

Hvordan kan sykepleier motivere pasienter med iskemisk  
hjertesykdom til livsstilsendring?

En litteraturstudie

Kandidatnummer: 1040

Diakonhjemmet Høgskole

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 11SYKHEL

Antall ord: 10670

Dato 13.03.14

## **Sammendrag**

### **Hensikt**

Hensikten er å finne ut hvordan sykepleier kan motivere pasienter med iskemisk hjertesykdom til livsstilsendring.

### **Metode**

I oppgavens metode er det brukt prinsippene i en systematisk litteraturstudie. Jeg har brukt fem kvalitative forskningsartikler som belyser tema i problemstillingen, og drøftet resultatene i forskningen opp mot teorien funnet i annen litteratur.

### **Funn**

Mange av pasientene ytret interesse for en lengre og tettere oppfølging etter endt sykehusopphold. Fordi det var utfordrende å skulle gjennomføre og opprettholde livsstilsendringene på egenhånd.

### **Diskusjon**

Det er viktig at sykepleier legger til rette for en god og trygg relasjon med pasienten. Ved å stille åpne spørsmål til pasientens refleksjon, kan sykepleier hjelpe pasienten til å finne sine behov. Som bidrar til brukermedvirkning.

### **Konklusjon**

Det er viktig at sykepleier strukturerer og planlegger sin veiledning til pasient og pårørende. Sykepleier bør forsøke å møter pasienten med åpenhet, for å skape en god relasjon.

## Innhold

<b>1 INNLEDNING</b> .....	<b>4</b>
1.1 BAKGRUNN OG BEGRUNNELSE FOR VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING .....	4
1.2 PRESENTASJON, AVGRENSNING OG PRESISERING AV PROBLEMSTILLING .....	6
1.3 BEGREPSAVKLARING .....	7
1.3.1 Hjerte- og karsykdommer .....	7
1.3.2 Iskemisk hjertesykdom .....	7
1.3.3 Motivasjon .....	8
1.3.4 Livsstilsendringer.....	8
1.3.5 Pasient .....	8
1.4 DISPOSISJON.....	8
<b>2 TEORI</b> .....	<b>10</b>
2.1 ISCHEMISK HJERTESYKDOM .....	10
2.1.1 Aterosklerose .....	10
2.1.2. Stabil- og ustabil angina pectoris .....	11
2.1.3. Hjerteinfarkt .....	11
2.2 HØYT BLODTRYKK/HYPERTENSJON .....	12
2.3 KOMMUNIKASJON .....	12
2.4 MOTIVASJON OG MESTRING .....	14
2.5 PATRICIA BENNER OG JUDITH WRUBEL MESTRINGSFILOSOFI .....	16
<b>3 METODE</b> .....	<b>18</b>
3.1 HVA ER METODE?.....	18
3.2. LITTERATURSTUDIE SOM METODE .....	18
3.3 FREMGANGSMÅTE.....	19
3.4 KRITIKK .....	20
3.5 ETIKK .....	21
<b>4 FUNN</b> .....	<b>22</b>
4.1 ARTIKKEL 1 .....	22
4.2 ARTIKKEL 2.....	23
4.3 ARTIKKEL 3.....	25
4.4 ARTIKKEL 4.....	26
4.5 ARTIKKEL 5.....	27
<b>5 DRØFTING</b> .....	<b>29</b>
5.1 KOMMUNIKASJON .....	29
5.2 MOTIVASJON OG MESTRING .....	30
5.3 BRUKERMEDVIRKNING .....	32
<b>6 KONKLUSJON</b> .....	<b>34</b>
<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>36</b>
<b>VEDLEGG</b> .....	<b>40</b>

# 1 Innledning

I vinter leste jeg en artikkel på forskning.no om forskning gjort i Danmark angående befolkningens høye saltinntak. Artikkelen henviste til forskning som viste resultater på at befolkningens gjennomsnittlige saltinntak er i dag mye høyere enn behovet (Mathisen 2013). Dette gjorde meg nysgjerrig, og jeg fikk derfor lyst til å finne ut mer om dette. Forskning viser at for høyt saltinntak kan føre til økt blodtrykk (Sjøen og Thoresen 2012:172). Det blir skrevet mye i norske medier om befolkningens høye blodtrykk, høyt kolestrolnivå, fedme og dårlig helse på grunn av livsstil. Statistikken bekrefter at hjerte- og karsykdommer er et problem ved at iskemisk hjertesykdom er den hyppigste dødsårsaken i Norge i 2012. I praksis har jeg fått lite erfaring med denne type fokus, jeg syntes dette er interessant og et viktig tema og ønsker derfor å kunne sette meg inn i dette for å styrke min kompetanse.

## 1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema og problemstilling

I dette kapittelet skal jeg først presentere hvordan jeg kom frem til den valgte problemstillingen, deretter begrunne hvorfor jeg valgte akkurat dette tema. Jeg skal også legge frem problemstillingen og presiseringen av denne, og forklare ordene som er brukt i problemstillingen for til slutt vise disposisjonen for oppgaven.

På verdensbasis er hjerte- og karsykdommer den hyppigste dødsårsaken. I 2008 døde 17,3 millioner mennesker av hjerte- og karsykdommer, av disse var 7,3 millioner av dødsfallene forårsaket av iskemisk hjertesykdom. Verdens helseorganisasjon "WHO" hevder at antallet dødsfall forårsaket av hjerte- karsykdommer vil øke til 23.3 millioner innen 2030 (World Health Organization 2013).

Statistisk sentralbyrå viser at den hyppigste dødsårsaken i Norge i dag er iskemisk hjertesykdom, men forekomsten av denne dødsårsaken har blitt redusert med 38% de siste 10 årene til 2012 (Statistisk sentralbyrå 2013). Statistikken viser i dag at fremdeles 8 av 10 dødsfall er forårsaket av hjerte- karsykdommer og ondartet kreft (Statistisk sentralbyrå 2013). Hjerte- og karsykdommer er en av de vanligste årsakene til at mennesker går til legen, bruk av legemidler, sykemelding, utføretrygding og totale sykdomskostnader i Norge. Dette viser hvilke utfordringer og kostnader dette har for samfunnet (Drevon og Blomhoff 2012:24). Før andre verdenskrig var hjerte- og karsykdommer en sjelden sykdom i Norge, men i etterkrigstiden fikk sykdommen en stor økning. Diagnoseforekomsten ble mer enn fordoblet i Norge fra 1950 til 1970. Antallet rammede i dag er nesten det samme som på 1950-tallet.

Reduksjonen skyldes at forebygging og behandling har blitt bedre (Sjøen og Thoresen 2012:163). Økning av diagnostiserte mennesker med hjerte- og karsykdommer kunne også sees i andre vestlige land omtrent på samme tid som i Norge. Denne økningen kom tidligere og kraftigere i USA, men land i Mellom-Amerika og Sør-Amerika, Afrika og Asia viste minimal økning. Dette tydet på at forekomsten av hjerte- og karsykdommer var størst i rike industriland. Når en diagnose har stor økning i noen land og minimal eller ingen økning i andre land, kan det ha sammenheng med forandring i livsstil og miljø (ibid. 164).

I følge Helsedirektoratet inneholder dagens kosthold for mye mettet fett, sukker, salt og alkohol og inneholder for lite kostfiber og enkelte vitaminer og mineraler i forhold til ”Norske anbefalingene for ernæring og fysisk aktivitet” (2013:24). Dette er med på å øke risikoen for en økende utvikling av hjerte- karsykdommer og andre helseskader som blant annet kreft, overvekt og type 2-diabetes. Mangel på aktivitet er også en annen helserisiko i dagens samfunn (Helsedirektoratet 2013:24).

Helsedirektoratet har i oppgave å samarbeide med andre samfunnssektorer i å bedre folkehelsen, og har derfor ansvar for å vurdere kostholds utviklingene i Norge (2013:4). For å veilede befolkningen til hva som er et sunt kosthold har Helsedirektoratet utviklet anbefaling om inntak av næringsstoffer ”Norske anbefalinger for ernæring og fysisk aktivitet” basert på ”Nordiske anbefalinger 2004” som er utgitt i 2005 og revidert versjon ble utgitt høsten 2013. I 2014 vil det bli publisert nye nordiske anbefalinger, helsedirektoratet skal da gi ut nye norske anbefalinger basert på de nordiske anbefalingene (Helsedirektoratet 2013:4). Helsedirektoratet viser til at endring av kostholdet etter deres anbefalinger vil være med på å redusere risikoen for å utvikle hjerte- karsykdommer (ibid. 24).

Et annet tiltak som er gjort i Norge er nøkkelhullmerking, som er merking av matvarer som er sunnere alternativer. Nøkkelhullmerkingen har som mål å bidra til et sunnere kosthold i befolkningen, ved å gjøre det lettere for forbrukere å velge sunt og i håp om at produktene skal oppfordres til å produsere sunnere alternative matvarer (Helsedirektoratet 2011).

I forbindelse med samhandlingsreformen kom Helsedirektoratet med en anbefaling om å opprette frisklivssentraler i alle kommuner. Frisklivssentralen er etablert for mennesker med behov for livsstilsendringer, og skal fungere som et ressurs og kontaktpunkt for andre helsefremmende tiltak i kommunene. På frisklivssentralene er det ansatt helsefagarbeidere med pedagogisk bakgrunn, blant annet sykepleiere (Rehabilitation international Norge 2012:4). Å undervise og veilede pasienter og pårørende er en sentral sykepleieroppgave, dette kan for

eksempel skje i form av en samtale eller undervisning i grupper. Sykepleiere må i tillegg til å ha kunnskap om sykdom og konsekvenser av sykdom, ha kunnskaper om lærings- og mestingsprosesser (Lerdal 2011). Frisklivssentralen har blant annet et ”Bra-Mat-kurs”, kurset har som mål å kunne gi varige kostholdsendringer. Kurset følger prinsippene for endringsfokuset veiledning (Rehabilitation international Norge 2012:4).

## 1.2 Presentasjon, avgrensning og presisering av problemstilling

Sykdomstilstander i hjerte- og kar (blodårer) har som regel årsak i en blanding av arvelige faktorer og påvirkning av miljø, som for eksempel røyking, høyt kolesterol nivå og høyt blodtrykk (Graff-Iversen, Seimer, Tverdal og Hånes 2014). Helsedirektoratet skriver at de viktigste årsakene til redusert helse og levealder i Europa er røyking, fedme, fysisk inaktivitet, usunt kosthold og alkohol (2013:24).

Livsstilsvaner er noe man har integrert, vaner man muligens har hatt igjennom hele livet. De er integrert. Endring av livsstilsvaner er altså å endre på det man er vant med. Pasienten er da nødt til å ta i mot den kunnskapen han/hun får og gjøre om dette til å bli sine egne vaner. Informasjon og læring fra sykepleier skal bli gjort om til handlinger som pasienten selv må inkludere i sin hverdag. Dette kan være en svært utfordrende prosess, hvor pasienten trenger støtte og veiledning på veien (Kristoffersen 2011a:236).

Når sykepleier skal hjelpe pasienten til livsstilsendringer, så er det ikke tilstrekkelig at sykepleier kun har kunnskap om kosthold og aktivitet. Sykepleier må vite hvordan man kan motivere pasienten til å selv ha lyst til å utføre livsstilsendringer og vedlikeholde dem. Det er viktig at sykepleier innehar gode kommunikasjonsferdigheter og er en god lytter. Kommunikasjon er viktig for å informere og veilede pasientene til å kunne ta egne valg om hvordan man kan oppnå livsstilsendringer (Sjøen og Thoresen 2012:378).

I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere under punkt 2. sykepleie og pasient, sier punkt: 2.1 *Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom* (Norsk sykepleieforbund 2011:8). For at sykepleier skal kunne bidra med dette hos pasienter som har en ischemisk hjertesykdom forutsetter dette at sykepleier deler sin kunnskap og informasjon med pasienten om både medikamentell behandling og helsegevinsten med livsstilsendringer. Yrkesetiske retningslinjer punkt 2.4 *Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og*

*forsikre seg om at informasjonen er forstått* (ibid. 8). På bakgrunn av dette har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

*”Hvordan kan sykepleier motivere pasienter med iskemisk hjertesykdom til livsstilsendring?”*

I denne oppgaven har jeg valgt å ta utgangspunkt i begge kjønn, siden sykdommen kan ramme både menn og kvinner, selv om menn har større sjanse for å bli rammet. Forskning har vist at kvinner har en høyere gjennomsnittsalder enn menn ved diagnostidspunkt (Drevon og Retterstøl 2012:384). I arbeid mot å forebygge videre utvikling og forverring av koronararterien til hjertet er det viktig at sykepleier sammen med pasienten setter i gang tiltak. I Oslo-undersøkelsen ble det dokumentert at de fikk redusert forekomsten av hjerteinfarkt med omtrent 50%, ved å legge om kostholds- og røykevaner hos en utvalgt gruppe med menn som hadde en moderat økt risiko for å få hjerteinfarkt. Derfor har jeg valgt å fokusere på livsstilsendringer med hovedvekt på kostholdsendringer i denne oppgaven (Drevon og Blomhoff 2012:24). Jeg har valgt å ikke begrense oppgaven i forhold til hvor sykepleiere møter pasientene, fordi det kan være spennende og lærerikt og se hva forskningen på flere arenaer viser. Sykepleier kan møte disse pasientene på blant annet sykehus, poliklinikk, lærings- og mestringscenteret eller frisklivssentralen.

## **1.3 Begrepsavklaring**

### **1.3.1 Hjerte- og karsykdommer**

Hjerte- og karsykdommer omfatter sykdommer i hjertet og blodårene, som for eksempel hjerteinfarkt, angina pectoris (hjertekrampe), hjertesvikt og hjerneslag (Graff-Iversen m.fl. 2014).

### **1.3.2 Iskemisk hjertesykdom**

Iskemi er en tilstand hvor den arterielle blodstrømmen ikke er tilstrekkelig for å opprettholde vevets oksygentilførsel i forhold til behovet. Iskemisk hjertesykdom vil si at blodtilførselen til hjertets muskulatur er mindre enn behovet, og hjertemuskulaturen får ikke dekket sitt oksygenbehov. Iskemisk hjertesykdom omtaler både angina pectoris, ustabil angina pectoris og hjerteinfarkt (Ørn og Brunvand 2011:163).

### 1.3.3 Motivasjon

Begrepet motivasjon kommer fra det latinske ordet ”movere”, dette betyr å bevege. I motivasjonpsykologien er de opptatt av i hvilken retning vi handler, hva som får oss til å handle ”bevege” oss. Hva som er drivkraften til utholdenhet og intensitet. Ved å observere menneskers handlinger og årsaken til handlingene, kan man som helsearbeider ha bedre forutsetning til å oppnå forståelse for hva som fungerer som motivasjonskraft for pasienten. Dette er en forutsetning for helsearbeideren for å kunne påvirke pasientens motivasjon (Nordhelle 2010a:49).

### 1.3.4 Livsstilsendringer

Begrepet livsstil har mange definisjoner og forståelser. Generelt omtales det som levevaner i sammenheng med helse. Innenfor litteratur og medisin blir livsstil omtalt som de handlinger mennesket gjør som kan føre til økt risiko for sykdom og tidlig død. Livsstil blir utformet både individuelt og kollektivt, fordi de valgene man subjektivt tar kan være valgt innenfor rammer satt av kollektivet. Livsstilsendringer blir da endringer i livsstilen. Livsstilsendringer kan innebære blant annet, endringer i kosthold, aktivitetsnivå, søvnrutine og andre grunnleggende handlinger/behov mennesker har i livet (Kristoffersen 2011a:199-200).

### 1.3.5 Pasient

I følge lovdata er pasient definert som

*en person som henvender seg til helse- og omsorgstjeneste med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelt tilfelle (pasient- og brukerrettighetsloven).*

## 1.4 Disposisjon

Denne oppgaven er inndelt i seks kapitler. Det første kapitlet er innledningen, der jeg forklarte hvordan jeg kom frem til temaet for problemstillingen, deretter begrunnelse for valg av tema, presentasjon av problemstillingen og til slutt gitt en begrepsavklaring.

Kapittel to er teoridelen, der vil jeg komme inn på hva iskemisk hjertesykdom er, utviklingen av sykdommen, risikofaktorer og de mulige utfallene som angina pectoris og hjerteinfarkt. Jeg vil også presentere sykepleieteori om kommunikasjon, mestring og motivasjon.

Kapittel tre er metodedelen, der vil metodebegrepet bli definert, en forklaring av litteraturstudie, fremgangsmåten for metoden, en etikk del og til slutt kildekritikk.



Fjerde kapitlet vil funnene fra forskningsartiklene som er brukt lagt frem med utgangspunkt i imrad-struktur.

Det femte kapitlet er drøftingsdelen, oppbygningen på dette kapitlet er basert på teorikapitlet. I tillegg har jeg lagt til et underkapittel om brukermedvirkning i dette kapitlet. Det sjette kapitlet er avslutningskapitlet, altså oppgavens konklusjon.

## 2 Teori

I dette kapittelet skal jeg fortelle hva ischemisk hjertesykdom er, forklare litt om aterosklerose, stabil- og ustabil angina pectoris, hjerteinfarkt og hypertensjon (høyt blodtrykk). Jeg skal også trekke inn kommunikasjonsferdigheter sykepleier burde ha i møte med pasienter, og motivasjon og mestring. Til slutt skal jeg presentere Patricia Benner og Judith Wrubel sitt sykepleiesyn på mestring.

### 2.1 Ischemisk hjertesykdom

Ischemisk hjertesykdom (hjerteinfarkt) kommer av for liten blodtilførsel til hjertetmuskelen som kan forårsakes av aterosklerose og arterielle tromber. Disse hjertesykdommene vil øke risikoen for nye hjerteinfarkt og utvikling av hjertesvikt (Ørn, S. 2011:160-161).

#### 2.1.1 Aterosklerose

Aterosklerose også kalt åreforkalkning oppstår oftest i mellomstore arterier i hjerte (koronararterier), hjernen, beina og aorta. Prosessen begynner med skade i endotelet i arterien. Skadene kommer av blant annet faktorer som høyt kolesterol nivå i blodet, høyt blodtrykk og røyking. Når det er oppstått skade i endotelet vil blant annet kolesterolholdige stoffer i blodet gå igjennom endotelet og til åreveggen. I åreveggen forsøker makrofagene å fjerne disse stoffene, ved å spise dem. Når makrofagene har spist for mye fettstoffer vil de sprekke og utløse en betennelsesreaksjon i åreveggen. Det oppstår da innvekst av glattmuskelceller, hvite blodlegemer og bindevev og dermed en samtidig opphopning av fettstoffer og kalksalter. Åreveggene vil da bli fortykkede og hulrommene for blodpassasje vil bli mindre. Dette fører til at kroppen ikke klarer å opprettholde blodsirkulasjonen og dermed blir ikke oksygentilførselen til hjertet optimalt ved aktivitet. Dette kan føre til angina pectoris (hjertekramper), som utløser smerter i brystet. Om situasjonen ikke blir behandlet, vil det kunne oppstå forverring. Blodet vil kunne koagulere i området hvor åreforkalkningen er oppstått, som fører til en trombose "blodpropp" som vil kunne tette blodåren helt slik at blodtilførselen til hjertet opphører og det vil utvikles et hjerteinfarkt. Ved et hjerteinfarkt vil den delen av hjertetmuskelen som blir utsatt for blodmangel og derav oksygenmangel (iskemi) dø (Sjøen og Thoresen 2012:165).

### 2.1.2. Stabil- og ustabil angina pectoris

Angina pectoris er betegnelsen på smerter ved iskemi i hjertet, som kan oppleves som klem bak brystbenet og stråling opp i halsen, kjeven og ut i venstre arm. Angina pectoris er et symptom på iskemi i hjertemuskulaturen. Smertene oppstår ved at det dannes kjemiske stoffer ved oksygenmangel som stimulerer smertefibrene, og oppstår derfor ved økt oksygenbehov til hjertet (Ørn og Brunvand 2011:165). Man kan ha stabil- eller ustabil- angina pectoris. Stabil angina pectoris vil si at forsnevringene ikke blir verre over tid ”holder seg stabile”. Ustabil angina pectoris kommer av en hurtig voksende forsnevring av en koronararterie. Eventuelle skader ved ustabil angina pectoris er ikke betydningsfulle, men kan være et tegn på at man står i fare for å utvikle et hjerteinfarkt. Ved ustabil angina kan man også oppleve smerter i hvile (ibid. 164-165).

### 2.1.3. Hjerteinfarkt

Hjerteinfarkt er når deler av hjertemuskulaturen dør (nekrotiserer) på grunn av oksygenmangel. Hjerteinfarkt kan oppstå ved at en koronararterie er delvis eller helt tett, og blodtilførselen til hjertemuskulaturen som forsynes av arterien reduseres eller opphører (iskemisk tilstand). Celledød skyldes da oksygenmangelen i cellene. Hjerteinfarkt kan deles inn i ikke-ST-hevningsmyokardinfarkt (ikke-STEMI) og ST-elevasjonsmyokardinfarkt (STEMI). Ved et ikke-STEMI infarkt er oksygenforsyningen til hjertemuskulaturen lavere enn behovet. STEMI vil si at det er en total tilstopning av en koronararterie, og blodstrømmen til den delen av hjertemuskulaturen koronararterien forsyner er fullstendig opphørt (Ørn og Brunvand 2011:165).

For å forebygge utvikling av nytt hjerteinfarkt, er det viktig å ha et kosthold med mindre-mettet fett, transfett, kolesterol og energi og heller øke inntak av umettet fett, fisk, frukt og grønnsaker (Drevon og Blomhoff 2012:22). Studier tyder på at et høyt inntak av mettet fett øker risikoen for å utvikle aterosklerose, og at noen typer flerumettede- og enumettede fettsyrer i kosten reduserer risikoen (ibid. 135-136). En svært viktig risikofaktor for hjerteinfarkt er høyt kolesterolnivå. Alderen er den viktigste risikofaktoren for utvikling av aterosklerose, genetikk har også en innvirkning. Dette er risikofaktorer man ikke kan gjøre noe med, men ved å endre levevanene som særlig ved kosthold, eventuelt røykeslutt og økt fysisk aktivitet vil være med å redusere risikoen for et nytt hjerteinfarkt (Drevon og Retterstøl 2012:383-384).

## 2.2 Høyt blodtrykk/hypertensjon

Det er små overganger mellom hva som kan regnes som normalt blodtrykk, og høyt blodtrykk. Optimalt blodtrykk er 120 i overtrykk og 80 i undertrykk. Høyt blodtrykk er en viktig risikofaktor til aterosklerose og til utvikling av hjerteinfarkt. Ved å redusere blodtrykket kan man forebygge eller forsinke utviklingen av disse sykdommene og andre livsstilssykdommer (Ørn 2011:101).

Høyt blodtrykk har sammenheng med både arv og livsstil, og er en av de viktigste risikofaktorene til hjerte- og karsykdommer. Blant annet aktivitet, saltinntak, alkoholinntak og overvekt har negativ innvirkning på blodtrykket. Omega-3-fettsyrer fra fisk er med på å redusere blodtrykket. Vedvarende høyt blodtrykk kan skade blodårene og medføre at de sprekker, et samtidig høyt blodtrykk og et høyt kolesterolnivå vil øke hastigheten på utvikling av aterosklerose. Mennesker med høyt blodtrykk bør spise mindre salt, trene, spise mer fet fisk og tran, dersom man er overvektig burde man gå ned i vekt og redusere inntaket av alkohol. Ved eventuelt meget høyt blodtrykk må man i tillegg bruke blodtrykkssenkende medikamenter (Sjøen og Thoresen 2012:172-173).

## 2.3 Kommunikasjon

Det finnes forskjellige metoder for kommunikasjon, veiledning og hjelp til motivasjon. Hvilke metoder som fungerer for pasientene er individuelt og kommer derfor an på hvilken situasjon personen er i og personen selv. Det kan derfor være viktig å skape en god relasjon til pasienten og finne ut hva som kan hjelpe den enkelte personen man skal veilede (Eide og Eide 2011:337).

Det finnes ulike måter å veilede mennesker som ønsker endring, en type veiledningsstrategi er ”endringsfokuset veiledning”. Denne type veiledning tar utgangspunkt i å undersøke hva som er pasientens aktuelle problem, og deretter utarbeide en plan for hvordan man kan løse problemet. Første fasen i veiledningen, er å øke pasientens bevissthet om problemet. I denne fasen kan det være vanskelig for sykepleier å hjelpe pasienten å komme frem til sitt problem, uten å moralisere. Sykepleier bør da unngå å informere pasienten om livsstilsendringer, med mindre pasienten har uttrykt ønske om det (Eide og Eide 2011:338-339). I stede kan sykepleier forsøke å møte pasienten med åpenhet og skape en allianse med hans ressurser, igjennom åpne spørsmål, oppmuntring, anerkjennelse og lytte til pasienten. Fordi det er pasienten selv som skal gjennomføre handlingene som skal til for å bli bedre, det er sykepleier

sin oppgave å veilede pasienten med sin kunnskap til å gjøre valg som kan være med på å bedre pasientens helsetilstand, på pasientens premisser (ibid. 332 og 339). En mulig strategi sykepleier kan bruke er å sette bort ønskene om resultat og heller fokusere på relasjonen, og ved hjelp av bekreftelse bidra til at pasienten opplever trygghet og tillitt til å reflektere. Slik gjøre det mulig for pasienten å øke sin bevissthet naturlig igjennom sine egne tanker (ibid. 339).

Hjelpende samtaler har gjerne en struktur som kan deles opp i en begynnelse, en midtdel og en avslutning. Samtaler kan være spontane eller avtalte, korte eller lange og kan være svært forskjellig. For å kunne ha både en gode avtalte samtaler og en gode spontane samtaler, er det viktig at sykepleier har strukturen innøvd og fanger opp det som er viktig å fokusere på i samtalen. Det er derfor viktig at sykepleier er mentalt til stede i situasjonen, lytter og observerer (Eide og Eide 2011:250).

Hvordan sykepleieren ordlegger seg kan ha en avgjørende effekt for samtalen og pasientens motivasjon. Dersom sykepleier anbefaler pasienten å legge om livsstilsvanene, for å redusere faren for et nytt hjerteinfarkt, legger sykepleier sin subjektive mening inn i samtalen. Enn om sykepleier stiller seg nøytral og lar pasienten komme frem til sine egne meninger og konklusjoner. Når det er pasientens eget valg å endre livsstilsvaner, er det større sjanse for at hun/han klarer å gjennomføre det. En god kostholdssamtale inneholder både enveisinformasjon og toveisdialog, for å få frem pasientens egne meninger og undersøke at informasjonen er forstått (Sjøen og Thoresen 2012:379).

Hensikten med en kostsamtale er at pasienten skal få forståelse for sin diagnose, og hvordan kostholdvalg kan være gunstig i forhold til diagnosen. Målet er at pasienten selv skal kunne oppnå kostholdsendringer med veiledning fra helsepersonell. Veiledningen i tillegg til samtale kan for eksempel bestå i oversikt over hvilke matvarer som er gunstige i forhold til diagnosen, eller brosjyre i forhold til kostholdsråd som kan understreke informasjon som er gitt gjennom samtale. Det er også viktig for sykepleier å legge til rette kostholdsrådene for hver individuelle person, matvaner kan være kulturelt betinget eller være en del av en persons identitet. Derfor er det viktig å gi råd i forhold til personens matinteresser, finnes det for eksempel en annen måte å lage samme rett bare litt sunnere (Sjøen og Thoresen 2012:281).

## 2.4 Motivasjon og mestring

Hvis forandring skal skje er motivasjon for forandring helt grunnleggende (Eide og Eide 2011:336). Psykiateren Carl Gustav Jung (1875-1961) har laget en omfattende analyse av de ubevisste sidene i psyken (Nordhelle 2010a:63). Det meste av hans arbeid er lagt i studie av selvrealiseringsprosessen, som han selv kaller individuasjonsprosessen. Jung mener at noe av det viktigste for motivasjonskraften i psyken er å realisere selvet. Han hevder at kjernen i selvet finnes i det ubevisste (ibid. 65-67).

Motivasjonen for å overleve, er kanskje den sterkeste motivasjonskraften vi har. Å unngå følelsen av ubehag kan også være en stor drivkraft for menneske. De fleste handlinger mennesker utfører gjøres for å unngå smerte og lidelse altså både psykisk- og fysisk- ubehag (Nordhelle 2010:65-67). Nordhelle beskriver selvrealisering som: *Selvrealisering er en realisering av ens unike evner og anlegg* (ibid. 68). Denne typen motivasjonskraft kan virke til å stå sterkt hos mange mennesker. Det å drive med det man aller mest brenner for, og oppfylle ønsker som kommer fra ens indre selv kan føre til ro og tilfredshet. Jung mener at ens eget selv er den indre stemme, og at selvet virker som ens indre veileder. Som sykepleier er det en viktig funksjon å kunne hjelpe pasienter med selv å kunne se sine egne evner og anlegg, for at pasienten skal kunne finne sine drømmer og muligheter. Sykepleieren kan hjelpe pasienten med å gi ideer, men det er kun pasienten selv som kan finne ut av hva som er meningsfullt for en selv (ibid. 68-70).

En annen måte å oppnå motivasjonskraft er tiltrekningen til fristelser og oppnå velbehag både psykisk og fysisk. Å oppnå anerkjennelse for noe man gjør som er bra eller noe man er flink til, vil også være med på å skape behag og kan for mange være den motiverende faktoren. Ubehaget er kun midlertidig og kan glemmes, mens anerkjennelsens behag er mer langvarig, går dypere og øker motivasjonen til å fortsette. Dersom motivasjonskraften drives mot å unngå ubehag, kan dette komme av at man har opplevd eller opplever dominerende ubehag. Om motivasjonskraften drives mot å oppnå behag, opprettholdes drivkraften selv om man på veien mot å oppnå behag kan oppleve ubehag. For mennesker som opplever dominerende ubehag, er det nødvendig at sykepleier reduserer ubehaget før pasienten kan motiveres mot behag (Nordhelle 2010a:67-68).

Det finnes også en fjerde faktor til motivasjonskraft, den går ikke ut på motivasjon til handlinger for hva en selv ønsker å oppnå, men en motivasjonskraft for å dekke andres behov. Dette vil si at personen som utfører handlingen, henter ikke motivasjon for hva en selv

oppnår, men ut i fra en følelse av moralsk plikt. Å føle at man er moralsk pliktet til å hjelpe andre som trenger hjelp, og ikke gjøre noe ut i fra selvets behov, er høye forventninger som få virker til å klare å gjennomføre i det lange løp. Det er mange som får til dette i episoder over perioder, men å leve kun etter denne motivasjonskraften er vanskelig for mennesket (Nordhelle 2010a:70-71).

De ulike motivasjonskraftene er forskjellige fra individ til individ på grunn av våre ulike behov, behovet kan være avhengig av alder, hvilken situasjon man er i og hva det handler om. Når pasienten opplever at han har et behov, er dette med på å styrke motivasjonen til å oppnå behovet (Nordhelle 2010a:72).

Motivasjon kan komme fra det indre og ytre. Indre motivasjon er handlinger man motiveres til og ønsker å gjøre uten å ha behov for bekreftelse fra andre. Når handlingen utføres for å oppnå annerkjennelse, og ikke kun gjøres for handlingens skyld er man ytre motivert. Det er da målet som motiverer til handling, man har da hele tiden fokus på å nå målet. Ved indre motivasjon har man ikke noe mål ved handlingen, handlingen utføres da kun for sin egen interesse. De fleste mennesker opplever at man bytter mellom ytre- og indre-motivasjonskraft. For eksempel en mann på 45 år får et hjerteinfarkt, etter han er utskrevet fra sykehus sier han til seg selv at dette er noe han aldri vil oppleve igjen. Han begynner derfor å spise sunnere og øker aktivitetsnivået sitt. Disse handlingene gjør pasienten fordi han selv har bestemt seg for at han ikke ønsker å oppleve et nytt hjerteinfarkt. Handlingen hans blir da drevet av en blanding av indre- og ytre- motivasjon. Det er hans eget ønske å forebygge et nytt hjerteinfarkt (indre motivasjon), men det er målet som driver han til handling (ytre motivasjon) (Nordhelle 2010a:73).

Før man utfører en handling kan man ha forskjellige forventninger til hvordan man kommer til å klare å utføre handlingen, om man vil lykkes eller ikke. Forventningene man har til seg selv på forhånd før handlingen er utført, spiller en stor rolle for motivasjonen man har for å lykkes. Disse forventningene kalles for mestringsforventninger (Nordhelle 2010b:80). *Mestring innebærer å forholde seg hensiktsmessig til situasjonen og enge reaksjoner* (Eide og Eide 2011:172). Mestringsforventningene man har til en handling kommer an på hvilke erfaringer man selv har fra før med handlingen, hvordan man tolker andres erfaringer med handlingen, hva andre mennesker sier at jeg få til og hvor motivert en selv opplever å være. Mestringsforventningene man har til en handling er en viktig motivasjonsfaktor. Jo høyere

mestringsforventninger man har til seg selv, desto høyere er sjansen for at man vil lykkes i å gjennomføre handlingen (Nordhelle 2010b:80).

## 2.5 Patricia Benner og Judith Wrubel mestringsfilosofi

Patricia Benner (født i 1934) og Judith Wrubel (født i 1942) er to amerikanske sykepleiereteoretikere som ser på omsorg som sykepleiens kjerne (Kristoffersen 2011b:240 og 258). I 1989 gav de ut boken ”The primacy of caring” i boken har de definert betydningen av omsorg slik

Because caring sets up what matters to a person, it also sets up what counts as stressful, and what options are available for coping. Caring creates possibility. This is the first way in which caring is primary (Benner og Wrubel 1989:1).

Boken er en fortolkende teori om sykepleiepraksis og handler om sykepleie til mennesker som trenger hjelp til å mestre stress i forhold til sykdom (Benner og Wrubel 1989:7).

I deres sykepleieteori trekker de sammenheng mellom stress, mestring, sykdom, helse og velvære, men sammenhengene mellom begrepene er forskjellige ut i fra hvilken situasjon og person det gjelder. De tar utgangspunkt i Heidegger sin fenomenologiske virkelighetsforståelse i sitt syn på mennesket. Mennesket lever i verden, man skal forholde seg til mennesket deretter. De hevder at mennesket blir utviklet igjennom sine omgivelser, igjennom kropp og psyke er man i stand til å vite, vi blir oppdratt med meninger og betydninger og forstår verden ut i fra dette. Mennesker er også i stand til å utvikle følelser og vise omsorg (Benner og Wrubel 1989:41-42). Opplevelse av at ting og at andre har en verdi, gir oss en følelse av å være involvert som igjen kan gi følelsen av bekymring. I deres teori hevder de at bekymring bevarer spørsmålet, hvorfor mennesker velger de handlinger de gjør. På bakgrunn av dette stiller de spørsmålet om motivasjon ”hva beveger mennesker?”, med dette menes det hva som får mennesker til å bevege seg mot eller fra en person eller et mål. Det beskrives som at mennesker styres av bekymring ved å være involvert i den andre. (ibid. 47-49).

Benner og Wrubel mener at sykepleie rettes mot mennesker som opplever stress. Opplevelse av stress mener de er individuell, men det bygger på samspill mellom personen og omgivelsene. De bruker definisjonen på stress som forstyrrelse av handling, forståelse og glidende funksjoner, slik at man opplever tap, skade, utfordringer, sorg og lære seg nye ferdigheter er nødvendig (Benner og Wrubel 1989:59). Mestring er ikke en kur mot stress,



men stress er noe man opplever ved forstyrrelse i betydningen-, forståelse- og de glidende funksjonene- i handlingene man utfører. Mestring er en måte å takle stress på, et ubevisst forsøk på å tenke annerledes om en stressende situasjon for å forsøke å føle seg bedre (ibid. 62).

Sykepleier kan spille en avgjørende rolle for pasientens opplevelse av mestring av situasjonen og rehabilitering etter hjerteinfarkt. Sykepleiers oppgave er å veilede pasienten igjennom hjerteinfarkt, i rehabiliteringsprosessen og ved mulig tilbakefall (Benner og Wrubel 1989:247). Ut i fra annen forskning har Benner og Wrubel kommet frem til at et rehabiliteringsprogram for pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt bør være omfattende og inneholde informasjon, støttegrupper for de nærmeste pårørende, rådgivning og veiledning til mestring, endre livsstil, fysisk gjenopptrening og tidlig rådgivning, planlegging for endt sykemelding fra jobb (ibid. 245-246).

I forhold til mestring og rehabilitering hos pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt, beskriver de støtte fra familie som en god ressurs, men de legger vekt på at overbeskyttende pårørende kan gjøre situasjonen for pasienten vondt verre. Ved at deres bekymring smitter over til pasienten og vanskeliggjøre han/hennes mestring av diagnosen. Pårørende kan ha vært til stede da infarkt skjedde, og så sin nære i fare for å dø. De mener derfor at det er viktig at sykepleier inkluderer pårørende med pasienten i rehabiliteringsprosessen (Benner og Wrubel 1989:243-245).

## 3 Metode

I dette kapittelet presenteres først noen definisjoner på metode, deretter skal jeg fortelle om litteraturstudie som metode og til slutt en beskrivelse av fremgangsmåten som er brukt i metoden.

### 3.1 Hva er metode?

*Metode er den planmessige fremgangsmåte, hvor du går til verks i undersøkelse, både når empiri konstrueres og analyseres (Glasdam 2012:19).*

Villhelm Aubert (1985) definerte metode som

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Dalland 2012:111).

### 3.2. Litteraturstudie som metode

Å utføre en litteraturstudie sier noe om hvordan jeg burde gå frem for å få tak i kunnskap om mitt valgte temaet. Grunnen til at jeg velger denne metoden er fordi dette er en god måte å gå frem for å finne kunnskap og undersøke den valgte problemstillingen (Dalland 2012:112). Jeg har valgt å bruke forskningsartikler som har brukt kvalitativ metode, siden problemstillingen krever mer og dypere besvarelse enn tall. Kvalitativ studie gir informasjon som ikke er målbare, men gir mer utdypende resultater ut i fra deltakerne i forskningen sine meninger og opplevelser (ibid. 112). Ester Hørmann deler litteratursøking inn i tre metoder, *bevist tilfeldighet* hvor man lar seg inspirere på biblioteket eller av andres ideer til litteratur man kan bruke, *kildesøking* som vil si at man tar utgangspunkt i en allerede kjent bok eller artikkel og *systematisk søking* hvor man bruker databaser for å finne den nyeste forskningen og har mulighet til å finne mye forskning på emnet (2012:37). I denne oppgaven har jeg brukt prinsippene i en systematisk litteraturstudie, ved å benytte denne metoden gjør det enklere å finne utdypende- og ny forskning på emnet. Jeg har derfor valgt ut fem forskningsartikler for å belyse temaet.

### 3.3 Fremgangsmåte

For undersøke hvor aktuelt temaet er har jeg søkt etter aktuell forskning og litteratur. Jeg søkte informasjon på nettsidene til- statistisk sentralbyrå, helsedirektoratet, folkehelseinstituttet, og WHO. Dette ga meg mulighet til å finne informasjon om aktualiteten på iskemisk hjertesykdom på både lands og verdensbasis. Jeg har funnet frem til litteraturen jeg har brukt i teoridelen ved å se etter aktuelle temaer og forfattere i tidligere pensum, jeg har også søkt på nettet og sett i referanselistene til litteraturen jeg har lest etter annen litteratur som jeg har kunnet bruke.

For å finne gode forskningsartikler til min problemstillinger har jeg brukt søkeportalen Chinal. Jeg valgte å bruke denne søkeportalen fordi den har pålitelig forskning innen sykepleie og helse som blir fagfelleurdert før den legges ut. Dette er med på å gi meg sikkerhet i at forskningsartikkelen stiller de krav som må til for å godkjennes. Databasen er også spesielt god å bruke til å finne kvalitativ forskning og har også mye forskning som inkluderer pasienters erfaringer og opplevelser (Hørmann 2012:42). I tillegg har databasen et godt utvalg av PDF-filer på artiklene sine som gjør det lettere å komme frem til fullteksten. I tillegg har jeg brukt Pubmed, som er en engelskspråklig søkeportal. Emneområdet er hovedsak medisin, men det finnes også andre yrkesområder som blant annet sykepleie. Det legges vekt på at artiklenes anmeldelse, og at de overholder etiske og moralske retningslinjer for forfatterne (ibid. 42).

I forhold til problemstillingen er passende temaer for artiklene iskemisk hjertesykdom, livsstilforandringer, motivasjon og sykepleie. I mitt søk har jeg derfor brukt søkeord for disse temaene. Siden dette er et emne det forskes mye på har jeg valgt å ikke gå så langt tilbake i tid og derfor søkt på artikler fra 2007-2014, samtidig begrenser også dette søket og sikrer at jeg finner den nyeste forskningen. Siden jeg har en tidsbegrensning på oppgaven, har jeg søkt etter artikler som har omtrent ti sider som gjør det mulig å lese igjennom artiklene flere ganger.

Søkeordene har jeg kommet frem til igjennom litteratur jeg har lest, også har jeg brukt Kristoffersen sine forslag til søkeord (2011a:240). Søkeordene som ble brukt i chinal er ”coronary heart disease and lifestyle changes” som gav 35 treff på og ”Coronary heart disease and motivation” som gav 53 treff, ”heart attack AND lifestyle and health” gav 49 treff, ”heart attack” gav 77 treff.

I Pubmed brukte jeg med søkekriteriene, kun artikler med fulltekst og artikler fra fem år tilbake. Noen av søkeordene og kombinasjonene jeg brukte her var ”motivation, lifestyle change and nursing” som gav 13 treff, og ”self-efficacy, and coronary heart disease and lifestyle change” som gav 23 treff.

Jeg ønsket å finne noen forskningsartikler på norsk, for å få litt variasjon samt gjør det lettere å få en rask forståelse om hva artikkelen handler om. Derfor søkte jeg på sykepleien.no på hjerteinfarkt og fikk da 21 treff, men få var forskningsartikler. Det var ved dette søkeordet jeg fant artikkelen *“Ektefellens behov for informasjon - når partner får akutt hjerteinfarkt”*.

På søkekombinasjonen ”Coronary heart disease and motivation” i Chinal fant jeg artikkelen *Understanding dietary decision-making in patients attending secondary prevention clinic following myocardial infarction*.

I forskningsartikkelen nummer to var det referert til en annen kvalitativ studie som virket til å ta opp aktuelle temaer i forhold til problemstillingen, jeg søkte derfor på tittelen på google ”*Recovering from a heart attack: a qualitative study into lay experiences and the struggle to make lifestyle changes*” og fant en link til artikkelen til Pubmed hvor jeg fikk den opp I fulltekst PDF-fil.

På søkekombinasjonen ”motivation, lifestyle change and nursing” i Pubmed fant jeg artikkelen ”*Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis*”.

Jeg har også valgt å bruke en forskningsartikkel fra tidligere pensum, jeg søkte derfor opp tittelen ”*Patient participation in nursing care: towards a concept clarification from a nurse perspective*” på artikkelen i chinal og fant den der.

### **3.4 Kritikk**

Funnene til problemstillingen kunne vært enda mer spesifisert ved at jeg hadde valgt å kun ta utgangspunkt i menn eller kvinner, og valgt ut en spesifikk alder. Siden dette er en sykdom som rammer både kvinner og menn, ønsket jeg å ta utgangspunkt i begge kjønn.

Kvinner har en høyere gjennomsnittsalder når sykdommen rammer det ville derfor blitt vanskelig å satt en spesifikk aldergruppe, i tillegg til at det er vanskelig å finne forskning som er så spesifisert.

Jeg kunne også valgt en spesifikt fase/stadiet sykepleierne møter pasientene og en bestemt arena som sykehus, poliklinikk, lærings- og mestringssenter eller frisklivssentraler, men jeg valgte å ikke begrense dette fordi jeg syntes det kunne være interessant og se hva forskning kunne tyde på i forhold til når det er best for pasienten å få veiledning i forhold til livsstilsendringer.

Den ene artikkelen jeg har valgt er det tatt utgangspunkt i pasienter med diabetes, artikkelen undersøker hvilke utfordringer sykepleiere møter ved rådgivning om livsstilsendringer til pasienter med type 2 diabetes. Siden det er snakk om rådgivning om livsstilsendringer, er dette funnene jeg kan relatere til min problemstilling.

### **3.5 Etikk**

Etikk kan sees som de tanker og vurderinger man har rundt moralske spørsmål om hva som er rett og galt eller godt og ondt, etikk stiller altså krav til refleksjon (Johannessen, Molven og Roalkvam 2007:108). Loven om behandling av personopplysninger skal beskytte sensitive persondata og bidra til at personopplysninger blir behandlet i forhold til personvern (personopplysningsloven). Dette vil si at det er forbudt å bruke følsomme personopplysninger, oppgaven skal være anonym med mindre personen selv har gitt skriftlig samtykke. Dette er spesielt viktig om man har brukt intervju som metode, da er det også mange andre lover og etiske retningslinjer forfatter må ta hensyn til (Glasdam 2012:24). I denne oppgaven er det brukt litteraturstudie som metode. Siden informasjonen og kunnskapen ikke er mitt eget, det er viktig med riktig henvisning til kilder (Hørmann 2012:46). For å få korrekt henvisning har jeg brukt skolens retningslinjer for oppgaveskriving.

## 4 Funn

I dette kapittelet skal jeg legge frem de fire forskningsartiklene jeg har valgt å bruke for å belyse forskningsbasert kunnskap til problemstillingen. For å få frem hvordan studien er strukturert og utført skal jeg legge artiklene frem ved hjelp av Imrad-strukturen. Imrad-struktur er den anbefalte oppbygningen for en forskningsartikkel innen medisin og helsefag. Imrad står for introduction, methods, results og discussion (International Committee of Medical Journal Editors 2013:12).

### 4.1 Artikkel 1

Tittel: *”Ektefellens behov for informasjon - når partner får akutt hjerteinfarkt”*.

Forfatter: Holme, A. H.

Publisert: av Sykepleie forskning, 2008

#### **Innledning**

Forskningen ble gjennomført for å undersøke pårørendes opplevelse og erfaring i ettertid av at deres ektefelle har gjennomgått et hjerteinfarkt, basert på den informasjon som ble gitt ved sykehusinnleggelsen. Målet med studien er å få økt kunnskap om hvordan sykepleiere kan bli mer bevisst i forhold til hvordan de opptrer ovenfor pårørende og hvordan sykepleier informerer og veileder pårørende om ektefelles situasjon. I artikkelen har de valgt å kalle pasienten for ”partner” og ”ektefelle” til pasientens partner, jeg gjør derfor det samme her.

#### **Metode**

Studien ble gjort våren 2006 ved en hjerteovervåkning/medisinsk intensiv enhet ved et norsk sykehus. Studien har blitt utført med en kvalitativ tilnærming, dette ble valgt for å forstå og vektlegge informantenes forklaringer og beskrivelser. Metoden som ble brukt var fokusgruppeintervju delt i to fokusgrupper med totalt ni ektefeller, åtte kvinner og en mann i alderen 44-62 år. Intervjuene ble gjort seks til ti uker etter sykehusoppholdet. Deltakelseskriteriene var ektefeller under 70 år, for å unngå at stor aldersspredning skulle vanskeliggjøre samtalen i fokusgruppene, og at deltakerne ikke kjente til hverandre for at alle skulle ha samme utgangspunkt.

## Resultater

Studien fant at deltakerne hadde behov for informasjon om undersøkelser, behandling og hvordan de som ektefelle skulle forholde seg til situasjonen etter endt sykehusopphold. De fleste av ektefellene var fornøyde med den informasjonen de hadde fått. Det var to ektefeller som mente de ikke ha fått noe særlig informasjon på sykehuset, i de tilfellene var det kun partner/pasient som fikk informasjon alene igjennom samtale og film. Deltakerne uttrykket at de savnet mer helhetlig informasjon om den første tiden hjemme, de ønsket å få samme informasjon som partneren og få være med i hele prosessen. Noen av temaene ektefelle savnet informasjon om var kosthold, medisiner, aktivitet, sykemelding lengde og innkalling til legeundersøkelse. De uttrykket behov for å få informasjon igjennom andre metoder enn kun samtale, fordi man så lett glemmer det som blir sakt. Det var kun ett par som ble tilbudt to dagers hjertekurs ved lærings- og mestringssenteret til sykehuset. De uttrykket at informasjonen som ble gitt på kurset var veldig nyttig og hadde en stor betydning for deres mestring av den første tiden hjemme.

## Diskusjon

Resultatene i studien tyder på at ektefellene hadde et stort behov for informasjon, og at dette må sees på som grunnleggende i veiledningen for at ektefelle skal kunne oppleve trygghet under sykehusoppholdet og den første tiden hjemme.

## 4.2 Artikkel 2

Tittel: *”Understanding dietary decision-making in patients attending secondary prevention clinic following myocardial infarction”*

Forfattere: Doyle, B., Fitzsimons, D., McKeown, P. og McAloon, T.

Publisert: by Journal of Clinical Nursing, 2011

## Innledning

Målet med studien var å undersøke de faktorer som påvirker kostholdsvalg hos pasienter som deltar på en sekundær forebyggende klinikk etter hjerteinfarkt. Klinikker for sekundær forebygging av nytt hjerteinfarkt er viktig for å fremme kostholdsråd, men bevis tyder på at pasientene ikke gjennomfører endringene, eller opprettholder livsstilsendringene over tid. Mål å

finne deltakernes erfaringer, og å utvikle en forståelse for hva som påvirker deres ernæringsmessige beslutninger.

### **Metoder**

I studien var det ni deltakere som ble valgt ut fra en klinikk for sekundær forebygging av hjerteinfarkt på et stort undervisnings sykehus, fem menn og fire kvinner i alderen 49-69 år. Metoden som ble brukt var en til en semistrukturert intervju, dette var for å få en detaljert beskrivelse av deltakernes erfaringer. Spørsmålene ble utformet for å undersøke hvordan deltakerne taklet kostholdsendringene og deres beslutningsprosess. Hver deltaker ble intervjuet i sitt eget hjem og intervjuene varte i gjennomsnitt 67 minutter.

### **Resultater**

Analysen identifiserte seks temaer som ble delt i to kategorier. Første gruppen tok opp temaene, hva bidrar til endring, hva motiverer deltakerne til å følge anbefalingene. Årsakene til dette var frykt, besluttsomhet og selvkontroll. Andre gruppen tok opp temaer som fører til at deltakerne ikke klarer å gjennomføre eller vedlikeholde de anbefalte endringene. Årsakene var mangel på viljestyrke, dårlig tilbakekalling for informasjon og behov for mer støtte.

### **Diskusjon**

Studien viser noen utfordringer og motiverende faktorer som påvirker menneskers kostholds beslutninger etter gjennomgått hjerteinfarkt. De seks temaene som ble identifisert kan enten styrke eller hindre en persons evne til å gjennomføre de anbefalte endringene. Forståelsen av disse temaene er grunnleggende for å utvikle mer effektiv sykepleieveiledning.

Studien anbefaler sykepleiere å gjennomføre en mer omfattende pasientvurdering, ved å undersøke pasientens forståelse av sin tilstand, informasjon som er gitt, pasientens subjektive holdning om hvordan han/hun kan forebygge et nytt hjerteinfarkt og deres syn på egne styrker og svakheter i forhold til tidligere endringer.



### 4.3 Artikkel 3

Tittel: *“Recovering from a heart attack: a qualitative study into lay experiences and the struggle to make lifestyle changes”*

Forfattere: Gregory, S., Bostock, Y. og Backett-Milburn, K.

Publisert: by Oxford University Press, 2006

#### **Innledning**

Adopsjon av sunn livsstils anbefalinger hos mennesker med hjertesykdommer er kjent for å være dårlige selv ved målrettede tiltak. Årsaken til dette kan være forvirring om hvor alvorlig ineffektiv anbefalingene er og hvordan det formidles. Det kan også ha årsak i sosiale settinger som kan være en viktig innflytelse på livsstilsendringer. Målet med studien er å identifisere synspunkter og erfaringer fra mennesker som har forbedret seg etter hjerteinfarkt, spesielle barrierer og tilrettelegging av anbefalinger om livsstilsendringer og hvordan vedlikeholde dem. Artikkelen viser hvordan deltakerne har kommet seg etter hjerteinfarkt og hvilke lang-siktige behov de har for å forbedres.

#### **Metoder**

Fokusgrupper og intervju ble brukt som metode. Deltakerne ble valgt ut fra ”coronary care unit” og fastleger i Scotland, som hadde blitt skrevet ut fra sykehus 2-3 år før. Det var totalt 53 deltakere i studien, 35 menn og 18 kvinner under 65 år. Data ble samlet inn gjennom ni fokusgrupper og tre intervjuer. Fokusgruppene var delt inn i fem grupper med kun menn, to grupper med kun kvinner og to miksede grupper med både menn og kvinner. Gruppene besto av 6 deltakere, bortsett fra to grupper som besto av 4 deltakere. For å kompensere med færre deltakere av det kvinnelige kjønn ble det i tillegg til fokusgruppene gjort tre en til en intervjuer med kvinnelige deltakere for å bedre deres representasjon i studien.

#### **Resultater**

Mange av deltakerne mente at de ikke kunne huske informasjonen som ble gitt ved sykehusinnleggelsen, eller at det var for mye informasjon, forskjellig informasjon eller at informasjonen virket selvmotsigende. Alle deltakerne viste seg å være bevisste over viktigheten av livsstilsendringer som inkluderte fysisk aktivitet, røykeslutt og kostholdsvaner.

## **Diskusjon**

I diskusjon om hva som kan hjelpe til å opprettholde en sunn livsstil, uttrykket de fleste deltakerne behov for kontinuerlig oppfølging av helsepersonell og ikke bare familie. Det var også noen som uttrykket behov for å snakke med andre mennesker med lignende erfaring. Når ”Cardiac rehabilitation” – programmet ble tatt opp, fortalte de som hadde deltatt i programmet at dette var veldig nyttig og de andre deltakerne som ikke hadde deltatt i et tilsvarende programmet uttrykket interesse for å delta.

## **4.4 Artikkel 4**

Tittel: *”Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis”*

Forfattere: Jansink, R., Braspenning, J., Weijden, T. V. D., Elwyn, G. og Grol, R.

Publisert: by BMC Family Practice, 2010

### **Innledning**

Å fremme livsstilsendringer krever at sykepleier skifter fra enkle råd til å gi mer rådgivningsbasert veiledning. Studien undersøker hvilke utfordringer sykepleiere møter ved rådgivning om livsstil til pasienter med type 2 diabetes. Ut i fra denne informasjonen har forskerne utviklet en gjennomføringsstrategi for å forbedre gjennomføringen av livsstilsendringer i allmennpraksis.

### **Metoder**

Studien bruker en kvalitativ semistrukturert metode, det ble utført tolv dybdeintervjuer med totalt 13 sykepleiere i alderen 27-51 år som jobbet med diabetesomsorg i Tyskland. Sykepleierne ble invitert til å reflektere over barrierer ved pasienten og kunnskapspraksis nivå, men i hovedsak over deres egen rolle som rådgiver. Data ble fordelt i forskjellige kategorier på forskjellige nivåer. Sykepleienivå, pasientnivå og praksisnivå.

### **Resultater**

Noen av sykepleierne uttrykte at de hadde manglende kunnskap om fysisk aktivitet, røykeslutt og tilpasset kostholdsveiledning for å kunne gi en tilstrekkelig livsstilsrådgivning. De mente det var ernæringsfysiologene sin oppgave å gi kostholdsveiledning, men noen av pasientene ville ikke snakke med ernæringsfysiolog og i slike tilfeller var sykepleier nødt til å ha

kunnskap. Det ble også rapportert manglende kunnskap om kommunikasjon, og manglende motivasjon hos sykepleierne til å veilede pasienter om kosthold når de ikke hadde noen tro på at pasientene kom til å følge rådene deres, en følelse av maktesløshet. Noen sykepleiere var redd for å tråkke over en grense med pasienten, og er derfor nølende til å snakke med pasientene om livsstilsendringer. De uttrykte også manglende kunnskap til å sette opp en handlingsplan med pasienten. I studien ble det også observert at sykepleier igjennom sin fortelling kanskje kunne ha for høye forventinger til pasienten, som resulterte i motstand fra pasienten, men det kom også frem at sykepleierne kunne ha for lave forventinger til pasientens mestring. Sykepleierne uttrykket ønske om å ha bedre ferdigheter for å kunne være en god veileder for pasientene.

## **Diskusjon**

Fleste av barrierene som ble nevnt av sykepleierne var på pasientnivå, for lite- kunnskap, innsikt i sin diagnose og manglende motivasjon. Dette samsvarer også med annen forskning. I følge denne forskningen er det viktigst at sykepleieren er klar over hvilke barrierer pasienten har. Sykepleierne som deltok viste interesse og ønske for å veilede og motivere pasienter til livsstilsendringer, og sykepleier blir vurdert som en viktig del av omsorgen. Som i denne studien er også andre studier kommet frem til at sykepleiere trenger mer opplæring i rådgivning og kommunikasjon, for at sykepleier skal kunne motivere pasientene. Konklusjonen til studien er at motiverende intervju og opplæring av sykepleiere i prioritering av livsstilsendringer kan være med å fremme ferdigheter i livsstilsendringer.

## **4.5 Artikkel 5**

Tittel: *"Patient participation in nursing care: towards a concept clarification from a nurse perspective"*

Forfattere: Sahlsten, M. JM., Larsson, I. E., Sjöström, B., Lindencron, C. SC. og Plos, K. AE.

Publisert: by Journal of Clinical Nursing, 2007

## **Innledning**

I denne studien ble betydningen av begrepet "pasientdeltakelse" i sykepleien fra sykepleieres perspektiv undersøkt. Studiens bakgrunn er at deltakelse er viktig for å øke pasientens motivasjon og tilfredshet med behandlingen de mottar.

## **Metode**

Metoden som ble brukt i studien var syv fokusgruppeintervju med sykepleiere valgt ut fra fem sykehus i Sverige. Det var totalt 31 deltakere i studien, 29 kvinner og 2 menn. Data ble samlet inn med åpne intervju, med hensikten å få frem deltakernes perspektiv på tema. Datainnsamlingen ble gjort over en periode på fem måneder, og intervjuene varte mellom en time og en og en halv time.

## **Resultat**

Studien kom frem til at for å oppnå brukermedvirkning er det viktig med god kommunikasjon, at sykepleier viser empati, bekreftelse, lytter, er bevisst over sitt kroppsspråk, tilrettelegger kunnskap til hver enkelt pasient og kartlegge pasientens kunnskapsnivå og forståelse. For at sykepleier skal legge til rette for at pasienten kan medvirke i sin behandling, mente deltakerne at dette kan oppnås igjennom forhandling. Ved at sykepleier og pasient forhandler seg frem til et felles utgangspunkt. Målet med forhandling og diskusjon er da å oppnå pasientdeltakelse.

## **Diskusjon**

Studien kom frem til at optimisme og engasjement fra pasienten oppstår når sykepleier og pasient knytter et bånd som gjør det mulig å lære av hverandre. Relasjonen er derfor avhengig av gjensidighet for å kunne diskutere seg frem til en felles forståelse. Dette kan føre til at pasienten tar ansvar og blir mer selvstendig, som igjen kan være med på å utvikle bedre behandling på grunn av pasientmedbestemmelse.

## 5 Drøfting

I dette kapittelet skal jeg drøfte problemstillingen *Hvordan kan sykepleier motivere pasienter med iskemisk hjertesykdom til livsstilsendring*, ved å bruke teorien som er presentert tidligere og drøfte dette opp mot funnene forskningsartiklene har kommet frem til. Under prosessen kom jeg over begrepet brukermedvirkning som jeg ønsket å ta med i drøftingen, og har derfor valgt å ta med dette til slutt.

### 5.1 Kommunikasjon

Ettersom det i oppgaven er skrevet om mennesker som har fått en alvorlig diagnose og/eller opplevd et hjerteinfarkt, er dette mennesker som er i en krisesituasjon. Krise betegnes som en alvorlig eller vanskelig livshendelse som oppstår akutt. Ved opplevelse av krise vil man gå igjennom forskjellige reaksjonsfaser. Eide og Eide skriver om fire faser i menneskets normale krisereaksjon, og deler disse inn i rekkefølgen sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidelses- eller reparasjonsfasen og nyorienteringsfasen. Overgangen mellom fasene er noe flytende, men inndelingen kan være en hjelp til å forstå pasientenes reaksjon (Eide og Eide 2011:166-167).

På spørsmål om rådgivning og informasjon som har blitt gitt i forhold til hjerteinfarkt, svarte mange av deltakerne i forskningsartikkelen "Recovering from a heart attack" at de ikke kunne huske informasjonen som ble gitt, at de ikke klarte å ta til seg informasjon eller at det ble gitt for mye- og forskjellig informasjon (Gregory, Bostock og Backett-Milburn 2006:222). Dette kan både sees opp mot sykepleiers rådgivning- og kommunikasjons kunnskaper, og i forhold til pasientens håndtering og opplevelse av krisereaksjonen. Behovene til pasienten vil forandre seg i de forskjellige reaksjonsfasene, for eksempel i en sjokkfase er pasientens evne til å løse problemer dårlig, og pasienten vil da heller ha behov for praktisk hjelp og omsorg fremfor informasjon (Eide og Eide 2011:176).

Ektefelle opplevde at sykepleierens informasjon kunne virke uformelle og spontane, og virket derfor lite planlagt og ikke tilpasset den enkelte pasienten. I artikkelens diskusjon drøftes dette å kunne komme av at ektefelle ikke oppfattet de uformelle samtaler med sykepleier som gitt informasjon. Dette kan ha en sammenheng med at ektefelle forventet å få informasjon fra legen, men ikke i like stor grad fra sykepleier. Slik at de derfor tenkte at sykepleieren var hyggelige og snakkesalig, men ga lite informasjon. Det trekkes også frem fra en annen studie at sykepleiere er så vandt med å gi informasjon der og da i situasjonen, slik at de glemme å spørre mottakeren om informasjonen er forstått. Andre studier viser også at pasienter som ikke spør, får heller ikke svar (Holme 2008:22-23). Det er derfor viktig at sykepleier alltid

husker å strukturere samtalene, uansett om den er planlagt eller spontan. For å kvalitets sikre at informasjonen til pasient og pårørende blir oppfattet og forstått. Ved en spontan samtale, er det viktig at sykepleier lytter til pasienten og har et våkent blikk for hva som er viktig i samtalen (Eide og Eide 2011:250).

Forskning viser at flere av pasientene har misforstått, ved at de fokuserer på vektnedgang fremfor risikoreduksjon. Det oppstår derfor bekymring for at når de har oppnådd idealvekten er det fare for å få tilbake gamle spisevaner. Dette kan derfor tyde på at det er viktig å passe på at pasienten har forståelse for at dette er endringer som må vare resten av livet, og ikke bare frem til ønsket resultat (Doyle, Fitzimons, McKewon og McAloon 2011:38).

## 5.2 Motivasjon og mestring

De forventninger personen har til seg selv før en handling skal utføres, er en viktig faktor i forhold til motivasjonen man har for å lykkes i handlingen (Nordhelle 2010b:80). Forskning bygger også opp under dette med at selvkontroll er en avgjørende faktor for å lykkes med kostholdsendingene. Mestringsforventninger er et komponent av selvkontroll (Doyle m.fl. 2011:38). Forventningene kan forandre seg gjennom tid, og blir påvirket av personens egne opplevelse. Gjennom tolkning av andres opplevelse av handlingen, og hvilken tro andre har på at personen skal lykkes (Nordhelle 2010b:80). Mestring er en måte å takle stress på, det er derfor en viktig sykepleieroppgave å hjelpe pasienten til å lykkes i sine handlinger. Mestringsforventning kan styrkes, av at sykepleier veileder pasienten under hjerteinfarkt, i rehabiliteringsprosessen og ved eventuelt mulige tilbakefall (Benner og Wrubel 1989:247). For å øke pasientens følelse av mestring kan sykepleier, rose og oppmuntre ved suksess og sette oppnåelige mål sammen med pasienten. Sykepleier må gjøre det tydelig for pasienten at man ikke taper ved å feile, men heller kan lære av dette (Doyle m.fl. 2011:38). Deltakere i studien "Understanding dietary decision-making in patients attending a secondary prevention clinic following myocardial infarction" fortalte at mestringsforventningene kan styrkes ved å snakke og lytte til sykepleier som har kunnskaper om forebygging av hjerteinfarkt, og den følelsen av å mestre og motstå fristelser og vise sin egen kontroll over spisevaner (Doyle m.fl. 2011:38).

Som fortalt tidligere er motivasjonen for å overleve kanskje den sterkeste motivasjonen menneske kan oppleve, de fleste handlinger mennesker gjør grunner i en motivasjonskraft for å unngå smerte og lidelse (Nordhelle 2010a:65-67). I forskningen er det skrevet at pasienter

fortalte at det var frykten for å oppleve et nytt hjerteinfarkt, bli innlagt på sykehus eller dø som fikk dem til å forstå at livsstilsendringer var nødvendig. Sjøkket etter å ha opplevd et hjerteinfarkt fungerte som en motiverende faktor, men redselen for et nytt hjerteinfarkt ble svekket over tid (Doyle m.fl. 2011:37). Benner og Wrubel mener menneskers motivasjonskraft bunnar i bekymring. Mennesker blir dannet i den verden vi lever i, og lærer igjennom andre å blir følelsesmessig involvert og opplever derfor bekymring (1989:47-49).

En utfordring sykepleiere kan møte på er pasienter som kommer med unnskyldninger for at de ikke behøver å endre på livsstilen sin. Eksempler på slike tilfeller er pasienter som mener de allerede har en sunn livsstil, og pasienter som mener det er for sent å gjøre noe (Jansink, Braspenning, Weijden, Elwyn og Grol 2010:5). Som tidligere nevnt har psykiateren Jung i sin studie av selrealiseringsprosessen kommet frem til at ens eget selv er personens indre stemme, og at selvet virker som en indre veileder. En viktig sykepleiefunksjon er å veilede pasienten til å øke hans/hennes bevissthet om selvet og sine evner, for at pasienten kan finne sine drømmer og muligheter. Det er kun pasienten selv som kan finne ut av sine verdier, men sykepleier kan veilede pasienten ved å legge til side ønske om resultat og heller fokusere kun på relasjonen mellom sykepleier og pasient. Sykepleier kan da forsøke å skape en trygg relasjon som åpner for at pasienten kan reflektere og stille åpne spørsmål til pasientens refleksjon (Nordhelle 2010a:68-70 og Eide og Eide 2011:339).

I forskningsartikkelen *”Ektefellens behov for informasjon når partner får akutt hjerteinfarkt”* fortalte noen av deltakerne at de hadde ønsket å få mer informasjon om den første tiden hjemme, og få samme informasjon som deres partner (pasienten)(Holme 2008:resultatdelen). I en annen studie mente fleste parten av de mannlige deltakerne at den hjelpen de fikk av familiemedlemmer (vanligvis ektefelle), var svært viktig i forholdt til hjelp og støtte til å oppnå og opprettholde livsstilsendringer (Gregory m.fl. 2006:222). For å tilrettelegge for livsstilsendringer hos pasienten, er det blant annet viktig for sykepleier å huske at ektefelle/pårørende kan være ressursrike samarbeidspartnere (Holme 2008:diskusjonsdelen). Forskning anbefaler at pårørende bør bli involvert, og forbedre handlingsplanen for å muliggjøre nødvendig livslange forandringer (Doyle m.fl. 2011:39). Hjelp og støtte fra familie er viktig og en god ressurs, men det er en viktig balanse mellom støttende og overbeskyttende pårørende. Overbeskyttende pårørende, kan være med på å uroe pasienten og redusere pasientens mestringsfølelse. Det er viktig for sykepleier å tenke på at pasienten og deres pårørende har som regel forskjellige opplevelse av situasjonen. Om pasienten har hatt et hjerteinfarkt, kan det hende at pårørende var til stede og så pasienten døden nær. Informasjon og rehabilitering bør derfor

rettes mot pasienten og pårørende (Benner og Wrubel 1989:243-245).

Forskning viste også at noen mener at problemet med å opprettholde livsstilsendringene bunnet i mangel på tid. Spesielt når man er tilbake på jobb mens andre mente mangel på motivasjon, kjedsomhet og stressende hendelser fikk dem til å begynne å miste motet (Gregory m.fl. 2006:222). Forskning anbefaler sykepleiere å gjennomføre en mer omfattende pasientvurdering. Dette kan gjøres ved å undersøke pasientens forståelse av sin tilstand og informasjonen som er gitt. Sykepleier bør også observere pasientens egne tanker om hvordan han/hun kan forebygge et nytt hjerteinfarkt, og han/hennes syn på egne styrker og svakheter i forhold til tidligere erfaringer (Doyle m.fl. 2011:38-39) Med utgangspunkt i annen forskning har Benner og Wrubel skrevet i sin bok at et rehabiliteringsprogram for pasienter som har hatt et hjerteinfarkt burde være omfattende og bør inneholde informasjon om livsstilsendringer i forhold til kosthold og aktivitet. Programmet burde også inneholde støttegrupper for de nærmeste pårørende, rådgivning og veiledning til mestring og handlingsplan (Benner og Wrubel 1989:245-246).

Funn i forskningen som er brukt i oppgaven viser at pasienter som har deltatt i et rehabiliteringsprogram, syntes at dette var veldig nyttig. Deltakerne som ikke hadde deltatt ønsket at de hadde fått muligheten. Flere av deltakerne ytret også ønske om å ha et annet sted å gå til legen for oppfølging etter endt sykehusopphold (Gregory m.fl. 2006:222-223). Støtte hjalp pasientene å fokusere på forandringene de oppnådde og det styrket motivasjonen å vite at helsepersonell følger opp endringene som er gjort. Det er også anbefalt fra annen forskning, at det burde være mulighet for langvarig støttesystem som vil være til stor fordel for de som trenger kontinuerlig støtte og påminnende motivasjon (Doyle m.fl. 2011:38-39). I Norge har det blitt opprettet frisklivsentraler, som er et tilbud til mennesker med behov for livsstilsendringer. På frisklivssentralene er det ansatt helsefagarbeidere med pedagogisk bakgrunn. I forbindelse med helsereformen 2012 anbefaler Helsedirektoratet alle kommuner å opprette frisklivsentraler (Rehabilitation international Norge 2012:4).

### **5.3 Brukermedvirkning**

For at pasienten skal få best mulig tilrettelagt veiledning og rådgivning fra sykepleier, kan sykepleier invitere pasienten til å delta i planleggingen av sin behandling og rådgivning. Pasienten får da mulighet til å påvirke (brukermedvirkning).



Det vil si at pasienten deltar aktivt i planlegging, oppfølging og utvikling av helsetjenester (Lerdal og Fagermoen 2011:55). Brukermedvirkning er en rettighet, og skal bidra til å øke kvaliteten på behandlingen og gi brukeren innflytelse på sin egen livskvalitet (Helse og omsorgsdepartementet 2008). I forskningsartikkelen ”Patient participation in nursing care: towards a concept clarification from a nurse perspective” fortalte deltakerne at sykepleier kan øke brukermedvirkningen igjennom forhandling, ved at partene diskuterer for å oppnå et felles utgangspunkt. Dette kan hjelpe partene til å utvikle enighet om behandlingen (Sahlsten, Larsson, Sjöström, Lindercron og Plos 2007:633).

Funnene i forskning hevder at sykepleier må kunne formidle kunnskap til pasienten på en slik måte at han oppnår forståelse for situasjonen, for at pasienten skal kunne delta i sin behandling. Det er viktig at sykepleier legger til rette for god kommunikasjon igjennom å vise empati, bekrefte, lytte, være bevisst over eget kroppsspråk, kartlegge pasientens kunnskap og forståelse slik at pasienten kan medvirke i sin behandling (Sahlsten m.fl. 2007:633). I Eide og Eide sin presentasjon av endringsfokusert veiledning, går første fasen i veiledningen ut på å øke pasientens bevissthet om problemet. Fordi pasientens opplevelse av at informasjon kan virke som moralisering i starten bør sykepleier være forsiktig med å gi forskningsbasert informasjon til pasienten. Sykepleier kan heller øke pasientens bevissthet og refleksjon ved å møte pasienten med åpenhet, skape en god relasjon, oppmuntre og lytte til pasienten. Når pasienten selv kommer frem til eventuelt tanker om livsstilsendringer kan sykepleier supplere med forskningsbasert kunnskap, for å øke pasientens kunnskapsnivå slik at han/henne kan ta gode valg for å bedre sin egen helse (Eide og Eide 2011:332)

Studien kom frem til at optimisme og engasjement fra pasienten oppstår når sykepleier og pasient knytter et bånd som gjør det mulig å lære av hverandre. Dette kan føre til at pasienten tar ansvar og blir mer selvstendig, som igjen kan være med på å utvikle bedre behandling på grunn av pasientmedbestemmelse (Sahlsten m.fl. 2007:635-636). Det som styrker motivasjonen hos mennesker er individuelt på grunn av våre ulike behov, behovet kan blant annet endres ved alder, situasjon og person. Ved at pasienten selv opplever å ha et behov, vil dette behovet kunne være med på å styrke motivasjonen hans/hennes til å jobbe for og dekke behovet (Nordhelle 2010a:72).

## 6 Konklusjon

I forskningsartiklene kan funnene tyde på at de fleste pasienter og pårørende er fornøyde med informasjonen de har fått på sykehuset, men at de skulle ønske de fikk tilbud om mer langvarig oppfølging av helsepersonell i etterkant av sykehusoppholdet. Frisklivssentralene i Norge og lærings- og mestringssentraler kan være et slikt tilbud som pasientene etterlyser. Her får pasientene kunnskap, tips, veiledning, rådgivning og kan på denne måten hjelp til å opprettholde motivasjonen for endringer.

I både litteraturen og forskningsartiklene gjentas det at sykepleiers oppgave er å veilede og dele sin kunnskap med pasienten for at han/hun selv skal komme frem til ideer og tanker om endring som må til for å bedre sin helse. Slik får også pasienten mulighet til å medvirke ved å selv ta gode informerte valg om sin helse, pasienten oppnår da brukermedvirkning. Ved at pasienten får være deltakende i sin behandling kan dette være med på å øke pasientens motivasjon og følelse av mestring. Sykepleier bør etterstrebe og gi alle pasienter lik behandling. Det skal ikke være slik som forskningen sier at de som ikke spør, ikke får svar.

Forskning tydet også på at pasient og pårørende har behov for å få informasjon igjennom andre metoder enn kun samtale. Veiledningen i tillegg til samtale kan for eksempel bestå i skriftlig oversikt over hvilke matvarer som er gunstige i forhold til diagnosen, eller brosjyre med informasjon om kostholdsråd, diagnose og tilbud om lærings- og mestringssprogrammer for pasienter med iskemisk hjertesykdom. Det er også gunstig med skriftlig dokumentasjon til pasient og pårørende, for å understreke informasjon som er gitt gjennom samtale.

Sykepleiere kan møte disse pasientene på ulike arenaer som blant annet sykehus, poliklinikk, lærings- og mestringssenter, hjemmesykepleien og frisklivssentraler. De samme prinsippene for motivasjon og kommunikasjon gjelder på alle arenaer, bare sykepleier tar utgangspunkt i hvilken del av reaksjonsfasen pasienten befinner seg i, og hvilke behov pasienten har. For at sykepleier skal motivere pasienten til endring av livsstil, bør sykepleier skape en god og trygg relasjon som kan åpne for refleksjon hos pasienten, lytte, bekrefte, oppmuntre og veilede pasienten til endring. Dette kan være med å øke pasientens evne til å se sine egne muligheter og verdier. Ved at pasienten oppdager at han har et behov, øker dette hans motivasjon for å dekke behovet.

Mestringsforventninger spiller også en stor rolle for motivasjonen. For å øke pasientens følelse av mestring, kan sykepleier rose, oppmuntre, støtte ved eventuelt feiling og sette realistiske mål med pasienten. Dette kan øke pasientens innsikt i sin mestring og tydeliggjøre alle suksesser, dermed øke mestringsforventningene og motivasjonen til å fortsette.

Oppsummering av sykepleietiltak for å øke pasientens motivasjon:

- Skape en god relasjon med å møte pasienten med et åpent sinn, ikke moralisere, oppmuntre, gi bekræftelse, la pasienten komme med sine egne tanker og ideer,
- Legge til rette for god kommunikasjon igjennom å vise empati, lytte, være bevisst over sitt kroppsspråk, kartlegge pasientens kunnskap og forståelse og åpne for refleksjon hos pasienten ved å stille åpne spørsmål
- Strukturere og planlegge hjelpende samtaler
- Sykepleiere ved sykehus bør informere og veilede pasientene om hvilke tilbud de har for veiledning og mestring etter utskrivelse fra sykehus
- Etterstrebe at alle får tilrettelagt individuell behandling, på tross av ressursklem med sykepleieres tid
- For å tilrettelegge en individuell kostholdssamtale er det viktig å tilrettelegge rådene etter pasientens interesser
- Sykepleier kan gi pasienten både skriftlig og muntlig informasjon
- Pårørende er ressursrike personer for pasienten og trenger derfor og involveres i behandlingen av sykepleier

4. mars 2014 kom den nye utgaven av helsedirektoratets ”Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet”. Denne er laget på grunnlag av Nordic Nutrition Recommendations 2012. De har i den nye utgaven lagt stor vekt på fysisk aktivitet, og for første gang har de inkludert anbefaling om å redusere stillesitting for barn, ungdom, voksne og eldre. I denne versjonene er også helheten i kostholdet og mat som inneholder fettsyrer, fullkorn og kostfiber er mer vektlagt (Helsedirektoratet 2014:4-5).

## Litteraturliste

- Benner, P. og Wrubel, J. (1989). *The primacy of caring – stress and coping in health and illness*. California: Addison-Wesley Publishing Company
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS
- Doyle, B., Fitzsimons, D., McKeown, P. og McAloon, T. (2011). Understanding dietary decision-making in patients attending a secondary prevention clinic following myocardial infraction. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (1-2): 32–41. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03636.x
- Drevon, C. A. og Blomhoff, R. (2012). *Mat og medisin*. 6. Utg. Kristiansand: Cappelen DammHøyskoleforlaget
- Drevon, C. A. og Retterstøl, K. (2012). Hjerte-karsykdommer. I: Drevon, C. A. og Blomhoff, R. (red.). *Mat og medisin*. 6. Utg. Kristiansand: Cappelen DammHøyskoleforlaget
- Eide, H. og Eide, T. (2011) *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS .
- Glasdam, S. (2012). *Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. København K: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
- Graff-Iversen, S., Seimer, R., Tverdal, A. og Hånes, H. (2014). *Hjerte- og karsykdommer – faktaark med helsestatistikk*. Hentet 13. februar 2014 fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=70806>
- Gregory, S., Bostock, Y. og Backett-Milburn, K. (2006). Recovering from a heart attack: a qualitative study into lay experiences and the struggle to make lifestyle changes. *Family Practice*, 23 (2): 220-225. doi:10.1093/fampra/cmi089
- Helsedirektoratet (2014). *Anbefalninger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet*. Hentet 6. mars 2014 fra: <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/anbefalinger-om-kosthold-ernering-og-fysisk-aktivitet/Publikasjoner/anbefalinger-om-kosthold-ernering-og-fysisk-aktivitet.pdf>
- Helsedirektoratet (2011). *Nøkkelhullet*. Hentet 18. februar 2014 fra: <http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/ernering/kostholdsrad/nokkelhullet/Sider/default.aspx>

- Helsedirektoratet (2013). *Utvikling i norsk kosthold – matforsyningsstatistikk*. Oslo.  
Helsedirektoratet. Hentet 3. februar 2014 fra:  
[http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingen-i-norsk-kosthold-langversjon-2013/Publikasjoner/IS-2116%20\\_langversjon.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/utviklingen-i-norsk-kosthold-langversjon-2013/Publikasjoner/IS-2116%20_langversjon.pdf)
- Helse og omsorgsdepartementet (2008). *Brukermedvirkning*. Hentet 10. Mars 2014 fra:  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/prioriterte-utviklingsomrader/brukermedvirkning.html?id=536803>
- Holme, A. N. (2008). Ektefellens behov for informasjon – når partner får akutt hjerteinfarkt. *Sykepleien Forskning*, 3 (1): 16-24. doi:10.4220/sykepleienf.2008.0045
- Hørmann, E. (2012) Litteratursøgning. I: Glasdam, S. (red.). *Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder*. København K: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
- International Committee of Medical Journal Editors. (2013). *Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals*. Hentet 2. mars 2014 fra: <http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>
- Jansink, R., Braspenning, J., Weijden, T. V. D., Elwyn, G. og Grol, R. (2010). Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC Family Practice*, 11 (41): 1-7. doi:10.1186/1471-2296-11-41
- Jenum, A. K. (2011). Hjerte- og karsykdom og diabetes. I: Øverby, N. C., Torstveit, M. K. Og Høigaard, R. (Red.). *Folkehelsearbeid*. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Johannessen, K. I., Molven, O. og Roalkvam, S. (2007). *Godt, rett, rettferdig – etikk for sykepleiere*. Oslo: Akribe
- Kristoffersen, N. J. (2011a). Livsstil og endring av livsstil. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (red.) *Grunnleggende sykepleie – bind 3*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS
- Kristoffersen, N. J. (2011b). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (red.) *Grunnleggende sykepleie – bind 1*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

- Lerdal, A. (2011). *Sykepleiere trenger kompetanse om læring og mestring*. Hentet 3. mars 2014 fra: <http://www.sykepleien.no/standpunkt/forskning/leder/629916/sykepleiere-trenger-kompetanse-om-laring-og-mestring>
- Lerdal, A. og Fagermoen M. S. (2011). *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*, Gyldendal Norske Forlag AS. Oslo
- Mathisen, G. (2013). *Salt verre enn tobakk*. Hentet 17. januar 2014 fra: <http://www.forskning.no/artikler/2013/november/372297>
- Nordhelle, G. (2010a). Motivasjon – hva driver mennesker til handling? I: Ekeland, T-J., Iversen, O., Nordhelle, G. Og Ohnstad, A. *Psykologi for sosial- og helsefagene*. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm AS
- Nordhelle, G. (2010b). Kognisjon, emosjoner og motivasjon. I: Ekeland, T-J., Iversen, O., Nordhelle, G. Og Ohnstad, A. *Psykologi for sosial- og helsefagene*. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm AS
- Norsk sykepleieforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 21. februar fra: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov av 2. juli 1999 nr 63 om pasient- og brukerrettigheter*.
- Personopplysningsloven. *Lov av 14. april 2000 nr 31 om behandling av personopplysninger*.
- Rehabilitation international Norge (2012). *Samhandlingsreformen*. Hentet 3. mars 2014 fra: <http://www.ri-norge.no/no/habilitering-rehabilitering/politikk/samhandlingsreformen?start=3>
- Sahlsten, M. JM., Larsson, I. E., Sjöström, B., Lindencrona, C. SC. og Plos, K. AE. (2007). Patient participation in nursing care: towards a concept clarification from a nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (4): 630-637. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01660.x
- Sjøen, R. J. og Thoresen, L. (2012). *Sykepleierens ernæringsbok*. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Statistisk sentralbyrå (2013). *Dødsårsaker 2012*. Hentet 5. februar 2014 fra: <http://www.ssb.no/helse/statistikker/dodsarsak/aar/2013-11-01#content>

World Health Organization (2013). *Cardiovascular diseases*. Hentet 6. Februar 2014 fra:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>

Ørn, S. (2011). Sirkulasjonsforstyrrelser. I: Ørn, S., Mjell, J. og Bach-Gansmo, E. (red.).  
*Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag

Ørn, S. og Brunvand, L. (2011). Hjerte- og karsykdommer. I: Ørn, S., Mjell, J. og Bach-  
Gansmo, E. (red.). *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag

Ørn, S. (2011). Sirkulasjonsforstyrrelser. I: Ørn, S., Mjell, J. og Bach-Gansmo, E. (red.).  
*Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag

## Vedlegg

Søk på sykepleien.no

<b>Søkeord</b>	<b>Avgrensning</b>	<b>Treff</b>	<b>Artikkel funn</b>
Hjerteinfarkt	Ingen	21	<i>“Ektefellens behov for informasjon - når partner får akutt hjerteinfarkt”</i>

Søk i Chinal

<b>Søkeord</b>	<b>Avgrensning</b>	<b>Treff</b>	<b>Artikkel funn</b>
”Coronary heart disease and motivation”	2007-2014 Tilsvarende omtrent 10 sider	53 treff	<i>”Understanding dietary decision-making in patients attending secondary prevention clinic following myocardial infarction”</i>
“Patient participation in nursing care: towards a concept clarification from a nurse perspective”	Ingen	4 treff	<i>“Patient participation in nursing care: towards a concept clarification from a nurse perspective”</i>



Søk i google, link til pubmed

<b>Søkeord</b>	<b>Avgrensning</b>	<b>Treff</b>	<b>Artikkel funn</b>
"Recovering from a heart attack: a qualitative study into lay experiences and the struggle to make lifestyle changes"		93800 treff	<i>"Recovering from a heart attack: a qualitative study into lay experiences and the struggle to make lifestyle changes"</i>

Søk i Pubmed

<b>Søkeord</b>	<b>Avgrensning</b>	<b>Treff</b>	<b>Artikkel funn</b>
"motivation, lifestyle change and nursing"	2009-2014 Full text tilgjengelig	13 treff	<i>"Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis"</i>