



Angina pectoris + fysisk aktivitet = livskvalitet?

- en litteraturstudie

Kandidatnummer: 156

VID Vitenskapelige Høgskole Diakonhjemmet

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: 13SYKHEL

Antall ord: 10 987

Innleveringsfrist: 17.03.16 Kl. 10.

Sammendrag

Bakgrunn:

Hjerte – og karsykdommer er hovedårsaken til dødelighet globalt. Fysisk inaktivitet er en risikofaktor for utvikling av hjertesykdom og redusert livskvalitet. Dette er et folkehelseproblem.

Problemstilling:

Hvilken betydning har fysisk aktivitet for pasienter med angina pectoris og deres livskvalitet, sett i lys av et folkehelseperspektiv?

Metode:

Litteraturstudie som gjennom søkekriterier – og strategi, samt fire forskningsspørsmål inkluderer fem forskningsartikler som belyser oppgavens problemstilling.

Funn:

Fysisk aktivitet bidrar til bedret fysisk og psykisk funksjon. Samtidig er det mange som ikke inkluderes i hjerterehabiliteringsprogrammer eller får god nok informasjon om dette og på grunn av usikkerhet forblir fysisk inaktive.

Drøfting:

Forskningsspørsmålene utgjør fire temaer for drøfting; betydningen av fysisk aktivitet for pasientgruppen, risikofaktorer ved inaktivitet, sammenhengen mellom fysisk aktivitet og livskvalitet og helsepersonell sin rolle.

Konklusjon:

Fysisk aktivitet er av stor betydning for pasienter med koronar hjertesykdom og deres livskvalitet. Likevel har pasientene behov for hjelp i å mestre sykdommens utfordringer.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Innholdsfortegnelse	3
1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.2 Problemstilling.....	6
1.3 Avgrensning og presisering.....	6
1.4 Forklaring av begreper.....	6
1.5 Oppgavens oppbygning.....	7
2.0 Teori	7
2.1 Angina pectoris.....	7
2.1.1 Forekomst.....	8
2.1.2 Årsaker.....	9
2.1.3 Symptomer.....	10
2.1.4 Behandling.....	11
2.1.5 Prognose.....	13
2.2 Fysisk aktivitet.....	13
2.2.1 Hva er anbefalt?.....	13
2.2.2 Fysisk aktivitet og helsegevinst.....	14
2.2.3 Fysisk aktivitet og angina.....	15
2.3 Livskvalitet.....	17
2.3.1 Hva er livskvalitet?.....	17
2.3.2 Mestring.....	17
2.3.3 Trygghet, sosialt nettverk og tilhørighet.....	18
2.4 Folkehelseperspektivet.....	18
2.4.1 Helsefremmende arbeid og sykepleie.....	18
3.0 Metode	19
3.1 Hva er metode?.....	19
3.2 Litteraturstudie som metode.....	20
3.3 Kildekritikk.....	21
3.4 Forskningsetikk.....	22
3.5 Søkestrategi.....	22

3.6 Søkehistorikk	24
4.0 Funn.....	26
4.1 Artikkel 1	26
4.2 Artikkel 2	27
4.3 Artikkel 3	28
4.4 Artikkel 4	29
4.5 Artikkel 5	29
5.0 Drøfting.....	30
5.1 Betydning av fysisk aktivitet for pasienter med angina pectoris eller koronarsykdom.....	30
5.2 Risikofaktorer forbundet med fysisk inaktivitet	32
5.3 Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og livskvalitet.....	32
5.4 Helsepersonell sin rolle	33
6.0 Konklusjon.....	35
Litteraturliste	36

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg ønsker å se nærmere på hvilken betydning fysisk aktivitet har for pasienter med angina pectoris og om det kan bidra til økt livskvalitet for denne pasientgruppen. Videre ønsker jeg å belyse dette temaet i et folkehelseperspektiv.

Hjerte – og karsykdommer er den viktigste årsaken til for tidlig død i en global sammenheng. Ser en på alle aldersgrupper samlet er hjerte – og karsykdommer årsaken til flest dødsfall også i Norge (Selmer, Hovda, Graff – Iversen og Sakshaug, 2014). I løpet av de siste 40 årene har dødeligheten som følge av hjerte – og karsykdommer riktignok sunket, men sykdomsgruppen er like fullt et stort folkehelseproblem (Selmer et al., 2014). Kan fysisk aktivitet bidra til ytterligere redusert dødelighet som følge av hjerte – og karsykdommer? Vi vet at fysisk aktivitet fremmer helse (Helsedirektoratet, 2016), men fremmer det også helse hos pasienter som har angina pectoris? Kan denne pasientgruppen bli dårligere av fysisk aktivitet eller vil det kunne bidra til økt livskvalitet? Det er spørsmål som dette som er årsaken til at jeg har valgt nevnt tema. I tillegg er temaet viktig i et sykepleiefaglig perspektiv fordi sykepleiere har en plikt til å fremme helse, forebygge sykdom og lindre lidelse (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Folkehelse er et sammensatt begrep og innebærer både helsefremmende og forebyggende arbeid. Folkehelse kan forklares ved at det er en samlet innsats fra samfunnet om å fremme og opprettholde befolkningens helse. Dette gjøres ved å svekke de faktorene som medfører helserisiko og styrke de faktorene som gir helsegevinst (Norsk Sykepleierforbund, 2014). Folkehelse rommer ikke bare hvert enkelt individs fysiske sykdom, men også psykiske, økonomiske og miljømessige faktorer som kan ha en innvirkning på helsetilstanden (Nylenna og Braut, 2014). Sykepleieren har en sentral rolle i folkehelsearbeidet nettopp fordi sykepleiere utøver helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid i alle nivåer av helsetjenesten (Norsk Sykepleierforbund, 2014).

Jeg har ingen spesifikk erfaring med hjertepasienter fra praksis, men jeg har erfaring som pårørende. Hjerte – og karsykdommer, og da spesielt angina pectoris, er et spennende emne og i tillegg er jeg opptatt av fysisk aktivitet og folkehelse. Denne interessen har gjort at jeg ønsker å fordype meg i oppgavens tema.

1.2 Problemstilling

Jeg har med bakgrunn i det ovennevnte kommet frem til følgende problemstilling:

Hvilken betydning har fysisk aktivitet for pasienter med angina pectoris og deres livskvalitet, sett i lys av et folkehelseperspektiv?

1.3 Avgrensning og presisering

Jeg ønsker å ta utgangspunkt i pasienter som har stabil eller ustabil angina pectoris. Dermed faller pasienter som enda ikke har blitt utredet utenfor. Det samme gjelder de pasientene som er i diagnostiseringsperioden. Oppgaven vil bære preg av å være rettet mot et folkehelseperspektiv, og ikke som en sykepleier – pasient relasjon i en sykehusavdeling. Likevel vil det komme klart frem hvilken rolle sykepleier har i folkehelsearbeid.

1.4 Forklaring av begreper

Hjerte – og karsykdommer: Gruppe av sykdommer der angina pectoris, hjerteinfarkt, hjertesvikt og hjerneslag gjerne regnes som hovedgrupper. Felles for disse er at aterosklerose kan være årsaken til sykdomsutvikling (Selmer et al., 2014).

Aterosklerose: Medfører innsnevring og tilstopping av blodårer som følge av fettavleiring, spesielt kolesterol, og avleirede produkter fra betennelsesceller i åreveggen (Arnesen, 2016b).

Angina pectoris: Innebærer at kransarteriene er trangere enn normalt grunnet aterosklerose og den smertefølelsen som oppstår når en del av hjertemuskelen får for liten blodtilførsel, betegnes som angina pectoris. Også kalt hjertekrampe (Arnesen, 2016a).

Stabil angina pectoris: Tilstanden kjennetegnes gjerne av et mønster. Smertefølelsen oppstår når hjertet arbeider hardere enn normalt og har behov for økt blodtilførsel, som for eksempel ved økt aktivitet. Smerten gir seg igjen ved hvile eller når pasienten tar legemidler mot angina (Helsebiblioteket, 2014).

Ustabil angina pectoris: Tilstanden kjennetegnes ved at den ikke følger et bestemt mønster og smerte kan oppstå når som helst, også i hvile. Smerten kan vare lenger enn ved stabil angina og bli verre over kort tid. Ofte hjelper ikke administrering av legemidler mot angina. Tilstanden krever rask medisinsk hjelp, da den kan være et forvarsel om hjerteinfarkt (Helsebiblioteket, 2015).

Fysisk aktivitet: Trenger ikke å være intens trening med vekter og annet utstyr, men i denne sammenheng handler det om bevegelse av kroppen ved hjelp av skjelettmuskulatur i den grad at energiforbruket er høyere enn det er i hvile (Bahr, 2009a).

Livskvalitet: Et begrep som innebærer subjektive opplevelser av ens tilværelse og livssituasjon, samt subjektive opplevelser av ens helse (Kristoffersen, 2011, s. 57).

Livskvalitet handler om å være tilfreds med sin livssituasjon, ha positive relasjoner med andre mennesker, oppleve god funksjon i dagliglivet og i arbeid og ha mulighet til både fysisk og psykisk utfoldelse (Malt, 2009).

1.5 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er bygget opp av seks kapitler med tilhørende underkapitler. I det første kapitlet presenterer jeg bakgrunn for valg av tema, oppgavens problemstilling med avgrensning og presisering, samt definisjon av begreper som brukes i oppgaven. Kapittel to er oppgavens teoridel der jeg presenterer relevant teori i forhold til problemstillingen. Metodedelen presenteres i kapittel tre. Her forklares begrepet metode, samt hva litteraturstudie innebærer. Viktigheten av kildekritikk og forskningsetikk belyses også. Deretter kommer søkekriteriene og søkehistorikken. I kapittel fire presenteres funnene jeg har gjort ut i fra litteraturen jeg har søkt meg frem til og inkludert ved hjelp av metodedelen. I kapittel fem drøftes teori og funn i lys av oppgavens problemstilling. Til slutt kommer konklusjonen i kapittel seks, der jeg forsøker å svare på problemstillingen.

2.0 Teori

2.1 Angina pectoris

For at hjertet skal kunne opprettholde sin kontinuerlige pumpefunksjon trenger det tilførsel av oksygen og næringsstoffer. Denne forsyningen er det hjertets egne arterier som står for, og dette systemet ligger utenpå hjertemuskelen som en krans. Derav navnet kransarterier eller koronararterier (Arnesen, 2016a). Personer som får angina pectoris har gjerne en underliggende koronar hjertesykdom (Helsebiblioteket, 2014), og angina pectoris er dermed ikke en sykdom, men et symptom (Conway og Fuat, 2007).

Angina pectoris innebærer at koronararteriene er trangere enn normalt grunnet aterosklerose. Den aterosklerotiske åreveggen hindrer blodgjennomstrømningen og truer dermed hjertets oksygentilførsel. Den smertefølelsen som oppstår når en del av hjertemuskelen får for liten tilførsel av blod betegnes som angina pectoris (Arnesen, 2016a). Angina pectoris oppstår typisk i situasjoner der hjertet har behov for økt blodtilførsel, som for eksempel ved anstrengelse eller økt fysisk aktivitet, etter å ha spist store måltider og ved kulde (ibid.). Det kan i tillegg oppstå dersom man er opphisset eller sint (Helsebiblioteket, 2014), og ved emosjonelt stress (Conway og Fuat, 2007).

Det er vanlig å skille mellom to typer angina pectoris; stabil og ustabil. Ved stabil angina får ikke hjertet nok oksygen på grunn av den trange koronararterien og dette er smertefullt. Ved hvile eller etter administrering av legemidler mot angina vil smertene gi seg (Helsebiblioteket, 2014). Ved ustabil angina oppstår det en rift i den aterosklerotiske åreveggen og kroppen responderer med å danne en trombose i et forsøk på å tette igjen riften. Trombosen hindrer blodtilførselen til en del av hjertemuskelen og truer dermed hjertets oksygenbehov. Dersom trombosen vokser og stopper blodtilførselen til den aktuelle delen av hjertet, er det snakk om hjerteinfarkt. Ustabil angina krever øyeblikkelig medisinsk hjelp, da det altså kan være et forvarsel om hjerteinfarkt (Helsebiblioteket, 2015). Ustabil angina følger ikke noe mønster slik som ved stabil angina. Smerter kan oppstå selv i hvile og varer gjerne lenger enn ved stabil angina. I tillegg vil smertene ofte forverres over tid og det hjelper ikke å hvile eller administrere legemidler mot angina (ibid.).

2.1.1 Forekomst

Koronar hjertesykdom er en av de viktigste årsakene til for tidlig død i Europa og den vestlige verden for øvrig (Conway og Fuat, 2007; Deaton og Namasivayam, 2004). Med for tidlig død menes yngre enn 75 år (Conway og Fuat, 2007). Selv om dødeligheten som følge av koronar hjertesykdom har sunket de siste tiårene, har sykkeligheten økt. Grunnen til det er at vi blir eldre og lever lenger enn før. Personer med koronar hjertesykdom lever altså lenger, men med konsekvensene av det å ha en hjertesykdom (Deaton og Namasivayam, 2004). Den reduserte dødeligheten som følge av koronar hjertesykdom kan også skyldes utviklingen innen den medisinske behandlingen, samt at risikofaktorer som høyt kolesterol, sigarettøyking og hypertensjon er redusert i befolkningen (Klemsdal, 2011, s. 120). I Norge er insidensen for angina pectoris på 15 000 – 20 000 per år og jo eldre en blir, jo høyere er forekomsten. Etter

fylte 60 år hvikes kjønnsforskjellene ut. Før dette er det flest menn som får angina pectoris (Arnesen, 2016a).

2.1.2 Årsaker

Det er flere årsaker eller risikofaktorer som kan medføre aterosklerotiske komplikasjoner og dermed disponere for koronar hjertesykdom og angina pectoris. De risikofaktorene som har dominert er høyt kolesterol, hypertensjon og sigarettøyking (Klemsdal, 2011, s. 120). I tillegg kan arv, alder og kjønn spille en rolle for utviklingen av denne typen sykdommer, samt inaktivitet, overvekt, diabetes, stress og høyt inntak av alkohol (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2015a). Arv, alder og kjønn er risikofaktorer som ikke kan endres, men de andre har med livsstilen å gjøre og kan dermed påvirkes. Det er også slik at jo flere risikofaktorer en har, jo høyere er sannsynligheten for utvikling av koronar hjertesykdom (ibid.).

Høyt kolesterol, hypertensjon og sigarettøyking har vært kjente risikofaktorer i lang tid. Grunnet nedgangen i antall røykere og bedret medisinsk behandling har disse risikofaktorene blitt noe redusert og bedret leveutsiktene for personer med koronar hjertesykdom betraktelig (Klemsdal, 2011, s. 120). Bildet er likevel ikke så idyllisk når en ser på de andre risikofaktorene som har med livsstil å gjøre. Noen av dagens trender kan medføre at vi får en oppblomstring av hjerte – og karsykdommer igjen, til tross for alle forbedringene som er oppnådd de siste tiårene (Klemsdal, 2011, s. 122).

I befolkningen i dag ser vi en økning i fedme og overvekt og med dette forstyrrelser i glukosestoffskiftet og lipidnivå i blodet. Det er også et problem at mange er blitt vant til en tilværelse med mye stillesitting foran enten TV eller PC og dette går på bekostning av å drive med fysisk aktivitet (ibid.). Klemsdal skriver at det er lett å tro at diabetes og overvekt ikke kan ha så mye å si for utviklingen av hjerte – og karsykdom siden forekomsten av disse sykdommene har sunket de siste 20 årene, mens det har vært en økning i forekomsten av diabetes og overvekt (2011, s. 122). Diabetes disponerer for økt fettavleiring i arterieveggen og forekomsten av aterosklerose er dermed høyere hos personer med diabetes (Arnesen, 2016a). Klemsdal viser til undersøkelser gjort ved Ullevål sykehus i Oslo for noen år siden og en publikasjon fra Sverige i 2007, der det i disse kommer frem at mange av pasientene som var lagt inn på grunn av akutt koronar hjertesykdom hadde uoppdaget eller nyoppdaget diabetes, samt at flere var i ferd med å utvikle diabetes. Bare noen pasienter hadde glukosenivåer innenfor det normale (2011, s. 122). Dette betyr at for å forebygge hjerte – og

karsykdommer i fremtiden må en i tillegg til høyt kolesterol, hypertensjon og røyking, ta hensyn til og ha økt fokus på overvekt, diabetes og inaktivitet (ibid.).

2.1.3 Symptomer

Symptomer på stabil angina pectoris er karakterisert av et ubehag i form av smerte, trykk eller press ofte lokalisert til brystet. Ubegaget kan også ofte kjennes i underkjeven, tenner, mellom skulderbladene og i den ene eller begge armene, samt ut i fingrene (Forfang og Aaberge, 2011, s. 149). Ubegaget ved angina pectoris deles ofte inn i fire kategorier. Disse er lokalisasjon, karakter, varighet og relasjon til anstrengelse. Ved stabil angina pectoris beskrives gjerne ubegagets karakter som trykk, press eller tyngdefølelse. Noen opplever også ubegaget som kvelende, sammensnørende eller brennende (ibid.). I tillegg er det vanlig å oppleve at smerten har en strålende karakter ut i armene. Andpustenhet, svette, generell sykdomsfølelse og åndenød er også vanlige symptomer på stabil angina pectoris (Helsebiblioteket, 2014). I tillegg til de symptomene som allerede er nevnt opplever mange også mindre spesifikk symptomer som følelsen av å skulle besvime, fatigue, kvalme, raping og rastløshet. Symptomene kan variere fra person til person og graden av ubehag er ikke lik for alle (Forfang og Aaberge, 2011, s. 149).

Ubegagets varighet er ofte under ti minutter og de oppstår i utgangspunktet i relasjon til fysisk anstrengelse, i kulde eller motvind og dersom en er sint (Forfang og Aaberge, 2011, s. 149; Helsebiblioteket, 2014). Når en stopper opp, hviler eller tar legemidler mot angina vil ubegaget gi seg (Forfang og Aaberge, 2011, s. 149).

Symptomer på ustabil angina pectoris er ofte de samme som for stabil angina pectoris. Hovedsymptomet er sterke brystmerter og de kommer gjerne plutselig. I tillegg til brystmerter opplever mange kvalme eller oppkast, angst, kaldsvetting og tung pust. Smertenes karakter er beskrevet som klemmende, trykkende eller pressende og de er ofte lokalisert midt i brystet. Noen opplever også smerter lokalisert øverst i magen. Som tidligere nevnt kan smertene forverres over tid og de varer ofte i mer enn 20 minutter. Det nytter ikke å hvile eller å administrere legemidler mot angina. Tilstanden krever øyeblikkelig medisinsk hjelp, da den kan være livstruende (Helsebiblioteket, 2015).

2.1.4 Behandling

Utgangspunktet for behandlingen av angina pectoris dreier seg om kartlegging av risikofaktorer hos hver enkelt pasient og ut i fra dette vil den videre behandlingen være livsstilsendringer. Endringer i ens livsstil har den fordel at det kan redusere forekomsten av flere risikofaktorer (Arnesen, 2016a), og dreier seg om eventuell røykeslutt, vektreduksjon, diabetesbehandling og blodtrykksbehandling, samt fysisk aktivitet og moderat alkoholinntak (Forfang og Aaberge, 2011, s. 153). Livsstilsendringer alene er som regel ikke nok i behandlingen av angina pectoris. En vil også ha behov for medikamentell behandling og i en del tilfeller også koronar by – passkirurgi eller perkutan koronar intervensjon (PCI) (ibid.). Den medikamentelle behandlingen har som formål å virke smertestillende på brystmerter, redusere hyppigheten av symptomer og anginaanfall, forebygge mot hjerteinfarkt, samt bedre pasientens prognose (Helsebiblioteket, 2014).

Som smertelindring mot brystmerter er det vanlig å benytte nitroglyserin. Nitroglyserin er et nitrat med kortvarig effekt og det virker raskt på smerter som oppstår under et anginaanfall. Nitroglyserin virker ved at venene utvider seg og den diastoliske fylningen reduseres (Forfang og Aaberge, 2011, s. 154). Dermed reduseres belastningen på hjertet og oksygenbehovet avtar, samt smertene (Helsebiblioteket, 2014). Mange kan ha god effekt av å administrere nitroglyserin før anstrengelse som de vet har en tendens til å gi anginasymptomer (Forfang og Aaberge, 2011, s. 154).

For å redusere hyppigheten av symptomer og anginaanfall er det vanlig å benytte betablokkere, kalsiumantagonister og langtidsvirkende nitrater (Forfang og Aaberge, 2011, s. 154). Disse legemidlene reduserer antall anfall og toleransen for anstrengelse øker (Helsebiblioteket, 2014). Betablokkere virker ved å redusere hjertefrekvensen og blodtrykket slik at hjertet arbeider lettere da oksygenbehovet reduseres. De motvirker brystmerter og kan også forebygge mot nye hjerteinfarkt. Eksempler på mye brukte betablokkere er metoprolol, atenolol og bisoprolol (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2015b). Kalsiumantagonister kan benyttes dersom en ikke tåler betablokkere, men også som tilleggsmedikament (Helsebiblioteket, 2014). Kalsiumantagonister som virker hjertefrekvensreducerende (verapamil og diltiazem) kan virke ledningsforstyrrende i kombinasjon med betablokkere (Forfang og Aaberge, 2011, s. 156). Amlodipin, nifedipin og felodipin er vasselektive kalsiumantagonister og egner seg i kombinasjon med betablokkere (ibid.). Kalsiumantagonister virker ved at arterier, både koronare og andre, dilaterer og dermed

reduseres belastningen på hjertet (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2015b).

Langtidsvirkende nitrater som isosorbiddinitrat eller – mononitrat virker ved å utvide blodkarene og dermed redusere belastningen på hjertet, samt øke oksygentilførselen. De kan redusere hyppigheten og intensiteten av anginaanfallet og øke toleransen for anstrengelse (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2015b; Forfang og Aaberge, 2011, s. 155).

For å forebygge mot hjerteinfarkt er det vanlig å benytte antitrombotisk behandling med platehemmer, kolesterolsenkende medikamenter i form av statiner og blodtrykkssenkende midler i form av ACE – hemmere (Helsebiblioteket, 2014). Ved antitrombotisk behandling benyttes i størst grad acetylsalisylsyre og i Norge er Albyl – E det dominerende legemiddelet. Acetylsalisylsyre forebygger dannelsen av tromboser og denne typen behandling er indisert hos alle som har stabil angina pectoris (Forfang og Aaberge, 2011, s. 153). I tillegg til å motvirke dannelsen av tromboser virker acetylsalisylsyre blodfortynnende (Helsebiblioteket, 2014). Statiner virker ved å redusere kolesterolnivået i blodet og vanlige medikamenter er simvastatin, atorvastatin og pravastatin (ibid.). Kolesterolsenkende legemidler er indisert hos alle som har en koronar hjertesykdom, uansett hvilke symptomer en har (Forfang og Aaberge, 2011, s. 153). På grunn av sin kolesterolsenkende virkning beskytter statiner mot hjerteinfarkt og hjerneslag da disse medikamentene reduserer risikoen for aterosklerotiske komplikasjoner (Helsebiblioteket, 2014). ACE – hemmere er vanligvis indisert til pasienter som har hypertensjon og hjertesvikt. Hos pasienter med stabil angina pectoris er ACE – hemmere indisert dersom en i tillegg har hypertensjon, diabetes, hjertesvikt, asymptomatisk venstre ventrikkeldysfunksjon eller hatt hjerteinfarkt (Forfang og Aaberge, 2011, s. 154). ACE – hemmere virker ved at blodårene dilateres og blodtrykket reduseres. Dette gjør at hjertets pumpefunksjon bedres. Vanlige ACE - hemmere er blant annet ramipril, triatec og enalapril (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2015b).

Som tilleggsbehandling til medikamenter og livsstilsendringer kan det være aktuelt for pasienter med angina pectoris å få utført by – passkirurgi eller perkutan koronar intervensjon (PCI) (Forfang og Aaberge, 2011, s. 156). By – passkirurgi er indisert hos de pasientene som ikke har tilfredsstillende kontroll over sin angina pectoris med medikamenter og/eller PCI (ibid.). Perkutan koronar intervensjon (PCI) er indisert av de samme årsakene som for by – passkirurgi, men med unntak av hos de som har nyresvikt. Ved PCI brukes det røntgenkontrast og dette er nyretoksisk (Forfang og Aaberge, 2011, s. 157). PCI innebærer

utblokking av det trange partiet i koronararterien ved hjelp av enten et ballongkateter eller en metallstent som fungerer som en indre forsterkning av blodåren (ibid.).

Ved ustabil angina pectoris kreves det sykehusinnleggelse og behandlingen her dreier seg om smertelindring i form av for eksempel morfin og legemidler som motvirker iskemi. Det være seg betablokkere, nitrat, antikoagulantia (lavmolekylært heparin) og platehemmere. Videre er det aktuelt med koronar angiografi for å undersøke om pasienten har hjerteinfarkt og deretter vurderes revaskularisering i form av blant annet kirurgi eller perkutan koronar intervensjon (Aaberge og Forfang, 2011, s. 168 – 169).

2.1.5 Prognose

Prognosen for pasienter med angina pectoris er god, både på kort og lang sikt, dersom en følger legens forordninger av medikamenter og eventuelt gjennomfører kirurgi eller koronar intervensjon, samt gjør en innsats for å legge om livsstilen (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2015a). Livsstilsendringer er helt nødvendig for å redusere risikofaktorer og på den måten motvirke den underliggende koronare hjertesykdommen (Arnesen, 2016a).

2.2 Fysisk aktivitet

I befolkningen i dag er fysisk inaktivitet en økende trend og således en utfordring og et folkehelseproblem. Dagens samfunn er i stor grad tilrettelagt for inaktivitet med tanke på at store deler av dagen tilbringes foran TV og PC. Det kreves dermed mer av hver enkelt for at fysisk aktivitet skal kunne prioriteres daglig. Sett i et folkehelseperspektiv vil et av tiltakene som har størst effekt på befolkningens helse være en økning i det fysiske aktivitetsnivået. Det er veldokumentert at fysisk aktivitet kan bidra i både forebygging og behandling av mange ulike sykdommer og tilstander (Larsen, 2009, s. 3). Vi mennesker er ikke skapt for å sitte stille og det viser seg at fysisk inaktivitet bidrar til å øke risikoen for sykdom og dødelighet (Bahr, 2009b, s. 5).

2.2.1 Hva er anbefalt?

Helsedirektoratet skriver at det å være fysisk aktiv i rundt 30 minutter daglig vil ha en betydelig helsegevinst for voksne og eldre som i stor grad er fysisk inaktive. Den fysiske aktiviteten bør være av moderat til høy intensitet. Moderat fysisk aktivitet innebærer for eksempel hurtig gange der respirasjon, puls og blodtrykk er høyere enn normalt. Høy intensitet innebærer aktiviteter som for eksempel løping der respirasjon, puls og blodtrykk er mye høyere enn normalt (2016).

Noe mer detaljert går Helsedirektoratets anbefalinger ut på at voksne og eldre bør være i fysisk aktivitet i minst 2,5 time per uke med moderat intensitet og i minst 1,25 time per uke med høy intensitet. All aktivitet behøver ikke gjøres sammenhengende, men kan gjerne deles opp i intervaller på minst 10 minutter. Jo mer en er i fysisk aktivitet, jo større er helsegevinsten. Derfor kan voksne og eldre gjerne øke tiden de er fysisk aktive til 5 timer per uke med moderat intensitet og til 2,5 time per uke med høy intensitet (2016). Øvelser som styrker musklene bør utføres minst to ganger per uke. Det kan for eksempel være knebøy eller armhevninger. Det er viktig å huske på at styrkeøvelser skal tilpasses hver enkelt med tanke på type øvelse, antall repetisjoner, hyppighet, varighet og intensitet (Helsedirektoratet, 2016). Mange tenker kanskje at det er mye å huske på, men all bevegelse er bra og det trenger ikke alltid være mer komplisert enn å gå i trapper i stedet for å bruke heis, drive med hagearbeid eller husarbeid, samt å sykle eller gå til butikken i stedet for å kjøre bil. Eldre som er utsatt for fall grunnet ustøhet eller redusert mobilitet anbefales å utøve øvelser som fremmer balanse og styrke minst tre ganger per uke (ibid.).

For voksne og eldre som ikke kan følge Helsedirektoratets anbefalinger grunnet redusert helse eller funksjonsnivå, gjelder det å være så fysisk aktiv som både helse og evner tillater (Helsedirektoratet, 2016).

2.2.2 Fysisk aktivitet og helsegevinst

Fysisk aktivitet fremmer helse og jo høyere intensitet, jo raskere virkning på kroppens ulike funksjoner (Henriksson og Sundberg, 2009, s. 8). Hvor stor effekt fysisk aktivitet har på kroppsfunksjonene kommer an på hvilket utgangspunkt en har. Dersom en er utrent og i stor grad inaktiv vil effekten av fysisk aktivitet være større enn om en er godt trent fra før. Videre gjelder det å opprettholde regelmessig fysisk aktivitet for å holde effekten ved like. En kan merke stor forskjell på kroppen etter bare noen uker med fysisk aktivitet, men etter en stund vil det kreve betydelig større treningsmengde for å holde kondisjonen oppe (Henriksson og Sundberg, 2009, s. 9).

Det er gunstig å kombinere styrketrening og kondisjonstrening. Ved styrketrening øker styrken i den muskelen som trenes og den skjelettdelen som belastes. I tillegg har styrketrening en viktig betydning i forbindelse med forebygging og behandling av sykdommer som omfatter hjerte – og kar, diabetes, overvekt, osteoporose, ledd – og

ryggsmerter, angst og depresjon (Jansson, Stensvold og Wisløff, 2009, s. 142). Ved kondisjonstrening øker hjertets kapasitet, samt skjelettmuskulaturens oksygenopptak (Henriksson og Sundberg, 2009, s. 9 – 11). I tillegg spiller frekvens, varighet og intensitet en viktig rolle for den totale treningseffekten. Frekvens vil si hvor ofte en gjennomfører fysisk aktivitet og for at det skal ha tilstrekkelig effekt på helsen må det gjennomføres ofte og regelmessig. Varighet vil si hvor lang tid en bruker på fysisk aktivitet og jo lenger en økt varer, jo større effekt har det. Det skal imidlertid nevnes at det ikke er noe problem å dele opp økten i kortere perioder, så lenge den totalt anbefalte tiden per dag oppfylles. Det vil si minst 30 minutter. Intensitet vil si hvor hardt en gjennomfører fysisk aktivitet. Jo hardere en økt er, jo bedre effekt har det, dog innenfor rimelighetens grenser. Altfor høy intensitet vil ha dårligere effekt. Det er tilstrekkelig med lavere intensitet i begynnelsen dersom man er utrent og tidligere inaktiv. Etter hvert må intensiteten økes dersom en ønsker å holde kondisjonen ved like og for å forbedre den (Henriksson og Sundberg, 2009, s. 9 – 10).

Effekten av regelmessig fysisk aktivitet på kroppens organer og vev er godt dokumentert og det viser seg at det forfallet som skjer i kroppen ved inaktivitet kan motvirkes. I tillegg vil fysisk aktivitet bidra til å opprettholde og forbedre den fysiske funksjonen, samt beskytte mot hjerte – og karsykdommer, hypertensjon, diabetes, overvekt og kreft i tykktarmen (Anderssen og Strømme, 2001). Kondisjonstrening har positiv effekt på hjertet, lungene og kretsløpssystemet. Styrketrening har positiv effekt på musklene. Videre har fysisk aktivitet positiv effekt på stoffskiftet med tanke på omsetningen av fett, karbohydrater og proteiner. Motoriske funksjoner bedres når det kommer til hurtighet, balanse, koordinasjon og reaksjonsevne. Ledd, sener, skjelett og bånd har positiv effekt av fysisk aktivitet ved at beinmasse, bevegelighet, vevsstyrke og elastisitet bedres (Anderssen og Strømme, 2001). Fysisk aktivitet resulterer dessuten i økt arbeidskapasitet og overskudd i hverdagen, samt bedret psykisk velvære og økende grad av selvstendighet (ibid.).

2.2.3 Fysisk aktivitet og angina

Når det kommer til treningseffekter på hjertet og kretsløpet er det slik at ved regelmessig fysisk aktivitet reduseres hvilepuls med 5 – 20 slag per minutt og slagvolumet, eller hjertets sammentrekningsevne, er minst 20 prosent høyere (Henriksson og Sundberg, 2009, s. 13). Nedgangen i hvilepuls skyldes både økt parasymptatisk aktivitet og redusert sympatisk aktivitet, samt stigningen i slagvolumet. Når hjertet evner å pumpe ut mer blod for hvert slag reduseres behovet for antall slag (Grimsmo, 2011, s. 306). Det indre volumet i hjertet er større

i betydelig grad og tykkelsen på hjerteveggen er noe økt. Det vil si at hjertemuskelen er styrket. I tillegg forbedres koronararteriene sin evne til å utvide seg ved fysisk aktivitet (Henriksson og Sundberg, 2009, s. 13).

For personer som har etablert koronar hjertesykdom vil det være svært gunstig å følge Helsedirektoratets anbefalinger om minimum 30 minutter med fysisk aktivitet per dag. Kondisjonstrening 3 – 5 ganger per uke kombinert med styrketrening 2 – 3 ganger per uke har vist seg å være en svært effektiv behandling av koronar hjertesykdom (Helsedirektoratet, 2016; Amundsen, Slørdahl, Ståhle og Cider, 2009, s. 343). Treningsopplegget bør være spesielt tilpasset hver enkelt pasient med hensyn til styrke, kondisjon og fysisk aktivitetsnivå ved oppstart. Med bakgrunn i dette kan en bestemme grad av frekvens, varighet og intensitet for den fysiske aktiviteten (Amundsen et al., 2009, s. 343). Når det kommer til intensiteten anbefales det ikke for pasienter med koronar hjertesykdom å overskride 85 prosent av maksimal hjerterefrekvens, eller makspuls (Grimsmo, 2011, s. 310).

I tillegg til redusert hvilepuls og blodtrykk ved hvile, samt økt slagvolum og minuttvolum har fysisk aktivitet den effekten at oksygenopptaket øker. Dette gjør at en kan utføre en gitt mengde fysisk arbeid på et lavere nivå av maksimalt oksygenopptak og hjerterefrekvens enn tidligere. Disse effektene ved fysisk aktivitet, samt økt blodgjennomstrømning i koronararteriene og deres evne til å utvide seg gjør at terskelen for iskemi også økes. Det betyr at en tåler mer anstrengelse før angina utløses (Amundsen et al., 2009, s. 347 – 348).

For at sykkeligheten og mortaliteten ved koronar hjertesykdom skal kunne reduseres kreves det langvarig og regelmessig fysisk aktivitet (Amundsen et al., 2009, s. 350). Hovedmålet med fysisk aktivitet er å øke det maksimale oksygenopptaket i kroppen. Gjennom kondisjonstrening øker hjertets evne til å pumpe nok blod ut til muskler som er i aktivitet. I tillegg øker samtidig musklens evne til å ta opp oksygen (Grimsmo, 2011, s. 304). Ved å kombinere kondisjons – og styrketrening, samt intervalltrening og langkjøring vil det ha en svært god effekt på helsetilstanden til pasienter med koronar hjertesykdom. Intervalltrening innebærer vekslning mellom perioder med høyere og lavere intensitet, mens langkjøring dreier seg om å ha samme intensitet under hele treningsøkten (Amundsen et al., 2009, s. 350). Under oppstart av slik type trening er det viktig at pasientene får veiledning og overvåkning av helsepersonell som har kunnskap om denne pasientgruppen. I tillegg vil de kunne være i beredskap dersom akutte komplikasjoner skulle oppstå. Det anses som trygt for pasientene

med overvåket fysisk aktivitet i rehabiliteringsfasen (Amundsen et al., 2009, s. 354), og alle pasienter som har angina pectoris bør få tilbud om å delta i hjerterehabilitering (Conway og Fuat, 2007). Innledningsvis vil det også være aktuelt å foreta en belastningstest ved hjelp av arbeids – EKG for å kartlegge grad av anbefalt fysisk aktivitet (Grimsmo, 2011, s. 309). Etter hjerterehabiliteringen kan pasientene som oftest fortsette treningen uten behov for overvåkning (Amundsen et al., 2009, s. 343).

2.3 Livskvalitet

2.3.1 Hva er livskvalitet?

Livskvalitet er et begrep som ofte brukes, men som ikke har noen entydig definisjon (Malt, 2009). Det å oppleve glede, tilfredshet, mening, trygghet og tilhørighet i tilværelsen forbindes ofte med høy livskvalitet. Videre har det betydning for grad av livskvalitet at en evner og har mulighet til å benytte sine personlige styrker, oppleve mestring både i hverdagen og i arbeidslivet og at en kjenner på interesse og engasjement i livet sitt (Folkehelseinstituttet, 2013). Livskvalitet handler om hvordan en selv opplever tilværelsen og er således et subjektivt begrep (ibid.).

Livskvalitet har også sammenheng med opplevd helse, både fysisk og psykisk (Folkehelseinstituttet, 2013). Vi vurderer livskvalitet ut i fra ulike ståsted og når det kommer til helserelatert livskvalitet er ikke alltid fravær av symptomer oppskriften på et lykkelig liv. Noen opplever høy grad av livskvalitet til tross for tilstedeværelse av symptomer (Langeland, 2012, s. 197). Likevel har økt grad av livskvalitet sammenheng med emosjonelt, psykologisk og sosialt velvære (ibid.). Dette påvirker igjen den fysiske helsen i positiv retning (Folkehelseinstituttet, 2013).

2.3.2 Mestring

Mestring er et sentralt begrep som livskvalitet omfatter. Opplevelse av mestring er viktig for oss mennesker og det finnes ulike måter å definere begrepet på. Harris og Ursin definerer mestring som en positiv responsforventning. Det vil si at når en står overfor et problem har man en forventning om at den strategien en har valgt for å løse problemet, vil føre til et positivt resultat eller utfall (2012, s. 163). Harris og Ursin refererer til Lazarus med flere (1991), som på sin side ser på mestring som en strategi og ikke en forventning. Mestring som strategi innebærer hvordan en person faktisk håndterer en utfordring i stedet for å ha en forventning om et positivt resultat på forhånd (2012, s. 164).

Det å ha evnen til å klare noe på egen hånd, samt til å takle stress og sykdom slik at en kan komme seg videre i livet, kan også forklares som mestring (Tveiten, 2012, s. 174). Noe mer detaljert kan en si at mestring dreier seg om å ha tilgang på kunnskap, ressurser, sosialt nettverk, ferdigheter og utstyr og at en således evner å benytte seg av dette i møte med en utfordring eller et problem (ibid.).

2.3.3 Trygghet, sosialt nettverk og tilhørighet

Trygghet, sosialt nettverk og tilhørighet er også sentralt for livskvaliteten. Gjennom det sosiale nettverket en har, spesielt dersom det er sterkt, har en mulighet til å føle seg trygg, at en har støtte og at en hører til et sted. Dette bidrar igjen til økt trivsel og dermed bedre livskvalitet. Når en trives, opplever trygghet og sosial støtte påvirker dette vår motstandskraft i møte med utfordringer eller belastninger (Folkehelseinstituttet, 2013).

2.4 Folkehelseperspektivet

Folkehelse dreier seg om en felles innsats fra hele befolkningen om å opprettholde, forbedre og fremme helsen i samfunnet. Denne prosessen innebærer å svekke de faktorene som gir helserisiko og styrke de faktorene som gir helsegevinst (Norsk Sykepleierforbund, 2014). Folkehelsearbeid består av både helsefremmende – og sykdomsforebyggende arbeid (ibid.). Henriksen understøtter dette ved å vise til folkehelseloven og dens hovedintensjon om å forebygge sykdom og helserisiko i større grad og behandle mindre (2012, s. 64). I folkehelselovens kapittel 1, paragraf 1 som omhandler lovens formål, kommer det frem at den skal bidra til en utvikling i samfunnet som fremmer folkehelsen. Dette innebærer utjevning av sosiale helseforskjeller, at folkehelsearbeidet skal bidra til å fremme befolkningens helse, deres trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold. I tillegg skal folkehelsearbeidet bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse (2011).

2.4.1 Helsefremmende arbeid og sykepleie

Overordnet har sykepleiere et ansvar og en plikt til å fremme helse, forebygge sykdom og lindre lidelse (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Dette er også grunnsteinen i folkehelsearbeidet og således henger sykepleie og folkehelse tett sammen. Helsefremmende arbeid kan forklares som den prosessen som bidrar til at den enkelte person og samfunnet i sin helhet blir i stand til å bevare og forbedre sin helse (Urke, 2012, s. 26). Videre skriver Gammersvik at helsefremming handler om å mestre og referer dermed til Benner og Wrubel

(2003) som hevder at den viktigste oppgaven til en sykepleier er å hjelpe pasienten med å mestre stress og konsekvenser av sykdom, samt at det helt grunnleggende i sykepleie er å fremme helse (2012, s. 104).

Helsefremmende arbeid har endret seg fra den tradisjonelle måten der relasjonen mellom sykepleier og pasient tidligere var preget av en skjev maktfordeling. Sykepleieren var eksperten som visste hva som var riktig og godt for pasienten, hva problemet besto i og som kom med løsninger på problemet som pasienten måtte forholde seg til. Sykepleien var preget av et paternalistisk verdsett (Gammersvik, 2012, s. 107 – 108). Nå består helsefremmende arbeid av en ny metode å arbeide på. Sykepleien er samarbeidsorientert og det handler om empowerment. Maktfordelingen er lik mellom pasient og sykepleier og pasientens kompetanse verdsettes (Gammersvik, 2012, s. 108). En behandler ikke lenger på pasienten, men sammen med pasienten (Gammersvik, 2012, s. 114). Pasienten kjenner seg selv best og i møte med utfordringer, belastninger, sykdom og lidelse er sykepleierens oppgave å hjelpe pasienten med å realisere sine ressurser slik at han eller hun overkommer disse på en måte som gjør at pasienten kommer seg videre i livet (ibid.). Denne nye metoden i helsefremmende arbeid krever mye av både sykepleier og pasient. Sykepleieren bidrar med undervisning, veiledning, støtte og omsorg. Pasienten på sin side myndiggjøres og blir dermed en aktiv deltaker i behandlingsprosessen. Pasienten må gjøre arbeidet selv, men med hjelp av sykepleieren (Gammersvik, 2012, s. 116).

3.0 Metode

3.1 Hva er metode?

Overordnet kan en si at metode handler om hvordan man bør gå frem for å finne ny kunnskap eller etterprøve eksisterende kunnskap (Dalland, 2012, s. 111). Metode er altså en fremgangsmåte og et verktøy vi kan benytte oss av når vi vil undersøke noe eller løse problemer, for deretter å komme frem til ny kunnskap på et område. Når vi ønsker å undersøke noe trenger vi informasjon og metoden en velger å benytte seg av hjelper oss under innsamlingen av data (Dalland, 2012, s. 111 – 112).

Det er vanlig å skille mellom kvantitative og kvalitative metoderetninger, som igjen inneholder ulike fremgangsmåter for å finne informasjon som leder til ny kunnskap. Kvantitativ metode kjennetegnes av at dataene er målbare enheter og det er i hovedsak snakk

om tall og statistikk. En går i bredden og forsøker å hente inn få opplysninger om mange undersøkelsesenheter. Eksempelvis kan en benytte spørreskjemaer med konkrete svaralternativer. En undersøker et emne utenfra og er ikke i direkte kontakt med det feltet en samler data fra. Kvalitativ metode kjennetegnes av at dataene forsøker å fange opp og få frem mening, sammenheng og opplevelse som ikke lar seg måle eller presenteres gjennom tall. En går i dybden og forsøker å hente inn mange opplysninger om få undersøkelsesenheter. En undersøker emnet innenfra og er i direkte kontakt med feltet det samles data fra. Eksempelvis kan en benytte seg av et casestudie, fleksibelt intervju der det ikke er fastsatt noen svaralternativer eller ustrukturerte observasjoner (Dalland, 2012, s. 112 – 113).

Uavhengig av hvilken metode en benytter seg av skal valget av den baseres på refleksjon, overveielser og etiske vurderinger omkring hva en tenker er den beste måten å gå frem på og hva som er gjennomførbart i praksis. I tillegg er det viktig å ta med i beslutningen hva som er realistisk når det kommer til økonomi og tidsramme (Dalland, 2012, s. 114).

3.2 Litteraturstudie som metode

Som beskrevet ovenfor finnes det altså flere metoder en kan bruke. I tillegg til disse kan en også benytte systematisk litteraturstudie. Denne metoden innebærer at man samler og analyserer kunnskap som allerede finnes om det emnet en har valgt å skrive om. Metoden krever at litteraturen en bruker for å belyse problemstillingen er vurdert og utvalgt på en systematisk måte (Frederiksen, Beedholm og Glasdam, 2015, s. 53).

Systematisk litteraturstudie er en arbeidsprosess der en tydelig beskriver fremgangen i litteratursøkingen. Prosessen består av flere steg og innebærer at man utarbeider en søkestrategi (Frederiksen et al., 2015, s. 54). Søkestrategien viser tydelig hvilke søkeord og søkekombinasjoner en har brukt, avgrensning og presisering av søkene, hvilke databaser en har søkt i og det utarbeides konkrete inklusjons – og eksklusjonskriterer (Hørmann, 2015, s. 37). Med bakgrunn i dette, samt kritisk vurdering velges den litteraturen som skal være med. Den utvalgte litteraturen danner så grunnlaget for analyse, diskusjon og konklusjon (Frederiksen et al., 2015, s. 54).

Jeg har valgt å benytte litteraturstudie som metode for å innhente data rundt tema for denne oppgaven. Grunnen til det er at det finnes mye forskning på det temaet jeg har valgt, og derfor er det lite gunstig å skulle bruke ressurser på å undersøke noe det allerede finnes kunnskap om

(Frederiksen et al., 2015, s. 53). I tillegg er ikke målet med denne oppgaven å komme med nytt forskningsmateriale, men å forsøke å svare på problemstillingen jeg har formulert og tilegne meg ny kunnskap ved hjelp av eksisterende forskning og litteratur. Jeg har også tatt hensyn til tidsrammen, når det gjelder denne oppgaven, i beslutningen om valg av metode. Da vi kun har ni uker til rådighet fra start til slutt, finner jeg det mest gunstig å anvende litteraturstudie i arbeidet med oppgavens tema og problemstilling. Systematisk litteraturstudie krever riktignok både tid og grundighet, men denne metoden tillater at jeg kan starte søkingen etter litteratur med en gang i motsetning til for eksempel intervju som metode, der det kreves et omfattende og grundig forarbeid før en kan begynne selve intervjuprosessen (Glasdam, 2015, s. 99).

3.3 Kildekritikk

Som ordet kildekritikk tilsier handler det om at en evner å forholde seg kritisk til de kildene en benytter seg av. I tillegg skal en være klar over hvilke kriterier en har brukt for å velge ut kildene (Dalland, 2012, s. 72). Når en skriver en oppgave der en benytter seg av ulike kilder må en være i stand til å vurdere og karakterisere den anvendte litteraturen. Dette har sammenheng med at det skal komme klart frem hvilke refleksjoner en gjør rundt kildenes gyldighet, relevans og pålitelighet i forhold til oppgavens problemstilling (ibid.). Det handler ikke om at en skal betvile alt en kommer over, men at en er kritisk i den forstand at den litteraturen en bruker ses i sammenheng med oppgavens tema og problemstilling. En må vurdere kontinuerlig i hvilken grad kildene en finner kan brukes for å bidra til å svare på det en ønsker å finne ut av (Dalland, 2012, s. 72 – 73). Sekundærlitteratur innebærer at originalteksten kan være bearbeidet av andre og det opprinnelige budskapet kan dermed være endret. Dette medfører også viktigheten av kildekritikk (Dalland, 2012, s. 73).

I denne oppgaven har jeg utøvd kildekritikk ved å utarbeide en søkestrategi med inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier som kommer frem lenger ned i metodekapitlet. På den måten kommer det tydelig frem hvordan jeg har søkt etter kilder og at jeg har vurdert kildenes relevans og pålitelighet i forhold til oppgavens problemstilling. I tillegg har jeg valgt forskningsartikler som er fagfellevurdert (peer reviewed). Det betyr at arbeidet er godkjent og vurdert av eksperter på det aktuelle fagområdet og tekstene gjennomgår streng kvalitetskontroll før den publiseres (Dalland, 2012, s. 78). Jeg oppgir også tydelig gjennom oppgaven hvilke kilder jeg har benyttet. Hva som er mine egne ord og hva som er andres arbeid. Det skal også nevnes at alle forskningsartiklene jeg har funnet er skrevet på engelsk.

Oversettelsen av disse vil dermed være preget av mine engelskkunnskaper. Når det har dukket opp ord eller uttrykk jeg har vært usikker på har jeg benyttet oversettelsesprogrammet iFinger som ligger tilgjengelig via skolens bibliotek på internett.

Jeg har utarbeidet fire forskningsspørsmål som jeg stiller hver av forskningsartiklene som presenteres i funndelen. Disse spørsmålene bidrar til å sikre kildenes relevans og pålitelighet i forhold til oppgavens problemstilling og er en del av kildekritikken. Disse spørsmålene er som følgende: Hva sier forskningsartikkelen om betydningen av fysisk aktivitet for pasienter med angina eller koronarsykdom? Hvilke risikofaktorer er forbundet med fysisk inaktivitet? Er det noen sammenheng mellom fysisk aktivitet og livskvalitet? Og til slutt; Hvilken rolle har helsepersonell, spesielt sykepleier?

3.4 Forskningsetikk

Forskningsetikk omhandler det å planlegge, gjennomføre og rapportere forskning, samt ivaretagelse av personvern og sørge for troverdige forskningsresultater (Dalland, 2012, s. 96). Når det kommer til forskning innenfor fagfeltet medisin, skal det også sikres at deltakerne som inkluderes i forskningen ikke blir påført skade eller unødige belastninger, samt at deres velferd og integritet veier mer enn målet om ny kunnskap (ibid.).

I denne oppgaven har jeg valgt litteraturstudie som metode fordi det finnes mye forskning og kunnskap om temaet jeg har valgt. Som tidligere begrunnet unngår jeg dermed å bruke ressurser på noe det allerede finnes kunnskap om, samt at jeg unngår å påføre noen unødige belastninger. I tillegg trenger jeg ikke å ta hensyn til behandling av personopplysninger eller anonymisering av pasienter, da litteraturen som benyttes for å belyse problemstillingen allerede er publisert, godkjent og fagfelleurdert. Det vil si at det allerede er tatt forskningsetiske forholdsregler. Likevel er ikke jeg fritatt fra å ta etiske overveielser. Litteraturen som benyttes skal bære preg av å være vurdert kritisk i den grad at den kan bidra til å svare på min problemstilling, det skal komme tydelig frem hvor jeg har funnet den, samt hvem sitt arbeid det er.

3.5 Søkestrategi

Når jeg har søkt etter litteratur som kan bidra til å belyse oppgavens tema og problemstilling har jeg brukt søkeordene angina pectoris, physical activity (fysisk aktivitet), coronary heart disease (koronar hjertesykdom), quality of life (livskvalitet), public health (folkehelse) og

nurse (sykepleier). Disse ordene har jeg kombinert på ulike måter slik at jeg skulle finne mest mulig forskning som er relevant for min problemstilling.

Jeg har valgt å bruke Cinahl som hoveddatabase når jeg har søkt etter litteratur. Grunnen til det er at jeg har brukt denne databasen ved tidligere søk og jeg føler at jeg behersker å bruke denne godt. Cinahl er en database som hovedsakelig består av artikler på engelsk. Her kan man finne tidsskriftartikler, avhandlinger, forskningsartikler og konferansepublikasjoner (proceedings) blant annet, innenfor emnene sykepleie, fysioterapi, ergoterapi, radiografi og andre beslektede emner med sykepleie og helse (Hørmann, 2015, s. 44).

For å kombinere søkeordene har jeg brukt search with AND. Søkekombinasjonene har vært angina pectoris AND physical activity, physical activity and coronary heart disease AND quality of life, angina pectoris AND quality of life og til slutt, public health AND angina pectoris AND nurse. Ved å bruke search with AND når jeg kombinerer søkeord får jeg treff på alle artikler som inneholder søkebegrepene. Samtidig blir søkefeltet mindre enn om jeg hadde benyttet search with OR. Grunnen til det er at treffene viser de artiklene som benytter begge søkeordene. Benytter man OR får man opp artikler som enten inneholder det ene, det andre eller begge begrepene (Hørmann, 2015, s. 39 – 40). Fordi jeg har valgt å bruke search with AND kan det hende at artikler som kunne vært relevante for min problemstilling ikke blir tatt med.

Jeg fikk veldig mange treff på de søkene jeg har gjort og derfor var det helt nødvendig med avgrensning og presisering av søkene, samt å sette opp inklusjons – og eksklusjonskriterier. Jeg valgt å avgrense søkene mine til at artiklene skulle være publisert fra 2003 til 2015, at fulltekst og sammendrag skulle være tilgjengelig, samt referanser. I tillegg skulle artiklene være forskningsartikler (research article) og fagfelleurdert (peer reviewed). Ved ett av søkene valgt jeg også å avgrense til Europa. Inklusjons – og eksklusjonskriteriene jeg har satt opp hjalp meg til å velge ut de artiklene som var relevante for min problemstilling. Disse kriteriene var som følgende:

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Norsk, dansk, svensk eller engelsk språk.	Andre språk.
Artikkelen sier noe om angina pectoris, koronarsykdom, fysisk aktivitet og livskvalitet generelt.	Artikkelen omhandler pasienter fra andre kontinenter enn Europa og Nord – Amerika.
Artikkelen omhandler pasienter som allerede har diagnosen angina eller koronarsykdom.	Artikkelen omhandler fysisk aktivitet eller livskvalitet etter spesifikke behandlingsmetoder.
Artikkelen er presentert etter Imrad – struktur.	Artikkelen omhandler andre diagnoser. For eksempel refraktær angina.
Forskningsartikkel (research article).	
Fagfellevurdert (peer reviewed).	

Da jeg søkte på kombinasjonen public health AND angina pectoris AND nurse fant jeg én relevant artikkel. Denne var ikke forskningsartikkel (research article), noe som var et av mine kriterier. Jeg valgte derfor å ekskludere artikkelen og dermed blir den ikke presentert i søkehistorikken nedenfor. Likevel synes jeg artikkelen er relevant for oppgavens tema og problemstilling og jeg har valgt å ta den med som litteratur i teoridelen. Artikkelen er skrevet av B. Conway og A. Fuat og ble publisert i 2007. Tittelen på artikkelen er ”Recent advances in angina management: implications for nurses”.

Ved søk på kombinasjonen angina pectoris AND quality of life fant jeg mange av de samme artiklene som når jeg søkte på kombinasjonene presentert nedenfor. Jeg fant ingen artikler som var like relevante som de nedenfor og derfor har jeg ikke presentert denne kombinasjonen i søkehistorikken.

3.6 Søkehistorikk

Oversikt over de søkene jeg har gjort som ga relevante treff.

Database: Cinahl.

Søkeord: Angina pectoris AND physical activity.

Avgrensning: Full text, abstract available, references available, 2003 – 2015, english language, peer reviewed, research article.

Antall treff: 85.

Relevante treff: 3.

1.

Tittel på artikkel: Long term effects of exercise training on physical activity level and quality of life in elderly coronary patients – a three – to six – year follow up (2003).

Tema: Belyser effekten på aktivitetsnivå og livskvalitet ved å følge et treningsprogram etter et hjerteinfarkt eller en episode med ustabil angina. Studien består av en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe.

2.

Tittel på artikkel: Rehabilitation of elderly with coronary heart disease – improvement in quality of life at a low cost (2005).

Tema: Pasienter som deltar på gruppetrening etter en episode med akutt koronar hjertesykdom opplever økt aktivitetsnivå og livskvalitet. Studien viser til økt grad av etterlevelse til treningsprogrammet, uten store kostnader for helsevesen eller pasient.

3.

Tittel på artikkel: Exploring the experience of using a web – based cardiac rehabilitation programme in a primary care angina population: a qualitative study (2014).

Tema: Ser på effekten av å benytte et internettbasert treningsprogram i rehabiliteringen av pasienter med angina. Pasientene erfarer økt fysisk aktivitet, økt psykisk velvære, økt grad av empowerment, samt fordelen av å kunne trene hjemme når en vil.

Database: Cinahl.

Søkeord: Physical activity and coronary heart disease AND quality of life.

Avgrensning: Full text, abstract available, references available, 2008 – 2015, english language, peer reviewed, research article, Europa.

Antall treff: 129.

Relevante treff: 2.

1.

Tittel på artikkel: An exploration of exercise training effects in coronary heart disease (2008).

Tema: Utforsker effekten av trening på fysisk og psykisk funksjon hos pasienter med koronarsykdom. Lavt aktivitetsnivå er fortsatt et problem hos denne pasientgruppen.

Etterlyser mer forskning rundt ulike treningsmetoder for pasienter med ulike hjertesykdommer.

2.

Tittel på artikkel: The long – term benefits of cardiac rehabilitation on depression, anxiety, physical activity and quality of life (2010).

Tema: Ser på viktigheten og fordelene ved hjerterehabilitering hos pasienter med koronarsykdom. Helsepersonell bør oppfordre pasientene til å delta i slike programmer. Har også effekt på depresjon og angst.

Oversikten er utarbeidet 22. februar 2016, da jeg gjorde alle søkene mine på nytt for å få riktig antall treff.

4.0 Funn

Nedenfor presenteres hver av de fem forskningsartiklene jeg har søkt meg frem til og inkludert gjennom metodedelen. Artiklene presenteres med tittel, forfattere, hensikt og metode, samt hvilke hovedfunn jeg har gjort.

4.1 Artikkel 1

Tittel: Long term effects of exercise training on physical activity level and quality of life in elderly coronary patients – a three – to six – year follow up.

Forfattere: Hage, C., Mattsson, E., & Ståhle, A. (2003).

Hensikt: Evaluere fysisk aktivitetsnivå, helse relatert livskvalitet og opplevd helse tre til seks år etter et hjerteinfarkt eller en episode med ustabil angina pectoris hos eldre pasienter og sammenligne dette med data gjort fra tidligere undersøkelser eller oppfølging.

Metode: Kohort studie. 101 pasienter innlagt ved en hjertemedisinsk avdeling ble inkludert i studien mellom oktober 1994 og juni 1997. 93 var fortsatt i live og fikk tilsendt spørreskjema tre til seks år etter en episode med akutt koronar hjertesykdom. Pasientene ble tilfeldig fordelt mellom en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe etter utskrivelse og innen seks uker etter episoden. Intervensjonsgruppen deltok på aerobic gruppetrening tre ganger i uken over en periode på tre måneder. Kontrollgruppen fikk beskjed om å starte opp igjen med sine vanlige aktiviteter så snart de følte seg i form til det.

Hovedfunn: Fysisk aktivitet kan bidra til redusert dødelighet og redusert risiko for utvikling av kroniske sykdommer for pasienter som har koronar hjertesykdom. Fysisk aktivitet bidrar til en økning i reservekapasitet og dette gjør at pasienten evner å gjøre mer i hverdagen uten å oppleve fatigue eller utmattelse. Ved å oppmuntre eldre mennesker til å ha en aktiv livsstil har det vist seg å ha en positiv effekt på kostnadsnivået i helsevesenet. Eldre utgjør en høy prosentandel av de som har koronar hjertesykdom og de står i fare for å bli uføre etter en episode med ustabil angina eller hjerteinfarkt. Derfor er det viktig at også eldre pasienter blir inkludert i hjerterehabiliteringsprogrammer. I tillegg viser flere studier at fysisk aktivitet har en positiv effekt på helserelatert livskvalitet. Videre kommer det frem av den aktuelle studien at det er viktig at helsepersonell aktivt inkluderer eldre pasienter i hjerterehabiliteringsprogrammer etter en episode med akutt koronar hjertesykdom. Selv en kort periode med veiledet fysisk trening har potensiale til å påvirke aktivitetsnivået over tid i positiv retning.

4.2 Artikkel 2

Tittel: Rehabilitation of elderly with coronary heart disease – improvement in quality of life at a low cost.

Forfattere: Sandström, L., & Ståhle, A. (2005).

Hensikt: Evaluere forbruk av helsetjenester, selvrapportert helserelatert livskvalitet og finne ut av kostnadene ved et treningsprogram ett år etter en episode med akutt koronar hjertesykdom.

Metode: Randomisert kontrollert studie. 101 pasienter over 65 år innlagt ved en hjertemedisinsk avdeling ble fordelt mellom en intervensjonsgruppe som skulle delta på aerobic gruppetrening tre ganger i uken over tre måneder og en kontrollgruppe som fikk beskjed om å begynne med fysisk aktivitet så snart de følte seg i form til det. Pasientene ble evaluert ved oppstart, etter 3 – og 12 måneder.

Hovedfunn: Fysisk trening kan bidra til å opprettholde og forbedre fysisk funksjon hos eldre, samt forlenge en aktiv livsstil. Dette bidrar til å redusere risikoen for avhengighet av andre eller helsevesenet og uførhet. Pasienter med hjerte – og karsykdommer koster helsevesenet svimlende summer årlig og pasientgruppen er stadig økende grunnet at vi blir eldre og lever

lenger enn før. Fysisk inaktivitet på sin side, bidrar til å øke risikoen for dødelighet og utvikling av kronisk sykdom. De begrensningene som koronar hjertesykdom har for pasienten både fysisk, psykisk og sosialt kan bidra til redusert livskvalitet. Videre viser studien til at pasienter som deltar i veiledet fysisk trening etter en episode med akutt koronar hjertesykdom har høy etterlevelse til treningsprogrammet og i tillegg er det heller ikke dyrt for pasientene å delta. Derfor er det viktig at helsepersonell motiverer pasienter med koronar hjertesykdom til deltagelse og at de blir inkludert i hjerterehabiliteringsprogrammer.

4.3 Artikkel 3

Tittel: Exploring the experience of using a web – based cardiac rehabilitation programme in a primary care angina population: a qualitative study.

Forfattere: Devi, R., Carpenter, C., Powell, J., & Singh, S. (2014).

Hensikt: Utforske pasientenes erfaringer ved å benytte et internettbasert hjerterehabiliteringsprogram.

Metode: Kvalitativ studie med semistrukturerte intervjuer. 20 pasienter ble inkludert i studien, men 4 ønsket ikke å delta. 16 intervjuer ble gjennomført etter at pasientene hadde brukt det internettbaserte treningsprogrammet over en periode på 6 uker. Intervjuene varte fra 15 – 50 minutter og de fleste ble utført i pasientenes hjem.

Hovedfunn: Internettbasert hjerterehabiliteringsprogram viser seg å øke villigheten til å drive med fysisk aktivitet eller prøve nye måter å være aktiv på. Pasientene følte også på økt selvtillit i forbindelse med fysisk trening, høyere energinivå og arbeidskapasitet, samt følelsen av å kjenne seg i bedre form.

Det internettbaserte hjerterehabiliteringsprogrammet, som ble utviklet i forbindelse med studien, ga pasientene mulighet til å sette opp treningsmål og føre treningsdagbok. Dette gjorde at pasientene følte seg mer motiverte og forpliktet til å utføre fysiske øvelser. Pasientene opplevde også økt helserelatert selvtillit, redusert angst, følelsen av bedret helse, økt positivitet og håp. Disse faktorene har sammenheng med økt livskvalitet. Studien påpeker også viktigheten av at hjerterehabiliteringsprogrammer er skreddersydd og tilpasset hver enkelt pasient med tanke på opplegg og informasjon. Dette bidrar til at pasientene føler seg tryggere.

4.4 Artikkel 4

Tittel: An exploration of exercise training effects in coronary heart disease.

Forfattere: Piperidou, E., & Bliss, J. (2008).

Hensikt: Utforske effekten av trening på fysisk og psykososial funksjon hos pasienter med koronar hjertesykdom, samt identifisere komplikasjoner som kan oppstå under fysisk aktivitet for å poengtere viktigheten av treningsprogrammer som er individuelt tilpasset.

Metode: Litteraturstudie. 12 artikler ble inkludert i studien og man fant to overordnede temaer og 10 underordnede kategorier.

Hovedfunn: Forskning viser at regelmessig moderat fysisk aktivitet over lengre tid kan redusere dødeligheten som følge av koronar hjertesykdom. Fordelene ved fysisk aktivitet er flere; bedret fysisk funksjon, økt arbeidskapasitet, redusert lipidnivå i blodet og lavere blodtrykk. Pasienter med koronar hjertesykdom kan ha god effekt av å kombinere utholdenhetstrening og styrketrening for å øke muskelstyrke og oppnå bedret fysisk funksjon. Psykososiale fordeler ved fysisk aktivitet er redusert angst og depresjon, samt generelt bedre livskvalitet. Fysisk inaktivitet på sin side kan bidra til overvekt og fedme, økt risiko for utvikling av kroniske sykdommer, hypertensjon og hyperlipidemi, samt flere episoder med akutt koronar hjertesykdom. Helsepersonell må tilrettelegge for individuelt tilpassede treningsprogram med tanke på å unngå komplikasjoner under eller etter trening. I tillegg må treningen, spesielt i starten, være veiledet slik at pasientene har tilgang på informasjon og bistand, om nødvendig, underveis.

4.5 Artikkel 5

Tittel: The long – term benefits of cardiac rehabilitation on depression, anxiety, physical activity and quality of life.

Forfattere: Yohannes, A. M., Doherty, P., Bundy, C., & Yalfani, A. (2010).

Hensikt: Undersøke de langsiktige fordelene av et omfattende hjerterehabiliteringsprogram over seks uker og effekten av dette på fysisk aktivitet, psykisk velvære og livskvalitet hos pasienter med koronar hjertesykdom.

Metode: Kohortstudie. 105 av 147 pasienter fullførte studien ved 12 måneder. Pasientene ble henvist til hjerterehabiliteringsprogrammet 2 – 8 uker etter utskrivelse fra sykehus og deltok i et seks ukers treningsprogram. Pasientene ble evaluert før programmet startet, etter seks uker, seks måneder og 12 måneder.

Hovedfunn: Veiledede hjerterehabiliteringsprogrammer viser seg å redusere risikoen for sykkelighet og dødelighet. Pasientene som deltar opplever bedret aktivitetsnivå og humør, samt redusert angst og depresjon. Dette har sammenheng med økt livskvalitet. I denne studien fulgte pasientene et veiledet program som varte i seks uker der de trente to ganger i uken og deltok i et oppfølgingsprogram 6 og 12 måneder etter avslutning av de første seks ukene. I tillegg fikk de undervisning en gang per uke. Ved oppfølgingen 12 måneder etter treningsperioden hadde pasientene fortsatt effekt av hjerterehabiliteringen i form av bedret livskvalitet, økt fysisk aktivitetsnivå og redusert angst og depresjon. Disse fordelene er det viktig at helsepersonell er klar over og at de i tillegg aktivt informerer og oppmuntrer pasienter med koronar hjertesykdom til å delta.

5.0 Drøfting

Jeg har valgt å legge opp drøftingen etter forskningsspørsmålene jeg utarbeidet og presenterte under kildekritikk i metodedelene. På den måten blir drøftingen systematisert i ulike temaer. Jeg vil bruke funn fra forskningsartiklene, samt tidligere presentert teori i arbeidet med å drøfte omkring oppgavens problemstilling.

5.1 Betydning av fysisk aktivitet for pasienter med angina pectoris eller koronarsykdom

Det har gjennom teori – og funndelen kommet frem at fysisk aktivitet er svært viktig for pasienter med angina pectoris eller koronarsykdom i forbindelse med redusert risiko for sykkelighet og mortalitet. Fysisk aktivitet bidrar til bedret funksjon og økt arbeidskapasitet slik at en evner å gjøre mer i hverdagen (Hage, Mattsson og Ståhle, 2003). I kombinasjon med kostholdsendringer, redusert saltinntak og eventuell lipidsenkende, kolesterolsenkende og blodtrykkssenkende behandling kan fysisk aktivitet bidra til at pasientene oppnår redusert vekt, blodtrykk og lipidnivå i blodet. Dette fungerer som sekundærforebyggende tiltak og bedrer leveutsiktene betraktelig for disse pasientene (Piperidou og Bliss, 2008; Klemsdal, 2011, s. 120). I tillegg vil det i mange tilfeller være helt nødvendig med slike tiltak da en kan forebygge mot flere akutte episoder mer koronar hjertesykdom, samt skade av andre organer

som følge av hypertensjon og eventuell diabetes (Piperidou og Bliss, 2008). Fysisk trening har også fordeler når det kommer til det psykiske aspektet i form av bedret humør, økt selvtillit og redusert angst og depresjon (ibid.).

Som nevnt i teoridelen er hjerterehabiliteringsprogrammer svært gunstig for pasienter med angina pectoris eller koronar hjertesykdom. Forskning viser at eldre oppnår like stor effekt av å delta i hjerterehabiliteringsprogrammer som yngre pasientgrupper når det kommer til livskvalitet og arbeidskapasitet. På den andre siden er det likevel slik at eldre pasienter ofte ikke inkluderes eller oppmuntres til å delta i slike rehabiliteringsprogrammer (Hage, Mattsson og Ståhle, 2003). Dette er uheldig da hjerterehabilitering viser seg å være kostnadseffektivt for helsevesenet og fordelaktig for pasienter med koronar hjertesykdom (Sandström og Ståhle, 2005).

Hjerterehabiliteringsprogrammer er anbefalt for pasienter med stabil angina pectoris, og derfor er det også et problem at denne pasientgruppen ofte blir ekskludert fra disse programmene til fordel for pasienter som allerede har hatt hjerteinfarkt eller gjennomgått revaskulariseringsprosedyrer, som by – passkirurgi eller perkutan koronar intervensjon (Devi, Carpenter, Powell og Singh, 2014). Det finnes ingen god grunn til å utelukke pasienter som ikke har fått utført revaskulariseringsprosedyrer fra hjerterehabilitering. Tvert i mot viser det seg at pasienter som fikk benytte internettbasert hjerterehabiliteringsprogram ble motiverte for bedre helse og evnen til å holde seg i form økte. Det samme gjelder for psykisk velvære (Devi et al., 2014). Gjennom det internettbaserte hjerterehabiliteringsprogrammet følte pasientene seg bedre informert om sin helsetilstand og dette bidro til redusert angst. De følte at de hadde bedre kontroll over situasjonen og opplevde økt empowerment (ibid.).

Det er viktig å justere treningens type, hyppighet, intensitet og varighet etter pasientens fysiske nivå, hjertesykdom og koronare risikofaktorer, for å unngå eventuelle komplikasjoner som følge av treningen (Piperidou og Bliss, 2008). Ved å tilpasse treningen til hver enkelt pasient vil det kunne bidra til økt sannsynlighet for at pasientene mestrer nettopp dette. I tillegg vil de kunne føle seg tryggere når de driver med fysisk aktivitet (Devi et al., 2014). På den andre siden er det viktig å huske at mange pasienter kanskje ikke evner å være så fysisk aktive som de selv ønsker grunnet sterkt nedsatt funksjonsnivå eller sykkelighet. For at disse pasientene ikke skal miste motet eller håpet om en mer aktiv livsstil må de informeres og støttes i at litt aktivitet er bedre enn ingenting og det kreves ikke av noen at de skal være mer

fysisk aktive enn det helsen og evnen tillater (Helsedirektoratet, 2016). Samtidig skal en også være klar over at en ikke automatisk opplever bedret psykisk velvære av å være fysisk aktiv. Det krever at pasienten forplikter seg og ønsker å gjøre en endring i livet sitt. I tillegg må fysisk aktivitet holdes ved like (Yohannes, Doherty, Bundy og Yalfani, 2010).

5.2 Risikofaktorer forbundet med fysisk inaktivitet

Fysisk inaktivitet er forbundet med høy risikofaktor for å utvikle hjerte – og karsykdommer. Det er en like vanlig årsak til utviklingen av denne typen sykdommer som sigarettøyking, hyperlipidemi og hypertensjon (Hage, Mattsson og Ståhle, 2003). I tillegg øker risikoen for flere episoder med akutt koronarsykdom i form av ustabil angina eller hjerteinfarkt, dødelighet og utvikling av kronisk sykdom (Sandström og Ståhle, 2003). Videre kan fysisk inaktivitet bidra til overvekt og fedme, samt utvikling av diabetes (Piperidou og Bliss, 2008).

Mange pasienter med koronar hjertesykdom opplever både angst og depresjon knyttet til symptomer, livsbegrensninger og ulike medisinske intervensjoner. Dette er med på å bidra til at disse pasientene ikke evner å holde seg fysisk aktive, samt at bedringsprosessen begrenses. Videre fører dette til at de opplever dårligere livskvalitet, redusert psykisk velvære og nedsatt aktivitetsnivå (Yohannes et al., 2010). For å unngå at dette blir en ond sirkel er det her helsefremmende arbeid og sykepleie vil spille en viktig rolle. Pasienten står overfor en betydelig utfordring og har behov for motivasjon og hjelp til å mestre situasjonen for at han eller hun skal ha mulighet til å komme seg videre i livet på en tilfredsstillende måte (Gammersvik, 2012, s. 104).

5.3 Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og livskvalitet

Begrensninger i muligheten til fysisk utfoldelse hos pasienter med koronar hjertesykdom kan bidra til redusert livskvalitet (Hage, Mattsson og Ståhle, 2003). Koronar hjertesykdom påvirker og begrenser også pasienten psykisk og sosialt. Til sammen kan dette ha negativ innvirkning på dagliglivets aktiviteter, samt medføre at pasienten blir avhengig av hjelp fra andre. Det er heller ikke uvanlig at eldre pasienter med koronar hjertesykdom opplever depresjon. Dette påvirker bedringen til disse pasientene negativt og også deltagelsen i hjerterehabiliteringen. Alle disse faktorene kan bidra til dårligere livskvalitet for pasienter med koronar hjertesykdom (Sandström og Ståhle, 2005). På den andre siden ser man at pasienter som faktisk deltar i hjerterehabiliteringsprogrammer opplever økt grad av livskvalitet og også forbedret fysisk aktivitetsnivå (ibid.). Yohannes med flere hevder også at

hjerterehabiliteringsprogrammer viser seg å ha en positiv effekt på pasientenes livskvalitet (2010).

Ved hjelp av et skreddersydd og individuelt tilpasset internettbasert hjerterehabiliteringsprogram følte pasientene som var med i denne studien at de hadde bedre kontroll over symptomene og helsetilstanden sin. Dette bidro til økt trygghet og redusert angst, som igjen påvirket pasientenes livskvalitet i positiv retning. Bedre helse, vektreduksjon og økt motivasjon ga økt psykisk velvære (Devi et al., 2014). Dette illustrerer hvor viktig helsefremmende arbeid er. Gjennom tilrettelagt informasjon, veiledning og støtte fra helsepersonell kan pasientene realisere sine ressurser slik at de mestrer sin sykdom på en måte som gir helsegevinster i form av både fysisk og psykisk velvære. I tillegg har de mulighet til å oppsøke informasjon når de måtte ønske eller trenge det og således forsterkes den nye tenkningen innefor helsefremmende arbeid der maktfordelingen mellom pasient og sykepleier er jevnet ut. Det dreier seg ikke lenger om paternalisme der pasienten må forholde seg til det sykepleieren sier når hun sier det, men om empowerment (Gammersvik, 2012, s. 108).

Pasienter som er fysisk aktive opplever også mindre somatisering, noe som har positiv effekt på livskvaliteten. Somatisering innebærer at et psykisk problem kan gi seg uttrykk i fysiske symptomer som for eksempel kvalme, oppkast, diaré, hodepine og leddsmerter (Piperidou og Bliss, 2008). Sammenhengen mellom fysisk aktivitet og økt livskvalitet kan altså tilskrives både bedret fysisk funksjon, økt arbeidskapasitet og mindre symptomer, samt økt psykisk velvære i form av redusert angst og depresjon (ibid.).

5.4 Helsepersonell sin rolle

Som det har kommet frem av drøftingen tidligere er det en uheldig tendens til at en del pasienter med angina pectoris ikke inkluderes i hjerterehabiliteringsprogrammer. Derfor fremheves viktigheten av å finne måter å inkludere disse pasientene på (Devi et al., 2014). Hage, Mattsson og Ståhle påpeker gjennom sin studie også viktigheten av å faktisk inkludere eldre pasienter i hjerterehabiliteringsprogrammer og ikke bare informere om nytteverdien av fysisk aktivitet (2003). Dette understrekes også av Sandström og Ståhle (2005). I tillegg må helsepersonell motivere pasientene til deltagelse. Gevinsten i form av økt livskvalitet for eldre pasienter med koronar hjertesykdom, veier opp for kostnadene ved å delta. Det er også en fordel at pasientene får kommet seg ut og møter andre mennesker i samme situasjon som dem selv (Sandström og Ståhle, 2005). I tillegg til motivering og inkludering er det sentralt at

helsepersonell er tilgjengelige for spørsmål fra pasientene, samt det å gi informasjon. Det bidrar til at pasientene føler seg trygge og de unngår misforståelser angående sin helsetilstand. Den tryggheten pasientene opplever påvirker psykisk velvære og livskvalitet positivt. I tillegg reduseres angstfølelsen (Devi et al., 2014).

Helsepersonell skal også være klar over at eldre pasienter kan være mer motvillige til å gjøre livsstilsendringer, samt ha mindre fokus på å ta tak i helseproblemer. Dette kan hindre dem i å være fullt ut engasjert i hjerterehabiliteringen (Devi et al., 2014). I studien der det internettbaserte hjerterehabiliteringsprogrammet ble benyttet kom det frem at programmet ble introdusert sent i sykdomsforløpet til pasientene. Dette opplevde pasientene som negativt, da mye usikkerhet over lang tid kunne vært unngått dersom de fikk delta i et slikt program tidligere, da behovet var større (ibid.). Dette fremhever viktigheten av å introdusere pasienter med angina pectoris eller koronar hjertesykdom for hjerterehabilitering så tidlig som mulig slik at de får utbytte av det. Pasientene må informeres og oppmuntres om fordelene ved å delta i hjerterehabiliteringsprogrammer og helsepersonell må ha kunnskap om disse fordelene. I tillegg bør det rettes større fokus på redueringen av angst og depresjon gjennom hjerterehabiliteringsprogrammer (Yohannes et al., 2010).

Helsepersonell har ansvar for å tilrettelegge for individuelt tilpassede treningsprogram, slik at pasientene får oversikt over type trening, hyppighet, intensitet og varighet med tanke på å unngå komplikasjoner under eller etter trening (Amundsen et al., 2009, s. 354). Det er også viktig at helsepersonell er klar over at hjerterehabilitering handler om mer enn bare fysisk trening. Det innebærer også medikamentell behandling, undervisning og veiledning, samt atferdsendring hos pasientene. Det er helt nødvendig at alle profesjonene som jobber med hjerterehabilitering samarbeider og møter hver enkelt pasient og hans eller hennes individuelle behov (Piperidou og Bliss, 2008). Det kan virke overveldende på den aktuelle pasientgruppen med tanke på alt av medisiner, intervensjoner, forholdsregler og anbefalinger om fysisk aktivitet. Derfor kan det være forståelig at mange pasienter føler seg tiltaksløse, overveldet av informasjon og usikre i forbindelse med alt dette og at det således bidrar til inaktivitet, økt sykkelighet og redusert livskvalitet. På den andre siden er slik informasjon helt nødvendig for at pasientene skal vite hva de utsetter seg selv for ved å forbli fysisk inaktive. Ansvar for å bedre sin fysiske og psykiske helse hviler i stor grad på pasienten selv og derfor er det så viktig at helsepersonell hjelper pasientene i å mestre de utfordringene han eller hun står overfor, samt motiverer, inkluderer, veileder og oppmuntrer.

6.0 Konklusjon

Litteratur presentert gjennom teori og forskning viser at fysisk aktivitet er av stor betydning for pasienter med angina pectoris eller koronar hjertesykdom. Det påvirker både fysisk og psykisk funksjon i positiv retning gjennom bedret fysisk funksjon, økt arbeidskapasitet, bedret humør, økt selvstendighet og redusert angst og depresjon. Det reduserer den totale risikoen for sykdom og dødelighet. Dermed kan en si at fysisk aktivitet bidrar til økt livskvalitet for pasienter med angina pectoris eller koronar hjertesykdom. Hjerterehabiliteringsprogrammer er viktig for pasientgruppen, men forskning viser at en del pasienter ekskluderes fra disse programmene. Dette er et stort paradoks. Hjerterehabiliteringsprogrammer er et helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak og således viktig innenfor folkehelseperspektivet. Likevel må en del pasienter gjennomgå et hjerteinfarkt, en episode med ustabil angina eller revaskulariseringsprosedyrer for å bli inkludert. Dette er det motsatte av sykdomsforebygging og helsefremming. Ved å inkludere alle som har koronar hjertesykdom i rehabiliteringsprogrammer tidlig kan en spare pasientene for mye lidelse og redusert livskvalitet. I tillegg spares helsevesenet og samfunnet for øvrig for mye ressurser. Det er tross alt bedre å være føre var, enn etter snar.

Litteraturliste

Amundsen, B. H., Slørdahl, S., Ståhle, A., & Cider, Å. (2009). Koronarsykdom. I R. Bahr (red.), *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 343 – 358). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/463/Aktivitetshandboken-IS-1592.pdf>

Anderssen, S. A., & Strømme, S. B. (2001). Fysisk aktivitet og helse – anbefalinger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 121(17), 2037 – 2041. Hentet fra

<http://tidsskriftet.no/article/362722/>

Arnesen, H. (2016a). Angina pectoris. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra

https://sml.snl.no/angina_pectoris

Arnesen, H. (2016b). Aterosklerose. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra

<https://sml.snl.no/aterosklerose>

Bahr, R. (2009a). Fysisk aktivitet. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra

https://sml.snl.no/fysisk_aktivitet

Bahr, R. (2009b). Forord. I R. Bahr (red.), *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 5 – 6). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/463/Aktivitetshandboken-IS-1592.pdf>

Conway, B., & Fuat, A. (2007). Recent advances in angina management: implications for nurses. *Nursing standard*, 21(38), 49 – 56. Hentet fra Cinahl.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Deaton, C., & Namasivayam, S. (2004). Nursing outcomes in coronary heart disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(5), 308 – 315. Hentet fra Cinahl.

Devi, R., Carpenter, C., Powell, J., & Singh, S. (2014). Exploring the experience of using a web – based cardiac rehabilitation programme in a primary care angina population: a qualitative study. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 21(9), 434 – 440.

Folkehelseinstituttet. (2013). *Livskvalitet og trivsel i Norge*. Hentet fra <http://www.fhi.no/tema/psykisk-helse/livskvalitet-og-lykke>

Folkehelseloven. (2011). Lov om folkehelsearbeid. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelseloven>

Forfang, K., & Aaberge, L. (2011). Stabil angina pectoris. I K. Forfang & H. Istad (red.), *Kardiologi* (s. 149 – 162). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Frederiksen, K., Beedholm, K., & Glasdam, S. (2015). Litteraturreview. I S. Glasdam (red.), *Bachelorprosjekter indenfor det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder* (s. 53 – 62). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Gammersvik, Å. (2012). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik & T. Larsen (red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (s. 99 – 119). Bergen: Fagbokforlaget.

Glasdam, S. (2015). Semistrukturerte intervjuer af enkeltpersoner. I S. Glasdam (red.), *Bachelorprosjekter indenfor det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder* (s. 99 – 117). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Grimsmo, J. (2011). Effekt av fysisk trening ved normalt hjerte og hos hjertepasienter. I K. Forfang & H. Istad (red.), *Kardiologi* (s. 303 – 313). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hage, C., Mattsson, E., & Ståhle, A. (2003). Long term effects of exercise training on physical activity level and quality of life in elderly coronary patients – a three – to six – year follow up. *Physiotherapy Research International*, 8(1), 13 – 22.

Harris, A., & Ursin, H. (2012). Stress og mestring i et helsefremmende perspektiv. I Å. Gammersvik & T. Larsen (red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (s. 159 – 172). Bergen: Fagbokforlaget.

Helsebiblioteket. (2014). *Smerter i brystet – stabil angina*. Hentet fra <https://helsenorge.no/sykdom/hjerte-og-kar/stabilanginapectoris>

Helsebiblioteket. (2015). *Brystmerter – ustabil angina*. Hentet fra <https://helsenorge.no/sykdom/hjerte-og-kar/ustabil-angina-pectoris>

Helsedirektoratet. (2016). *Anbefalinger fysisk aktivitet*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/anbefalinger-fysisk-aktivitet>

Henriksen, S. G. (2012). Samhandlingsreformen og dens konsekvenser for sykepleiere. I Å. Gammersvik & T. Larsen (red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (s. 57 – 75). Bergen: Fagbokforlaget.

Henriksson, J., & Sundberg, C. J. (2009). Generelle effekter av fysisk aktivitet. I R. Bahr (red.), *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 8 – 36). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/463/Aktivitetshandboken-IS-1592.pdf>

Hørmann, E. (2015). Litteratursøgning. I S. Glasdam (red.), *Bachelorprosjekter indenfor det sundhedsfaglige område – indblik i videnskabelige metoder* (s. 37 – 49). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Jansson, E., Stensvold, D., & Wisløff, U. (2009). Helseaspekter ved styrketrening. I R. Bahr (red.), *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 142 – 153). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/463/Aktivitetshandboken-IS-1592.pdf>

Klemsdal, T. O. (2011). Hjerte – og karsykdommers epidemiologi, etablerte og nyere risikofaktorer. I K. Forfang & H. Istad (red.), *Kardiologi* (s. 119 – 125). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Langeland, E. (2012). Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (s. 195 – 216). Bergen: Fagbokforlaget.

Larsen, B – I. (2009). Bakgrunn. I R. Bahr (red.), *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling* (s. 3 – 4). Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/463/Aktivitetshandboken-IS-1592.pdf>

Malt, U. (2009). Livskvalitet. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/livskvalitet>

Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2015a). *Angina pectoris, hjertekrampe*. Hentet fra <http://nasjonalforeningen.no/hjerte-og-kar/ulike-hjertesykdommer/angina-pectoris-hjertekrampe/>

Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2015b). *Medisiner ved hjerte – og karsykdom*. Hentet fra <http://nasjonalforeningen.no/hjerte-og-kar/medisiner/>

Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Norsk sykepleierforbund. (2014). *Politisk plattform for folkehelse 2013 – 2016*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/1383752/Politisk%20plattform%20folkehelse.pdf>

Nylenna, M. & Braut, G. S. (2014). Folkehelse. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/folkehelse>

Piperidou, E., & Bliss, J. (2008). An exploration of exercise training effects in coronary heart disease. *British Journal of Community Nursing*, 13(6), 271 – 277.

Sandström, L., & Ståhle, A. (2005). Rehabilitation of elderly with coronary heart disease – improvement in quality of life at a low cost. *Advances in Physiotherapy*, 7(), 60 – 66.

Selmer, R., Hovda, G. E., Graff – Iversen, S., & Sakshaug, S. (2014). *Hjerte – og karsykdommer i Norge – Folkehelse rapporten 2014*. Folkehelseinstituttet. Hentet fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=110411>

Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik & T. Larsen (red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (s. 173 – 193). Bergen: Fagbokforlaget.

Urke, H. B. (2012). Helsefremmende arbeid – ideologier og begreper. I Å. Gammersvik & T. Larsen (red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (s. 23 – 44). Bergen: Fagbokforlaget.

Yohannes, A. M., Doherty, P., Bundy, C., & Yalfani, A. (2010). The long – term benefits of cardiac rehabilitation on depression, anxiety, physical activity and quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 19(), 2806 – 2813.

Aaberge, L., & Forfang, K. (2011). Akutt koronarsyndrom. I K. Forfang & H. Istad (red.), *Kardiologi* (s. 163 – 173). Oslo: Gyldendal Akademisk.