



Mestring ved hjerteinfarkt hos kvinner

Kandidatnummer: 706

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave

i sykepleie

Antall ord: 9542

Dato: 16.04.2018

1

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 16.04.2018
Tittel: Mestring ved hjerteinfarkt hos kvinner	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvordan kan sykepleier bidra til mestring hos kvinner som har gjennomgått hjerteinfarkt?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Anatomisk, fysiologisk og patofysiologisk teori om hjerteinfarkt, med fokus på symptomer, og hva som skiller symptomene for kvinner og menn, og ulike psykososiale reaksjoner i forbindelse med dette. Utdypende teori om mestring og Albert Banduras mestringsteori for fremming av mestringstro. Teori om personsentrert sykepleie, sykepleierens pedagogiske funksjon med fokus på veiledning, samt sykepleierens etiske og juridiske rammeverk.</p> <p><u>Metode:</u> Metoden som er brukt i denne oppgaven kalles en systematisk litteraturstudie. Oppgaven er bygd opp på relevant forskningslitteratur som er innhentet via et litteratursøk i databasen CINAHL. I tillegg har et bredt utvalg av pensumlitteratur fra bachelorstudiet i sykepleie blitt benyttet, samt en del selvvalgt litteratur som går utenfor pensum.</p> <p><u>Drøfting:</u> Det sykepleiefaglige kunnskapsgrunnlaget lagt frem i teoridelen benyttes sammen med forskningslitteratur til å drøfte oppgavens problemstilling. Drøftingen innledes med hvorfor kvinner er spesielt sårbare og har behov for hjelp til mestring og sosial støtte etter et hjerteinfarkt. Hvordan sykepleier kan fremme denne mestringen blir drøftet i tre hoveddeler – fra den overordnede delen med personsentrert sykepleie som ramme for sykepleieutøvelsen og hvilken effekt den har for pasientens mestring, til sykepleiefokus med sykepleierens pedagogiske funksjon der veiledning blir benyttet for fremming av mestring og kontroll av egen situasjon hos pasienten, og hvordan sykepleier kan implementere teori om mestringstro i sin yrkesutøvelse for å fremme mestring hos pasienten.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Sykepleieren har gjennom sin pedagogiske funksjon et stort ansvar for å bidra til mestring hos kvinnelige pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt. Sykepleier må forstå hvilke behov kvinner har, som kan avvike fra standardiserte rehabiliteringsopplegg, og tilpasse sin sykepleieutøvelse med individualisert og personsentrert fokus.</p>	

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Avgrensninger	2
1.4	Begrepsavklaring.....	2
1.5	Oppgavens disposisjon	3
2	Teori.....	4
2.1	Hjerteinfarkt	4
2.1.1	Symptomer og diagnostikk	4
2.1.2	Psykososiale reaksjoner etter hjerteinfarkt	5
2.2	Mestring.....	5
2.2.1	Banduras mestringsteori	6
2.3	Personsentrert sykepleie.....	8
2.4	Sykepleierens pedagogiske funksjon.....	8
2.4.1	Veiledning	8
2.4.2	Didaktisk relasjonsmodell	9
2.5	Jus og etikk.....	9
3	Metode.....	11
3.1	Systematisk litteraturstudie som metode.....	11
3.2	Litteratursøk	11
3.3	Kildekritikk	14
3.4	Etiske vurderinger.....	15
4	Presentasjon av forskningslitteratur.....	16
5	Drøfting.....	17
5.1	Kvinnelige pasienters særegne behov	17
5.2	Personsentrert sykepleie og mestring	18
5.3	Mestring via sykepleierens pedagogiske funksjon.....	21
5.3.1	Informasjon.....	21
5.3.2	Veiledning	22
5.4	Implementering av mestringsteori i praksis	24
5.4.1	Tidligere mestringserfaring	24
5.4.2	Modelløring.....	26

5.4.3	Verbal overtalelse	27
5.4.4	Fysiologiske reaksjoner	27
6	Konklusjon.....	29
	Referanser	30

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Folkehelseinstituttet rapporterte at den vanligste dødsårsaken i Norge i 2014 var hjertesykdom, og det er flere kvinner enn menn som dør av dette (Sakshaug, Selmer & Graff-Iversen, 2015). For norske kvinner er iskemisk hjertesykdom den mest vanlige hjertesykdommen, og det er også den vanligste dødsårsaken (Løchen & Gerds, 2015, s. 100). Det finnes med andre ord mange kvinner med hjertesykdom, som sykepleier kan møte ved de fleste institusjoner i Norge, og det kan derfor være nyttig for sykepleier å ha god kunnskap om hvordan slik sykdom påvirker kvinner.

I 2016 døde 2306 mennesker av akutt hjerteinfarkt – omtrent halvparten av dem var kvinner (Folkehelseinstituttet, 2016). De klassiske symptomene på hjerteinfarkt er brystmerter som vedvarer over flere minutter, ofte lokalisert rett bak brystbeinet, utstråling til armer, særlig venstre arm, hals og underkjeve, kvalme og brekninger, og kaldsvetting (Ørn & Brunvand, 2016, s. 166). Disse symptomene er typiske for menn, og det store fokuset på sammenhengen mellom menn og hjerteproblematikk i moderne forskning har vært med på å skape en myte om at kvinner ikke rammes av hjerteinfarkt. Dette har igjen ført til at pensumlitteraturen i sykepleien og kunnskapen hos helsepersonell generelt omhandler menns symptomer på hjerteinfarkt, da disse omtales som de klassiske symptomene (Storstein, 1993, s. 166). Mangelfull kunnskap om kvinner og hjerteinfarkt hos helsepersonell og pasienten selv kan medføre at tegnene på hjertesykdom ikke tas alvorlig. Det vil også kunne føre til at kvinners særegne behov for støtte og hjelp til mestring av psykososiale reaksjoner etter et hjerteinfarkt overses, da behandlingen og rehabiliteringen har vært standardisert.

Jeg vil med denne oppgaven tilegne meg selv bred kunnskap om hjerteinfarkt hos kvinner, og øke min forståelse av deres opplevelse av sykdommen. Sykepleier er ofte den første personen pasienten møter i sykehus, og også den personen som følger opp pasienten gjennom og etter behandling. Jeg anser det som viktig at jeg som fremtidig sykepleier innehar kunnskap om hvordan jeg skal møte pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt på en best mulig og profesjonell måte, ivareta pasientens behov, og fremme mestring hos pasienten. Dette er kunnskap jeg tror jeg kommer til å få mye nytte av ute i praksis, da fremming av mestring også kan være relevant i andre pasientgrupper.

1.2 Problemstilling

På bakgrunn av sykepleierens pedagogiske funksjon, personsentrert sykepleie, og Banduras mestrings-teori, vil jeg drøfte hvordan sykepleier kan bidra til mestring hos kvinner som har gjennomgått hjerteinfarkt, for å svare på problemstillingen:

«Hvordan kan sykepleier bidra til mestring hos kvinner som har gjennomgått hjerteinfarkt?».

1.3 Avgrensninger

Jeg har villet ta for meg kvinner som har gjennomgått hjerteinfarkt, da deres symptomer er diffuse og det ikke alltid er like lett å diagnostisere tilstanden. I etterkant av et hjerteinfarkt kan både samliv, familieliv og yrkesliv bli påvirket, og dette setter i gang en rekke psykososiale reaksjoner. Det forventes normalt sett at kvinner får hjerteinfarkt senere enn menn, altså etter de er fylt 65 år (Løchen & Gerds, 2015, s. 89). Av denne grunnen valgte jeg aldersgruppen 45-65 år, da kvinner i denne alderen kan ha unge barn og ofte er yrkesaktive, og det som regel ikke er forventet at man skal rammes av hjerteinfarkt i denne alderen. Målgruppen i denne oppgaven vil altså derfor være kvinner i alderen 45-65 år som har gjennomgått hjerteinfarkt.

Konteksten for problemstillingen vil være i sykehus da hjerteinfarkt krever akutt innleggelse og behandling. Jeg vil i min oppgave fokusere på hvordan sykepleieren kan hjelpe kvinnen til å mestre sin situasjon i den akutte fasen av sykdommen før utskrivelse fra sykehus. Å fremme mestring hos pasienter kan gjøres på mange måter. Jeg vil spesifikt se på hvordan sykepleier gjennom utøvelsen av personsentrert sykepleie, sin pedagogiske funksjon, og ved implementering av mestrings-teori i sin yrkesutøvelse, kan bidra til mestring hos kvinnelige pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt.

1.4 Begrepsavklaring

Akutt koronarsyndrom

Mye av forskningen jeg har lest og benytter meg av i denne oppgaven bruker det engelske begrepet «acute coronary syndrome», akutt koronarsyndrom (AKS) på norsk. Dette er en

fellesbetegnelse på ulike tilstander som i utgangspunktet er komplikasjoner til aterosklerose i koronararteriene. Disse tilstandene er akutte, har lik patofysiologi til grunn, og de aller fleste pasientene opplever akutte brystmerter (Aaberge & Wiseth, 2015, s. 180). Inn under AKS faller ustabil angina pectoris, og hjerteinfarkt av typen ST-segmentelevasjonsmyokardinfarkt (STEMI) og non-ST-segmentelevasjonsmyokardinfarkt (NSTEMI). Videre i denne oppgaven vil jeg bruke begrepene AKS og hjerteinfarkt om hverandre, og jeg differensierer ikke mellom hjerteinfarkt av typen STEMI og NSTEMI.

Mestringstro

Jeg har valgt å oversette Banduras begrep «self-efficacy» til mestringstro. I Banduras teori om mestringstro forstår jeg begrepene «enactive mastery experience», «vicarious experience», «verbal persuasion» og «physiological and affective states» som tidligere mestringserfaring, modellering, verbal overtalelse, og fysiologiske tilstander.

1.5 Oppgavens disposisjon

I teoridelen legger jeg frem sykdomslære om hjerteinfarkt, hva som skiller symptomene for kvinner og menn, og ulike psykososiale reaksjoner i forbindelse med dette. I tillegg tar jeg kort for meg teori om personsentrert sykepleie og sykepleierens pedagogiske funksjon, samt at jeg legger frem teori om mestring og mestringstro. Forskningslitteraturen jeg bruker for å belyse problemstillingen har jeg lagt frem i en oversiktlig artikkelmatrise, med en detaljert beskrivelse av mitt litteratursøk. I drøftingsdelen knytter jeg teori, forskningslitteratur og praksis opp mot problemstillingen, og forsøker å drøfte og besvare denne. Oppgaven avsluttes med en oppsummering av mine funn i drøftingen.

2 Teori

2.1 Hjerteinfarkt

Hjerteinfarkt oppstår som en konsekvens av at koronararteriene tilstoppes delvis eller helt på grunn av aterosklerose. Dette medfører at blodgjennomstrømmingen i årene blir redusert, som igjen fører til redusert oksygentilførsel til myokardvevet, iskemi. Når cellene i myokard ikke får nok oksygen, vil de nekrotisere. Dette kalles hjerteinfarkt. Dersom myokardcellene dør grunnet for lav oksygentilførsel i forhold til behovet, har pasienten et såkalt NSTEMI. Hvis koronararterien er fullstendig tilstoppet, og myokardcellene dør som en følge av dette, kalles det STEMI (Ørn & Brunvand, 2016, s. 164-165).

2.1.1 Symptomer og diagnostikk

Symptomene ved hjerteinfarkt kommer an på hvor tilstoppet koronararterien er, oksygeninnholdet i blodet, hvor stort behov myokard har for oksygen, og hvor mye av myokard som er iskemisk (Ørn & Brunvand, 2016, s. 164). De klassiske symptomene på hjerteinfarkt er økende og intens smerte ved mindre anstrengelser enn tidligere, eller intense retrosternale smerter, smerter som stråler opp i hals og kjeve, og ut i venstre arm, kvalme, dyspné, kaldsvette og uro. Smertene kan beskrives som et trykk eller klem bak sternum. Blir smertene intense, kan det føre til at pasienten blir uvel og kaster opp (Ørn & Brunvand, 2016, s. 164-165). Smertene kommer av nekrotiseringen av myokardcellene, og dette kan forårsake en aktivering av det autoimmune nervesystemet, som fører til at pasienten blir blek, begynner å kaldsvette, og får hypotensjon (Aaberge & Wiseth, 2015, s. 187).

Omtrent 40 % av kvinner erfarer andre uspesifikke og varierte symptomer enn dette klassiske symptombildet (Løchen & Gerds, 2015, s. 90). Mange kvinner opplever smerter, men de er atypiske og ofte lokalisert i steder som rygg, kjeve, øverst i magen, nakken, ut i armene, og hodepine. Kvinner rapporterer andre uspesifikke symptomer som uvelhet, kvalme, fordøyelsesplager, dyspné og problemer med søvn som forvarsler til hjerteinfarkt. I tillegg kan kvinner ha en tendens til bortforklaring av symptomene der de finner forklaringer i at symptomene kommer fra andre steder enn hjertet, og smerteterskelen kan være høyere hos kvinner enn hos menn. Dette kan føre til at kvinner underrapporterer sine symptomer og plager til pårørende og helsepersonell (Løchen & Gerds, 2015, s. 91).

Standard prosedyre for utredning og diagnostisering av iskemisk hjertesykdom skjer ved koronar angiografi, en invasiv undersøkelse som viser koronararterienes forløp, og eventuelle forsnævring og tilstopninger (Løchen & Gerdts, 2015, s. 92). Dersom man mistenker akutt hjerteinfarkt, stilles foreløpig diagnose med EKG i ambulansen eller i akuttmottaket (Løchen & Gerdts, 2015, s. 93). Dersom pasienten har et hjerteinfarkt uten smerter, er diagnostiseringen vanskeligere (Ørn & Brunvand, 2016, s. 166).

2.1.2 Psykososiale reaksjoner etter hjerteinfarkt

Hjerteinfarkt er en akutt tilstand og inntreffer ofte uten forvarsel. Siden pasienten ofte ikke er forberedt på dette, kan hjerteinfarkt medføre en ny tilværelse for pasienten preget av usikkerhet og utrygghet, dødsangst, og bekymringer for fremtiden. Etter et hjerteinfarkt opplever pasienten ofte en form for håpløshet over egen situasjon og fremtiden, noe som kan føre til angst og depresjon (Eikeland, Stubberud & Haugland, 2016, s. 245).

Livskvalitet, mestringsstrategier og sosial støtte er viktige psykososiale variabler som påvirker kvinner etter gjennomgått hjerteinfarkt (Fuochi & Foà, 2018). Sammenlignet med menn, rapporterer kvinner at de mottar lite sosial støtte og mindre informasjon om sykdommen sin og rehabilitering i etterkant enn forventet, og de er også mer utsatt for å møte tvil og skepsis hos helsepersonell når de forteller om problemer med hjertet. På bakgrunn av dette er det derfor meget viktig at kvinner mottar tilpasset helsehjelp når de er i sykehus og at helsepersonell møter deres behov på en tilstrekkelig måte og gir god sosial støtte (Fuochi & Foà, 2018).

2.2 Mestring

Mestring er et begrep som ofte brukes i dagligtalen, og omfatter det å klare seg eller det å få til noe. I sykepleiefaglig sammenheng sier mestring noe om hvilken evne pasienter som står ovenfor utfordringer har til å overkomme disse utfordringene (Reitan, 2005, s. 157). Lazarus og Folkmans definisjon av mestring fra 1984 står fortsatt som relevant, da de beskriver mestring som den summen av krefter som brukes av individet for å møte de utfordringene en står ovenfor. Disse kreftene er både de indre psykiske kreftene og de direkte atferdsorienterte kreftene som brukes for å beherske, tolerere og redusere belastningene (Reitan, 2005, s. 157). Hensikten med mestring innebærer å endre betingelsene i omgivelsene som er skadelige, det å

tolerere og tilpasse seg de realitetene og begivenheter som oppfattes som negative, det å opprettholde balanse i følelsene og et selv bilde som er positivt, og finne og ivareta et forhold til andre mennesker som oppleves som tilfredsstillende (Norsk Helseinformatikk, 2014).

Individets alder og kjønn, personlige interesser og forutsetninger, tidligere erfaring med stress, kriser og sykdom, og egen forsvarsevne mot påkjenninger, er alle rammefaktorer som spiller inn på den enkeltes evne til mestring (Reitan, 2005, s. 161). Ytre rammebetingelser som et bredt og godt sosialt nettverk, i hvilken livsfase man er i når krisen inntreffer, og hvor omfattende og langvarig motgangen er, spiller også en rolle for individets evne til mestring. Mestringsevnen er med andre ord et dynamisk fenomen (Reitan, 2005, s. 161).

De finnes mange ulike mestringsteorier, og i de fleste teoriene ser man på sammenhengen mellom stress, mestring og resultat. Det som er vanskelig og uforutsigbart med mestringsteorier, er at alle mennesker har ulike forutsetninger for å mestre sin situasjon og det er mange rammefaktorer som virker inn på mestringen (Reitan, 2005, s. 162).

2.2.1 Banduras mestringsteori

Albert Bandura er en kjent psykolog, og han har vært med på å etablere begrepet mestringstro. Bandura definerer mestringstro, eller self-efficacy, som «[...] beliefs in one's capabilities to organize and execute the courses of action required to produce given attainments.» (Bandura, 1997, s. 3). Altså mestringstro handler om å vurdere hva som er mulig å oppnå med de evnene og ressursene en selv har. Teorien om mestringstro går ut på at personligheten formes av erfaringene man får gjennom livet. Dersom man har høy grad av mestringstro, blir utfordringer sett på som en oppgave som skal mestres, mens om man har liten mestringstro, unngår man utfordringer og fokuserer på det negative. Bandura hevder det er fire hovedfaktorer som er med på å øke mestringstroen; mestringserfaring, modellering, verbal overtalelse, og fysiologiske tilstander (Bandura, 1997, s. 79).

Tidligere mestringserfaring er den mest betydningsfulle kilden til mestring, i følge Bandura. Ved å vise til at man har mestret noe tidligere, vil man få tro på fremtidig mestring. Desto mer slik positiv erfaring man har, jo mer robust blir troen på egen mestring (Bandura, 1997, s. 80). På samme måte vil tidligere uheldige situasjoner der man ikke oppnådde suksess eller mestring påvirke mestringstroen på negativ måte. Mennesker har en særlig tendens til å huske

slike negative opplevelser. Likevel vil utfordringer i livet gi en muligheten til å lære hvordan man bedre kan takle og ta kontroll over vanskelige situasjoner ved å revidere og forbedre ens egne evner. Dersom man klarer å ta slik lærdom av tidligere negative mestringsopplevelser, vil man kunne snu det til noe positivt som vil gagne fremtidig mestringstro (Bandura, 1997, s. 80-81).

Bandura hevder at mennesker vil øke egen evne til mestring, og der igjen egen mestringstro, ved å lære av andres erfaringer, såkalt modellering (Bandura, 1997, s. 86-87). Mennesker ser altså til *andres* mestringserfaring, og vurderer sine egne evner i forhold til andres oppnåelser. Særlig gjeldende er det i situasjoner man ikke har erfaring fra tidligere, og dermed ikke har noe grunnlag for å kunne bedømme egne mestringsevner (Bandura, 1997, s. 86). Dette gjelder både for andres personlige erfaringer, men også standardiserte forventninger og forløp. Å se at andre mennesker med like ressurser og egenskaper ikke mestrer situasjonen, selv med høy innsats, vil naturlig nok få en til å tvile på egne evner og dermed svekke mestringstroen (Bandura, 1997, s. 88-89).

Verbal overtalelse er en form for sosial innflytelse som vil påvirke mestringstroen. Dersom man får positive tilbakemeldinger og at andre uttrykker støtte, kan man selv få tro på at man kan oppnå det man ønsker. Alene har denne faktoren begrensninger på hvor mye den vil påvirke mestingstroen. Verbal overtalelse gir heller mennesker et oppløft og motiverer vedkommende til å prøve hardere å oppnå målet sitt, og vil derfor være veldig viktig for å motivere mennesker til å oppnå mestring og styrke deres tro på seg selv. Dersom andre har for høye forventninger og urealistiske visjoner om hva personen kan oppnå, vil denne faktoren ha negativ innvirkning på egen mestingstro (Bandura, 1997, s. 101).

Når mennesker skal bedømme sine evner, tas de fysiologiske tilstandene i betraktning. Disse fysiologiske tilstandene blir særlig fremtredende i bedømmingen av egen mestring når det kommer til fysiske prestasjoner, helsefunksjon og håndtering av stress (Bandura, 1997, s. 106). Dersom man er stresset eller har indre uro som angst, og er påvirket av usikkerhet, vil man føle seg sårbar og dermed tenke at man er ekstra utsatt for å mislykkes (Bandura, 1997, s. 106). Skal man øke mestingstroen må derfor stress og negative følelser hos personen reduseres, og personen må informeres om hva som er fysisk mulig med tanke på fysisk status, slik at man korrigerer de feiltolkningene personen eventuelt har om sin kroppslige funksjon (Bandura, 1997, s. 106).

2.3 Personsentrert sykepleie

Når man utøver personsentrert sykepleie setter man pasienten i fokus, og bygger sykepleien rundt pasienten og dens individuelle behov. Det handler om å se pasienten som et helt menneske med psykososiale behov og å ta pasientens erfaringer på alvor. Det er viktig at pasienten oppmuntres til medbestemmelse og deltakelse i egen helseomsorg, slik at slik at de behovene pasienten har kan blir møtt på best mulig måte. Både Florence Nightingale og Virginia Henderson har beskrevet viktigheten av å fokusere på individet og se pasienten som et fullverdig menneske, men de har ikke beskrevet konkret hvordan dette implementeres i sykepleiefaget (Eriksen, 2015, s. 899). Arven med pasienten i fokus har gått videre, og Coulter et al. har utviklet retningslinjer for utøvelsen av personsentrert sykepleie. Disse retningslinjene er bygd opp kronologisk, der første punkt tar for seg pasientens og sykepleierens dialog for å identifisere og diskuterer pasientens behov og problemer, før man går videre og lager en behandlingsplan sammen med aktiviteter, mål, og hvilke områder man skal prioritere og fokusere på. Til slutt forteller retningslinjene at sykepleier må dokumentere og følge opp det pasient og sykepleier har blitt enige om å gjøre (Coulter et al., referert i Pirhonen, Olofsson, Fors, Ekman & Bolin, 2017).

2.4 Sykepleierens pedagogiske funksjon

Det overordnede målet for sykepleierens pedagogiske funksjon er å fremme helse gjennom å støtte, informere, instruere, undervise og veilede. Tveiten beskriver sykepleierens pedagogiske funksjon som de vurderingene, handlingene og konkrete gjøremål sykepleieren har ansvar for med hensikt om å legge til rette for læring, vekst, utvikling og mestring hos alt fra pasienter, til pårørende, til kollegaer (Tveiten, 2008, s. 30).

2.4.1 Veiledning

Sykepleieren har kunnskap om hvordan pasienten kan leve mest mulig hensiktsfullt for å mestre sin situasjon og eget liv, og sykepleieren kan gjennom veiledning formidle denne kunnskapen videre. Veiledning er et paraplybegrep som omfatter informasjon, undervisning, instruksjon og råd (Tveiten, 2016, s. 91). Tveiten (2016, s. 93) beskriver hensikten med veiledning som å styrke mestringskompetansen gjennom refleksjon, oppdagelse og læring. Sykepleieren fremmer refleksjon og hjelper pasienten til å styrke mestringskompetansen gjennom en veiledningsprosess i fem faser; planleggingsfasen der sykepleieren innhenter relevant fagstoff og legger rammene for veiledningen, kontaktfasen der relasjonen mellom

sykepleier og pasient bygges, arbeidsfasen der veiledningen foregår via dialog mellom pasient og sykepleier, og avslutningsfasen der veiledningen oppsummeres og relasjonen avsluttes midlertidig eller permanent. Forhåpentligvis fortsetter refleksjonen etter veiledningsprosessen (Tveiten, 2016, s. 94).

2.4.2 Didaktisk relasjonsmodell

Didaktikk kommer av det greske ordet *didaskēik* som betyr å være lærer eller å utdanne. Den didaktiske relasjonsmodellen ble utviklet av pedagogene Bjørndal og Lieberg i 1978, og den er et verktøy som kan brukes i planleggingen av pasientundervisning. Modellen tar for seg sammenhengen mellom seks faktorer – pasientens læreforutsetninger, rammefaktorer, gjennomføring, vurdering, innhold og læringsmål (Brataas, 2011, s. 44). Det vil si at man må ta høyde for pasientens forutsetninger for læring, og tilpasse undervisningen deretter. Sykepleier bør ha en klar plan for undervisningen, både hva ønsket utbytte er og hvilke læringsmål som skal nås. Dette kan godt utarbeides i samråd med pasienten. Undervisningen bør skje under kontrollerte rammer, der det er satt av tilstrekkelig med tid og på et adekvat sted til undervisningsformål. Undervisningen og undervisningsopplegget må vurderes ut ifra om pasienten har nådd læringsmålene (Kristoffersen, 2011a, s. 359-363).

2.5 Jus og etikk

Sykepleiere har en del rammeverk å forholde seg til, både lovmessige og etisk veiledende rammer. Yrkesetiske retningslinjer omfatter forholdet mellom sykepleieren og pasient, pårørende, profesjon, medarbeidere, arbeidssted, og samfunn (Sneltvedt, 2012, s. 99-100). Hensikten med de yrkesetiske retningslinjene er å være et hjelpemiddel for sykepleieren for hvordan man skal opptre forsvarlig og profesjonelt, samt hvilke forventninger samfunnet har til yrkesutøvelsen til sykepleieren. Retningslinjene bygger også på lovverket som regulerer helsetjenesten, noe sykepleieren også må forholde seg til (Sneltvedt, 2012, s. 99-100).

Kravene som stilles til helsepersonells yrkesutøvelse, omtales i Helsepersonelloven. Formålet med loven er å bidra til kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, sikkerhet for pasienten, og helsepersonellers tillit i helse- og omsorgstjenesten. Helsepersonelloven omhandler en rekke krav til yrkesutøvelsen, som krav til ytelsen av omsorgsfull helsehjelp, forsvarlighetskrav,

samt helsepersonells taushetsplikt, dokumentasjons- og meldeplikt, opplysningsplikt og opplysningsrett (Helsepersonelloven, 1999).

Pasient- og brukerrettighetsloven tar i hovedsak for seg hvilke rettigheter pasienter og brukere har i helse- og omsorgstjenesten. Pasienten og brukerens rett til medvirkning og informasjon står sentralt her, og det står at en pasient eller bruker har krav på tilstrekkelig informasjon for å forstå egen helsetilstand, hvilken helsehjelp som gis, risikoer og bivirkninger av helsehjelpen som blir gitt, samt krav om samtykke før helsehjelpen gis. Loven pålegger også helsepersonell taushetsplikt om personlige opplysninger de innehar om pasientene og brukerne, slik at deres integritet blir ivaretatt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

3 Metode

3.1 Systematisk litteraturstudie som metode

Sosiologen Vilhelm Aubert definerer metode som «en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Aubert, referert i Dalland, 2012, s. 110). Metoden som er brukt i denne oppgaven kalles en systematisk litteraturstudie. Det som karakteriserer en systematisk litteraturstudie er at den utgår fra en tydelig formulert problemstilling som blir besvart på en systematisk måte gjennom identifisering, valg, vurdering og analysering av forskning som er relevant for temaet (Mulrow og Oxman, referert i Forsberg & Wengström, 2016, s. 27). For å kunne gjøre en systematisk litteraturstudie, er forutsetningene at det er publisert tilstrekkelig nok gode studier innenfor temaet. Det settes en rekke krav til forskningslitteraturen som benyttes i den systematiske litteraturstudien, blant annet at man gjør rede for metoder og kriterier for søk og utvalg av artikler (Forsberg & Wengström, 2016, s. 26-27).

3.2 Litteratursøk

Jeg valgte CINAHL med fulltekst som database for å søke etter forskningsartikler. CINAHL er en database jeg har blitt godt kjent med gjennom utdanningen min, det er en pålitelig database som jeg stoler på, og valget var derfor enkelt. Jeg ønsket å finne gode artikler som omhandlet kvinner og hjerteinfarkt, mestring etter hjerteinfarkt, hva som fremmer helse etter hjerteinfarkt, og hvilke opplevelser kvinner som har gjennomgått hjerteinfarkt har med tanke på sykepleierens oppfølging og veiledning i etterkant av infarkt. Jeg fant flere gode artikler, men har begrenset meg til å legge frem fire av de mest relevante og mest brukte i oppgaven min. Jeg startet alle mine søk med søkeordene «acute coronary syndrome», altså akutt koronarsyndrom, og søkte på dette som et «major concept». Dette var et relevant førstesøk, da all forskningslitteraturen jeg var ute etter omhandler pasienter som har akutt koronarsyndrom, herunder hjerteinfarkt. Dette ga 2 712 resultater.

I det første søket mitt gikk jeg videre med søkeordene «self-efficacy», altså mestring, som et «major concept». Jeg fikk 12 198 resultater. Da jeg kombinerte disse to søkene med funksjonen «AND», altså «acute coronary syndrome» AND «self-efficacy», fikk jeg 11 resultater. For å snevre inn søket mitt, begrenset jeg søket til kun artikler tilgjengelig i

fulltekst og artikler publisert mellom 2008 og 2018. For at resultatene i forskningsartiklene skulle være mest mulig relevante og overførbare til norsk helsevesen, valgte jeg å begrense det geografiske området til Europa. Dette ga totalt 8 resultater, og jeg fant to artikler av disse som var relevante, henholdsvis artikkel nummer 4 og 6 i resultatlisten. Se tabell 3.1.1.

Tabell 3.1.1 – Søk gjort i CINAHL 05.01.18

Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall resultater	Utvalgt artikkel
S1	Acute coronary syndrome		2 712	
S2	Self-efficacy		12 198	
S3	S1 AND S2		11	
S4	S3	Geografisk område: Europa Publisert: 2008-2018	8	4. Effects of person-centred care on health outcomes – A randomized controlled trial in patients with acute coronary syndrome. 6. Person-centred care improves self-efficacy to control symptoms after acute coronary syndrome: a randomized controlled trial.

Søk nummer to gikk til med samme startpunkt som det første søket, med søkeordene «acute coronary syndrome». Videre søkte jeg på «patient discharge education» da jeg ville finne forskningsartikler som omhandlet hvilken undervisning og veiledning sykepleieren gir pasienter før utskrivelse. Dette søket ga 1 693 resultater. Jeg kombinerte disse to søkene med «AND», altså «acute coronary syndrome» AND «patient discharge education», for å sikte inn på informasjon til hjertesyke pasienter før utskrivelse, og det ga 4 resultater. Jeg avgrenset søket til artikler tilgjengelig i fulltekst, som omhandlet kvinner, og der forskningen var gjort i Europa mellom 2008 og 2018. Dette ga 2 resultater. Til slutt avgrenset jeg søket til målgruppen min, som er pasienter i alderen 45-64 år, og det ga til slutt 1 resultat. Se tabell 3.1.2.

Tabell 3.1.2 – Søk gjort i CINAHL 06.12.17

Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall resultater	Utvalgt artikkel
S1	Acute coronary syndrome		2 712	
S2	Patient discharge education		1 693	
S3	S1 AND S2		4	
S4	S3	Kjønn: Kvinner Publisert: 2008-2018 Geografisk område: Europa	2	
S5	S4	Alder: 45-64 år	1	1. The information and support needs of Faroese women hospitalised with an acute coronary syndrome.

Det tredje søket startet også med søkeordet «acute coronary syndrome». Jeg søkte også på «atypical symptoms», altså asymptomatisk. Dette ga 203 resultater. Da jeg kombinerte disse to søkeordene med funksjonen «AND», altså «acute coronary syndrome» AND «atypical symptoms», fikk jeg 8 resultater. Målet med dette søket var å finne forskning på hvordan kvinner som har gjennomgått hjerteinfarkt selv har opplevd sykdommen, og hvordan de tolket symptomene sine. Derfor begrenset jeg søket til kvinner, og forskning utgitt mellom 2008 og 2018. Dette ga til slutt to resultater. Artikkel nummer en i resultatet var den jeg valgte. Se tabell 3.1.3.

Tabell 3.1.3 – Søk gjort i CINAHL 18.10.17

Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall resultater	Utvalgt artikkel
S1	Acute coronary syndrome		2 712	
S2	Atypical symptoms		203	
S3	S1 AND S2		8	
S4	S3	Kjønn: Kvinner Publisert: 2008-2018	2	1. Thoughts and behaviours of women with symptoms of acute coronary syndrome

I tillegg til forskningslitteratur, har jeg brukt et bredt utvalg av pensumlitteratur fra sykepleiestudiet som omhandler både sykdomslære, grunnleggende sykepleie, jus og etikk. I innledningen min satte jeg lys på at det finnes lite pensumlitteratur som spesifikt tar for seg kvinner og hjerteinfarkt. Jeg har derfor måtte søkt utenfor pensum for å finne god litteratur som går i dybden på dette temaet, samt for å finne litteratur som går i dybden om mestring og mestringsteori. «Kvinnehjertes», skrevet av Maja-Lisa Løchen og Eva Gerds er en medisinsk fagbok om vanlige hjertesykdommer hos kvinner. Denne boken har jeg brukt en god del for å kunne gå i dybden på hjerteinfarkt hos kvinner.

3.3 Kildekritikk

Kildene man bruker i en oppgave bør det stilles strenge krav til. Disse kravene omfatter hvordan søket etter kildene blir gjort, hvordan man vurderer og gjør rede for kildene, og hvordan kildene blir anvendt i oppgaven (Dalland, 2012, s. 63). Når man skal utøve kildekritikk, er det viktig at man holder seg kritisk til kildene man har valgt ut, og vurderer dem kritisk ut fra deres relevans, gyldighet og holdbarhet, hvilken type tekst det er og hvem som har skrevet teksten (Dalland, 2012, s. 73-75).

De to første artiklene jeg har presentert i søket ovenfor, er ikke begrenset til å inkludere kun kvinner. Likevel har jeg vurdert dem som overførbare til å belyse problemstillingen, da fokuset ligger på effekten av sykepleien som blir utøvd, og resultatene viser det samme for begge kjønn. Begge artiklene tar for seg samme tema, og er derav ganske like, men resultatene spriker litt, og dermed kan artiklene brukes til å drøfte to sider av samme sak. To av mine søk, vist i tabell 3.1.2 og 3.1.3, fikk få resultater, henholdsvis en og to artikler. Jeg utførte flere søk med andre eksklusjonskriterier, men etter å ha lest de to artikkelen nøye, besluttet jeg å inkludere dem i oppgaven min. Artikkelen i søk nummer to er høyst relevant for å besvare problemstillingen, da den belyser hvor sårbare pasientene er i etterkant av et hjerteinfarkt og viktigheten av god informasjon av sykepleierne. Det setter derfor rammer for hvordan sykepleieren bør bruke sin pedagogiske funksjon. Det at denne studien kun inkluderer kvinner og er gjort på Færøyene, gjør den i høyeste grad overførbart til norsk helsevesen og min oppgave. Artikkelen i søk nummer tre vurderte jeg som meget relevant og den gir en unik vinkling i drøftingen av problemstillingen min, da den tar for seg kvinnes subjektive opplevelse og tolkning av symptomene de hadde ved hjerteinfarkt.

Alle artiklene jeg har valgt er skrevet av fagpersoner på feltet, de er publisert i anerkjente tidsskrifter og de er fagfellevurderte. For at resultatene skal være relevante, har jeg kun benyttet meg av forskning fra de siste ti årene, henholdsvis publisert i 2010, 2013, 2016 og 2017.

3.4 Etiske vurderinger

Når man driver forskning på mennesker, og særlig her sårbare mennesker innlagt i sykehus, står selvsagt etikken rundt studiene sterkt (Dalland, 2012, s. 93). I Norge har vi en rekke regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) som er faglig uavhengige av statlige organer. Forskning som involverer mennesker eller menneskelige helseopplysninger i Norge, skal godkjennes av en etisk komité (Dalland, 2012, s. 98). I tre av de utvalgte forskningsartiklene var det presisert at studien var godkjent av en etisk komité, og i alle fire studiene hadde pasientene gitt informert, frivillig samtykke til å delta. Alle studiene oppga også at de ikke hadde noen interessekonflikt.

Gjennomgående i denne oppgaven har jeg referert til kildene jeg har brukt og jeg har kreditert arbeid som andre har gjort, da § 31 beskriver hvordan unnlattelse av korrekt referering og kildehenvisning anses som fusk eller forsøk på fusk, og kan medføre utestengelse fra skolen (Forskrift om studier og eksamen ved LDH, 2013).

4 Presentasjon av forskningslitteratur

Jeg har valgt ut fire artikler til å belyse og drøfte min problemstilling. Tabell 4.1.1

oppsummerer disse fire artiklene, der hensikt, metode og hovedfunn er systematisk presentert i en artikkelmatrise.

Tabell 4.1.1

#	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Laura Pirhonen, Elisabeth Hansson Olofsson, Andreas Fors, Inger Ekman, og Kristian Bolin	«Effects of person-centred care on health outcomes - A randomized controlled trial in patients with acute coronary syndrome»	Health Policy (2017)	Måle effekt av personsentrert sykepleie til pasienter med akutt koronarsyndrom (AKS)	Randomisert kontrollstudie med 94 pasienter i intervensjonsgruppa og 105 pasienter i en randomisert kontrollgruppe ved et sykehus i Göteborg, Sverige	Signifikant høyere mestring etter 6 måneder hos pasienter som fikk personsentrert omsorg, enn de i kontrollgruppa
2	Andreas Fors, Charles Taft, Kerstin Ulin, og Inger Ekman	«Person-centred care improves self-efficacy to control symptoms after acute coronary syndrome: a randomized controlled trial»	European Journal of Cardiovascular Nursing (2016)	Evaluere om personsentrert sykepleie var med på å øke mestring etter innleggelse i sykehus for AKS	Randomisert kontrollstudie med pasienter <75 år innlagt for AKS. Intervensjonsgruppa (84 pasienter) fikk personsentrert sykepleie, kontrollgruppa (93 pasienter) fikk vanlig standard sykepleie	Signifikant forskjell i mestring hos intervensjonsgruppa etter 1 mnd, ingen forskjell mellom gruppene etter 6 mnd.
3	Jórun Askham, Lisa Kuhn, Kirsten Frederiksen, Patricia Davidson, Karen-Leigh Edward, og Linda Worrall-Carter	«The information and support needs of Faroese women hospitalised with an acute coronary syndrome»	Journal of Clinical Nursing (2010)	Beskrive opplevelsene til en gruppe kvinnelige pasienter, med fokus på behov for informasjon og støtte etter gjennomgått hjerteinfarkt	Kvalitativ studie, intervju av 8 kvinner i alderen 48-70 år fire uker etter utskrivelse fra sykehus etter første hjerteinfarkt. Burnards steg for analyse ble brukt for systematisering og organisering av datainnsamlingen	Usikkerhet rundt hvordan de skulle håndtere livet etter utskrivelse. Mangel på informasjon av risikofaktorer og livsstilsendringer
4	Leslie L. Davis, Merle Mishel, Debra K. Moser, Noreen Esposito, Mary R. Lynn, og Todd A. Schwartz	«Thoughts and behaviours of women with symptoms of acute coronary syndrome»	Heart & Lung (2013)	Utforske hvordan kvinner med symptomer på AKS tolker og gjenkjenner symptomer, og deretter hvordan og når de bestemmer seg for å oppsøke hjelp	Kvalitativ studie, semi-strukturerte dybdeintervjuer av 9 kvinner >35 år, der alle hadde blitt diagnostisert med AKS og var inneliggende i sykehus	Alle deltakerne lette etter meningen av symptomene. Alle deltakerne utsatte å oppsøke hjelp, uavhengig om de gjenkjente symptomene eller ikke. Mange overestimerte hvor god tid de hadde før tilstanden ble kritisk

5 Drøfting

5.1 Kvinnelige pasienters særegne behov

For at sykepleieren skal kunne bidra til mestring hos den kvinnelige pasienten som har gjennomgått hjerteinfarkt, er det viktig at sykepleieren har satt seg inn i hvilke psykososiale reaksjoner man kan få etter et hjerteinfarkt, og særlig da hos kvinner som kan oppleve sykdommen annerledes ved at de kan ha andre symptomer og et annet sykdomsbilde enn menn (Xu et al., 2015).

I 2013 ble det gjennomført en studie der kvinners tanker og handlingsmønstre da de oppdaget symptomer på hjerteinfarkt ble kartlagt (Davis et al.). Kvinnene i studien prøvde å tolke og se sammenhenger mellom symptomene for å finne ut hva det kunne være. Tidlige symptomer ble forklart som forkjølelse, influensa, omgangssyke eller forstoppelse av kvinnene i studien, slik mange ofte gjør når symptomene er uspesifikke (Ørn & Brunvand, 2016, s. 166). Noen av kvinnene brukte seg selv eller andre som referansepunkt, for å se om deres symptomer passet med en tilstand eller sykdom de hadde kjennskap til fra før. En av kvinnene i studien, som hadde hatt hjerteinfarkt tidligere, var overrasket da hun fikk diagnosen for andre gang, da hennes hjerteinfarkt ikke utviklet seg som hos en «normal person» eller på samme måte som forrige gang (Davis et al., 2013, s. 432).

Ofte ser man at kvinner ikke anser sin tilstand med hjerteinfarkt som akutt og kritisk. Dette var en gjenganger i det kvinnene i studien fortalte; de visste noe var galt med dem, men de ville ikke søke hjelp før de var helt sikre på at det var nødvendig. Løchen og Gerdts bekrefter dette, og de forklarer at kvinner har en tendens til å underrapportere sine symptomer, og finner andre forklaringer på sine symptomer enn hjerteinfarkt (Løchen & Gerdts, 2015, s. 91). Også White, Hunter og Holttum rapporterte om samme funn i en studie fra 2007. De fant at kvinner har en tendens til å redusere alvorlighetsgrad av egen tilstand, og unnlater å involvere pårørende, muligens for å skjerme og beskytte andre (White, Hunter & Holttum, 2007). At det tar lang tid før kvinner oppfatter en slik situasjon som truende eller kritisk er uheldig, men det er både ut ifra denne studien og annen forskning på feltet, dessverre ikke uvanlig (Davis et al., 2013, s. 434). At kvinner i tillegg har en tendens til å overestimere hvor god tid de har og undergraver hvor alvorlig tilstanden de befinner seg i er, kan gjøre at de psykososiale reaksjonene etter stilt diagnose forsterkes. Et program skreddersydd for kvinner

med hjerteinfarkt i rehabiliteringsfasen er derfor essensielt, og slike program har vist seg å gi signifikant bedring for deres livskvalitet (Løchen & Gerds, 2015, s. 99).

Studien til Davis et al. belyser kvinners mentalitet om hjerteinfarkt. Mytene som henger igjen om at hjerteinfarkt er en mannssykdom som ikke rammer kvinner, i alle fall ikke kvinner under 65 år, kan være med på å forme denne mentaliteten. Den ene kvinnen i studien uttrykte at hun var overrasket over å ha fått diagnosen hjerteinfarkt, og at det kom som et sjokk (Davis et al., 2013, s. 432). Sykepleier møter ofte disse kvinnene når de er i en form for sjokkfase, og må bearbeide det som har hendt dem. Mange kvinner kommer til sykehuset vel vitende om at noe er galt, og både usikkerheten og redselen før de får diagnosen hjerteinfarkt, men også selve diagnosen, kan være en enorm påkjenning og oppleves som en krise. For å mestre de psykososiale reaksjonene som kommer i etterkant av et hjerteinfarkt, som dødsangst, utrygghet og håpløshet, trenger den kvinnelige pasienten god sosial og profesjonell støtte fra sykepleier (Eikeland et al., 2016, s. 245).

For at sykepleier skal kunne gi pasientene god og helhetlig sykepleie og hjelpe pasientene å mestre sin situasjon, må sykepleieren ha satt seg inn i hvordan kvinnene opplever et hjerteinfarkt, og hvilke faktorer som er med på å utløse psykososiale reaksjoner og hvordan det vil påvirke pasientens forutsetninger for mestring.

5.2 Personsentrert sykepleie og mestring

Personsentrert sykepleie har vist seg å ha signifikant effekt på mestring hos pasienter med AKS, ifølge en svensk studie fra 2016 (Fors, Taft, Ulin & Ekman). Resultatet fra denne studien viste at pasienter som fikk personsentrert sykepleie i rehabiliteringsfasen på sykehus hadde langt større følelse av mestring målt fire uker etter utskrivelse, enn de pasientene som fikk standard sykepleie. Studien viste imidlertid ingen forskjell i mestring mellom de to gruppene ved kontroll etter seks måneder (Fors et al., 2016, s. 190). Personsentrert sykepleie krever mye oppfølging og én-til-én-kontakt mellom pasient og sykepleier, og kan høres både kostbart og tidkrevende ut (Eriksen, 2015, s. 899). Da begge gruppene oppnådde lik mestringsfølelse etter seks måneder, vil det da ha noen hensikt å implementere personsentrert sykepleie til denne pasientgruppen? Ja, mener en svensk forskningsgruppe (Pirhonen et al., 2017, s. 170). Spørsmålet om kostnadseffektivitet ble tatt i betraktning i en tilsvarende studie

om personsentrert sykepleie og mestring hos pasienter med AKS. De kunne rapportere at personsentrert sykepleie har vist seg å være kostnadsbesparende hos pasienter med AKS, da denne formen for sykepleie gir bedre kliniske resultater og reduserer antall liggedøgn for denne pasientgruppen (Pirhonen et al., 2017, s. 170). I tillegg vil økt mestringsfølelse hos pasientene i den første og mest kritiske perioden etter et hjerteinfarkt ha god innvirkning på bedrings- og rehabiliteringsprosessen. God mestring har vist seg å være gunstig for det psykososiale, egenatferd, oppmuntre til å gjøre sunne livsstilsendringer, oppmøte og deltakelse i hjerterehabilitering, og øke livskvaliteten generelt (Fors et al., 2016, s. 190).

For å kunne utøve personsentrert sykepleie, må sykepleieren se hele pasienten, inkludert deres psykososiale behov, og det er viktig å ta pasientens erfaringer på alvor (Eriksen, 2015, s. 899). I 2015 ble det publisert retningslinjer for utøvelsen av personsentrert sykepleie, og disse retningslinjene fungerer som en mal for hvordan man skal implementere personsentrert sykepleie i praksis (Coulter et al., referert i Pirhonen et al., 2017, s. 170).

Det første punktet i retningslinjene handler om hvordan pasienten og sykepleieren sammen identifiserer og diskuterer problemer som har oppstått eller er relatert til pasientens situasjon, der man ser på både kliniske funn og behandling, samt hvordan tilstanden påvirker dagliglivet, sosialt og emosjonelt (Coulter et al., referert i Pirhonen et al., 2017, s. 170).. At sykepleieren bevisst bruker tid på å lære pasienten å kjenne, vil være med på å bygge en god og trygg relasjon mellom pasient og sykepleier (Stubberud, 2016, s. 365). Ved å lære pasienten å kjenne tidlig i forløpet, vil man kunne gjøre pasienten til en aktiv deltaker i egen helseomsorg, samt at man fremmer pasientens integritet (Stubberud, 2016, s. 365). Pasientens subjektive opplevelser, utfordringer og behov står i fokus i denne fasen, og ved å invitere pasienten til samtale og oppfordring til å identifisere subjektive tanker, viser sykepleier at pasientens følelser, erfaringer, meninger og preferanser er viktige og blir tatt på alvor (Ekman et al., 2011, s. 250).

Neste ledd i personsentrert sykepleie omhandler hvordan pasienten og sykepleieren går sammen og lager en plan med aktiviteter, setter overordnede mål og delmål, fokuserer på prioriteringer, blir enige om realistiske mål, fokuserer på å løse spesifikke problemer og finner relevante ressurser hos pasienten (Coulter et al., referert i Pirhonen et al., 2017, s. 170). Pasienten er ekspert på seg selv, og kjenner best sine indre og ytre begrensninger, og vet hva som er viktig for henne med tanke på prioriteringer og mål. Dette er noe sykepleier må

respektere og ta hensyn til i planleggingen av videre forløp. Forskning tyder på at myndiggjøring av pasienten kan øke mestringen av sykdommen, ved at pasientens aktive deltakelse i egen helseomsorg motiverer til mestring (Fors et al., 2016, s. 187). Målet med å gjøre pasienten til en aktiv og likeverdig partner i egen helseomsorg er at pasienten skal oppleve å ha kontroll over egen situasjon. Denne følelsen av kontroll kan oppnås ved at pasienten får tilstrekkelig informasjon, får medvirket og blir sett og hørt av helsepersonell (Stubberud, 2016, s. 364).

Sykepleieren skal ut i fra yrkesetiske retningslinjer «ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket» (Norsk Sykepleieforbund, 2016). Pasienten har, i henhold til Pasient- og brukerrettighetsloven (1999), rett til medvirkning i helse- og omsorgstjenester som utøves, pasienten har krav på tilstrekkelig informasjon for å forstå egen helsetilstand og hvilken helsehjelp som gis. Sykepleieren er altså pålagt i følge norsk lov, oppfordret av yrkesetiske retningslinjer, samt anbefalt gjennom personsentrert sykepleie til å gi pasienten mulighet til medvirkning. Økt forståelse hos pasienten av egen helsetilstand og involvering i egen helseomsorg, legger grunnlag for at pasienten er mer kompetent til å mestre sin tilstand (Bandura, 1997, s. 80) .

Det står spesifisert i lovverket at pasientens ønsker og meninger om utformingen av helsetilbudet skal vektlegges av helsepersonell (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Pasienten bestemmer ikke konkret behandlingsform, eller over det som vedrører helsepersonellens ansvar og myndighet, men skal ha medbestemmelse i behandlingen (Stubberud, 2016, s. 364). At man åpner opp for slik medbestemmelse, kan føre til at pasienten, av ulike grunner, bestemmer at hun ikke vil delta i helsefremmende atferd eller motsier seg behandling. Dette har pasienten, som beskrevet i Pasient- og brukerrettighetsloven, rett til. Dersom sykepleier møter pasienten på en god måte med en positiv holdning, kan man fremme åpenhet hos pasienten, som på sikt vil gjøre det lettere for henne å uttrykke sine problemer og behov, og man åpner for dialog der man kan nøste opp i hvorfor pasienten motsier seg behandling (Dored, referert i Stubberud, 2016, s. 365). Sykepleieren må forsikre seg om at tilstrekkelig informasjon er gitt slik at pasienten har mulighet ta det valget på kunnskapsbasert basis, og at pasienten er kjent med eventuelle konsekvenser det vil ha for egen helse å motsette seg behandling.

Det siste steget i personsentrert sykepleie tar for seg oppfølging og dokumentasjon. Planen som begge parter har blitt enige om følges opp og dokumenteres (Coulter et al., referert i Pirhonen et al., 2017, s. 170). Helsepersonelloven stiller krav til helsepersonells yrkesutøvelse, og det presiseres i § 39 at helsepersonell har plikt til å registrere og dokumentere helsehjelpen som gis (Helsepersonelloven, 1999). I tillegg til å være lovpålagt, er dokumentasjon et nyttig verktøy for å sikre kvalitet og kontinuitet i sykepleien som blir gitt (Hellesø, 2015, s. 210). Relasjonell kontinuitet, det vil si at samme sykepleier har ansvar for samme pasient under hele innleggelsen, var vanlig før. Nå benyttes informasjonskontinuitet, der all relevant informasjon om pasienten og hennes behandling er nedfelt i pasientens journal, slik at oppfølgingen av pasienten kan skje av ulike sykepleiere. Å sikre en god flyt i informasjon og innsikt i pasientens situasjon er viktig, slik at pasienten ikke opplever å måtte gi samme informasjon om og om igjen til alle sykepleiere som er involvert i behandlingen (Hellesø, 2015, s. 219).

5.3 Mestring via sykepleierens pedagogiske funksjon

Pasientens egen mestringsforventning vil ha stor betydning for pasientens helseatferd, ifølge Kristoffersen (2011b, s. 216). Anamnesen til pasienten og det pasienten forteller om seg selv vil kunne røpe hvilken mestringsforventning pasienten selv har – positiv eller negativ. Alle pasienter har ulik mestringsevne og tro på egen mestring, og sykepleieren må derfor være bevisst på den aktuelle pasientens evner (Kristoffersen, 2011b, s. 216). Sykepleieren må, der det er mulig, fremme positive forventninger hos pasienten, og der pasienten har negative tanker om egen mestring, må sykepleieren ta i bruk sin veiledende og undervisende funksjon for å fremme mestringstro hos pasienten.

For at pasienten på best mulig måte skal mestre tilstanden som akutt og kritisk syk, er det viktig at sykepleieren støtter, oppmuntrer, underviser og veileder pasienten (Eikeland et al., 2016, s. 251).

5.3.1 Informasjon

Pasienten har et stort behov for informasjon og undervisning etter et hjerteinfarkt. Det kan ofte være problematisk for pasienten å motta all den informasjonen som blir gitt, da pasienten er påvirket av situasjonen som kan oppleves som en krise. Dette ble oppgitt som et problem blant kvinnene som var med i studien til Askham et al. De opplevde at de ikke fikk

tilstrekkelig informasjon fra sykepleierne, eller at de fikk informasjon, men de var for preget av situasjonen de befant seg i til å kunne prosessere og lagre informasjonen de fikk (Askham et al., 2010, s. 1354). Det anbefales likevel at sykepleieren informerer pasienten tidlig i forløpet, og deretter repeterer informasjonen gjentatte ganger (Eikeland et al., 2016, s. 251). I slike situasjoner, der pasienten er preget av stress og utmattelse, og dermed ikke er i stand til å motta all informasjonen som blir gitt, er det viktig at sykepleier forsikrer seg om at informasjonen er mottatt av pasienten, eventuelt kartlegge hvilken informasjon pasienten tar til seg, og dokumentere dette. Sykepleier kan gjøre dette ved å stille kontrollspørsmål angående den informasjonen som har blitt gitt, eller be pasienten gjengi informasjonen og hva hun forstår med den (Tveiten, 2016, s. 157).

5.3.2 Veiledning

Sykepleieren må ha generell forkunnskap innen ulike fagområder som fysiologi og patofysiologi til hjerte og hjerteinfarkt, sykepleie til hjertesyke pasienter, samt kommunikasjon og pedagogikk før veiledningen starter (Tveiten, 2016, s. 94-95).

Sykepleieren som skal veilede den kvinnelige pasienten som har gjennomgått hjerteinfarkt, må ha satt seg inn i hvordan kvinners opplevelse av et hjerteinfarkt differensierer fra menn, og sykepleier må ha tatt høyde for det i sin veiledning. I følge en studie fra 2012 er det nødvendig at kvinner får individualisert informasjon og veiledning siden deres symptomer skiller seg fra menn (Barnason, Zimmerman, Nieveen, Schulz & Young, 2012).

Relasjons- og tillitsbygging mellom den som veileder og den som mottar veiledning er essensielt for å oppnå de ønskelige resultatene med veiledningen. Sykepleieren må vite hvilke behov, forventninger og mål pasienten har for veiledningen, hva pasienten tenker om egen situasjon og hvilke ressurser pasienten har. Til gjengjeld har pasienten nytte av å vite hvem sykepleieren er som fagperson, hva sykepleieren kan tilby og hva sykepleieren tenker er hensikten med veiledningen. At begge parter avklarer sine forventninger tidlig i veiledningsprosessen vil vær hensiktsmessig (Tveiten, 2016, s. 95-96).

Personsentrert og individuell veiledning vil fokusere på den enkelte pasients ressurser og behov, og vil foregå som en dialog, noe som gir en lav terskel for pasienten til å uttrykke sine tanker og følelser (Tveiten, 2016, s. 177). Likevel kan det av og til være nyttig å ha veiledningen i grupper. Rent praktisk er dette mer effektivt enn én-til-én veiledning, da

sykepleier kan veilede flere pasienter samtidig. Kvinner som har opplevd hjerteinfarkt kan også ha god nytte av å bli veiledet i grupper – forskning viser at kvinner har et større behov for psykososial støtte enn menn, og kvinner har ofte et godt utbytte av å dele sine opplevelser av sykdommen med medpasienter (Løchen & Gerds, 2015, s. 99). Kunnskapssenteret rapporterte i 2011 at gruppeundervisning kan ha positiv innvirkning på psykososiale faktorer som mestring og kunnskap knyttet til egen sykdom (Austvoll-Dahlgren, Nøstberg, Steinsbekk & Vist, 2011).

Den didaktiske relasjonsmodellen for planlegging av pasientundervisning kan gjerne brukes i planleggingen av veiledningen. For å oppnå hensikten med veiledningen, må sykepleier tilpasse den til pasientenes læreforutsetninger (Brataas, 2011, s. 44). Etter et hjerteinfarkt er pasientene ofte preget av stress og fatigue, og klarer ikke ta til seg så mye informasjon om gangen (Askham et al., 2010, s. 1354). I individuell veiledning er dette lett å tilpasse, mens i gruppeveiledning kan det bli utfordrende for sykepleieren etter som læreforutsetningene hos gruppens individer kan variere.

Rammefaktorene for veiledningen bør også planlegges i forkant av sykepleieren, slik den didaktiske relasjonsmodellen beskriver (Brataas, 2011, s. 44). Gode rammer for veiledning er blant annet at det er satt av tilstrekkelig med tid og at veiledningen foregår i et rolig og skjermet miljø, gjerne et eget rom med en dør som kan lukkes, slik at det ikke er noen ytre faktorer og støy som forstyrrer. I tillegg vil et lukket rom fremme følelsen av at den moralske taushetsplikten i gruppen blir ivaretatt (Tveiten, 2016, s. 165). I en hektisk sykehushverdag er det ikke alltid det finnes et godt egnet rom for å ha gruppeveiledning, grunnet avdelingens rutiner, disponible rom, og andre praktiske begrensninger (Austvoll-Dahlgren et al., 2011). Her kan det hende sykepleier må være kreativ for å finne muligheter som tillater gruppeveiledning som ivaretar et rolig miljø og taushetsplikten. Dersom det er individuell veiledning, kan denne prosessen være lettere, særlig hvis pasienten har enerom. Flere studier har funnet at sykepleierens pedagogiske funksjon begrenses av tidsmangel, egnede lokaler på avdelingen, og for lite personalressurser (Austvoll-Dahlgren et al., 2011). Siden samhandlingsreformen som trådte i kraft i 2012, har liggetiden i sykehus blitt kortere (Kristoffersen, 2011c, s. 299). Det fører til mindre tid til veiledning fra sykepleiere til pasienter mens pasientene enda er inneliggende. Lite tid til å gi pasientveiledning, medfører utfordringer for mestring hos pasientene etter utskrivelse (Austvoll-Dahlgren et al., 2011). Dette samsvarer med det kvinnene fra Færøyene opplevde. De beskrev sykehusoppholdet som

kort og lite informativt, og slet dermed med å mestre dagliglivet etter utskrivelse (Askham et al., 2010, s. 1358). Sykepleiere og avdelingen må verne om sykepleierens pedagogiske funksjon og jobbe mot å prioritere tid til undervisning og veiledning av pasienter, da denne informasjonen er meget viktig for pasientenes forutsetning for å mestre livet etter sykdom.

5.4 Implementering av mestringsteori i praksis

I møte med kvinnelige pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt, vil Banduras fire faktorer for mestringstro være viktige redskaper når sykepleieren skal veiledende pasienten til å finne egen mestring. Sykepleieren må spille på tidligere utfordringer pasienten har mestret, vise at andre pasienter i samme situasjon har hatt suksess, gi positive og oppmuntrende tilbakemeldinger, samt hjelpe pasienten med for eksempel å redusere stress, slik at pasienten selv kan forbedre egen grad av mestringstro.

5.4.1 Tidligere mestringserfaring

Når sykepleieren har blitt godt kjent med pasienten og hennes anamnese, kan sykepleieren bruke de tidligere erfaringene til pasienten for å skape mestringstro. Personer som har ekte eller autentiske opplevelser av mestring fra tidligere, vil kunne bygge opp en positiv forventning om mestring (Manger & Wormnes, 2015, s. 116). Dersom pasienten tidligere har erfaring med å være akutt og kritisk syk, eller har overkommet annen form for sykdom, vil det kunne gi pasienten tro på at hun skal klare å komme seg etter et hjerteinfarkt også. Bandura beskriver at desto likere den tidligere mestringsopplevelsen er den nåværende utfordringen, jo mer innvirkning vil den ha på å øke mestringstroen (Bandura, 1997, s. 80). Sykepleier kan spørre pasienten direkte om hun har en vært gjennom en lignende situasjon tidligere. Dersom pasienten ikke har det, kan det hende hun tidligere har opplevd de samme følelsene hun opplever i denne situasjonen – angst, utrygghet og usikkerhet med tanke på egen fysikk, eller lignende. Lignende erfaringer der pasienten opplevde en følelse av å mislykkes, vil på samme måte bidra til å redusere troen på egen mestring (Manger & Wormnes, 2015, s. 117). Det er derfor viktig at sykepleier tilpasser hvilke forventninger som stilles til pasienten, og retter fokus på å oppmuntre pasienten til å finne egen mestring. Det er pasienten som sitter inne med sine egne autentiske mestringsopplevelser, og må gå i seg selv for å finne dem. Sykepleier kan via samtale med pasienten eller ved observasjon av pasienten ha plukket opp

situasjoner der pasienten har uttrykt eller vist mestring, og kan da uttrykke disse til pasienten, dersom pasienten selv sliter med å finne tidligere mestringserfaringer.

Kvinner med førstegangs hjerteinfarkt har som regel ingen forutsetninger for å skulle mestre sin situasjon i etterkant uten hjelp og støtte fra andre, særlig helsepersonell. Fysisk aktivitet i etterkant av hjerteinfarkt var noe som opptok og bekymret alle deltakerne i studien fra Færøyene (Askham et al., 2010, s. 1356). Flere av kvinnene uttrykte at de ikke hadde forutsetninger for å selv kunne vite hvor mye fysisk aktivitet de kunne være i, hvor grensen gikk før de trigget hjertet for mye, og om de i det hele tatt klarte å være i fysisk aktivitet. Denne usikkerheten og uvitenheten førte til at mange unnlot å være fysisk aktive (Askham et al., 2010, s. 1356). I hjerterehabiliteringen anbefales det fysisk aktivitet, og pasienten oppfordres til å gjøre dette mens de enda er inneliggende i sykehus (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 434). Pasienten anbefales å starte med mild og lett trening rett etter utskrivelse fra sykehuset, og kan etter et par uker gradvis øke intensitet og grad av treningen, samt øke andre dagligdagse fysiske anstrengelser (Heran et al., 2011).

Pasienten kan ved første mobilisering være engstelig, og stille spørsmål ved egen fysiske kapabilitet. Når man har vært sengeliggende og skal opp første gang, kan man oppleve ortostatisk hypotensjon, noe som ikke er uvanlig etter et hjerteinfarkt (Norsk Helseinformatikk, 2017). Å få et slikt blodtrykksfall kan være ubehagelig og virke skremmende for pasienten. Her er det viktig at sykepleier støtter og veileder pasienten, og forklarer hva som skjer (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 439). Ideelt sett har sykepleier forklart for pasienten på at dette kan skje ved mobilisering etter sengeleie før pasienten kommer opp, slik at pasienten er forberedt på det. Bandura (1997, s. 80) forklarer at dersom personen ikke er utstyrt med nødvendig kompetanse til å klare noe, kan man heller ikke forvente at de skal klare det, og det vil virke mot sin hensikt å prøve å overbevise personen om at de kan klare det. På samme måte som at mestringstroen økes ved gjentatt mestring, vil mestringstroen reduseres ved gjentatt feiling (Manger & Wormnes, 2015, s. 117). Bandura (1997, s. 80) utdyper at dersom man opplever en følelse av mislykkethet før en positiv mestringserfaring er etablert, vil det bare undergrave mestringsforventningen. I tilfellet med mobilisering, hevder Stubberud og Ellingsen (2016, s. 434) at det må tas utgangspunkt i pasientens fysiske form, og i første omgang er det kanskje nok at pasienten står ved sengen, eventuelt bare sitter på sengekanten, slik at man klarer å skape en mestringsfølelse hos pasienten. Personlige forventninger om mestring blir avspeilet av menneskets egen

selvoppfatning, og en positiv selvoppfatning utvikles etter hvert som man mestrer ulike oppgaver innenfor et område (Manger & Wormnes, 2015, s. 117). I følge Bandura (1997, s. 81), vil neste mobilisering oppleves som mindre skremmende dersom den første mobiliseringen går fint og pasienten opplever at hun mestrer det. Dette fører igjen til at man kan gradvis øke graden av mobilisering, slik at pasienten har noe å strekke seg etter.

5.4.2 Modellering

Dersom pasienten ikke har mye tidligere erfaring med å være akutt og kritisk syk, kan sykepleieren introdusere pasienten for modellering for å fremme mestringstro. Hvis pasienten visualiserer, observerer eller hører om mestring hos andre pasienter som har vært i samme situasjon som dem selv, med like ressurser, vil dette kunne føre til en tankegang hos pasienten som sier «hvis de kan, så kan jeg også!» (Bandura, 1997, s. 87). Modellering henger godt sammen med sykepleierens pedagogiske funksjon. Det kan foregå ved at sykepleieren for eksempel viser pasienten enkle treningsøvelser som pasienten kan gjøre. Dersom sykepleieren viser øvelsen først, mens pasienten observerer, for så at pasienten gjør øvelsen selv under observasjon og veiledning av sykepleieren, skaper det en trygg ramme og pasienten kan få økt tro på egen mestring av øvelsen (Manger & Wormnes, 2015, s. 118).

Sykepleier kan også vise til fag- og forskningslitteratur og empiri for å finne situasjoner som ligner på pasientens, slik at pasienten har en modell å strekke seg etter. Dersom pasienten klarer å relatere egne opplevelser og følelser til disse modellene, kan det bli lettere for pasienten å finne tro på egen mestring av situasjonen (Bandura, 1997, s. 87). Kvinnelige pasienter som har opplevd et hjerteinfarkt kan oppleve mye angst og usikkerhet. Det kan være skremmende å skulle fortelle om sine følelser, da det kan utløse en følelse av skam, dårlig samvittighet, skyldfølelse og andre negative følelser hos pasienten (Askham et al., 2010, s. 1357). Sykepleieren bør anerkjenne pasientens følelser, og kan bekrefte disse følelsene ved å vise til andre pasienter, enten empirisk basert eller hentet fra faglitteratur, som har opplevd det samme (Eide & Eide, 2007, s. 223). Sykepleier må imidlertid være forsiktig med å snakke for mye om egne erfaringer og erfaringer hos andre pasienter, da pasienten ikke alltid har samme referanseramme som sykepleieren, og det kan gjøre pasienten forvirret. I tillegg kan pasienten føle at sykepleieren ikke ser og ivaretar deres individuelle behov (Eide & Eide, 2007, s. 241).

For å legge rammer for hva som kan forventes av en pasient etter et hjerteinfarkt, kan sykepleier informere pasienten om forventet forløp og hva som er vanlig for andre pasienter med like ressurser å få til fra dag til dag. Her er det viktig at man ser pasienten som et unikt individ, med særegne behov og ressurser, slik at man ikke legger for stort press på eller har for høye forventninger til pasienten. Dersom pasienten opplever andres suksess eller forventningene som stilles til seg selv som urealistiske eller uoppnåelige, vil dette virke demotiverende og ha negativ innvirkning på mestringstroen (Bandura, 1997, s. 87).

5.4.3 Verbal overtalelse

Gjennom verbal overtalelse og sosiale tilbakemeldinger, kan man forme pasientens mestringsforventning (Manger & Wormnes, 2015, s. 119). Eide og Eide (2007, s. 223) hevder at positiv anerkjennelse kan bidra til å redusere ubehag hos pasienten, som angst, usikkerhet og uro, i tillegg til at det oppleves som en god støtte hos pasienten. Selv om positiv støtte og tilbakemelding vil bidra til å øke mestringstroen, og negative uttalelser kan redusere den, vil verbale overtalelser som eneste faktor ikke ha en så sterk innvirkning på mestringstroen (Bandura, 1997, s. 101).

Likevel er sosial støtte fra helsepersonell en viktig del av rehabiliteringen hos pasienter etter hjerteinfarkt. Kvinnene i studien til Askham et al. fortalte at sosial og emosjonell støtte både fra pårørende og helsepersonell var viktig for dem, og hjalp dem med å mestre sin nye tilværelse etter hjerteinfarkt. De påpekte også at støtten fra sine pårørende kunne variere, og var til tider ikke tilstedeværende i det hele tatt. Støtten fra sykepleierne og annet helsepersonell ble dermed meget viktig for dem (Askham et al., 2010, s. 1358-1359). Både Bandura (1997, s. 101) og Eide og Eide (2007, s. 224) er enige om at det er særdeles viktig at sykepleieren ikke har for høye forventninger til pasienten og oppmuntrer til ting pasienten ikke har forutsetninger for å kunne oppnå, da dette kan gi urealistisk anerkjennelse og kan svekke tilliten mellom pasient og sykepleier. Verbal overtalelse har nemlig best effekt og oppleves som mest troverdig dersom det man oppmuntrer til ligger rett ovenfor ferdighetsnivået til personen, i følge Bandura (1997, s. 101).

5.4.4 Fysiologiske reaksjoner

Fysiologiske signaler fra kroppen kan være så mangt, som trøtthet, skjelvinger, muskelspenninger eller avslappethet, gir mennesker informasjon om hvilken følelsesmessig

tilstand kroppen befinner seg i. Manger og Wormnes (2015, s. 120) refererer til en studie fra 1990 som fant at for høy aktivering av emosjonelle reaksjoner svekker prestasjonene, og en studie fra 2004 som viser at slike emosjonelle reaksjoner kan ha negativ innvirkning på mestringsforventningene. En studie Bandura var med på å gjennomføre i 1985 fant at negative fysiologiske signaler fra kroppen til hjernen gjør personen oppmerksom på og varsler ifra om at kroppens kapasitet ikke tilsvarer det som skal til for å mestre oppgaven (Taylor, Bandura, Ewart, Miller & Debusk, 1985). Dersom slike fysiologiske signaler og emosjonelle reaksjoner reduseres, vil det kunne ha positiv innvirkning på mestringstroen (Bandura, 1997, s. 106).

Stress og fatigue var noe som preget hverdagen til kvinnene i studien til Askham et al. (2010, s. 1354). Det førte til at de ikke var i stand til å motta den informasjonen og veiledningen som ble gitt av sykepleierne. Dette ga dem et dårlig utgangspunkt for mestring av egen situasjon. En av deltakerne forklarte at uten tilstrekkelig kunnskap om egen situasjon, ble det vanskelig å stole på egne evner til å håndtere symptomer som brystmerter. Denne pasienten ble engstelig for om det var et nytt hjerteinfarkt hun kjente, og turte ikke gjøre annet enn å hvile. Dette påvirket mestringen av hverdagen og muligheten til å gjennomføre dagligdagse gjøremål og å være fysisk aktiv, samt at det medførte mye engstelse i forbindelse med disse aktivitetene (Askham et al., 2010, s. 1356). Angst er en fysiologisk reaksjon som har negativ innvirkning på mestringstroen, som i denne situasjonen vil føre til at pasientens mulighet til å utføre dagligdagse gjøremål eller være fysisk aktiv reduseres ytterligere.

Sykepleieren har et ansvar for å sørge for at pasientens psykososiale behov blir ivaretatt, og ved fremming av mestring hos pasienten, blir dette særlig viktig. Dersom sykepleier og pasient har bygd opp en god relasjon med tillit, vil dette virke betryggende for pasienten, og kan dermed redusere engstelse og stress (Kåver, referert i Tveiten, 2016, s. 75). Sykepleieren må finne tiltak, både miljømessige, relasjonelle, og eventuelt medikamentelle i samråd med lege, som kan bidra til å redusere den aktuelle pasientens negative fysiologiske reaksjoner.

6 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg sett på hvordan hjerteinfarkt utfolder seg ulikt mellom menn og kvinner, og hvilke konsekvenser dette kan få for kvinner. Mange rehabiliteringsopplegg er standardiserte, gjerne basert på menns erfaringer og behov, noe som gjør at kvinner ikke alltid har så store forutsetninger for å mestre sin situasjon etter hjerteinfarkt på samme måte som menn. Sykepleieren har derfor en særs viktig rolle i å fremme mestring hos kvinnelige pasienter og støtte dem sosialt og emosjonelt. Det finnes mange måter å fremme mestring hos pasienter på. Personsentrert sykepleie har vist seg å ha signifikant betydning for mestring i den første tiden etter hjerteinfarkt. Ved å utøve personsentrert sykepleie vil kvinnens behov og ressurser stå i fokus, slik at behandlingen blir individualisert i høyeste grad. Pasienten får muligheten og oppfordres til å være en aktiv deltaker i egen helseomsorg og utøve sin rett til brukermedvirkning. Sykepleier må ta i bruk sin pedagogiske funksjon slik at pasienten får tilstrekkelig informasjon og veiledning til å klare å mestre sin nye hverdag. Kvinnen kan oppmuntres til å delta i gruppeveiledning, da forskning viser at kvinner kan ha stort utbytte av dette. Veiledning i sykehus har mange begrensninger med tanke på tid, sted og rom, og kan dessverre derfor bli nedprioritert av sykepleiere til fordel for andre gjøremål. Flere studier viser at kvinner har et stort behov for denne veiledningen før utskrivelse, og sykepleierens pedagogiske funksjon må dermed vernes om og settes på agendaen i avdelingen, slik at pasientenes behov for informasjon og veiledning blir ivaretatt. Slik sørger man for gode rammer for fremming av mestring hos pasientene. Ved at sykepleieren i tillegg aktivt drar inn teori om fremming av mestringstro i praksis, vil dette øke pasientenes forutsetninger for å mestre sin situasjon etter gjennomgått hjerteinfarkt.

Referanser

- Askham, J., Kuhn, L., Frederiksen, K., Davidson, P., Edward, K.-L. & Worrall-Carter, L. (2010). The information and support needs of Faroese women hospitalised with an acute coronary syndrome. *Journal of Clinical Nursing*, 19(9-10), 1352-1361. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03013.x>
- Austvoll-Dahlgren, A., Nøstberg, A. M., Steinsbekk, A. & Vist, G. E. (2011). *Effekt av gruppeundervisning i pasient- og pårørendeopplæring*. (Kunnskapscenteret rapport 09/2011). Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2011/rapport_2011_09_gruppeundervisning_v2.pdf.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Barnason, S., Zimmerman, L., Nieveen, J., Schulz, P. & Young, L. (2012). Patient Recovery and Transitions After Hospitalization for Acute Cardiac Events: An Integrative Review. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 27(2), 175-191. doi: 10.1097/JCN.0b013e318239f5f5
- Brataas, H. V. (2011). Pasientsentrert sykepleiepedagogisk praksis. I H. V. Brataas (Red.), *Sykepleiepedagogisk praksis : pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer* (s. 31-52). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Davis, L. L., Mishel, M., Moser, D. K., Esposito, N., Lynn, M. R. & Schwartz, T. A. (2013). Thoughts and behaviors of women with symptoms of acute coronary syndrome. *Heart & Lung*, 42(6), 428-435. doi: 10.1016/j.hrtlng.2013.08.001

- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner : samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. rev. og utv. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eikeland, A., Stubberud, D.-G. & Haugland, T. (2016). Sykepleie ved hjertesykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud, R. Grønseth & K. C. Toverud (Red.), *Klinisk sykepleie : 1* (5. utg., Vol. 1, s. 229-280). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., . . . Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-Centered Care — Ready for Prime Time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008
- Eriksen, S. (2015). Menneskets psykososiale behov. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1* (1. utg., s. 887-907). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2016). Dødsårsaksregisteret - statistikkbank. Hentet 15.03.18 fra http://statistikkbank.fhi.no/dar/index.jsp?headers=DAAR&stubs=EU_SHORT_CODE&stubs=KJONN&measure=common&virtualslice=DODSFALL_value&ALDERslice=99&layers=ALDER&layers=virtual&study=http%3A%2F%2F129.177.219.15%3A80%2Fobj%2FfStudy%2Fd1-dodsaarsaker&DAARsubset=2012+-+2016&ALDERsubset=99&DAARslice=2016&mode=cube&KJONNsubset=x%2C1+-+2&virtualsubset=DODSFALL_value&v=2&KJONNslice=x&EU_SHORT_CODEslice=0_0_x&measuretype=4&cube=http%3A%2F%2F129.177.219.15%3A80%2Fobj%2FfCube%2Fd1-dodsaarsaker_C1&EU_SHORT_CODEsubset=0_0_x%2C0_1+-+99%2C01_+-+16_%2C07_1+-+07_4%2C07_1_1+-+07_1_2&top=yes
- Fors, A., Taft, C., Ulin, K. & Ekman, I. (2016). Person-centred care improves self-efficacy to control symptoms after acute coronary syndrome: a randomized controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(2), 186-194. doi: 10.1177/1474515115623437

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Stockholm: Natur och kultur.

Forskrift om studier og eksamen ved LDH. (2013). *Forskrift om studier og eksamen ved Lovisenberg diakonale høyskole AS (LDH) av 18. juni 2013 nr. 757*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2013-06-18-757#>.

Fuochi, G. & Foà, C. (2018). Quality of life, coping strategies, social support and self-efficacy in women after acute myocardial infarction: a mixed methods approach. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 98-107. doi: doi:10.1111/scs.12435

Hellesø, R. (2015). Pasientjournalen og prinsipper i journalføring. I E. K. Grov, I. M. Holter & K. C. Toverud (Red.), *Sykepleieboken : 1 : Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., Vol. 1, s. 209-243). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999 nr. 64*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>.

Heran, B. S., Chen, J. M., Ebrahim, S., Moxham, T., Oldridge, N., Rees, K., . . . Taylor, R. S. (2011). Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*(7), Cd001800. doi: 10.1002/14651858.CD001800.pub2

Kristoffersen, N. J. (2011a). Den myndige pasienten. I Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie : B. 3 : Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., Vol. B. 3, s. 336-385). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2011b). Livsstil og endring av livsstil. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug & F. Nortvedt (Red.), *Grunnleggende sykepleie : B. 3 : Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., Vol. B. 3, s. 197-244). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Kristoffersen, N. J. (2011c). Sykepleier i organisasjon og samfunn. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug & F. Nortvedt (Red.), *Grunnleggende sykepleie : B. 1 : Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., Vol. B. 1, s. 281-341). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Løchen, M.-L. & Gerds, E. (2015). *Kvinnehjerner. En medisinsk fagbok om vanlige hjertesykdommer*. (1. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Manger, T. & Wormnes, B. (2015). *Motivasjon og mestring : utvikling av egne og andres ressurser* (2. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x
- Norsk Helseinformatikk. (2014). *Å dele en krise i livet - Mestring*. Hentet 22.03.18 fra <https://nhi.no/sykdommer/kreft/a-dele-en-krise-i-livet/mestring/>
- Norsk Helseinformatikk. (2017). *Stillingsbetinget lavt blodtrykk, veiviser*. Hentet 24.03.2018 fra <https://nhi.no/symptomer/hjerne-og-nervesystem/lavt-blodtrykk-stillingsbetinget-veiviser/>
- Norsk Sykepleieforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 18.03.18 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>.
- Pirhonen, L., Olofsson, E. H., Fors, A., Ekman, I. & Bolin, K. (2017). Effects of person-centred care on health outcomes-A randomized controlled trial in patients with acute coronary syndrome. *Health Policy*, 121(2), 169-179. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.12.003

- Reitan, A. M. (2005). Mestring. I U. Knutstad & B. K. Nielsen (Red.), *Sykepleieboken 2: Teoretisk-metodisk grunnlag for klinisk sykepleie* (1. utg., s. 155-179). Oslo: Akribes AS.
- Sakshaug, S., Selmer, R. M. & Graff-Iversen, S. (2015). *Hjerte- og karsykdommer i Norge i dag*. Hentet 14.10.17 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/hjerte--og-karsykdommer-i-norge---f/#dagens-situasjon-for-hjerte-og-karsykdommer-i-norge>
- Sneltvedt, T. (2012). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (3. utg., s. 97-116). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Storstein, L. (1993). Likestilling i medisinsk hjerteforskning - myte eller realitet? I B. Schei, G. Botten & J. Sundby (Red.), *Kvinnemedisin* (s. 162-171). Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Stubberud, D.-G. (2016). Å ivareta pasientens psykososiale behov ved behandling av hjertesykdom i sykehus. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (1. utg., s. 335-393). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Stubberud, D.-G. & Ellingsen, T.-L. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved hjerterehabilitering. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (1. utg., s. 422-446). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Taylor, C. B., Bandura, A., Ewart, C. K., Miller, N. H. & DeBusk, R. F. (1985). Exercise testing to enhance wives' confidence in their husbands' cardiac capability soon after clinically uncomplicated acute myocardial infarction. *Am J Cardiol*, 55(6), 635-638.
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk : pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforl.

- 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. & Brunvand, L. (2016). Hjerte- og karsykdommer. I S. Ørn, E. Bach-Gansmo & J. Mjell (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 161-196). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Aaberge, L. & Wiseth, R. (2015). Akutt koronarsyndrom. I R. Wiseth (Red.), *Kardiologi: klinisk veileder* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.