



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag
4BACH

Wasif Butt, Abdiweli Mohamed Moalim Abdulle
og Mohammed Ali Abshir
Veileder: Liv Bekkeli

Veiledning til hjerteinfarkt pasienter

Guidance to heart attack patients

Antall ord: 11522

Bachelor i sykepleie, 2010

2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Sammendrag

Bakgrunn: Veiledning og informasjon er en viktig del av sykepleierens yrkesutøvelse. Hjerte- og karsykdommer er de mest vanligste årsakene til dødsfall i Norge. Det er stort behov for kunnskap om hjertesykdommer blant hjerteinfarkt pasienter.

Hensikt: Kartlegge behovene hos pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt. Gi informasjon og veiledning til pasienter med nyoppdaget hjerteinfarkt, slik at de kan mestre hverdagen etter utskrivelse fra sykehuset. Det legges stor vekt på livsstilsendringer i oppgaven.

Metode: Bacheloroppgave basert på praksiserfaringer, forsknings- og fagartikler og pensumlitteratur. Forskningsartiklene ble systematisk gransket for å besvare denne oppgaven. Det ble brukt både kvalitative og kvantitative artikler for å besvare problemstillingen.

Resultat: Pasienter med nyoppdaget hjerteinfarkt følte et stort behov for informasjon og veiledning om den nye tilværelsen etter infarkt. I forskningsartikler kom det fram at pasienter husket lite i den startfasen av infarkt og hadde derfor utilstrekkelig kunnskap om symptomer og årsaker til hjertesykdommene. Det kommer fram svært tydelig at pasienter med lav utdanning og inntekt vet lite eller ingenting om livsstilssykdommer og komplikasjoner disse sykdommene kan føre til.

Viktigheten av å øke kompetanse blant pasienter med hjerteinfarkt er veldig viktig. Fordi med kunnskap om sin egen sykdom vil pasienten bli ressurs sterk og selvhjulpent. Pasienten vil da kunne kjenne igjen symptomer på et begynnende hjerteinfarkt og kan kontakte helsevesenet før det går for langt.

Konklusjon: Pasienten må ha veiledning og informasjon for å leve med sin hjertesykdom. Familie og sosialt nettverk er ressurser som vil være viktige støttespillere under og etter sykehusoppholdet.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemstilling	5
1.2 Avgrensning.....	6
1.3 Case	7
1.4 Oppgavens oppbygging	8
2.0 Metode.....	9
2.1 litteratursøk.....	9
2.2 Søkestrategi	10
2.3 Presentasjon av forskningsartikler.....	11
2.4 Pensum- og selvvalgtlitteratur	13
2.5 Kildekritikk.	14
3.0 Teori	15
3.1 Orems sykepleieteoretisk perspektiv.	15
3.2 Veiledning	17
3.2 Hjerterinfarkt	20
4.0 Hvordan kan sykepleier veilede pasienter med ny oppdaget hjerterinfarkt	25
4.1 Veiledning og informasjon	25
4.2 kosthold	32
4.3 Fysisk aktivitet	36
5.0 Oppsummering	39
6.0 Litteraturliste	41
Vedlegg nr.1	46

1.0 Innledning

I Norge får om lag 15 000 mennesker akutt hjerteinfarkt hvert år. I tillegg er det mange andre som får angina pectoris, hjertesvikt, eller en annen hjertesykdom. Halvparten av disse som får akutt hjerteinfarkt er under 74 år.

Hjerteinfarkt skyldes arvelige faktorer i kombinasjon med miljøfaktorer som røyking, høyt blodtrykk, høyt kolesterolnivå og flere andre årsaker (Mæland, 2006).

Hjerte- og karsykdommer er de vanligste dødsårsakene i Norge, med hele 31,4 % av alle dødsfall. I 2011 døde 13 000 mennesker av hjerte- og karsykdommer (statistisk sentralbyrå, 2012).

Dette er et stort problem for samfunnet og det er viktig å gjøre noe med det. Det er også en stor utfordring for helsevesenet, da mange mennesker blir rammet hvert år, og flere tusen dør av denne sykdommen.

Mennesker med hjerte- og kar sykdommer har behov for kunnskap om sykdommen sin og hvordan man kan forebygge dette. Pasienter som legges inn på sykehuset for akutt hjerteinfarkt får raskt behandling og sykehusoppholdet er kort hvis det ikke er komplikasjoner. Risikoen for tilbakefall og andre komplikasjoner er store, derfor er det viktig med forebyggende arbeid.

«Hjerteinfarkt og andre hjerte- og kar sykdommer forebygges både ved hjelp av tiltak rettet mot hele befolkningen og individuelt rettede tiltak» (folkehelseinstituttet, 2013).

Etikk og Taushetsplikt.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står at sykepleieren skal ivareta pasienten, og pasientens verdighet, og integritet. Man skal respektere og beskytte pasienten mot krenkende handlinger (Sykepleieforbundet, 2011).

»Helsepersonell skal hindre at andre får tilgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell» (Helsepersonelloven, 1999).

I drøftingsdelen har vi valgt å bruke noen pasienterfaringer fra sykehuspraksis, og vi har ikke brukt navn på disse pasientene og har da anonymisert på den måten. Vi bruker han/hun når vi skriver om disse pasientene.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemstilling

Vi har møtt mange pasienter med hjerte- og karsykdommer gjennom praksis periodene vi har hatt og vi vil sikkert møte hjertepasienter, som sykepleiere etter utdanningen. Vi har valgt dette temaet fordi vi har opplevd at mange pasienter får ikke nok informasjon, veiledning og undervisning i forhold til hjerteinfarkt. Det er mange mennesker som rammes av denne sykdommen og vi sykepleiere må styrke vår pedagogiske funksjon, slik at vi kan veilede og informere pasientene for å forebygge sykdommen.

Tema vi har valgt er relevant for sykepleie og som sykepleier vil man møte disse pasientene på forskjellige steder, som i kommunehelsetjenesten og spesialhelsetjenesten. Med denne oppgaven vil vi tilegne oss kunnskap om hjerteinfarkt, og veiledning til hjerteinfarkt pasienter.

Problemstillingen vi ønsker å belyse er «Hvordan kan sykepleier veilede pasienter med ny oppdaget hjerteinfarkt?».

1.2 Avgrensning

Vi har valgt å benytte oss av case, for å konkretisere det vi legger vekt på i oppgaven. Pasienter med akutt hjerteinfarkt får primær, sekundær og tertiærbehandling. Primær behandling er den første behandlingen pasientene får etter infarkt og kan bestå av trombolytisk og kirurgisk behandling. Sekundær behandling skal forebygge tilbakefall av nytt infarkt eller komplikasjoner. Tertiær vil bestå av rehabilitering etter skade eller funksjonssvikt (Cavanagh, 1999).

I oppgaven har vi fokusert på sekundær og tertiær, herunder Fysisk aktivitet/ rehabilitering, røyksslutt og kosthold.

Orem beskriver åtte forskjellige universelle egenomsorgsbehov som er felles for alle mennesker. Drøftingen er basert på disse tre egenomsorgsbehovene.

«Behov for å opprettholde tilstrekkelig tilførsel av mat. Behov for å opprettholde balanse mellom aktivitet og hvile. Behov for trygghet mot farer for liv, menneskelig funksjon og velvære» (Cavanagh, 1999).

Siste nevnt omsorgsbehov kan man knytte til veiledning og informasjon. Fordi kunnskap gir trygghet og økt kompetanse for sin sykdom. Dette fører til at man kan ta vare på helsen sin og forebygge farer mot helse og liv.

1.3 Case

I oppgaven har vi valgt å skrive om en dame på førti år. Hun heter Kari Siraji. Kari er gift, og bor med mannen sin. Hun er gift med Ali Siraji, som er fra Somalia. Kari konverterte til Islam før hun møtte ektemannen. De har vært gift i åtte år, og har ingen barn. Kari er overvektig, røyker, har høyt blodtrykk og står i fare for å utvikle livsstilssykdommer i følge fastlegen hennes. Hun er 175 cm høy og veier 116 kg. Kari har BMI (body mass index) på 37,9, noe som viser at hun er under kategorien fedme.

Kari og mannen har lite kunnskap om sunn kosthold, viktigheten av å være fysisk aktiv, samt svært lite kompetanse innen livsstilssykdommer. De vet at hjerte pumper blod ut i kroppen og er et viktig organ, men utover dette vet de ikke noe mer. Dette kan skyldes deres utdanningsnivå og yrket. De driver et gatekjøkken på Grønland i Oslo og ingen av dem har fullført videregående skole.

Kari har vært sykmeldt i tre måneder på grunn av smerter i ryggen, som er forårsaket av overvekten hennes. Hun er fysisk inaktiv og spiser store mengder mettet fett til alle måltider. Kari blir ofte invitert hos sine og mannens slektninger. Der blir det som regel servert mat som inneholder mye sukker og fett. Hun har alltid vært lett overvektig men de siste årene har hun mistet kontrollen over matinntaket og har gått opp i vekt.

Ekteparet var på familieselskap hos mannen hvor alle stor koste seg. På kvelden merket Kari at hun fikk stikkende smerter i brystet som forplantet seg oppover mot halsen, nakken og skulderpartiet. Kari fikk pustebesvær i tillegg til de kraftige smertene. Alle samlet seg rundt henne for å hjelpe til.

Mannen ringte ambulansen mens andre satte seg ned og begynte å be for henne. Ambulansen kom noen få minutter etter og ga Kari MONA behandling. MONA behandling står for Morfin, Oksygen, Nitroglyserin og Acetylsalisylsyre. Kari ble kjørt til akuttmottaket på sykehuset. Akutt medisinsk hjerte avdelingen ble varslet om pasientens innkomst. Det ble tatt EKG av pasientens hjerte og blodprøver. EKG gjort på Kari viste at hun hadde STEMI. Hun får trombolytisk behandling og blir sendt med ambulanshelikopter til Ullevål sykehus. Der får hun en PCI behandling (Perkutan koronar intervensjon). Dagen etter blir hun flyttet tilbake til lokal sykehuset med ambulansen. Det er her vi møter Kari og starter med informasjon og veiledning. Vi har valgt å gi Kari og mannen hennes veiledning tilpasset til deres behov og

situasjon. Veiledningen går ut på å gi informasjon om hjerte- og karsykdommer og livsstilsendringer.

1.4 Oppgavens oppbygging

Kapittel 1 er et innledningskapittel hvor vi presenterer problemstillingen og begrunnelse for valg av tema. Videre beskriver vi hvordan oppgaven avgrenses, case og oppgavens oppbygging.

Kapittel 2 er metode, her beskriver vi hvordan vi har søkt fram litteratur, fag- og forsknings artikler, samt presentasjon av disse. Vi vurderer videre kildene vi har brukt til oppgavene.

Kapittel 3 er et teorikapittel som består av tre underkapitler. Vi presenter Orems sykepleieteori, hjerteinfarkt og veiledning.

Kapittel 4 inneholder drøfting. Gjennom drøftingen viser vi hvordan sykepleier kan veilede pasienter med ny oppdaget hjerteinfarkt ved hjelp av Orems egenomsorgs teori.

Kapittel 5 presenterer vi oppsummering av problemstillingen.

2.0 Metode

Dalland definerer metode som en fremgangsmåte for å løse problemstillingen på. Metode er et redskap eller hjelpemiddel som vi bruker når vi undersøker noe, og ved hjelp av den kan vi samle inn informasjon og kunnskap som vi trenger til oppgaven/ undersøkelsen vår (Dalland, 2007).

Hensikten med å bruke metode er å finne en måte å jobbe på for å besvare problemstillingen vår. Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie, noe som betyr at hensikten med denne oppgaven er å få svar på problemstillingen vår ved hjelp av relevant litteratur og forskning andre har forsket på. Vi har gjennomgått pensumlitteratur, selvvalgtlitteratur og forskningsartikler for å besvare problemstillingen. Nå som vi er tredje års studenter har vi praksiserfaringer fra fem forskjellige praksisperioder, samt arbeidserfaring innen helsesektoren. Disse erfaringene har vi brukt i drøftingsdelen.

2.1 litteratursøk

Litteratursøk handler om å finne relevant stoff som vi kan bruke i teoridelen og drøftingen. Dette består av databaser, søkeord, forskningsartikler, Pico skjema, avgrensning av søkene og valg av faglitteratur og forskning.

I oppgaven bruker vi kvalitativ metode, men forskningen vi har funnet er basert på kvantitativ forskningsmetode.

Kvantitative metoder kjennetegnes av at man samler informasjon og forsøker å omforme denne til målbare enheter. Det forholder seg til forskningsmetoder som er systematisert ved hjelp av ulike former av statistisk metode.

Mens kvalitativ forskningsmetode er område der det finnes lite forskningsbasert kunnskap fra før. Formålet går ut på å finne ut pasientens og helsepersonellens opplevelse eller oppfatninger av sykdom, helsetjenester og hvordan de kommuniserer mellom seg (Dalland, 2007).

Inklusjonskriterier for artiklene var at de skulle være høy grad av vitenskapelig kvalitet og gi svar på spørsmål og problemstillingen vår. Det er disse artiklene vi har valgt å ta med i

oppgaven. Eksklusjonskriterier for artiklene var innholdet og konklusjoner, som ikke besvarte problemstillingen vår.

2.2 Søkestrategi

Vi har bestemt å bruke en uke på søkning av forskningsartikler. Først og fremst lagde vi en PICO skjema før vi begynte med søkingen, for å få aktuelle ord og ha et oversiktlig system. Databaser vi så som hadde relevante forskningsartikler i forhold til vårt tema var SveMed+, Cinahl og bibsys. Vi valgte disse databasene fordi vi anså at vi kunne finne innholdsrike forskningsartikler som var rettet mot sykepleie.

Vi har brukt databaser som SveMed+, pubmed, sykepleien.no, tidskriftet.no (den norske legeforening), folkehelseinstituttet, helsebiblioteket, Cinahl, bibsys og googlescholar.

Vi søkte etter forskningsartikler på overnevnte databaser med følgende søkeord. Hjerteinfarkt, veiledning, fysisk aktivitet, kosthold, rehabilitering, informasjon, menn, kvinner, alder.

Gjennom høgskolens sider fant vi databasen SveMed+. Vi søkte på enkelt søk (hjerteinfarkt, risikofaktorer og hjerte og karsykdommer) og fikk opptil 11239 antall treff. Vi avgrenset søket (hjerteinfarkt AND risikofaktorer AND hjerte og karsykdommer). Da vi avgrenset søket, fikk vi 275 antall treff og valgte da språk norsk på høyre side. Vi fikk 25 treff og fant en artikkel som heter risikofaktorer for hjerteinfarkt, hjerneslag, diabetes i Norge på første side nr.3 i SveMed+.

Den andre norske artikkelen fant vi på sykepleien.no. vi skrev på friteksten hjerteinfarkt, undervisning, sykepleie og fikk da 4 treff. Artikkelen vi valgte heter pendler pasienter (2010) Engelske søkeord vi brukte er: myocardial infarction, prevention, education, patient, heart attack, knowledge, guidance, exercise.

Ved hjelp av Høgskolens bibliotek valgte vi å bruke databasen EBSCOShost. På EBSCOhost web fant vi flere databaser å velge mellom. Vi valgte da CINAHL with Full Text, som er database nummer 13.

Først søkte vi på CINAHL med søkeordet Heart attack og fikk 1715 antall treff. For å avgrense antall treff valgte vi å kombinere søkeordene heart attack AND guidance og fikk antall treff på 9. På første siden fant vi artikkelen Patient Education on Heart Attack Response: Is Rehearsal the Critical Factor in Knowledge Retention?

Vi gikk inn på bibsys og søkt på JAMA internal medicine. Der fikk vi tilgang til denne databasen. Vi trykket på «all issues», da fikk vi fram alle forsknings artiklene på databasen. Vi

søkt Patient, knowledge, information, og fant en artikkel som heter Acute coronary syndrome, *what do patients know?*

2.3 Presentasjon av forskningsartikler

Her skal vi gi en liten beskrivelse av forsknings og fagartikler, som vi har brukt i oppgaven vår.

What do patients know? (2008):

Denne artikkelen fant vi på «JAMA internal medicine». Artikkelen handler om at selv etter at diagnosen av akutt hjertesykdom og tallrike interaksjoner med leger og annet helsepersonell, fagfolk, kunnskap om akutt hjertesykdoms symptomer og behandling hos pasienter med hjertesykdom forblir dårlig. Pasienter krever fortsatt forsterkning om innholdet av kardiale symptomer, fordelene med tidlig behandling, og deres risiko status (Dracup , McKinley , Doering , Riegel , Meischke , Moser , Pelter , Carlson , Aitken , Marshall , Cross & Paul, 2008, s. 1049).

Combined Effect of Low-Risk Dietary and Lifestyle Behaviors in Primary Prevention of Myocardial Infarction in Women (2007).

Vi søkte på ordene forebyggende, tiltak og hjerteinfarkt på NorskHelseinformatikk. Der fant vi en artikkel som er basert på en svensk studie. Studien er publisert på «JAMA internal medicine». Denne forskningsartikkelen belyser viktige faktorer som er på å forebygge et hjerteinfarkt. Studien viser at et daglig inntak av frukt og grønnsaker, et kosthold med mye fullkornsprodukter, fisk, belgfrukter og små mengder alkohol, kan mer enn halvere risikoen for å rammes av hjerte- og karsykdom (Åkesson, Weismayer, Newby & Wolk, 2007, s. 2122).

Patient Education on Heart Attack Response: Is Rehearsal the Critical Factor in Knowledge Retention? (2011).

Denne studien forteller oss hvor viktig det er at pasienter og pårørende får veiledning om hjerteinfarkt, slik at de kan kjenne igjen symptomer og dermed kunne skaffe den nødvendige hjelpen. Studien sier også noe om at sykepleieren kan ha en til en veiledning med pasienten eller pårørende for å forebygge og øke kompetansen om hjerteinfarkt (Crumlish & Magel, 2011, s.310-317).

Risikofaktorer for hjerteinfarkt, hjerneslag og diabetes i Norge. (2007).

Studien peker konkrete risikofaktorer som er et folkehelseproblem i Norge, særlig blant røykere og fysisk inaktive. I forhold til hjerteinfarkt er følgende risikofaktorer nevnt, overvekt, røyking, blodtrykk og høye verdier av kolesterol hos nordmenn enn det som er anbefalt (Graf-Iversen, Jennum, Grøtvedt, Bakken, Selmer & Sjøgaard, 2007, s. 2537-2540).

Pendlerpasienten. (2010).

Pasienter med hjerte- og karsykdommer får ikke den undervisningen de har behov for. Disse pasientene blir ofte flyttet mellom sykehusene. Hensikten med denne artikkelen var å undersøke årsakene til at pasientene ikke får den undervisningen de har behov for. Det ble intervjuet fire pasienter med hjerteinfarkt og fire med ustabil angina pectoris for å finne ut om pasientenes behov for undervisning og veiledning ble ivaretatt (Jørgensen, Drabløs & Krogset, 2010, s. 54-56).

Fagartikler

Rehabilitering av hjertepasienter. (2004).

Hjerterehabilitering gir økt arbeidsdisposisjon, bedre kvalitet på livet og er like viktig som behandling av medisiner. Artikkelen trekker frem viktige faktorer som kan bedre livskvaliteten til hjerteinfarkt pasienten. Fysisk aktivitet etter evne, rikelig med informasjon og rolig opptrapping av de daglige gjøremålene. Videre står det at veiledning bør settes opp på en enkel og lærerikt måte, slik at alle får nytte av den. Enten om den er individuelt eller i grupper. Motivasjon er en viktig komponent som vi må jobbe med hos pasienter, særlig de som trenger en livsstilsendring (Sæterhaug, 2004, s. 806).

Trening av hjertepasienter. (2011).

Denne artikkelen viser hvor viktig det er med fysisk aktivitet for å rehabilitere et hjerte og sekundær forebygging etter et infarkt. Trening bør være en viktig del av livet for alle, selv de som ikke har hjerte og karsykdommer. Utfordringen videre er å motivere folk til å drive med fysisks aktivitet livet ut (Moholdt, 2011, s. 9-11).

2.4 Pensum- og selvvalglitteratur

Vi har brukt disse bøkene som nevnt under i oppgaven. Noen av dem er Pensumbøker mens andre er selvvalgte. Disse bøkene er relevante for oppgaven vår, og bidrar til å gi svar på problemstillingen vår.

Orems sykepleiemodell i praksis (1999); Denne boka handler om Orems sykepleie teori og hvordan teorien kan anvendes i praksis.

Grunnleggende sykepleie- boken 3(2008); I denne boken har vi brukt kapittel 4 som handler om sykepleie til pasienter med hjertesykdommer.

Dalland (2007); Metode og oppgaveskriving for studenter.

Sykdomslære (2009); Indremedisin, kirurgi og anestesi. Vi har brukt kapittel 1 som handler om hjertesykdommer. Det er beskrevet detaljert hva hjerteinfarkt er, symptomer og behandlinger til hjerteinfarkt.

Mæland(1997); Hjerteinfarkt. Mæland skriver om hjertesykdommer, behandling og forebygging.

Mæland(2006); Helhetlig og hjerterehabilitering. Handler om fysisk aktivitet og rehabilitering relatert til hjerte- og kar sykdommer. Hvordan hjelpe hjertepasienter til å forebygge eller få økt funksjonsevne med fysisk aktivitet.

Tveiten(2008); Veiledning mer enn ord. Hvordan man planlegger og gjennomfører en veiledning.

Sortland(2011); Ernæring - mer enn mat og drikke. Kapittel 14 handler om kosthold ved livsstilssykdommer. Sammenhengen mellom ernæring, fysisk aktivitet og hjerte- og karsykdommer.

2.5 Kildekritikk.

Dalland(2007) skriver at hensikten med kildekritikk er å vise at man klarer å forholde seg kritisk til kildetema man anvender, og leseren skal forstå de tankene og refleksjonene man har gjort i oppgaven, samt hvorfor man akkurat har benyttet denne litteraturen. Hva slags kriterier som må være med i forholde til den kilden man har valgt, og hva slags relevans har litteraturen for å kunne svare på problemstillingen.

Vi gikk gjennom den litteraturen vi har valgt, vurderte grundig om den var relevant for oppgaven. De forskningsartiklene vi har funnet besvarer ikke direkte på problemstillingen vår, og grunnen er forskningsartiklene vi fant handlet ikke konkret om veiledning til pasienter med ny oppdaget hjerteinfarkt. Men ved å plukke ut relevante data fra pensumlitteratur, selvvalgtlitteratur, praksiserfaringer, forsknings og fagartikler kan vi drøfte oss fram til en konklusjon, som svarer på problemstillingen vår.

Vi har brukte tre engelskspråklige og to norsk forskningsartikler. Artiklene er fra mellom 2007 og 2011. En av forskningsartiklene er fra Sverige og studie handler om kvinner. Vi har valgt å bruke denne artikkelen selv om det handler bare om kvinner, og vi synes den er nyttig for oppgaven. Vi har sett at det er mange likheter mellom det vi har funnet i pensumlitteratur, og det som står i denne artikkelen. Man kan si at forbyggende tiltak mot hjerte- og karsykdommer er de samme uansett kjønn, og dette underbygger det vi har funnet fra pensum og faglitteratur. En annen grunn til vi har valgt å bruke denne artikkelen som handler om kvinner, er at det er lite forskning på kvinner generelt innen hjerte- og karsykdommer. Pasienten vår er en kvinne og derfor passer denne forskningsartikkelen inn i oppgaven vår. Det er en utfordring å oversette fagspråk fra engelsk til norsk, og det er mulig at vi har oversatt noen ord feil, men helhetlig så har vi forsøkt å sikre oss mot slike feil/svakheter. Vi har benyttet oss av både primærkilde, og sekundærkilde. Vi vet ulempen med sekundærkilde, da det kan forekomme feiltolkninger. Forfatteren kan tolke på sin måte av primærkilde. Vi har brukt sekundærkilde der vi mente var nødvendig og relevant for oppgaven.

3.0 Teori

3.1 Orems sykepleieteoretisk perspektiv.

Her skal vi forklare Orems sykepleieteori og hvordan den anvendes i praksis.

Dorothea Orems sykepleiemodell er blitt kjent verden over og er blitt et hjelpemiddel til organisering av kunnskaper, ferdigheter, og holdning for sykepleiere. Dette redskapet anvendes til å utøve sykepleie/ omsorg til pasienter (Cavanagh, 1999).

Orem er en sykepleieteoretiker som har hatt stor innflytelse på sykepleietenkningen i mange land og ikke minst i Norge (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005)

Det hele startet på slutten av 1950-tallet, da Orem begynte sitt arbeid med hensikt for å øke kunnskap og forståelse av hva sykepleie egentlig er. Hun fokuserte på tre spørsmål som hadde stor betydning og ønsket å få svar på disse spørsmålene.

``1. Hva er det sykepleiere egentlig gjør når de utøver sykepleie, og hva bør den praktiserende sykepleieren gjøre?

2. Hvorfor gjør sykepleiere det de gjør?

3. Hva er resultatene av sykepleieintervensjoner?`` (Cavanagh, 1999).

Etter omfattende erfaringer fra forskjellige avdelinger begynte hun å skrive sykepleieteori og har videre utviklet den. Orems Sykepleieteori består av tre del-teorier som har sammenheng, bygger på hverandre og gir en helhet sykepleieteori (ibid).

Teori om egenomsorg.

I denne teorien beskriver hun om de aktivitetene som et menneske/ individ må kunne utføre som er nødvendig for å leve og overleve. Egenomsorg sier noe om aktiviteter som individet igangsetter for å opprettholde liv, helse og utvikling, fysiske, psykiske og åndelige. For at et individ skal kunne utøve egenomsorg må kriterier, som modning, utvikling og normal vekst være tilstede i personens liv. Disse kriteriene må opprettholdes livet ut for å møte egenomsorgskravene. Alle trenger noen de kan støtte seg på og man må kunne forebygge eller

finne en måte å håndtere funksjonssvikt på. Helse og velvære er viktig å fremme, samt ha understøttelse av livsprosessene og normal funksjon (ibid).

Egenomsorg iverksettes frivillig av et individ og det er tillærte handlinger som man iverksetter for å opprettholde god helse og normal utvikling (ibid).

En tillært handling kan for eksempel være at man pusser tennene sine hver morgen og kveld uten at noen ber deg om å gjøre det.

Teori om egenomsorgssvikt

Teorien om egenomsorgssvikt sier noe om når et individ har ubalanse mellom egenomsorgsevner og egenomsorgskrav. Det betyr at personen er ikke i stand til å utfylle de kravene som skal til for å opprettholde liv, helse, utvikling, og velvære. Orems modell forklarer også egenomsorgsbehov. Det nevnes helsesviktreleterte omsorgsbehov, utviklingsrelaterte omsorgsbehov og de universelle egenomsorgsbehov. Det siste nevnte er åtte aktiviteter som er livsviktige for egenomsorg uavhengig av alder, kjønn, helsetilstand og utviklingsnivå. De åtte aktivitetene er de grunnleggende behovene et menneske har og disse er luft, vann, mat, eliminasjonsprosesser, balanse mellom å være alene og ha sosial kontakt, å være trygg mot farer og velvære (ibid).

Når individet ikke klarer å møte de kravene egenomsorgsbehovene medfører, vil da vedkommende ha behov for sykepleie. Det trengs en vurdering om hva slags sykepleie denne personen har behov for.

Teori om sykepleiesystemet.

Denne teorien beskriver hvordan sykepleiere best mulig hjelper pasienter som ikke er i stand til å møte eller kompensere egne omsorgsevner og omsorgskrav. Sykepleieren må identifisere og vurdere pasientens svikt for å kunne tilrettelegge sykepleie. Sykepleie og pasient relasjon er grunnleggende i Orems modell. Det må være samarbeid mellom pasienten og sykepleieren og pasienten må selv ta initiativ til å søke etter hjelp når den har behov for det. Når pasienten mottar hjelp fra sykepleier må sykepleieren sørge for at pasienten tar i bruk sine ressurser. Sykepleierens mål er å hjelpe pasienten til å oppnå hans/hennes mål, ved hjelp av for eksempel undervisning, veiledning eller utføre aktiviteter som bidrar til egenmestring (ibid).

Orems teori er et viktig hjelpemiddel som sykepleiere kan bruke i praksis, og det er fordi det ligner litt mer på sykepleieprosessen. Man samler data, identifiserer sykepleiebehov, komme

med tiltak og vurderinger. Pasienten er fokuspersonen og det er samarbeid mellom sykepleieren og pasienten (ibid).

3.2 Veiledning

I dette underkapittelet vil det forklares om hva en veiledning er og hvordan den planlegges.

Veiledning er en måte å undervise, opplære, assistere og utvikle noen på (Tveiten, 2008).

For eksempel når det nye GAT- systemet kom, så ble mange ansatte sendt på veiledningskurs for å lære dette systemet. God kommunikasjon mellom veilederen og mottakeren er nøkkelen til en vellykket veiledning

Tveiten (2008) deler veiledning i fire faser. Planleggingsfasen, oppstart\bli-kjentfasen, arbeidsfasen og avslutningsfasen.

Faser i planlegging av veiledningen

Planlegging

En planlegging inneholder mange vurderinger, som for eksempel hvem som skal veiledes, hvordan motivere for veiledning, hvilke kvalifikasjoner skal veilederen ha, en eller to veiledere, hva er hensikten med veiledningen, hvor lenge skal veiledningen vare, hvem skal delta, praktiske forhold som må tas hensyn til og hvordan informere pasienten?

En annen viktig faktor som spiller inn er at pasienten må være «veiledbar». Tveiten forklarer ordet «veiledbar» med at en far skulle veiledes angående hans barn. Faren var ikke «veiledbar» fordi han hadde sovet dårlig og var veldig sliten (ibid).

Det samme gjelder for oss sykepleiere. Vi må se etter om pasienten er «veildebar». På en somatisk avdeling ligger mange pasienter med akutte tilstander. Pasientene kan ha sovet dårlig eller vært stresset for den situasjonen de er i. På forelesninger har vi ofte fått høre av lærerne at pasienter ikke husker all informasjon de får i starten. Derfor er det svært viktig at vi ikke forhaster oss. Sykepleieren må finne et passende tidspunkt og alle faktorer som kan ødelegge veiledningen må være eliminert før veiledningen holder sted.

Oppstart-/bli-kjentfasen

I denne fasen handler det om å gjøre pasienten trygg og veiledbar. Pasienten må være veiledbar når han/hun får undervisning, informasjon og råd. Det innebærer at pasienten er klar over hva veiledningen handler om og hva som forventes fra begge parter. Sykepleieren må ta hensyn til pasientens situasjon og hjelpe han eller hun med å forstå hvor viktig veiledningen er for pasientens helse. Denne fasen er svært viktig for at veiledningen skal lykkes. Fordi i denne fasen får veileder og fokuspersonen muligheten til å bli kjent med hverandre. Hvis pasienten blir trygg på veilederen og situasjonen sin, vil fokuspersonen åpne seg mer og tørre å stille de vanskelige spørsmålene (ibid).

En kontrakt kan brukes for å gjøre pasienten veiledbar, fordi kontrakten inneholder hensikten med veiledningen, muligheter og forpliktelser.

Arbeidsfasen

Tidsmessig varer denne fasen lengst. Pasienten står i fokus og han/hun kan fortelle om sine opplevelser rundt sykehusoppholdet, reaksjoner og annet som gjordet inntrykk. Videre kan pasienten være med på å bestemme noe av innholdet i veiledningen (ibid).

I denne fasen er det viktig med refleksjon og deltakelse av pasientens bidrag.

Avslutningsfasen

Målet med avslutningsfasen er å runde av veiledningen, evaluere den og tilrettelegge for veien videre. Mange føler sorg etter at dem er ferdig med veiledningen fordi de må fortsette alene når de kommer hjem. De har ikke en fagperson tilgjengelig hjemme, slik som det er i veiledning. Sykepleiere kan anbefale pasienter om å være med i hjelpegrupper. Dette vil bidra til at pasienten får et sosialt nettverk som gjør at pasienten ikke føler seg ensom.

Evaluering av veiledningen er svært viktig både for pasienten og sykepleieren, for å kartlegge kompetansen hos begge parter (ibid).

Det kan sykepleieren kontrollere ved å oppsummere opplevelser og kunnskap om veiledningens innhold.

Etikk og Verdier

Tveiten skriver at verdigrunnlaget er tydelig beskrevet i definisjonen av veiledning. Siden en av grunnpilarene til veiledning er humanistiske verdier. Dermed er det viktig at veilederen har gode etiske holdninger og evnen til å reflektere og lede. Etisk bevisstgjøring kan være med på å gjøre det lettere for pasienten til å endre væremåten eller motivere til å avslutte en uønsket

handling.

I faglig veiledning er det svært viktig at veilederen fokuserer på verdier hos fokuspersonen og selveste veiledningen (ibid).

En veiledning som inneholder etikk og verdier kan sørge for at fokuspersonen blir mer bevisst på sine verdier.

Frivillighet

Det er veldig viktig at pasienten deltar frivillig i en veiledning. Fordi refleksjon over sin egen livsstil og væremåte er svært viktig for at man kan se hva som må gjøres for å unngå tilbakefall(ibid).

Invitasjon

Invitasjon og frihet går inn i hverandre. Fordi frihet til å takke ja eller nei til en invitasjon gjør det lettere for en person til å delta (ibid).

Trygghet

Det er viktig at fokuspersonen er trygg under veiledning. Med trygg menes det at vedkommende vet hvor og når veiledningen skal holdes, hva er tema og hvem som skal være tilstede. Samtidig at man forplikter seg til å være der dersom man har godtatt en invitasjon (ibid).

Makt og respekt

Makt i en veiledning kan både ha positiv og negativ effekt på fokuspersonen. Positiv på den måten at pasienten kan få mer kompetanse om sin situasjon og dermed makter å gjøre noe med det. Den negative siden er at veilederen sitter i en makt posisjon på grunn av sin kunnskap. Derfor er det svært viktig at sykepleieren har gode etiske verdier, slik at pasienten ikke føler seg krenket og latterliggjort (ibid).

Ansvar

Å ta ansvar er en viktig faktor for at man skal lykkes med veiledningen. Ansvarsfull veiledning vil stimulere pasienten til å ta ansvar over sin situasjon selv. Det vil også bevisstgjøre pasienten om sine svake og sterke sider (ibid).

Taushetsplikt

En veiledning som er taushetsbelagt vil gjøre det lettere for pasienten til å åpne seg og vedkommende vil da bli tryggere. Taushetsplikten er med på å bygge tillit mellom sykepleier og pasient (ibid).

3.2 Hjerteinfarkt

Hjertet er den viktigste muskelen i kroppen. Tre hovedårer som ligger utenpå hjertet forsyner hjertemuskelen med blod. De forgrener seg til et stort antall arterier. Hvis det oppstår en blodpropp i en av de store kransearteriene, kan man få et infarkt. Koronararterien blir smal og blod kan da ikke flyte eller strømme så bra som det burde.

Et hjerteinfarkt er en ødeleggelse av en del av hjertemuskulaturen på grunn av langvarig og alvorlig oksygenmangel. Et hjerteinfarkt er en skade i et område i myokard på grunn av for lite oksygen i blodet (iskemi (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise, 2009)).

Et hjerteinfarkt er en varig skade på hjertemuskulaturen. De fleste hjerteinfarkt skyldes det en blodpropp i en av koronararteriene, mens andre årsaker kan være forstyrrelser i hjerterytmen som gjør at det blir for lavt blodtrykk eller for lav blodprosent som fører til utilstrekkelig transport av oksygen. Et hjerteinfarkt oppstår når strømmen av oksygenrikt blod til en del av hjertemuskelen blir plutselig blokkert. Det som skjer da er at den delen av hjertemuskulaturen får ikke tilført oksygen og det blir skade på muskelcellene. Muskelcellene er avhengige av oksygen og næringsstoffer, hvis den ikke får nok oksygen dør muskelvevet og det vil da erstattes av såkalt bindevev. Bindevev har ikke evnen til å aktivt trekke seg sammen og denne delen av hjertet blir derfor svekket. Bindevev har like stor fysisk styrke som muskelvev, men den kan ikke bidra til hjertets pumpefunksjon (ibid).

I noen tilfeller rammer hjerteinfarkt muskulaturen i mitralklaffene, det fører til lekkasje i klaffene og kan bidra til permanent hjertesvikt.

Etter et hjerteinfarkt reduseres hjertets arbeidskraft, og pasienter viser derfor forbigående tegn på hjertesvikt. Hjertets pumpekraft tar seg raskt opp igjen etter et hjerteinfarkt og pasientene er i stand til å utføre de daglige aktivitetene (Mæland, 1997).

Ca 15 000 menn og kvinner rammes av hjerteinfarkt i Norge hvert år. Halvparten av de som rammes av hjerteinfarkt er under 70 år og blant disse er fleste menn, mens kvinner er de som rammes av hjerteinfarkt i høyere alder. Det er mange som dør av det akutte infarkt.

Smertene er voldsomme og mange pasienter føler seg svært medtatte. Det er gode behandlinger for et hjerteinfarkt, men risikoen for å få komplikasjoner og tilbakefall er der for hver dag som går. De fleste som får rask behandling etter et hjerteinfarkt vil ha god prognose. Gjennomsnittsalderen for å få et hjerteinfarkt er omkring 70år. Dødeligheten etter et hjerteinfarkt det første året er cirka 5 ganger høyere enn normalt. Til sammen kan en av fire hjerteinfarkt pasienter dø i løpet av de fem første årene etter utskrivningen. Risikoen for å dø av hjerteinfarkt er avhengig av hvor stor skade det er i myokard, men også alderen på pasienten. Eldre pasienter har større risiko for å dø, mens yngre pasienter forholdsvis har dårligere leveutsikt sammenlignet med friske i samme alder (ibid).

Årsaker:

Det er mange årsaker som kan føre til at man får et hjerteinfarkt. For eksempel kan det være Tobakk produkter, høyt blodtrykk, infeksjoner, aterosklerose.

Angina pectoris er anfallsvise brystmerter på grunn av forbigående oksygenmangel i en del av hjertemuskulaturen. Ved angina pectoris er åreveggene tykkere og åpningen i kransåren blir smalere på grunn av fettstoff som setter seg på innsiden av åreveggen. Det gjør vanskelig for blodet å strømme gjennom og enkelte situasjoner blir det ikke nok oksygentilførsel til en del av hjertemuskelen. Smerter i brystet kommer da under fysiske eller andre anstrengelser. Ved forsnævring i åreveggen kan fettavleiring løsne og overflaten på åreveggen bli hard og blodig. Blodplater som sirkulerer i blodet, fester seg på der fettavleiringen har løsnet. Blodplatenes oppgave er å stanse blødning ved å klumpe seg sammen og få blodet til å koagulere. Når blodet begynner å koagulere dannes det blodpropp som helt eller delvis stenger for blodgjennomstrømningen i koronararterien. Dermed får ikke den delen av hjertemuskelen tilført oksygen og muskelcellen begynner å dø etter få minutter. På grunn av dette får man et hjerteinfarkt (Norsk Helseinformatikk, 2010)

Andre årsaker er:

- Arv - Man kan få hjerteinfarkt hvis det har vært hjertesykdom i familien eller at noen i familien har hatt høyt blodtrykk, eller har gjennomgått hjerteinfarkt.
- Høyt kolesterol- hvis man får høye mengder av det dårlige kolesterolet LDL og lave mengder av det gode kolesterolet HDL er det stor risiko for å få et hjerteinfarkt.

- Fedme og overvekt- Høyt fett innhold i kosten eller mangel på regelmessig mosjon kan føre til hjerteinfarkt.
- Røyking – røyking ødelegger innsiden av arteriene og fører til avleiringer av LDL kolesterol. Den øker også risikoen for at det dannes løse blodpropper. Fordi den gjør blodplaten mer klebrige.
- Diabetes- ved diabetes er sukker mengden i blodet veldig høyt. Høyt blodsukker bidrar til åreforkalkning.
- Alkohol – Høyt forbruk av alkohol kan øke mengden av fettstoffer og heve blodtrykket, som gjør at det er stor risiko for å få et hjerteinfarkt (Ibid).

Symptomer ved hjerteinfarkt

De vanligste symptomene pasienten får er klemmende brystmerter som angina pectoris, men mer intens og smerte som medvarer og dette er fordi det er ingen oksygen tilførsel til den delen av hjertemuskelen som er blokkert. Andre symptomer er at noen kan føle seg litt ubehag i brystet, kvalme og brekninger kan man også få. Hvis det er et stort infarkt så kan pasienten bli tungpusten og kan få lunge ødem. Det er på grunn av venstresidig hjertesvikt. Av og til er det ingen symptomer ved hjerteinfarkt, og det kalles stumt hjerteinfarkt. Man kan se det ved tilfeldig EKG. Noen pasienter kan få utstråling til venstre arm, hals, underkjeven eller øvre del av magen. Hvis hjerteinfarkt rammer høyre ventrikkel, kan pasienten bli blek og få blodtrykksfall. Det er fordi høyre ventrikkel ikke klarer å pumpe blod til venstre ventrikkel (Jacobsen et al., 2009).

Andre symptomer som pasienten kan få ved et hjerteinfarkt er:

- Angst, uro
- Ryggsmerter

- Brystbrann eller ubehag fra magen.
- Svimmelhet
- Kaldsvetting (ibid).

Hvordan stilles diagnosen hjerteinfarkt:

- EKG forandringer
- Blodprøver, f. eks troponin verdier.
- Akutt tungpusthet i mer enn 20 min
- Symptomer som gir mistanke om infarkt
- Påvist blokkering av blodårer ved angiografi (ibid).

Behandling

Første fremst skal man holde pasienten smertefri ved hjelp av smertelindrende medikamenter. Morfin er et middel som er meget effektiv mot sterke brystmerter og har en gunstig virkning på kretsløpet. Hvis pasienten har sterke smerter så vil han/hun få så mange smertestillende som de ønsker. For å sørge for at infarktet blir minst mulig holder man pasienten i sengen etter innkomsten, slik at man ikke utsetter hjertemuskulaturen for unødig belastning etter infarktet. Pasienter som kommer raskt til sykehuset etter et hjerteinfarkt forsøker man å løse blodproppen ved hjelp av medikamenter. Man prøver i noen tilfeller å hindre at infarktet utvikler seg. Andre ganger prøver man å begrense omfanget av det (Mæland, 1997).

Pasienten får trombolyse behandling på sykehuset. Trombolyse betyr å løse opp en trombe/ blodpropp. Ved trombolytisk behandling vil blodproppen som tetter koronararterien og som fører til hjerteinfarkt løses opp. Det benyttes medikamenter som sprøytes inn i kroppen før proppen i blodåren har rukket å bli fast og organisert. Denne behandlingsformen kan i beste fall klare å åpne blodåren før det har skjedd en varig skade. Trombolyse behandling har best virkning dersom man kommer raskt til. Aller best er at man starter behandling før det har gått 6 timer siden symptomet har startet (Norsk Helseinformatikk, 2012).

Etterbehandling pasienter får er betablokkere som bedrer overlevelsen etter hjerteinfarkt, og antitrombotiske midler som acetylsalisylsyre og warfarin. De får også kolesterolsenkende medikamenter. Betablokker medisiner reduserer hjertets arbeiderbelastning ved å senke hjertefrekvensen og blodmengden som pumpes ut ved hvert slag. Acetylsalisylsyre er blodfortynnende og brukes til ulike smertetilstander i kroppen. Acetylsalisylsyre brukes også til muskel- skjellet plager og for å forebygge blodpropp. Warfarin brukes ved forebygging av tromber og embolier i vener, for eksempel dyp venetrombose og lungeemboli. Kolesterolsenkende medikamenter reduserer produksjon av kolesterol i kroppen. Disse hemmer kjemiske stoffer som er nødvendig for at kroppen skal kunne lage kolesterol (ibid).

PCI (perkutan koronar intervensjon) er en behandling som hjerteinfarkt pasienter kan få. Det tas først angiografi, hvis det påvises at det er forsnevninger eller tilstoppet koronararterie så vil pasienten få denne behandlingen hvis det er mulig. Det føres inn et kateter inn til pulsåren (radialis) eller lyskepulsåren (femoralis). Kateteret føres til den forsnevrede koronararterien. Gjennom kateteret sprøytes det røntgenkontrast, som gjør mulig å se koronararterien i røntgenopptak. Man kan følge med på skjermen, slik at man kan se det trange stedet i arterien. Gjennom føringskateteret er det en ballong som blåses opp fra innsiden slik at åren utvides i det trange område i koronararterien (Jacobsen et al., 2009).

4.0 Hvordan kan sykepleier veilede pasienter med ny oppdaget hjerteinfarkt.

Sykepleie til hjerteinfarkt pasienter i lys av Orems teori.

I dette kapitlet vil vi drøfte Orems teori i forhold til hjerteinfarkt pasienters omsorgs behov, og hvordan sykepleier kan ivareta dette.

Det kan være mange årsaker til hjerteinfarkt, som for eksempel jobberelatert, høyt blodtrykk, røyking, kolesterol, overvekt, mosjon, stress og inaktivitet. Vi har presentert årsaker til pasientens hjerteinfarkt i caset. Det er overvekt, kosthold og fysisk inaktivitet. Disse årsakene har vi bygd oppgaven vår på.

4.1 Veiledning og informasjon

Orem beskriver flere funksjoner sykepleieren kan utføre for å hjelpe en pasient. En av disse funksjonene er å veilede en annen. Det er en sykepleierrolle å veilede en pasient, og det krever at sykepleieren gir god og relevant veiledning, informasjon eller råd (cavanagh, 1999).

Orem sier at teorien hennes kan anvendes i praksis, teorien er som alle andre sykepleieteorier og må omdannes til en form som kan tas i bruk i praksis. Teorien omdannes til sykepleieprosess, som igjen består av kartlegging, planlegging, intervensjon, og evaluering. Hun mener at sykepleieprosessen består av mellommenneskelige og sosiale prosesser og problemløsende prosesser. Mellommenneskelige og sosial prosesser dreier seg om at sykepleieren bevisst skaper god relasjon til pasienten og pårørende. Sykepleieren og pasienten må samarbeide, og gjennomgå helserelaterte spørsmål. Problemløsende prosesser er handlinger som utføres som datasamling og planlegging (ibid).

Orem beskriver detaljert hvordan sykepleieren skal møte pasienten og hvordan veilede og støtte pasienten. Det er en viktig del av hvordan sykepleiere skal ivareta pasientene.

Sykepleieren må ikke bare fokusere på de andre arbeidsoppgavene, som medikamenter, prosedyrer og dokumentasjon men også informasjon og veiledning. Hvordan kan sykepleiere hjelpe pasienten til å forebygge et nytt hjerteinfarkt og hva må pasienten gjøre? Disse spørsmålene kan man stille Kari i veiledningens samtale. Kari trenger veiledning og kunnskap om sin sykdom og det er helsepersonellens oppgave at hun får den informasjonen.

Sykepleieren skal veilede, og støtte Kari slik at hun kan klare å utøve sin egen omsorg. Det er sykepleierens oppgave å tilrettelegge undervisnings- og veiledningssituasjoner for pasienten som opplever sykdom.

Orem forklarer hvordan sykepleieren kan hjelpe pasienter som har behov for sykepleie.

Sykepleieren må finne ut hva slags behov pasienten har, før tiltak iverksettes. Å gi veiledning, råd og informasjon til en pasient med hjerteinfarkt er en sykepleieoppgave.

Orems teori understreker at veiledning er en handling, som sykepleieren utfører for å dekke pasientens omsorgskrav. (cavanagh, 1999).

Ordet veiledning brukes ofte synonymt med opplæring, undervisning og instruksjoner.

Veiledning kan defineres som å veilede noen mot riktig vei med hjelp av informasjon, råd, forklaring og orientering (Tveiten, 2008).

Den det gis veiledning til skal stå i fokus, slik at vedkommende får et læringsutbytte som fører til mestringskompetanse. En veiledning baseres på en dialog mellom veileder og mottaker.

Hensikten med veiledning er at mottakeren oppdager noe. Oppdagelse av ny informasjon og nøkkelen til å mestre hverdagen. Det er viktig at veileder møter Kari der hun er og ikke antar at hun vet mye eller noe fra før. Dette kan sikres ved en samtale med Kari før veiledningen skjer, slik at sykepleieren er forberedt på hva som skal stå i fokus for å unngå misforståelser (ibid).

Livet etter et hjerteinfarkt blir aldri det samme som før. Alle opplever sykdommen forskjellig, noe som vi har erfart i praksis. Noen takler den nye situasjonen med mot og optimisme mens andre tror de er i livets slutfase. Sykepleiere spiller en viktig rolle her, fordi pasienten møter oss på avdelingen.

Informasjonsbehovet er svært viktig for en pasient, både i behandlingsforløpet og etter utskrivning. Det kan være viktig for Kari å få et grep om hvorfor hun fikk hjertesykdommen. Sykepleieren skal ha en samtale med pasienten og pårørende før utskrivning, om betydningsfulle endringer etter hjertesykdom, sammenlignet med det som var før.

Pasienten skal ha informasjon og veiledning under sykehusoppholdet.

Under medisinsk praksis på sykehuset ble en pasient med hjerteinfarkt meldt inn. Pasienten kom til avdelingen og fikk utdelt et rom. Det var en ung mann i 30 årene. Mannen viste klare tegn på fortvilelse og usikkerhet i forhold til tilstanden sin. Han hadde høyt blodtrykk og puls.

Pasienten fikk spørsmål om hvor han hadde smerte og om medikamentene han fikk hadde noe effekt. Han klarte bare ikke å svare på noe så enkelt som dette. Da skjønnte en erfaren sykepleier på avdelingen at denne mannen må bli trygg på omgivelsene først.

Sykepleieren satte seg ned ved siden av pasienten og orienterte han om tid, sted og det som hadde skjedd med han. Etter en kort tid kunne personalet observere at pasienten ble roligere og blodtrykket og pulsen hans falt gradvis ned til det normale. Pasienten fortalte videre at han var så stresset og redd for å dø, at han uten å være klar over det selv stengte stemmene rundt seg ute. Angsten for å dø og smerten av hjerteinfarkt var så sterk at all den informasjonen han fikk fra startfasen til han ble beroliget husket han svært dårlig. Denne mannen hadde overlatt skjebnen sin i helsepersonellens hender. En annen viktig observasjon ble gjort med pasienten var at han etter denne hendelsen ble svært sensitiv ovenfor smerter. De neste fem dagene han var innlagt byttet personalet perifert venekateter den tredje dagen og skyldte kateteret hver kveld og morgen for å unngå blodkoagulasjoner. Under byttingen og skyllingene kunne det observeres at pasienten ble veldig urolig og uttrykte smerte bare ved en liten berøring. Dette forklarte pasienten med at hjerteinfarkt var så smertefullt at bare litt smerte var nok til at han husket tilbake til den dagen han fikk hjerteinfarkt.

Skårderud beskriver dette fenomenet som et traume pasienter får når de belastes for noe livstruende eller føler sterkt ubehag mot kroppen. En slik sterk opplevelse kan forårsake tilbakefall også kalt «flashback», uro, mareritt og redusert oppmerksomhet og pasienten kan trekke seg tilbake. Man må gi pasienten pusterom og muligheten til å komme med spørsmål som hun lurere på. (Skårderud, Haugsgjerd, Stanicke &, 2010).

Cullberg forklarer dette med at pasientene har reduserte muligheter for å ta til seg og bearbeide grundigere informasjon i en tidlig fase. Eide og Eide beskriver viktigheten ved å gi riktig mengde informasjon til rett tid. Kari kan befinne seg i det Cullberg beskriver som en sjokkfase der det kan være vanlig å ha uklar bevissthet, og i tillegg bruke mye krefter på å

skyve unna den smertefulle realiteten. Utdypende informasjon på et slikt tidspunkt kan gjerne gjøre situasjonen verre for pasienten, i tillegg til at hun sannsynligvis ikke kommer til å huske noe særlig i ettertid (Cullberg, 2007).

Det Cullberg forklarer her har vi opplevd på medisinsk praksis. Det var vanlig å se pasienter med akutte innleggelser hadde vanskeligheter med å oppfatte det som ble sagt. Dette kan forklares med det Cullberg skriver om de forskjellige krisesituasjoner. I en akutt tilstand er pasienten i en sjokkfase som han eller hun må bearbeide.

Sykepleieren må kunne se hvilken tilstand pasienten er i. Tveiten sier at pasienten må være veiledbar. I en akutt situasjon er det viktig at pasienten får kort og konkret informasjon om hva som skal skje i den akutfasen. Herunder sykdomsinformasjon, behandling og planen frem over.

Under planlegging og innsamling av data vil det bli lagt vekt på pasientjournaler og henvisninger. Videre er det viktig å gjøre seg kjent med pasientens medisiner, ressurser, hjemmesituasjon og eventuelt andre problemer, som for eksempel stressende yrke.

Det neste sykepleieren må fokusere på er å starte med forberedelser til veiledning.

Sykepleieren må finne sted og tid, samt avtale med pasienten om veiledningsmøte. Videre oppfordrer Skårderud om å finne et rom uten forstyrrende elementer. Kari bør ha muligheten til å trekke seg tilbake under samtalen, for å tenke og reflektere over samtalen (Skårderud et al., 2010).

Behovet for informasjon varierer fra pasient til pasient både i behandlingsforløpet, og etter utskrivelsen. Noen pasienter søker informasjon allerede i startfasen, som for eksempel veiledning om sin sykdom, mens andre vil trekke seg tilbake. Både pasienten og pårørende har behov for informasjon, de vil vite hvordan framtiden vil se ut, og hva kan de forvente etter hjerteinfarkt. Kari må forstå det er fortsatt håp, og at man kan gjøre noe selv etter infarkt. For at hun skal mestre hverdagen og reaksjonene etter hjerteinfarkt, må sykepleieren veilede henne. Kari trenger hjelp og verktøy for å klare dette. Sykepleieren må ha samtale med pasienten, hvor pasienten kan føle seg trygg, og kan spørre om det hun lurer på. Sykepleieren kan spørre pasienten om hun har tenkt til å endre livsstil, hvis pasienten røyker, hva som må til for at hun slutter å røyke (Høybakk, 2008).

Forskning viser at den informasjonen og veiledningen pasienten fikk i starten av en akutfase var uoversiktlig og tilfeldig i forhold til hva den enkelte sykepleieren la vekt på. Pasientene har forskjellige individuelle behov, dette må sykepleieren ta hensyn til når hun/han planlegger

veiledning til Kari. Forskningen viser også måten sykepleieren kommuniserer med pasientene på har en stor betydning. Noen sykepleiere spør pasienten «er det noe du lurer på med infarkt ditt? Svarer pasienten nei, så antar sykepleieren at det er greit, og går videre». Eksempelet gitt i denne forskningsartikkelen viser at sykepleiere har lite kunnskap om den pedagogiske funksjonen (Jørgensen et al., 2010).

Når en pasient med hjerteinfarkt blir spurt slik eksemplet er gitt i det forrige avsnittet. Hvordan kan da pasienten åpne seg og fortelle om sine bekymringer? Pasienten er i stress situasjon, og trenger trygghet og rolige omgivelser.

Det ble undersøkt om pasienter med hjerte- og kar sykdommer får tilfredsstillende undervisning og veiledning under sykehusoppholdet, da disse pasientene ofte flyttes mellom sykehusene. I denne studien ble fire pasienter med hjerteinfarkt og fire med ustabil angina intervjuet. Pasienter med hjerteinfarkt får ikke den undervisningen eller veiledning de har krav på. Noen pasienter fikk undervisning på enkelte områder, men ikke på alle. Årsakene til dette kan være mange, for eks sykepleiere legger mer vekt på andre oppgaver enn veiledning og støtte til pasienten. Pasientene etterspør også kunnskap om medikamenter relatert til hjerteinfarkt, og livsstilsendringer (ibid).

Men hva er årsaken til at mange pasienter ikke får den undervisningen, og veiledningen de har behov for. Vi har opplevd slike ting, når vi hadde praksis på sykehuset på medisinsk avdeling. Pasientene som ofte ble innlagt på avdelingen hadde ustabil angina, hjerteinfarkt, arytmier og hjertesvikt. Vi følte at legene eller sykepleierne fokuserte mer på behandling, herunder medikamenter, og andre arbeidsoppgaver enn å informere pasientene om livsstilsendring. Det var også forskjell på hva sykepleierne la mer vekt på når de informerte pasienten. Noen snakket om røykeslutt med pasienten, mens andre om kosthold. Det var ikke planlagt systematisk og det er mulig at pasienten ikke får i seg den informasjonen.

Funnene i denne studien viser at pasientene trenger systematisk undervisningsopplegg, og sykepleieren må prioritere tid til dette. Pasienter med hjerteinfarkt trenger oppfølging, fordi pasientene ikke oppfatter den informasjonen, og undervisningen sykepleieren gir samtidig som sykepleieren utfører andre oppgaver. Grunnen til at pasientene ikke oppfatter informasjonen og veiledningen kan være pasientene i stress situasjon eller sjokk fase, og de må ha tid til å bearbeide reaksjonen sykdommen medfører (ibid).

Man må fokusere på hver enkelt pasient, finne hva slags hjelpebehov de har. På denne måten vil pasientens behov for veiledning, undervisning, og informasjon ivaretatt. Når sykepleieren har samtale med pasienten, kan hun observere og vurdere hva slags kunnskap pasienten har om livsstilsendring. For eks om fysisk aktivitet og kosthold. Kari er overvektig, derfor er det viktig å gi henne veiledning om kostholdsendring og fysisk aktivitet.

I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999), har pasienten rett til å få informasjon, som er nødvendig for å få innsikt i sin helsesituasjon og innholdet i helsehjelpen. Helsepersonellet skal også informere pasienten om mulige risikoer og bivirkninger.

«Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendig avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått» (Sykepleieforbundet, 2011).

Den informasjonen helsepersonellet gir, skal være tilpasset mottakerens evne til å lære. Vi skal informere pasienten slik at pasienten forstår budskapet.

Pårørende og kultur

Det er viktig å informere pårørende ved utskrivelse om pasientens sykdom. Fordi hun vil trenge støtte fra pårørende. I Karis tilfelle er mannen hennes oppført som nærmeste pårørende. Kari og mannen hennes må oppfordres til å legge om livsstilen for å forebygge tilbakefall og større skade av myokardet. Kari kan også få tilbud om en henvisning til ernæringsfysiolog. Noen pasienter vil helst ikke være til bry for andre og ønsker kanskje ikke å belaste familien så mye om sykdommen sin. Derfor er det viktig at sykepleieren forteller pasienten om hvor viktig det er å ha noen å dele byrden med. Særlig i startfasen, fordi den første uken er risikofylt. Faren for at det kan oppstå komplikasjoner er meget stor.

Mannen til Kari har Somalisk bakgrunn og en annen kultur enn det Kari har. Magelssen (2002) forklarer kultur som en måte å tenke, handle og føle på.

Kari's mann er født og oppvokst i Somalia. Der har de nesten ikke tilgang til ferdigprodusert mat, som inneholder masse kalorier og konserveringsmidler. I Somalia lages mye av maten fra bunnen av, hvor det brukes lokale råvarer som de dyrker selv. Kostholdet består mye av grønnsaker, ris, pasta (Pastarettene henger igjen fra koloni tiden, når Italia styrte Somalia), kjøtt (kamel, lam og ku) og nesten alle dessertene inneholder fersk plukket frukt.

I Somalia er aktivitetsnivået mye høyere enn i Norge. Transportmidler som biler og busser

brukes bare når man skal reise på lange strekninger. Stort sett er folk ute og går, noe som kan forklare at menneskene i det landet forbruker mye energi på aktivitet i forhold til Norge. Mannen til Kari kan få informasjon fra sykepleieren om forskjellene i Somalia og Norge, som nevnt over. Fordi aktivitetsnivået er veldig lav i Norge i forhold til det han hadde i Somalia. Dette kan føre til at man legger på seg og kan utvikle hjerte og kar sykdommer.. Ali siraji ser ikke forskjellene i aktivitetsnivå, og kostholdet han har vent seg til i Norge i forhold til Somalia. Derfor tror han at han vil forbrenne like mange kalorier som han gjorde i hjemlandet. Erfaringer viser at mange går i samme felle når de flytter til Norge.

Kari har allerede slitt med overvekt fra barndommen av. Ekteparet har lite om kostholdet og fysisk aktivitet. Derfor har de ikke klart å se farene og symptomene på livsstilssykdommer. Videre blir sykepleierens oppgave å veilede og informere ekteparet, slik at de kan få økt kompetanse og mestre utfordringene i forhold til livsstilsendring.

Sykepleiere på akutt hjerteavdelingen har sjekklister de kan krysse av og dermed dokumentere om hva slags informasjon og veiledning pasienten har fått. Denne metoden er med på å kvalitetssikre dokumenteringen av informasjon som blir gitt til Kari (Gjengedal & Jakobsen, 2001).

Studiet viser at individuell veiledning trengs det mer av for å øke pasientens kunnskap om sykdommen sin, slik at vedkommende kjenner igjen og responderer på symptomer av hjerteinfarkt. I dette studiet har forskerne samlet sammen en gruppe på 62 personer. Hensikten med denne undersøkelsen var å finne ut hvor mye kunnskap pasienter med hjerteinfarkt hadde etter utskrivelse. Det kommer også fram i artikkelen at pasientene fikk med seg informasjonsmappe. Den inneholdt blant annet en liste over symptomer på akutt hjerteinfarkt og anbefaling om å kontakte ambulansen så fort som mulig, hvis det var behov for det. I tillegg ble pasientene bedt om å ta Aspirin for brystmerter. (Crumlish & Magel, 2011). I Norge får også hjerteinfarkt pasienter en informasjonsmappe ved utreise. Dette studiet virket veldig interessant fordi likhetene er store mellom Norge og USA. Forskerne fant ut at det ikke er tilstrekkelig med en informasjonsmappe. Her må mer undervisning til for å heve kompetansen hos denne pasientgruppen

En annen studie vi fant viser at kunnskap om akutt hjertesykdoms symptomer og behandling er for lavt hos pasienter med iskemisk hjertesykdommer. Undersøkelsen ble gjort hos mennesker med dokumentert iskemisk hjertesykdom. Målet med studien var å finne ut hvor mye kunnskap disse pasientene hadde. Forskerne konkludert med at pasientene trengte mer oppfølging og informasjon om symptomer på hjertesykdommene, fordelten av tidlig behandling og deres risiko status.

Førtiseks prosent av pasientene hadde lav kunnskapsnivå om sin sykdom. Pasienter som hadde mye kunnskap om sykdommen sin var kvinner, unge mennesker, de med høy utdanning, deltagere i et hjerterehabiliterings program og de som ble behandlet av en kardiolog istedenfor en allmennlege (Dracup et al., 2008).

Vi vil på det sterkeste anbefale Kari et hjerterehabiliteringsprogram. I Hedmark blir pasienter henvist til Ringen eller Feiring for videre oppfølging, samt innkallinger på informasjonsmøter på sykehuset. Her får de veiledning og støtte i forhold til sin sykdom. Der vil Kari få hjelp til å sette opp et kostholds og treningsprogram, som er tilpasset henne. Videre i oppgaven vil vi gå dypere inn på hvordan sykepleieren kan hjelpe Kari med veiledning om kosthold og fysiskaktivitet ved utskrivelse fra sykehuset.

4.2 kosthold

I dette kapittelet skal vi drøfte fram til hvordan sykepleiere skal veilede Kari til å endre livsstilen sin, ved hjelp av kosthold.

Et av de universelle omsorgsbehovene Orem skriver om er at pasienten får tilstrekkelig med mat. Det er en sykepleier oppgave å passe på pasientens grunnleggende behov. Kari er innlagt på akutt hjertemedisins avdeling. Hun tilbringer fem dager på avdelingen etter hjerteinfarkt. Det er sykepleieren som har ansvaret for at hun får mat og drikke, slik kan vi starte med veiledningen ganske tidlig under sykehusoppholdet. Sykepleieren veileder Kari under måltidene, på denne måten vil Kari se hva slags mat hun bør spise for å leve et sunt liv. Sykepleieren gir Kari psykisk og fysisk støtte til å legge om livsstilen. Fordi det kan være vanskelig for Kari å gå gjennom en så stor endring i hverdagen.

Orem forteller videre om metoder sykepleieren kan bruke for å oppnå de overnevnte målene under veiledning. (Cavanagh, 1999).

Det er viktig at Kari er delaktig i alle avgjørelser som tas og det er viktig at sykepleieren sammen med Kari setter opp realistiske mål

Vi har tenkt å veilede Kari på sykehuset der vi skal informere henne om hva som er sunt kosthold som pasienten burde spise, og hva som er usunt kosthold som hun skal unngå å spise. Sunn og variert mat er viktig for helse og trivsel Og sammen med fysisk aktivitet kan et riktig kosthold redusere risikoen for utvikling av en rekke livsstilssykdommene.

Første tema når vi skal snakke med Kari blir da om hvordan vi skal veilede henne om hvilket kosthold som forebygger hjerteinfarkt og hvilket kosthold som er en av risikoene for å få et hjerteinfarkt. Siden pasienten er overvektig og får i seg usunn mat, er dette et viktig tema som hun trenger veiledning til.

Åkesson et al., (2007) har forsket på at hjerteinfarkt hos kvinner kan forebygges ved å bruke sunt kosthold, lite mengder av alkohol, være fysisk aktiv og ikke røyke. Og dette er en av de tingene vi skal informere og veilede pasienten om.

En tredjedel av deltagerne i studien hadde et slikt kosthold. Forskningen viste at sjansen for hjerteinfarkt ble redusert med 57 prosent, sammenlignet med andre kvinner som spiste usunt kosthold.

Sortland skriver at risikoen for å utvikle hjerte og karsykdommer har sammenheng med hvilket kosthold vi får i oss (Sortland, 2011)

Her vil vi forklare for Kari at kosthold spiller en stor rolle når det kommer til hjerte og karsykdommer. Det er veldig viktig å informere pasienten om dette. Fordi det er en del pasienter som tror at hjerte og karsykdommer bare kommer av andre grunner som for eksempel arv og tilfeldig hjertesykdommer. Dette er en av erfaringer jeg har hatt fra praksis. Det kom en pasient inn på akuttmottaket med hjerteinfarkt. Etter at han ble ferdig behandlet på akuttmottaket ble han flyttet til medisinsk sengepost. Der skulle sykepleieren kartlegge pasientens funksjonsområder. Pasienten forklarte til sykepleieren at han ikke skjønnte hvordan han kunne få hjerteinfarkt når ingen i familien hans har hatt hjertesykdom. Han forklarte også at han ikke røyket og at han aldri har prøvd å røyke før. Det er sant at arv og røyking kan være en av årsakene for å få hjerteinfarkt svarte sykepleieren, men det er andre årsaker også som kan forårsake det. Sykepleieren spurte pasienten om kostholdet hans. Pasienten svarte hva

kostholdet hadde med dette å gjøre. Videre forklarte sykepleieren at usunt kosthold er en av de største risikoene for å utvikle hjerte og kar sykdommer. Det viste seg at pasienten hadde jobbet som snekker i 20 år. Han og kollegene hans spiste ofte hurtigmat som var usunn og som inneholdt store mengder mettet fett. Pasienten var ikke klar over den usunne livsstilen, før han ble informert om dette av sykepleieren. Dette viser at de med lav utdanning har lite kunnskap om årsaker til livsstilssykdommer.

Det kan hende at Kari ikke er klar over hvordan kostholdet hennes ser ut. Fordi hun og ektemannen har lav utdanning og driver et gatekjøkken. Dette er en av grunnene til at vi vil veilede pasienten om kostholdet og hvordan hun kan endre hva hun spiser til daglig. Sortland forklarer at kolesterolinnhold i blodet og risikoen for hjerte og karsykdommer har sammenheng. Jo høyere kolesterolinnhold er desto større er risikoen for å få hjerteinfarkt (Sortland, 2011). Her har vi tenkt til å forklare Kari om hva høyt kolesterolinnhold i blodet kan føre til. Vi vil veilede Kari om det gode kolesterolet (HDL) og det dårlige kolesterolet (LDL).

Vi vil forklare Kari at HDL kolesterolet oppgave er å sørge for at kolesterolet fra cellene blir fraktet tilbake til leveren, og LDL kolesterolet frakter kolesterolet ut til kroppens celler. Videre vil vi forklare Kari at vis hun får i seg lavt HDL og høyt LDL kolesterol vil det ha ugunstig virkning på hjertet, mens høyt HDL kolesterol vil beskytte mot hjertekarsykdommer, og at både mengde og type fett spiller en vesentlig rolle (ibid).

Vi forklarer dette til pasienten fordi, slik at hun kan være klar over kolesterolinntaket hennes, og vite forskjellene på dem. Siden Kari er overvektig vil vi fortelle hun at saltinntak og fettsyremønsteret i kosten er faktorer for utvikling av høyt blodtrykk.

Forhøyet blodtrykk har sterk innvirkning for å utvikle aterosklerose i hjerte. Mettet fett som for eksempel i matvarer som smør, ost, fete meieriprodukter og fete kjøttvarer øker produksjonen av det dårlige kolesterolet i kroppen. Det dårlige kolesterolet øker risikoen for hjerte og karsykdommer. Hvis pasienten øker saltinntaket vil da plasmavolumet og blodtrykket øke. Da er risikoen stor for at pasienten utvikler åreforkalkning. Sortland sier også noe om røyking. Hun skriver at befolkningsundersøkelse viser at røyking og utvikling av hjerte og karsykdommer har sammenheng. Det som skjer er at røyking reduserer nivå på HDL kolesterolet. Røyking gjør at røde blodceller binder seg til celledag i åreveggen. Det gjør at blodplatene blir mer klebrige ved røyking slik at det lettere dannes

blodplatepluggen (ibid). Siden Kari røyker ofte er det veldig viktig å veilede om røykeslutt etter et infarkt.

Arntzen og Sandvold (2010) skriver for at røykeslutt veiledning skal kunne fungere, må det være individbasert og at helsepersonell må bli bedre til å veilede. Det må settes av tid og sted for veiledningen. Derfor må vi være nøye og strukturert når vi skal veilede Kari om røykeslutt, slik at hun får den informasjon hun trenger. Vi vil forsterke motivasjonen til Kari gjennom advarsel og informasjon om røykens negative helsekonsekvenser. Vi må ikke skremme pasienten med harde fakta, men gi henne råd om ulike røykeslutt metoder. Sykepleiere må kunne vise varsomhet og respekt når vi skal informere Kari om røykeslutt. Vi skal ikke komme med en holdning der vi trækker på pasienten og sier nå må du slutte å røyke. Men heller komme på en rolig og vennlig måte og spørre pasienten om hva hun tenker og føler om røykeslutt.

Forskningen viser at 11 infarkt pasienter, 10 sykepleiere og hjelpepleiere ved hjertepost avdeling ble spurt om hvilke erfaringer de hadde med røykeslutt på sykehuset. Undersøkelsen viser at de som slutter å røyke etter å ha fått veiledning fra sykepleiere er ofte utdannet folk. De tjener godt og har orden på livet sitt. De er også motivert til å slutte å røyke. Mens de som ofte fortsetter å røyke etter veiledning fra sykepleiere er arbeidsledige og har lite utdanning. De er umotivert og er usikre om røyking faktisk er farlig (Arntzen & Sandvold, 2010). Siden Kari holder til gruppen med laveste utdanning, er det veldig viktig at pasienten får med seg hva som ble sagt på veiledning og den informasjonen som er gitt.

På den andre siden vil vi veilede og informere Kari om hvilken mat hun burde spise som gjør at han går ned i vekt og som beskytter mot hjerte og karsykdommer.

Sortland beskriver at det beste tiltaket for å senke kolesterolet i blodet er å øke inntaket av kostfiber, grønnsaker, frukt, stumpe røyking og trene mer. Hun sier også at høyt inntak av frukt og grønnsaker og lavt inntak av rødt kjøtt har like god effekt som blodtrykksenkende medikamenter. Videre skriver hun at lavt inntak av natrium og normal inntak av kalium minsker risikoen for høyt blodtrykk. Vi vil da informere pasienten om at hvis hun vil redusere det høye blodtrykket er det da viktig at hun legger vekt på kosthold som er rikt med grønnsaker, frukt, bær og magre meieriprodukter. Hun bør spise også fet fisk som inneholder mye omega – 3 fettsyrer. Den har god effekt på å forebygge hjerte og karsykdommer.

Vi vil oppmuntre Kari til å spise mer kostfiberrikt mat som er kolesterolsenkende (ibid).

Maten Kari bør spise er:

Knekkebrød, kornblandinger, grovt brød og grøt av havregryn eller sammalt mel.

4.3 Fysisk aktivitet

Her vil vi ta for oss fysisk aktivitet som er med på å forebygge hjerteinfarkt, og hvilken type trening som gir best mulig resultat.

Kari har behov for å opprettholde balansen mellom aktivitet og hvile. Dette er et annet universelt egenomsorgsbehov som Orem beskriver i teorien sin. Hvis Kari skal lykkes med å bli fysisk aktiv i hverdagen må hun ha et tverrfaglig nett rundt seg, som støtter henne. Sykepleieren kan gi Kari de anbefalingene som står i informasjonsmappen til hjerteinfarkt pasienter, men det er Kari selv, som må finne viljestyrken. Sykepleien må finne måten på hvordan pasienten kan møte sin egenomsorgskrav. Det er viktig å kartlegge pasientens kunnskaper og ferdigheter, for å finne ut hvordan sykepleieren kan hjelpe Kari til å oppnå målene hennes (Cavanagh, 1999).

Etter et hjerteinfarkt er fysisk aktivitet veldig viktig slik at hjertet trenes opp igjen. Mosjon vil føre til maksimalt oksygenopptak og bedret prognose.

Når vi skal veilede Kari om fysisk aktivitet har vi tenkt først å informere henne om hvordan fysisk aktivitet påvirker risikofaktorer som utvikler hjerte og karsykdommer og hvilken effekt fysisk aktivitet har på fedme. Tilslutt vil vi anbefale henne om hvilken trening som gir god effekt.

En studie viser at blodlipider, tobakksrøyking, blodtrykk fulgt av fysisk inaktivitet og fedme påvirker risikoen for hjerte og karsykdommer (Graff-Iversen et al., 2007).

Det vi vet fra før er at Kari er overvektig og fysisk inaktiv. Det vil si at hun ikke trener eller er aktiv daglig. Her vil vi informere Kari om hvor viktig det er med mosjon. Veiledning om fysisk aktivitet legger vi opp slik at hun får informasjon om komplikasjoner overvekt kan føre til ved å være fysisk inaktiv. Disse komplikasjonene skader ikke bare hjertemuskulaturen, men også andre muskler som ikke stimuleres tilstrekkelig vil bli svekket. Vi vil fortelle Kari at hvis hun forsetter å være fysisk inaktiv vil leddenes funksjon nedsettes, og at hofte og knær

blir lettere overbelastet og skadet. Hun kan også få fordøyelses problemer, nedsatt stoffskifte som gjør at hun legger på seg enda mer.

Folkehelseinstituttet skriver at folk som ofte sliter med psykiske lidelser er inaktive og er i dårligere fysisk form enn andre. Videre står det at fysisk aktivitet kan hjelpe mot psykiske problemer. Regelmessig fysisk trening vil gi økt velvære, bedre evne til å takle stress, det vil gi mer energi og bedre søvn. Trening har ofte en slående effekt på pasientens humør og mentale tilstand. Ofte føler pasienten mindre angst, depresjon og de vil kunne føle seg tryggere og ser mer optimistisk på fremtiden (Folkehelseinstituttet, 2012)

I psykiatrien har vi møtt pasienter som slet med psykiske lidelser knyttet til deres overvekt og fysisk inaktivitet. Mange av disse pasientene hadde de samme problemene som Kari sliter med nå. Pasienter innlagt på psykiatrisk avdeling fulgte et kostholds- og treningsprogram hverdag. De spiste sunne måltider til faste tider og mosjonerte cirka en time hver eneste dag. Etter noen dager kunne vi se betydelig forandring i deres adferd. Pasientene ble gladere og fikk mer overskudd. Hvis Kari følger anbefalingen som kommer fram i oppgaven om kosthold og fysisk aktivitet så vil hun også merke betydelig forskjell i hverdagen.

Mæland skriver at fysisk aktivitet hindrer risikofaktorer som utvikler hjerteinfarkt. Formålet med fysisk aktivitet er å redusere risikoen for komplikasjoner etter akutfasen og rehabilitering av hjertemuskulaturen som ble skadet. Den skal også minske arbeidsbelastningen på hjertemuskelen ved fysiske anstrengelser. Viktigste formålet med fysisk aktivitet er å redusere risikoen for død og tilbakefall etter hjerteinfarkt. Trening motvirker trombose dannelse, slik at blodplaten ikke klumper seg og øker fibrinolyse. Det vil kunne senke blodtrykket også. Hovedoppgaven til fibrinolyse er at den nedbryter koagler som fester seg i årene, slik at blodet igjen kan flyte normalt i blodbanen. Mæland skriver også at trening har en livsforlengende effekt etter et hjerteinfarkt, akkurat som det kan oppnås med betablokkerbehandling eller bruk av kolesterolsenkende medikamenter (Mæland, 2006).

Regelmessig fysisk aktivitet forebygger livsstilssykdommer relatert til overvekt.

Mæland sier at det viktigste med trening er at pasienten selv opplever at det skjer en forandring (ibid). Når vi skal hjelpe Kari er det viktig at vi ser på fysisk aktivitet som et middel, og ikke som et mål. Fordi trening er også en form for læring hvor Kari ut fra egne erfaringer skal kunne bygge opp og forbedre selvtillit og positive forventninger.

Fysisk aktivitet vil hjelpe Kari på mange måter når det kommer til vekten hennes. Siden pasienten har lite kunnskap om sykdommen sin er det veldig viktig å informere om hvilken effekt trening har på fedme. Her skal vi forklare Kari at ved fysisk aktivitet vil musklene bruke energi både fra fett og karbohydrater og det vil redusere kroppsvekten.

Vi vil informere pasienten at ved fysisk aktivitet vil det føre til gunstige endringer i lipid nivået i blodet og at andelen av HDL kolesterolet vil øke. Mens nivået på triglyserider og LDL kolesterolet vil reduseres.

Tilslutt vil vi anbefale Kari forskjellige treningsmetoder som både vil hjelpe henne til å gå ned i vekt og forebygger et nytt hjerteinfarkt. Treningsprinsippene for hjertepasienter er tilnærmet de samme som trening hos friske. Det vil legges vekt på god oppvarming, variert aerob trening og treningsmengde. Først og fremst vil vi anbefale henne til å begynne på treningssenter hvor hun vil kunne få oppfølging av personlig trener. Personlig trener vil kunne hjelpe Kari med å nå målet hennes ved å sikre at hun trener riktig, målrettet, sikkert og effektivt. Ved hjelp av personlig trener vil hun få tilrettelagt et treningsprogram slik at hun kan trene videre på egenhånd. Kari vil få motivasjonen til å trene mer på treningssenteret. Der lærer hun om hvordan hun skal trene riktig og det vil gi henne bedre resultater og sunnere kropp (Moholdt, 2011).

Trening som anbefales på det sterkeste til Kari etter sykehusopphold er kondisjonstrening med høy intensitet i korte intervaller. Det vil øke aerob kapasiteten, som har større hjertebeskyttende effekt. Det vil kunne hjelpe henne med å øke maksimal oksygenopptaket. Økt utholdenhet vil gi henne muligheten til å være aktiv lenger, før hun blir sliten. For å trene utholdenhet skal Kari holde relativt høy intensitet i minst 20 minutter til sammen. Det mest effektive er aktiviteter hvor hun bruker både armer og ben (ibid).

5.0 Oppsummering

I denne oppgaven har vi undersøkt hvordan sykepleiere kan gi veiledning og informasjon til pasienter med nyopplaget hjerteinfarkt, før utskrivelse fra sykehuset.

Vi kom fram i drøftingsdelen hvor viktig det er med kunnskap for pasienter med hjertesykdommer om årsaker, symptomer og behandlingsformer til deres sykdom.

En viktig målsetting for informasjon er å gi pasienten og familien større grunnlag for å forstå sykdomsutviklingen og motvirke følelsen av hjelpeløshet. En annen hensikt er å hjelpe pasienten til å velge en livsstil som reduserer risikoen for tilbakefall eller videreutvikling av hjertesykdom.

Forskningsartiklene vi har funnet sier at individuell veiledning som er tilpasset pasienten er den beste formen for undervisning og veiledning. Fordi da vil pasienten ha mulighet til å åpne seg mer og vil tørre å stille vanskelige spørsmål som han/hun ellers ikke hadde turt å spørre i en større forsamling.

En annen studie gjort i USA påpeker viktigheten av veiledning og informasjon til pasienter med lav utdanning. Fordi denne gruppen ofte har lite kunnskap om sykdommen sin og komplikasjoner den kan føre til.

Vi synes helsemyndighetene bør satse mer på å heve kompetansen om hjerte- og kar sykdommer blant befolkningen. Fordi dødsfall knyttet til hjerte- og kar sykdommer er den vanligste årsaken. Ofte vet ikke folk konsekvensene av den dårlige livsstilen de har. Det vi mener med dårlig livsstil er fysisk inaktivitet, overvekt, usunn kosthold og røyking.

Myndighetene har sørget for at mange matvarer har fått nøkkelhulls merket, som betyr at disse matvarene inneholder viktige næringsstoffer som er anbefalt.

Et annet viktig våpen i kampen mot livsstilssykdommer er spesifikke tiltak rettet mot befolkningen og enkelt individ. Tiltak mot befolkningen kan være for eksempel at alle kommuner holder gratis kurs, hvor sykepleiere, fysioterapeuter og ernæringsfysiologer jobber tett sammen for å veilede befolkningen. Veiledningen skal være forskningsbasert og den settes opp slik at alle forstår budskapet.

Tiltak rettet mot enkeltindiver kan være kosthold- og treningsprogrammer tilpasset den enkeltes behov og evne. Her kan fastleger ta tak i helseproblemer i en tidlig fase. De har muligheten til å hjelpe og følge opp pasienten.

De overnevnte tiltakene er forbyggende arbeid, som myndighetene kan spare store beløp på. Andre gevinster disse tiltakene kan gi er sunnere befolkning, minsker sykemeldingsprosenten, bedre livskvalitet og god helse.

6.0 Litteraturliste

*Selvvalgtlitteratur (449 sider).

*Arntzen, A & Sandvold, B.W (2010). *Hvordan veilede om røyksslutt?* (s, 1-3). Lokalisert på <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/516847/hvordan-veilede-om-roykeslutt?>

Cavanagh, J. S. (1999). *OREMs sykepleiemodell i praksis.*(2. utg s, 15-155).[Oslo]: Gyldendal Akademisk.

*Crumlish, M. C & Magel, T. C. (2011). Patient Education on Heart Attack Response: Is Rehearsal the Critical Factor in Knowledge Retention. *EBSCOhost CINAHL with full text*, 20(6), 310-317. Lokalisert på <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=3c904756-8990-422d-b77f-a26b2d44b5a9%40sessionmgr112&vid=11&hid=122>

Cullberg, J. (2007). *Mennesker i krise og utvikling.* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter.* Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Dracup, K., McKinley, S., Doering, LV., Riegel, B., Meischke, H., Moser, DK., Pelter, M., Carlson, B., Aitken, L., Marshall, A., Cross, R & Paul, S. M. (2008). Acute coronary syndrome. *JAMA internal medicine*, 168(10), 1049-1054. Lokalisert på <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=770224>

*Folkehelseinstituttet (2013). *Hjerteinfarkt og annen iskemisk hjertesykdom- risikofaktorer og forebyggende.* (s, 1-3). Lokalisert på

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6067&MainContent_6263=6464:0:25,6068&List_6212=6218:0:25,6078:1:0:0:::0:0

*Folkehelseinstituttet (2012). Fysisk aktivitet- faktaark med statistikk. (s, 1-4). Lokalisert på http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6261:0:25,6046&MainContent_6261=6464:0:25,6047&List_6212=6218:0:25,6052:1:0:0:::0:0

*Gjengedal, E & Jakobsen, R. (Red.). (2001) *Sykepleie: praksis og utvikling* (s, 566-607). Oslo: Akademisk Forlag.

*Graf-Iversen, S., Jennum, A. K., Grøtvedt, L., Bakken, B., Selmer, M. R & Sjøgaard, J. A. (2007). Risikofaktorer for hjerteinfarkt, hjerneslag og diabetes i Norge. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 19(4), 2537-2541. Lokalisert på <http://tidsskriftet.no/article/1594317>

*Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. § 21. (2008). Lokalisert på <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html#21a>

Høybakk, J. (2008). Sykepleie til pasienter med hjertesykdommer. Knutstad, U (red.), *Sykepleieboken 3: Klinisk sykepleie* (1.utg., s. 131-190). Oslo: Akribe AS.

Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Buanes, T. & Røise, O. (2009). *Sykdomslære: indremedisin, kirurgi & anestesi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Jørgensen, E., Hole-Drabløs, B & Krogset, J. (2010). Pendlerpasienten. *Sykepleien*, 98(12), 54-56. DOI: 10.4220/sykepleiens.2010.0103

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (Red.). (2005). *Grunnleggende sykepleie: bind 4*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Magelssen, R. (2002). Kultursensitivitet: om å finne likhetene i forskjellene. Oslo: Akribe Forlag.

*Moholdt, T. (2011). Trening av hjertepasienter. *Idrettsmedisin*, 9-11. Lokalisert på

<http://viewer.zmags.com/publication/1f22e269#/1f22e269/10>

*Mæland, J. G. (2006). *Helhetlig rehabilitering*. (kap1:19-43, kap3: 34-43, kap5 56-65, kap10:117-126, kap12: 137-141). Kristiansand: Høyskoleforlaget AS

*Mæland, j. G. (1997). *Hjerteinfarkt*. (s, 11-102). Oslo: John Grieg forlag AS.

*Norsk helseinformatikk. (2010). *Årsaker til hjerteinfarkt*. (s, 1-2). Lokalisert på

<http://nhi.no/sykdommer/hjerte-kar/koronarsykdom/hjerteinfarkt-arsaker-15400.html?page=1>

*Norsk Helseinformatikk (2012). *Trombolyse ved hjerteinfarkt*. (s, 1-2). Lokalisert på

<http://nhi.no/sykdommer/hjerte-kar/koronarsykdom/trombolyse-ved-infarkt-1545.html>

*Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 3-2. (2011). Lokalisert på

<http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html>

Skårderud, F., Haugsgjerd, S & Stanicke, E. (2010). *Psykiatriboken: sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sortland, K. (2011). *Ernæring: mer enn mat og drikke*. (4.utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

*Statistisk sentralbyrå (2012). *Dødsårsaker, 2011*. (s, 1). Lokalisert på

<http://www.ssb.no/dodsarsak/>

*Sykepleieforbundet (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere ICNs etiske regler*. (s, 7-8). Lokalisert på

https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

*Sæterhaug, A. (2004). Rehabilitering av hjertepasienter. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 6(18), 806-808. Lokalisert på <http://tidsskriftet.no/article/994002>

*Tveiten, S. (2008). *Veiledning mer enn ord*. (3.utg s.17-104). Oslo: Fagbokforlaget.

*Åkesson, A., Weismayer, C., Newby, K. P & Wolk, A. (2007). Combined Effect of Low-Risk Dietary and Lifestyle Behaviors in Primary Prevention of Myocardial Infarction in Women. *JAMA internal medicine*, 167(19), 2122-2127. doi:10.1001/archinte.167.19.2122

Vedlegg nr.1

PICO – Et verktøy for å formulere presise spørsmål

Del opp spørsmålet og plasser de riktige momentene i PICO tabellen nedenfor:

<p>Skriv spørsmålene dine her. Husk å være så presis i formuleringen som du klarer.</p> <p>Sett spørsmålene dine inn i PICO:</p>	<p>Hvordan kan sykepleiere veilede pasienter med ny oppdaget hjerteinfarkt?</p>	
<p>P: Pasient/problem</p>	<p>Hvilken pasientgruppe eller populasjon dreier det seg om?</p>	<p>Pasienter med nyoppdaget hjerteinfarkt</p>
<p>I: Intervention</p>	<p>Hva er det med denne pasientgruppen du er interessert i? Er det et tiltak som er iverksatt (intervensjon, eksponering)?</p>	<p>Vi vil finne ut hvordan sykepleieren kan informere og veilede pasienter med hjerteinfarkt før utskrivelse fra sykehus.</p>
<p>C: Comparison</p>	<p>Ønsker du å sammenligne to typer tiltak? I så fall skal det andre tiltaket stå her (f.eks. dagens praksis).</p>	<p>.</p>
<p>O: Outcome</p>	<p>Hvilke endepunkter/ utfall er du interessert i?</p>	<p>Informere, veilede og forebygge, slik at pasienter kan utøve sin egenomsorg. Herunder fysisk aktivitet, kosthold.</p>