

Kandidatnummer: 10137

Hvordan kan en sykepleier veilede til livsstilsendring hos overvektige pasienter som nylig har gjennomgått et hjerteinfarkt?

Ord: 6729

Bacheloroppgave i Sykepleie
Januar 2022

Kandidatnummer: 10137

Hvordan kan en sykepleier veilede til livsstilsendring hos overvektige pasienter som nylig har gjennomgått et hjerteinfarkt?

Ord: 6729

Bacheloroppgave i Sykepleie
Januar 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Sammendrag

Bakgrunn: Det behandles årlig 10.000 mennesker for hjerteinfarkt i Norge. Mange av disse pasientene har behov for livsstilsendring, og kan ha behov for informasjon og veiledning.

Hensikt: Belyse hva sykepleier gjennom sine handlinger kan gjøre for å motivere pasienter til livsstilsendring.

Metode: Dette er en systematisk litteraturstudie som baserer seg på syv forskningsartikler.

Resultat: Resultater fra forskning viste at sykepleierledet undervisning og veiledning var mulig dersom forutsetningene lå til rette for dette. Pasientene har ulike behov og undervisningen må individualiseres. Sykepleierne må ha tilfredsstillende kunnskap selv for å kunne undervise pasienter. For at en slik undervisning skal kunne gjennomføres, må det legges til rette for dette på et organisatorisk plan.

Konklusjon: Som sykepleier tilbringer man mye tid med pasientene etter et slikt infarkt, og gitt at forutsetningene er der, vil man kunne ved hjelp av undervisning og veiledning motivere til livsstilsendring.

Innhold

Sammendrag	1
Kapittel 1 Introduksjon	3
1.1 Introduksjon til tema	3
1.2 Bakgrunnskunnskap.....	3
1.3 Teori.....	4
1.3.1 Hjerteinfarkt	4
1.3.2 Behandling av hjerteinfarkt	4
1.3.3 Risikofaktorer	5
1.3.4 Kosthold	5
1.3.5 Motivasjon som grunnlag for endring	6
1.3.6 Sykepleierens pedagogisk funksjon	7
1.3.7 Helseveiledning.....	7
1.4 Formål og problemstilling.....	8
1.5 Avgrensning og begrepsavklaringer	9
Kapittel 2 Metode.....	9
2.1 Beskrivelse av metode	10
2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	10
Tabell 2.1 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier	10
2.3 Søkestrategi.....	11
2.4 Vurdering	11
2.5 Analyse	11
Tabell 2.2 Søketablell for innhenting av data	12
Kapittel 3 Resultat	14
3.1 Deskriptiv presentasjon av artikler	14
Tabell 3.1 Artikkelmatrise.....	14
3.2 Presentasjon av resultater av artikler.....	16
3.2.1 Motivasjon for endring	16
3.2.2 Oppfølging og kunnskap	17
Kapittel 4 Diskusjon	17
4.1 Drøfting.....	17
4.1.2 Holdning og kunnskap hos helsepersonell.....	17
4.1.3 Individuelt fokus	18
4.1.4 Struktur og organisering av sykepleien.....	19
4.2 Metoderefleksjon.....	20
4.3 Konklusjon	21
Referanser.....	22

Kapittel 1 Introduksjon

1.1 Introduksjon til tema

Hjertet er en muskel som har som oppgave å transportere blod ut i kroppen. Dette gjør at celler og vev kan motta oksygen og næringsstoffer samt kvitte seg med avfallsstoffer (Norsk Helseinformatikk, 2020a). Ved en plutselig blokkering av en kranspulsåre (blodåre som ernærer hjertemuskelen) vil tilførselen av blod stoppes og muskelen mister tilførsel av oksygen (Tjordal, 2021). Dersom tilførsel av blod til hjertet er avskåret for lenge vil vevet som ikke får oksygen dø (Tjordal, 2021). Det behandles årlig 10.000 for hjerteinfarkt på sykehus eller poliklinikk i Norge (Ariansen, 2021). Trenden for å legges inn med infarkt er synkende og kan forklares med økt kunnskap om temaet i befolkningen, nedgang i røyking, systolisk blodtrykk og kolesterol (Ariansen, 2021) På tross av denne gode trenden viser tallene at det fortsatt er svært mange som legges inn med hjerteinfarkt.

Behandlingsmulighetene er mange for pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt, der både kirurgi og medisiner vil være livsviktig behandling. Vektnedgang hos overvektige vil minske risiko for nye infarkt da blodkolesterolet påvirkes av maten vi spiser og et riktig kosthold vil kunne senke det ugunstige LDL-kolesterolet som øker risikoen for hjerteinfarkt (Helsedirektoratet, 2018). På samme måte vil røykeslutt for røykere være svært gunstig for å forebygge nye infarkt (Norsk Helseinformatikk, 2021a).

Som sykepleier vil man med stor sannsynlighet møte pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt enten det er på sykehus, poliklinikk eller i hjemmesykepleien. En sykepleier skal ifølge yrkesetiske retningslinjer fra NSF fremme helse og forebygge sykdom (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Dette vil i praksis bety at sykepleieren er ansvarlig for å informere og veilede den hjertesyke pasienten. Målet med dette vil være at pasienten på sikt vil kunne ta valg som forebygger sykdom og fremmer helse.

1.2 Bakgrunnskunnskap

Da jeg har flere i familien som jobber på hjerteavdeling på sykehus har jeg alltid fasinert meg over temaet. Jeg har ikke selv vært i praksis på en hjerteavdeling, men ønsker å fordype meg i temaet gjennom å skrive om hjerteinfarkt, for å øke min egen kunnskap som jeg kan ta med videre som ferdigutdannet sykepleier. Gjennom samtaler med disse har jeg gjort meg opp et inntrykk av hvordan hjerteinfarkt og livsstil kan henge sammen og hvordan det er å jobbe som sykepleier på en hjerteavdeling. Disse samtalenene ga meg følgene påstander. De fleste pasientene innlagt med hjerteinfarkt som var overvektig eller røyket var på den ene siden klar over at røykingen og vekten ikke var bra. Derimot var det villigheten/evnen til å endre på livsstil ofte mindre enn jeg hadde trodd. Mange innlagte er i en krisesituasjon etter et hjerteinfarkt. Dette har gjort meg nysgjerrig på temaet og pasientgruppen. Det ble i flere tilfeller nevnt at det var usikkert om pasientene forsto hvor syke de faktisk var. Det ble også nevnt at tidsbegrensning og manglende rutiner kunne komme i veien for god veiledning og bistand. Manglende veiledning og opplæring på et sykehus vil være et brudd på §3-8 i spesialisthelsetjenesteloven som lovfester at opplæring av pasienter er en av sykehusets fire hovedoppgaver

(Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §3-8). Det vil også være i strid med pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 som lovfester pasientens rett til informasjon (*Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-2*).

1.3 Teori

I dette kapitlet tar jeg for meg teori som er viktig og relevant for min problemstilling. Det vil være viktig å forstå hva et hjerteinfarkt er, behandlingen av dette og hvilke risikofaktorer som fortsatt eksisterer. Mitt fokus i denne oppgaven vil være overvekt og kosthold hos mennesker med gjennomgått infarkt. Jeg vil se nærmere på ernæring og hvordan sykepleieren kan veilede overvektige pasienter til et helsefremmende kosthold. Sykepleierens pedagogiske rolle vil være et svært sentralt tema for hele oppgaven og jeg vil også ta for meg helseveiledning i teoridelen.

1.3.1 Hjerteinfarkt

En trombedannelse i en koronararterie vil føre til akutt iskemi i myokard og hypoksis skade på hjertemuskelen. Dette defineres som et hjerteinfarkt. Enkelt forklart betyr dette at blodåren som forsyner hjertet med oksygen blir innsnevret/stengt av, og hjertet får ikke tilstrekkelig oksygen. Konsekvensene av infarkt vil variere ut ifra hvor tromben er lokalisert. Trombedannelse i starten på venstre koronararterie vil forårsake store skader på myokard i venstre hjertekammer, og fører videre til nedsatt kontraktilitet og alvorlig hjertesvikt. En innsnevring i en mindre arteriell sidegren vil derimot ikke påvirke hjertets pumpefunksjon hos en tidligere frisk pasient. Dersom hjertets ledningssystem rammes av oksygenmangel vil selv et mindre infarkt kunne gi farlige hjerterytmeforstyrrelser. Ventrikkelflimmer er den skumleste varianten av disse og er en stor årsak til død blant infarktpasienter. I neste avsnitt skal vi se på risikofaktorer ved hjerteinfarkt og hvordan denne trombedannelsen oppstår (Wyller, 2014).

1.3.2 Behandling av hjerteinfarkt

Ved et hjerteinfarkt vil målsetningen med behandling være todelt: man ønsker å bedre tilførsel av oksygen til hjertet, samt redusere oksygenbehovet. Bruk av betablokkere og nitratpreparater bidrar til sistnevnte. Pasienten må unngå fysisk aktivitet og det etterstrebes at pasienten skal ligge mest mulig. Smertestillende og kvalmestillende er hensiktsmessig slik at pasienten ikke opplever ubehag og som en følge av dette vil bli mer stresset. Det viktigste vil være å løse opp tromben i den aktuelle koronararterien slik at vanlig blodstrøm gjenopprettes. For å gjøre dette brukes det to forskjellige metoder: fibrinolytisk behandling eller radiologisk behandling. Fibrinolytisk behandling består av intravenøse legemidler som bidrar til å oppløse tromben å hindre at den gjenoppstår. Radiologisk intervensjon der man presser tromben bort av en ballong ført inn i åren ved hjelp av et kateter er også en vanlig behandlingsmetode og bør etterstrebes der transporttiden til sykehus er mindre enn 90 minutter (Wyller, 2014).

1.3.3 Risikofaktorer

Wyller (2014) oppsummerer de forskjellige risikofaktorene for å utvikle hjerteinfarkt som: **Aterosklerotisk** plakk er opphopning av bindevevsfibrer rett under endotelcellene, fettstoffer og hvite blodceller. Aterosklerose utvikler seg gjerne i systemarterier som deler seg eller gjør svinger og fører til at endotelet buler inn i åren slik at den indre diameteren reduseres. En slik opphopning i en koronararterie vil føre til kronisk iskemi i hjertemuskelen, mens en trombedannelse i en slik stenose vil føre til akutt hypoksi og et hjerteinfarkt. Det er flere risikofaktorer knyttet til aterosklerotisk plakk. **Eldre** mennesker er mer disponert da plakket dannes langsomt og eldre endotelceller er mindre motstandsdyktige. Det **mannlige** kjønn er mer utsatt og rammes i større grad i yngre alder enn kvinner. Dersom personer i nær slekt utvikler aterosklerotisk plakk vil dette øke risikoen for å selv utvikle sykdom da man regner med **gener** spiller en rolle. **Røyking** er muligens den største risikofaktoren da giftstoffer fra røyken gir skade på endotelet, kombinert med at fettstoffer i blodet vil kunne påvirkes av de kjemiske forbindelsene i røyken og føre til at de lettere avleires. **Høyt blodtrykk** øker den mekaniske belastningen i åreveggen og fører til at endotelet lettere blir skadet. **Overvekt** vil kunne settes i sammenheng med dårlig kosthold og lite **aktivitet**. Dette kan føre til ugunstige nivåer av LDL-kolesterolet som avleires lettere i åreveggen enn andre fettstoffer (Wyller, 2014).

1.3.4 Kosthold

Som nevnt over er det mange risikofaktorer og disse vil være viktig å redusere i størst mulig grad for å forebygge et hjerteinfarkt. Alder og gener er faktorer vi ikke kan gjøre noe med. Det vi derimot kan gjøre noe med er kosthold og livsstil. Fettstoffet kolesterol produseres i kroppen og finnes også i kjøtt- og melkeprodukter (Thoresen et al., 2019). Kolesterol deles inn i totalkolesterol, LDL-kolesterol og HDL-kolesterol. Det totale kolesterolet er en måling på alt kolesterol i kroppen. LDL-kolesterol er som nevnt over det ugunstige kolesterolet og kan avleires i åreveggene. HDL-kolesterolet reduserer derimot risikoen for hjerte- og karsykdom da det frakter kolesterol rundt om i kroppen tilbake til leveren. Det er en klar sammenheng mellom høyt inntak av matvarer med LDL-kolesterol og utvikling av hjerte- og karsykdom. Høye verdier av triglyserider øker også risikoen for å utvikle hjerte- og karsykdom. Mettet fett og transfett vil øke LDL-kolesterol, mens flerumettet reduserer LDL-kolesterolet. Alle mennesker burde ha et hjertevennlig kosthold, men mennesker med påvist høyt kolesterol eller høye triglyserider burde gjøre følgende endringer:

- *Begrens inntaket av mettet fett*
- *Bytt ut mettet fett med umettet*
- *Spise rikelig med fiberrike matvarer, og begrense inntaket av sukker*
- *Begrens inntaket av alkohol*
- *Begrens inntaket av kolesterolrike matvarer*
- *Unngå bruk av ufiltrert kaffe*

(Thoresen et al., 2019, ss. 262-267).

Christiansen nevner vanens makt i sitt kapittel om levevaner og endringsprosesser slik: «*Matvaner kan være emosjonelt forankret, og forbindes med kos, hygge, nærhet, stresslindring og trøst*» (Christiansen, 2017). Etablerte vaner vil oppretholdes av sterke emosjoner og er derfor vanskelig å endre. I følge Thoresen et al. (2019) er det en rekke sentrale punkter som er vesentlige at en sykepleier har kunnskap om når det gjelder ernæring;

- 1. Sykepleiere bør kunne nok om ernæring til at de føler seg trygge når de snakker med pasienter og klienter om kosthold.*
- 2. Sykepleiere bør kjenne til den offisielle norske ernæringspolitikken og begrunnelsen for den.*
- 3. Sykepleiere bør kjenne til næringsstoffene, slik at de ser eventuell fare for mangel og behov for tilskudd.*
- 4. Sykepleiere bør kjenne til følgene av et uheldig kosthold på kort og lang sikt, og hva en kan gjøre for å forbedre kostholdet.*
- 5. Sykepleiere bør vite litt om om kostholdet for ulike grupper ut fra alder, kultur og religion.*
- 6. Sykepleiere bør ha kunnskap om kosthold for syke og hvor de kan finne mer informasjon om spesialkost.*
- 7. Sykepleiere må kunne samarbeide om ernæringsspørsmål med kjøkken, klinisk ernæringsfysiolog og lege, samt med pasient og pårørende.*
- 8. Sykepleiere må kunne observere, vurdere, sette inn ernæringstiltak og vurdere effekten av dem.*
- 9. Sykepleiere må kunne vurdere når pasienten skal henvises til klinisk ernæringsfysiolog.*
- 10. Sykepleiere bør ha kunnskap om intravenøs ernæring, sondeernæring og ernæringstilskudd.*

(Thoresen et al., 2019, s. 14)

1.3.5 Motivasjon som grunnlag for endring

For at forandring skal kunne oppstå er motivasjon for forandring helt essensielt (Eide & Eide, 2008). Kristoffersen definerer livsstil som «*summen av de vaner som preger oss i hverdagen*». Begrepet livsstil er ofte forbundet med atferdsmønstre som fører til sykdom og får derfor ofte en negativ betydning (Kristoffersen, 2012, s. 199). Kristoffersen definerer også livsstil som «*atferdsmønstre valgt blant de alternativer som er tilgjengelig for menneskene ut i fra deres sosioøkonomiske forutsetninger og deres evne til å velge ett alternativ framfor et annet*» (Kristoffersen, 2012). Denne definisjonen forklarer hvordan atferdsmønstre som varer over tid og ikke kun består av enkelthandlinger utvikler seg til en livsstil. Enkeltes valg vil i stor grad påvirkes av personens

sosioøkonomiske forutsetninger (Kristoffersen, 2012). Ytre og indre forhold vil påvirke menneskets utvikling av livsstil. Ytre faktorer kan være krefter i samfunnet som trekker en persons handlinger en vei, mens indre forhold vil være selvvalgte handlingsmønstre (Kristoffersen, 2012).

1.3.6 Sykepleierens pedagogisk funksjon

Det er en lang tradisjon hos sykepleiere for å imøtekomme behov for veiledning og informasjon hos pasienter og pårørende. Sentrale pedagogiske oppgaver hos en sykepleier vil være å orientere pasienten om undersøkelser og behandlinger, samt å lære pasienten å ta del i prosessen for videre helbredelse og forebygging av sykdom og komplikasjoner (Christiansen, 2017). Sykepleieren skal fremme helse og egenomsorg gjennom å støtte og undervise pasienten i daglige aktiviteter. De siste årene har helsesektoren økt fokuset på pasientens ressurser og medvirkning som fører til økte krav til pedagogisk kompetanse hos sykepleieren (Christiansen, 2017). Pedagogisk funksjon tydeliggjøres i sykepleierutdanningen gjennom rammeplaner som presiserer undervisning og veiledning som egne målområder for studentene. Som nevnt tidligere i avsnittet om bakgrunnskunnskap henviser spesialisthelsetjenesteloven til pasientrettighetsloven at pasienter og pårørende har rett til informasjon som gir innsikt og forståelse for egen situasjon (Christiansen, 2017).

Tveiten (2009) definerer undervisning som formidling av kunnskap som styres av underviseren, i vårt tilfelle sykepleieren. Vi som sykepleiere må planlegge, gjennomføre og ta hensyn til alle aspekt ved pasienten. Undervisningen må gjøres meningsfull slik at pasienten opplever den som meningsfull og vil enklere kunne bli engasjert i veiledningen. Vi styrker mestringkompetansen ved å kombinere undervisning og veiledning. Dette gjøres ved at vi formidler kunnskap og deretter vil pasienten benytte kunnskapen til å finne svar sammen med oss som helsepersonell. (Tveiten, 2009)

1.3.7 Helseveiledning

«Med helseveiledning menes en sammensatt pedagogisk, faglig og kommunikativ prosess der hensikten er å bidra til læring og mestring i helse- og sykdomsrelaterte livssituasjoner» (Christiansen, 2017, s. 14). Livet kan fort endre seg drastisk ved nyoppstått sykdom. Da vil man kunne trenge ny kunnskap, utvikle nye ferdigheter og noen ganger legge om livsstil. Informasjon, rådgivning, veiledning og terapi vil kunne bli svært aktuelt (Eide & Eide, 2008). Helseveiledning skal i all hovedsak hjelpe pasient og pårørende til å mestre den nye helsesituasjonen. En forutsetning for helseveiledning vil være at den veiledende part tar utgangspunkt i pasientens/pårørendes opplevelse og forståelse. Dialog og lytting er ønskelig da pasient/pårørende vil kunne oppdage aktuelle handlinger/hinder (Christiansen, 2017). Det å veilede endringsprosesser handler først og fremst om å selv som profesjonell endre tankesett til at det er vi som har noe å lære. Det er vi som profesjonell som skal ved hjelp av aktiv lytting lære om pasientens følelser, prioriteringer og valg. En god grunnholdning vil være å stille seg åpen og utforskende til pasientens liv og erfaring (Eide & Eide, 2008). Menneskets livskvalitet vil ofte endres eller reduseres i forbindelse med sykdom og mange vil ha behov for veiledning og informasjon knyttet opp mot livsstil og levevaner. Levevaner vil kunne være så innarbeidet at de oppleves som en del av identiteten til pasienten (Christiansen, 2017). For å kunne gi god helseveiledning vil det å skape

kontakt og en god relasjon være viktig. Måten vi kommuniserer med pasienten vil være avgjørende for hvordan pasienten opplever samtalen og situasjonen. Kroppsholdning og blikkontakt vil være viktig for at pasienten skal oppleve oss som tilgjengelige. Snur man seg bort under samtale vil pasienten kunne oppleve oss om utilgjengelig (Christiansen, 2017). Ved en intervensjon vil det være hensiktsmessig å anvende en rådgivningssamtale slik at pasienten selv kan reflektere over egen situasjon. Her vil man tilby et samarbeid mellom sykepleier og pasient og starte veiledningsprosessen (Eide & Eide, 2008). Eide og Eide nevner den transteoretiske modellen i forbindelse med den første rådgivningssamtalen. De tre første fasene av denne modellen presenteres slik:

Stadium 1 – Ikke rede

Mål: Øke bevissthet

Oppgave: Informere og oppmuntre

- *Stille åpne spørsmål*
- *Anerkjenne respektfullt deres beslutning*
- *Tilby profesjonelle råd*

Stadium 2 – Usikker

Mål: Bygge motivasjon og tillitt

Oppgave: Utforske ambivalens

- *Se inn i fremtiden*
- *Sammenligne med andre*
- *Spørre om neste skritt*

Stadium 3 – handlingsberedt

Mål: Forhandle om plan

Oppgave: fremme det å ta en beslutning

- *Identifisere forandringsmuligheter*
- *Hjelp til å fastsette et realistisk, kortsiktig og oppnåelig mål*
- *Utvikle en handlingsplan*
- *Velge en belønning*
- *Oppsummere planen*
- *Lage en skriftlig plan*

(Eide & Eide, 2008, s. 340)

1.4 Formål og problemstilling

Formålet med denne oppgaven er å belyse hva man som sykepleier kan gjøre for å øke kunnskap og fremme helse hos pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt. I denne oppgaven vil fokuset ligge på overvektige pasienter der hjerteinfarkt vil kunne relateres til livsstil. Med utgangspunkt i dette har jeg formulert problemstillingen;

«Hvordan kan en sykepleier veilede til livsstilsendring hos overvektige pasienter som nylig har gjennomgått et hjerteinfarkt?»

1.5 Avgrensning og begrepsavklaringer

Livsstilsendring og hjertesykdom er et stort tema som er forsket mye på. Jeg har derfor valgt å se nærmere på hva sykepleieren kan gjøre for inneliggende pasienter på en sykehusavdeling. Hovedfokuset vil være hvordan en sykepleier ved hjelp av undervisning og veiledning kan motivere til en livsstilsendring hos pasienten. Liggetiden for en pasient som har hatt et hjerteinfarkt er svært varierende og kan være fra tre dager og utover, dersom det oppstår komplikasjoner. Det er derfor svært krevende for en sykepleier i turnus å skulle rekke å gjennomføre en slik veiledning, som da bare treffer pasienten tre vakter dersom den skrives ut tidlig. Jeg har også valgt å inkludere noe oppfølging av pasientene etter utskrivelse. Oppfølging ved hjelp av telefon var sentralt i noen av studiene jeg har inkludert, og dette er noe jeg selv tenker ville vært mulig å gjennomført. Jeg er opptatt av å skrive en oppgave som vil være realistisk og som ikke presenterer tiltak som vil være helt usannsynlig i dagens helsevesen. Jeg har ikke inkludert pårørende i noe stor grad, dette på tross av at pårørende nok vil kunne bidra positivt til motivasjon til livsstilsendring. I denne oppgaven ligger fokuset på pasient og sykepleier. Under vil jeg presisere noen begreper brukt i oppgaven.

HDL-kolesterol (High-Density Lipoprotein) blir beskrevet som det gode kolesterolet da det er vist å gi beskyttelse mot hjerte- og karsykdom. LDL-kolesterol (low-density lipoprotein) er vist å være skadelig og er derfor omtalt som det dårlige kolesterolet. Hverken LDL eller HDL har noen gode norske beskrivelser og omtales derfor heretter so forkortelse av den engelske navnet (Norsk helseinformatikk, 2020b).

I den ene studien jeg har inkludert undersøker de hvordan pasienter med ulike typer hjerteinfarkt opplevde egen sykdomssituasjon. I denne studien nevnes STEMI og NSTEMI. STEMI er forkortelse for «ST-elevation myocardial infarction» som på norsk vil beskrives som en ST-elevasjon på EKG ved et hjerteinfarkt. Et NSTEMI vil da bety «Non stemi myocardial infarction» som på norsk vil bety at det ikke er ST-elevasjon på et EKG under hjerteinfarkt. Forskjellen ligger i hvilken del av koronararteriene som er berørt (Wyller, 2014).

Kapittel 2 Metode

Dalland beskriver metoden som et verktøy for hvordan å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Videre siterer han sosiologen Vilhelm Aubert, som ofte siteres i forbindelse med hva metode er, slik; «*En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder*» (Dalland, 2017, s. 51). I dette kapitlet redegjøres det for hvilken metode jeg har brukt, hvordan søkeprosessen har foregått og hvorfor jeg har brukt valgt litteratur. Jeg vil også vurdere kildene mine og hvordan de er relevant.

2.1 Beskrivelse av metode

I denne oppgaven har jeg tatt utgangspunkt i litteraturstudium som metode. En slik studie bruker eksisterende skriftlige kilder og systematiserer de. Dette gjøres ved å gå kritisk gjennom litteraturen og sammenfatte den på en oversiktlig måte (Magnus & Bakketeig, 2000). Litteratursøket er gjennomført med den årsak at jeg ønsker å finne relevant forskning og kunnskap knyttet til min problemstilling. Dalland oppsummerer normene for hvordan en bør gå frem ved bruk av forskningsmetoder slik;

- *Resultatene skal være i overenstemmelse med virkeligheten*
- *Data skal være systematisk utvalgt*
- *Data skal brukes nøyaktig*
- *Forskerens førforståelse skal klargjøres*
- *Resultatene skal være kontrollerbare*
- *Forskningsvirksomheten bør være kumulativ, det vil si at den bygger som eksisterende forskning*

(Dalland, 2017, s. 56)

I denne prosessen har jeg forsøkt å etterleve Dallands normer etter beste evne.

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 2.1 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Hjerteinfarkt knyttet til livsstil	Pasienter <18år
Pasienter inneliggende på sykehus	Studier publisert før 2012
Land med helsevesen som ligner på norsk helsevesen	Studier som ikke kan relateres til norsk helsevesen
IMRAD-struktur på artikler	
Engelsk/Norsk språk på artikler	
Kvalitative og kvantitative studer, review-artikkel	
Publiseringsårstall de siste 10 år	
Fagelleverderte tidsskrift	
Pasienter >18år	

2.3 Søkestrategi

De aktuelle artiklene jeg har brukt i oppgaven er funnet gjennom søk i databaser med helsefaglig fokus. Databasene PubMed, MedLine, Cinahl og Svemed+ er alle anbefalt av NTNU og ble derfor brukt. I første omgang søkte jeg i databasen PubMed med følgende søkeord: «Lifestyle changes», «Nursing interventions» og «Myocardial infarction». Ved å kombinere disse endte jeg opp med 11 treff. Etter å ha lest abstrakt hos alle 11 endte jeg opp med én relevant artikkel. Videre ble det gjort flere søk på Cinahl da jeg fant denne databasen svært gunstig å søke grunnet fokus på sykepleie og ernæring. Søkeord som ble kombinert her i flere forskjellige søk var: «nurse», «myocardial infarction», «heart attack», «motivation», «health knowledge», «lifestyle changes» og «nursing interventions». Ved å kombinere disse med AND/OR i ulike varianter endte jeg opp med 4 relevante artikler. Det ble også søkt med noen av disse søkeordene i Medline som resulterte i 24 treff og en valgt artikkel. Da jeg også ønsket meg en norsk/skandinavisk artikkel ble det søkt i Svemed+. Med søkeordene «motivasjon» og «livsstilsendring» endte jeg opp med et eneste treff som viste seg å være relevant for min oppgave og jeg har derfor valgt å inkludere den. Utfyllende søkehistorikk fremstilles i tabell 2.2.

Det var viktig for meg under søkeprosessen å finne forskning som ikke var eldre enn ti år. Dette fordi det er et fagfelt som alltid er i voldsom utvikling, nye rutiner og erfaringer endrer seg fortløpende. Jeg ønsket studier som i utgangspunktet var publisert på engelsk eller norsk, da det er disse språkene jeg behersker og vil kunne tolke på best mulig måte. Studiene jeg har valgt baserer seg på hva en sykepleier kan gjøre for å forebygge og minske risiko for nytt hjerteinfarkt. Jeg også valgt å inkludere en artikkel fra Arntzen og Sandvold (2010). Denne ble ikke funnet gjennom strukturerte søk, men funnet da jeg leste andre bacheloroppgaver om samme tema.

2.4 Vurdering

Jeg har brukt Norsk senter for forskningsdata (2019) i min vurdering av artiklene. Dette for å kontrollere om de var publisert i fagfelleverderte tidsskrifter. Alle ble vurdert til nivå 1 eller 2. Jeg har også brukt Helsebibliotekets sjekklister for litteratursøk for å kvalitetssikre søket. (Helsebiblioteket, 2016)

Forskningen presentert i denne oppgaven baserer seg både på kvalitativ og kvantitativ metode. Kvalitativ metode vil forsøke å hente inn meninger eller opplevelser fra intervjuobjektet. Dette er data som ikke kan tallfestes eller måles slik den kvantitative metoden tar sikte på å gjøre (Dalland, 2017). Da det i denne oppgaven vil være interessant å se på målbare endringer i form av blodtrykk, kroppsmasseindeks og kolesterol, er det inkludert fem studier med kvantitativ som metodeform. Det er også inkludert to kvalitative studier som tar sikte på å fange opp pasientenes meninger og opplevelser.

2.5 Analyse

I analysen av studiene brukt i oppgaven har jeg tatt utgangspunkt i Evans (2002) analysemodell. Dette er en modell med fire trinn som tar for seg analyse og fremstilling

av data. I første trinn samles aktuelle studier. Videre identifiseres funn i trinn to. Dette er viktig for å finne relevant forskning for egen problemstilling. Funnene i de ulike studiene skal så settes i sammenheng i trinn tre og presenteres i forskjellige temaer i trinn fire (Evans, 2002).

Tabell 2.2 Søketablell for innhenting av data

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Pubmed	31.03.2022	S1.	Lifestyle changes		70564	
		S2.	Nursing interventions		338128	
		S3.	Myocardial Infarction		272340	
		S4.	S2 and S3 and S3	-Engelsk -Publisert siste 10 årene -RCT	11	1 (A)
Cinahl	31.03.2022	S1.	Lifestyle changes		11300	
		S2	Nursing interventions		21000	
		S3	Myocardial Infarction		69000	
		S4	S1 and S2 and S3	-Engelsk -Publisert siste 10 årene -RCT	6	1 (B, C)
	1.04.2022	S1	Health knowledge		51000	
		S2	Myocardial infarction		69000	
		S3	S1 and S2	-Engelsk -Publisert siste 10 årene -RCT	110	1 (D)
	2.04.2022	S1	Nurse or nursing or nurses		395000	
		S2	Myocardial Infarction or Heart attack		42000	
		S3	Motivation		39000	
		S4	S1 and S2 and S3	Engelsk -Publisert siste 10 årene	22	1 (E)

				-RCT		
Medline	3.04.2022	S1	Weight loss		41000	
		S2	Cardiovascular disease		47000	
		S3	Nurse		52000	
		S4	S1 and S2 and S3		24	1(F)
Svemed+	3.04.2022	S1	Motvasjon		812	
		S2	Livsstilsendring		4	
		S3	S1 and S2		1	1(G)

Inkluderte artikler:

A: Mok, V. K. F., Sit, J. W. H., Tsang, A. S. M., Chair, S. Y., Cheng, T. L., Chiang, C. (2013). A Controlled Trial of a Nurse Follow-up Dietary Intervention on Maintaining a Heart-Healthy Dietary Pattern Among Patients After Myocardial Infarction. *Journal of cardiovascular Nursing*, 2013, Vol. 28 (3), p.256-266.

<https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e31824a37b7>

B: Irmak, Z. & Fesci, H. (2009). Effects of nurse-managed secondary prevention program on lifestyle and risk factors of patients who had experienced myocardial infarction. *ScienceDirect*, 2010, Vol.23 (3), p.147-152.

<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2008.07.004>

C: Kavradim, T. S & Özer, C. Z. (2019). The effect of education and telephone follow-up intervention based on the Roy Adaptation Model after myocardial infarction: randomized controlled trial. *Scandinavian journal of caring sciences*, 2019, Vol.34 (1), p.247-260. <https://doi.org/10.1111/scs.12793>

D: Boyde, M., Grenfell, K., Brown, R., Bannear, S., Lollback, N., Witt, J., Jiggins, L., Aitken, L. (2014). What have our patients learnt after being hospitalised for an acute myocardial infarction? *ScienceDirect*, 2015, Vol.28 (3), p.134-139.

<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2014.05.003>

E: Dullaghan, L., Lusk, L., McGeough, M., Donnelly, P., Herity, N., Fitzsimons, D. (2014). I am still a bit unsure how much of a heart attack it really was! Patients presenting with non-ST elevation myocardial infarction lack understanding about their illness and have less motivation for secondary prevention. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2014, Vol.13 (3), p.270-276.

<https://doi.org/10.1177/1474515113491649>

F: Van den Wijngaart, L. S., Sieben, A., Van der Vlugt, M., De Leeuw, F. E., Bredie, S. J. H. (2014). A Nurse-Led Multidisciplinary Intervention to Improve Cardiovascular Disease Profile of Patients. *Western Journal of Nursing Research*, 2014, Vol.37 (6), p.705-723. <https://doi.org/10.1177/0193945914533427>

G: Borge, L., Christiansen, B., Fagermoen, M. S. (2012). Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykelig overvekt. *Sykepleien forskning, 2012, Vol.7 (1), p.14-20*
[.https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0024](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0024)

Kapittel 3 Resultat

I denne litteraturstudien ble 7 forskningsartikler inkludert. Disse presenteres i artikkelmatrisen. Figur 3.1. Studiene viste at det var mulig for sykepleiere å motivere og veilede til livsstilsendring.

3.1 Deskriptiv presentasjon av artikler

Tabell 3.1 Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
A)	Undersøker effekten av et sykepleierledet oppfølgingsprogram med fokus på ernæring hos pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt.	Kvantitativ studie med 82 pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt. Gruppen ble delt 50/50 i en kontrollgruppe (KG) og en intervensjonsgruppe (IG). KG mottok standard behandling og deltok på ernæringskurs i etterkant. IG mottok samme behandling som KG men fikk også et 8 ukers sykepleierledet oppfølgingsprogram.	Studien fant positive endringer i kostholdsvaner og økte verdier av det «gode» HDL-kolesterolet hos pasienter i IG.	Relevant for oppgaven da den belyser hvordan sykepleiere kan veilede pasienter gjennom et program som fører til endring i kostholdsvaner.
B)	Undersøker effekten av et sykepleierledet sekundærforebyggende program hos pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt	Kvantitativ kvasi-eksperimentell studie med 36 pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt. Et sekundærforebyggende	Resultater fra studien viste nedgang i blodtrykk, LDL-kolesterol, kroppsmasseindeks og antall røykere hos	Relevant for oppgaven da den belyser hvordan sykepleiere kan starte opplæring

		opplæringsprogram ble startet opp på sykehuset og pasientene ble fulgt opp med fire hjemmebesøk i etterkant av utskrivelse.	pasientene. Deltakerne hadde blitt mer bevisst på sine spisevaner og treningsmengden hadde økt.	på sykehuset og effekten av oppfølging i ettertid.
C)	Undersøker effekten av opplæring og intervensjon ved hjelp av telefonoppfølging for å øke livskvalitet hos pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt.	Randomisert kontrollert undersøkelse. kvantitativ studie der en kontrollgruppe med 33 pasienter fikk standard behandling og en intervensjonsgruppe med 33 pasienter deltok i et opplæringsprogram i forkant av utskrivelse og 3 telefonsamtaler etter utskrivelse.	Resultatene viste at 12 uker etter utskrivelse hadde pasienter i intervensjonsgruppen signifikante forbedringer i mestringsevne, livskvalitet og evne til å adaptere til den nye livssituasjonen sammenlignet med kontrollgruppen.	Relevant for oppgaven da den belyser hvordan sykepleiere kan starte opp undervisning av pasienter på sykehus og videre følge de opp ved hjelp av telefonsamtaler.
D)	Undersøker risikofaktorer/levevaner i tillegg til å undersøke hvilken kunnskap pasientene satt igjen med etter et hjerteinfarkt	Kvantitativ studie der 135 pasienter med hjerteinfarkt svarte på en spørreundersøkelse før utskrivelse og etter 10 uker.	Av 135 deltakere svarte 114 på spørreskjema etter 10 uker. Disse viste signifikante endringer i økt kunnskap, røykeslutt og kostholdsendringer.	Relevant for å belyse viktigheten av opplæring og veiledning
E)	Undersøker og sammenligner pasientenes egne oppfatninger av egen sykdom og motivasjonen for endring i forhold til hvilken behandlingsmetode som ble brukt	Kvalitativ studie med semistrukturerte intervju ble gjort på tre forskjellige gruppe. En gruppe med STEMI fikk PCI-behandling, en annen trombolyse og en gruppe hadde gjennomgått NSTEMI.	Pasienter som fikk PCI-behandling eller trombolyse hadde samme oppfatning av egen sykdom. Den siste gruppen hadde lavere forståelse og mindre innsikt som førte til mindre motivasjon for livsstilsendringer.	Belyser forskjellen i sykdomsinnsikt hos pasienter med et STEMI og NSTEMI.
F)	Evaluerer innvirkningen av en strukturert screening og sykepleierledet intervensjon hos pasienter	Kvantitativ studie med 328 ikke-inneliggende pasienter med hjertesykdom.	Resultatene viste at etter et år med oppfølging hadde 176 pasienter redusert kolesterol og blodtrykk.	Relevant for oppgaven da den belyser tverrfaglig oppfølging hos pasienter

				utenfor sykehuset
G)	Undersøker hva som motiverer eller demotiverer personer med sykkelig overvekt for livsstilsendring.	Vitenskapelig artikkel fra sykepleien forskning. Kvalitativ metode der elleve personer som tidligere hadde deltatt på et lærings- og mestringscenter ble intervjuet.	Resultatene viste at motaivasjon til livsstilsendring kom først når helseplagene ble for store.	Relevant for å belyse hvordan mennesker med overvekt kan motiveres eller demotiveres til vektnedgang

3.2 Presentasjon av resultater av artikler

3.2.1 Motivasjon for endring

I dette kapittelet presenteres funn fra forskningsartiklene. Flere av studiene har ulikt fokus og ulike tilnærminger. Dullaghan et al., (2014) og Borge et al., (2012) har begge intervjuet et mindre utvalg av pasienter noe som kan gi en utfyllende oppfatning av pasientenes kunnskap og årsak/årsaker til hvorfor de blir motivert eller demotivert. Borge et al., (2012) undersøker hvilken kunnskap hos helsepersonell som behøves for å motivere overvektige til vektnedgang og livsstilsendring. Intervjuobjektene i studien trekker frem væremåte og forståelse hos helsepersonell som avgjørende for å kunne bli motivert til livsstilsendring. De ønsket endring, men siden de alltid hadde vært overvektige var det vanskelig å se noe løsning på problemet. Motivasjonen kom først da helseplagene ble for store, ikke av å ha en stor kropp i seg selv (Borge et al., 2012). Dullaghan et al., (2014) intervjuet 3 grupper pasienter med ulike behandlingsforløp. Dette ga utslag i hvilken oppfatning de hadde av egen helsestatus og hvor motiverte de var for endring. De to pasientgruppene som hadde et STEMI var oppfatningen den samme, de hadde vært igjennom noe livstruende og var fast bestemt på å gjøre en endring i egen livsstil. Dette samsvarte ikke for pasienter med et NSTEMI. Disse var mer usikre på egen diagnose og ikke like bekymret for egen helse, og gjorde også at motivasjonen for endring var lavere. Studien konkluderer videre med at helsepersonell må vurdere pasientens sykdomsinnsikt når man planlegger en sekundærforebyggende sykepleierintervensjon (Dullaghan et al., 2014). Boyde et al., (2014) konkluderer også med at manglende kunnskap hos pasienter ved utskrivelse er et problem og noe som vil føre til lav motivasjon for endring. Kunnskapsbaserte intervensjoner som tok utgangspunkt i pasientens perspektiv med et individualisert program vil være hensiktsmessig og vil kunne gi økt kunnskap. Mer enn en tredel av pasientene i studien hadde ikke adekvat kunnskap og forståelse rundt egen sykdom ved utskrivelse, noe som indikerer mangelfull opplæring og veiledning (Boyde et al., 2014).

3.2.2 Oppfølging og kunnskap

Pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt vil være i risikogruppen for å utvikle nye sykdomstilstander i hjertet (Mok et. al., 2013). Mok et. al. (2013) undersøker effekten av en sykepleierledet intervensjon som baserer seg på et 8-ukers oppfølgingsprogram der pasientene blant annet får en samtale før utskrivelse, en «hjertedagbok» med seg hjem og telefonsamtaler i etterkant av utskrivelse. Studien viser hvor viktig god oppfølging i etterkant av utskrivelse er, da det var signifikante kostholdsendringer hos pasientene i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen. Pasientene i intervensjonsgruppen hadde redusert inntak av fett og saltet/konservert mat og hadde økt inntak av helseforebyggende mat (Mok et. al., 2013). Irmak og Fesci (2009) konkluderer også med viktigheten av oppfølging i ettertid for å kunne veilede pasienter til en livsstilsendring. I denne studien startes en opplæringsprogram tre dager etter innleggelse og følges opp gjennom fire hjemmebesøk etter utskrivelse. Resultatene viste nedgang i blodtrykk, kroppsmasseindeks, kolesterol og antall røykere. Studien indikerer teorien om at sykepleiere kan implementere helseforebyggende opplæringsprogram hos pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt for å reduserer risikoen for nye infarkt (Irmak & Fesci, 2009). Dette bekreftes også i Kavradim og Özer (2019) der studien viste økt forståelse for egen sykdom, økt fysisk aktivitet og et større ønske om endring i livsstil hos pasienter som ble fulgt opp i 12 uker ved hjelp av telefon, sammenlignet med kontrollgruppen som kun fikk standard behandling. Van den Wijngaart et al., (2014) konkluderer også med positive livsstilsendringer i etterkant av en tverrfaglig individualisert oppfølgingsplan som strekker seg over et år.

Kapittel 4 Diskusjon

4.1 Drøfting

4.1.2 Holdning og kunnskap hos helsepersonell

Mennesker som gjennomgår et hjerteinfarkt opplever mest sannsynlig at livet snus opp ned. Ny kunnskap må læres og mange vil måtte legge om vaner og livsstil. Den profesjonelle hjelperen, i dette tilfellet sykepleieren, skal bekle mange roller da pasienten vil trenge både rådgivning og veiledning (Eide & Eide, 2008, s. 332). Borge et al., (2012) beskriver hvordan informantene i studien opplevde møte med helsepersonell som avgjørende for motivasjon for endring i livsstil. Forståelse og væremåte var varierende og flere hadde møtt negative fordommer og holdninger (Borge et al., 2012). Eide & Eide (2008) presenterer den transteoretiske modell i forbindelse med den første rådgivningssamtalen. Her legges det vekt på informasjon, oppmuntring, relasjonsbygging og felles samarbeid om en plan for hvordan problemet skal løses (Eide & Eide, 2008, s. 340). I studien til Borge et al., (2012) undersøker de hvordan kunnskap kan bidra til motivasjon og vekt nedgang/livsstilsendringer hos mennesker med sykkelig overvekt. Med den transteoretiske modell i bakhodet for hvordan et første møte med helsepersonell burde være, opplevde dessverre flere av informantene det motsatte i møte med fastlegen (Borge et al., 2012). Til tross for at det i denne studien er fastlegen pasienten møter mener jeg dette er svært overførbart overfor sykepleiere. Informantene i studien opplevde også seg selv om svært kunnskapsrike når det kom til teoribiten rundt kosthold og ernæring, men at det i praksis var vanskelig å gjøre endringer. På tross av at pasientene opplever at de kan mye om kosthold bekrefter Irmak og Fesci (2009) i sin

studie viktigheten av opplæring og faglig påfyll om ernæring for å kunne endre spisevaner. I følge Thoresen et al., (2019) er en forutsetning for å kunne gi råd og veiledning at sykepleieren selv har god kunnskap om ernæring. Kristoffersen (2012) hevder at mennesker som må tilpasse seg en ny livssituasjon er avhengig av informasjon i en tidlig fase, men videre vil det være hensiktsmessig at fokuset rettes mot at pasienten selv snakker om egne ressurser, ønsker og prioriteringer.

Viktigheten av sykepleierens pedagogiske funksjon bekreftes også i studien til Mok et al., (2013) der 82 mennesker med hjerteinfarkt ble rekruttert og tilfeldig satt sammen i to forskjellige grupper. Den ene gruppen fikk vanlig behandling mens intervensjonsgruppen fikk ekstra oppfølging i 8 uker etter ved hjelp av telefonsamtaler fra sykepleiere. Dette førte til positive kostholdsendringer hos pasientene som fikk oppfølging via telefon. Dette er noe jeg selv mener ville vært mulig å etablere på en hjerteavdeling da telefonsamtalene ikke trenger å være lange og det svært enkelt for pasientene å delta da alt de trenger å gjøre er å ta telefonen. Irmak og Fesci (2009) hevder i sin studie at opplæringen bør starte mens pasienten er inneliggende på sykehuset og deretter følges opp etter utskrivelse. I studien hevdes det videre at sykepleierledet oppfølgingsprogram med fokus på risikoredusering kan være en av de mest effektive strategiene for å håndtere og redusere risiko for hjertesykdom. Dette bekreftes av Kavradim og Özer (2019) der man evaluerte effekten av oppfølging via telefon. Studien konkluderte med signifikante forbedringer i livskvalitet og mestringstro hos pasientene som fikk opplæring før utskrivelse og som ble fulgt opp med tre telefonsamtaler etter utskrivelse. En slik opplæring innebærer å formidle vår egen kunnskap over til pasientene. Pasientinformasjon forutsetter god formidling noe som kan skapes ved at dialogen skjer på pasientens premisser. Eide & Eide (2008) hevder at et fremtidig mål vil være at pasienten selv skal kunne mestre situasjonen uten støtte fra helsepersonell. Her må veilederen, i vårt tilfelle sykepleieren, undersøke hvilken informasjon og kunnskap pasienten har vedørende egen situasjon og sykdom.

4.1.3 Individuelt fokus

Videre vil det å skaffe informasjon og planlegge og indentifisere mål være hensiktsmessig for å til slutt skape en god dialog som fører til samhandling mellom pasient og sykepleier (Eide & Eide, 2008, s. 292). Boyde et al., (2014) konkluderer med at fler enn en tredel av pasientene i studien hadde manglende kunnskaper vedrørende egen situasjon ved utskrivelse, noe som viser at man har en vei å gå når det kommer til veiledning og opplæring til pasienter på sykehus og hvor viktig god og presis kommunikasjon er. Videre forklarer Boyde et al., (2014) kompleksiteten ved opplæring av pasienter inneliggende på sykehus med vanskeligheter knyttet til når pasienten er klar for å motta informasjon. Av egen erfaring i pasientsituasjoner har jeg opplevd hvor viktig det er å ha et individuelt fokus for å kunne hjelpe og veilede på best mulig måte. Jeg har selv jobbet på et akutt mottak i psykiatrien. Her opplevde ofte hvor særlig viktig det er å tilpasse seg pasienten, for at informasjonen jeg skulle gi ble tatt imot. Tveiten (2009) forklarer viktigheten av en individuell vurdering av pasienten som et vilkår for god veiledning og undervisning. Dullaghan et al., (2014) hevder i sin studie at det var stor forskjell på hvordan pasientene i studien opplevde egen sykdom ut ifra hvilken type hjerteinfarkt de hadde hatt. Pasientene med et «mindre» alvorlig hjerteinfarkt var mindre villig til å endre livsstil, på tross av at sto i fare for å utvikle nye infarkt grunnet usunn livsstil, enn de pasientene med et alvorlig hjerteinfarkt. I et slikt tilfelle ser vi hvor viktig det er for oss

som sykepleiere å tilpasse informasjon etter pasientenes situasjon og oppfattelse av egen sykdom. Tveiten (2009) mener at pasienten selv må være aktiv i arbeidet med å lage en plan for endring. Dette vil gjøre det enklere å integrere nye vaner og føle eierskap til planen. Deltakerne i studien til Borge et al., (2014) forklarte hvor vanskelig det føltes å endre spisevaner da dette var knyttet opp mot regulering av forskjellige følelser. En informant forklarte maten som et rusmiddel som hadde blitt brukt både for å døyve smerter og kvikke opp humøret. Tomrommet som oppsto dersom man prøvde å kutte ned på maten ble for stort. Som helsepersonell må vi være i stand til å takle følelser hos pasientene. De har vært gjennom et potensielt livstruende hjerteinfarkt og mange vil trenge emosjonell støtte. Eide og Eide (2008) hevder behovet for trygghet og omsorg vil være stort på tross av at pasienten selv kan virke noe uberørt. Kristoffersen (2012) mener vi som helsepersonell må fokusere på å omforme undervisning til konkrete handlinger pasienten selv er i stand å mestre og integrere i egen hverdag. Blir målene for usannsynlige vil det være sannsynlig at motivasjonen synker.

Arntzen og Sandvold (2010) hevder i sin studie at mange innlagte pasienter opplever hjerteinfarkt som en siste advarsel og at dette fører til et sterkt ønske om å slutte å røyke. Helsepersonell på sykehuset bidro også til at dette ønsket ble forsterket ved å informere om røykens negative konsekvenser. På tross av dette hadde flere av pasientene i studiet vært innlagt tidligere uten å klare å slutte å røyke. Videre hevdes det i studien til Arntzen og Sandvold (2010) at hvordan man som sykepleier formidler informasjon til pasienten vil være avgjørende for om pasienten klarer å gjennomføre en livsstilsendring. Noen vil kanskje være så oppskaket over det nylige infarkt at man ikke er i stand til å ta imot informasjon enda, mens andre vil kunne være åpne for informasjon tidlig. Noen pasienter mente at saklig informasjon uten noe formanende tone var den beste måten å få hjelp, mens andre trengte at vi som helsepersonell var direkte og «streng» (Arntzen & Sandvold, 2010). Eide og Eide (2008) drar frem det å bruke en narrativ eller fortellende tilnærming til det å kunne få pasienten til å forstå hvilken informasjon pasienten trenger. Denne informasjonen kan være skjult for pasienten selv. Åpne spørsmål som; «hvordan går det» eller «hvordan opplever du situasjonen din?» kan hjelpe sykepleieren med å forstå hvilke temaer som burde undersøkes videre (Eide & Eide, 2008, s. 294). Boyde et al., (2014) trekker frem hvordan det å individualisere informasjonen som skal gis som hensiktsmessig. Videre hevder de i studien at mange sykepleiere blir for opptatt med å tenke på informasjonen i seg selv og ikke på hvordan informasjonen legges frem. Pasientenes egne oppfattelser av informasjonen stemte nødvendigvis ikke med virkeligheten, og halvparten hadde glemt at de hadde fått informasjon. Dette kunne forklares med vanskeligheter med å fokusere under samtale med helsepersonell, følelse av ydmykelse og for mye informasjon på en gang (Boyde et al., 2014). Tiden er knapp og mange pasienter ligger ikke mange dagene før utskrivelse etter et hjerteinfarkt. Dette gjør at en hensiktsmessig måte vil være å gi individualisert informasjon i form av korte og konsise samtaler (Boyde et al., 2014). Viktigheten av individualisert fokus bekreftes også av Dullaghan et al., (2014) der man ved å lage individualiserte oppfølgingsprogram for pasientene og evaluerte dette etter et år hadde signifikante reduksjoner i kolesterol og blodtrykk. Dette var nettbasert og pasientene hadde tilgang til sin egne individuelle plan på sykehusets nettside.

4.1.4 Struktur og organisering av sykepleien

Hvordan vi strukturerer og organiserer sykepleien vil kunne spille inn i hvordan pasientene motiveres til livsstilsendring. En fellesnevner hos flere av studiene er

oppfølging i ettertid av utskrivelse. Både Kavradim og Özer (2019) og Mok et al., (2013) trekker frem oppfølging ved hjelp av telefonsamtaler i etterkant av utskrivelse. Mok et al., (2013) strukturerer sykepleierintervensjonen i tre deler. Først fikk pasientene en samtale ansikt til ansikt på tretti minutter. Dette ble ledet av en kardiologisk sykepleier. Videre fikk pasientene en egen informasjonsbok som der pasientene lett kunne finne informasjon og selv kunne skrive inn daglige notater om hvordan ting hadde utviklet seg dag for dag. Den samme kardiologiske sykepleieren som hadde snakket med pasienten på sykehuset var ansvarlig for å følge opp pasientene gjennom fire telefonsamtaler fordelt utover åtte uker. Som nevnt tidligere i oppgaven er dette et tiltak som vil være svært enkelt for både sykepleier og pasient å gjennomføre. Det kreves svært lite av begge parter og samtalen trenger ikke være lang for å kunne ha god effekt. Arntzen og Sandvold, (2010) trekker frem uenigheter blant sykepleierne om hvorvidt man tråkket for langt inn i pasientenes privatliv ved å ringe de etter utskrivelse. Videre forteller studien at pasientene selv var positive til dette, og om man ikke var det kunne man enkelt gi beskjed før utskrivelse at man ikke ønsket en slik oppfølging. Det er mange forskjellige måter å undervise på. Det arrangeres tverrfaglige kurs/hjerteskolere for pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt. Min tanke er at individuell oppfølging burde være et supplement til hjerteskolene/kursene og på ingen måte erstatte disse. Fordelen med å samle fler pasienter i en gruppeundervisning vil være flere. Tveiten (2009) nevner fellesskapsfølelsen en slik undervisningsform kan skape, da pasientene kan både dele og dra nytte av hverandres erfaring.

Det finnes mange gode løsninger og ideer til hvordan vi som sykepleier kan motivere til livsstilsendring hos pasientene. Min erfaring etter å ha vært i praksis på flere sykehusavdelinger er hvordan mangel på tid vil skape problemer for oss som helsepersonell. Arntzen og Sandvold (2010) hevder i sin studie at rammevilkårene for en sykepleier i undervisningssituasjon burde endres. Det var for lite tid til veiledning og for dårlig kompetanse hos sykepleierne. Dette kan endres ved at ledelsen hos en avdeling øker fokus på opplæring av egne ansatte og legger til rette for at undervisning og veiledning av pasienter kan gjennomføres uten å gå på akkord med andre gjøremål. Av egen erfaring tror jeg mye av problemet ligger i mangel på nok ansatte på jobb. Har man dårlig tid og problemer med å rekke over alle oppgavene vil man prioritere det mest primære.

4.2 Metoderefleksjon

I denne oppgaven inkluderes det både kvantitativ og kvalitativt forskning. Dette gjør at forskningen som presenteres både er innhentet ved hjelp av intervjuer av et mindre antall folk, og større studier med mange deltakere. Dette gjør at studiene belyser forskjellige aspekter ved problemstillingen. En slik kombinasjon av tall og erfaringer gir meg som student en bedre forståelse for temaet og større forutsetning for å drøfte temaet på en nyansert måte. Temaet hjerteinfarkt er stort. Jeg har derfor måtte avgrense en god del i søkene mine for å finne relevante artikler. På tross av eksklusjonskriteriene har jeg valgt å inkludere 2 artikler som er eldre enn ti år. Dette begrunnes med at artiklene «kun» er noen år eldre enn det kriteriet som var satt, og at de ble funnet svært relevante for oppgaven.

Arntzen og Sandvold (2010) retter sin forskning mot røykesutt. Selv om min oppgave primært har fokusert på livsstilsendring og kosthold, fant jeg denne svært relevant for

min oppgave da den sier mye om hvordan sykepleiere kan motivere til endring. Noen av studiene benytter seg av spørreskjema, noe som kan være upresist fordi pasientene kan krysse av feil med vilje. På samme måte kan telefonsamtaler i etterkant av utskrivelse være noe upresis da man ikke vet om pasienten oppgir riktig informasjon. Det kan være mange årsaker til dette, noen vil kanskje kjenne på skam ved å ikke ha mestret å endre på spisevaner, og som en følge av det velge å ikke oppgi sannheten rundt egen endring.

Det ble forsøkt å finne studier som ble gjennomført i Europa i land som er mest «likt» Norge. På tross av dette ble det inkludert flere studier fra andre verdensdeler, da det ble vurdert at helsevesenet i de ulike landene var tilfredsstillende og overførbar til norsk helsevesen. Vi kan også ha i bakhodet at effekten av å delta i en forskningsprosjekt vil kunne i seg selv øke motivasjon for endring.

4.3 Konklusjon

Sykepleiere ved hjerteavdelinger har begrenset tid i møte med pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt. Kort liggetid, turnusarbeid og manglende fokus på veiledning og opplæring kan gjøre det vanskelig for sykepleiere å motivere til livsstilsendring mens pasienten er innlagt. Det er forsøkt å utdype hva som er viktig å fokusere på i det korte vinduet sykepleieren har til rådighet. Resultater fra forskning viser at det er en sårbar gruppe, som nettopp har opplevd noe svært dramatisk. Dette gjør at det i stor grad vil variere hvor mottakelig pasientene er for undervisning og veiledning. Ved å ha gjennomgått forskjellige studier og aktuell teori, har det kommet frem at forutsetningene må bedres dersom det skal være mulig for en sykepleier å motivere til endring. Dette omhandler både kunnskap hos sykepleierne, men også rammevilkår som hvordan avdelingen er strukturert, og om lederne har fokus på undervisning og veiledning av pasientene. Sykepleiere har en unik rolle da det er de som tilbringer mest tid med pasientene. Dette bør utnyttes, og det burde legges til rette for at sykepleierne har mulighet til å gjennomføre undervisning og veiledning, da studier inkludert i oppgaven viser positive effekter av dette. Oppfølging av pasienter ved hjelp av telefon er trukket frem som noe svært positivt og noe det burde legges til rette for. Undervisningen burde individualiseres og pasienten burde inkluderes i arbeidet ved å lage en plan for pasienten. Dette vil bidra til at pasienten får eierskap til planen og det vil være enklere å integrere den i hverdagen utenfor sykehuset.

Referanser

- Ariansen, I. K. (2021, November 26). *Hjerte- og karsykdommer i Norge* . Hentet fra Folkehelseinstituttet: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/>
- Arntzen, A., & Sandvold, B. (2010). Hvordan veilede om røykeslutt. *Sykepleien forskning*, 3(5), 182-190. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0101>
- Borge , L., Christiansen, B., Fagermoen, M. S. (2012). Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt. *Sykepleien forskning*, 2012, Vol.7 (1), p.14-20 . <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0024>
- Boyde, M., Grenfell, K., Brown, R., Bannear, S., Lollback, N., Witt, J., Jiggins, L., Aitken, L. (2014). What have our patients learnt after being hospitalised for an acute myocardial infarction? *ScienceDirect*, 2015, Vol.28 (3), p.134-139. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2014.05.003>
- Christiansen, B. (2017). *Helseveiledning (1. utgave, 3. opplag)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving (6. utgave)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dullaghan, L., Lusk, L., McGeough, M., Donnelly, P., Herity, N., Fitzsimons, D. (2014). 'I am still a bit unsure how much of a heart attack it really was!' Patients presenting with non-ST elevation myocardial infarction lack understanding about their illness and have less motivation for secondary prevention. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2014, Vol.13 (3), p.270-276. <https://doi.org/10.1177/1474515113491649>
- Eide, H., & Eide, T. (2008). *Kommunikasjon i relasjoner (2. utgave, 2. opplag)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian journal of advanced nursing*, 2003, Vol.20 (2), p.22-6. Hentet 21. Mai 2021 fra <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Helsebiblioteket. (2016, Juni 3). *Sjekklistor*. Hentet 01.05.2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsebiblioteket. (2020, Mai 27). *Hjerteinfarkt - behandling og forebygging*. Hentet 01.05.2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/hjerte-og-kar/hjerteinfarkt>
- Helsedirektoratet. (2018, Oktober 5). *Kosthold ved hjerte- og karsykdom*. Hentet 03.05.2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/kosthold-ved->

diagnoser-og-sykdomstilstander/rad-om-kosthold-ved-ulike-diagnoser-og-sykdomstilstander/kosthold-ved-hjerte-og-karsykdom

- Irmak, Z. & Fesci, H. (2009). Effects of nurse-managed secondary prevention program on lifestyle and risk factors of patients who had experienced myocardial infarction. *ScienceDirect*, 2010, Vol.23 (3), p.147-152.
<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2008.07.004>
- Kavradim, T. S & Özer, C. Z. (2019). The effect of education and telephone follow-up Intervention based on the Roy Adaptation Model after myocardial infarction: randomized controlled trial. *Scandinavian journal of caring sciences*, 2019, Vol.34 (1), p.247-260. <https://doi.org/10.1111/scs.12793>
- Kristoffersen, N. J. (2012). Livsstil og endring av livsstil. I N. Jahren, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red), *Grunnleggende sykepleie, Bind 1: Pasientutfordringer og livsutfordringer (2.utg., s. 99)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Magnus, P., & Bakketeig, L. (2000). *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mok, V. K. F., Sit, J. W. H., Tsang, A. S. M., Chair, S. Y., Cheng, T. L., Chiang, C. (2013). A Controlled Trial of a Nurse Follow-up Dietary Intervention on Maintaining a Heart-Healthy Dietary Pattern Among Patients After Myocardial Infarction. *Journal of cardiovascular Nursing*, 2013, Vol. 28 (3), p.256-266.
<https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e31824a37b7>
- Norsk Helseinformatikk. (2020a, Juli 6). *Hjertet*. Hentet 29.02.2022 fra <https://nhi.no/kroppen-var/organer/hjertet/>
- Norsk helseinformatikk. (2020b). Hva er hyperlipidemi. Hentet 29.04.2022 fra <https://nhi.no/sykdommer/hjertekar/ulike-sykdommer/hoyt-kolesterol-hyperlipidemi/>
- Norsk Helseinformatikk. (2021a, August 10). *Røyking og koronar hjertesykdom*. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/hjertekar/kost-trening-og-hjerte/royking-og-koronar-hjertesykdom/>
- Norsk Helseinformatikk. (2021b, September 6). Hentet fra Behandling av akutt hjerteinfarkt: <https://nhi.no/sykdommer/hjertekar/koronarsykdom/hjerteinfarkt-behandling/>
- Norsk senter for forskningsdata. (2019). Hentet 28.04.2022 fra <https://www.nsd.no>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkeretiske retningslinjer*. Hentet 28.04.2022 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Hentet 29.04.2022 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Spesialisthelsetjenesteloven . (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-63.)*. Hentet 1.05.2022 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Thoresen, L., Borchsenius, C., & Sjøen, R. J. (2019). *Sykepleierens Ernæringsbok (5. Utgave)*. Oslo: Gyldendal Akdademisk.

Tjordal, M. S. (2021, November 11). *Hjerteinfarkt*. Hentet 2.05.2022 fra <https://www.lhl.no/hjerte-og-karsykdommer/hjerteinfarkt/>

Van den Wijngaart, L. S., Sieben, A., Van der Vlugt, M., De Leeuw, F. E., Bredie, S. J. H. (2014). A Nurse-Led Multidisciplinary Intervention to Improve Cardiovascular Disease Profile of Patients. *Western Journal of Nursing Research*, 2014, Vol.37 (6), p.705.723. <https://doi.org/10.1177/0193945914533427>

Wyller, V. B. (2014). *Syk 1 (3. utgave 1. opplag)*. Oslo: Capellen Damm Akademisk

