usikkerheit. Pasientane treng informasjon, både mens dei er kritisk sjuke, og i tida etterpå. Det krev omtanke å tilpasse informasjonen til pasienten sine behov, også sjølve formidlinga. Pasienten skal oppleve å bli ivaretatt på ein god måte, hugse det som er nødvendig, forstå og høyre. Dette krev førebuing (Eide & Eide, 2008, s.292).

Muligheita for at pasienten skal kunne ta ei sjølvstendig avgjedsel er avhengig av relevant, tilpassa og tilstrekkeleg informasjon. Det er viktig at informasjonen som blir gitt er forståeleg og utan for mykje faguttrykk, i tillegg at det blir gitt sakleg informasjon. Informasjonen som blir gitt om korleis situasjonen er, kva som skal gjerast, har både pårørande og pasientar krav på i følgje pasient- og brukerrettighetslova (1999). Det å følgje opp pasienten og pårørande med skriftleg informasjon og å ta seg tid til å samtale, kan minske angst og auke tryggleiken hos både pasienten og pårørande. Det kan også bidra til at ein er i betre stand til å følgje opp behandlinga og ta ansvar (Bjørø & Kirkevold, 2011, s.350).

Det er viktig at pasienten får den nødvendige informasjonen til ei kvar tid. Den enkelte si evne til å gjer nødvendige val og å oppfatte informasjon, vil kunne redusere usikkerheita og opplevinga omkring si eiga sjukdom. Informasjonen må gjentakast ofte, sidan pasienten kan ha redusert hukommelse på grunn av stress og utmatting, eller sjølve sjukdommen kan gjer det vanskeleg. Det er difor viktig å undersøke om pasienten har oppfatta informasjonen. Som sjukepleiar er det og viktig å finne ut kva pasienten er i stand til å motta av informasjon, og å tilpasse informasjonen til pasienten sine forutsetningar. Informasjonen må gis i rett dose til rett tid. For mange kan det skape usikkerheit og oppleving av sårbarheit ved dårlig informasjon. Det å vite og vere førebudd, kan skape større forutsigbarheit, større grad av kontroll og meir delaktig. Det er viktig å hugse at opplysningar som er sjølvssagte for sjukepleiarar, ikkje nødvendigvis er det for pasientane (Bastøe, 2011, s.92-93).

2.4 Lovverk

2.4.1 Yrkesetiske retningslinjer

ICN sine etiske reglar og menneskerettigheitar, er ein del av dei yrkesetiske retningslinjene, slik dei kjem til uttrykk i FN si menneskerettighetserklæring. Sjukepleiarane byggjer sine prinsipp på dei. Det er to grunnar til at det er blitt utvikla yrkesetiske retningslinjer. For det første treng samfunnet å vite kva dei kan forvente av sjukepleiaren. For det andre trenger sjukepleiaren interne retningslinjer som einkvar autorisert sjukepleiar rettar seg etter. Yrkesetiske retningslinjer er retningslinjer og reglar for etisk akseptabel atferd i yrkesutøvinga som sjukepleiar. Omsorg, respekt og barmhjertigheit for grunnleggande menneskerettigheitar, er verdiar som ligg til grunn for dei yrkesetiske retningslinjene. Sjukepleiaren si fundamentale plikt er å fremje helse, å førebyggje sjukdom, å sikre ein verdig død og å lindre lidning, i følgje NSF (Sneltvedt, 2012, s.98-100).

Yrkesetiske retningslinjer minner om pliktetikk og ein form for prinsippbasert etikk. Brudd på yrkesetiske retningslinjer kan gi utestenging av fagforeininga. Sjukepleiaren sine yrkesetiske retningslinjer omhandlar pårørande, arbeidsstad, pasient, medarbeidar, samfunn og sjukepleiaren sitt forhold til profesjonen (Sneltvedt, 2012, s.99).

Som sjukepleiar har ein ein maktposisjon til å ta vare på andre sine livsmuligheit og mennesket sitt liv. Denne maktposisjonen skal ikkje bli utnytta av sjukepleiarar, men brukast til å unngå det som kan skade og å fremje det gode. Menneskerettigheit inneber at sjukepleie ver ytt uavhengig av mottakaren sin hudfarge, nasjonalitet, alder, kultur, politisk oppfatning, funksjonshemming eller sjukdom, etnisk bakgrunn, trosoppfatning og kjønn (Sneltvedt, 2012, s.99).

2.4.2 Pasient- og brukarrettigheitslova

Det vert lagt vekt på at rettigheita til pasientane og pårørande blir ivaretatt. I 2001 trådde pasient- og brukarrettigheitslova i kraft. Føremålet med lova er å sikre befolkninga lik tilgang på hjelp og like rettigheita. Pasient- og brukarrettighetsloven (1999) omfattar blant anna:

"§ 3-1. Pasientens og brukerens rett til medvirkning

Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester.

Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon".

"§ 3-2. Pasientens og brukerens rett til informasjon

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger".

3 METODE

3.1 Kva er metode

Dalland har sitert sosiologen Vilhelm Aubert om kva metode er *"En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder"* (Dalland, 2012, s.111)

Metode er ein reiskap me brukar når me vil undersøke noko og hjelper oss til å samle inn data. Det finnes ulike metodar, kvantitative og kvalitative metodar. Kvantitative metodar gir data i form av målbare einingar. Mens dei kvalitative metodane fangar opp opplevingar og meiningar

som ikkje lar seg måle eller talfeste (Dalland, 2012, s.112). I denne studien er det blitt brukt både kvantitative og kvalitative metodar.

3.2 Systematisk litteraturstudie

Denne studien er ein systematisk litteraturstudie som er planmessig og systematisk utført. Eit systematisk litteratursøk er eit tydeleg formulert spørsmål som blir besvart systematisk gjennom vurdering, analysing, val og identifisering av relevant forskning. For å kunne gjennomføre systematisk litteraturstudie er det ein føresetnad at det finnes tilstrekkeleg antal studiar av god kvalitet som kan danne grunnlag for konklusjonar og vurderingar. Det er ingen regler på kor mange studiar som skal vera med i ein litteraturstudie (Fosberg & Wengstrøm, 2013, s.26-27).

Statens forbereding for medisinsk evaluering (SBU) har ni kriteriar som skal vere oppfylt i ein systematisk litteraturstudie, som til dømes at spørsmåla må vere klart formulert, at studiane er kvalitetsbedømt, svake studiar er blitt ekskludert og at all relevant studie er inkludert. Ein litteraturstudie inneber altså kritisk vurdering og systematisk søk i eit valt problemområde, eller emne (Fosberg & Wengstrøm, 2013, s.27-30). Denne studien har følgd alle trinna for korleis ein systematisk litteraturstudie skal utførast.

3.3 Framgangsmåte

For å finne relevant litteratur til studien er det blitt utført søk i helsefaglege databasar. CINAHL og SveMed+ er databasane som vart nytta i søket. Begge databasane inneheld sjukepleierelevant forskning. SveMed+ har artiklar på svensk, norsk, engelsk og dansk. Databasen CINAHL har flest engelskspråklege artiklar og dekkar ergoterapi, sjukepleie, fysioterapi og andre helsefagområdar (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s.52). S-pyramiden er ein pyramide som viser seks nivå av kunnskapskildar. Jo høgare opp i pyramiden ein kommer, jo meir anvendbar, kvalitetsvurdert og lettlest er forskinga. CINAHL og SveMed+ er nederst på nivået i pyramiden, enkeltstudiar (Nortvedt et al., 2012, s.44-45). Enkeltstudiar er forskingsprosjekt som publiserar originalresultat. Ein leitar etter enkeltstudiar dersom ein ikkje finner relevante systematiske oversiktartar (Nortvedt et al., 2012, s.52).

Oppgåva har nytta fire relevante forskingsartiklar som var sjukepleiefaglegrelevante og relevante for tema for oppgåva. Studien nytta både norske og engelske søkerord. Søkeorda som var nytta var norwegian, myocardial infarction, factors, hjerteinfarkt, nursing, heart disease, information, hope, informasjon, communication og acute phase. For å finne tre av forskingsartiklane eg kom fram til i oppgåva mi var søkeorda myocardial infarction og acute phase nytta i databasen CINAHL. I tillegg blei det gjort to avgrensingar i søket, artiklane skulle vera av nyare dato (2009-2014) og fulltekst.

Eg syntes det var vanskeleg og utfordrande å finne forskingsartiklar som omhandla sjukepleiarutøving til pasientar med hjerteinfarkt i akutfasen. Dette kan tolkast som at det er lite fokus og forskning på dette området. Det meste av forskinga angående pasientar med hjerteinfarkt og sjukepleiaren si rolle var relatert til den postoperative- og rehabiliteringsfasen, og ikkje på hjerteinfarkt og sjukepleiaren si rolle i akutfasen. Derfor måtte eg endre og utvide litt på fokuset mitt undervegs, og dra inn informasjon til pårørande. Eg søkte i fleire databaser, blandt anna CINAHL, SveMed+ og PubMed men fann få artiklar eg synes var relevante. Den siste artikkelen fann eg i databasen SveMed+ og hadde søkarorda hjerteinfarkt og informasjon. Databasen CINAHL var den databasen med flest treff og aktuelle artiklar.

I tabellane nedanfor blir søketabellane presentert. I dei tre første tabellane blir artiklane frå databasen CINAHL presentert. Mens den siste tabellen visar artiklar frå databasen SveMed+. Alle artiklane har relevans for oppgåva mi ved at dei omhandlar pasientar med hjerteinfarkt, korleis pasientar med hjerteinfarkt blir behandla, viktigheita med informasjon og samanhengen mellom pasienten sitt engasjement i den akutte sjukdomsfasen. Artiklane er også relevant for sjukepleierfaget. Det er foretatt eit systematisk søk og kritisk val av artiklane.

3.2.1 Tabell 1 – CINAHL

Søk i CINAHL 13.01.15			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing (limit)	Resultat (antall)
S1	Myocardial infarction		27.148
S2	Acute phase		4315
S3	S1 and S2		299
S4	S1 and S2	Fulltekst	59
S5	S1 and S2	Publisert: 20090101-20141231	20

Frå CINAHL søk nr. S5 ble artikkelen *"Is patient involvement during hospitalization for acute myocardial infarction associated with post-discharge treatment outcome? An exploratory study"*, av Arnetz, J.E., Winblad, U., Höglund, A.T., Lindahl, B., Spångberg, K., Wallentin, L., Wang, Y., Ager, J. & Arnetz, B.B. (2010) valt.

3.2.2 Tabell 2 – CINAHL

Søk i CINAHL 13.01.15			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing (limit)	Resultat (antall)
S1	Myocardial infarction		27.148
S2	Acute phase		4315
S3	S1 and S2		299
S4	S1 and S2	Fulltekst	59
S5	S1 and S2	Publisert: 20090101-20141231	20

Frå søk nr. S5 artikkelen av Nymark, C., Mattiasson, A., Henriksson, P. & Kiessling, A. (2009). *"The turning point: from self-regulative illness behaviour to care-seeking in patients with an acute myocardial infarction"*.

3.2.3 Tabell 3 – CINAHL

Søk i CINAHL 13.01.15			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing (limit)	Resultat (antall)
S1	Myocardial infarction		27,148
S2	Acute phase		4315
S3	S1 and S2		299
S4	S1 and S2	Fulltekst	59
S5	S1 and S2	Publisert: 20090101- 20141231	20

Frå CINAHL søk nr. S5 ble artikkelen "*Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel*", av Höglund, A.T., Winblad, U., Arnetz, B. & Arnetz, J.E. (2010) valt.

3.2.4 Tabell 4 – SveMed+

Søk i SveMed+ 22.01.15			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensing (limit)	Resultat (antall)
S1	Hjerteinfarkt		1313
S2	Informasjon		267
S3	S1 and S2		4

Frå søk nr. S3 artikkelen av Holme, A. N. (2008). "*Ektefellens behov for informasjon - når partner får akutt hjerteinfarkt*".

3.4 Metodekritikk

Kildekritikk er eit samlebegrep for metodar som vart nytta for å skilje verifiserte opplysningar frå spekulasjonar. Kildekritikk er ein måte som viser at ein er i stand til å vurdere om litteraturen er relevant for problemstillinga, samt forhalde seg kritisk. Det inneberer å vurdere og karakterisere dei kjeldene som vert nytta. Ut i frå dette kan det konkluderast med at litteraturen som skal

brukast, må vere relevant og av god kvalitet. Det er nødvendig å forholde seg kritisk til kildematerialet som blir brukt i oppgåva (Dalland, 2012, s.67-72).

Tema og problemstilling blei bestemt tidleg, og var ferdig før søkeprosessen starta. Det blei brukt relevante søkeord i søkeprosessen for å finne passande og gode studiar til oppgåvetema. Dei same søkarorda blei brukt i ulike databasar. Det blei ikkje brukt inklusjonskriteriar eller eksklusjonskriteriar i denne studien. Eg fann masse artiklar, men få av dei var relevante. Dei fleste artiklane omhandla hjertepasientar i postoperative- og rehabiliteringsfasen, og ikkje om hjerteinfarkt pasientar og sjukepleiaren si rolle i akuttfasen.

Dersom søkarprosessen hadde starta tidligare, ville eg ha oppdaga at det var vanskeleg å finne relevante artiklar om hjerteinfarkt i akuttfasen. Problemstillinga og tema blei endra litt under søkeprosessen, men den kunne ha blitt endra endå meir for å finne større utval av relevante artiklar. Søkeprosessen blei difor arbeida mykje med, for å finne artiklar som passa godt, og var relevante for studien. Artiklane som blei valt støtter og belyser både problemstillinga og tema i studien.

Kritisk vurdering har eg valt å ta med i samandraga av kvar artikkel. Årsaka til det er at eg då synes det blir ein meir oversiktleg og ryddig oppgåve. Det er brukt sjekkliste frå kunnskapssenteret.no for vurdering av kvantitativ og kvalitativ forskning for å kunne vurdere om artiklane var gode nok. Eg har vurdert artiklane på bakgrunn av krava sjekklista stillar. Tre av artiklane er svenske, medan ein er norsk. Det var eit ynskje at alle artiklane skulle vere skandinaviske, slik at det vert mest mogleg likt helsevesenet vårt og såleis relevant for oppgåva.

I denne studien har det blitt gjort eit systematisk søk og kritisk vurdering til val av artiklane. Dei utvalte artiklane er innanfor problemområdet, og emne om pasientar som har hjerteinfarkt i akuttfasen.

3.5 Ethiske overveielsar

Etikk omhandlar normar for god og rett livsførsel. Forskingsetikk er etikk som har med gjennomføring, planlegging og rapportering av forskning. Det handlar om å sikre truverde av

forskningsresultatet og ivareta personvernet. Det handlar også om å unngå at forskingsdeltakarar blir unødvendig belasta eller påført skade under medisinsk forskning (Dalland, 2012, s.96).

Det er ein del etiske utfordringar oppgåveskriving og forskning kan gi oss. Det er derfor viktig at me må tenke gjennom kva etiske utfordringar arbeidet vårt kan medføre, og korleis dei kan handterast. Det er to hovudtypar av forskingsetiske problem ein kan skilje mellom. Det eine problemet kan vere knytt til produksjonen av forskingsresultatet og det andre til bruke av det. Det finns etiske kontrollspørsmål som kan brukast i forbindelse med ei studieoppgåve. Eit kontrollspørsmåla kan vere om det er innhenta informert samtykke på ein forsvarleg måte frå deltakarane? Er det tilstrekkeleg anonymisert persondata? Eller er prosjektets metode og mål innanfor faget sine begrensningar og normer? Desse er nokon av kontrollspørsmåla som kan vere eit godt hjelpemiddel mot dei utfordringane ein kan møte under ei studieoppgåve (Dalland, 2012, s.109). Desse kontrollspørsmåla er blitt fulgt i utføringa av artiklar i denne studien. Dalland (2012, s.98) skriv at all medisinsk og helsefagleg forskning skal vere godkjent frå ein etisk komite før publisering. Alle artiklane som er inkludert i denne studien er etisk godkjende på førehand. Informantane vart sikra anonymitet og kunne trekke seg frå studien utan negative konsekvensar. Dei vart og informert både skriftleg og munnleg om hensikta og prosessen med studien. Studien refererer til rett kildehenvisning for å vise kvar litteraturen er henta frå og for å unngå plagiat.

4 RESULTAT

4.1 Presentasjon av artikkel 1:

Is patient involvement during hospitalization for acute myocardial infarction associated with post-discharge treatment outcome? An exploratory study, av Arnetz, J.E., Winblad, U., Höglund, A.T., Lindahl, B., Spångberg, K., Wallentin, L., Wang, Y., Ager, J. & Arnetz, B.B. (2010).

4.1.1 Samandrag av artikkelen:

Den svenske studien undersøker samanhengen mellom pasienten sitt engasjement i den akutte sjukdomsfasen og det kortsiktige helseutfallet. Studien fokuserer på resultat på første

oppfølging og på pasientinvolvering i akutttilstandar, som for eksempel ved hjerteinfarkt. Studien var frivillig og vart utført over ein eitt års periode (2005-2006) blant SEPHIA kardiologiavdelingar. SEPHIA er ein nasjonal database for hjertepasientar. Det vart sendt brevinvtasjon til å delta i studien til alle SEPHIA sjukehus. 11 av 32 sjukehus i SEPHIA sa ja til å delta i studien. Deltakarane var hjerteinfarktpasientar under 75 år. Hjerteinfarktpasientar som er behandla ved SEPIHA sjukehus er fulgt opp ved to høve etter utskriving frå sjukehuset. Den første oppfølginga er på 6-10 veker, og den andre er 12 månadar etter utskriving. Under desse besøka vart pasientane intervjuja, og helsestatusen vart registrert i SEPHIA. Dei 11 sjukehusa som deltok mottok 100 spørjeskjema som vart delt ut til pasientar som var kvalifiserte. Spørjeskjema bestod av 53 tvungne valsoppgåver, og var basert på resultat frå fokusgruppediskusjonar med hjerteinfarktpasientar. Spørjeskjema var i tillegg til SEPHIA rutinar for den første pasientoppfølging. Informasjon, pasientens behov og planlegging av behandling var nokon av fokusområda i studien. Studien viser nokon assosiasjonar mellom helse, atferdsmessige utfall og engasjement etter hjerteinfarkt vart funne.

4.1.2 Kritisk vurdering:

Etter kritisk vurdering av studien har eg kome fram til at denne forskingsartikkelen samsvare med oppgåva og studien sitt formål kjem godt fram. Dette er ein kvantitativ studie og det vart brukt sjekklister for vurdering av prevalensstudie frå kunnskapssenteret.no. Hypotesen var at eit større engasjement hos pasientane under sjukehusopphaldet ville føre til færre koronarsymptomar, betre medisinerings, etterleving og større hjerterehabiliteringsprogrammer 6-10 veker etter utskriving frå sjukehuset. Resultata i studien var mindre ein ønskeleg. Men sjølv om studien berre viser nokon assosiasjonar mellom helse, atferdsmessige utfall og engasjement etter hjerteinfarkt vart funne, synes eg denne artikkelen er relevant for studien si problemstillinga. Funna i artikkelen omhandlar blant anna informasjon, som er ein av faktorane oppgåva fokuserar på.

4.2 Presentasjon av artikkel 2:

The turning point: from self-regulative illness behaviour to care-seeking in patients with an acute myocardial infarction av Nymark, C., Mattiasson, A., Henriksson, P. & Kiessling, A. (2009).

4.2.1 Samandrag av artikkelen:

Den svenske studien handlar om pasientar som får hjerteinfarkt, og kor lang tid det tar før dei oppsøker legehjelp frå symptoma starta. Pasientar med hjerteinfarkt treng tidleg aktiv behandling for å overleve og for å bevare så mykje som mulig av hjertefunksjonen. Men diverre kjem pasientar med hjerteinfarkt oftast seinare enn ønskeleg inn til sjukehus. Frå symptoma startar til pasienten kjem til akuttmottaket kan det gå 120-240 minuttar. Den lange tida har ein merka seg i fleire år. Den viktigaste faktoren som forklarar den lange tida er at pasientane utsett å søke medisinsk hjelp med ei gong dei første symptoma på hjerteinfarkt melder seg. Dette resulterer i unødvendige tap av liv. Det er derfor eit behov for å forstå desse pasientane sine første ubehag, vurdering og atferd for å utforme tiltak som kan redusera den lange tida. Det var åtte menn og sju kvinner i alderen 40-74 år som deltok i studien. Det var fem fokusgruppediskusjonar. Dei utvalde pasientane vart behandla for sitt første eller andre hjerteinfarkt, og søkte medisinsk behandling innan tre til åtte timar etter første symptom. Pasientar med hjerteinfarkt skildrar at dei har problem med å identifisera det nøyaktige tidspunktet for utbrotet av symptoma, og at det ofte var vage symptom. Pasienten si erfaring med symptoma samsvarar ikkje med deira forventningar, antagelsar og vurdering av sin helsetrussel. Dei hadde vanskar med å innsjå alvoret.

4.2.2 Kritisk vurdering:

Studien er ein kvalitativ studie og det vart brukt sjekklister for kvalitative studiar frå kunnskapssenteret.no. Hensikta med studien var å utforske kva som gjer at det tar lengre tid enn ønskeleg, før pasientar med hjerteinfarkt oppsøker helsehjelp. Både formålet og resultatet kjem godt fram. Fokusgruppediskusjon viste seg å vere ein bra studie, og innsamla data var av god kvalitet. Studien fokuserer på ein anna fase enn det eg har fokusert på. Men eg vurderer denne studien som god og relevant for oppgåva. Ein kan lettare gi god sjukepleie viss sjukepleiarane er klar over pasienten si oppleving og erfaring rundt sitt første eller andre hjerteinfarkt.

4.3 Presentasjon av artikkel 3:

Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel, av Höglund, A.T., Winblad, U., Arnetz, B. & Arnetz, J.E. (2010).

4.3.1 Samandrag av artikkelen:

Den svenske studiens hovudformål var å utforske og beskrive pasient og personale sine oppfatningar av pasientmedvirkning i omsorgsprosessar og beslutningar under sjukehusopphald i samband med hjerteinfarkt. Vidare var hensikta å samle informasjon som kan tene som eit fundament for utvikling av spørjeskjema til bruk i kartleggingsstudiar på pasienten si deltaking i hjerteinfarktomsorg. Pasientgruppene bestod av tre kvinner og fem menn yngre enn 75 år og som var nyleg utskrivne frå sjukehuset etter eit hjerteinfarkt. Det var totalt 17 personell, som deltok. Dei hadde 3-32 års erfaring som jobba med hjerteinfarktpasientar på jevnleg basis. Fem tema dukka opp på fokusgruppeintervjua: betydninga av pasienten si deltaking, positive resultat, vanskelege situasjonar, hindringar og tilretteleggings faktorar. Ein felles grunnleggande forutsetning i alle gruppene var at pasientmedvirkning er verdifullt og ønskeleg i pasient- lege / sjukepleier møte med hjerteinfarktpasientar. Positive resultat av pasientmedvirkning var at pasientane følte seg tryggare viss dei vart involverte og dei kunne vore meir opptatt av gjenopprettingsprosessen. Hindringar var mangel på tid, tilsette og i pasienten sitt manglande medisinske kunnskap. Dersom ein skal få til pasientdeltaking i alle fasane av hjerteinfarkt, må pasientane bli gjort oppmerksom på retten til å delta i beslutningsprosessar på deira omsorg og behandling. Dette krev støtte, oppmuntring, informasjon og utdanning. Helsepersonell treng støtte og opplæring for å utvikle hensiktsmessige kommunikasjonsevner i alle fasar av eit hjerteinfarkt.

4.3.2 Kritisk vurdering:

Eg vurderar artikkelen som relevant og god for oppgåva. Formålet med studien var utforske personalet og pasienten si deltaking i omsorgsprosessar og beslutningar under sjukehusopphaldet for hjerteinfarkt, og resultatet kjem godt fram. Emne medvirkning er omtalt og er relevant for studien. Forskarane kjem med klare sjukepleiartiltak som påpeikar kva sjukepleiarane og pasientane kan gjere for å betre sjukehusopphaldet. Forskarane har brukt ein kvalitativ metode, noko som var hensiktsmessig og fekk resultatata godt fram. Det vart brukt sjekklister for kvalitative studiar frå kunnskapssenteret.no. Studien fekk belyst både positive og negative sider av formålet.

4.4 Presentasjon av artikkel 4:

Ektefellens behov for informasjon - når partner får akutt hjerteinfarkt. Holme, A. N. (2008).

4.4.1 Samandrag av artikkelen:

Hensikta med denne norske studien er å få innsikt i ektefellar sine erfaringar og opplevingar rundt eit akutt hjerteinfarkt. Fokusgrupper var metoden i studien, der nokon av temaene var bestemt på førehand. Deltakarane i studien var ektefellar til pasientar og pasientane som hadde gjennomgått eit akutt hjerteinfarkt måtte vere under 70 år. I tillegg måtte deltakarane vere ukjente for kvarandre. Både pasienten og ektefellen fekk skriftleg og munnleg informasjon om studien, der begge signerte på ei samtykkeerklæring. Pasienten og ektefellen vart kontakta to månader etter utskrivinga. Under fokusgruppene blei det tatt opp to hovudtema. Det eine tema var knytt til utfordringar den første tida heime. Det andre tema var kva type informasjon ektefellen hadde behov for på sjukehuset for å kunne vere til støtte for partneren. Studien sin konklusjon er at ektefellen hovudsakeleg følte seg ivaretatt på sjukehuset og at opplevinga frå akuttfasen heng saman med korleis tida etter utskrivinga vart opplevd. Viktige moment er god informasjon undervegs og korleis partnaren skal forholde seg i rehabiliteringsfasen. Under akuttfasen var det behov for ein anna type informasjon enn ved heimreise frå sjukehuset. Planlagt og fullstendig informasjon er det derfor behov for. Ein har krav på slik informasjon sjølv om ein ikkje etterspør den. Det å ikkje bli sett som pårørande er sårt.

4.4.2 Kritisk vurdering:

Studien er ein kvalitativ studie og det vart brukt sjekklister for kvalitative studiar frå kunnskapssenteret.no. Fokusgruppeintervju var ein nyttig metode studien brukte for å undersøke folk si oppfatning og erfaring der deltakarane blei oppfordra til å fortelje både positive og negative erfaringar med pasientmedvirkning. Sjølv om gruppedynamikk kan vere vanskeleg med maktforskjell som kan hindre at personlege meninga vart uttrykt, vurderar eg allikevel at studien har unngått desse fallgruvene. Hensikta, framgangen og resultatane er tydelege og gode. Studien omhandlar primært tida etter sjukehusopphaldet etter eit hjerteinfarkt, men også akuttfasen. Eg vurderer studien som relevant for oppgåva. Artikkelen påpeikar og får godt fram kor viktig det er

med informasjon til både pasienten og pårørande, også i ein akuttsituasjon. Funna i artikkelen bidreg positivt i studien.

4.5 Oppsummering av funn

Funna i artiklane viser at både informasjon og kommunikasjon kan bli betre mellom helsepersonellet, pasientane og pårørande. Pasientane kontakta helsevesenet seinare enn ønskeleg, då symptomane til pasientane ofte ikkje samsvarde med forventningane. Det kjem og fram at pasientane og pårørande treng å bli gjort oppmerksame på retten til å delta. Ei felles grunnleggande forutsetning i alle gruppene var at pasientmedvirkning er verdifullt og ønskeleg i pasient- lege / sjukepleiar møte med hjerteinfarktpasientar.

Det som er felles for tre av artiklane er at dei er innom tema kommunikasjon og informasjon, og kor viktig desse tema er. I tillegg nemner desse tre artiklane at det er mangel på forskning rundt hjerteinfarkt i den akutte fasen. Den siste artikkelen er innom tema symptom, opplevinga av symptomane og beslutninga om å søke legehjelp hos pasientar med akutt hjerteinfarkt.

5 DRØFTING

5.1 Sjukepleie til pasientar med hjerteinfarkt

Den vanlegaste årsaka til innlegging ved norske sjukehus er hjerte- karsjukdomar (Holme, 2008). Hjerteinfarkt kan oppstå kva tid som helst og kor som helst. Symptom og teikn på eit hjerteinfarkt kan opplevast ulikt og i ulik grad. Som ambulansarbeidar opplevde eg sjølv ein pasient som hadde vage symptom og virka relativt upåverka. Pasienten fekk behandling som vert gitt ved mistanke om hjerteinfarkt under transporten til sjukehuset. Det blei ikkje gjort nokon funn på EKG til pasienten. Då me kom til akuttmottaket og pasienten hadde flytta seg over i sjukehussenga, gjekk pasienten i hjerrestans. I studien til Nymark, Mattiasson, Henriksson & Kiessling (2009) var eitt av funna at pasientane ofte hadde vage symptom eller ingen. Dette støttar Nakstad (2014, s.130). Ein fjerdedel av menn og ein tredel av kvinner som får hjerteinfarkt har ingen smerter (Nakstad, 2014, s.130). Pasienten si erfaring med symptomane samsvarer ikkje

med deira forventningar. I tillegg hadde pasientane problem med å identifisera det nøyaktige tidspunktet for utbrotet av symptoma. Det viste seg at pasientane vegra seg for å kontakte helsevesenet. Dei håpte og tenkte at symptoma eller ubehaget skulle forsvinne av seg sjølv. Det var ofte pårørande som til slutt kontakta helsevesenet. *"Jeg ønsker ikke å ringe min familie og uroe de undøvendig"* (Nymark et al., 2009). Dette er og noko eg har erfart, at pasientar utsett å kontakte hjelp og at det er pårørande som gjer det. I desse tilfella er det viktig å formidle og anbefale pasientane om å søke hjelp i alle tilfeller. Det er betre å ringe ein gong for mykje enn ein gong for lite.

Er det mogeleg at pasientane opplever eit hjerteinfarkt så skremmande at dei vegrar seg for å oppsøke helsehjelp? Smertene ved eit hjerteinfarkt kan i seg sjølv vere uuthaldelige, men følelsen av at det kan vera noko galt med hjarta, og som i verste fall kan føre til tap av liv, kan vere så fryktelig og skremmande at pasienten vel å ikkje søke helsehjelp. Fryktar pasientane eventuelle tilbakemeldingar frå helsevesenet, eller kan det skuldast at pasientane ikkje har tiltru til helsevesenet? Pasientane kan og ha ei dårlig oppleving frå tidligare, ha føresetnadar eller høyrte skremmande historier via pårørande, kjende eller media som påverkar pasienten til ikkje å oppsøke hjelp. Pasientane i studien til Nymark et al., (2009) fortel at dei prøvde ulike mestringsstrategiar og eigenomsorg som å ligge nede, fange pusten, gå ein tur, ete, osv., før dei kontakta hjelp. Når pasientane først bestemte seg for å oppsøke hjelp, fekk dei ulike råd, avhengig av innhald og kvalitet på kommunikasjonen. *"...kanskje det er min feil at sykepleieren på helsetjeneste kundesenteret fortalte meg om å vente og se, fordi jeg fortalte henne at jeg er sunn. Og hun spurte om jeg var blek og svett, men jeg sa bare at jeg er rød i kinnene"*. Det blei gitt uttrykk i studien til Nymark et al., (2009) at pasientane syntes det var vanskeleg å forstå og tolke ubehag, og skilje mellom ubehag og meir alvorlig sjukdom. Korleis pasienten tolkar alvorlet av symptoma og korleis dei vurderte behovet for medisinsk hjelp, har stor innvirkning på beslutninga om å søke hjelp. Pasientane beskrev ulike første symptom, og smertene skilte seg i intensitet, lokalisering og varigheit både over tid og mellom pasientane. Men pasientane beskrev symptoma som svimmelheit, kvalme, ubehag og sveitning som vart opplevd som "kaldsveitning", Nakstad (2014, s.130) skriv at mange pasientar opplever dette som svake symptom. Pasientane trudde symptoma ville passere og at hjerteinfarkt berre rammar andre, *"Det skjer med andre, men ikke med meg"*. Når pasientane mistenkte at symptoma var av hjerteopprinnelse, kjem det fram i

studien til Nymark et al., (2009) at dei forsøkte å fornekte dei, og at dei trudde symptoma ville passere. Dette er ein kombinasjon av ønsketenking og fornektelse, "*Det kan ikke være hjertet*".

Den viktigaste faktoren som forklarar den lange tida er at pasientane utsett å søke medisinsk hjelp med ei gong dei første symptoma på hjerteinfarkt melder seg. Meir enn to tredjedelar av plutselige dødsfall skjer i heimen, utanfor sjukehuset (Nymark et al., 2009). Det er derfor viktig å forstå pasientens første ubehag, for å utforme tiltak som kan redusere den lange tida i å søke legehjelp hos pasientar med hjerteinfarkt, som igjen kan bidra til å redusera unødvendige tap av liv. Overgang frå å vera ein frisk oppegåande person, til ein med mistanke om hjerteinfarkt er ein kompleks og individuell prosess. Pasientane skal tilpasse seg ein ny livssituasjon med den usikkerheiten ein hjertelidelse medfører. I følge Eide & Eide (2008, s.166) kan eit hjerteinfarkt opplevast som ei krise, ei vanskeleg og alvorleg livshending.

Tiltaka ein gjer i løpet av dei første minuttane kan vere avgjerande for det vidare forløpet. Eit hjerteinfarkt er potensielt livstruande, og det er nødvendig med medisinsk behandling så snart som mogleg etter symptoma har meldt seg (Arnetz, Winblad, Höglund, Lindahl, Spångberg, Wallentin, Wang, Ager, & Arnetz, 2010). Det er større moglegheit for helsepersonellet å begrensa omfanget av skaden på hjertemusklane eller forhindre det, til snarare pasientane oppsøker medisinsk hjelp (NHI,2013). I ein akutt situasjon ser eg det som viktig for sjukepleiarane å vere trygg på seg sjølv, opptre roleg overfor pasienten og ha god kunnskap om hjerteinfarkt for å bidra til at pasienten får ei betre oppleving. Symptoma til pasientane kan komme til uttrykk gjennom verbal og non-verbal kommunikasjon (Eide & Eide, 2008, s.24). Det er viktig at sjukepleiarane er merksame på desse uttrykka. Sjukepleiarane kan trygge pasientane med å halde dei i handa, gi dei informasjon, lytte, svare på spørsmål og forklare kva som blir gjort og kvifor. Av erfaring så er det mykje som skjer på ein gong under eit hjerteinfarkt. Rask reaksjon og rette tiltak er viktig. Det vil variera etter kva type hjerteinfarkt pasienten har, STEMI eller NSTEMI (Nakstad, 2014, s.129). Under eit STEMI infarkt vil det ofte vere meir hektisk enn ved eit NSTEMI infarkt. Gjennom den hektiske perioden i akutfasen opplever eg at pasientane ofte synes det er nok med non-verbal kommunikasjon. Via berøring, augekontakt og kroppshaldning kan helsepersonellet trygge pasientane. Erfaringa viser at mange pasientar har fått informasjon utan at dei oppfattar at dei er blitt informert (Holme, 2008). Det kan skuldast at

pasienten er mindre oppmerksame eller mindre mottakeleg for informasjon i ein akutfase (Bastøe, 2011, s.92-93). I ein akutfase der ein er sjuk er det viktig at møtet med sjukepleiaren gir ein tryggleik om at situasjonen blir handtert og at pasienten føler seg inkludert i pasientforløpet. Det å ønske å bidra til å lindra og redusera plagene til pasienten kallar Travelbee (1999) terapeutisk bruk av seg sjølv.

5.2 Pasientmedvirkning og empowerment

Av erfaring er ikkje pasientmedvirkning alltid like lett å gjennomføre som ønskeleg. Me fekk ein raud respons til ei eldre dame med brystmerter. Ved ankomst hadde dama tydelege pustevanskar, og legen mistenkte eit STEMI infarkt. Pasienten nekta å motta oksygenbehandling. Både eg, kollegaen min og legen prøvde å forklare pasienten kvifor det var viktig med oksygenbehandling. Men pasienten nekta fortsatt, og det førte til at pasienten ikkje fekk oksygenbehandling. I følgje Travelbee (1999, s.177-178) vart det etablert eit menneske-til-menneske-forhold gjennom det første møte mellom sjukepleiaren og pasienten. Eit godt samarbeid med pasienten er viktig for oppnå tillit og eit godt arbeid. Brukarmedvirkning er ikkje noko ein sjukepleiarar kan velje og forholde seg til eller ikkje. Det er ein lovfesta rett som står i pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Dersom pasientane i større grad kan påverke omgivelsane gjennom eigne val og ressursar, vil det kunne påverka sjølvbildet på ein positiv måte og dermed styrke pasienten sin motivasjon. Dette vil dermed kunne bidra positivt til pasienten sin betringsspross, og såleis ha ein terapeutisk effekt. I motsatt fall kan hjelpeløysa mange pasientar oppleve bli forsterka. Men på den andre sida kjem det fram i studien til Höglund, Winblad, Arnetz & Arnetz (2010) at pasienten sin mangel på medisinsk kompetanse gjer det vanskeleg for pasientane når medisinske slutningar skal takast. Derfor er kommunikasjon mellom sjukepleiar og pasient viktig. I vår situasjon fekk pasienten påverke den medisinske behandlinga og det trygga kanskje pasienten. Men pasienten sin mangel på medisinsk kompetanse gjorde kanskje at pasienten valde noko anna enn kva ho ville gjort med betre medisinsk forståing.

Ein eldre mann forklarte i studien til Höglund et al., (2010), *"Korleis skal eg veta noko om det? Eg trur det er vanskeleg å vite... Det er noko du trenger å ha kunnskap om! Eg trur på kva dei seier fordi... Korleis ville eg turt å sei nei sjølv?"*. For nokon vil det vere vanskeleg og ikkje ønskeleg å delta i medisinske slutningar. Det er viktig å lette pasientens nervøsit, angst og

stress. På den måten kan ein ivareta det psykiske aspektet, samtidig som pasienten kan føle at ein blir sett og høyrte. Kan det også vere mogeleg at fleire hjerteinfarktpasientar fortsatt er relativt traumatisert av sjukdomen, og ikkje klarar å ta ansvar for situasjonen, ved for eksempel å delta under akuttfasa? På den andre sida er det pasientgrupper som ønsker å delta i eigne medisinske slutningar. I følgje Höglund et al., (2010) er deltaking spesielt vanskeleg å oppnå i løpet av den første akutte nødhjelpsfasen av hjerteinfarkt, sjølv om informantane understreka behovet for informasjon i denne fasen. Eit av studiens utfall til Arnetz et al., (2010) var at det blei færre kardiovaskulære symptom relatert til høgare engasjement score. I følgje empowerment begrepet skal folk kunne vere med å ta avgjerd som er best for seg sjølv i fellesskapet og det å kunne definere sitt eige problem, auke kontroll over si eigen helsetilstand og forbetre helse (Tveiten, 2012, s.175-176). Det kan vere ein viktig forutsetning for pasientar å ha forståing av tilstanden og bli involvert. På den måten kan dei føle ansvar for eiga framtid og ha ein innflytelse for eiga liv og eiga situasjon. Men er det rett at hindringar som mangel på tid og tilsette, og pasienten sin medisinske kunnskap skal bidra til at pasientmedvirkning blir mindre vektlagt? Sjølv om pasientmedvirkning bidrar til at nokon av pasientane følte seg tryggare og sikrare, og at dei følte at dei hadde kontroll over situasjonen og personleg engasjement viss dei blei involvert. Dette kjem fram i studien til Höglund et al., (2010).

Sett i eit slikt lys kan medvirkning vere vanskeleg og kanskje negativt i ein akuttfase. Vil behandlinga og tiltak bli utsett eller ta lengre tid på grunn av at ein er nødt til å "diskutere" behandlinga og prosessen med pasienten og eventuelle pårørande? Kan dette føre til unødvendig tap av viktig tid, og i verste tilfelle tap av liv? Det å søke deltaking frå pasientar i den akutte fasen av hjerteinfarkt kan utgjere etiske utfordringar for kardiologi personell, som ofte jobbar under tidspress med pasientar som kan vere i smerte, engstelege eller bedøva, nemnar studien til Höglund et al., (2010). Frå eit medisinsk ståstad så er det lita tid til å diskutera med pasienten. Eller vil medvirkning kunne skape større forståing og innsikt i den akutte situasjonen, som igjen kan bidra til at pasienten føler seg meir inkludert og meir forberedt? Det er først nyleg at forskning har byrja å fokusera på pasienten si rolle i den akutte fasen av hjerteinfarkt (Höglund et al., 2010). Sjølv om pasientinvolvering er nedprioritert i medisinsk nødhjelp av hjerteinfarkt, viser forskinga til Höglund et al., (2010) og Arnetz et al., (2010) at den opprinnelege sjukehusperioden kan ha ein direkte innvirkning på hjerteinfarktpasientars framtidige helse. For å optimalisere

pasientens deltaking i løpet av sjukehusopphaldet for hjerteinfarkt er det behov for å forstå deltakinga frå synspunkt til både hjerteinfarktpasientar og fagfolk som har omsorg for dei (Höglund et al., 2010). Samhandling og kommunikasjon er viktig ved pasientinvolvering mellom sjukepleiar og pasienten.

Hjerteinfarkt er ein ledande dødsårsak i store delar av den vestlege verda (Höglund et al., 2010). Det kjem fram i studien til Höglund et al., (2010) at både tilsette og pasientar ser på pasientmedvirkning som informasjon, som ein einvegs kommunikasjon. Pasientane treng å bli gjort oppmerksom på retten til å delta, og vere klar over retten til å delta i beslutningsprosessen. Resultata i studien til Höglund et al., (2010) tyder på at pasientane ikkje alltid veit at dei har rett til å delta i beslutningar om deira sjukdomsforløp. Ansvar for å involvera pasientane ligger hos personellet. Ein eldre mann sa: "*Mener du at jeg kunne ha sagt ja eller nei?*". Mens ein kvinneleg pasient i studien uttrykker: "*Pasient deltakelse er å få vite om det finnes alternativer, og hvis de finnes, få informasjon om dem*". Akuttfasen er kanskje den vanskelegaste fasen å søke deltaking. Det kan vere avhengig av kor sjuke pasientane er. Eg har sjølv opplevd at pasientar ikkje er så ivrige i å delta i byrjinga. Men eg trur at pasientane vil føle seg involvert viss dei blir informert heile vegen. Og det er kanskje den deltakinga dei klarar på den tida. I tillegg kan kulturelle forskjellar og andre sosiale faktorar som alder kanskje vere eit hinder for pasientmedvirkning. Både pasientar og personell i studien til Höglund et al., (2010) uttalte at deltaking i den akutte fasen kunne vere upassande, men at informasjon var viktig i den akutte fasen. I studien uttrykker pasientane alvorleg bekymring for at dei er redde for at dei kan ta feil beslutning viss dei får for mykje innflytelse omkring behandlinga. Kan det vere at nokon gonger kan deltaking ikkje vere til pasientens beste, på grunn av pasientens personlegheit eller pasientens openbare mangel på medisinsk kompetanse?

5.3 Kommunikasjon og informasjon til både pasient og pårørende

Eg opplever at dei fleste kritisk sjuke pasientar har eit sterkt ønske og behov for informasjon. Etter eg valde å skrive om hjerteinfarkt i akuttfasen i oppgåva mi, har eg observert ekstra rundt sjukepleiaren sitt første møte med pasientane. Ambulansepersonellet ytra som oftast ønske om å ha eit medisinsk team klart når dei kjem med ein dårleg pasient med eit hjerteinfarkt. Det var eit spesielt tilfelle eg opplevde som ubehageleg på pasienten sine vegne. Ein dårleg pasient som både

var redd og engsteleg kom til akuttmottaket som stilte med eit redusert medisinsk team som var dårleg forberedt. All kommunikasjon, informasjon og undersøking føregjekk over hovudet på pasienten, og ikkje med pasienten. Eit hjerteinfarkt er ei skremmande oppleving som kan forverrast med liten eller ingen kontakt og informasjon frå helsepersonellet. Ved hjelp av kommunikasjon kan sjukepleiarane bli kjent med pasientane, og det kan vere eit middel til å opprette eit menneske-til-menneske-forhold. Kommunikasjon og informasjon kan bidra til at hjerteinfarktpasientar blir motivert til å delta. I følge Travelbee (1999, s.135) er kommunikasjon ein gjensidig prosess. Eit middel for å oppnå mål og hensikt med sjukepleie. Travelbee (1999, s.135) meiner at kommunikasjon er eit av dei viktigaste redskapa ein sjukepleiar har når det gjeld å etablera eit verkeleg forhold til pasienten. Gjennom kommunikasjon formidlar menneske tankar og følelsar til kvarandre. Når menneske møtes er det kontinuerleg kommunikasjon mellom partane, både verbalt og nonverbalt. Sjukepleiaren blir kjent med pasienten som person gjennom kommunikasjon, og kan dermed identifisera pasienten sine behov på ein god måte. Travelbee (1999, s.135) hevdar at kommunikasjonen mellom pasienten og sjukepleiaren er svært sentral i sjukepleierutøvinga for å sikre at ein set i gong tiltak som samsvarar med pasienten sine behov.

I studien til Holme (2008) kjem det fram at det å vere godt informert gav pasientane og pårørande følelse av tryggleik og kontroll i den stressande situasjonen. Opplevinga av å motta realistisk, ærleg og regelmessig informasjon, viste seg å variere mellom deltakarane i studien. Det var eit spekter frå god informasjon til ingen informasjon. Deltakarane som opplevde og få lite og ingen informasjon syntes det var sårande. *"Jeg fikk absolutt ingen informasjon fra noen (sukker). Ikke i det hele tatt! Ved universitetssykehuset var vi ikke i så mange timer... Vi ble godt mottatt der og fikk mat og alt når vi kom der... Jeg snakket ikke med noen jeg faktisk, ikke med sykepleie eller lege. Det synes jeg er litt merkelig. Det er... (kremter). Jeg er litt skuffa. Jeg har sagt det til mannen min mange ganger nå"*. Eit par av deltakarane følte seg som "usynleg pårørande", der dei ikkje fekk eller etterspurde noko informasjon. På denne måten kan ein føle seg utanfor og ikkje ha kontroll over kva som skjer under eit hjerteinfarkt. Holme (2008) meiner det er ein tankevekkar at ektefellar ikkje tør å etterspørje informasjonen dei har krav på. Det skal ikkje vere slik at ein ikkje får nokon svar visst ei ikkje etterspør, her har sjukepleiarane ein sentral rolle. Dei som har søkt mindre informasjon eller spør færre spørsmål på grunn av deira sjukdomsforhold, har like stor rett på informasjon. I ein slik vanskeleg situasjon skal sjukepleiaren møte pasientens

behov for informasjon. Det kan virke som at sjukepleiarane ikkje klarer å møte pasienten sitt informasjonsbehov. Det er behov for meir planlagt og fullstendig informasjon. I følge pasient- og brukerrettighetslova (1999) har pasienten rett på informasjon. Med betre forståing for sjukdomen, kan pasientane føle ein sterkare motivasjon som igjen kan forbetre tilstanden.

Sett i eit anna lys, kan for mykje informasjon vere skremmande, unødvendig og overveldande i ein akuttsituasjon. Kan det føre til unødvendig frykt? Det er viktig å tilpasse informasjonen til kvar pasient. Informasjonen som vert gjeven må vere realistisk, ærleg og regelmessig. Dårleg informasjon kan for mange skape usikkerheit og oppleving av sårbarheit (Bastøe, 2011, s.92-93). Som både Eide og Eide (2007) og Travelbee (1999) skriv, er kvar enkelt pasient eit unikt individ med sine ulike behov. Ved ei innlegging må både pasienten og pårørande forhalde seg til mange ulike personar og personell. Dette kan vere stressande. I følge Holme (2008) kunne informasjon gjort akuttfasen lettare. Informasjonen som vart gitt i den akutte fasen var ofte spontan, uformell og opplevd som lite planlagt. Opplevinga var at det virka som om sjukepleiarane hadde liten heilhetleg plan. Dette førte til at informasjonen virka lite planlagt og ufullstendig. Det blir opplyst i studien til Holme (2008) at pasientane syntes at sjukepleiarane fortalte ofte om her og no situasjon, men pasientane savna meir informasjon om kva som skjedde og kvifor, og ein heilhetleg informasjon. Det kan tyde på at sjukepleiarane må bli meir bevisst på informasjonen som blir gitt. I følge Eide og Eide (2008, s.22) kunne klagen frå pasientar og pårørande, samt mykje utilfredsheit og stress i hjelpeyrket, truleg vore unngått viss helsepersonellet var trent opp til å kommunisera klokt og empatisk i vanskelege situasjonar. Gitt informasjon vert ikkje alltid oppfatta. I tillegg kjem det fram i studien til Holme (2008) at munnleg informasjon i seg sjølv ikkje er nok. Skriftleg informasjon er og ønska. Slik forklarar den eine deltakaren i studien det; *"Så vet du det akkurat der og da, men så glemmer du det, ikke sant!"*. Men det er viktig at skriftleg informasjon ikkje erstattar munnleg informasjon til pasientane. Bjørø og Kirkevold (2011, s.350) meiner at skriftleg informasjon kan minske angst og auke tryggleiken hos pasienten og pårørande. Eg har sjølv opplevd at så enkelt som ein brosjyre med informasjon kan vere ein stor trygging og til god hjelp for både pasienten og pårørande. Informasjon kan dempe usikkerheita.

I studien til Holme (2008) kjem det tydeleg fram at pasientane og pårørande følte seg ulikt behandla. Det å ikkje få same informasjon som andre, gav dei uttrykk for at dei syntes det var sårande, sjølv om dei opplevde sjukepleiarane imøtekommande, hyggelege og travle. Som sjukepleiar må ein opptre i tråd med yrkesetiske retningslinjer. Ein av grunnane til at me har yrkesetiske retningslinjer er at samfunnet skal vite kva dei kan forvente av sjukepleiarane. I tillegg treng sjukepleiarane retningslinjer ein kan rette seg etter. Som sjukepleiar har ein maktposisjon, som ikkje skal bli utnytta av sjukepleiarane (Sneltvedt, 2012, s.98-100). Sjukepleiarar, og helsepersonell generelt, har fleire etiske hensyn å forhalde seg til. Blant anna skal taushetsplikt beskytte pasientane. Deltakarane i artiklane vart sikra anonymitet og kunne trekke seg frå studien utan negative konsekvensar. Dei vart og informert både skriftleg og munnleg om hensikta og prosessen med studien. Brudd på yrkesetiske retningslinjer kan gi utestenging av fagforeininga (Sneltvedt, 2012, s.99). Studien Holme (2008) konkluderer med at det er sjukepleiarane som skal definera behovet for informasjon til pasienten og pårørande. På denne måten kan konsekvensen bli at nokon kan få mangelfull informasjon, mens andre kan få mykje informasjon. I følgje Arnetz et al., (2010) viste resultatane indirekte at det fortsatt er mykje mangel i vår forståing av moglege samheng mellom engasjement og pasient. Men pasienten si deltaking i helsevesenet sine beslutningar og beslutningsprosessen har vore forbunde med høg pasienttilfredsheit og betre behandlingresultat i kroniske sjukdommar (Höglund et al., 2010).

6 KONKLUSJON

I denne studien har eg prøvd å svare på problemstillinga: *Kva faktorar er viktig i utøvinga av sjukepleie til pasientar med hjerteinfarkt i akutfasen på eit akutt mottak?*

Det er fleire viktige faktorar i eit møte med ein pasient som har gjennomgått eit hjerteinfarkt. Faktorane studien fokuserte på var sjukepleie til pasientar med hjerteinfarkt, pasientmedvirkning og empowerment, kommunikasjon og informasjon til både pasient og pårørande. Både teorien og forskinga støttar viktigeita av desse faktorane. Det var noko utfordringar omkring forskning rundt studien sine tema. Dette kan tolkast som at det er lite fokus og forskning på dette området, og kan tyde på at ein treng meir forskning på dette området, både kvalitative og kvantitative.

Funna i artiklane viser at både informasjon og kommunikasjon kan bli betre mellom helsepersonellet, pasientane og pårørande. Pasientane kontakta helsevesenet seinare enn ønskeleg, då symptoma til pasientane ofte ikkje samsvarer med deira forventningar. Det kjem og fram at pasientane og pårørande treng å bli gjort merksame på retten til å delta. Ein felles grunnleggande føresetnad i alle gruppene var at pasientmedvirkning er verdifullt og ønskeleg i pasient- lege / sjukepleier møte med hjerteinfarktpasientar.

Dette er eit emne ein ikkje vil bli ferdig utlært på, korkje eg eller andre. Ein kan stadig bli flinkare og lære meir om pasientar som opplever eit hjerteinfarkt. Eg har lært mykje av å arbeide med denne studien og har tilegna meg ny kunnskap.

REFERANSELISTE

- Arnetz, J.E., Winblad, U., Höglund, A.T., Lindahl, B., Spångberg, K., Wallentin, L., Wang, Y., Ager, J. & Arnetz, B.B. (2010). Is patient involvement during hospitalization for acute myocardial infarction associated with post-discharge treatment outcome? An exploratory study. *Health Expectations (HEALTH EXPECTATIONS)*, 2010 Sep; 13 (3): 298-311. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1369-7625.2009.00588.x>
- Bastøe, L-V.H. (2011). Reaksjoner og strategier i bearbeiding av sykdom og skade. I I.M., Holter & T.E., Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (4.utg., s.81-104). Akribe AS.
- Bjørø, K. & Kirkevold, M. (2011). Kvalitet og kvalitetutvikling i sykepleie. I N. J., Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2.utg., s.343-380). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O.(2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5.utg). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H., & Eide, T. (2008). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. rev. og utv. utg ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2013). *Att göra systematisk litteraturstudier: Värdering, analyse och presentation av omvårdnadsforskning*. (3.utg). Stockholm: Natur & Kultur.
- Graff-Iversen, S., Selmer, R., Tverdal, Aa. & Hånes, H. (2015, 9.januar). *Hjerte- og karsykdommer - faktaark med helsestatistikk*. Henta frå http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6067&MainContent_6263=6464:0:25,6068&List_6212=6218:0:25,8089:1:0:0:::0:0

- Holme, A. N. (2008). Ektefellens behov for informasjon - når partner får akutt hjerteinfarkt. *Forskning nr 1, 2008; 3: 16–24*. Henta frå <http://sykepleien.no/forskning/2009/03/ektefellens-behov-informasjon-nar-partner-far-akutt-hjerteinfarkt>
- Höglund, A.T., Winblad, U., Arnetz, B. & Arnetz, J.E. (2010). Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences (SCAND J CARING SCI), 2010 Sep; 24 (3): 482-9*. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00738.x>
- Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J., Kristoffersen, F. Nortvedt & E.A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar. Bind 1* (2.utg., s.207-280). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Nakstad, R.N. (2014). Akutt hjertesykdom. I J. E., Haugen (Red.), *Akutt medisinsk sykepleie* (3.utg., s.127-142). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Norsk Helseinformatikk. (2013, 15.april). *Hva skjer i hjertet ved et hjerteinfarkt?* Henta 10. januar 2014 frå <http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/hjerte-kar/hjerteinfarkt-hva-skjer-i-hjertet-15410.html?page=2>
- Nortvedt, M.W., Jaamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!* (2.utg). Akribe AS.
- Nymark, C., Mattiasson, A., Henriksson, P. & Kiessling, A. (2009). The turning point: from self-regulative illness behaviour to care-seeking in patients with an acute myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing (J CLIN NURS), 2009 Dec; 18 (23): 3358-65. (39 ref)*. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02911.x>

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. Henta 16.februar 2015 frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetslova#KAPITTEL_3

Sneltvedt, T. (2012). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B.S., Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3.utg., s.97-116). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning- sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å, Gammersvik. & T,Larsen. (Red.), *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis* (s. 173-192). Bergen: Fagbokforlaget.

VEDLEGG 1

6.1 Resultattabell

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utval	Resultat
Arnetz, J.E., Winblad, U., Höglund, A.T., Lindahl, B., Spångberg, K., Wallentin, L., Wang, Y., Ager, J. & Arnetz, B.B. (2010). <i>"Is patient involvement during hospitalization for acute myocardial infarction associated with post-discharge treatment outcome? An exploratory study"</i> .	Hensikta er å undersøke sammenhengen mellom pasient si engasjement i den akutte sykdomsfasen og kortsiktige helseutfall.	Ein kvantitativ studie. Spørjeskjema.	11 sjukehus, frivillige hjerteinfarkt-pasientar under 75år.	Studien viser nokon assosiasjonar mellom helse, atferdsmessige utfall og engasjement etter hjerteinfarkt blei funnet.
Nymark, C., Mattiasson,	Hensikta var å finne ut kor lang	Ein kvalitativ studie.	Det var åtte menn og sju	Pasientane hadde problem med å

<p>A., Henriksson, P. & Kiessling, A. (2009). <i>"The turning point: from self-regulative illness behaviour to care-seeking in patients with an acute myocardial infarction"</i>.</p>	<p>tid det tar før pasientane oppsøker legehjelp frå symptoma på eit hjerteinfarkt startar.</p>	<p>Fokusgruppe-diskusjon.</p>	<p>kvinner i alderen 40-74 år som deltok i studien.</p>	<p>identifisera det nøyaktige tidspunktet for utbruddet av symptoma , ofte vage symptom. Pasientens erfaring med symptoma samsvares ikkje med deira forventningar.</p>
<p>Höglund, A.T., Winblad, U., Arnetz, B. & Arnetz, J.E. (2010). <i>"Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel"</i>.</p>	<p>Hensikta er å utforske og beskrive pasient og personale sine oppfatningar av pasienten si deltaking i omsorgs prosesser og beslutningar under sjukehusopphaldet for hjerteinfarkt-pasientar.</p>	<p>Ein kvalitativ studie. Fem tematiske fokusgruppe-intervjuar blei gjennomført.</p>	<p>Menn og kvinner, yngre enn 75år (alderen varierte frå ca. 40-74 år). Nylig utskreven frå sjukehus etter eit hjerteinfarkt. Totalt 8 pasientar og 17 personell (12 kvinner og fem menn i alderen 25-60 år) frå svenske</p>	<p>Pasientane treng å bli gjort merksam på si rett til å delta. Helsepersonell treng støtte og opplæring for å utvikle hensiktsmessige kommunikasjonsevner i alle fasar av eit hjerteinfarkt.</p>

			sjukehus.	
Holme, A. N. (2008). <i>"Ektefellens behov for informasjon - når partner får akutt hjerteinfarkt"</i> .	Hensikta med studien var å beskrive ektefellen sine erfaring og opplevingar rundt eit hjerteinfarkt, og tida etter utskrivinga.	Ein kvalitativ studie. Fokusgrupper, tatt opp på band.	Gjennomgått eit hjerteinfarkt og under 70 år. Ni informantar i alderen 42-66 år. Åtte kvinner og ein mann.	Studien finner at ektefellanes erfaringar viste å ha fått god informasjon til ingen informasjon.

Kilde:

<http://ezproxy.hsh.no:2476/ehost/detail/detail?vid=8&sid=1075333d-39b5-4c40-aa7c-32bccb344da7%40sessionmgr4003&hid=4114&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2010741429>

<http://ezproxy.hsh.no:2476/ehost/detail/detail?vid=7&sid=1075333d-39b5-4c40-aa7c-32bccb344da7%40sessionmgr4003&hid=4114&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2010472821>

<http://ezproxy.hsh.no:2476/ehost/detail/detail?vid=6&sid=1075333d-39b5-4c40-aa7c-32bccb344da7%40sessionmgr4003&hid=4114&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=c8h&AN=2010763251>

<http://sykepleien.no/forskning/2009/03/ektefellens-behov-informasjon-nar-partner-far-akutt-hjerteinfarkt>