



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Pilestredet,
Fakultet for helsefag**

Kandidatnummer: 202

Bacheloroppgave

SYBA3900

Dato: 13/3-2017

Klasse: 3E

Kull: 2014

Antall ord:11954

Kvinner og akutt hjerteinfarkt

Hvordan kan sykepleiers samtaler, før hjemreise fra sykehus, bidra til mestring hos kvinner som har hatt et akutt hjerteinfarkt?



HIOA institutt for sykepleie

2017

Akutt hjerteinfarkt hos kvinner

Bakgrunn og hensikt: «Hjertesykdom er den største kvinnedreperen i Norge». Sykepleier har kort tid til å snakke med kvinner om sentrale temaer etter et hjerteinfarkt, før hjemreise. Min hypotese er at kvinnene mestrer tiden rett etter infarkt bedre, dersom sykepleier snakker med dem om de viktigste temaene før hjemreise.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiers samtaler, før hjemreise fra sykehus, bidra til mestring hos kvinner som har hatt et akutt hjerteinfarkt?

Metode og forskningdesign: Forskningsdesignet er en allmenn litteraturstudie (overview), bestående av kvalitativ og kvantitativ data. Gjennomsøkte databaser er: PubMed, Medline, Ovid, EbscoHost, Cinahl, SweMed+ og Pro-quest. I tillegg søk i Google og sykepleien.no

Resultat: Kvinner trenger informasjon om medisiner, fysisk aktivitet, arbeidssituasjon og gjenopptagelse av seksualliv etter hjerteinfarkt. Noen er deprimerte, og noen skjuler følelsene sine. Kvinner opplever mer mentalt stress enn menn etter infarkt, samtidig som andre evner å se livet i et nytt perspektiv.

Diskusjon: Søkeresultatet ble til fire artikler og en doktorgradsavhandling. Disse dannet grunnlag for følgende tre hovedtemaer i diskusjonsdelen:

- **Praktiske forhold etter hjerteinfarkt**
- **Det er omsorg i å snakke med kvinner om seksualitet**
- **Mestring av psykologiske reaksjoner etter hjerteinfarkt**

INNHold

1.0 INNLEDNING.....	6
1.1 Bakgrunn og motivasjon for oppgaven.....	6
1.2 Problemstilling.....	7
1.3 Presisering og avgrensing av oppgaven.....	7
1.4 Begrepsavklaringer.....	8
1.5 Oppgavens oppbygning.....	9
2.0 BAKGRUNNSFORSTÅELSE - AKUTT HJERTEINFARKT.....	10
2.1 Kvinner og hjerteinfarkt.....	10
2.2 Koronar angiografi, PCI og medisinsk behandling.....	11
3.0 FORANKRING AV SYKEPLEIE.....	13
3.1 Juridiske og etiske aspekter.....	13
3.2 Travelbee – Kommunikasjon og det mellommenneskelige forholdet i sykepleie.....	14
3.3 Benner og Wrubel – Omsorgens betydning for stress og mestring.....	15
3.4 Oppsummering av teori.....	15
4.0 TEORETISK RAMMEVERK.....	17
4.1 Krise.....	17
4.2 Mestring og mestringsstrategier.....	18
4.3 Kommunikasjon.....	18
5.0 PRESENTASJON AV METODE.....	20
5.1 Forskningsdesign.....	20
5.2 Førforståelse.....	21
5.3 Litteratursøk.....	21
5.4 Litteratur, søkeresultater og kildekritikk.....	24
5.4.1.Kvalitetssikring med sjekklister fra kunnskapssenteret.....	26
5.5 Temaer som fremkom etter gjennomgang av valgt forskning.....	26
6.0 DISKUSJON – OMSORG OG SAMTALENS BETYDNING FOR KVINNERS MESTRING ETTER AKUTT HJERTEINFARKT.....	27
6.1 Sykepleierens terapeutiske bruk av seg selv i møte med kvinner i krise.....	27
6.2 Rammebetingelser.....	28
6.3 Kommunikasjon som verktøy.....	29
6.4 Praktiske forhold etter hjerteinfarkt.....	30
6.4.1 Medikamenter.....	30
6.4.2 Arbeid.....	31
6.4.3 Fysisk aktivitet.....	32

6.4.4	Komplikasjoner og informasjonsbehov	32
6.5	Det er omsorg i å snakke med kvinner om seksualitet.....	33
6.6	Mestring av psykologiske reaksjoner etter hjerteinfarkt.....	36
6.6.1	Se muligheter og ikke bare utfordringer	37
6.6.2	Fysisk rehabilitering gir psykisk mestring.....	38
6.6.3	Åpenhet og samtale som mestringsstrategi.....	38
6.7	Empati og sympati er forståelse for akkurat den kvinnen man har foran seg.....	39
6.8	Gjensidig forståelse og kontakt for å oppnå omsorg.	40
6.9	Oppsummering – kvinner – omsorg – samtaler – mestring.	40
7.0	AVRUNDING	42
8.0	ETTERORD.....	43
9.0	KILDER.....	44
	VEDLEGG Artikkelmatrise.....	48

1.0 INNLEDNING

Da jeg var yngre opplevde jeg at en venn av familien fikk akutt hjerteinfarkt like etter sin tredje fødsel. Hun tilbrakte åtte uker av barseltiden på et rehabiliteringssenter med sin nyfødte datter, og mannen hennes og de to eldste barna var hjemme. Hjerteinfarkt er ikke vanlig for kvinner i hennes alder, men hennes historie har gjort inntrykk på meg.

I 2015 ble 12000 nordmenn rammet av akutt hjerteinfarkt, 33% av pasientene var kvinner (Kvalitetsregisteret, 2016). I skrivende stund har Aftenposten et hovedoppslag om hjerteinfarkt, der en kvinne i 40 årene er avbildet og intervjuet. Livet ble vanskelig sier hun (Dommerud, 2017).

Hjertesykdom er den største kvinne-dreperen i Norge. Det forskes mer på brystkreft enn kvinnelig hjerteinfarkt, selv om hjerteinfarkt dreper flere kvinner. Dette skriver forskningsjournalist Bergstrøm (2015), og det gjorde meg oppmerksom på omfanget av sykdommen hos kvinner. Bergstrøm har hentet informasjon fra boken Kvinnehjertes (Løchen & Gerds, 2015). Til sammenligning er det i USA en fordobling av hjerteinfarkt hos kvinner med høyt stressnivå og usunn livsstil, sammenlignet med kvinner med normalt nivå av mentalt stress og usunn livsstil (Alcántara et al., 2015). Hvordan opplever kvinner et akutt hjerteinfarkt, og hva trenger de for å mestre tiden etter hjerteinfarkt? Disse spørsmålene har inspirert meg til å skrive om temaet kvinner og hjerteinfarkt.

1.1 Bakgrunn og motivasjon for oppgaven.

Gjennom en karriere som sykepleier møter man mennesker med komplekse sykehistorier, og sannsynligheten for at mange av dem har erfaring med hjerteinfarkt, er stor. Det er alltid nyttig å vite hvordan dette påvirker mennesket psykisk og fysisk.

Denne bacheloroppgaven skal handle om sykepleie til kvinner med akutt hjerteinfarkt. Å være sykepleier og ivareta kvinner i en slik situasjon krever at man har kunnskap om akuttsykepleie, kommunikasjon, psykologi samt kunnskap om pasienters opplevelse av krise (Mæland, 2006).

Vi vet at hjerteinfarkt hos kvinner skiller seg fra hjerteinfarkt hos menn, både når det gjelder risikofaktorer, symptomer, diagnostisering, diagnostiske tester og behandling (Ørn & Brundvand, 2011). Det er større sannsynlighet for at kvinner dør av hjerteinfarkt sammenlignet med menn, fordi de kommer for sent til behandling (Løchen & Gerds, 2015).

Men hvordan har kvinner det etter hjerteinfarkt? På bakgrunn av dette motiveres jeg av å finne ut hvordan disse kvinnene kan veiledes og ivaretas før hjemreise fra sykehus. Jeg har hatt en samtale med en treningsveileder som trener hjerteinfarktpasienter i grupper i rehabiliteringsfasen. Hun kunne fortelle at mange pasienter har en oppfatning av at de ikke hadde fått god informasjon på sykehuset ved utskrivelse. Mange av pasientene hennes mente at det gikk flere uker før de fikk tilfredsstillende informasjon, og mange måtte selv skaffe informasjon fra ulike kilder (Berg-Olsen, 2017). Dette bekreftes også med forskning (J. Smith & C. Liles, 2007). Hvorfor reiser pasienter hjem med en opplevelse av at de ikke har fått informasjon? På bakgrunn av dette blir problemstillingen som følger:

1.2 Problemstilling.

Hvordan kan sykepleiers samtaler, før hjemreise fra sykehus, bidra til mestring hos kvinner som har hatt et akutt hjerteinfarkt?

1.3 Presisering og avgrensning av oppgaven.

Denne bacheloroppgaven skal handle om sykepleiers kommunikasjon med kvinner som har hatt et hjerteinfarkt, før de drar hjem fra sykehus. Noe litteratur beskriver at alder og livssituasjonen har større betydning enn kjønnsperspektivet når det gjelder reaksjoner og behov etter et hjerteinfarkt. På den annen side må helsepersonell fokusere på kjønnsperspektivet for å få økt kunnskap om kvinner og hjerteinfarkt (Løchen & Gerdts, 2015; Xu et al., 2015).

Jeg skal på bakgrunn av dette, med aktuell litteratur og forskning på temaet, sette lys på hva samtalen med kvinnene bør inneholde for å oppleve mestring i overgangsfasen fra sykehus til hjemmet. Jeg vil presisere at tiltakene vil rette seg mot psykososiale behov, så vel som konkrete praktiske behov. Mæland (2006) skriver at informasjon må doseres på rett måte og til rett tid, og sykepleiere som er en del av et tverrfaglig team rundt pasienten, har et ansvar for dette. Jeg har valgt kommunikasjon som teori fremfor den didaktiske relasjonsmodell, fordi jeg mener informasjon i form av undervisning er mer aktuelt for pasienten på et senere tidspunkt. Det kan være vanskelig for pasienter å lære noe så tidlig etter infarkt (Mæland, 2006).

Oppgaven går ikke i dybden på legens informasjon om sykdom og årsak, selve inngrepet og fremtidige medisiner. Oppgaven beskriver ikke detaljerte anbefalte livstilendringer, detaljert trening eller fysisk rehabilitering, da dette på et senere tidspunkt er undervisningsbasert på hjerteskolene (lærings- og mestringssenter ved helseforetakene) og hos fysioterapeuter.

Oppgavens fokus er kvinnen, ikke pårørende. Om kvinnene har hatt medisinsk eller invasiv behandling har ingen betydning for det som drøftes, da opplevelsen av krise og mestring for kvinnene i mange sammenhenger er lik (Cullberg, 2008; Mæland, 2006). Jeg bruker benevnelsene kvinne, pasient og henne samt jeg, meg og sykepleieren for variasjon og bedre flyt i språket.

1.4 Begrepsavklaringer.

Her defineres begrepene som er avgjørende for umiddelbar forståelse av oppgavens problemstilling. Redegjørelse av andre begreper vil gjøres fortløpende i oppgaven.

Konteksten der sykepleiers handlinger skjer i denne oppgaven, er i sykehus. Etter noen dager på sengepost etter koronar angiografi, medisinsk behandling og eventuelt PCI (percutan coronary intervention), og før pasienten skal til hjemmet. Dette er en fase før pasienten følges opp av fastlege og før pasienten tilbys hjertescole, hjertegruppetrening og annen rehabilitering. Hjertescole er et tilbud alle blir oppfordret til å delta på noen uker etter et hjerteinfarkt. Jeg vil presisere at for noen pasienter vil et rehabiliteringsopphold i institusjon rett etter sykehusutskrivelse være aktuelt (Mæland, 2006; St.Olavs-Hospital, 2017).

Hjerteinfarkt er en irreversibel skade i et område av myokard på grunn av vedvarende og alvorlig iskemi (Mæland, 2006). Dette skjer på grunn av hel eller delvis okklusjon av kransarteriene, noe som krever medisinsk eller invasiv behandling for overlevelse (Ørn & Brundvand, 2011).

Samtale er begrepet som er benyttet i problemstillingen. Det er videre benyttet kommunikasjonsteori i oppgaven.

Mestring er de kognitive og atferdsmessige anstrengelser som bidrar til å takle spesifikke ytre eller indre krav som oppleves belastende (Cullberg, 2008; Moesmand & Kjøllesdal, 2004). Bidrag til mestring er ingen motgift til stress, men en strategi sykepleier velger for å hjelpe (Benner & Wrubel, 2001).

1.5 Oppgavens oppbygning.

Oppgavens første del, etter innledning og bakgrunnsforståelse, består av Joyce Travelbee og Benner & Wrubel's sykepleierteoretiske forankring. Etske og juridiske faktorer som er sentrale trekkes også frem her. I kapittel 4.0 redegjør jeg for det teoretiske rammeverket, som videre drøftes i kapittel 6.0. Metoden som er valgt for å besvare problemstillingen presenteres under kapittel 5.0. I kapittel 6.0 drøftes omsorgen og samtalene som kvinner trenger for å mestre hjemreise etter akutt hjerteinfarkt. Resultatet av litteratursøket presenteres som tre hovedtemaer under kapittel 6.4, 6.5 og 6.6. Temaene drøftes med teori, aktuell litteratur og forskning. Teori og sykepleieforankring diskuteres også i 6.1, 6.2, 6.3, 6.7 og 6.8 – der overskriftene speiler teorien og Travelbees interaksjonsfaser. Videre er dette forankret i etikk og jus. Sitatene i kapittel 6 er uttalt av kvinner. Deretter følger en oppsummering, før oppgaven avsluttes med en avrunding og etterord. Tilslutt er litteraturliste og artikkelmatrisen vedlagt.

Plan og presentasjon av bacheloroppgaven som beskrevet ovenfor er motivert av Forsberg & Wengstrøms (2013) åttepunkts strategi (A-H) for gjennomføring (presentert på side 20).

Punkt A og B tilsvarer overskriftene 1.0-1.5.

2.0 BAKGRUNNSFORSTÅELSE - AKUTT HJERTEINFARKT

Hjerteinfarkt er en tilstand der det skjer en rask forsnævring av en koronararterie. Dette vil etterhvert føre til død av den delen av hjertemuskulaturen (myokard) som forsynes av den tilstoppede arterien. Hjerteinfarkt deles inn i to typer; STEMI og ikke-STEMI. Når hjerteinfarkt oppstår som følge av at en arterie gradvis blir mer forsnævret, kalles det et ikke-STEMI (ikke-ST-hevningsmyokardinfarkt) (Ørn og Brundvand, 2011). Ved et ikke-STEMI er arterien delvis blokkert. Pasienten vil oppleve smerter ved anstrengelser eller i hvile, og smertens intensitetsgrad varierer ut i fra hvor stor del av arterien som er forsnævret. Reduksjonen i diameter må være over 90% for å gi smerter i hvile (Løchen & Gerds, 2015). EKG viser ST-senkning og en negativ T-takk. Blodprøver vil vise lett stigning i infarktmarkører. Det er ingen elevasjon i ST linjen, derav navnet ikke-STEMI (Ørn & Brundvand, 2011).

STEMI (ST-elevasjonsmyokardinfarkt) er en plutselig totalokklusjon av arterien, og EKG vil da vise en forandring som kalles ST-elevasjon. Ultralyd vil vise redusert kontraksjon i det aktuelle området og blodprøver vil vise stigning i infarktmarkører. Ved denne type infarkt er det iskemi i hele myokardtykkelsen, altså i alle lagene av hjertemuskulaturen. Pasienten opplever intense og vedvarende smerter (Ørn & Brundvand, 2011). Ofte er smertene så intense at pasienten blir blek, clam og kaster opp. Akutt hjertesvikt kan oppstå dersom arterien ikke åpnes raskt. Hjertemuskelcellene i infarktområdet mister sin sammentrekningskraft etterhvert som cellene nekrotiserer, jo større det iskemiske området er, jo dårligere blir pumpeevnen. Venstre ventrikkels pumpeevne kan fort bli så dårlig at den ikke klarer å opprettholde det systemiske blodtrykket. Ventrikkelen vil heller ikke være i stand til å ta imot blod fra lungekretsløpet, dermed får pasienten lungestuvning som kan utvikle seg til lungeødem. Det er videre fare for ruptur av hjertemuskelen fordi vevet er svekket. Det blir da blod i perikardhulen noe som fører til hjertetamponade (væskeansamling i hjerteposen) og pasienten dør (Ørn & Brundvand, 2011).

2.1 Kvinner og hjerteinfarkt.

For kvinner er 76 år gjennomsnittsalderen for hjerteinfarkt. Gjennomsnittlig er dette ti år senere enn menn, årsaken er ukjent. En kvinne som røyker har samme risiko for å få hjerteinfarkt som en ikke-røykende mann (Løchen & Gerds, 2015). Kvinner har mer varierte og uspesifikke symptomer enn menn ved iskemisk hjertesykdom. 70% av menn opplever

sterke brystmerter med utstråling til arm og skulder, mens 60% av kvinner får disse symptomene. Press i brystet forekommer hos over 90% av både menn og kvinner. Likevel får kvinner oftere atypiske symptomer både før og under et hjerteinfarkt. Eksempelvis verk i ryggen, nakken, kjeven, armene, mellomgulvet, eller mer uspesifikke symptomer som slitenhet, tungpusthet, eller kaldsvette. Trøtthet, uvelhet, kvalme, fordøyelsesproblemer og søvnproblemer er rapportert som varselsymptomer i dager eller uker i forkant av infarkt (Løchen & Gerds, 2015).

Ovenfor ble hjerteinfarkt som følge av stenoser og okklusjoner i koronararteriene beskrevet. Dette kalles obstruktiv iskemisk hjertesykdom. Ca. 80 % av kvinner får denne typen hjerteinfarkt. Hos 20 % av kvinner med akutt hjerteinfarkt påvises det ingen stenose i koronararterien. Dette kalles non-obstruktiv iskemisk hjertesykdom, og er vanligere hos kvinner enn hos menn. I disse tilfellene er det åreforkalkningsforandringer (plakk eller forandringer i arterieveggen). Tidligere antok man at forkalkningene ikke hadde betydning for blodgjennomstrømmingen i arteriene, men ny forskning viser at slike forandringer faktisk har en sammenheng med surstoffmangel i hjertemuskelen, hos pasienter med hjerteinfarkt (Løchen & Gerds, 2015).

2.2 Koronar angiografi, PCI og medisinsk behandling.

Ved koronar angiografi føres et kateter inn i koronararteriene via arteria radialis eller arteria femoralis. Gjennom kateteret sprøytes kontrastvæske inn i årene, og ved hjelp av en bildeskjerm kan legen påvise trange eller eventuelt helt tette partier. Dersom det er trange partier, utføres en perkutan koronar intervensjon (PCI), som er en reparasjon av åreveggen. Kateteret har en uoppblåst ballong på tuppen. Når kateteret når det trange partiet blåses denne ballongen opp slik at arterieveggen presses utover. Det settes så inn en stent for at arterien ikke skal falle inn igjen (Ørn & Brundvand, 2011).

Ved STEMI er det avgjørende at arterien åpnes så raskt som mulig. Medisinsk behandling med antirombotiske legemidler gis i påvente av akutt PCI behandling (Ørn & Brundvand, 2011). Når det gjelder ikke-STEMI kan pasientene vente 24-48 timer før de utredes med koronarangiografi. I mellomtiden består behandlingen av å forhindre at okklusjonen blir så stor at arterien tettes. Behandlingen består av antitrombotiske legemidler, både acetylsalisylsyre (platehemmer) og heparin (antikoagulerende). Smertestillende og kvalmestillende gis ved behov. Pasienten skal være sengeliggende for å holde hjertets

oksygenbehov så lavt som mulig. Dersom pasienten ikke responderer på medisinsk behandling vil angiografi bli utført så raskt som mulig (Ørn & Brundvand, 2011).

3.0 FORANKRING AV SYKEPLEIE

3.1 Juridiske og etiske aspekter.

De juridiske rammene for helsehjelp er styrende, særdeles viktig er det å være bevisst på formålet i helsepersonelloven (1999). I § 1 tydeliggjøres lovens formål, som er å bidra til sikkerhet for pasienter, kvalitet i helsetjenesten samt tillit til helsepersonell og helsetjeneste. I lys av problemstillingen i denne oppgaven, trekker jeg særlig frem forsvarlighetskravet i § 4. Forsvarlighetskravet tydeliggjør at jeg skal utføre mitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra mine kvalifikasjoner, arbeidets karakter, og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, innhente bistand, eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell, se helsepersonelloven § 4 (1999). Dette betyr at sykepleier må ha innsikt i egen kompetanse. Jeg har en funksjon og et ansvar for å bidra til tverrfaglig samarbeid med psykolog, sosionom og fysioterapeut der det gagnar kvinnen. Kvinnen har rettigheter som beskrevet i Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2: «pasienten skal ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om risiko og bivirkninger» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Omsorgen jeg gir må også sees i lys av yrkesetiske retningslinjer der sykepleiers verdigrunnlag er nedfelt. Jeg vil trekke frem deler av retningslinjene som jeg ser i sammenheng med pasientene jeg møter i en sykehuskontekst. NSF's yrkesetiske retningslinjer (2011), uttrykker at all sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt. Retten til å være medbestemmende og ikke å bli krenket, er også viktig. Det står videre at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og verdighet. Sykepleier forplikter også å kjenne grenser for egen kompetanse og søke veiledning i vanskelige situasjoner (Norsk sykepleierforbund, 2011). Etisk bevissthet er en viktig forutsetning for god omsorg, der de fire etiske prinsipper som legges til grunn for pasientbehandling er velgjørenhet, rettferdighet, autonomi og ikke-skade (Slettebø, 2002).

3.2 Travelbee – Kommunikasjon og det mellommenneskelige forholdet i sykepleie.

Særpreget i Joyce Travelbees sykepleietenkning er den vekt hun legger på mellommenneskelige forhold, dette er også gjenspeilet i de juridiske og etiske aspektene. Hun har følgende definisjon av sykepleie: «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» (Kirkevold, 2001, p. 113).

Travelbee fremhever betydningen av kommunikasjon og at hvert menneske er unikt og må behandles på en måte som gjenspeiler dette. Travelbee beskriver også hvordan sykepleier bør bruke seg selv i relasjon med pasienter, noe jeg ser i lys av hva en pasient med nylig gjennomgått hjerteinfarkt trenger. Når kommunikasjon og interaksjonsfasene brukes sammen med sykepleien, kaller Travelbee dette terapeutisk bruk av seg selv, nærmere bestemt: «Bevisst bruk av personlighet og kunnskap for å bidra til forandring hos kriserammede personer. Forandringen er terapeutisk når den avhjelper personens plager» (Kirkevold, 2001, p. 119).

For at sykepleieren og pasienten skal etablere et menneske- til-menneskeforhold, vil det være nødvendig med en rekke gjennomgåtte interaksjonsfaser (Kirkevold, 2001).

Disse fasene er:

Det innledende møtet: Her møter sykepleier kvinnen for første gang. De danner seg et bilde av hverandre. Sykepleieren har en god anledning til å observere kvinnen og se etter det særegne hos akkurat henne. Dette avhenger i stor grad av sykepleiers evne og interesse for andre individer.

Fremvekst av identiteter: Etter hvert som sykepleier og kvinnen blir bedre kjent, blir de også i stand til å sette pris på den andres egenart samtidig som de kan etablere bånd. Sykepleieren får en begynnende forståelse av hennes oppfatning av situasjonen.

Empati: Empati er en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer. Det er i hovedsak evne til å gå inn i, eller dele og forstå den psykologiske tilstanden hos et annet individ.

Sympati: Evnen til å sympatisere, er et resultat av å føle empati. Sympati er noe sykepleier føler når hun er genuint opptatt av å hjelpe pasienter til mestring etter et hjerteinfarkt

Gjensidig forståelse og kontakt: Ingen fase i seg selv, men etableringen av et menneske-til-menneskeforhold, som er et resultat av interaksjonsfasene som har skjedd i fasene forut (Travelbee, 2001).

3.3 Benner og Wrubel – Omsorgens betydning for stress og mestring.

Benner og Wrubels (2001) teori er valgt på grunn av deres definisjon av stress og mestring. I situasjoner der mennesker må ha hjelp til å mestre situasjonen de er kommet opp i, oppleves et sammenbrudd som kalles *stress*. Benner og Wrubel bruker hjertesykdom som eksempel på at personer føler at sykdommen innvirker på og forandrer livet. De beskriver at det varierer om det er pasientens egen opplevelse av sykdom, eller om det er den patologiske tilstanden i seg selv som forårsaker mest stress hos mennesker. Stresset oppleves ulikt fra person til person, avhengig av menneskets ulike forutsetninger (Kirkevold, 2001).

Mestring er ingen motgift til stress, men er den strategi man velger for å hjelpe. Som sykepleier har jeg et ansvar for å bidra til at kvinner mestrer ut fra egen opplevelse av situasjonen. Benner og Wrubel (2001) tar avstand fra abstrakte idealer om hva god mestring er. Dette takles helt forskjellig ut fra hva som er viktig for dem, deres historie og nåværende situasjon. Man kan tenke seg et at en kvinne opplever at et akutt hjerteinfarkt setter alle hennes planer for fremtiden på vent, istedenfor oppstår en redsel for nytt hjerteinfarkt og begrensning på livsutfoldelse. For eksempel muligheten for å gå gravid hos yngre kvinner eller være omsorgspersoner i en travel hverdag?

Benner og Wrubels (2001) skriver at det er uheldig å overføre normale mentale helsetilstander til mennesker som er syke og redde, fordi man da lett kan bagatellisere deres redsel. Bidrag til mestring, er involvering og engasjement fra sykepleieren. Denne situasjonen kan aldri ha en fasit. Travelbees (2001) teori underbygger denne teorien ved å si at behandling aldri må puttes inn i et eget kategoriseringssystem.

3.4 Oppsummering av teori.

Travelbee og Benner og Wrubel er teorier med samme fokus – nemlig omsorg som fundament for all menneskelig eksistens. Et fellestrekk er eksempelvis at Travelbee sier at man må finne mening i livets ulike erfaringer, og Benner og Wrubel sier at sykepleier må bidra til at mennesker i krise må finne en annen mening i situasjonen (Kirkevold, 2001). Travelbee

(2001) beskriver også at pasienten knytter sitt eget meningsinnhold til sykdom og de erfaringene som gjøres, det samme gjør Benner og Wrubel (2001). Mestringsbegrepet isolert sett, utdypes ikke av Travelbee, men hun setter det inn i kontekst med begrepet sykdom: «å mestre erfaringer med lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 2001, p. 29).

Travelbee og Benner og Wrubels teorier utfyller hverandre. Benner og Wrubel gir et nyansert og gjennomførbart bilde på hvordan jeg skal hjelpe pasienter fra stress til mestring. Men de mangler konkrete retningslinjer for hvordan sykepleien bør gjennomføres. Her er Travelbees interaksjonsfaser i et menneske-til-menneskeforhold mer konkret, og de kan overføres til en sykepleiers hverdag.

Begge teoriene er i tråd med Helsepersonelloven (1999), NSF yrkesetiske retningslinjer (2011) samt Rammeplanens (2008) punkt om pleie, omsorg og behandling. Faglig forsvarlig sykepleie krever kunnskap om hvordan sykdom innvirker på mennesket samt sykdommens betydning for livskvalitet, velvære, håp og mestring. Sykepleien som utføres skal ivareta pasientens grunnleggende behov og forhindre at det oppstår komplikasjoner og tilleggslidelser (Kunnskapsdepartementet, 2008).

4.0 TEORETISK RAMMEVERK

4.1 Krise.

Kriser utløses etter sykdom, som for eksempel hjerteinfarkt, og det oppleves truende på pasientens identitet, og det er knyttet til tap av funksjon. En krise overstiger ofte mestringskapasiteten, og depresjon og angst utvikles ofte hos mennesker som opplever dette (Håkonsen, 2014). Et hjerteinfarkt inntreffer brått og uventet og kan ledsages av akutt dødsangst samt sterke smerter. Pasienten opplever situasjonen som skremmende og truende.

Cullberg (2008) beskriver en psykisk krise slik «en tilstand hvor tidligere erfaringer og innlærte reaksjonsmåter ikke er tilstrekkelig for å mestre den aktuelle situasjonen» (Cullberg, 2008, p. 14). Han skriver videre at krisereaksjonen deles inn i fire faser. I denne oppgaven belyses de to første fasene, da de sammen utgjør krisens akutte fase, som er mest relevant for problemstillingen.

I sjokkfasen oppstår et kaos av følelser, og det er vanskelig å forstå det som har skjedd. Denne fasen varer i alt fra et øyeblikk til et par døgn. Det er ingen fasit på hvordan mennesker takler denne fasen, mange glemmer i ettertid hva som ble gjort og sagt og det er derfor svært viktig at informasjon som gis i denne fasen, gjentas senere. I denne akutte fasen kan bevisstheten bli uklart. Dette er en beskyttelsesmekanisme – personen prøver å fortrenge og benekte hendelsen (Cullberg, 2008).

Reaksjonsfasen starter når personen er nødt til å åpne øynene for det som har skjedd og skal skje. I denne fasen er pasienten mer mottakelig for informasjon. Fasen varer i ca. 4-6 uker. Personen forsøker å finne en mening med hendelsen og ofte er det en skyldfølelse knyttet til dette. Personen kan forsøke å legge skyld på seg selv eller andre. Det er vanlig å stille spørsmål rundt krisen. «Hvorfor meg? Dette er urettferdig» (Cullberg, 2008).

Mæland (2006) skriver, i likhet med Cullberg, at sjokkfasen normalt varer fra et øyeblikk til noen dager. Et sykehusopphold etter hjerteinfarkt varer normalt noen dager, og det kan derfor antas at pasienten starter på reaksjonsfasen før hjemreise. Et tegn på at pasienten beveger seg over i reaksjonsfasen er at hun begynner å ta innover seg det som har skjedd, stiller spørsmål, ofte med økende tegn til bekymring og angst (Mæland, 2006). Med det som utgangspunkt kan sykepleier oppdage når pasienten begynner å bli mottakelig for de viktige samtaleene.

4.2 Mestring og mestringsstrategier.

Mestring kan defineres som kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å takle spesifikke ytre eller indre krav som oppleves som belastende, eller som overskrider en persons ressurser (Cullberg, 2008; Moesmand & Kjøllesdal, 2004). Det handler altså om å kunne vurdere og ta inn den situasjonen man er i og kunne vurdere hvilke muligheter man har. Har man kontroll over situasjonen og vet hva man skal gjøre, gir det en mestringsfølelse. Mestring kan forklares som en ferdighet som kan læres. Et hjerteinfarkt oppleves som en krise og pasienten vil ha behov for informasjon som kan hjelpe til mestring. Etter et hjerteinfarkt har sykepleier et ansvar i å hjelpe pasienten til mestring (Kristoffersen, 2008).

Håkonsen (2014) skriver at mestring kan deles inn i følelsesfokusert mestring og problemfokusert mestring. Følelsesfokusert mestring har som formål å bearbeide de følelsene og reaksjonene hendelsen har medført, og derigjennom eliminere det følelsesmessige ubehaget. Følelsesfokusert mestring endrer ikke sykdommen, men vil hjelpe pasienten å akseptere den. Følelsesfokusert mestring er viktig i svært stressende og krevende situasjoner der en opplever situasjonen ikke kan forandres. Problemfokusert mestring handler om å løse eller bedre årsaken til det aktuelle problemet gjennom handling og adferd. Problemfokusert mestring er nyttig når personen føler at situasjonen er mulig å løse (Håkonsen, 2014).

4.3 Kommunikasjon.

Eide og Eide (2007) beskriver hjelpende kommunikasjon som anerkjennende, trygghetsskapende, samt tillitsskapende. Hjelpende kommunikasjon er pasientrettet og formidler informasjon på måter som er problemløsende og påvirker pasienten til å kontrollere sin situasjon best mulig. Det finnes ingen fasit på hva som er mest hjelpende eller problemløsende (Eide & Eide, 2007).

Empati, fagkunnskap og målorientering utgjør en triade av forutsetninger for god profesjonell kommunikasjon og omsorg. Empati beskrives som evnen til å forstå andres følelser og reaksjoner, samt å være i stand til å sette seg inn i en annens situasjon. Empati er en forutsetning for all god hjelpende kommunikasjon (Eide & Eide, 2007).

I profesjonell sammenheng handler empati like mye om tilbakemelding, som forståelse. I samtale med en pasient holder det ikke å kun vise forståelse og medfølelse. Sykepleier har et

ansvar i å gi tilbakemelding på at følelsen er oppfattet, at den blir respektert og tatt hensyn til, verbalt, nonverbalt eller gjennom handling.

For at en sykepleier skal være i stand til å sette seg inn i pasientens situasjon, kreves det fagkunnskap på det aktuelle området. En sykepleier som jobber i hjerteavdeling må ha kunnskap om hjerteinfarkt og infarktpasientens behov, samt reaksjonsmønster, for å kunne kommunisere med denne pasientgruppen. Det er nær sammenheng mellom fagkunnskap og evnen til profesjonell empati (Eide & Eide, 2007).

I tillegg til empati og fagkunnskap, er målorientering den tredje forutsetningen for omsorgsfull hjelpende kommunikasjon. Sykepleierforbundets formulering av sykepleiers formål er «Å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse og å lindre lidelse» (Eide & Eide, 2007, p. 45). Dette innebærer ulike tiltak i forskjellige situasjoner, og en del av målorienteringen handler derfor om å finne ut hva den enkelte pasient har behov for, for å oppnå mestring. Det handler også om å delaktiggjøre pasienten i denne prosessen (Eide & Eide, 2007).

5.0 PRESENTASJON AV METODE

Samfunnsvitenskapelig metode har til hensikt å etablere kunnskap om hvordan den sosiale virkeligheten ser ut. Forskeren må bruke en metode som gjør det mulig å sannsynliggjøre om de antakelser man har innenfor et tema er riktige (Johannessen, Christoffersen, & Tuft, 2011).

Kvalitativ metode betyr at de data som er samlet inn, er basert på et meningsbærende språk der informantens meninger, erfaringer, intensjoner og holdninger står sentralt. Som forskningsmetode bidrar dette til en forståelse av sosiale fenomen på bakgrunn av fyldige data om personer og situasjoner som studeres. Kvalitativ forskning beskriver virkeligheten via færre enheter enn ved kvantitativ metode, og metoden er intensiv fordi den går i dybden – enten ved å få frem mange nyanser eller ved å få en helhetlig forståelse av et fenomen. Metoden er åpen og induktiv, og kjennetegnes ved at fokuset rettes mot prosess og mening, analyse av tekst, nærhet til informanter og små utvalg. Som beskrevet er dette godt egnet til å studere temaer som det er lite forskning på fra før, og hvor det stilles store krav til fleksibilitet og åpenhet (Jacobsen, 2010).

Kvantitative data derimot er de data som er omgjort til tall eller målbare enheter. Istedenfor å få en beskrivelse av tematikken kvinner og hjerteinfarkt, kan vi få kunnskap om utfall, bredde og omfang av eksempelvis depresjon, angst, livskvalitet o.l. En kvantitativ tilnærming muliggjør store mengder data på en effektiv måte. Kvalitative og kvantitative tilnærminger bør ikke ses som motsetninger, men som et supplement til hverandre (Jacobsen, 2010).

5.1 Forskningsdesign.

I dette avsnittet vises det til punkt C fra tabell 1 (side 20) (Forsberg & Wengström, 2013). Litteraturstudier gjøres for å få frem hva som er kunnskapsstatus på et område (Dalland, 2012). For å belyse temaet kvinner og akutt hjerteinfarkt, samt besvare problemstillingen i denne oppgaven, har jeg, som nevnt, valgt allmenn litteraturstudie (overview) som fremgangsmåte. Allmenn litteraturstudie er en type litteraturstudie der inkluderte studier beskrives og analyseres, men sjelden like systematisk som i en systematisk litteraturstudie (Forsberg & Wengström, 2013). Både kvantitativ og kvalitativ forskning inkluderes i denne bacheloroppgaven, der resultatene i artiklene både motbeviser, bekrefter eller forsterker hverandre. Det er forskningsartiklene og doktotavhandlingen som er ment som grunnlag for

mine bedømmelser og konklusjoner (Forsberg & Wengström, 2013). Dette gir en bred og dyp forståelse av det området som undersøkes. Samtidig må man være bevisst på det etiske ansvaret man har, når man trekker konklusjoner ut fra andre forskeres arbeid (Polit & Beck, 2012).

I følge Forsberg og Wengström (2013) skal det utvikles en problemstilling samt at det skal utarbeides en plan for å utføre samling av data og deretter analyse og fortolkning av dataene. Nedenfor vises strategien som er valgt for denne bacheloroppgaven;

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> A) Presentere hvorfor studien gjøres (problemformulering). B) Formulere spørsmål som kan besvares. C) Formulere en plan for litteraturstudien. D) Bestemme søkeord og søkestrategi. E) Identifisere og velge litteratur i form av vitenskapelige artikler eller vitenskapelige rapporter. F) Kritisk vurdere, kvalitetsbedømme og velge den litteraturen som skal inngå. G) Analysere og diskutere resultat. H) Sammenstille og konkludere/avrunde. |
|--|

Tabell 1

5.2 Førforståelse.

Det er viktig å være observant på førforståelse og fordommer, det vil si at alle møter verden med visse forutsetninger. Alle mennesker bærer med seg erfaringer og kunnskap som deres eget liv har bidratt til. Dette tas med i møte med pasienter (Johannessen et al., 2011). Før arbeidet med denne oppgaven har jeg vært sykepleierstudent i en akuttmedisinsk avdeling der vi behandlet hjerteinfarktpasienter. Jeg har også opplevd at en bekjent av familien (småbarnsmor) har hatt hjerteinfarkt. I tillegg har jeg hatt en samtale med en treningsveileder som behandler pasienter som har gjennomgått hjertehendelser. I denne oppgaven blir det mine fordommer og min forståelse. Kanskje kan min nærhet til feltet både som venn og som sykepleierstudent i en relevant avdeling, føre til en viss subjektivitet i fortolkning av litteratur og forskning.

5.3 Litteratursøk.

I dette avsnittet presenteres punkt D og E fra tabell 1 (Forsberg & Wengström, 2013). Begrunnelsen for inkludering av både kvalitative og kvantitative artikler i litteraturstudien er den bredden og dybden artiklene gir meg for å besvare problemstillingen. I et innledende søk

etter artikler, fant jeg en økning i publiserte artikler fra tidlig på 2000 tallet som på ulike vis omhandlet kvinner og hjerteinfarkt. Det ga meg motivasjon til å gå 15 år tilbake i tid, for å prøve å finne det som er gjort av forskning på opplevelsen av mestring hos kvinner som opplever hjerteinfarkt. Videre ble også andre kriterier stilt til artiklene som skulle inkluderes, se tabell nedenfor:

<u>Inklusjonskriterier:</u>	<u>Eksklusjonskriterier:</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitativ og kvantitativ forskning i form av primærstudier, og sekundærkilder publisert på engelsk og skandinavisk • Forskningsartiklene skal ha vært publisert i tidsskrifter som er fagfellevurdert/peer reviewed. • Artiklene skal ha gjennomgått etiske overveielser • Studier med abstract • Gitt ut i tidsrommet fra 2002 til 2017 	<ul style="list-style-type: none"> • Eldre artikler enn 15 år. • Der etiske vurderinger ikke er tilfredsstillende

Tabell 2

Det ble søkt etter studier med et sammendrag innledningsvis for å gjøre det lettere å vurdere artiklenes nytte fortløpende i søkeprosessen. Etiske overveielser av artiklene som ble søkt opp, ble gjort fortløpende. Med etiske vurderinger menes at valgte inkluderte artikler og forskningsprosjekt skal ha blitt godkjent og vurdert ved de regionale etiske komiteer eller ved de lokale helseforetakene. Det er også en etisk vurdering at de involverte deltakere/informanter i studiene er informert og har samtykket til deltakelse. Beskrivelsene av etiske vurderinger i artiklene avhenger av metoden som er benyttet.

Videre ble det benyttet et PICO-skjema, som gir struktur og klargjør spørsmålet for litteratursøk og kritisk vurdering. Skjemaet ble benyttet i søkefasen for å systematisere søket etter artikler, og gjøre spørsmålet presist (Kunnskapsbasert praksis, 2012). Søkeord fra picoskjemaet ble benyttet hver for seg og sammen i ulike kombinasjoner med «and» og/eller «or» samt med ulike trunkeringer som «*», som betyr at det er søkt major topic, «TW» betyr textword og er benyttet foran og/eller bak søkeord for å få treff på artikler der valgte emneord er vurdert sentrale av databasen, MeSh betyr emneord, TI betyr tittel og AB betyr sammendrag. Valgte søkeord er presentert i tabellen nedenfor.

P	Women, acute myocardial infarction, depression, anxiety, stress, psychological, heart disease, informational need, sexuality, patient experience, mental health, percutaneous coronary intervention, fatigue, discharge, symptom perception
I	Coping strategies, support, nursing assistance, information, counselling
C	Isolation, inactivity, sexual dysfunction
O	Mestring, coping, patient satisfaction, adaption

Tabell 3

En innledende bred søking i HiOA biblioteksdata-baser: PubMed, Medline, Ovid og Ebscohost, ga til sammen 817 treff. Etter en puljevis gjennomgang av studienes overskrifter ble de fleste ekskludert på grunn av artikkelens alder, tittel, fokus kun på etniske grupper, fokus kun på menn, fokus kun på medisinsk behandlingsmetode, langtidsoverlevelse, årsak eller at diagnosen ikke var STEMI/NON STEMI (Acute Myocardial Infarction).

Etter å ha plukket ut mulige 25 aktuelle artikler og lest 20 abstracter, valgte jeg åtte artikler som omhandlet kvinner og menn med erfaring, opplevelse, omtalt livskvalitet og omfang av akutt hjerteinfarkt. Deretter ble to artikler manuelt søkt opp, etter å ha identifisert dem i kildelistene til to av de åtte første artiklene. Disse 10 ble strukturert i en matrise.

Under et generelt søk på google kom det opp en aktuell doktorgradsavhandling fra 2009 (Norekvål) om livskvalitet hos kvinner med gjennomgått hjerteinfarkt. Jeg kontaktet kandidaten selv via e-post 14/1 2017, og hun sendte meg sin doktorgrad. Boken Helhetlig hjerterhabilitering (2006) fant jeg ved et søk på google. Jeg har også gått manuelt gjennom innholdsfortegnelsen til 30 Vård i Norden-magasiner fra 2009-2013, der fant jeg to artikler om hjerteinfarkt, men etter gjennomgang var de uten relevans for problemstillingen min.

I søkets neste fase den 16/1-17 gikk jeg på ny gjennom valgte søkeord i de samme databasene, i tillegg inkluderte jeg databasene Cinahl, Pro-quest, Swe Med+ og nettsiden sykepleien.no. Dette søket ga treff på ytterligere to artikler som ikke ble inkludert i analysen, men som var

nyttige som kilder. I tillegg fant jeg Norekvåls doktorgradsavhandling (2009) omtalt på sykepleien.no. Jeg har også søkt gjennom alle artikler og relevante bokers kildelister for å se om det kunne lede meg til ny litteratur.

Jeg kunne søkt snevrere og på den måte sluppet å lese gjennom så mye, men er fornøyd med resultatet av søkeprosessen. Søkekurset på HioA den 18/1-17 førte ikke til nye inkluderte artikler i oppgaven. Etter å ha systematisert 11 artikkelfunn inn i en matrise (se vedlegg), ble en doktorgradsavhandling og fire artikler mitt resultat, sammen med boken helhetlig hjerterehabilitering (Mæland, 2006).

5.4 Litteratur, søkeresultater og kildekritikk.

I dette avsnittet presenteres punkt F fra tabell 1 (Forsberg & Wengström, 2013). Fire artikler, en bok og en doktorgradsavhandling. De ulike artiklenes funn blir diskutert i diskusjonskapittelet og beskrives ikke i dette avsnittet. Det vil i tillegg bli benyttet aktuell forskning som kildehenvisninger i oppgaven. Jeg har lagt vekt på å bruke primærlitteratur, men enkelte steder har jeg benyttet sekundærlitteratur. Eksempelvis Kirkevold (2001) sin fortolkning av både Benner & Wrubel og Travelbee, da jeg oppfatter at den er samkjørt med primærlitteraturen.

Boken «Helhetlig hjerterehabilitering» (Mæland, 2006) er nyttig for oppgaven fordi den beskriver rehabiliteringens helhetlige perspektiv – hjertesykdommer rammer hele personen, ikke bare hjertet. Rehabiliteringen dreier seg om å hjelpe hjertepasienter til selv å gjøre en innsats for økt funksjonsevne samt et bedre liv. Tiltakene er av psykisk, fysisk, medisinsk og sykepleiefaglig art. Denne boken er skrevet for blant annet sykepleiere som tar seg av hjertepasienter under og etter sykehusopphold.

Doktorgraden «Livskvalitet hos kvinner med gjennomgått hjerteinfarkt» (Norekvål, 2009), er utført på et sykehus i Norge, og gjort på kvinners opplevelse av sammenheng (SOC) og livskvalitet etter hjerteinfarkt. Den består av 4 kvantitative artikler publisert i internasjonale tidsskrift. I dette prosjektet, deltok 145 kvinner som svarte på spørreskjema om livskvalitet, fysiske og psykiske helseplager, mestringskapasitet og mulige positive konsekvenser av gjennomgått hjerteinfarkt. Avhandlingen belyser kvinneperspektivet og er en styrke for oppgaven min.

Nedenfor presenteres fire av 10 artikler som var resultat av søking via databaser;

«*Sexuality of postinfarction patients: diagnosis, results and nursing intervention*» (Dos Santos Andre & Regina Maria, 2014).

Artikkelen som er et review med kvalitative og kvantitative data belyser at pasienter er bekymret for å gjenoppta seksuell aktivitet med samme intensitet og frekvens etter en hjertehendelse. Begrunnelser er bruk av medisiner som påvirker kroppen eller belastningen det gir hjertet å være seksuelt aktiv.

Artikkelen belyser viktigheten av at sykepleiere snakker med pasienten om seksualitet, altså innta en rådgivende og informativ funksjon. Styrken med denne artikkelen er dens relevans for kvinnene jeg vil møte som sykepleier og for problemstillingen forøvrig.

«*Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study*» (J. Smith & C. Liles, 2007).

Artikkelen er kvantitativ og inkluderer kun 20 deltakere, noe forfatterne selv påpeker som en svakhet med spørreskjema som forskningsdesign. Den beskriver informasjonsbehovet til hjerteinfarktpasienter før utskrivning til hjemmet. Med kunnskap om pasienters behov ved utreise, må den kunnskapen innlemmes i den informasjonen som sykepleiere gir på sykehus. Artikkelen bekrefter det vi vet – at sykehusopphold blir kortere, noe som reduserer tiden sykepleiere har til rådighet i forbindelse med utskrivningsinformasjon til pasienter. 20 pasienter svarte på 40 spørsmål som alle handlet om hva de var usikre på før utskrivning fra sykehus. Disse elementene kan bidra til å besvare min problemstilling. Det kan ses som en svakhet at artikkelen også inkluderer menn.

«*Sex differences in perceived stress and early recovery in young and middle-aged patients with acute myocardial infarction*» (Xu et al., 2015).

Denne artikkelen er kvantitativ og viser at yngre pasienter og kvinner er assosiert med mer psykisk stress etter akutt hjerteinfarkt. Videre belyser den kjønnsforskjeller i opplevd stress og rehabilitering av unge og middelaldrende pasienter med akutt hjerteinfarkt. Artikkelen er en styrke for oppgaven fordi den belyser at sykepleier må snakke med kvinner om mentalt stress og rehabilitering før hjemreise.

«How do women experience myocardial infarction? A qualitative exploration of illness perceptions, adjustment and coping» (White, Hunter, & Holtum, 2007).

Artikkelen er et kvalitativt bidrag i oppgaven, der fem kvinner ble intervjuet og fulgt opp to måneder senere. Artikkelen belyser kvinners behov og mestringsstrategier etter hjerteinfarkt. Disse funnene vil jeg diskutere i lys av hva jeg som sykepleier kan kommunisere til kvinner før de drar fra sykehuset. Artikkelen er ti år gammel og forfatterne oppfordrer til videre forskning på kvinner og opplevelsen av akutt hjerteinfarkt.

5.4.1.Kvalitetssikring med sjekklister fra kunnskapssenteret

Artiklene er gjennomgått med sjekklister fra kunnskapssenteret (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014).

Etiske forhold i de presenterte artiklene er vurdert som tilfredsstillende, i tillegg er metoden og datainnhenting godt beskrevet. På sjekklisterens spørsmål om resultatene i de inkluderte artiklene kan overføres til min praksis, er svaret ja på samtlige. Dette til tross for at noen av artiklene også hadde menn som deltakere, noe som kan ses som svakhet da denne oppgaven handler om kvinner.

5.5 Temaer som fremkom etter gjennomgang av valgt forskning.

Fire artikler og en doktorgradsavhandling ble til tre hovedtemaer i diskusjonskapittelet:

- Praktiske forhold etter hjerteinfarkt
- Det er omsorg i å snakke med kvinner om seksualitet
- Mestring av psykologiske reaksjoner etter hjerteinfarkt

6.0 DISKUSJON – OMSORG OG SAMTALENS BETYDNING FOR KVINNERS MESTRING ETTER AKUTT HJERTEINFARKT

Denne delen av oppgaven viser til punkt G og H fra tabell 1. Problemstillingen skal besvares, og resultatene skal analyseres, samt diskuteres og sammenstilles (Forsberg & Wengström, 2013).

Å bli rammet av hjerteinfarkt påvirker kvinnene på forskjellige måter, og skaper fysiske og psykiske reaksjoner samt behov for sykepleie. Ved gjennomgang av forskning fremkom det at kvinner er engstelig for hvor fysiske de kan være etter hjerteinfarkt. Det kom også frem at de prøver å skjule for omgivelsene hvordan de har det. I tillegg opplever de høyere grad av mentalt stress enn menn kort tid etter sykdommen, mens andre ser positivt på livstilendringene hjerteinfarkt har medført. Videre påvirkes kvinners seksualliv og bør snakkes om (Dos Santos Andre & Regina Maria, 2014; Norekvål, 2009; Smith & Liles, 2007; White et al., 2007; Xu et al., 2015).

I det følgende defineres først sykepleiers møte med kvinnen (kapittel 6.1), rammebetingelser (kapittel 6.2) og kommunikasjon (kapittel 6.3). Videre konsentreres diskusjonen rundt de temaene som er belyst i forskningen nevnt ovenfor: For det første hvordan sykepleier kan bidra til at kvinnen får et realistisk bilde av praktiske forhold (kapittel 6.4), for det andre seksualitet (kapittel 6.5), for det tredje mestring av psykologiske reaksjoner (kapittel 6.6).

6.1 Sykepleierens terapeutiske bruk av seg selv i møte med kvinner i krise.

Behov for sykepleie skapes fordi personer med gjennomgått hjerteinfarkt ofte opplever et sammenbrudd kalt stress (Benner & Wrubel, 2001). Travelbee (2001) uttrykker at sykepleier skal bruke seg selv terapeutisk, og denne prosessen starter i det innledende møtet med kvinnen, der kvinnen opplever hjerteinfarkt som en krise. Den akutte sjokkfasen inntreffer når kvinnen legges inn på sykehuset med sterke smerter og invasive inngrep. I sjokkfasen er pasientens evne til å tenke klart og vurdere og løse problemer sterkt nedsatt (Cullberg, 2008). Dette kan oppleves dramatisk for kvinnen (Mæland, 2006). Når man rammes av en akutt sykdom, stilles man overfor psykososiale reaksjoner som må mestres, og kvinnenes følelse av velvære og fysisk integritet påvirkes (Moesmand & Kjøllesdal, 2004). Dette underbygges av White et al. (2007), der hun skriver at kvinnene i hennes studie fortalte at sykdommen kom som et sjokk.

Når pasienten går over i reaksjonsfasen, kommer ofte sinne og redsel, og det er raske skifter mellom håp og bekymring. Akutt sykdom forandrer hele personen og ikke bare organene som rammes. Kvinnene i White et al. (2007) reagerte med sorg og tap knyttet til fysisk funksjon, og det er et godt eksempel på hvordan sykepleier kan få en oppfatning av hvordan kvinnen opplever situasjonen, og hva som er viktig for henne. Travelbee (2001) beskriver dette som fremvekst av identitet mellom sykepleier og pasient. Kvinnen på sin side oppfatter at sykepleieren vil hjelpe henne, og de to danner et bilde av hverandre som kan være umulig å endre på.

Når krise rammer kan det ikke defineres hva som er unormale og normale reaksjoner. De fleste mestrer situasjonen på sikt, men man vet ikke nok om disse prosessene. Det man vet er at personlighet, tidligere erfaringer, samtidige problemer og sosial støtte påvirker evnen til mestring like mye som selve hjerteinfarkt (Mæland, 2006). Benner og Wrubel (2001) underbygger dette der de sier at stresset oppleves ulikt fra person til person, avhengig av menneskets ulike forutsetninger.

Mæland (2006) skriver også at for å unngå fysiske og psykiske problemer bør individuell hjelp og støtte starte så tidlig som overhode mulig. Moesmand og Kjøllesdal (2004) skriver i tillegg at en akutt syk pasient trenger sykepleiefaglig omsorg. På bakgrunn av dette kan det være hensiktsmessig at sentrale samtaler skal tas opp med kvinnen før hun reiser fra sykehuset. Denne situasjonen kan aldri ha en konkret fasit. Det er viktig, slik Benner & Wrubel (2001) og Travelbee (2001) fremhever, at man som sykepleier ikke må bagatellisere kvinnens reaksjoner og putte behandlingen inn i et kategoriseringssystem.

6.2 Rammebetingelser.

Benner og Wrubel (2001) skriver at sykepleiers omsorg har stor betydning for at deres stress blir mestret, sykepleiers omsorg er også forankret juridisk og etisk som en plikt og et ansvar (Helsepersonelloven, 1999; Norsk sykepleierforbund, 2011). Rammebetingelsene i sykehuset er tydelige, men tiden sykepleiere har er begrenset, det samme er pasientenes evne til informasjonsinntak. Tiltakene er rettet mot pasientene og omfanget er avgrenset i en sykehuskontekst. Flere sykehus har opprettet egne stillinger som kontaktsykepleiere for hjertepasienter. Allikevel utfordres sykepleierne av liten tid med hver pasient, avdelingens kapasitet, personlig kunnskap og erfaring. Pasientens utfordring kan være å mestre smerter, frykt, usikkerhet og selve pasientrollen. Den praktiske tilrettelegging for samtaler med

pasienten er begrenset og skjer ofte etter pasientens innspill og etterspørsel. Informasjon gis ofte på sengekanten og ikke alltid i egnede samtalerom (Mæland, 2006). Å være bevisst denne komplekse konteksten er viktig, og vi er ved kjernen i prosessen fra stress til mestring før hjemreise. Hvordan få til god kommunikasjon før hjemreise fra sykehuset innenfor disse rammene? I forlengelsen av dette må sykepleiere ha innsikt i egen kompetanse og bidra til tverrfaglig samarbeid ved behov dersom det er nødvendig for å yte forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999).

Mæland (2006) skriver at enkelte kontaktsykepleiere utfører oppfølgingsarbeid når pasienten drar hjem, og her kan nøkkelen til økt mestring og opplevelse av omsorg ligge. Mæland (2006) skriver at denne type oppfølging gir pasienten kontinuitet, som igjen fører til trygghet og derigjennom mestring. Dette underbygges av Stortingsmelding nr. 47 samhandlingsreformen (2009), som sier at pasienter bør møte en helhetlig helsetjeneste som er samordnet og bidrar til kontinuitet.

6.3 Kommunikasjon som verktøy.

Pasientkommunikasjon er en prosess der sykepleieren danner seg et bilde av kvinnens behov. God pasientkommunikasjon handler om flere aspekter, deriblant bevisstgjøring og øvelse i ressursorientert tenkning (Netland, Fåln, & Norekvål, 2011). Det er ikke uvanlig at sykepleiere tar del i informasjonsansvar overfor hjerteinfarktpasienten, både under og etter sykehusopphold. Informasjon er viktig. Informasjon handler om å snakke *til* kvinner, men først når du tar i bruk kommunikasjonsegenskapene så snakker du *med* kvinner (Kringlen & Finset, 2006). Det er helt sentralt i min samtale at samtalen anerkjenner kvinners redsel, og skaper den trygghet de trenger til å stille alle typer spørsmål. På den måten oppnår sykepleier tillit. Dette kalles gjensidig kommunikasjon og er sykepleiers ansvar (Eide & Eide, 2007). Standardisert informasjonsmatriell, individualiserte og gruppebaserte samtaler er en del av dette før hjemreise. I lys av dette, er det viktig å vite at gruppebasert omsorg og samtale må bli et kompromiss, fordi man risikerer å ikke kunne møte kvinnens helt spesielle behov i en større gruppe (Mæland, 2006).

Når treningsveilederen jeg kjenner, forteller at mange pasienter sier at de ikke kan huske at de har fått noe særlig informasjon, så underbygger det at kommunikasjon og samtaler med akutt syke pasienter er utfordrende (Berg-Olsen, 2017). Imidlertid er det en sannsynlig årsakssammenheng mellom den korte liggetiden i sykehus, og kvinners evne til å huske

samtaler og informasjon. Dette ses i sammenheng med tidspunktet for når sjokkfasen går over i reaksjonsfasen. Dersom kvinnene er i sjokk store deler av sykehusoppholdet vil det være utfordrende å gi dem samtalene som bidrar til mestring, i en sykehuskontekst (Cullberg, 2008). Det er sannsynlig at evnen til å ta inn og beholde informasjonen er begrenset, men den er ikke lik null (Mæland, 2006). Med dette sammensatte utgangspunktet må jeg med fagkunnskap og respekt for pasienten, benytte kommunikasjon som verktøy og møte pasientene (Eide & Eide, 2007). Så hva skal kommuniseres til dem for at de skal oppnå optimal mestring?

6.4 Praktiske forhold etter hjerteinfarkt.

Etter den akutte fasen med stabilisering og behandling, så er sykepleiers umiddelbare funksjon å styrke pasientens håp om å mestre situasjonen både psykisk og fysisk – på kort og på lang sikt (Eikeland, Haugland, & Stubberud, 2010).

Sykepleiere må etablere et realistisk bilde av sykdommen. Det gjøres ved å gi informasjon om det som er nytt og utfordrende, sammen med det som vil være som før. Smith & Liles (2007) belyser særlig fire fysiske temaer pasienter vil snakke om: fremtidig medisinerbruk, arbeidssituasjonen, hvor mye de må begrense seg fysisk, og mulige fremtidige komplikasjoner. Med dette som bakteppe tar jeg i bruk problemløsende mestringsstrategier og tilpasser informasjon og konkretiserer tiltak i møte med kvinnenes individuelle behov (Eide & Eide, 2007; Håkonsen, 2014).

6.4.1 Medikamenter

Lege har hovedansvaret for medikamentregimet, men sykepleier har kunnskap om nødvendige medisiner. Pasienter må informeres om den medikamentelle delen av behandlingen etter hjerteinfarkt, fordi alle pasienter får trombosehemmende behandling i en kortere eller lengre periode. Mange pasienter må bruke blodfortynnende medikamenter i noen måneder etterpå. I tillegg settes noen pasienter også på sekundærførebyggende medikamenter (Mæland, 2006). Dernest må kvinner få informasjon om at hormonpreparater må brukes med forsiktighet, noe som for den enkelte kvinne kan føre til sekundære utfordringer. En del av de viktigste medikamentene kvinner benytter etter infarkt kan også påvirke kvinnens seksualliv, for eksempel kan betablokker føre til seksuell funksjonsnedsettelse. Dersom det er aktuelt med vanndrivende medikamenter, kan disse føre til uregelmessig menstruasjon

(Markhus & Fålund, 2015). Pasientrettet kommunikasjon om at medikamentell risikoreduksjon sannsynligvis vil følge pasienten livet ut, er viktig (Mæland, 2006). Medisinbruk resten av livet ble også beskrevet som en utfordring av kvinnen intervjuet i Aftenposten (Dommerud, 2017). Følgelig kan det forstås som en utfordring i seg selv for noen kvinner å måtte ta medisiner daglig, da dette påvirker kroppen med tanke på bivirkninger, mens andre ikke tenker på det som et problem (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2017).

6.4.2 Arbeid

Reportasjen i Aftenposten beskrev ikke om kvinnen var i arbeid nå, fem år etter infarkt, men Mæland (2006) skriver at tematikken er viktig, og spørsmål om når man kan begynne å arbeide igjen kommer ofte allerede under sykehusoppholdet. Dette er et eksistensielt spørsmål fordi mange vil arbeide, men er samtidig redde for at det kan være for belastende. Sitatene nedenfor fra kvalitativ forskning, illustrerer tanker om arbeidssituasjon etter hjerteinfarkt:

I am fearful of leaving the house. I am afraid to return to work. What if I get the same pain again? I had my heart attack at an early age. I know I will have another, so I already purchased my own plot for my grave (Mendes, Roux, & Ridosh, 2010, p. 253).
I worked myself into the ground and then I went away for a week; recovered; came back; worked myself into the ground again. I'm trying to change that (White et al., 2007, p. 281).

Pasienter som ønsker å komme i arbeid igjen gjør ofte det. Mæland (2006) underbygger dette, når han skriver at pasienten allerede i sykehuset danner seg et bilde av fremtiden. Forventninger er viktige fordi det styrer mye av våre handlinger. Samtaler om når kvinner kan gå tilbake til arbeid, er det ofte fastlegen som tar med dem på et senere tidspunkt. Sykepleier kan allikevel allerede på sykehuset informere om at mange kommer tilbake til arbeid etter en rehabiliteringsperiode, kanskje med andre arbeidsoppgaver, men allikevel i meningsfullt arbeid (Eikeland et al., 2010). Mange er glade i jobben sin, og knytter sin identitet til den. På den annen side viser artikkelen til Xu et al. (2015) at kvinner generelt opplever mer mentalt stress enn menn, særlig knyttet til økonomi og arbeid, noe vi også forstår av sitatene ovenfor. På bakgrunn av dette kan det tenkes at kvinner er i en risikosone for økt stress knyttet til den

totale sosioøkonomiske familiesituasjonen, og derigjennom bør evaluere sin egen arbeidssituasjon. Imidlertid er forskningsresultatene som Xu et al. (2015) har beskrevet ikke gjort på norske kvinner, og det er viktig å formidle at det i Norge finnes ordninger for pasienter som må redusere arbeidsmengden etter akutt og kritisk sykdom (Helsedirektoratet, 2014). Dette må sykepleier formidle i samtalen til kvinnene slik at det å gjenoppta arbeid ikke blir et stressmoment for dem.

6.4.3 Fysisk aktivitet

Arbeidssituasjon vurderes individuelt, derimot bør oppstart av organisert fysisk aktivitet, stå på timeplanen ukentlig, både på kort og lang sikt (Mæland, 2006). Norekvål (2009) fant at eldre kvinners fysiske helse er mer redusert enn yngre kvinner og menns helse etter hjerteinfarkt. Smith & Liles (2007) beskrev også i sin artikkel at mange, særlig eldre, lurte på hvor mye aktivitetsbegrensninger de måtte foreta. Derfor er sykepleiers rolle å informere om at systematisk fysisk trening er hjørnesteinen i all hjerterehabilitering (Mæland, 2006). Simony et al. (2015) og Smith & Liles (2007) skriver at særlig kvinner er underrepresenterte i rehabiliteringsgrupper etter hjerteinfarkt. Dette er bekymringsfullt, i lys av økende levealder blant kvinner, samtidig som hjertesykdom ser ut til å øke i befolkningen (Løchen & Gerds, 2015; Statistisk sentralbyrå, 2014). Derfor fremheves det at det første pasienter kan starte med når de kommer hjem fra sykehuset er gåturer som ikke er for anstrengende. Ved å presentere gåturer som en mulighet, hjelper sykepleier kvinnen til å se aktivitet som en mulighet og ikke et problem. Videre kan kvinnene se det som en positiv snuoperasjon, der treningsveiledning og videre hjelp til livsstilsendringer på sikt bidrar positivt, noe Norekvål (2009) også presiserer i sin studie. Daglige gåturer som anbefalte tiltak fra sykepleiere kan være starten på en lang rekke andre fysiske aktiviteter og det er konkret og enkelt å starte rehabiliteringen sånn (Smith & Liles, 2007).

6.4.4 Komplikasjoner og informasjonsbehov

Andre konkrete spørsmål pasienter har, dreier seg om mulige komplikasjoner. Mæland (2006) skriver at skriftlig og muntlig informasjon om når og hvordan pasienter skal oppnå rekontakt dersom de trenger det, eksempelvis ved nye brystmerter, bidrar til økt trygghet ved utreise. Dette er informasjon som ofte gjentas under sykehusoppholdet.

Smith & Liles (2007) skriver også at eldre pasienter ønsker mer informasjon ved utreise enn yngre, og at eldre har vanskeligere for å formidle sine behov og spørsmål på dette tidspunktet. Noen vil hevde at yngre pasienter lettere finner informasjon på internett senere, og i tillegg har en større relasjonell og sosial omgangskrets, noe som kan gjøre det enklere for dem å tilegne seg nyttig informasjon etter hjemkomst. Utfordringen er allikevel at mange pasienter sier at de ikke husker at de har fått informasjon. Oterhals et al. (2006) hevder at pasienter ikke nødvendigvis manglet informasjon i sykehuset, men at de fikk behov for mer informasjon etter hjemkomst. På bakgrunn av dette blir det sykepleiers ansvar å vurdere hvordan de best kan møte ulike aldersgrupper for grundig informasjon når de blir utskrevet. For eksempel det å knytte opp tverrfaglige instanser som fysioterapeut, søke kvinnen inn på hjerteskolene, orientere om rehabiliteringsopplegg i kvinnens nærmiljø, samt å gi kontaktinformasjon til nærmeste treningsgruppe. Dette er eksempler på at sykepleier tar et tverrfaglig ansvar (Helsepersonelloven, 1999). Eikeland et al. (2010, p. 232) underbygger dette når de viser til en rekke studier som viser at oppfølging av sykepleiere i tidlig rehabilitering gir bedre livskvalitet og mestringsfølelse for pasienter. Derfor bør det foreligge en systematisk og organisert oppfølging fra sykehusets side for å oppnå kontinuitet i kommunikasjonen (Mæland, 2006).

6.5 Det er omsorg i å snakke med kvinner om seksualitet.

Det ligger også mestringsfølelse, livskvalitet og god helse i komponentene intimitet, nærhet og seksualitet etter gjennomgått hjerteinfarkt (Markhus & Fålund, 2015). Markhus & Fålund (2015) skriver i sin fagartikkel at helsepersonell kan for lite om sammenhengen mellom seksuell helse og hjertesykdom hos kvinner, dette til tross for at seksualitet er et grunnleggende behov (Gamnes, 2011, 2012). En informasjonsfilm om seksualitet og hjertesykdom i regi av HiOA (2016) setter også fokus på at helsepersonell må snakke med pasienter om seksuell aktivitet etter hjertesykdom. Kort oppsummert forteller filmen at sex er helsefremmende og pasienter som har gjennomgått et akutt hjerteinfarkt kan gjenoppta dette etter en uke – om de ønsker. På den annen side vet man at akutt hjerteinfarkt påvirker seksuallivet, og usikkerhet knyttet til dette, kan gjøre det vanskelig hvis kvinnen lever i et parforhold. Et seksualliv er også en følelsesmessig tilstand mellom et par, en tilstand som naturlig nok er svært utfordret etter akutt og kritisk sykdom. En tredje innfallsvinkel er at angst for seksuell aktivitet i seg selv gir nedsatt lyst hos kvinner (Markhus & Fålund, 2015).

Både menn og kvinner kan få skremmende symptomer under seksuell aktivitet, som brystmerter eller hjertebank (Mæland, 2006).

Seksuell dysfunksjon er en sykepleierdiagnose, og i forlengelsen av det, bør sykepleiere være komfortable med å snakke om dette med kvinnene (Norsk redaksjonsutvalg for klassifikasjonssystemene Nanda, 2003). Det er påvist at 61 % av sykepleiere sjelden eller aldri diskuterer seksuell helse med pasientene (Markhus & Fålund, 2015). Dette til tross for at opplevelse av mestring eller opplevelse av funksjonstap på dette området påvirker livskvaliteten direkte. Så hvorfor er dette så vanskelig, og når passer det egentlig å ta det opp med pasienten? Samtalene med kvinnen foregår ikke alltid i et egnet samtalerom, noe som problematiserer tematikken ytterligere. Men er det riktig av sykepleiere i en sykehuskontekst å «skyve» ansvaret over på fastlege eller hjerteskolene?

I lys av at pasientene har ulik evne til å motta informasjon og snakke om sensitive temaer på sykehus, synliggjøres kompleksiteten når sykepleier skal vurdere om det har en hensikt å berøre denne tematikken. I noen tilfeller må kanskje fastlege eller hjerteskolene stå for samtalen. Det viktigste er at det gjøres – noe Dos Santos Andre & Regina Marias' (2014) studie viser. De har tatt for seg et stort antall artikler og litteratur, der både menn og kvinner er inkludert, og konkludert med at samtaler om seksualitet er viktig for pasientens totale livskvalitet. Imidlertid skriver Norekvål (2009) at kvinner ikke har mer problemer med seksuallivet etter et hjerteinfarkt, enn andre kvinner. Kvinnene i hennes studie beskrev at de fikk støtte og hadde en god relasjon med partner i forbindelse med sykdommen. Igjen ser man at det er sammensatt hvem som opplever hva, og Norekvåls funn må på ingen måte bli en hvilepute for sykepleiere som møter kvinner etter et hjerteinfarkt. Ressurssterke kvinner i gode parrelasjoner blir kanskje ikke så berørt som andre – men vi som sykepleiere kan aldri på forhånd vite hvem vi har foran oss i samtalen før seksualitet belyses.

Videre skriver Dos Santos Andre & Regina Maria (2014) at begge kjønn utfordres etter hjerteinfarkt og anbefaler at sykepleiere bruker en privat og fortrolig kontekst, humor samt inkludering av partner dersom pasienten selv ønsker dette. De skriver også at seksualitet er forbundet med fordommer, og er tabubelagt for mange mennesker. Sykepleiere bør forklare at de er profesjonelt i stand til å svare på spørsmål, og starte samtalen forsiktig og tilpasser detaljer i tråd med pasientens verbalisering av problemet. Haaland (2010) skriver at sykepleiere ofte er usikre på om og når de skal snakke om dette, og pasienter og pårørende

synes det er vanskelig å spørre. På bakgrunn av det bør sykepleiere ha kjennskap til PLISSIT modellen, som er en veiledningsmodell i fire trinn der sykepleieren tilnærmer seg pasienten utfra egen kompetanse og bekvemlighetsnivå. Hensikten er å yte hjelp til selvhjelp. Det er de to første trinnene som er aktuelle i en samtale mellom sykepleier og kvinne i denne konteksten;

1. P(ermission), står for tillatelse og innebærer at pasienten skal få lov til og aksept for at det er greit å ta opp og diskutere sensitive og intime seksuelle tema med behandleren for slik å eventuelt kunne avklare hvilke behov for intervensjon som er nødvendig for pasienten. I tillegg skal det å ta opp temaet gi et signal om at seksualitet er en normal del av livet til alle mennesker i alle livssituasjoner.
2. L(imited) I(nformation), står for begrenset informasjon og innebærer at man skal tilby adekvat informasjon gjennom generell psykoedukasjon slik at pasienten i størst mulig grad får svar på sine bekymringer og utfordringer (Gamnes, 2012; Markhus & Fålund, 2015, p. 63).

Det kan være en fordel om sykepleieren som skal snakke om seksualitet, er trygg på tematikken. En realistisk tankegang er at det kan være vanskelig å snakke om temaet med alle kvinner. På den ene siden kan sykepleiere være sjenerte, begrenset av kulturelle holdninger og har lite personlig kunnskap (Haaland, 2010). På den annen side kan dette oppleves som et veldig privat tema for pasienten, og vi som sykepleiere må, som tidligere nevnt, vurdere hvem vi har foran oss og tilpasse hvordan vi går frem. Har vi en ung kvinne som vi vet lever i et parforhold eller har vi en eldre enslig kvinne som man kan anta ikke har den samme seksuelle aktiviteten? Til tross for disse vurderingene skal vi ta initiativ til å snakke med alle, og nettopp her er vi ved kjernen i etisk bevissthet, samt juridisk forankring av sykepleien vi utfører (Helsepersonelloven, 1999; Norsk sykepleierforbund, 2011).

Videre må hovedbudskapet konkretiseres, nemlig at det er ikke farlig med seksuell aktivitet. Dersom kvinnen spør, har jeg konkrete tiltak jeg som sykepleier kan formidle. Eksempelvis bør seksuell aktivitet legges til den tid på døgnet da kvinnen er mest opplagt, og at hun bør ha god tid for at hjerteaktiviteten skal bygge seg godt opp i forkant av den seksuelle aktiviteten.

Videre bør kvinnen unngå store måltider og høyt alkoholinntak før et eventuelt samleie, og ikke ha det for varmt eller for kaldt. Det er også viktig å formidle at kvinnen må prøve seg frem med stillinger og teknikker. Bruk av nitroglyserin som profylakse kan være også et bra tiltak for noen (Eikeland et al., 2010).

Som tidligere skrevet kan sykepleiers omsorg være konkrete råd om selve samleiet, så vel som samtalen om seksualitet. Dette underbygges av Mendes, Roux & Ridosh (2010), som skriver at deres informanter beskrev sykepleiers støtte som avgjørende for måten de taklet tanker om det å bli frisk. Med dette som bakteppe, bør sykepleiere ha en fordomsfrihet og respekt for konsekvensene ved å unnlate å kommunisere et så viktig og sensitivt tema. Jeg er enig med Benner og Wrubel (2001) når de skriver at det ikke finnes en fasit på hvordan dette skal gjøres, men det er forankret i Helsepersonelloven (1999) at omsorgsfull hjelp skal utføres i faglig forsvarlighet. De yrkesetiske retningslinjene (2011) underbygger også dette, der det fremgår at all sykepleie skal baseres på barmhjertighet, omsorg og respekt. Videre er jeg enig med Travelbee (2001) i at empati og sympati i sykepleie handler om gjensidig forståelse og kommunikasjon. Så for målorienteringens del bør vi også se samtalene som et behov, og noe pasientene har krav på (Eide & Eide, 2007; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

6.6 Mestring av psykologiske reaksjoner etter hjerteinfarkt.

Videre bør kommunikasjonen med kvinnene innebære at det er normalt å få psykiske reaksjoner (Mæland, 2006). White et al. (2007) beskriver kvinners opplevelse, holdning og mestringsstrategier etter gjennomgått hjerteinfarkt. Kvinnene i studien fortalte at hele situasjonen gjorde dem usikre og bidro til mer angst og depresjon enn de hadde før sykdommen. De ventet bare på at livet skulle normalisere seg igjen, mens de tiet om hvordan de hadde det. På grunn av dette bør sykepleiere være oppmerksomme på at yngre kvinner opplever mer mentalt stress enn menn bare en måned etter hjerteinfarkt. Xu et al. (2015) forklarer dette både med psykiske og fysiske årsaker, samt familiære konflikter, omsorgskrav, og økonomisk motgang. Dette var en direkte årsak til dårlig forbedring av kvinnenes helse etter akutt hjerteinfarkt, noe som gir sykepleiere særlig grunn til å formidle tiltak som kan bidra til at kvinner ser muligheter og ikke bare problemer etter hjerteinfarkt.

6.6.1 Se muligheter og ikke bare utfordringer

Begrepet «living a new normal» beskrives av Mendes et al. (2010) som en psykologisk prosess som alle må gjennom når livet blir snudd på hodet. Utrykket illustrerer at livet kan bli bra og oppleves normalt igjen etter hvert. Noen mennesker klarer faktisk å endre perspektiv på sikt og «ser» på livet med andre muligheter. Sykepleiers ansvar er å formidle at kvinner *også* må fokusere på forhold som kan bli bra etter infarkt, ikke bare de vanskelige tingene. Eksempelvis få bedre helse, oppnå livsstilsendringer, samt arbeide mindre og kanskje oppnå en annerledes arbeidssituasjon.

Norekvål (2009) viser med sin studie at 145 kvinner hadde god livskvalitet relatert til psykiske og sosiale aspekt etter akutt hjerteinfarkt. De rapporterte riktignok engstelse og nedstemthet, men ikke i større grad enn andre kvinner. 65 % av kvinnene opplevde også noe positivt ved å ha gjennomgått hjerteinfarkt. Dette innebar at noen satte mer pris på livet, mens andre fremhevet at det å få omsorg og etter hvert evnet å ta mer vare på seg selv og andre, var en positiv forandring. På den annen side speiler dette kanskje ikke flertallet, men en gruppe kvinner som er ressurssterke og har både familie og andre ressurser som verktøy til å hjelpe seg. Motivert av Nordekvåls (2009) funn, kan sykepleiere i en utskrivingsituasjon bidra til en ressursorienterende holdning hos pasienten. For eksempel foreslå aktiviteter i samvær med andre og betydningen av å «leve i nuet». Denne type samtale med kvinner er ment å fremme helserelatert atferd, uten at det går på bekostning av deres egen opplevelse av hjerteinfarkt (Netland et al., 2011). Følgende sitat illustrerer hvordan noen kvinner har formidlet dette: «I appreciate life to a greater extent, the people and the nature surrounding me» (Norekvål, 2009, p. 83).

Jeg setter det ovenfor skrevne i sammenheng med Travelbee (2001), der hun skriver at man må finne en ny mening i erfaringene man gjør seg etter et hjerteinfarkt. Sykepleieren må delaktiggjøre kvinnen i denne prosessen og kommunisere dette tankesettet til henne. Samtidig må vi som sykepleiere formidle til kvinnene at det er en normalt tilstand å gå gjennom en berg og dalbane av følelser og emosjonelle svingninger etter å ha vært akutt syk. Sykepleier må finne en balanse mellom å fortelle dem det, og å fortelle hva de skal gjøre for å unngå depresjoner. På den måten støttes kvinnen til å se og utnytte sine egne ressurser. Dette er helt i tråd med det Håkonsen (2014) og Cullberg (2008) beskriver som problemorienterte og følelsesorienterte mestringsstrategier.

6.6.2 Fysisk rehabilitering gir psykisk mestring

Som tidligere nevnt er fysioterapi og regelmessig trening en del av helhetlig rehabilitering. Nyere forskning hevder at de som deltar i et rehabiliteringsprogram etter hjerteinfarkt ofte er mindre deprimerte i etterkant av infarkt (Simony et al., 2015). På den annen side kan det jo også være slik at de som velger å delta i et organisert tilbud, er mer ressurssterke og mindre disponert for depresjon i utgangspunktet. Uansett må sykepleiere informere om den psykiske helsegevinsten ved å delta i både fysioterapi og treningsbaserte grupper.

White et al. (2007) ser også en sammenheng mellom kvinners mangelfulle deltakelse i et helhetlig rehabiliteringsprogram og økt opplevelse av depresjon og angst. De peker også på betydningen av gruppetrening, der kvinner er sammen med likesinnede og snakker om og deler noe de har felles. Med andre ord er felleskap med likesinnede et viktig tiltak for å mestre den første tiden etter hjerteinfarkt. Sykepleier bør allerede i sykehuset foreslå slike treningsbaserte tiltak og forklare betydningen av å være sammen med andre som har vært gjennom tilsvarende situasjon, i den hensikt å redusere depresjon og angst.

Treningsveilederen som jeg kjenner, og som jobber med dette, bekrefter at gruppetilhørighet er positivt (Berg-Olsen, 2017). Dette er sykepleiers forslag til problemfokustert mestring; et langsiktig mål for kvinnene, at de via gruppebasert rehabilitering bearbeider egne følelser og reaksjoner (Håkonsen, 2014).

6.6.3 Åpenhet og samtale som mestringsstrategi

Det å dele følelser, reaksjoner og erfaringer med de som har gjennomgått den samme sykdommen viser seg å være viktig, men det er også viktig å dele reaksjoner med nære familierelasjoner.

White et al. (2007) skriver at kvinnene i studien deres ventet på at livet skulle normalisere seg etter sykdommen, og de fortalte at de bagatelliserte sine følelser overfor omgivelsene. Dette var for å skåne dem, men over tid ble relasjonene utfordret, og sosial omgang vanskelig. Dette underbygges av Mæland (2006) som skriver at mangelfull kommunikasjon ved sykdom kan medføre at forholdet til andre blir anstrengt. På den annen side kan kriser og sykdom knytte tettere bånd, og man kan komme nærmere hverandre ved å snakke om problemer (Cullberg, 2008). På bakgrunn av slike fakta bør sykepleiere oppfordre kvinner til åpenhet med omgivelser, som en mestringsstrategi i seg selv. Konkrete tiltak går ut på at pårørende bør være tilstede under sykepleiers samtaler om viktigheten av åpenhet – i den hensikt at de også

er åpne med øvrige omgivelser. Dette underbygges av Kamm-Steigelmann et al. (2006), som skriver at en familiesentrert rehabilitering bidrar til å oppnå mestring.

Dette leder over til de kvinnene som bor alene og ikke har familie, og kanskje i tillegg har et begrenset sosialt nettverk. Det å bo alene, er for eldre kvinner en faktor som øker risiko for ny sykdom (Norekvål, 2009). Sykepleiere må tenke kreativt og oppfordre dem til å snakke med naboer, kollegaer og venner, eller oppsøke et dagsenter. Dette bør tas opp med kvinnene så tidlig som mulig, da vi vet at somatisk sykdom og tap av fysisk helse ofte leder til isolasjon og ensomhet og derigjennom depresjon (Ranhoff, 2008). Sosial støtte er særdeles viktig for å unngå psykisk uhelse, og det å snakke om et problem er i seg selv en form for terapi (Håkonsen, 2014). Følgende sitat illustrerer dette: «It's good to talk about things and then put it behind you and get on with your life» (White et al., 2007, p. 281).

Jeg tenker at dersom pasienten er åpen om sin hjertesykdom, blir det enklere å delta i rehabilitering og treningsgrupper. Tiltakene i seg selv kan også gi en sosialiseringseffekt til de kvinnene som bor alene, slik at de oppnår både optimal rehabilitering samtidig som de har sosial omgang med andre. Som oppsummering kan man anta at pasientens samtaler med sykepleiere kan bli sentrale i den videre prosessen om å våge å være åpen med omgivelsene sine, om hvordan man har det (Netland et al., 2011).

6.7 Empati og sympati er forståelse for akkurat den kvinnen man har foran seg.

Som tidligere nevnt er tillit mellom sykepleier og kvinne viktig, men samtidig kan den være vanskelig å bygge opp på kort tid, den er sårbar, og lett å bryte ned. Mæland (2006) hevder at kvinnens opplevde sykdom er viktigere for rehabiliteringen enn den medisinske objektive sykdommen i seg selv, og sykepleiers evne til å «se» hele mennesket er viktig, men utfordrende, på kort tid i sykehuset. Cullberg (2008) på sin side, skriver at sykepleier kan oppfatte hvilke spørsmål og engstelse pasienter har, ved dialog og aktiv lytting, noe Eide og Eide (2007) beskriver som profesjonell empati og målorientering. Dette er også min erfaring, og jeg mener også – i likhet med Travelbee (2001) – at empatisk er noe man er når man har innlevelse og en medfølende holdning i møte med pasienter. Evnen til å føle sympati er et resultat av å føle empati. Sympati er noe man føler fordi man er genuint opptatt av å hjelpe kvinner etter gjennomgått hjerteinfarkt.

6.8 Gjensidig forståelse og kontakt for å oppnå omsorg.

Travelbee (2001) skriver også at gjensidig forståelse og kontakt mellom kvinne og sykepleier er et resultat av de ulike interaksjonsfasene som har skjedd siden det innledende møtet. I denne oppgaven har sykepleiers omsorg bestått av kommunikasjon i kraft av informasjonsmaterieil, og pedagogiske og individuelle samtaler i møte med pasientene. Målet er at pasienter skal reise fra sykehuset med en opplevelse av at sykepleier har snakket om temaer som er viktig for dem. Da har sykepleier med kommunikasjon og samtaler som hjelpemiddel, oppnådd å bidra til mestring hos kvinner med gjennomgått hjerteinfarkt.

6.9 Oppsummering – kvinner – omsorg – samtaler – mestring.

Menn og hjerteinfarkt har ikke hatt fokus i denne oppgaven, da jeg har fokusert på kvinneperspektivet. Forskning viser at kvinner opplever mer mentalt stress enn menn, samt skjuler for omgivelsene hvordan de har det i etterkant (Xu et al., 2015). Det synliggjøres også at kvinners seksualliv utfordres etter et infarkt (Dos Santos Andre & Regina Maria, 2014).

Utgangspunktet for denne oppgaven var nysgjerrighet på hvordan kvinner mestrer et gjennomgått infarkt og hvordan sykepleiere kan hjelpe dem i sykehuset til å møte hverdagen etter utskrivelse. Mange opplever at de blir «friske» igjen, og at sykdommen har ledet til positive livstilendringer, herunder opplevelse av å se livet i et nytt perspektiv (Norekvål, 2009). På den annen side kan det det forme og endre kvinnene negativt fysisk og psykisk, som økt redsel og isolasjon – et gjennomgått hjerteinfarkt må *mestres*. Kvinnene må hjelpes til å se en ny mening i situasjonen, slik Travelbee (2001) og Benner & Wrubel (2001) uttrykker det.

Noen forutsetninger må være på plass for at sykepleiere skal kunne gi god omsorg og fruktbare samtaler, blant annet kompetanse og tid i sykehuset, samt kontinuitet i oppfølging både på sykehuset, men også etter hjemkomst (Mæland, 2006).

Sykepleierens evne til å kommunisere er viktig i prosessen med å tolke pasientens samtalebehov om for eksempel sensitive tema. Erfaring fra praksis tilsier at de fleste pasienter umiddelbart spør om praktiske og fysiske sider av sin helsesituasjon. Dette er håndfast og konkret også for sykepleierene å snakke om. Seksualiteten derimot viser seg å være vanskeligere å snakke om både for sykepleiere og pasienter (Dos Santos Andre & Regina Maria, 2014; Markhus & Fålund, 2015).

Det må ikke være tvil om at det er sykepleieres ansvar å ta opp dette, ved å bruke verbal og non-verbal kommunikasjon som verktøy til å møte kvinnene. Det samme gjelder også betydningen av å fortelle at et hjerteinfarkt også gir psykiske utfordringer og at det er normalt (White et al., 2007). Endringene et hjerteinfarkt medfører for kvinnene må anerkjennes og synliggjøres av oss som sykepleiere, fordi vår omsorg har stor betydning for at deres stress blir mestret både på kort og lang sikt (Benner & Wrubel, 2001).

7.0 AVRUNDING

Det finnes ikke ett fasitsvar på hva og hvordan sykepleiere bør snakke med kvinner som har gjennomgått et hjerteinfarkt. Derimot må viktige og sensitive temaer belyses, fordi samtaler i en sykehuskontekst er en liten, men viktig del av en større bearbeidelsesprosess etter et hjerteinfarkt. Sykepleiere bør ha fokus på å individualisere samtalen og omsorgen med utgangspunkt i den kvinnen hun har foran seg i hver enkelt situasjon. Først når sykepleiere er bevisst sitt terapeutiske ansvar, kan de bruke seg selv terapeutisk, slik jeg ser det.

Jeg har med denne oppgaven brukt forskning i beskrivelsen av hvordan sykepleiers omsorg og samtale kan bidra til mestring hos kvinner etter et hjerteinfarkt. Sykepleiers kunnskap er makt og den kunnskapen er viktig for kvinnene.

Arbeidet med oppgaven har gitt meg økt faglig forståelse og en personlig bevisstgjøring av sykepleiers rolle i møte med hjerteinfarktpasienter. Tilnæringsmåtene som er drøftet i oppgaven har overføringsverdi til andre pasientgrupper jeg vil møte som sykepleier.

8.0 ETTERORD

Hovedoppslaget i Aftenposten som er nevnt i oppgaven, belyser at sykepleiere kan bidra i oppfølging av pasientene etter utskrivelse. Det står spesifikt at de, gjennomsnittlig, skrives ut fire til fem dager etter hjerteinfarkt, og at det stilles høye krav til oppfølging fra fastlege og sykehus også etter hjemreise. Dette inspirerer meg til å undersøke sykehusenes rutiner på telefonisk kontakt og poliklinisk kontakt med pasientene. En forventet telefonsamtale fra sykehuset etter hjemkomst kan sannsynligvis bidra til økt kontinuitet og trygghet, og dermed mestring.

9.0 KILDER

- Alcántara, C., Muntner, P., Edmondson, D., Safford, M. M., Redmond, N., Colantonio, L. D., & Davidson, K. W. (2015). The Perfect Storm: Concurrent Stress and Depressive Symptoms Increase Risk of Myocardial Infarction or Death. *Circulation. Cardiovascular quality and outcomes*, 8(2), 146-154. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.114.001180
- Benner, P., & Wrubel, J. (2001). *Omsorgens betydning i sygepleje : stress og mestring ved sundhed og sygdom*. København: Munksgaard.
- Berg-Olsen, A. (2017). Treningsveileder ved hjertehendelser, PT og instruktør *Har mastergrad i idrettsvitenskap*. Stamina trening.
- Cullberg, J. (2008). *Mennesker i krise og utvikling*. Stockholm: Universitetsforlag.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Det kongelige helse og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen Rett behandling- på rett sted -til rett tid*. (St. mld nr 47(2008-2009)). Oslo: Omsorgsdepartementet Retrieved from <http://www.regjeringen.no>.
- Dommerud, T. (2017). Flere klarer ikke endre usunn livsstil etter hjerteinfarkt, *Aftenposten*. Retrieved from <http://www.aftenposten.no/norge/Flertallet-klarar-ikke-endre-usunn-livsstil-etter-hjerteinfarkt-613634b.html>
- Dos Santos Andre, F., & Regina Maria, V. L. (2014). Sexuality of postinfarction patients: diagnosis, results and nursing intervention. *J Clin Nurs*, 23(15-16), 2101-2109. doi: 10.1111/jocn.12345
- Eide, T., & Eide, H. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. rev. og utv. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eikeland, A., Haugland, T., & Stubberud, D. G. (2010). Sykepleie ved hjertesykdommer. In H. Almås, D.-G. Stubberud, R. Grønseth & K. C. Toverud (Eds.), *Klinisk sykepleie : 1* (4. utg. ed., Vol. 1, pp. 207-245). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.
- Bergström, I. I. (2015). Hjertesykdom er den største kvinnedreperen i Norge. from <http://forskning.no/helsepolitikk-hjertet-kjonn-og-samfunn/2015/09/hjertesykdom-er-den-storste-kvinnedreperen>

- Gamnes, S. (2011). Kjærlighet, nærhet og seksualitet. In N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug & F. Nortvedt (Eds.), *Grunnleggende sykepleie* (2. utg. ed., Vol. Bind 3). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gamnes, S. (2012). *Metodebok* (6. rev. oppl. ed.). Oslo: Sex og samfunn, senter for ung seksualitet.
- Haaland, W. (2010). Sexologi. In A. Brunstad & E. Tegnander (Eds.), *Jordmorboka: ansvar, funksjon og arbeidsområde* (pp. 110-141). Oslo: Akribe.
- Helsedirektoratet. (2014). *Faglig veileder for sykmeldere*. Oslo: Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Sykmelderveileder.pdf>.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>.
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse-og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2011). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag* (3. utg. ed.). Oslo: Abstrakt forl.
- Kamm-Steigelman, L., Kimble, L. P., Dunbar, S., Sowell, R. L., & Bairan, A. (2006). Religion, relationships and mental health in midlife women following acute myocardial infarction. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(2), 141-159.
- Kirkevold, M. (2001). *Sykepleierteorier - analyse og evaluering*. Oslo: Gyldedal akademisk.
- Kringlen, E., & Finset, A. (2006). *Den kliniske samtalen : kommunikasjon og pasientbehandling* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2008). Stress, mestring og endring av livsstil. In N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Eds.), *Grunnleggende Sykepleie Bind 3* (pp. 206-270). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kunnskapsbasert praksis. (2012). Retrieved from <http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/>
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Oslo: Retrieved from https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf.
- Kvalitetsregisteret. (2016). *Norsk hjerteinfarktregister - Resultater publisert i 2016*. Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre

- Løchen, M.-L., & Gerdt, E. (2015). *Kvinnehjerner : en medisinsk fagbok om vanlige hjertesykdommer*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Markhus, L., & Fålund, N. (2015). Ingen snakker med meg om sex. *Sykepleien Fagartikkel*, 12, pp. 60-63. doi: 10.4220/Sykepleiens.2015.55918
- Mendes, B., Roux, G., & Ridosh, M. (2010). Phenomenon of inner strength in women post-myocardial infarction. *Critical Care Nursing Quarterly*, 33(3), 248-258. doi: 10.1097/CNQ.0b013e3181e6d809
- Moesmand, A. M., & Kjøllesdal, A. (2004). *Å være akutt kritisk syk : om pasientenes og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mæland, J. G. (2006). *Helhetlig hjerterehabilitering* (2. utg. ed.). Kristiansand: Høyskoleforl.
- Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2017). Medisiner ved hjerte-og karsykdommer. from <http://nasjonalforeningen.no/hjerte-og-kar/medisiner/>
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2014). Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler., Retrieved from <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklist-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Netland, H., Fålun, N., & Norekvål, T. M. (2011). Samtaler kan styrke hjertepasienten. *Sykepleien fagartikkel* pp. 50-52. doi: doi.org/10.4220/sykepleiens.2011.0060
- Norekvål, T. M. (2009). *Patient-reported outcomes in women after myocardial infarction - a longitudinal study of quality of life, sense of coherence and perceived positive effects*. (PhD), University of Bergen, Bergen. ISBN: 978-82-308-0878-8
- Norsk redaksjonsutvalg for klassifikasjonssystemene Nanda, N. I. C. o. N. O. C. (2003). *NANDA sykepleiediagnoser : definisjoner & klassifikasjon, 2001-2002* (Norsk utg. ed.). Oslo: Akribe.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Retrieved from www.sykepleierforbundet.no.
- Oterhals, K., Hanestad, B. R., Eide, G. E., & Hanssen, T. A. (2006). The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 5(4), 303-310. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2006.01.004
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient-og brukerrettigheter. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient-%20og%20bruk>

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Ranhoff, A. H. (2008). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. In A. H. Ranhoff, K. Brodtkorb & M. Kirkevold (Eds.), *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Simony, C. P., Pedersen, B. D., Dreyer, P., & Birkelund, R. (2015). Dealing with existential anxiety in exercise-based cardiac rehabilitation: a phenomenological-hermeneutic study of patients' lived experiences. *J Clin Nurs*, *24*(17-18), 2581-2590. doi: 10.1111/jocn.12867
- Slettebø, Å. (2002). *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Smith, & Liles. (2007). Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, *16*(4), 662-671. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01689.x
- St.Olavs-Hospital. (2017). Hjerteinfarkt (NSTEMI) Behandlingsprogram, Klinikk for hjertemedisin. Retrieved 16/1-2017, from <https://stolav.no/behandlinger/hjerteinfarkt-nstemi-eller-ustabil-angina>
- Statistisk sentralbyrå. (2014). Forventet levealder ved fødselen. Retrieved from <https://www.ssb.no/natur-og-miljo/barekraft/forventet-levealder-ved-fodselen>
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Uysal, H., & Ozcan, S. (2015). The effect of individual education on patients' physical activity capacity after myocardial infarction. *Int J Nurs Pract*, *21*(1), 18-28. doi: 10.1111/ijn.12193
- Videreutdanning i seksuell helse ved HiOA. (2016). Informasjonsfilm til hjertepasienter. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=IR-Ln1sfjZU&feature=youtu.be>
- White, J., Hunter, M., & Holttum, S. (2007). How do women experience myocardial infarction? A qualitative exploration of illness perceptions, adjustment and coping. *Psychol Health Med*, *12*(3), 278-288. doi: 10.1080/13548500600971288
- Xu, X., Bao, H., Strait, K., Spertus, J. A., Lichtman, J. H., D'Onofrio, G., . . . Krumholz, H. M. (2015). Sex differences in perceived stress and early recovery in young and middle-aged patients with acute myocardial infarction. *Circulation*, *131*(7), 614-623. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.114.012826
- Ørn, S., & Brundvand, L. (2011). Hjerte- og karsykdommer. In S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Eds.), *Sykdom og behandling* (pp. 160-207). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

VEDLEGG Artikkelmatrise:

Studier er **vurdert** og **anvendt** i oppgaven. Noen av artiklene som ikke inngår som funn er benyttet som kilder.

Artikkel /Forfatter/ År	Deltagere i studien/utvalg Land/nasjonalitet	Data Innsamlings metode	Hensikt med studien	Hovdefunn /funn /konklusjon i studien som har relevans for min oppgave	Funnet i database	Vurdert sjekklister	Nyttig Middels nyttig Lite nyttig
Sexuality of postinfarction patients: diagnosis, results and nursing intervention(Dos Santos Andre & Regina Maria, 2014).	17 studier og 5 sykepleie-diagnosebøker Både kvinner og menn Puertogisiske, Engelske og Spanske artikler	Integrativ litteratur studie Både kvalitative og kvantitative artikler	Utfall av seksuell dysfunksjon og sykepleierintervensjoner knyttet til infarktpasienters sexualliv/sexualdysfunksjon etter hjerteinfarkt.	Sykepleiere må snakke om/ gi råd ang seksualitet samt forventninger og utfordringer med pasienten og pårørende etter et infarkt. Inkluderer både kvinner og menn. Implikasjoner for praksis er sykepleiers holdninger til å snakke om seksualitet.	Medline/Ebscohost	JA	NYTTIG
How do women experience myocardial infarction?(White et al., 2007).	5 kvinner 41-60 år med MI inntil 6 mnd siden England	Kvalitative intervjuer i to omganger	Utforske kvinners oppfatning av rehabilitering samt mestringsstrategier etter et infarkt	Viktigheten av individuelle tilnærminger samt gruppebasert(rene kvinnegrupper) rehabiliteringsprogram etter et infarkt. Implikasjoner for praksis er tverrfaglig samarbeid og informasjon.	Medline/Ebscohost	JA	NYTTIG
Dealing with existential anxiety in exercise-based cardiac rehabilitation: a phenomenological study	9 menn og 2 kvinner Danske deltagere	Fokusgruppe intervjuer	Kartlegge pasienters erfaring med treningsrettet rehabilitering etter infarkt	Pasienter er usikre på hvor hardt de kan trene. Psykisk støtte i denne fasen bidrar til mestring og	Ebscohost /Pubmed Mulig treningsveile	JA	Lite nyttig svakhet at den inkluderer kun 2 kvinner U

gical-hermeneutic study of patients' lived experiences(Simony et al., 2015).				treningsglede. Mestring og gir økt livskvalitet både fysisk og psykisk. Implikasjoner for praksis informere om betydningen av dette og tverrfaglig samarbeid.	eder kan underbygge kvinneperspektivet		T G Å R
Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients(Smith & Liles, 2007)	17 menn og 3 kvinner Engelske deltagere	Kvantitativ spørreskema	Kartlegge infarktpasienters behov før hjemreise og om det er forskjeller på behov ut fra alder og utdanning	Studien viser at eldre og særlig pensjonister trenger mer og annen type informasjon, til tross for høy utdanning. Implikasjoner for praksis er å vurdere alder, kjønn, og utdanning/ressurser i informasjonsituasjoner.	Pubmed	Ja	Middels nyttig da den inkluderer kun 3 kvinner
Fatigue two months after myocardial infarction and its relationships with other concurrent symptoms, sleep quality and coping strategies(Fredriksson-Larsson, Alsen, Karlson, & Brink, 2015)	142 personer Står ikke spesifisert kjønn Utgår bla av den grunn	Kvantitativ spørreskema	Å utforske/kartlegg nivåer av fatigue nivåer 2 mnd etter infarkt. Videre se på symptomer som ligner på fatigue, som søvn kvalitet, depresjon og mesringsstrategier. I den hensikt å skille fatigue fra disse.	Postmyocardial fatigue er lavest 2 mnd etter infarkt. Noe som gjør at man må være bevisst på at fatiguelignende symptomer på dette tidspunkt, også kan være andre tilstander som skal behandles på annen måte. Implikasjoner for praksis er informasjon.	Ebscohost	NEI Lite relevant for problemstillingen	U T G Å R
The effect of individual education on patients' physical activity capacity after myocardial infarction(Uysal & Ozcan, 2015)	90 pasienter(45 i intervensjonsgruppen og 45 i kontrollgruppen) Står ikke kjønn på deltagere Førstegangsinfarkt.	Kvantitativt spørreskema	Effekt av individuell undervisning og rådgivning om fysisk aktivitet/funksjonalitet etter infarkt hos de som har hatt sitt første hjerteinfarkt	Funn viser at de som får individualisert undervisning har godt utbytte som økt aktivitetsnivå og eksempelvis vektnedgang. Implikasjoner for praksis er viktigheten av livsstilveiledning og informasjon som et verktøy før utreise fra sykehus.	Funnet i en kildeliste	Nei	Innholdet er relevant, men en svakhet at kjønnsperspektivet ikke belyses U T G Å R
Phenomenon of inner strength in women post-myocardial	12 kvinner	Kvalitativ, grounded theory	Utforske faktorer som bidrar til økt indre styrke hos kvinner i rekonvalesensper	Konklusjon viser at sykepleiere skal snakke om/informere om at det er	Funnet abstract i pubmed, printet ut på	NEI	U T G Å R

infarction(Mendes et al., 2010)			ioden etter PCI operasjon	normalt å kjenne varierende angst og at livet får en ny retning/livsstil – aksept av dette er en styrke/mestringstrategi for kvinner. Implikasjoner for praksis er at dette må tas opp så tidlig som mulig med kvinnene	Skole søkekurs		
Sex differences in perceived stress and early recovery in young and middle-aged patients with acute myocardial infarct(Xu et al., 2015)	3572 pasienter(2397 kvinner og1175 menn)	Kvantitativ statistisk analyse	Å se på forskjeller i opplevd stress etter infarkt, samt se på hvilke faktorer som leder til at kvinner opplever mer stress	Funn viser at kvinner opplever høyere grad av psykologisk stress etter infarkt, noe som gjør rehabiliteringsfasen vanskeligere for dem. Dette er viktig kunnskap for sykepleiere som skal snakke med kvinner etter infarkt	Ebscohost/ Pubmed	JA	NYTTIG
Religion, relationships and mental health in midlife women following acute myocardial infarction(Kamm-Steigelman et al., 2006)	59 kvinner	Kvantitativ deskriptivstudie spørreskema	Å undersøke kvinners behov etter akutt hjerteinfarkt, for på bakgrunn av det tilpasse og utvikle intervensjoner til kvinner	Kvinner er generelt mindre fornøyd med tilværelsen, og opplever redusert mental helse etter infarkt. Psykiatriske sykepleiere bør være del av det tverrfaglige teamet som skal ivareta kvinner etter et infarkt. Implikasjoner for praksis er viktigheten av informasjon om dette og tydeliggjøre viktigheten av tverrfaglig samarbeid.	Ebscohost/ pubmed	Nei	UTGÅR
The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction(Oterhals et al., 2006)	111 pasienter Nevner ikke kjønnsfordeling	Kvantitativ , spørreskema	Utforske og beskrive pasienters informasjonsbehov ved utreise og hvordan det settes i sammenheng med opplevd tilfredstillende helseomsorg + Se på hvilke områder	Pasienter trenger informasjon, også etter hjemreise- 6 uker etter hjemreise kan være et egnet tidspunkt for mer informasjon. De vil ha mye informasjon om	Google	Nei	UTGÅR

			pasienter hadde behov for informasjon om	mulige fremtidige utfordringer			
<p>Livskvalitet hos kvinner med gjennomgått hjerteinfarkt PhD(Norekvål, 2009)</p>	<p>145 kvinner som svarte på spørreskjema om livskvalitet, fysiske og psykiske helseplager.</p>	<p>Phd Består av 4 kvantitative artikler publisert i internasjonale tidsskrift.</p>	<p>Utforske kvinners opplevelser etter hjerteinfarkt mestringskapasitet og mulige positive konsekvenser av gjennomgått hjerteinfarkt.</p>	<p>Kvinner med gjennomgått hjerteinfarkt har lavere fysisk funksjon, like god livskvalitet, rapporterer engstelse og nedstemthet, men ikke i større grad enn andre kvinner på samme alder. Et overraskende funn var at 65 % av kvinnene også opplevde noe positivt ved å ha gjennomgått hjerteinfarkt.</p>	<p>Google og sykepleien forskning.no</p>	<p>Nei En PhD er en styrke for oppgaven, trenger ikke vurderes</p>	<p>N Y T I G</p>