

Bjørn Steinar Ørås - kandidat 10016
Alexander Stabell - kandidat 10053

Hvordan kan sykepleier bidra til livsstilsendring hos pasienter med påvist hjertesykdom?

Antall ord: 7402

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Lindis Kathrine Helberget
Mai 2021

Bjørn Steinar Ørås - kandidat 10016
Alexander Stabell - kandidat 10053

Hvordan kan sykepleier bidra til livsstilsendring hos pasienter med påvist hjertesykdom?

Antall ord: 7402

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Lindis Kathrine Helberget
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med oppgaven er at sykepleier får økt innsikt i hva som kan bidra til livsstilsendring hos hjertesyke pasienter, samt hvilke utfordringer en kan møte og hvordan en kan takle disse i helsefremmingsarbeidet.

Utførelse: Bacheloroppgave, systematisk litteraturstudie.

Metode: Systematisk litteratursøk om temaet ble utført og åtte ulike forskningsartikler ble vurdert. Forskningsartiklene som var relevante i henhold til tema og problemstilling ble inkludert i oppgaven.

Resultat: Resultatene fra artiklene viser til at sykepleier står i en unik posisjon for oppfølging av hjertesyke. Forskningen viser til at pasienten selv er nødt til å være motivert for at sekundærbehandling skal gi utfall. Sykepleier er da nødt til å være en motiverende faktor. Forskningen belyser også pasientenes indre faktorer som påvirker deres evne til å påvirke egen helse.

Konklusjon: Litteraturstudien viser til at det ikke er utslagsgivende om hvor eventuelt en oppfølging blir gjort, men at sekundærforebyggingen burde individualiseres ut ifra pasientens health literacy. Litteraturstudien konkluderer med den unike posisjonen sykepleiere har i henhold til sekundærforebygging av hjertesykdom og oppfølging.

Abstract

Aim: The purpose of the thesis is that nurses gain increased insight into what can contribute to lifestyle changes in patients with heart disease, as well as what challenges one can face and how nurses can cope with these in health promotion work.

Design: Bachelor thesis, systematic literature study.

Method: A systematic literature search was conducted about nursing, secondary heart disease interventions and lifestyle changes. The terms were widened upon search to identify as many relevant studies as possible within CINAHL database. The study included 8 research articles.

Result: The research presented shows how nurses are in a key position to prevent secondary heart disease and motivate lifestyle changes. The results depend on patients' own motivation and how nurses can be a motivational factor. Outcomes of this study also find patients' inner motivational factors.

Conclusion: The literature study points out that it is not decisive about where any follow-up is done, but that secondary prevention should be individualized based on the patient's health literacy. The literature study concludes with the unique position of nurses in terms of secondary prevention of heart disease and follow-up.

Innhold

1	Innledning	10
1.1	Begrunnelse av tema	10
1.2	Hensikt og problemstilling	10
1.3	Begrepsavklaring	11
1.4	Oppgavens videre oppbygging	11
2	Teoribakgrunn	12
2.1	Hjertesykdom	12
2.1.1	Risikofaktorer	12
2.2	Joyce Travelbee	12
2.3	Sykepleier som underviser og veileder	13
2.4	Sykepleierens helsefremmende funksjon.	13
3	Metode	15
3.1	Litteratursøk.....	15
3.2	Søkehistorikk.....	15
3.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	16
3.4	Kvalitetsvurdering	16
3.5	Etisk vurdering	17
3.6	Analyse.....	17
3.6.1	Steg 2: Koder i artiklene	17
3.6.2	Steg 3: Nøkkelementene kategorisert.....	18
3.6.3	Steg 4: Tema	18
4	Resultat.....	19
4.1	Pasientens forståelse av helseinformasjon og utgangspunkt for livsstilsendring	19
4.2	Metode og grad av oppfølging	20
4.3	Sykepleiers helsefremmende funksjon	21
5	Diskusjon.....	23
5.1	Metodediskusjon	23
5.2	Resultatdiskusjon	23
5.2.1	Kartlegging	23
5.2.2	Pasientens forståelse av helseinformasjon og utgangspunkt for livsstilsendring.....	24
5.2.3	Sykepleierens helsefremmende funksjon	26
5.2.4	Grad & metode for oppfølging	27
5.3	Konklusjon	28

Referanser.....	29
Vedlegg 1	30
Vedlegg 2	31

1 Innledning

Bacheloroppgaven omhandler livsstilsendring hos hjertesyke pasienter og hvordan sykepleiere kan motivere, informere og bidra til egenmotivert livsstilsendring for denne pasientgruppen. Forskingen vi har funnet underbygger vår antakelse om hvordan kunnskap og motivasjonsfaktorer utgjorde grunnlaget for hvordan hjertesyke utfører livsstilsendring og hvilke indre motivasjonsfaktorer som var drivkraft i disse forskningsartiklene. WHO skriver at 31% av alle dødsfall i verden skjer på grunn av kardiovaskulære sykdommer og er den ledende dødsårsaken verden rundt. (WHO, hentet 21.12.2020) De skriver også at de aller fleste dødsfall som skyldes kardiovaskulære sykdommer kan forhindres ved livsstilsendringer. LHL forteller at hjerte- og karsykdommer er den vanligste dødsårsaken i Norge og understreker også hvordan livsstilsendring kan være en potensiell risikosenkende faktor hos de aller fleste. (LHL, 2020). FHI (2020) forteller at litt over en femtedel i Norge lever i dag med hjertesykdom eller høy risiko for det. 40 000 blir behandlet hvert år i spesialisthelsetjenesten for hjertekrampe og 16 000 for hjertesvikt. FHI (2020) konstaterer at antall personer med hjerte- og karsykdom vil øke i årene fremover til tross for at antall førtegangsinfarkt per 100 000 innbyggere har gått ned.

1.1 Begrunnelse av tema

Vi ønsket å fordype oss i hjertesykdom da vi kommer til å møte disse pasienter uansett hvor vi kommer til å arbeide etter endt utdanning. Samtidig gir det oss god innsikt i en spennende pasientgruppe som ikke alltid skiller unge og eldre, men ofte skjer på bakgrunn av et sammensatt bilde av livsstilsvalg, genetiske forutsetninger og psykososiale forhold. Etter et kortfattet søk på problemet så vi hvor utbredt dette er både globalt og nasjonalt. Tallene til FHI (2020) og WHO (2020) fikk oss interessert i temaet og gjorde oss nysgjerrige på hva vi som fremtidige sykepleiere kan gjøre for å bidra i behandlingen. Vi ønsket å undersøke hvordan pasientens kunnskap om egen sykdom og pasientens egen evne til livsstilsendring hadde innvirkning på dette. Samtidig er det interessant på grunn av den store dødeligheten på verdensbasis. (WHO, hentet 21.12.2020)

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er at sykepleier får økt innsikt i hva som kan bidra til livsstilsendring hos hjertesyke pasienter, samt hvilke utfordringer en kan møte og hvordan en kan takle disse i helsefremmingsarbeidet.

En problemstilling er et spørsmål med et bestemt formål (Dalland, 2013, s. 128). Vi har valgt problemstillingen: *Hvordan kan sykepleier bidra til livsstilsendring hos pasienter med påvist hjertesykdom?*

Vi har ikke begrenset søkene til ett område, men velger å fokusere på alle arenaer der sykepleier kan møte hjertesyke pasienter. Vi har fokusert på sykepleierens rolle i opplæringen av pasientene, motiverende faktorer hos pasienten selv og i hvilken grad dette påvirker pasientens evne til livsstilsendring og konsekvenser av dette.

1.3 Begrepsavklaring

Livsstilsendring er et begrep vi ønsker å dele opp for å avklare. Livsstil er et begrep som forklares som sosiale, økonomiske og kulturelle forhold i omgivelsene. Livsstil blir bestemt av den enkelte, men det læres gjennom det vi observerer av det andre gjør. Endring vil derfor være prosessen som enkeltpersonen gjennomgår for å påvirke eget liv (Mæland, 2016, s. 34).

Hjertesykdom er forandringer i hjerte-kar-systemet som kan være medfødte eller ervervede. Vi skiller mellom akutt, kronisk og kritisk hjertesykdom (Stubberud; Grønseth; Almås, Klinisk sykepleie 1, 2016, s. 230).

1.4 Oppgavens videre oppbygging

I teoribakgrunn vil vi forklare sykdommen og risikofaktorer for utviklingen av det, presentere sykepleieteoretiker og forklare sentrale begrep brukt i oppgaven. Vi skal også fortelle noe om sykepleiers rolle og helsefremmende funksjon.

I metodekapittelet beskriver vi fremgangsmåte for litteratursøk, presenterer tabeller og søkeord samt analyse av forskningen vi har oppdrevet.

I resultatkapittelet går vi i dybden på hver enkelt forskningsartikkel og forklarer hensikt, resultat og funn.

Diskusjonskapittelet vil bestå av funn fra forskningen, hva teorien forteller oss og hva våre egne tanker rundt funn og teori samt egne erfaringer fra praksis. Denne delen avsluttes med en konklusjon, der vi besvarer problemstilling og hensikt kortfattet.

2 Teoribakgrunn

I teoridelen tar vi for oss de uttrykk og fenomener som er relevant for oppgavens problemstilling. Først vil vi ta for oss hjertesykdom og risikofaktorer for utviklingen av hjertesykdom. Deretter skal vi fortelle om sykepleierens helsefremmende funksjon samt presentere hvilken teoretiker vi har valgt for oppgaven. Vi skal forklare noe rundt den didaktiske relasjonsmodell, samt motivasjon, empowerment og mestring.

2.1 Hjertesykdom

Hjertesykdom er forandringer i hjerte-kar-systemet som kan være medfødte eller ervervede. Risiko for hjerte-karsykdom øker med alderen, og øker kraftig etter 40-års alderen (Stubberud; Grønseth; Almås, Klinisk sykepleie 1, 2016, s. 230). Vi kan skille mellom akutt, kronisk og kritisk hjertesykdom. Akutt, på latinsk *acutus*, betyr at noe skjer brått eller plutselig. Eksempler på akutt hjertesykdom kan være hjertestans, endokarditt, myokarditt og hjerteinfarkt, og pasienter som opplever dette vil trenge behandling på sykehus (Stubberud, 2016, s. 23). Kronisk hjertesykdom er derimot sykdom som er langvarig, og skillet mellom akutt og kronisk er ved omkring tre måneder. Eksempler på kronisk hjertesykdom kan være kronisk hjertesvikt, atrieflimmer og arytmier. Kritisk hjertesykdom stammer gjerne fra akutte tilstander slik som hjerteinfarkt, og kan føre til skade på myokard og i verstefall hjertestans. Kritisk hjertesykdom kan også oppstå ved forverring av kroniske tilstander slik som hjertesvikt (Stubberud, 2016, s. 24).

2.1.1 Risikofaktorer

Risikofaktoren for utviklingen av hjerte-karsykdommer øker etter 40-års alderen, og gjelder hovedsakelig like mye for menn som for kvinner. To av de viktigste årsakene til utviklingen av hjertesykdom er aterosklerose og hypertensjon. Fysisk inaktivitet, overvekt, kost med høyt saltinnhold og overforbruk av alkohol er noen av forsårsakende faktorene for hypertensjon. Derimot er røyking og forhøyet LDL-kolesterolnivå i blodet årsaker til utviklingen av aterosklerose (Stubberud, Sykepleie til pasienter med hjertesykdom, 2016, s. 41).

2.2 Joyce Travelbee

«Enhver sykdom eller skade er en trussel mot en selv, og måten den syke personen oppfatter sin sykdom på, er viktigere enn noen helsearbeiders kategoriseringssystem. En helsearbeider kan ikke vite hvordan individet opplever sin sykdom, før helsearbeideren drøfter dette med individet og får fra ham de meningene han knytter til sin tilstand» (Joyce Travelbee, 1971, sitert i Kirkevold 2014, s.115)

Travelbee sin teori om mellommenneskelige aspekter er relevant for vår oppgave, da sykepleier står i en sentral helsefremmende rolle. Den siste setningen i sitatet, beskriver sykepleier sin posisjon til å kunne innvirke helsefremmende på en syk person.

Travelbee (1971, referert i Kirkevold 2014, s.116) knytter sin sykepleieteori opp mot at livet gir betydning når man opplever seg nødvendig for noe eller noen. Mennesket trenger ofte hjelp til å finne mening i tilværelsens ulike livserfaringer. Sykepleieteorien legger vekt på at hensikten med sykepleie er å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Dette forholdet kan bare fungere mellom konkrete mennesker, ikke det Travelbee (1971, referert i Kirkevold 2014, s.115) forklarer som generelle og abstrakte roller (som pasient og sykepleier). Dette forholdet forutsetter at individet reagerer på den andres «menneskelighet».

Sykepleiens overordnede hensikt er ifølge Travelbee (1971, referert i Kirkevold 2014, s.121) å hjelpe den syke til å mestre eller bære sykdom og lidelse, og å finne mening i disse erfaringene.

2.3 Sykepleier som underviser og veileder

I veiledende arbeid har sykepleier en blandet rolle som består av flere aspekter. Sykepleieren er den som skal hjelpe pasienten med å avklare mål og sikre motivasjon, samtidig skal den kunne gi informasjon og råd når pasienten behøver det. Sykepleieren skal være den profesjonelle samtalepartneren som har kunnskap om personorientert kommunikasjon, samtidig som den skal stimulere og bestyrke pasientens mål, håp og drømmer. Sykepleieren står sentralt i empowermentprosessen som skal hjelpe pasienten til å realisere sitt helseprosjekt. (Eide & Eide, 2016, s. 258)

Vi velger å trekke inn den didaktiske relasjonsmodellen da modellen bygger et grunnlag for veiledning og oppfølging, som står sentralt i problemstillingen. Den er utviklet av Bjørndal og Lieberg i 1978. Vi bruker sekundærlitteratur fra Ekland og Heggen (2007) som grunnlag for denne teoribakgrunnen, da de har spisset teorien inn mot helsefag.

Den didaktiske relasjonsmodellen kan være et redskap for å utvikle faglig skjønn i pedagogisk arbeid. Modellen bygger på seks avhengige elementer som må være til grunne for å kunne planlegge undervisning, oppfølging eller veiledning. Disse elementene er *innhold, læringsmåter, mål, vurdering, rammer og pasient/pårørende sine forutsetninger* (Ekland & Heggen, 2007, s. 188).

2.4 Sykepleierens helsefremmende funksjon.

Kristoffersen definerer helsefremming som «*den prosessen som setter den enkelte så vel som fellesskapet i stand til økt kontroll over forhold som virker inn på helsa, og derigjennom bedre sin egen helse*» (Kristoffersen, 2016, s. 354). I arbeidet rundt helsefremming i sykepleie skal man forsøke å påvirke de faktorene og forhold som er forment styrkende på pasientens ressurser for mestring. I arbeidet står den sykepleiepedagogiske kompetansen sentralt. (Kristoffersen, 2016, s. 254).

Christiansen (*Helseveiledning*, 2020, s. 194) forteller om motivasjonsfaktorer for endring, og forteller om motivasjon som bevegelse mot noe man forsøker å oppnå, eller bevegelse fra noe man ønsker å unngå. Et eksempel på en situasjon der dette sees relevant i forhold til vår problemstilling kan være en pasient med hjerteproblemer med bakgrunn i dårlige livsstilsvaner slik som overvekt, røyking og inaktivitet. Motivasjonen

vil være bevegelse mot bedre helse, og bevegelse fra dårlige livsstilsvaner. Motivasjonen vil være resultatet av målene pasienten har. Motivasjonen er også subjektivt betinget, og det som motiverer noen vil ikke nødvendigvis være en motiverende faktor for andre (Christiansen, 2020, s. 194).

Vi skiller mellom indre og ytre motivasjon. Indre motivasjon forklares som å oppstå inne i oss selv, og skjer ikke på forutsetning fra ytre forsterkninger. Ytre motivasjon kommer derimot fra ytre forsterkninger slik som ros og god lønn (Kristoffersen et al., 2013).

Mestring betegnes som subjektivt og gitt ut ifra den enkeltes opplevelse av hvordan den håndterer fysiske og/eller psykiske belastninger. Eide & Eide skiller mellom to forskjellige hovedområder for mestring, derav hverdagsmestring og krisemestring (Eide & Eide, 2017, s. 48).

Hverdagsmestring betegnes som den mestringen som skjer i personens daglige liv, og dens grad forutsettes av hvordan den enkelte opplever å håndtere situasjoner som oppstår i hverdagen. I boken til Eide & Eide (2017, s. 49) fortelles det at hverdagssituasjonene er subjektivt betinget og gitt ut ifra den enkeltes liv. Der hvor en person kan føle mestring over hvordan den opplever å kunne gå opp en trapp, vil en annen kunne føle mestring ved å kunne planlegge eget kosthold. Det er altså betinget ut ifra hva den enkelte anser som viktig og vesentlig i sitt liv, og varierer i stor grad fra person til person (Eide & Eide, 2017, s. 49).

Krisemestring vil derimot være knyttet til hvordan den enkelte forholder seg til akutte og store fysiske eller psykiske belastninger. Eksempler på slike situasjoner kan være livstruende sykdom, dødsfall, ulykker og det å være offer for vold. Krisemestring er derved hvordan den enkelte reagerer når den utsettes for plutselige fysiske eller psykiske påkjenninger (Eide & Eide, 2017, s. 49).

3 Metode

3.1 Litteratursøk

Forsberg og Wengström (2017, s. 26) skriver at for å kunne gjennomføre en systematisk litteraturstudie må det finnes tilstrekkelig studier av kvalitet, som kan utgjøre et grunnlag for vurderinger og konklusjoner. Videre refererer Forsberg og Wengström (2017, s. 27) til Mulrow og Oxman som definerer en systematisk litteraturstudie som at den tar utgangspunkt i en problemstilling som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning.

Systematisk litteratursøk er et omfattende søk der informasjonsinnhenting er planmessig og begrunnet (Solhaug, 2017), samt utstrakt bruk av søkeord. Det stilles krav under søkeprosessen der det er inkluderings/ekskluderings-kriterier. Det er i tillegg et bredt utvalgt av systematisk valgte termer/søkeord (Solhaug, 2017). Det skal være dokumentert og etterprøvbart, det vil si at hvis du og jeg skulle gjort samme forskning, hadde vi fått samme resultat.

Det stilles visse krav til at en oppgave skal bli bedømt som en systematisk litteraturstudie og ulike forfattere har ulike krav. Fellesnevner for de fleste kriteriene er at det skal være en tydelig problemstilling og det skal være en ImRad-struktur (Forsberg & Wengström, 2017, s. 26-29).

3.2 Søkehistorikk

Vi viser til søketabellen i vedlegg 1 viser hvordan søkene ble utført og hvor mange resultater de forskjellige søkene (S) ga.

I denne oppgaven ble det databasen Cinahl Complete benyttet. Det ble brukt følgende søkestrategi:

S1: **Heart disease** OR coronary disease OR heart disease (omtrent 330 000 treff)
AND

S2: Life-style changes OR behavioural changes OR attitude to change OR **lifestyle changes** (omtrent 30 000 treff)
AND

S3: **Nurse** OR nurses OR nursing OR nursing intervention (omtrent 940 000 treff)

Hver av søkene begynte med ett søkeord. I S1 var det heart disease. Databasen foreslo så mere utstrakte begreperer man kunne legge til I søket som omfattet flere artikler. I søkene over er begrepene med uthevet tekst opprinnelige søkeord. De andre er tilleggsbegreper foreslått av databasen.

Når vi kombinerte søkeordene med AND, ble det totalt 294 treff.

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å finne de meste relevante artiklene for vår problemstilling ble søket begrenset. Dette gjøres ved bruk av inklusjons- og eksklusjonskriteriet. Kriteriene brukes for å hjelpe forfatteren til å bestemme seg for hvilke kriterier som inkluderes eller ekskluderes når man velger ut hvilke artikler som skal benyttes i studien (Forsberg & Wengström, 2017, s. 174).

Inklusjonskriterier:

- Sykepleieperspektiv
- Fag-felle-vurdering
- Etter året 2010
- Research article
- Engelsk tekst
- Alle arenaer der sykepleie blir utøvd

Eksklusjonskriterier:

- Spesialsykepleier-perspektiv
- Barn med hjertefeil
- Primærforebygging

Vi begynte arbeidet med oppgaven sent året 2020 dermed var daværende kriteriet «etter året 2010», derfor er det inkludert en artikkel fra 2010 som vi så relevansen i.

Artikkelen til Furuya et al. (2013) går under kategorien manuell søk, som Forsberg og Wengström (2017) beskriver det med å studere referanseliste til en artikkel som berører tema. Artikkelen til Furuya et al. (2013) er funnet i kildene til Saffi et al. (2014).

Vi har valgt å ikke begrense oppgaven til kun sykehus, men også kommunale tjenester og hjemmebasert pleie – da mesteparten av behandlingen og observasjonene til denne pasientgruppen stort sett vil foregå på hjemmebane.

Etter disse kriteriene ga søket 54 treff.

3.4 Kvalitetsvurdering

Etter søkeprosessen var vårt neste steg å kvalitetsvurdere de utvalgte artiklene. Forsberg og Wengström (2017, s. 104) sier at verdien av en systematisk litteraturstudie er avhengig av hvor godt man identifiserer og vurderer relevante studier. Studiene vi valgte å inkludere har tydelige problemformuleringer og hensikter. De er av nyere dato for å sikre at forskningen er aktuell. Alle forskningsartiklene i oppgaven har IMRaD-struktur. Dette er ifølge Dalland (2013, s. 79-80) den vanligste måten å strukturere forskningsartikler på.

Forskningsartiklene som ble valgt fanget først interesse ved overskrift. I tilfelle der abstraktene var tilfredstillende i henhold til problemstillingen/tema ble forskningen lest igjennom og vurdert om den var passende for oppgaven.

Sjekklistene utgitt av Helsebiblioteket (2016) er brukt etter de representative forskningspublikasjonene. I vedlegg 2 ligger litteraturmatrisene for hver artikkel. Her ligger referansene, studiens hensikt/mål, nøkkelord, metoden som har blitt brukt i artikkelen, resultat og dens relevans for vår oppgave.

3.5 Etisk vurdering

En del av arbeidet med å gjøre en systematisk litteraturstudie er å ta etiske vurderinger (Forsberg & Wengström, 2015, s. 59). Disse vurderingene har som mål å ivareta deltakende parters personvern. Forskningsetikken har også som formål å sikre kvalitetsmessige og troverdige forskningsresultater.

Vurderingen gikk ut på etisk tilfredshet, det vil si at forskerne ikke hadde interessekonflikt og at de fikk skriftlig godkjenning av deltakerne til studien. Artiklene vi har inkludert erklærer at de er godkjent av etisk komite i sitt respektive land.

Pasientene som har deltatt på studiene er også ute av livstruende fase, som utelukker forskning på sårbare grupper (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014).

Etter søkemetoden beskrevet valgte vi å inkludere åtte artikler i vår systematiske litteraturstudie og vi skal presentere forskningen etter innholdsanalysemodellen.

3.6 Analyse

Beskrive, analysere og tolke sees på som den store utfordringen i kvalitativ forskning. Utfordringen innebærer å gjøre store mengder data forståelig, minske volumet av informasjon og identifisere et mønster. Analyse er rammeverket for å kunne presentere kjernen i resultatet (Forsberg & Wengström, 2017, s. 137).

Vi har valgt å anvende Forsberg & Wengström (2015, s. 153) sin innholdsanalyse for forskningen vi har funnet. Innholdsanalysen baserer seg på fem steg, som blir beskrevet underveis. Steg 1 vil være å lese og gjøre seg kjent med artiklene.

3.6.1 Steg 2: Koder i artiklene

Steg 2 innebærer å sette koder på nøkkelelementer i hver artikkel.

Vi skal nå kort presentere hver artikkel med sine nøkkelelementer og gi artiklene koder for tema.

Artikkelen til Dolezel & Jarosava (2019) omhandler graden og metoden av oppfølging, kunnskapen til pasientene og overholdelse av livsstil.

Sentrale elementer i artikkelen til Chew et al. (2019) er pasientens egen indre motivasjon og faktorer som påvirker egenomsorgen.

Bayrak & Tosun (2018) kom frem til mange beskrivende tall som forteller oss hvordan den hjertesykes egenoppfatning av helsetilstand samt kunnskapsnivået ligger blant de ulike utdanningsnivåene.

Koder fra litteraturen til Mok et al. (2013) er hvordan pasient forholder seg til livsstilsendring i løpet av en kort periode, samt metoder og hjelpemidler til oppfølging.

Elementer vi tar med oss videre fra studien til Saffi et al. (2014) er kunnskapen til pasientene, grad og metoden av oppfølging, reduksjon i risikofaktorer og hvilken grad health literacy spiller en rolle.

Kodene i artikkelen til Furuya et al. (2013) beskriver og diskuterer tallene på hvor stor grad og metode av oppfølging en pasient bør ha før en ser resultat ved bruk av telefonoppfølging.

Elementer som er sentrale i forskningen til Irmak & Fesci (2010) er kartleggingen av den hjertesyke pasienten som biologiske og sosiokulturelle forhold, samt metoden og grad av oppfølging.

Sentralt fra artikkelen til Gonzales et al. (2014) er metode og grad av oppfølging, og utgangspunkt for egenomsorg ut ifra utdanningsnivå

3.6.2 Steg 3: Nøkkelelementene kategorisert

Steg 3 i Forberg & Wengstrøm (2017) sin innholdsanalyse skal enkeltdelene som artiklene er brutt ned til i forrige steg, bygges opp til kategorier. Ved å se igjennom enkeltdelene i forskningen representert i denne litteraturstudien, ser man et mønster i flere av dem som gjør at vi kan slå sammen disse til to hovedkategorier og flere underkategorier som vi presenterer i tabellen under.

Hovedkategorier	Underkategorier
Pasientens utgangspunkt for livsstilsendring Artikkel: 1, 2, 3, 4, 7, 8	<ul style="list-style-type: none"> • Pasientenes kunnskap • Egenoppfatning av helsetilstand • Betydning av health literacy • Pasientenes livsstil • Pasientens indre motivasjon og barrierer for livsstilendring
Sykepleierens helsefremmende funksjon Artikkel: 1, 3, 4, 5, 6, 7	<ul style="list-style-type: none"> • Metode for oppfølging • Grad av oppfølging • Kartlegging av pasient • Suppleringsverktøy

3.6.3 Steg 4: Tema

I Forsberg & Wengstrøm (2017) sin innholdsanalyse-modell er steg 4 å danne temaer rundt innholdet i artiklene. Som vist i tabellen over, vil tema videre for oppgaven være sykepleierens helsefremmende funksjon og pasienten sitt utgangspunkt for livsstilsendring. Hvert av disse temaene vil ha underkategorier som bygger opp under temaet.

Steg 5 innebærer å tolke og diskutere resultat som kommer i kapittel 4.

4 Resultat

4.1 Pasientens forståelse av helseinformasjon og utgangspunkt for livsstilsendring

Pasientens forståelse av helseinformasjon er individuell og krever individualisert oppfølging for best mulig utfall.

Studien til Bayrak & Tosun (2018) og Gonzalez et al. (2014) viser i sin forskning biologiske og miljømessige faktorer som kan identifisere de hjertesyke pasientene. Gonzalez et al. (2014) kunne i tillegg legge frem hvordan en hjertesyk pasient er mottakelig for informasjon, opplysning og læring basert på utdanningsnivå og utgangspunkt for egenomsorg, slik at sykepleier kan møte pasienten der hen er.

Bayrak & Tosun (2018) hadde søkelys på kunnskapen til hjertesyke pasienter etter alder, kjønn, jobb, familie, sosiodemografiske faktorer og en egenvurdering av risiko for hjerteinfarkt. Pasientene besvarte spørreskjema som kartla alder, kjønn, jobb, familie, sosiodemografiske faktorer og en skala fra 0-100% der de skulle krysse av på så mange prosent de mente de hadde risiko for hjerteinfarkt/slag. De skulle også estimere hvorvidt deres livstil var forebyggende mot hjertesykdom. Studien kom frem til en spesiell gruppe som hadde lite kunnskap om hjerteinfarkt. Det var pasientene som bodde på landet, mellom 18-30 år, analfabeter, lavt utdanningsnivå, husmødre og selvstendig næringsdrivende. I denne samme gruppen viste tall at 80% var medisinerende mot hypertensjon, 70% trente ikke og 80% hadde ikke hatt slag i familien.

I samme gruppe, der 33% hadde diabetes, svarte 40% at de ikke visste om høyt blodsukker hadde innvirkning på hjertesykdom. Omkring 1/3 visste heller ikke at høyt kolesterol og økt størrelse på abdomen var en risikofaktor (Bayrak, D., & Tosun, N., 2018).

Gonzalez et al. (2014) spisset forskningen sin ned til forholdet mellom utdanningsnivå og utgangspunkt for egenomsorg samt endring av dette etter sykepleieoppfølging. Det ble gjennomført møter hvor det ble tatt opp temaer som egenomsorg, kunnskapen om hjertesykdom og symptomer, overholdelse av diett, etterlevelse av medisiner og jevnlig fysisk aktivitet. Før oppfølgingen skåret de med «veldig lavt» og «lavt» utdanningsnivå, tilsvarende ungdomsskole og videregående nivå, signifikant lavere på egenomsorgsevne. Resultatene fra forskningen kommer frem til at nivå for egenomsorg stiger like mye for gruppen med lavere nivå av utdanning som personer med høyt utdanningsnivå, gitt at oppfølgingen er individualisert og tilrettelagt for hver enkelt.

Studien til Chew et al. (2019) beskriver «Temporal Self-regulation Theory (TST)». Teorien har som hensikt for å utforske hjertesyke pasienter sin motivasjon, utfordringer og tilpassede selv-regulerende strategier for å øke egenomsorgen. Videre bygger TST-teorien på viljestyrke, utgangspunkt for endring og egenregulert kapasitet for å forklare individuell helseatferd. Forskningen til Chew et al. (2019) viser at hjertesyke er bekymret for at de skal være en byrde for familien og sorgen som blir etter deres død. Dette er en faktor som motiverer til atferdsendring. Videre viste studien også at det å stimulere til refleksjon, støtte med å gi slipp på fortiden samt suksesshistorier fra tidligere pasienter. Demotiverende faktorer var betrakningen av

en nær død, vanskeligheter med å gjennomføre fysisk aktivitet og gode kostholdsvaner, hvorav sistnevnte var grunnet sosio-kulturelle vaner. Faktorer på å overkomme disse barrierene var å implementere fysisk aktivitet i hverdagen, selvovervåking av helse og matplanlegging.

4.2 Metode og grad av oppfølging

Kontinuerlig oppfølging er viktig når det gjelder sekundærbehandling av hjertesyrke for å minimere risikofaktorer.

Dette viser artiklene til Dolozel & Jarosava (2019), Mok et al. (2013), Furuya et al. (2013), Irmak & Fesci (2010) og Gonzalez et al. (2014). Artiklene innebærer informasjonsgivning, opplysning og oppfølging av pasientene, men artiklene varierer i fokusområde, arena, oppfølgingsintervall og varighet.

Furuya et al. (2013), Saffi et al. (2014) og Mok et al. (2013) anvender telefonoppfølging som en tilleggsintervensjon for å følge opp pasientene mellom de satte seansene. Oppfølgingene varierte fra 8 uker til ett år. Det var stor variasjon i varighet på seansene, spriket var fra 15 minutter i en telefonsamtale til 1 time i et ansikt-til-ansikt-møter. Jo kortere seanse var jo oftere var de, og flere tilleggsverktøy ble brukt for å støtte opp rundt.

Mok et al. (2013) sin studie konkluderte med at sykepleiere er i en unik posisjon til å kunne fremme hjerte-sunne kostholds mønstre, dette ut ifra en studie en periode på 8 uker. På denne korte perioden sank inntaket av salt og mettet fett signifikant, samt signifikant økning av umettet fett, fiber og fullkorn. Videre skriver forfatterne at sykepleier må støtte pasienten for å kunne opprettholde disse positive livsstilsendringene, i form av rutiner, vaner og ferdigheter som vil gi langsiktige endringer.

Studien til Irmak & Fesci (2010) viser også til signifikant bedring av risikofaktorer hos hjertesyrke ved oppfølging fra sykepleier. Pasienter fikk hjemmebesøk på 30-40 minutter av sykepleier 4 ganger på 14 uker. Studien viste drastisk nedgang i pasienter som røykte, fra 61% til 14%. Endring i matvaner ble endret da 80% begynte å vektlegge hva de spiste etter 14 uker, kontra 5,6% før studien. Fysisk aktivitet i form av 30 minutters gange daglig økte fra 14% til 86%. Andre risikofaktorer som systolisk og diastolisk blodtrykk, KMI og LD-kolesterol sank også. Forskerne er usikre på om 14 uker er nok til å endre atferden til hjertesyrke, men ser resultatene av dette.

En studie gjort av Dolezel & Jarosova (2019) konkluderte med at opplæring og oppfølging av pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt er effektivt på kunnskap om sykdommen, blodtrykkskontroll, bedre KMI, stabilt kolesterolnivå, røykeavvenning, adekvat fysisk aktivitet og bedret kosthold. Studien hadde hensikt om å kartlegge effekten av opplæring av risikofaktorer. Opplæringen foregikk på sykehus av en sykepleier og seansene omhandlet temaer som hjertesyrkdommen, symptomer, medikasjon og livsstilsendring. De fikk anbefalinger om diett, fysisk aktivitet, røykeavvenning og blodtrykkskontroll. Seansene til intervensjonsgruppen varte fra 30-60 minutter og hadde et intervall på 3 dager, en, seks og 12 måneder etter opphold.

Metaanalysen til Furuya et al. (2013) identifiserer studier der telefonoppfølging ble brukt for pasienter som har hatt hjerteinfarkt og syntetisere resultatene. Fire av studiene hadde fokus på erfaringer fra tidligere opererte pasienter der temaer som smertelindring, trening og rehabiliteringsprogram var sentralt. Forskningsperioden hadde et spenn fra 6 uker til 8 måneder, der 4 av artiklene spesifiserte antall anrop mellom 1-12. Varigheten på samtalene var på 15-60 minutter. Furuya et al. (2013) viser til i sin metaanalyse at telefonoppfølging er et effektivt tilbud av informasjon og forbedret utfallet på faktorene som er røyking, fysisk aktivitet og diett. Forfatterne av analysen belyser viktigheten av individualisert oppfølging, men grunnet lite likhet og spesifikk informasjon er det vanskelig å konkludere med nøkkelementer som varighet, grad og intervall i bruk av telefonoppfølging.

4.3 Sykepleiers helsefremmende funksjon

Sykepleier kan bidra til livsstilsendring ved å gi nødvendig opplæring om de ulike konsekvenser av livsstilsvalg og risikofaktorene som disse medfører.

I artikkelen representert av Dolezel & Jarosova (2019) fikk pasientene opplæring med fokus på hjertesykdom, symptomer, medikasjon og livsstilsendring. Pasientene fikk anbefalt diett, fysisk aktivitet, røykeavvenning og fikk blodtrykkskontroll. Kunnskapene ble testet før hver seanse. Faktorer som ble evaluert etter ett år i studien til Dolezel & Jarosova (2019) var overholdelse av livsstil som inkluderer matvaner, fysisk aktivitet, etterlevelse av medikasjon. Risikofaktorer som røyking, kolesterolnivå, blodtrykk og KMI ble også evaluert. I tillegg ble kunnskapen om hjerteinfarkt samt reinnleggelse lagt vekt på. Studien resulterte i at pasientene som fikk oppfølging trengte flere reinnleggelse på et år, men de hadde også mer kunnskap om hjertesykdom og symptomer. Etterlevelsen av medikamenter og blodtrykket var signifikant bedret hos oppfølgingsgruppen. Den samme gruppen hadde færre røykere etter ett år, den fysiske aktiviteten hadde økt og de hadde et sunnere kosthold.

Irmak & Fesci (2010) hadde en hensikt om å utforske effekten av sykepleiestyrte sekundære forebyggingsprogram med søkelys på risikofaktorer og livsstil til pasientene. Det ble kartlagt livsstil, etterlevelse av medisiner og ernæring. Hovedfokus var på røykevaner, fysisk aktivitet, medikamentell terapi og ernæring. Ernæring ble igjen kartlagt med matmengde, vurdering av næringsstoffer, matgruppemengde og frekvens. Resultatene viste bedring i fysisk aktivitet, røykevaner, likegyldighet i ernæring og blodtrykk. Pasientene hadde stor nedgang i inntak av smør, rødt kjøtt, kaker/søtsaker, samtidig som at inntaket av frukt og grønnsaker økte.

Mok et al. (2013) utforsket effektiviteten av sykepleieledet diett-oppfølging på pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt. Hovedmålet var å se endring i matvaner, sekundærmål var å se endring i lipidnivå. Diett-oppfølging baserte seg på et 8 ukers program der pasientene fikk både ansikt-til-ansikt samt telefonoppfølging hver 2. uke. Det ble også brukt arbeidsbok som pasientene skulle bruke underveis. Resultatene viste positiv endring i inntak av salt, mettet og umettet fett, fiber og fullkorn. Forfatterne konkluderer med at det ikke holder med å presentere fakta, men å kunne implementere kunnskapen til pasientene i det daglige. Forfatterne legger også vekt på sykepleierens rolle som å støtte opp pasientene til å opprettholde gode vaner, rutiner og ferdigheter med tanke på langsiktige endringer.

Forskningen representert av Saffi et al. (2014) evaluerte effekten av en systematisk sykepleieledet individuell livsstilsrådgivning i reduksjon av 10-års risikofaktorer for pasienter med koronararteriesykdom. Fokuset på langtids risikofaktorer ble evaluert med utgangspunkt i verktøyet Framingham Risk Score som estimerer 10-års koronararterie risiko og dødelighet ved modifiserbare (blodtrykk, lipidprofil og røykevaner) og ikke-modifiserbare faktorer (alder og kjønn). Oppfølgingsgruppen fikk i tillegg til møtene, telefonoppfølging hver måned der det ble satt mål og evaluering av tidligere mål. Informasjon og opplysning om medikament, risikofaktorer, fysisk aktivitet, røykeslutt, diett, vektkontroll, blodtrykk, blodsukker og lipidnivå i blod ble gitt. Studien til Saffi et al. (2014) viste signifikant bedring på langtidsrisiko for koronararteriesykdom. Resultatene viste bedring hos oppfølgingsgruppen, der den 10-års kardiovaskulære risikoen sank med 1,7% kontra kontrollgruppen som økte med 1,2%. 26% i intervensjonsgruppen gikk også ned i risikogruppe som risikomodellen fordeler inn i, kontra 6% i kontrollgruppen.

5 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Vi har forklart bruk av forskningsdatabase i metodekapittelet, og ønsker å være selvkritiske på området. Vi ser viktigheten av å bruke flere databaser til forskningssøk og har i ettertid funnet flere av de aktuelle forskningsartiklene i PubMed. Vi ser derimot at disse forskningsartiklene ikke får funn ved bruk av samme søkeord, og vi ser også at dette kan utsette kvalitetssikringen i bacheloroppgaven for kritikk. Vårt grunnlag for at vi kun har brukt CINAHL er derimot at vi fant mange aktuelle artikler opp mot problemstillingen i CINAHL samtidig som at de vi fant var svært relevante. Vi ønsker også å gi selvkritikk på at ikke sjekklister fra helsebiblioteket er vedlagt i oppgaven, selv om disse ble brukt aktivt.

Ettersom temaet ble bestemt, resonnerte vi oss frem til en problemstilling vi interesserte oss for. En tentativ problemstilling ble satt, som viste seg å være for åpen. Problemstillingen ble forsøkt presisert ytterligere ned til hjertesyke som allerede har påvist hjertesykdom.

Vi har jobbet systematisk og reflektert gjennom hele prosessen, og er fornøyde med oppgavens innhold og utforming. Vi har etter veiledning vært nødt til å gjøre endringer i underkapittelet om analyse i metodekapittelet, samt presisere ytterligere i resultatkapittelet. Utfallet av dette var en ryddigere diskusjon og i vår mening en bedre bacheloroppgave.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Kartlegging

Et funn av Bayrak & Tosun (2018) beskriver at personer som bor på landet, er mellom 18-30 år, analfabeter, lavt utdanningsnivå, husmødre og selvstendig næringsdrivende har generelt lite kunnskap om hjerteinfarkt. Dette ligger også i bunn til Stubberud (2016, s.43) sin teori, der det forklares at sosial isolasjon og ensomhet er disponert for dårligere helse. Stubberud (2016) forteller også om sammenhengen mellom lavt utdanningsnivå og økt risiko for hjertesykdom, og knytter dette opp mot livsstilsutfordringer slik som nikotinbruk, høyt LDL-kolesterol og diabetes mellitus type 2.

På lik linje som høyt LDL-kolesterolnivå, hypertensjon og nikotinbruk kan man se at familiær historie spiller en stor rolle for utviklingen av hjertesykdom. Stubberud forteller at risikoen for utviklingen av hjertesykdom er større ved førstegradsslektninger og igjen øker med antall familiemedlemmer med hjertesykdom. Samtidig vet vi at kjent diabetes mellitus type 1 og type 2 kan gi senskader som koronar hjertesykdom, og har dobbelt så høy risiko som samme risikogruppe uten diabetes mellitus. Ved diabetes mellitus er risikoen for kvinner høyere enn for menn å utvikle koronar hjertesykdom (Stubberud, 2016, s. 43).

Fysisk inaktivitet er også en viktig risikofaktor, da konsekvenser av dette kan være utviklingen av hypertensjon, høyt kolesterolnivå, aterosklerose og diabetes mellitus type 2 som igjen er viktige årsaker til utviklingen av hjertesykdom. Samtidig forteller

Stubberud om hvordan psykiske og sosiale faktorer utgjør risiko for utviklingen av hjertesykdom. Psykososiale belastninger, psykisk stress og depresjon er tilknyttet økt risiko, og gjelder særlig for menn. Samtidig forteller han at sosial isolasjon og ensomhet er disponerer for dårligere helse og tidligere død (Stubberud, 2016, s. 43).

Etter erfaringer vi har gjort oss i kliniske praksisstudier vet vi at kartlegging av pasienten er noe av det første som skjer på både i hjemmebasert omsorg og på sykehus. Den vanlige sykepleiekartleggingen som for eksempel foregår ved et sykehus omfatter flere av de punktene forskningen til Bayrak & Tosun (2018) anser som risikofaktorer. Blant annet kan vi trekke inn punkter som familiær sykehistorie, bruk av rusmidler, aktivitetsnivå, kostholdsvaner og utdanning/arbeid. Vi mener at kartleggingen er viktig for å kunne legge grunnlaget for å hjelpe pasienten med sitt helseprosjekt, samt at vi kan se hva som er viktig for pasienten. Samtidig er sykepleiekartleggingen et viktig verktøy for observasjon og individualisert sekundærbehandling.

5.2.2 Pasientens forståelse av helseinformasjon og utgangspunkt for livsstilsendring

Et funn gjort i studiet til Gonzalez et al. (2014) viser til at utgangspunktet for kunnskapen om egen helse er ulik på tvers av pasientens grad av utdanning. Bayrak & Tosun (2018) kom frem til liknende resultat i sin studie hvor de konkluderte med at en spesiell gruppe hadde som hadde mindre kunnskap rundt hjerteinfarkt. Dette var pasientene som bodde på landet, var mellom 18-30 år, var analfabeter, hadde lavt utdanningsnivå, var husmødre og var selvstendig næringsdrivende.

Funnene viser til begrepet health literacy. Den australske forskeren innen folkehelse Don Nutbeam (referert i Gammersvik & Larsen, 2018, s. 91) skisserer tre typer health literacy. Funksjonell health literacy, som er pasientens evne til å innhente, forstå og anvende informasjon om helse, samt kunnskap og atferd som gir helserisiko. Under denne typen health literacy foreligger også evnen til å lese og skrive (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 91). Interaktiv health literacy handler om pasientens evne til å forstå relevant helseinformasjon og hvordan informasjonen blir forstått i møte med nye situasjoner. Denne typen health literacy forutsettes av pasientens evne til å kommunisere og samhandle, og i hvilken grad pasienten evner å delta i møte med den profesjonelle helsearbeideren, samt handle ut ifra forstått informasjon (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 92).

Den didaktiske relasjonsmodellen beskriver pasientens egen forutsetning som en viktig faktor for informasjonsgiving og oppfølging. Pasientrettighetsloven § 3-5 (Lovdata.no, hentet 25.04.2021) støtter også opp under denne modellen som tilsier at helsepersonell skal ta hensyn til mottakeren av informasjonen sine forutsetninger. Dette vil være relevant under oppfølgingen av hjertesyke da pasienter kan få informasjon som enten ikke er tilpasset, eller at den gis når informasjonen ikke tilstrekkelig kan oppfattes.

Funnene og teorien presentert ovenfor viser oss at pasienten har ulikt utgangspunkt for livsstilsendring og at deres forståelse av helseinformasjon kan variere. Sykepleier må ta dette i betraktning i møtet med den enkelte pasient, og møte pasienten der den er. Vi vet også fra egen erfaring at pasienter oppfatter helseinformasjon på forskjellig måte. Dette

kan eksempelvis være under en legevisitt, hvor vi har erfart at mengden informasjon gitt, kontra mengden informasjon forstått – er ulik hos de forskjellige pasientene. I tillegg blir begreper og uttrykk ofte forklart på latin eller i en hast, noe som gjør at pasienten spør sykepleier i etterkant hva som blir sagt. Vi mener derfor at informasjonen ikke bare skal tilpasses ut ifra pasientens health literacy, men også gjentas til man er sikker på at pasienten har forstått informasjonen. Ett tiltak kan være å få pasienten til å gjengi informasjonen som har blitt gitt.

Chew et al. (2019) viser til funn som beskriver motiverende og demotiverende faktorer for livsstilsendring. Motiverende faktorer var refleksjon over egen fortid, bekymring for å være en belastning for familie og suksesshistorier fra pasienter med likt sykdomsbilde. Demotiverende faktorer var nærtstående død og sosiokulturelle vaner som gjorde det vanskelig å implementere fysisk aktivitet og godt kosthold i hverdagen.

Når Christiansen (2020, s. 194) forteller om motiverende faktorer for endring, forklares motivasjon som bevegelsen mot noe en ønsker å oppnå eller fra noe man ønsker å unngå. Det skilles mellom indre og ytre motivasjon, hvor indre motivasjon er noe som skjer uten forsterkning fra det ytre. Ytre motivasjon kan derimot være økning i lønn og liknende.

Travelbee (1971, referert i Kirkevold 2014, s.116) sin teori om sykepleiers mellommenneskelige aspekt bygger på at livet gir mening når man opplever seg nødvendig for noe eller noen. Mennesket trenger ofte hjelp til å finne meningen med tilværelsen og det er her sykepleier spiller en stor nøkkelrolle. Ved å etablere et menneske-til-menneske-forhold til den hjertesyke, kan gjøre det lettere for pasienten å åpne seg for sykepleier. Sykepleier vil da få denne informasjonen som i dette eksempelet er pasientens omtanke for deres pårørende og familie. Aspektet med at en helsearbeider må vite hvordan pasienten opplever sin sykdom og sin tilstand er viktig i teorien. Likevel blir det vanskelig for oss å knytte opp teorien til Travelbee til hver faktor av denne forskningen. Noen av pasientene nevnte det sosio-kulturelle som en barriere for endring av kosthold og fysisk aktivitet. Her vil ikke Travelbee sin teori være svært relevant da hennes teori er svært individorientert. Teorien tar ikke tilstrekkelig hensyn til at mennesket eksisterer i en sosial og kulturell sammenheng som på en vesentlig måte innvirker på individet (Kirkevold, 2014, s. 125). Å veie opp størst innvirkning på en pasient, om motiverende faktorer som pårørendes fremtid, betraktning av pasientens egen fortid eller demotiverende faktorer som det sosio-kulturelle, vil være vanskelig. Det viktige å ta med seg for en sykepleier er at en under oppfølging hjelper den syke med å mestre sin sykdom, samt støtte til livsstilsendring om pasienten selv er villig til dette.

De motiverende faktorene som forklares i forskningen til Chew et al. (2019) som indre motiverende faktorer, og det er disse vi må hjelpe pasienten med å finne frem til. Vi har erfart at de motiverende faktorene for pasienter er svært subjektive, og en må derfor hjelpe pasienten med å finne de tingene som gir hen motivasjon til atferdsendring. Sykepleier må derfor være der som en støttespiller og hjelpe pasienten til å finne den indre motivasjon.

5.2.3 Sykepleierens helsefremmende funksjon

Funnet gjort i forskningen gjort av Irmak & Fesci (2010) viser at sykepleiestyrte sekundære forebyggingsprogram gir betraktelig positivt endring i pasientens ernæring, røykvaner, fysisk aktivitet og blodtrykk.

For at forebyggingsprogrammene skal ha en effekt, velger vi å se til den didaktiske relasjonsmodellen. Undervisningsmodellen beskriver flere faktorer som må ligge til rette for at oppfølgingen skal ha et godt resultat. «*Innhold*» bygger på pasientens rett til å få informasjon om sykdom, behandling, diagnoser og psykososiale følger av sykdommen. «*Læringsmåter*» har en stor rolle i modellen som spiller ut på hvordan sykepleier skal gjennomføre innholdet i praksis. «*Rammefaktorer*» definerer hvilke rammer, begrensninger eller muligheter sykepleier har for å kunne utøve informasjon. Oppfølging og veiledning. Det er viktig å «*evaluere*» målene slik at man kan se på om målene som var satt ble nådd, om undervisningen fungerte optimalt samt å etterspørre tilbakemeldinger fra pasient/pårørende (Ekeland & Heggen, 2007, s. 188).

Vi kan vise til forrige kapittel hvor vi nevnte health literacy og pasientens forståelse av informasjon, og kan med det si at ett tiltak som burde sikres innledningsvis vil være å tilpasse informasjonen gitt til den enkelte pasient. Tiltak sykepleier kan gjøre som omhandler rammefaktorer og vil være praktiske momenter slik som sted for oppfølgingen, lengde på møtene samt frekvensen av disse. Denne relativt enkle faktoren som å ha et sted å være mener vi kan være med på å påvirke utfallet. Hvis det skulle skje at noen pasienter møter på oppfølgingstime men sykepleier ikke har anskaffet et sted å være, vil vi tro at dette er med på å svekke sykepleiers troverdighet. Et annet syn på det, er om sykepleier har skaffet rom i øverste etasje og heisen er ute av drift. Dette ville vært uheldig for alle parter. Det samme gjelder metoder for læringsmåter. Sykepleier er nødt til å tilrettelegge læringsmåtene slik at det spiller tilbake på pasientenes kunnskap. Om vi setter det på spissen hadde det ikke holdt med at en sykepleier ga en forskningsartikkel som deltakerene skulle lese på, men heller bidra til diskusjon rundt forskningen. Vi mener teorien støtter opp forskningen og styrker sykepleiers bruk av undervisning i møtet med pasienten.

Et funn i studien til Mok et al. (2013) beskriver sykepleierens unike posisjon til å fremme et sunt kosthold til hjertesyke på kun 8 uker. Funnet legger vekt på at sykepleier må støtte pasienten for å kunne opprettholde de positive endringene i form av rutiner, vaner og ferdigheter som vil gi langsiktige endringer.

En måte å kunne støtte opp pasienten sin positive endring på er ved å styrke pasientens egne ressurser. Dette kan også forklares som uttrykket empowerment. Empowerment beskrives av Gammersvik & Larsen (2018, s. 33) som «*en prosess der makt blir utviklet med det formålet å gi individer eller grupper økte ressurser, styrke deres selvbylde, og å gjenoppbygge evnen til å kunne handle på egne vegne i sin hverdag*» Empowerment betraktes som sentralt innenfor helsefremmende arbeid og fortelles å kunne være både en prosess og et utfall av det helsefremmende arbeidet (Gammersvik & Larsen, 2018, s. 32).

Vi mener at sykepleier må være den profesjonelle støtten i pasientens empowermentprosess ved å være en kilde for kunnskap, håp og støtte. Sykepleier må veilede og fremme mestringsfølelse i prosessen rundt pasientens helseprosjekt. Vi har opplevd i erfaringen vi har som helsepersonell om stigmaet rundt det å være hjertesyk. Vi har opplevd i møte med hjertesyke de fordommene som kommer fra helsepersonell, da sykdommen ofte skyldes i livstil og valg som er negativ for egen helse. Som sykepleier er man nødt til å være nøytral og kunne tenke positivt i veien fremover for pasienten man møter. Samtidig må man kunne stille med riktig informasjon, og fremstå med intensjonen om å hjelpe pasienten med det som er viktig for hen.

5.2.4 Grad & metode for oppfølging

Irmak et al. (2010) la frem et studie om at oppfølging av sykepleier fører til signifikant reduksjon i risikofaktorer ved hjemmebesøk. Det var flere tematikker som ble diskutert under oppfølgingen som ga resultat som drastisk nedgang i pasienter som røykte, flertallet begynte å vektlegge hva de spiste samtidig som den fysiske aktiviteten til pasientene økte og andre risikofaktorer som blodtrykk, KMI og LDL-kolesterol.

For å underbygge funnet til Irmak et al. (2010) viser vi til et funn gjort i studien til Dolezel & Jarosava (2019). Funnet gjort i denne studien inneholder mange likheter, men arenaen oppfølging ble utført på var poliklinisk.

Stubberud (2016, s. 425) forklarer oppfølgingen vi beskriver gjennom oppgaven som hjerterehabilitering. Det defineres som koordinerte, multifasetterte intervensjoner, der målet er å forebygge angst for fysisk aktivitet, å oppnå bedre arbeidskapasitet og yrkesmessig deltakelse, og å oppnå bedre livskvalitet og sosial tilpasning (Stubberud, 2016). Videre forklares det at programmene kan være institusjonsbasert eller hjemmebasert, der effekten oftest er lik. Den hjemmebaserte oppfølgingen kan være oppfølgingsbesøk i hjemmet eller oppfølging via telefon fra sykepleier.

Studien viser at hjemmebasert omsorg er en god arena for oppfølging. Vi er kjent med at noen poliklinikker gjennomfører hjemmebasert oppfølging, men vi ønsker å trekke inn den daglige hjemmebaserte omsorgen som en nøkkelspiller. Viser det seg at en pasient får oppfølging av hjemmebasert omsorg etter innleggelse, ser vi viktigheten av å kunne implementere oppfølging av pasientens helseprosjekt. På denne måten vil pasienten få lengre oppfølging, men det avhenger også av kompetansen til de sykepleiere som arbeider i hjemmebasert omsorg. Om ikke dette er innenfor hjemmetjenestens omsorgsbilde, viser funn gjort i metaanalysen til Furuya et al. (2013) til at telefonoppfølging fra sykepleier er et effektivt tilbud for oppfølging av hjertesyke pasienter, noe som kan utføres både av poliklinikk og hjemmebasert omsorg. I flere av artiklene som er analysert i metastudien viser det til ingen forskjell i utfall på livsstilsendringer som økt fysisk aktivitet, røyking og diett sammenlignet med polikliniske møter.

5.3 Konklusjon

I diskusjonen foreligger forskning og litteratur på de forskjellige aspekter vi har valgt å ha med under oppgavens hensikt. Vår hensikt med oppgaven er at sykepleier får økt innsikt i hva som kan bidra til livsstilsendring hos hjertesyke pasienter, samt hvilke utfordringer en kan møte og hvordan en kan takle disse i helsefremmingsarbeidet. Gjennom oppgaven har vi besvart dette delvis, som vi skal kort oppsummere.

Vi viser at sykepleier kartleggingen sykepleier utfører ved innleggelse eller mottak av ny pasient er et verktøy i observasjonen av risikofaktorer og en ressurs for sekundærforebygging. Vi viser at kartleggingen er essensiell for å forstå pasientens health literacy og er grunnleggende for å utforme individualisert sekundærforebygging. Vi viser gjennom forskning og litteratur at sykepleier er nødt til å være inneforstått med pasientenes ulike utgangspunkt for livsstilsendring og at ulike faktorer påvirker ulike pasienter.

Vi forteller om viktigheten rundt sykepleier sin rolle i livsstilsendring hos hjertesyke. Litteraturen vi har presentert, samt funnene i forskningen gir sykepleier et stort spillerom for å utøve yrket i oppfølgingen av hjertesyke. Likevel viser forskningen oss at arena eller plattform for sekundærforebyggingen ikke er avgjørende for resultat.

Vi har reflektert rundt effekten av individualisert oppfølging, men vet ikke noe om langtidsutfallet av dette. Funnene i forskningen og teorien støtter opp under vår mening om at disse ferdighetene, rutineene, vanene og kunnskapene må opprettholdes for å kunne vise langtidseffekt. Vi kan ikke konkludere med grad av oppfølging da det er stor variasjon i intervall, varighet og frekvens av oppfølging.

Etter refleksjon rundt temaet ser vi at når pasienten på en måte står ansvarlig for eget helseprosjekt og får tilbakemeldinger under prosessen, kan pasienten oppleve en mestringfølelse som igjen legger til rette for ytterligere indre motivasjon. Sykepleieren vil i dette tilfellet være tillitspersonen som pasienten får profesjonelle og ærlige tilbakemeldinger av, samt råd og støtte. Dette bidrar også til den mellommenneskelige relasjonsbyggingprosessen.

Vi ønsker å anbefale til videre forskning vil være oppdaterte artikler om utfallene av oppfølging på en tidsperiode på ett år for å se om det har langtidseffekt. Vi ønsker også å anbefale forskning på bruk av videosamtaler i oppfølging som er relevant i dagens koronasituasjon som kan støtte opp under vår konklusjon om at arena for oppfølging ikke er avgjørende.

Referanser

- AANP, hentet den 23.11.2020. *What's a Nurse Practitioner (NP)?* Hentet fra:
<https://www.aanp.org/about/all-about-nps/whats-a-nurse-practitioner#education-and-training>
- Christiansen, B. (2013). *Helseveiledning*. 1. utgave. Gyldendal Akademisk
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Gyldendal Akademisk
- Eide, H., Eide, T. (2017). *Kommunikasjoner i relasjoner*. 3. utgave. Gyldendal Akademisk
- Ekeland, T.-J., Heggen, K. (2007), *Meistring og myndiggjering*. 1. utgave. Gyldendal Akademisk
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2017). *Att göra systematiska litteraturstudier* 4. utgave. Natur & Kultur Akademisk
- FHI, 16.01.2020. *Hjerte- og karsykdommer i Norge*. Hentet fra
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/>
- Gammersvik, Å., Larsen, T. (2018) *Helsefremmende sykepleie*. Fagbokforlaget
- Helsebiblioteket (2016). *Sjekklistor*. Hentet fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet, 2017. *Motiverende intervju som metode*. Hentet fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode>
- Kirkevold, M. (2014). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. (9.utgave) Ad Notan Gyldendal
- Kristoffersen, N., Nortvedt, F., Skaug, E-A., Grimsbø, G. (2013) *Grunnleggende sykepleie*, bind 3. Gyldendal Akademiske
- Landsforeningen for Hjerte- og lungesyke, 2020 *Livsstilsendring*. Hentet fra:
<https://www.lhl.no/ressurssenter-for-hjerterehabilitering/fag/livsstilsendring/>
- Lovdata.no, hentet den 25.04.2021. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Mæland, J.G., 2016. *Forebyggende helsearbeid*. 4. utgave. Universitetsforlaget.
- Solhaug, S. (2017). Trenger du hjelp med et systematisk litteratursøk? Vi hjelper deg. Publisert i NTNU sin blogg:
<https://www.ntnu.no/blogger/ub-samfunn/2017/06/27/trenger-du-hjelp-med-et-systematisk-litteratursok-vi-hjelper-deg/>
- WHO, hentet den 21.12.2020. *Cardiovascular diseases*. Hentet fra:
https://www.who.int/health-topics/cardiovascular-diseases/#tab=tab_1

Vedlegg 1

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
S1. «Nurse» OR «Nurses» OR «Nursing»	06.11.20	CINAHL	~940,000			
S2. «Heart disease» OR «Coronary disease»	06.11.20		~330,000			
S3.«Lifestyle changes» OR «Behavioral changes» OR «Attitude to change» OR «Lifestyle changes»	06.11.20		~30,000			
S4. «S1» AND «S2» AND «S3»	06.11.20		294			
S5. «S4» begrenset til fag-felle-vurdert, tidligst fra 2010, research article, fra Europa og engelsk tekst			51	32	16	8 Se Vedlegg 2

Vedlegg 2

Referanse	Studiens hensikt/mål	Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Doležel, J., & Jarošová, D. (2019). <i>Education al Process in Patients After Myocardial Infarction</i>.</p> <p>DOI: https://doi.org/10.15452/CEJNM.2019.10.0010</p>	<p>Studiens hensikt var å kartlegge effekten av opplæring av risikofaktorer og tilnærming til livsstil hos pasienter med hjerteinfarkt.</p>	<p>Education, intervention, myocardial infarction, nurse, patient, secondary prevention.</p>	<p>En kvantitativ studie med 165 deltakere delt i intervensjonsgruppe (68) og kontrollgruppe(97). Kriteriene for å være med var at EKG viste ST-elevasjon etter akutt hjerteinfarkt. De skulle være mellom 30-85 og de skulle ha gjennomgått en PCI. De pasientene som fortsatt var i livstruende fase ble ekskludert.</p> <p>Intervensjonsgruppen fikk opplæring av en sykepleier innen tre dager etter infarkt, med oppfølging etter en, seks og 12 måneder på sykehuset. Seansene varte mellom 30-60 minutter. De fikk informasjon om hjertesykdommen, symptomer, medikasjon og livsstilsendringer. De fikk anbefalinger om dietter, fysisk aktivitet, røykeavvenning og blodtrykkskontroll. Før oppfølgingsmøtene ble kunnskapene til pasientene testet. Kontrollgruppen fikk telefonoppfølging ett år etter infarkt. De fikk ingen undervisning.</p> <p>Faktorer som ble evaluert hos begge grupper etter ett år var overholdelse av livsstil (matvaner, fysisk aktivitet, etterlevelse av medikasjon), risikofaktorer (røyking, kolesterolnivå, blodtrykk, KMI), kunnskapen om hjerteinfarkt og behovet for reinnleggelse.</p>	<p>Intervensjonsgruppen trengte flere reinnleggelse etter et år. Intervensjonsgruppen hadde derimot mer kunnskap om hjertesykdom og symptomer.</p> <p>Etterlevelsen av medikasjonen var signifikant bedre hos intervensjonsgruppen enn hos kontrollgruppen. Blodtrykket hos intervensjonsgruppen var også signifikant lavere.</p> <p>Det gjennomsnittlige kolesterolnivået var lavere hos kontrollgruppen før oppfølging, men intervensjonsgruppen jevnet ut forskjellen etter de fikk oppfølging.</p> <p>Kontrollgruppen røykte mer enn intervensjonsgruppen etter ett år.</p> <p>Den fysiske aktivitet blant intervensjonsgruppen var signifikant høyere enn kontrollgruppen.</p> <p>Sunnere kosthold var også bedre hos intervensjonsgruppen.</p> <p>Konklusjonen til forskerne var at opplæring av pasienter etter hjerteinfarkt viste bedring av kunnskap av sykdommen, bedre blodtrykkskontroll, bedret KMI, stabilt kolesterolnivå, røykeavvenning, adekvat fysisk aktivitet og bedret kosthold.</p>	<p>Forskningen setter lys på det konkrete tiltaket med oppfølging av hjertesyke etter et infarkt. Forskningen viser også til bedringen av livsstil hos de som får opplæring og oppfølging. Totalt krevde denne oppfølgingen 4 timer i året.</p>

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Chew, H.S.J., Sim, K.L.D., Cao, X, 2019.</p> <p><i>Motivation, Challenge and Self-Regulation in Heart Failure Self-Care: a Theory-Driven Qualitative Study.</i></p> <p>DOI: https://doi.org/10.1007/s12529-019-09798-z</p>	<p>Studiens hensikt bygger på «Temporal Self-regulation Theory (TST) for å utforske hjertesyke pasienters motivasjon, utfordringer og tilpasset selv-regulerte strategier for å øke egenomsorg.</p> <p>TST-teorien bygger på viljestyrke, utgangspunkt for endring og egenregulert kapasitet for å forklare individuell helseatferd.</p>	<p>Psychological theory, motivation, evaluation, heart failure, self regulation</p>	<p>17 hjertesvikt pasienter både fra poliklinikk og sengepost var med i forskningen. Ansikt-til-ansikt intervjuer ble utført og resultatene ble analysert.</p>	<p>Fem temaer kom i lys av denne forskningen. Motivasjon til egenomsorg hos pasienten var pårørendes/families fremtid og betraktning av egen fortid. Demotiverende faktorer var betraktning av en nær død. Barrierer for atferdsendring var vanskeligheter med å implementere fysisk aktivitet og vanskeligheter med og avvike fra egne kostholdsvaner og sosio-kulturelle kostholdsvaner.</p> <p>TST ble brukt for å kategorisere motivasjonsfaktorer som stimulerte til atferdsendring hos hjertesyke:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stimulere refleksjon og gi slipp på anger fra fortiden - Familiens velvære - Ekte «det-gikk-bra» historier for å danne håp. <p>Faktorer som var med på å overkomme barrierene var implementere fysisk aktivitet i hverdagen og ha hyggelige aktiviteter. Selvovervåking av egen helse, matplanlegging, positiv tenking var også noen vitkige faktorer.</p>	<p>.Viser hva en hjertesyk pasient har av motivasjon som gir en pekepinn på hvordan en sykepleier kan møte en hjertesyk pasient</p>

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Key words	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Bayrak, D., & Tosun, N. (2018). <i>Determination of Nursing Activities For Prevention of Heart Attack and Stroke in Hypertension Patients</i>. DOI: http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=131851646&site=ehost-live</p>	<p>Studien har en hensikt om å kartlegge passende sykepleier tiltak ut ifra kunnskap snivået om forebygging av hjertesykdom til pasienter med hypertensjon.</p>	<p>Hypertensjon, heart attack, stroke, nursing</p>	<p>Studien ble gjennomført i både døgneklinikk og poliklinikk. 234 pasienter med hypertensjon, som var bevisste, hadde språk og samtykket til studien, var med på studien mellom 2012-2013.</p> <p>De besvarte spørreskjema som kartla alder, kjønn, jobb, familie, sosiodemografiske faktorer og en skala fra 0-100% der de skulle krysse av på så mange prosent de mente de hadde risiko for hjerteinfarkt/slag. De skulle også estimere hvorvidt deres livsstil var forebyggende mot hjertesykdom.</p>	<p>Undersøkelser kom frem til flere tall som beskriver den hjertesyke:</p> <p>60% var kvinner, hvor 80% var gift, 70% pensjonert, 80% var medisinert mot HT. Rundt 90% hadde ikke hatt hjerteinfarkt eller slag tidligere. 85% var ikke-røykere, over 90% drakk ikke alkohol, 70% trente ikke jevnlig og rundt 40% var overvektige. 70% sa de ikke hadde hatt hjerteinfarkt i familien og 80% hadde ikke hatt familiært slag.</p> <p>80% sa de ikke hadde fått informasjon av helsepersonell om hjerteslag eller infarkt.</p> <p>Egenvurdert risiko for slag/infarkt lå på omtrent 40%. Litt over halvparten (54%) mente de var adekvate i forebyggingen mot hjerteslag/infarkt. Gjennomsnittlig score på pasientenes kunnskap om hjerteinfarkt/slag risikofaktorer på 16 av 20.</p> <p>Gjennomsnittlig score på kunnskap om hjerteinfarktsymptomer var på 9 av 13, slagsymptomer var på 8 av 11.</p> <p>Når det kom til ønske av veiledning så svarte 57% at de ønsket opplæring i forebygging av hjerteinfarkt/slag med tanke på medisiner og livsstil. 20% ønsket opplæring om hvilke situasjoner de skal kontakte sykehus og hva de skal gjøre under en infarkt/slag.</p> <p>De som skåret signifikant lavest på kunnskaper om risikofaktorer var de som bodde på landet, mellom 18-30 år, analfabeter, lavt utdanningsnivå, husmødre og selvstendig næringsdrivende.</p> <p>I undersøkelsen der 1/3 hadde diabetes, svarte 40% at de ikke visste om høyt blodsukker økte risikoen for hjerteinfarkt/slag.</p> <p>26% visste heller ikke om økt størrelse på abdomen var en risikofaktor.</p> <p>Rundt 30% visste ikke at høyt kolesterol høynet risikoen for infarkt/slag.</p>	<p>Studien viser at kunnskapsnivået eller forståelsen av sykdom hos de med hypertensjon er lav på visse områder. Dette viser at sykepleiere bør gjøre tiltak om opplæring og veiledning på de områdene der nivået er lavt. I henhold til problemstillingen forteller den oss hvilke områder sykepleier bør fokusere på.</p>

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Mok, V. K. F., Sit, J. W. H., Tsang, A. S. M., Chair, S. Y., Cheng, T. L., & Chiang, C. (2013). <i>A Controlled Trial of a Nurse Follow-up Dietary Intervention on Maintaining a Heart-Healthy Dietary Pattern Among Patients After Myocardial Infarction.</i></p> <p>DOI: https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e31824a37b7</p>	<p>Hensikten med studiet er å utforske effektiviteten av en sykepleieledet diett-oppfølging på pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt for å se endringer i matvaner som hovedmål og lipidnivå som sekundærmål.</p>	<p>Heart failure, diet, behaviour change</p>	<p>82 pasienter som hadde gjennomgått et hjerteinfarkt i tillegg til at de var på grensen til å ha dyslipidemi ble tilfeldig fordelt i intervensjonsgruppe (IG) og kontrollgruppe(KG).</p> <p>KG fikk konvensjonell pleie og deltok på hjertevennlig matdiett foredrag.</p> <p>IG fikk i tillegg til KG et strukturert 8-ukers program med sykepleieoppfølging, ansikt-til-ansikt møter, arbeidsbok og telefonoppfølging hver 14. dag.</p> <p>Datainnsamlingen ble gjort etter baseline, 1 uke og 3 måneder.</p> <p>Effekten av intervensjonen ble målt ved bruk av spørreskjema samt blodprøver av lipider.</p>	<p>IG viste signifikant endring i inntaket av salt og mettet fett.</p> <p>I tillegg til mindre inntak av dette, økte IG inntaket av umettet fett, fiber og fullkorn.</p> <p>Sekundærhensikten viste at IG senket LDL-nivåene i blodet på 1-ukes kontrollen, men økte igjen ved undersøkelsen sin slutt.</p> <p>Hos KG holdt den seg uendret frem til siste kontroll etter 3 måneder der den steg.</p> <p>Forfatterne av studien konkluderer med at sykepleiere har en unik posisjon for å kunne fremme hjerte-sunne kostholds mønstre hos hjertesyke. Livsstilsendring er mer enn bare å presentere fakta, essensen ligger i å kunne implementere kunnskapen pasientene tilegner seg til det daglige. I tillegg må sykepleier støtte pasienten til å kunne opprettholde gode vaner, rutiner og ferdigheter med tanke på langsiktige endringer.</p>	<p>Studien konkluderer med at sykepleier har en unik posisjon for å kunne endre livsstilen til hjertesyke.</p> <p>Studien bygger opp under tiltak om kostholdsendring og hvor lite ressurser det krever kontra utbyttet det gir.</p>

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Saffi, M. A. L., Polanczyk, C. A., & Rabelo-Silva, E. R. (2014). <i>Lifestyle interventions reduce cardiovascular risk in patients with coronary artery disease: A randomized clinical trial</i>.</p> <p>DOI: https://doi.org/10.1177/1474515113505396</p>	<p>Studien hadde en hensikt om å evaluere effekten av en systematisk, sykepleieledet individuell livsstilsrådgivning i reduksjon av 10-år risikofaktorer for pasienter med koronararteriesykdom</p>	<p>Risk factors, coronary artery disease, patient education, nursing, secondary prevention, intervention studies</p>	<p>Et randomisert klinisk forsøk gjort på hjertesyke i Sør-Brasil. Pasientene måtte være over 18 år, være i behandling for koronararteriesykdom og kunne svare adekvat på spørsmålene. Godkjent av etikk komite.</p> <p>Pasientene som skriftlig samtykket til å bli med fikk oppfølging 3 måneder etter innleggelsen. Det ble kartlagt baseline-kunnskaper før første møte, deretter ble de tilfeldig delt i kontrollgruppe (KG=36) og intervensjonsgruppe (IG=38). IG skulle møte 3, 6, 9, 12 og 15 måneder etter innleggelse i tillegg til månedlige telefonoppfølginger. KG fikk konvensjonell oppfølging 2 ganger på et år.</p> <p>Det ble gitt informasjon om medikament, risikofaktorer, fysisk aktivitet, røykeslutt, diett, vektkontroll, blodtrykk, blodsukker og lipidnivåer i blod.</p> <p>Det ble satt mål ved telefonoppfølging som ble evaluert ved møtene.</p> <p>Det ble brukt Framingham Risk Score som estimerer 10-år koronararterie risiko og dødelighet ved ikke-modifiserbare (alder, kjønn) og modifiserbare (BT, lipidprofil, røykevaner) faktorer.</p>	<p>Baseline karakteristika var like blant gruppene. Total 10-års kardiovaskulær risiko sank med 1,7% hos IG og økte med 1,2% hos KG etter 1 år. 26% i IG sank i risikogruppe og 6% i KG.</p> <p>Blodprøver endret seg ikke stort blant gruppene.</p> <p>Endringene mellom KG og IG var mer signifikant i faktorer som vekt, systolisk og diastolisk BT.</p> <p>Forfatterne av studien legger vekt på viktigheten av 1-1 møter kombinert med telefonoppfølging da opplegget kan individualiseres.</p> <p>Forskerne konkluderer med at ett-års systematisk sykepleieledet livsstilsrådgivning reduserer langtidsrisikoen for koronararteriesykdom.</p> <p>I tillegg er det signifikant bedring i sekundærutfall som vekt og blodtrykk.</p>	<p>Støtter opp under problemstilling der relativt små tiltak kan utgjøre en stor forskjell for hjertesyke pasienter.</p>

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Furuya, R. K., Mata, L. R., Veras, V. S., Appoloni, A. H., Dantas, R. A., Silveira, R. C., & Rossi, L. A. (2013). Original research: telephone follow-up for patients after myocardial revascularization: a systematic review.</p> <p>DOI: https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000429756.00008.ca</p>	<p>Identifisere studier der telefonoppfølging er brukt for pasienter som har hatt hjerteinfarkt og samle resultatene av de.</p>	<p>coronary artery bypass graft surgery, coronary heart disease, health education, myocardial revascularization, systematic review, telephone intervention</p>	<p>Systematisk oversikt.</p> <p>Stegene for systematisk litteratursøk var benyttet. Søkene inkluderte kliniske prøvinger der pasienter hadde fått telefonoppfølging etter koronar bypass(CAGB) eller perkutan koronar intervensjon(PCI).</p> <p>Seks databaser ble brukt hvor det ble brukt 6/169 artikler etter ekskludering av tilleggsdiagnoser, andre prosedyrer enn PCI/CABG. En artikkel ble inkludert etter frihåndssøk i referansene til denne artikkelen.</p> <p>Totalt 7 studier ble brukt. 5/7 studiene hadde 3 i skår på JADAD-skala som beskriver at forskningen er av høy kvalitet.</p> <p>Begrunnelsen bak telefonoppfølging var for bedret smertelindring, oppmuntre til fysisk aktivitet og deltakelse i rehabiliteringsprogram, tilby opplæring av depresjon og dens påvirkning på koronarsykdom samt informasjon til pasient og pårørende etter ønske.</p>	<p>3 av studiene hadde forhåndsbestemt temaer i forhold til risikofaktorer.</p> <p>4 av studiene fokuserte på erfaringer fra tidligere opererte pasienter som smertelindring, trening og rehabiliteringsprogram.</p> <p>Alle studiene hadde oppstart av telefonoppfølging innen 2 uker etter utskrivning. Oppfølgingen varierte fra 6 uker til 8 måneder. 4 av studiene spesifiserte antall anrop som varierte fra 1-12.</p> <p>3 av studiene spesifiserte varigheten på samtalene som varierte fra 15-45 minutter i en studie, og 20-60 minutter i en annen. Den tredje studien hadde gjennomsnittsvarighet på 15 minutter.</p> <p>I 5/7 av artiklene var telefonoppfølgingen sykepleieledet.</p> <p>Utfallet på studiene var basert på livskvalitet, smerte, registrering i rehabiliteringsprogram, fysisk funksjon, reinnleggelser, humør, angst, egenomsorg, tilfredshet med opplæring, etterlevelse av medikamenter og lipidnivå.</p> <p>5/7 studier med høy kvalitet viste til at telefonoppfølging er effektiv i tilbud av informasjon og forbedret utfallene på faktorene nevnt.</p> <p>Artikkelen belyser viktigheten i individualisering av oppfølgingen, men grunnet lite likhet og spesifikk informasjon så er det vanskelig å konkludere med nøkkelementer i bruken av telefonoppfølging.</p>	<p>Telefonoppfølging som tiltak er effektivt i oppfølging av hjertesyke. Denne studien, sammen med studien til Saffi viser at en kombinasjon er gunstig.</p>

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Irmak, Z., Fesci, H. (2010)</p> <p><i>Effects of nurse-managed secondary prevention program on lifestyle and risk factors of patients who had experienced myocardial infarction.</i></p> <p>DOI: https://doi.org/10.1016/j.apnr.2008.07.004</p>	<p>Målet med studien var å utforske effekten av sykepleiers tyrte sekundære forebyggingsprogrammer for risikofaktorene og livsstilen til pasienter som hadde opplevd hjerteinfarkt.</p>	<p>Intervensjon program, nursing, myocardial infarction, lifestyle</p>	<p>Pasienter som hadde gjennomgått et hjerteinfarkt ble overvåket med hjemmebesøk 2, 6, 10 og 14 uker etter utskrivning (30-40 minutters møter).</p> <p>Pasienter som hadde blitt diagnostisert med kongestiv hjertesvikt, atrieflimmer, ustabil angina pectoris, kronisk obstruktiv lungesykdom, lammelse eller ortopedisk svekkelse ble ekskludert.</p> <p>Det ble brukt spørreskjema for å kartlegge livsstil og etterlevelse av medisiner med hovedfokus på matfrekvens (vurdering av næringsstoffer, matgruppemengde og hyppighet før innleggelse og ved slutten av 14 uker), røykevaner, fysisk aktivitet og medikamentell terapi. I tillegg ble dagbøker i henhold til disse fokusområdene brukt til å måle samsvar i livsstilsendring og medikamentell terapi.</p> <p>Livsstilvanene i tillegg til blodtrykk, KMI og kolesterol ble målt på sykehuset og etter 14 uker.</p>	<p>Medianalderen var 53 år, 78% var menn, 70% hadde fullført grunnskole og 94% var gift. 42% var i arbeid og 70% bodde med ektefelle og barn. 36 pasienter fullførte programmet.</p> <p>Det var signifikante forskjeller på før-etter resultatene. Pasienter som røykte ble redusert fra 61% til 14%. Endring fra likegyldighet til å vektlegge hva man spiste økte fra 5,6% til 80%. Det var store nedganger i inntak av smør/margarin, rødt kjøtt, kaker/søtsaker og egg. Inntaket av belgfrukter, frukt og grønnsaker økte betraktelig.</p> <p>Fysisk aktivitet økte fra 14% til 86% (30 minutters gange daglig).</p> <p>Risikofaktorer som blodtrykk (systolisk og diastolisk), KMI og LD-kolesterol sank henholdsvis med (4% & 2%), 2,3%, 4,5%.</p> <p>Livsstilsendringer og risikofaktorer ble redusert etter programmet, men forskerne er usikre på om 14 uker er nok til å endre atferden til pasientene og det trengs lenger tid for å evaluere effektiviteten av sykepleieleddet sekundære forebyggingsprogram på lenger sikt.</p>	<p>Studien forteller at sykepleier kan ha en stor rolle i forbindelse med livsstilsendring hos hjertesyke. Det kreves ikke relativt store ressurser for å gjennomføre tiltakene.</p>

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>González, B., Lupón, J., Domingo, M., Cano, L., Cabanes, R., de Antonio, M., Arenas, M., Crespo, E., Rodríguez, M., & Bayes-Genis, A. (2014). <i>Educational level and self-care behaviour in patients with heart failure before and after nurse educational intervention</i>. DOI: https://doi.org/10.1177/1474515113510810</p>	<p>Studien vurderte forholdet mellom utdanningsnivå og utgangspunkt et for egenomsorg og endringer ett år etter en sykepleierintervensjon hos hjertesyke pasienter</p>	<p>Heart failure, self-care behaviour, literacy.</p>	<p>355 hjertesyke pasienter ble fulgt opp på 20-30 minutters møter med sykepleier i løpet av ett år. Det var planlagt seks møter, oppstart/baseline, etter 1, 3, 6, 9 og 12 måneder.</p> <p>Under hvert møte ble det tatt opp temaer som egenomsorg, kunnskap om hjertesykdom, overholdelse av diett, etterlevelse av medisiner, kunnskap om symptomer og jevnlig fysisk aktivitet. Deltakerne ble delt i veldig lav (under 12 år), lav (kun tilsvarende videregående skole) og medium-høy (opp til 18 års utdanning/universitet).</p> <p>Det ble brukt et kartleggingsverktøy for egenomsorg (EHFScBS-9) som hadde en skala fra 9 (høyest nivå av egenomsorg) til 45 (verst nivå av egenomsorg)</p>	<p>17 prosent hadde veldig lav utdanningsnivå, 62% hadde lavt og 20% hadde medium-høyt utdanningsnivå.</p> <p>Ved oppstart hadde de med veldig lavt utdanningsnivå 19/45, de med lavt hadde 16/45 og de med medium høy utdanning hadde 15/45.</p> <p>Etter ett år med seks møter viste rundt 70% i alle kategoriene en signifikant bedring i egenomsorgsevne.</p> <p>I undersøkelsen der det ikke var bedring var: lite saltholdig mat (kun medium-høy hadde bedring) og «jeg tar medisiner som jeg skal».</p> <p>En pedagogisk intervensjon av sykepleier hos pasienter med hjertesykdom er nyttig for å forbedre egenomsorgen hos de fleste pasienter. Pasienter med hjertesykdom og lavt eller veldig lavt utdanningsnivå viste lignende fordeler som de med et høyere akademisk nivå, selv om deres score i ved baseline og ett år etter intervensjonen var dårligere enn de med høyest utdanningsnivå.</p> <p>Forskningen støtter opp under at pedagogisk undervisning bør individualiseres etter utdanningsnivå.</p>	<p>Selv om studien fokuserer på forskjellen i egenomsorgsevne utover utdanningsnivå, leser vi mellom linjene at tiltakene en sykepleier gjør bør individualiseres og tilpasses til hver enkelt pasient.</p>

