

University College Sjælland sygeplejerskeuddannelse

Sygeplejestuderende Rikke Thybo Albrechtsen
Studienr. ss2011sB 006

Sygeplejestuderende Mira Begovic
Studienr. ss2011sB 043

Opgavetype Bachelorprojekt
Professionsbachelor i sygepleje
Holdnavn ss2011sB Sept. 11
Modul 14 - Bachelorprojekt

Vejleder Lone LykkeKlausen
Dato for aflevering D. 5/12-2015
Antal tegn uden mellemrum 64.601

**Sygepleje til patienter med
småkarsygdomme**
- kvinder med ondt i hjertet



BEKRÆFTELSE

26. oktober 2012

Med henvisning til bekendtgørelse nr. 714 af 27/06/2012 § 18 stk. 6 i -
Bekendtgørelse om prøver og eksamen i erhvervsrettede videregående
uddannelser;

**Bekræfter jeg ved min underskrift at opgaven er udfærdiget
uden uretmæssig hjælp**

2/1-2015 55115043 Mira Begovic
Dato Studerendes studienummer og underskrift

3/1-2015 55115006 Rikke Thybo Albrechtsen
Dato Studerendes studienummer og underskrift

Indholdsfortegnelse

Resume dansk.....	5
Resume engelsk.....	5
1.0 Indledning.....	6
2.0 Problembeskrivelse og legitimering:.....	7
2.1 Afgrænsningen	12
2.2 Problemformulering.....	12
2.3 Formål	12
3.0 Metode	13
3.1 Litteratursøgning	13
3.2.1 Søgeproces	13
3.2.2 in-og eksklusioner	14
3.3 Videnskabelig tilgang	14
3.4 Valg og præsentation af empiri	16
3.4.1 In- og eksklusioner vedr. interview:.....	18
3.4.1.1 Ethiske og juridiske overvejelser	18
3.5 Analyse af empiri.....	19
3.6 Valg og præsentation af teori	21
3.6.1 Kommunikation	22
3.6.2 Psykiske aspekter	22
3.6.3 Smerter	22
3.6.4 Mestring	22
4.0 Analyse og diskussion.....	23
4.1 Kommunikation.....	23
4.2 Psykiske aspekter	25
4.3 Smerter	27
4.4 Mestring	30
5.0 Konklusion	34
6.0 perspektivering.....	35
7.0 kildefortegnelse	37
7.1 Bøger:	37
7.2 Redigerede bøger	37
7.3 internet.....	38
7.4 Interview	39
8.0 Bilag	40
8.1 Bilag 1: Emneguide	40
8.2 søgeprotokol	41

8.3 Resume af interview.....	42
8.4 Samtykke erklæring for indhentning af data	44

Resume dansk

Formålet med denne opgave er gennem en kvalitativ tilgang at udarbejde et grundlag for en bedre forståelse af sygeplejerskens arbejde med kvinder med småkarsygdomme. Vi vil undersøge, hvordan samarbejdet mellem sygeplejersken og patienten med småkarsygdomme influerer på patienternes mestring af smerter forårsaget af småkarsygdom, og hvordan det påvirker patientens livskvalitet. Den benyttede metodiske tilgang er et systematisk litteraturstudie samt en teoristyret analyse med inddragelse af bl.a. Aaron Antonovsky og Joyce Travelbee.

Af analysen og diskussionen fremgår, at sygeplejersker er frustrerede over den manglende viden i forbindelse med behandlingen af disse patienter. Denne frustration smitter af på patienter via kommunikationen, som derved giver dem oplevelsen af at være til gene og desuden giver dem følelsen af, at sygeplejerskerne negligerer deres smerter.

Sygeplejerskernes rolle er at hjælpe disse patienter med at mestre de smerter, som de dagligt kæmper med. Det fremgår af analysen og diskussionen, hvordan sygeplejersker kan og bør hjælpe patienterne med dette. Mestring af smerter skal være med til at øge kvindernes livskvalitet.

Resume engelsk

This study will through a qualitative accession, work out a solid basis for a better understanding of the nurses who work with women who have been diagnosed with mikrovaskulær angina. It will be examined what influence the cooperation between nurses and patients have on how the patients handle the pain that mikrovaskulær angina causes, and what consequences it has for their quality of life. The methodical approach, which has been used, is a systematical literature study and an analysis, which involves, among others, Aaron Antonovsky and Joyce Travelbee. It is discovered through an analysis and a discussion how frustrated the nurses are over the fact that they do not have the proper amount of knowledge to know how to treat these patients properly. The frustration reflects onto the patients by miscommunication and the patients feel that they are an inconvenience to the nurses and they feel the nurses are neglecting their pain. The nurses' job is to help these patients to handle the pain, which they struggle with every day. The analysis and the discussion it explains how the nurses can treat the patients in the most appropriate way, to minimize the amount of pain, they have to live with. It will give the women a better life quality, if the patients learn how to handle the pain.

1.0 Indledning

Mere end 400.000 danskere lever med hjertekarsygdomme. De 150.000 af disse tilfælde er forårsaget af forsnævringer i hjertets kranspulsåre.

Mere end hver fjerde dansker dør af hjertekarsygdomme, hvilket gør det til den anden største dødsårsag i Danmark næst efter kræft.

Antallet af døde er faldet med 46 procent siden 1996. Dette forklares ved, at man er blevet bedre til at forebygge. Danskerne er blevet bedre til at stoppe med at ryge, spiser sundere og blive behandlet for forhøjet blodtryk. Udover dette er årsagen også bedre behandling af blodpropper, hjertekramper, hjertesvigt og den forebyggende medicinske behandling efter en blodprop. (Hjerteforeningen, 2014)

Selvom antallet af dødsfald er faldet siden 1996, er der årligt stadig mange danskere, som dør af hjertekarsygdomme.

Ifølge hjerteforeningen er der over 12.000 mænd og kvinder, som dør af hjertekarsygdomme hvert år. Dette tal er næsten ligeligt fordelt mellem mænd og kvinder. (ibid.)

Der er ingen tegn på forsnævringer hos 62 procent af kvinder og 32 procent af mænd, som får foretaget en KAG-undersøgelse, (Sørensen, T. 2012)

Selvom mortaliteten er stort set ligeligt fordelt mellem mænd og kvinder, er ca. 70 procent af forskningen stadigvæk baseret på mænds hjerter. Dette vil Hjerteforeningen lave om på, så de har siden 2007 uddelt 20,5 millioner kroner til forskning i kvinders hjerter. Penge er blevet samlet ind, via kampagnen *Elsk hjertet*.

Målet med denne kampagne er at sætte mere fokus på kvinder og hjertekarsygdomme.

Forskning har vist, at kvinder ikke bliver undersøgt og behandlet i lige så stort omfang, som mænd. (Hjerteforeningen 2014)

Mange patienter, hvor man ikke kan påvise forsnævringer i hjertets kranspulsåre, bliver som oftest diagnosticeret således: Hjertekramper uden betydende forsnævringer af kranspulsåre.

Årsagen til dette kan være dysfunktion i hjertets mikrovaskulære kar og kan give angina pectoris, også kaldet hjertekramper. På dansk hedder denne sygdom smårkarsygdomme. (Hjerteforeningen, 2014)

I opgaven vil smårkarsygdomme blive omtalt som syndrom x.

I løbet af vores praktik på en hjertemedicinsk afdeling, observerede vi kvinder, som var indlagt til observation på grund af brystsmertter. Vi oplevede, at sygeplejerskerne virkede frustrerede over at få disse patienter indlagt gang på gang. Frustrationen var ikke personligt

orienteret, men mere rettet mod at de som sundhedspersonale ikke kunne gøre noget for at optimere behandlingen og dermed forebygge genindlæggelse for disse patienter.

Efter at have oplevet dette, valgte vi undersøge sagen nærmere. Dette gjorde vi ved at kontakte kvinder med diagnosen smårkarsygdomme. Disse kvinder skrev til os, at de følte sig negligeret af sygeplejerskerne. Denne følelse opstår, fordi de ikke føler, at sygeplejersken, tager deres smerter seriøst. De føler sig til gene og føler ikke sygeplejerskens accept i samarbejdet mellem dem.

Vi håber, at arbejdet med denne opgave, og det større fokus på kvinders hjerter via forskning, kan være med til at optimere opmærksomheden på disse patienter. Samtidig håber vi, at vores opgave kan give stof til eftertanke, både til de sygeplejersker og patienter, som må læse denne. Empirien tager udgangspunkt i et begrænset studie, derfor er konklusionerne i opgaven ikke et udtryk for en videnskabelig tendens.

2.0 Problembeskrivelse og legitimering

Vores interesse blev vakt, da vi var sygeplejestuderende på en kardiologisk afdeling. Her mødte vi flere kvinder med diagnosen det kardiologiske syndrom x. I det følgende vil disse kvinder blive omtalt som patienterne. Med begrebet det kardiologiske syndrom x menes der smerter i brystet på grund af iltmangel i de mindste kar på hjertet hvilket resulterer angina pectoris også kaldt hjertekramper(Hjerteforeningen 2014).

De patienter, som vi mødte i vores praktik, havde alle det samme problem, nemlig at de havde smerter i brystet. Disse patienter gav ofte udtryk for, at disse smerter var meget invaliderende for dem. Desuden gav patienterne udtryk for, at de følte sig negligeret af sundhedspersonalet. Patienterne havde oplevelsen af ikke at blive taget seriøst af de sygeplejersker, som var tilknyttet til dem, i forhold til deres smerter. Disse patienter er bange for, at de har en blodprop i hjertet, da deres symptomer tyder på dette. Ved indlæggelser, viser ekg, bp og KAG ofte at det ikke er tilfældet, og de bliver som oftest indlagt til observation i et døgn, hvorefter de bliver udskrevet til hjemmet og igen kan leve i uvished med deres smerter.

Udover, at patienterne alle har det samme problem med smerter, så har de også oplevelsen af at smerterne ikke bliver taget seriøst, hvilket ofte resulterer i, at de ikke føler sig ordentligt smertedækket. De smerter, som er årsagen til at patienterne er indlagt, er invaliderende for dem og har en indvirkning på deres livskvalitet. I de sygeplejeetiske retningslinjer, lyder en af grundværdierne og principper således:

"Anerkendelse af værdighed – det vil sige, at den enkelte patient anses som et unikt og uendeligt værdifuldt menneske."

(Sygeplejeetisk råd 2014, side 6)

Som sygeplejersker har vi pligt til ifølge de sygeplejeetiske retningslinjer at gøre sygepleje tilgængeligt for alle patienter, samt at yde individuel sygepleje til patienterne. (ibid.) Det at yde god og tillidsfuld sygepleje til vores patienter er det essentielle i vores arbejde. Når vi som sygeplejestuderende kommer på en specialafdeling som kardiologisk, forventer vi at de patienter, som ligger der, gør det af en årsag. De patienter med uforklarlige bryst smerter, som vi mødte i vores praktikperiode, følte sig glemte på afdelingen. De følte sig ikke som en rigtige hjertepatienter og havde følelsen af, at de lige så godt kunne være blevet hjemme.

"Jeg blev modtaget i modtagelsen, hvad man jo som regel gør. Der kiggede de bare underligt på mig og sagde til mig, at jeg jo egentlig intet fejlede. Men de ville trods alt godt beholde mig til jeg havde det lidt bedre, men de vidste ikke hvad de skulle gøre ved mig."

(Larsen 2010, side 9)

Dette udsagn er i overensstemmelse med, hvad vi som studerende har observeret, og hvad det er patienterne oplever, når de bliver indlagt. Problemet, som fylder meget hos de patienter, vi har været i kontakt med, er nemlig at de ikke føler at de får den optimale behandling. Vores hypotese er, at det har en sammenhæng med, at der ikke findes en fælles retningslinje i Danmark. Dette resulterer i, at patienterne får en oplevelse af at blive tilsidesat, overset og at de ikke får anerkendelse for den sygdom, som har indflydelse på deres liv.

Et andet stort problem for patienterne, er også at de ikke føler at sygeplejerskerne tager dem seriøst. Ikke nok med at læger ikke ved hvad de skal gøre, så føler de sig også som værende en belastning for sygeplejerskerne, når de er indlagte til behandling eller observation. Vi som sygeplejersker er ikke de eneste, der har observeret dette. I en patientfortælling siger en patient:

"Ligegyldigt hvor jeg blev indlagt, fik jeg de fleste steder en dårlig behandling. I dag kan jeg se, at det meste bunder i uvidenhed."

(Larsen 2010, side 9)

Dette citat stammer en patientfortælling, som står skrevet i en e-bog fundet på hjemmesiden prinzmetal.dk, som er en side for patienter med prinzmetal og det kardiologiske syndrom x. Heri fortæller de om deres oplevelser, omkring det at være patient på sygehuset.

Hjerteforeningen startede i 2007 en kampagne, kaldet Kvinde længe leve, som i dag hedder Elsk hjertet. Dette er en mangeårig kampagne om kvinder og hjertekarsygdomme. I 2012 blev der gjort status i en rapport, hvor også undersøgelsen *Prognosen for kvinder med brystmerter mistænkt for stabil hjertekarsygdom, men uden betydelig forsnævring på kranspulsåre* er nævnt.

Læge ved kardiologisk afdeling Lasse Jespersen og en kollega, har fra 1998-2008 undersøgt 11.000 patienter med symptomer på angina pectoris. Hensigten med denne undersøgelse er at finde ud af prognosen for kvinder, der har symptomer på åreforkalkninger, men hvor KAG ikke viser tegn til betydelige forsnævring.

Disse 11.000 patienter fik foretaget en KAG undersøgelse, og ingen af dem var kendt med hjertekarsygdomme. Undersøgelsen viste, at over dobbelt så mange kvinder (65 %) end mænd (32 %) havde ingen tegn på forsnævring i hjertet. Undersøgelsen viste, at kvinder er i høj risiko, hvor man før altid har troet, at det var mænd. Formålet med kampagnen Elsk Hjertet er, at forske i kvinder med hjertekarsygdomme, da der før i tiden naturligt har været meget fokus på mænd. (Hjerteforeningen 2012)

Studiet viser, at der bør sættes øget fokus på kvinder med brystmerter, som ikke er forårsaget af åreforsnævring i kranspulsårene. Selv i dag ville man normalt vurdere, at de ikke skulle undersøges eller behandles nærmere. I studiet er det dog kommet frem, at denne patientgruppe har øget risiko for hjertekarsygdomme og i værste tilfælde død. Det er derfor nødvendigt at se nærmere på, hvorvidt disse patienter skal undersøges nærmere og hvilke behandlingsmuligheder, der bør være tilgængelige. (Hjerteforeningen 2012) Undersøgelse forventes færdig i 2017.

Et andet forskningsprojekt, som har fået støtte via hjerteforeningens kampagne Elsk hjertet, er IPower. IPower står for: *ImProve diagnOsis and treatment of Women with angina pectoris and micRovessel Disease*. Forskningsprojektet blev startet i 2012 af forsker inden for hjertemedicin, Eva Prescott. Forskningsprojektet er iværksat af flere forskellige forskere inden for området, fra forskellige sygehus rundt omkring i landet. Forskningsprojektet bliver støttet med 8 mill. kroner og varer frem til 2017. Projektet tager udgangspunkt i kvinder med brystmerter, hvor nuværende undersøgelsesmetoder ikke har kunnet finde frem til nogen årsag. IPower vil være med til at optimere behandlingen af kvinder med det

kardiologiske syndrom x, da der desværre endnu ikke er gode behandlingsmuligheder i sundhedssystemet.

I november 2014 blev der udgivet en artikel, som præsenterer de foreløbige resultater af forskningsprojektet. I projektet var målet at undersøge 2000 kvinder med bryst smerter, og ved udgivelsen af artiklen er de nået halvvejs. Ifølge Eva Prescott, er man blevet meget klogere på, hvor mange kvinder der lider af bryst smerter uden noget tegn på åreforsnævring. Hos ca. to tredjedele af kvinder, som kommer ind med bryst smerter, findes der ingen tegn på forsnævring. De danske læger har ikke diagnostiske metoder, til at stille diagnosen syndrom x. Da der er tale om en stor gruppe kvinder, der lider af disse symptomer, har man i projektet benyttet sig af en særlig form for ekkokardiografi. Denne undersøgelse kan vise funktionen i de små kar i hjertet ved at måle det maksimale blodflow i hjertets kranspulsåre. I dag forstår man ikke vigtigheden af de små kar ved bryst smerter, men det er det, man i projektet vil prøve at undersøge via denne særlige ekkokardiografi. Undersøgelse vil vare ved de næste par år, men i øjeblikket ser det ikke godt ud, da man ikke finder nogen årsag til smerterne, og dermed ikke kan give den rette behandling. Da der ikke er specifikke behandlinger til denne type patienter, er forskernes næste skridt i projektet nu at afprøve en behandling, som skal optimere kvindernes livskvalitet. De vil blandt andet undersøge om et vægttab på 10 % hos patienterne vil have en virkning, og forskellige former for medicin vil blive afprøvet. Som skrevet er projektet færdig i 2017, men forskerne håber at kunne præsentere foreløbige resultater allerede i 2015. De endelige resultater, der viser, hvad syndrom x betyder på længere sigt, er først klar i 2017. (Stougård, 2014) Patienterne ønsker blot en accept og en anerkendelse af den sygdom, som de har, og det menneske som er inde bag. Den omtalte statusrapport samt andet nævnt empiri, understøtter dermed vores antagelser i forhold til håndteringen af disse patienter. For at undersøge dette felt nærmere, må vi begrænse os i sådan grad, at opgaven bliver mere specifik inden for det område vi ønsker at undersøge og den problemstilling vi ønsker at belyse. Problemformuleringen er bearbejdet ved hjælp af problemstillingerne, og vil blive præsenteret senere.

Selvom det måske ikke er noget der er særlig omtalt, så er kroniske smerter meget udbredt. Op imod 20 procent af danskerne lider af kroniske smerter til daglig. Kvinder med det kardiologiske syndrom x er i dagligdagen plaget af kroniske bryst smerter, som oftest nedsætter deres livskvalitet, da smerterne er meget invaliderende. Kroniske smerter defineres ved smerter som er vedvarende i mere end 3-6 måneder. Ved somatiske

smarter er den kroniske smerte ofte så intens, at den går ind og påvirker den enkeltes livskvalitet. (Handberg, Jensen og Maagaard 2013)

"Ved kroniske smerter er der tale om en smertetilstand, der strækker sig over en lang tidsperiode, og som opleves meget belastende for de mennesker, der rammes af det."

(Jørgensen 2009, side 29)

Ifølge Svennevig, tør man ikke give patienterne de råd og vejledning, som de har behov og ret til. Derfor ender mange af dem i en situation, hvor de føler sig efterladt i ingenmandsland.

"Kroniske smerter kan ikke helbredes, og det bedste, man kan gøre for sine smertepatienter, er at hjælpe dem til at forstå og acceptere det."

(Svennevig 2013, side 6)

Ifølge Gitte Handberg findes der for mange behandlere, som ikke ved hvordan de skal gribe kroniske smerter an. De er ikke klar over, at kroniske smerter er en lidelse, som ikke kan helbredes. Det eneste, man kan gøre for denne gruppe af patienter, er at lære dem at acceptere deres smerter. I stedet for at lære patienterne at acceptere de kroniske smerter, bliver de sendt videre til den ene og den anden nytteløse undersøgelse. Gitte Handberg mener, at i stedet for at bruge ressourcer på indlæggelser og undersøgelser, bør man benytte dem til at rådgive patienterne, så de kan leve et værdigt liv med kroniske smerter. Udover at disse patienter har smerter og bruger megen af deres tid på at få afklaring og behandling, har det også økonomiske konsekvenser for staten, at der ikke er mere fokus på hurtigt at hjælpe disse patienter. Årligt koster disse patienter 40 mia. kroner i blandt andet førtidspension og sygedagpenge. (ibid.).

Det er derfor meget relevant at også sygeplejerske tager patienterne mere alvorligt. Dette kunne gøres ved, at sygeplejersker får noget mere viden om, hvordan kroniske smerter påvirker mennesket, og om hvad man som sygeplejerske kan gøre for at lindre smerterne. International Association for the Study of Pain vedtog i 1979 følgende definition på smerter:

"Smerte er en ubehagelig sensorisk og emotionel oplevelse forbundet med aktuel eller potentiel vævsbeskadigelse eller beskrevet i vendinger svarende til sådan beskadigelse."

(Svennevig 2013, side 16)

Lisbeth Hede Jørgen, som er uddannet sygeplejerske, har i bogen *Den skjulte lidelse* fra 2009 skrevet om *Det Gode Patientmøde*. Hun mener, at det er vigtigt, at behandler og patient kan mødes i en oplevelse. Som regel mødes de over en diagnose, som begge er klar over og derved kan forholde sig til. Når man lider af kroniske smerter, er der ikke en konkret diagnose, som man kan mødes om. Man må derfor i mødet med patienten kunne tale på grundlag af patientens oplevelser. Dette betyder, at man som sundhedspersonale ikke skal have fokus på at finde årsagen til smerterne, men at man skal være opmærksom på de individuelle oplevelser som den enkelte patient har med sine smerter. (ibid.)

2.1 Afgrænsningen

Vi har i opgaven valgt at fokusere på kvinder med det kardiologiske syndrom x, og på, hvorledes sygeplejerskernes arbejde med denne patientgruppe kan have indvirkning på patienternes mestring af smerter forårsaget af syndrom x.

2.2 Problemformulering

Hvilken betydning har kommunikationen og sygeplejerskens opfattelse af patientens smerter forårsaget af syndrom x, i forhold til kvindernes mestring samt opfattelse af sygeplejersken?

2.3 Formål

Vores mål med opgaven er at afklare, hvorfor patienterne i vores undersøgelse har den opfattelse, at sygeplejerskerne negligerer dem og ikke tager dem seriøst ved indlæggelse. Desuden har vi til mål at opnå viden om sygeplejerskens rolle i forhold til disse patienter, og vi vil afdække, hvilke faktorer der i samarbejdet med patienten kan have indflydelse på patienternes opfattelse af sygeplejersken og dermed mestring af syndrom x.

Vi vil desuden afdække, hvordan sygeplejersken opfatter patienterne i forbindelse med patienternes tanker og de følelser som patienterne giver udtryk for

Et personligt mål for os med opgaven er, at vi gerne vil synliggøre patienterne over for sygeplejersker. Det er et vigtigt mål for os som nyuddannede sygeplejersker at få dette budskab ud, da vi har været i kontakt med flere patienter, som er kede af den sygeplejefaglige behandling, som de får på sygehuse. De patienter vi har haft kontakt til i forbindelse med vores undersøgelse føler ikke, at deres kroniske smerter bliver taget seriøst og anerkendt. Vi synes derfor, at de fortjener en accept og øget opmærksomhed.

3.0 Metode

I de følgende afsnit vil vores metode til indsamling af data blive præsenteret, - herunder den overordnede fremgangsmåde i selve litteratursøgning og udvælgelsesprocessen. Udover dette vil det valgte litteratur blive fremlagt, og der redegøres kort for valget. Ydermere beskrives den valgte analysemetode, den valgte teori, samt fremgangsmåde af metode i analyse.

3.1 Litteratursøgning

I opgaven er der taget udgangspunkt i systematisk litteraturstudie, som giver indsigt i den eksisterende viden om kvinder med smerter forårsaget af syndrom x.

3.2.1 Søgeproces

I søgeprocessen er der benyttet flere forskellige søgemetoder. Indledningsvis blev systematisk elektronisk søgning benyttet, da vi på daværende tidspunkt vidste, at vores opgave skulle omhandle sygepleje til kvinder med brystsmerter forårsaget af det kardiologiske syndrom x. Systematisk elektronisk søgning er relevant hvis man leder efter litteratur om et specifikt emne. (Rienecker, Jørgensen og Skov 2012, side 149)

Til at starte med blev søgemaskinen Google brugt flittigt for at danne et overblik.

Efterfølgende blev links fundet på studiebibliotekets hjemmeside taget i brug. Her blev databaser som Cinahl, samt Sygeplejersken og bibliotekets egen database brugt. For at finde forskellige artikler og sørge for at vi ikke gik glip af gode artikler, valgte vi at søge på forskellige databaser, som beskrevet. Da der ofte kom mange hits, valgt vi at skimme de abstracts, som var tilknyttet artiklen, således at vi kunne orientere os om, hvilke vi kunne benytte i vores legitimering.

Undervejs i søgningen manglede vi ideer til søgningen. Her blev søgemetoden tilfældig søgning anvendt, for at lade os inspirere. Denne søgemetode er også anvendt, for at tilegne os viden til perspektivering.

Bevidst tilfældig søgning, er velegnet i den første idefase ved en opgave, men kan også benyttes hvis man undervejs går i stå, eller til en sidste vinkel eller perspektivering til opgaven. (Rienecker, Jørgensen og Skov 2012, side 150).

Da vi ved hjælp af enten systematisk elektronisk søgning eller bevidst tilfældig søgning, fandt frem til artikler, som er anvendt i opgaven, blev kædesøgning brugt, som en metode hvorpå vi kunne komme mere i dybden med artiklerne. Samtidig med at man kan opnå mere viden i dybden, kan man finde frem til nye artikler.

Kædesøgning er en måde at søge på, hvor man f.eks. gennem en artikel, finder nye artikler eller andet empiri, som kan benyttes. Kædesøgning er god, da en god reference kan føre til en endnu bedre. En svaghed ved kædesøgning er, at man kan komme til at savne reference, til det sted, hvor man startede, og måske endda miste overblikket. (Rienecker, Jørgensen og Skov 2012, side 148).

Da vi gennem søgningen fandt frem til mange artikler, måtte vi ud fra vores egen kritiske sans udvælge, hvilke artikler vi fandt mest relevante. Artiklerne er benyttet i problemlegitimeringen, hvor vi dokumenterer vores påstande.

3.2.2 in-og eksklusioner

In og eksklusionskriterierne er blevet ændret løbende, da de ord vi startede med at søge på, ikke var tilstrækkelige. Da ordet *småkarsygdomme og syndrom x* blev brugt som søgeord, kom der f.eks rigtig mange lægefaglige artikler frem, samt artikler om den metabolistiske form for syndrom x. Da dette ikke var en del af vores problemformulering, blev vi hurtigt opmærksomme på, at søgekriterierne måtte ændres. Tidsperioden for artikler, som vi ville benytte, blev sat til 2000-2014, da vi mente at forskningen ikke måtte være forældet. I nogle tilfælde, måtte vi dog søge helt tilbage til 1900, da vi ellers ikke fik nogle hits. Da vi valgte at fokusere på sygdommen det kardiologiske syndrom x, valgte vi at afgrænse os til kvinder. Vi oplevede under denne afgrænsning stadig, at artikler vedrørende mænd dukkede op ved søgningen. Disse artikler skimmede vi kort for at se om der var information, som kunne anvendes i vores opgave. Der er i opgaven valgt, at inkludere artikler om kvinder med kroniske smerter, da kvinder med syndrom x lider af dette. Vi valgte dette for at få en bred forståelse for og viden om denne patientgruppe, således at vi kunne bruge det i analysen. Disse artikler er beskrevet i problemlegitimeringen og bruges til at analysere problemet.

3.3 Videnskabelig tilgang

I det følgende afsnit redegør vi for den valgte videnskabelige tilgang. Denne er valgt på baggrund af vores formål og problemformulering.

De overvejelser som vi har gjort os omkring valg af metode, tager udgangspunkt i vores problemformulering og formål.

Som beskrevet i afsnittet *Formål* ønsker vi at opnå viden og forståelse. Derfor er en hermeneutisk tilgang at foretrække, idet det hjælper til at forstå meninger, handlinger og intentioner.

I afsnittet vil Birklers teori blive anvendt, som er skrevet på baggrund af Gadammers opfattelse af hermeneutikken.

Ved et humanistisk menneskesyn vægter man mennesket som individuelt subjekt med tanker og følelser relateret til den verden som subjektet er en del af. Spørgsmålet er så, hvordan skaber man viden om den bevidsthed, som mennesket oplever sin verden ud fra. Nøgleordet til dette spørgsmål vil være forståelse. Hermeneutik betyder fortolkning eller læren om forståelse.

Birkler beskriver den måde Gadamer deler hermeneutikken op, dels spørgsmålet om forståelse og dels spørgsmål om metode, hvorpå vi opnår forståelse. Det vigtigste nøgleord inden for disse to grundlæggende spørgsmål er begrebet forforståelse. Der henvises til en forforståelse, som man altid er i besiddelse af, forud for selve forståelsen. Et eksempel kan være, at man har en forforståelse eller forventning, inden man læser en tekst. Når man skal til at læse en tekst, opstiller man ubevidst nogle hypoteser omkring tekstens indhold, som man kan be- eller afkræfte. Det er disse hypoteser, som former den endelige forståelse. Vores forforståelse skaber med sine fordomme, en horisont. Vores horisont, er det alting bliver fortolket ud fra. Altså vil enhver tilgang til omverdenen bliver fortolket gennem vores horisont. Skal man forstå noget, vil man altid begynde med den forståelseshorisont, hvorfra verdenen opleves. Vores forståelseshorisont er ikke kun noget der betinger enhver fortolkning, men også det der støber os som mennesker. (Birkler, 2013. s 93-98)

Spørgsmål man så kan stille er, hvordan man på baggrund af forståelseshorizonten, skaber ny forståelse. Dette svar ligger i en af hermeneutiske ideer, nemlig den hermeneutiske cirkel. Denne cirkel henviser til vores forståelses cirkulation. Det man forstår, kan man kun forstå på baggrund af det, man allerede forstår. Grundtanken omkring dette er, at der består et cirkulært forhold mellem delforståelse og helhedsforståelse, hvor disse dele kun forstås, hvis helheden inddrages. Omvendt kan helheden kun forstås, ved hjælp af delene. (ibid.)

Hver gang delforståelsen får lov at redigere i vores helhedsforståelse, vil der ifølge Gadamer, være tale om en horisontsammensmeltning. Dette skal ikke forstås sådan, at to menneskers horisonter smelter sammen og deler samme identiske horisonter. En horisontsammensmeltning skal mere forstås, som det der sker, når to mennesker oplyser noget i samme forum. Betingelsen her er ikke enighed, men blot det, at man begriber det, den anden siger. Det er vigtigt, at man som menneske tager udgangspunkt i den andens forståelse for at sætte sin egen forforståelse i spil. Cirkelns forståelse skal derfor forstås på denne måde: enhver ny delforståelse, vil formes ud fra vores forforståelse, der igen lader sig forme ud fra den nye delforståelse osv. (ibid.)

Den måde det kommer til udtryk i vores opgave, er at vi som studerende hele tiden ændrer vores forståelse. Den forforståelse vi havde inden vi gik i gang med undersøgelsen, vil flere

gange ændre sig, så vi får en ny forståelse for problemet. Den konklusion som vi når til, er ikke nødvendigvis den, vi troede vi ville ende med.

3.4 Valg og præsentation af empiri

Den indhentede empiri vil blive præsenteret i det følgende afsnit. Ydermere vil metoden til indsamling af empiri blive præsenteret.

I opgaven er det valgte empiri indsamlet via et semistruktureret forskningsinterview.

I enhver forskningsprojekt er det formålet, som bestemmer hvilken forskningsmetode der skal anvendes. Det kvalitative forskningsinterview er velegnet, når man ønsker at opnå viden om og forståelse for andre menneskers oplevelser. (Christensen, Nielsen og Schmidt 2012, side 61). I dette tilfælde ønskes det at opnå viden og forståelse for, hvilke faktorer der spiller ind i samarbejdet mellem sygeplejerske og patient, og som gør, at patienter føler sig negligeret og uberettiget behandlet af sygeplejersker.

Et interview kan gennemføres på flere forskellige måder. Enten kan man interviewe en person ad gangen, eller flere personer samtidig. (Christensen, Nielsen og Schmidt 2012, side 63). For at få den bedste forståelse og det bedst mulige materiale i forhold til vores undersøgelse har vi valgt, at interviewe én sygeplejerske ad gangen. Vi valgte dette, da vi havde en forventning om, at sygeplejerskerne ville svare mere ærligt, hvis interviewet var individuelt i stedet for et gruppeinterviews, som f.eks. fokusinterview.

Ved den valgte metode fastlægger forskeren et eller flere emner, som man ønsker at belyse. Det er hensigten, at interviewpersonerne taler frit fra egne erfaringer, og at forskeren tager udgangspunkt i det interviewpersonen siger i de efterfølgende spørgsmål. Som forsker er man det styrende element i interviewet, og samtidig er man den person, som har ansvaret for, at alle de emner bliver belyst. (ibid.)

Ifølge Kvale og Brinkmann er et interview en positiv oplevelse både for forsker og interviewdeltager. For forskeren er det positivt, idet man får lov til at få kendskab til et andet menneskets tanker og oplevelser, som man kan bruge til at belyse det emne, som man selv har valgt. Man har muligheden for selv at komponere sin empiri, så man får det udbytte man ønsker. For interviewdeltageren er det positivt på den måde, at de får lov at snakke og fortælle uden at blive afbrudt af andre personer, som har samme, eller en anden holdning til emnet.(ibid.)

Vi vil gøre opmærksom på at denne undersøgelse ikke kan kaldes for valid forskning i videnskabelig forstand, da vi kun har interviewet 2 sygeplejersker.

Begge interviews blev optaget via telefoner, da man på den måde gør det lettere at transskribere og efterfølgende analysere. Ved at transskribere kan man benytte sig af citater i analysen. Når man vælger at bruge citat i analysen, kan det bruges som eksempel og på den måde visualisere det problem, man vil belyse og udlede. Citater kan fungere som en måde at dokumentere noget, man argumentere for eller det kan være illustrativt i forhold til udtryk. Et citat må ikke være overflødigt og bare skrives i opgaven uden sammenhæng. Et citat bør kun anvendes når det har en sammenhæng i opgaven. Når man bruger et citat som eksempel i sin opgave, er det vigtigt at fortælle læseren, hvorfor man har brugt lige netop dette eksempel. (Rienecker, Jørgensen og Skov 2012, side 192)

Det indsamlede empiri vil blive brugt som genstand for undersøgelsen og vil blive analyseret ved hjælp af teori i analysen. Vi har valgt at benytte citater i analysen for at illustrere sygeplejerskens synspunkt.

Ved beslutningen om at udarbejde et interview, er det nødvendigt for forskeren at udarbejde emner og spørgsmål på forhånd. Jo bedre man er forberedt inden et interview, desto bedre og konkrete svar får man. En metode hvorpå man kan gøre dette er ved hjælp af en såkaldt emneguide. I en emneguide skal man skrive de emner, som vil belyse i løbet af interviewet. Udover emnerne, kan man udarbejde spørgsmål, som er med til at forme interviewet i den retning man ønsker. (Christensen, Nielsen og Schmidt 2012, side 65)

I forbindelse med et semistruktureret interview skelner Kvale i beskrivelsen af emneguiden mellem interviews spørgsmålenes dynamiske og tematiske dimension. Dette betyder, at en emneguide tematisk dels bør tage sit udgangspunkt i interviews, undersøgelsens problemstilling og de valgte forskningsspørgsmål, dels ide teoretiske opfattelser, som danner grundlag for ens undersøgelse og den analyse, som man efterfølgende har planer om at fuldføre. Den dynamiske dimension ved interviewet er af den betydning, at de enkelte spørgsmål man har forberedt, skal kunne fremme en god og tillidsfuld kommunikation. Samtidig motiveres den, der bliver interviewet, til at tale ubesværet om de valgte emner. Dette betyder altså, at man i et godt interview skal gennemtænke sine emner, som er den tematiske del, og også forberede en vifte af spørgsmål, som således er den dynamiske og altså den bærende del i interviewet. Udover dette skal forskeren tænke over, hvilke åbningsspørgsmål der ønskes anvendt. Ovenstående handler således om en operationalisering af forskningsspørgsmålene. Det gør det muligt at omsætte problemformuleringen samt forskningsspørgsmålene til en metodisk strategi. Dette er der ingen enkel opskrift på, og det kan variere meget fra interview til interview. (Christensen, Nielsen og Schmidt 2012, s. 65-70) Se emneguide, bilag 1.

Christensen, Nielsen og Schmidt nævner i bogen Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab, at man bør gennemføre pilotinterviews inden det reelle interview. Ved at gøre dette, kan man afprøve sin emneguide og derefter foretage nødvendige rettelser. Nogle forskere mener dog ikke, at man bør bruge sine første interviews, som testinterviews. Derimod bør man lade dem indgå i materialet. Dette er selvfølgelig kun tilrådeligt, hvis disse interview har den rette kvalitet. (Christensen, Nielsen og Schmidt 2012, side 70)

Vi havde ikke mulighed for at interviewe de to valgte sygeplejersker samme dag. Dette gjorde det muligt at udføre det første interview som en form for pilotinterview. Det gav os frihed til at revidere spørgsmålene inden andet interview. Begge interviews er dog analyseret som en helhed for at bevare overblikket. Analyse af empiri vil blive præsenteret senere i opgaven.

3.4.1 In- og eksklusioner vedr. interview:

Før der blev udvalgt personer til interview, opstillede vi in- og eksklusionskriterier. Dette blev gjort for at sikre, at de valgte sygeplejersker havde den rette erfaring.

Vores in- og eksklusionskriterier, er således: En sygeplejerske, der har været i kontakt med kvinder med det kardiologiske syndrom x for nylig, har kendskab til sygdommen det kardiologiske syndrom x og er ærlig om sit møde med kvinder, der har det kardiologiske syndrom x.

Kontakten til disse sygeplejersker skete pr. mail til afdelingens AKU sygeplejerske, som videresendte mail til de øvrige sygeplejersker på afdelingen. På denne måde havde sygeplejerskerne tid til at overveje, om de havde lyst til at være med.

Det er en god ide, at deltagerne mundtligt bliver orienteret om forespørgslen via en person, de har kontakt til i forvejen. Dette giver deltagerne en mulighed for at tænke det ordentligt igennem, inden de tager en beslutning herom. Efterfølgende kan man som forsker tage kontakt til deltagerne og fremsende en skriftlig orientering om, hvad undersøgelsen handler om. (Christensen, Nielsen og Schmidt 2012, side 70 og 71)

Interviewet er omskrevet til et resume, og ses i bilag 8.3.

3.4.1.1 Ethiske og juridiske overvejelser

Forholdet mellem interviewdeltageren og forsker er vigtigt for et godt resultat. Imellem to mennesker eksisterer der altid en magtrelation. Da forskeren er den person, der styrer interviewet og har det samlede overblik, vil det i høj grad være den, der har høj status. Dog

er forskeren afhængig af deltagernes velvilje til at deltage og svare på spørgsmålene for på den måde at få mest ud af interviewet. En forudsætning for, at man som forsker kan indhente gode data ved hjælp af et interview, er, at forskeren kan skabe trygge rammer for interviewet.(Christensen, Nielsen og Schmidt 2012, side 73)

Når man skal interviewe og skabe den første kontakt med deltageren, er det vigtigt at informere om, hvilke emner man ønsker at belyse ved interviewet. Desuden kan der oplyses, hvordan materialet bliver analyseret og formidlet, og hvordan vi vil opbevare materialet. Det er samtidig meget vigtigt at fortælle deltageren, at hun har ret til at sige fra overfor spørgsmål, som hun ikke ønsker at besvare. Forskeren har også et juridisk ansvar, som er at lade deltageren vide, at interviewets materiale, kan fortrydes. (ibid.).

Under selve interviewet er det vigtigt at klarlægge, om det er hensigtsmæssigt at spørge bredt til at starte med, eller om der bør startes specifikt allerede fra start. Interviewet foregår som en dialog mellem forsker og deltager, så man skaber fælles rammer. Emnernes rækkefølge i interviewet er afhængig af, hvad deltageren siger og selvfølgelig, hvad forskeren mener, er relevant. Udover emnerne har man udarbejdet nogle spørgsmål, som før nævnt. Disse spørgsmål kan variere lidt i forhold til de forskellige interviews, afhængig af hvordan interviewet forløber. Hensigten med disse spørgsmål er at få deltageren til at fortælle frit og åbent og samtidig reflektere over det sagte. Som forsker er det en god ide at bruge uddybende spørgsmål til at få deltageren til at svare mere omfattende. Pauser i et interview er et godt redskab, da man kan få deltageren til at reflektere over det sagte og dermed uddybe svaret.(Christensen, Nielsen og Schmidt 2012, side 74)

Når man afslutter et interview, er det vigtigt at sikre sig, at deltageren ikke har mere at fortælle. Efterfølgende er det en god ide at spørge deltageren om de forventninger, der måtte være i forbindelse med interviewet. Ligesom forskeren har deltageren haft en masse overvejelser inden interviewet, og dette kan være relevant for forskeren. Disse data kan bruges i analysen og bidrage til forståelsen af den empirisk data, som man har indsamlet (ibid.). Til sidst er det vigtigt at takke deltageren og sørge for, at denne har mulighed for at læse opgaven, når det færdige resultat er gennemarbejdet.(Christensen, Nielsen og Schmidt 2012, side 75)

Samtykke for indhentning af data, ses i bilag 8.4. For at beskytte sygeplejerskernes identitet, er det ikke med underskrift.

3.5 Analyse af empiri

I dette afsnit, vil vores indhentede empiri, blive analyseret ved hjælp af en hermeneutisk analyse. Den hermeneutiske analyse, vil blive beskrevet her. Begge interview vil blive

analyseret som en helhed for at gøre det mere overskueligt. Denne analysemetode er lavet til at være stringent og bruges til at holde forskeren i kort snor. Der kan opstå bias ved at anvende denne analysemetode. Dette kan ske, hvis forskeren lægger sin egen forforståelse ned over materialet, og man derved ikke tager den anden sandhed for gode ord. Denne metode giver forskeren mulighed for selv at bidrage med sin egen horisont. Dette gør, at man kan se mere, eller noget andet, end det man umiddelbart læser.

Denne analyse kan defineres som en dekontekstualisering og en rekontekstualisering. Dekontekstualisering vil sige, at man hiver dele ud af materialet for at betragte det nærmere. Rekontekstualisering er at sætte materialet sammen igen på en anden måde. Både re- og dekontekstualisering er styret af problemformuleringen. (Dahlager, L og Fredslund H 2012, s. 175)

Analysen er delt op i trin, hvilket vil være den måde vi analyserer interviewene på. Dette giver et bedre overblik for læseren.

I det første trin af analysen skal forskeren så vidt muligt tilsidesætte sin egen forforståelse. Dette kan dog være en udfordring i hermeneutikken, så derfor skal forskeren så vidt mulig prøve, at være tilbageholdende, da teksten og interviewet skal træde frem. Her i første trin læser man teksten eller lytter til interviewet for på den måde at danne sig et helhedsindtryk. (Dahlager og Fredslund 2012, s. 175-177).

Helhedsindtrykket for vores interviews er umiddelbart gode. Der blev svaret på de spørgsmål, som blev stillet. Dog havde interviewpersonerne ikke så mange erfaringer, som vi havde håbet på. Dette blev dog ikke et problem, da sygeplejerskerne var gode til at reflektere over dem, som de havde haft. Efter det første interview blev der redigeret og tillagt spørgsmål for at skærpe de svar, som vi søgte. Interviewpersonerne kunne godt genkende de problemstillinger, som vi havde med i vores spørgsmål. Da vi fik belyst de emner, som var relevante i forhold til vores opgave, kan interviewene benyttes.

I det andet trin organiseres materialet i kategorier. Her fokuseres der på teksten, og hvad den siger. Der stilles ikke spørgsmålstegn ved det, der er blevet sagt. Oftest er meget af det, der bliver sagt, ikke relevant i forhold til problemformuleringen. De bærende elementer i teksten deles derfor op i kategorier, dette kaldes for menings kategorier. Disse omfatter at man reducerer og strukturerer de meningsbærende elementer i teksten. (Dahlager og Fredslund 2012, s. 175-177).

De fundne kategorier er: Behandling, frustration, anden opfattelse af sygdom, psykisk sygdom, smertelindring, smerter, anden tilgang, kommunikation med patienter, kommunikation intern mellem sygeplejersker, psykosomatiske lidelser, vanskeligt at arbejde med, stigmatisering i forbindelse med den måde patienter vælger at leve deres liv,

sygdommen er ikke særlig interessant, følelsen af magtesløshed ved genindlæggelse, irritation, magtesløshed, dårlig medicinsk behandling, dårlig egenomsorg fra patienterne, mangel på retningslinjer, dårlig diagnosticering, manglende viden omkring sygdommen, dårlig behandling af sundhedsvæsenet og genindlæggelser.

Vi har fundet disse kategorier ved at læse interviewene igennem flere gange individuelt og sammen.

Ved tredje trin sker operationaliseringen. Dette vil sige, at der sker en gennemgang af kategorierne. Da det andet trin har skabt mange kategorier, vil de i dette trin blive samlet i temaer for at gøre dem mere overskuelige. Nogle af kategorierne kan overlape hinanden, det er derfor nødvendigt at finde frem til temaer.

De valgte temaer, er således: *kommunikation, smerter, psykisk aspekt og mestring*. De valgte temaer ligger til grund for valg af teori, som bruges i analysen. Den valgte teori, vil blive præsenteret i afsnittet præsentation af teori.(Dahlager og Fredslund 2012, s. 175-177).

Det fjerde og sidste trin i den hermeneutiske analyse er rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning. Spørgsmålet for analysen er ikke denne gang, hvad teksten siger, men hvordan vi opfatter det, som et svar på problemformuleringen. Kategorierne grupperet i flere overordnede temaer. Når man som forsker gør dette, bevæger man sig fra det specifikke til det generelle. Dette vil sige man bevæger sig fra tekst til kontekst og forstår delene i en større helhed. (Dahlager, L og Fredslund H 2012, s. 177)

På dette trin af den hermeneutiske analyse gør vi således vores temaer til genstand for endnu en analyse. De valgte temaer, som er nævnt i trin 3, fortolkes ved hjælp af teori i analysen senere i opgaven. Dette vil gøre, at der opnås bredere kulturel eller social kontekst. På den måde er det muligt at opnå en større forståelse for det, som problemformuleringen tager sit udspring i, altså vores egne observationer.

3.6 Valg og præsentation af teori

I dette afsnit, vil de valgte teorier, som skal bruges til analysen præsenteres. Teorierne er udvalgt ved hjælp af de valgte temaer. I den efterfølgende analyse har vi valgt at opdele temaerne således, at det bliver nemmere for læseren at overskue. Derfor er teorierne nedenfor præsenteret sammen med dets tema.

3.6.1 Kommunikation

Kim Jørgensen er benyttet i afsnittet om kommunikation, da hans inddragelse af aktiv lytning er relevant for vores analyse. Kommunikation via aktiv lytning, som bruges til at udforske og forstå den hjælpetrængende. (Jørgensen 2012. s. 104)

Desuden har vi valgt at inddrage Joyce Travelbee. Joyce Travelbees beskriver vigtigheden af kommunikation i forhold til relation og møde med patienten. Kommunikation finder sted hver eneste gang sygeplejersken er i nærheden af patienten. Kommunikation kan ske både nonverbalt og verbalt. (Travelbee 2005 s. 123)

3.6.2 Psykiske aspekter

I afsnittet om psykiske aspekter har vi inddraget flere afsnit fra Anne Stokkebæks bog Sundhedspsykologi. Anne Stokkebæks teori er skrevet på baggrund af andre teoretikere. Hun er benyttet i opgaven frem for de enkelte teoretikere, fordi hun er med til at forenkle og dermed hjælpe os til forståelse. Man kan diskutere om dette er validt nok, men da vi i gruppen har fået den bedste forståelse for emnet ved at benytte hendes teori, finder vi det relevant. Det er faktum, at der kan være en sammenhæng mellem psykiske og personlige problemer, i forbindelse med sygdommens opretholdelse og udvikling. (Stokkebæk 2002. s. 144)

3.6.3 Smerter

I afsnittet om smerter vil vi benytte os af Anne-Marie Skytts teorier om sygepleje til patienter med smerter. Anne-Marie Skytt mener, at sygeplejerskens forståelse af patientens subjektive smerte kan og er et udfordrende aspekt i plejen og omsorg. (Skytt 2011. s. 256)

Udover dette har vi også valgt at benytte os af Lisbeth Hede Jørgensen, som i bogen Skjulte smerter, har skrevet et afsnit om kroniske smerter. Dette afsnit omhandler kroniske smerter hos patienter, hvor man ikke kan påvise en fysisk sygdom. Hun viser, hvorledes professionelle skal forholde sig til de sygdomsramte for bedre at kunne give dem den hjælp, som de har behov for. (Jørgensen 2009. s. 27)

3.6.4 Mestring

En af sygeplejerskens andre vigtige opgaver i arbejde med patienterne er at hjælpe patienterne til at mestre sygdom. Derfor har vi valgt at inddrage teori om mestring af teoretikerne Aaron Antonovsky og Richard Lazarus. Aaron Antonovsky beskriver OAS, som et redskab til at hjælpe mennesker med at mestre svære situationer i livet. (Antonovsky 2000. s 33-35) Ud over Antonovsky har vi valgt at inddrage Lazarus. Lazarus mestring er baseret på en problemfokuseret og følelsesfokuseret funktion. Den problemfokuserede funktion handler om, hvorvidt et menneske kan tilegne sig information om, hvilke handlinger der skal til for at ændre problemet. Den følelsesfokuserede funktion er rettet mod følelserne, som

knytter sig til den stressede situation. Med dette mener Lazarus, at man både kan forholde sig vågent eller undgående til sin sygdom. (Lazarus 2006. s. 145)

4.0 Analyse og diskussion

I det følgende afsnit vil problemformuleringen blive belyst ved hjælp af de temaer, som før er nævnt ved hjælp af teori og indsamlet empiri. For at gøre analysen mere overskuelig har vi valgt at opdele temaerne for til sidst at flette dem sammen i en større helhed i konklusionen.

4.1 Kommunikation

Sygeplejerskens arbejde med disse patienter handler i høj grad om kommunikation, både den verbale og den nonverbale kommunikation. Dette bekræfter en af sygeplejerskerne fra interview, som mener, at sygeplejerskens rolle i forbindelse denne patientgruppe handler meget om omsorg gennem kommunikation.

Kommunikation finder sted hver gang sygeplejersken er sammen med den, der modtager hendes omsorg. Den finder sted, både når sygeplejersken og den syge taler med hinanden, og når begge er tavse. (Travelbee 2005. s. 123)

Ifølge vores indhentede empiri, mener deltageren at sygeplejersken gennem kommunikationen er med til at gøre patienterne i stand til at øge egenomsorgen.

Interviewdeltager siger:

"Jeg tror min rolle er, ikke så meget behandlingsmæssig, men lige så meget at rumme de her patienter og prøve at vejlede dem til hvordan de kommer til at leve med det og finde ud af hvem de skal henvende sig til... fordi de står lidt i ingenmandsland nogen gange, og tænker, hvem gider rigtig at tage mig seriøst.?"

(Interviewdeltager 2)

Sygeplejerskerne fortæller, at de henviser patienterne til blandt andet diætister for at yde den bedste behandling, når ikke de kan gøre mere behandlingsmæssigt på sygehuset. Dette skal være med til at lindre patienternes symptomer og øge egenomsorgen.

Frustrationen vokser hos sygeplejersken, når patienterne bliver genindlagt og ikke har forsøgt at øge egenomsorgen. Frustrationerne kan muligvis afspejle sig i den nonverbale kommunikation i mødet med patienten.

Nonverbal kontakt, anses for at være den mest udtrykfulde form for formidling. Ved nonverbal viser man, hvad man mener om hinanden. (Jørgensen 2012. s. 106)

Som vi ved, ved kontakt med patienter og beskrevet i problemlegitimeringen føler patienterne sig til gene for sygeplejerskerne, når de er indlagt. Denne opfattelse må på en

eller anden måde stamme fra den måde, patienterne opfatter sygeplejerskernes nonverbale sprog. Dette bekræfter interviewdeltager:

"Når man når videre i behandlingsforløbet, og det ikke rigtig virker, så begynder det at være sådan lidt besværligt.. Det er en lidt besværlig patient, hvis man må sige det sådan.. Så er det ved at være sådan lidtaaaarg.." (Interviewdeltager 2)

Her kan man fornemme, at sygeplejersken føler en vis frustration over denne patientgruppe. Det kan man ikke fornægte hende i, da der ikke findes mange behandlingsmuligheder, som kan hjælpe patienten. Der foreligger ingen retningslinjer for, hvad man skal som sygeplejerske i arbejdet med denne patient, når man er nået til det punkt, hvor der ikke er mere medicin at prøve. En af sygeplejerskerne mener, at retningslinjer ville gøre deres arbejde mere tilgængeligt, da de dermed ville vide, hvad de skulle forholde sig til. Samtidig med, at de ville vide, hvad de skulle forholde sig til, ville de kunne formidle dette videre til deres patienter, så de ikke sidder med oplevelsen af at være til gene. På denne måde mener sygeplejersken, at man ville føle mindre frustration og derved ville ens udstråling ændre sig over for patienten.

Sundhedspersonale må arbejde for at kunne etablere et tillidsforhold og derved gøre den syge tryk. (Jørgensen 2012. s. 106) Så selvom sygeplejersken ikke har de redskaber, som de mener der er behov for, må de finde på andre metoder, således at patienten kan føle sig tryk og tilpas i deres nærvær.

Sygeplejerskerne skal forstå og handle udfra de informationer, som patienterne giver. Aktiv lytning bruges til at forstå, interessere sig for og anerkende det problem, den hjælpetrængende har. Følelser, som er involveret, er vigtige for patienten, og sundhedspersonale må ikke negligere, hvordan patienten oplever sin situation. (Jørgensen 2012, s. 104) Selvom Kim Jørgensen her beskriver, hvordan man ikke må negligere patientens situation, har vi været i kontakt med flere patienter, som desværre har denne opfattelse. Denne iagttagelse bekræfter interviewdeltager:

"Jeg forstår godt, at de føler sig negligeret.. Og de faktorer der spiller ind... det er nok det her med at de kommer ind igen og igen og vi har svært ved at gøre noget for dem."

(Interviewdeltager 2)

Sygeplejersken her fortæller, hvordan hun godt kan forstå, at patienterne føler sig negligeret. Sygeplejersken beskriver, at hun føler sig frustreret over, at hun ikke kan gøre noget for patienterne.

Patienternes oplevelse af sygeplejerskerne, afspejler sig i, hvorledes sygeplejerskerne ser patienten. Patienten kommunikerer til sygeplejersken i form af adfærd, udseende, ansigtsudtryk osv., og det samme gør sygeplejersken. (Travelbee 2005. s 123)

Grunden til patienterne oplever, at sygeplejerskerne negligere deres oplevelse af smerter mm., kan være den måde, hvorpå sygeplejerskerne kommunikerer nonverbalt.

Interviewdeltager siger:

"Jeg forsøger at være opmærksom på det.. men det kan da godt være, at man kan se det på mig...Hmmm.. Ej jeg synes virkelig, at jeg prøver at være opmærksom på ikke at være det, men når man er det, kan det godt være svært at skjule." (interviewdeltager 1)

Sygeplejersken forklarer, hvordan det kan være svært at skjule sine frustrationer i mødet med patienten. Dog mener sygeplejersken, at hun ihærdigt prøver ikke at lade sine frustrationer gå ud over patienten.

Målrettet kommunikation er betingelsen for at kunne opnå en relation. Relationen er altid væsentlig for at kunne hjælpe patienten med at opnå mening med sine erfaringer med sygdom. (Travelbee 2005. s. 125)

Kommunikation er en gensidig proces. Det er den proces, som sygeplejersker bruger, for at få eller give patienten oplysninger. Det er samtidig den måde, hvorpå patienten søger hjælp på.(ibid.) Travelbee skriver, at det er gennem kommunikation, at sygeplejersken formidler nonverbal kommunikation. dvs. med et bestemt blik, eller den måde hun udfører sit arbejde på. Kommunikation er en dynamisk kraft, som påvirker mennesket uanset om det er bevidst eller ej. Sygeplejerskens måde at opfatte mennesket på, bliver ufrivilligt kommunikeret i arbejdet og mødet med patienten. Hvis sygeplejersken f.eks. ikke er interesseret i at hjælpe den hjælpetrængende, vil dette blive kommunikeret uanset hvad hun siger, og den hjælpetrængende vil reagere på dette. (Travelbee 2005. s. 124-125)

4.2 Psykiske aspekter

I dette afsnit, vil de psykiske aspekter i forhold til sygdommen blive undersøgt. Det vil blive analyseret og diskuteret, hvorvidt de psykiske aspekter har nogen indflydelse på samarbejdet mellem patient og sygeplejerske.

Ved indhentning af empiri blev det hurtigt klart, at det ikke kun er de fysiske symptomer, som fylder ved arbejdet med disse patienter.

Når patienterne gang på gang bliver indlagt, er det ofte af betydning, hvordan patienterne har det psykisk. Her menes faktorer, der indgår i patientens privatliv. Således kan man lave

en analyse af den måde, sygeplejerskerne omtaler arbejdet med patienterne.

Interviewdeltager er bevidst om dette:

"Småkarsygdomme kan godt udvikle sig lidt til en øøøh, psykosomatisk sygdom, uden at det er negativt på nogen måde.. men at det også handler meget om, hvad der sker psykisk."

(interviewdeltager 2)

Som nævnt i problemlegitimeringen er de patienter, som vi har været i kontakt med kede af, at sygdommen ikke bliver taget seriøst. Ovenstående citat tyder på, at der er noget om det. Vi har en oplevelse af, at sygeplejerskerne kan have en tendens til at tro, at disse patienter har psykiske problemer, hvilket har eller kan have indflydelse på deres sygdom eller omvendt.

Sundhedspersonale skal passe på med at gøre uforklarlige tilstande til somatiseringstilstande, altså psykiske problemer. Man bør betragte patientens psykiske reaktion på sygdommen som angst eller andre forsvarsmekanismer, og som et naturligt resultat af at lide af en uforklarlig sygdom. (Stokkebæk 2002. 159)

Der skal medtænkes den store omvæltning af patienternes hverdagsliv og drømme, kombineret med den mistillid og de frustrationer, som er knyttet til lidelsen. Der er ikke noget at sige til, at patienterne føler sig deprimerede og angste og søger en forklaring på lidelsen og dermed også hjælp til lindring. (Stokkebæk 2002,s. 159)

At være åben overfor patientens symptomer og problemer samt at tro på dem, er utrolig vigtig. Disse patienter lider virkelig og mangler tillid og trøst uanset om symptomerne kan forklares lægevidenskabeligt eller ej. (Stokkebæk 2002, side. 160)

Dog skal det påpeges, at der findes sygdomme, hvor organiske forandringer er svære at påvise. Dette sker, fordi man ikke har tilstrækkelig viden omkring sygdommen eller hjælpemidler til at få denne diagnosticeret. Der er mange patienter, der med tiden har fået at vide, at det er psykisk betinget og hysteri, og som så senere har vist sig rent faktisk at være en reel sygdom. (Stokkebæk 2002, side. 160)

Når man taler om psykosomatiske lidelser, altså at psykiske vanskeligheder og problemer kan føre til somatiske symptomer og efterfølgende sygdom, kan man komme til at forenkle noget, som i virkeligheden kan være mere komplekst end først antaget. (ibid.)

Den indhentede empiri peger på, at der kan være en tendens til at mangel på fysiske fund hos en patient med smerter kan udlægges således, at der er tale om psykiske betingelser, som resulterer i de fysiske.

Som nævnt i problembeskrivelsen kan man endnu ikke påvise det kardiologiske syndrom x ved blodprøver eller KAG-undersøgelse. Diagnosen kardiologisk syndrom x, bliver stillet, når alle andre hjertesygdomme, kan udelukkes. Dette er interviewdeltager opmærksom på:

"Vi kan stille diagnosen, fordi vi ikke ved hvilken diagnose de ellers skal have... Så det er lidt en diagnose vi giver til dem, som vi ikke rigtig ved, om det er det, eller også ved vi godt, at det er det, men det er svært at diagnosticere sådan fuldstændig"
(Interviewdeltager 2)

Det er altså ikke kun patienterne, som føler sig magtesløse overfor sygdommen.

Sygeplejersken har i samarbejde med lægen svært ved at diagnosticerer disse patienter. Det ender ofte med, at patienterne får diagnosen småkarsygdomme syndrom x, fordi alle andre muligheder er udelukket. Dette er foruroligende, da man som patient bør kunne stole på den diagnose, som bliver stillet.

Vi har diskuteret hvorvidt det er forkert af sygeplejerskerne at begrunde en sygdom ud fra psykiske aspekter. Der findes forskning, der viser, hvordan en sygdom med kroniske smerter kan påvirke mennesker psykisk og omvendt. Dette vil blive inddraget i næste afsnit.

4.3 Smerter

Når mennesker kommer ind i sundhedsvæsenet med en lidelse, så bliver de til patienter, der har behov for hjælp fra sundheds professionelle. I de fleste tilfælde mødes patienter og sundhedsprofessionelle over en diagnose, som de begge er bevidst om og kan forholde sig til. Det bliver hurtigt et problem, når en kronisk smerteramt søger hjælp i sundhedssystem, og man ikke har en velkendt diagnose at forholde sig til. Her er det vigtigt at møde patienterne i deres oplevelser. Man behøver ikke at sætte alt ind på at finde årsagen til smerten, men i stedet møde dem i deres oplevelse. (Jørgensen 2009, s. 45)

Det er vigtigt at huske, at oplevelsen af smerte er subjektiv: Læger og sygeplejersker undervurdere patientens egen opfattelse af smerter, og smertebehandlingen er afhængig af personalets egen holdning til smerte. (Skytt 2011, s. 239)

De patienter som vi har været i kontakt med, giver udtryk for, at de føler sig negligeret i forbindelse med deres smerter ved indlæggelse. De oplever, at deres egen subjektive opfattelse af smerter bliver benægtet af sygeplejerskens objektive blik.

Anne-Marie Skytt har beskrevet hvorledes Mccaffery hævder, at der stadigvæk er sundhedspersonale, som fejltolker patienter med smerter. Dette skyldes ofte manglende viden og manglende bevidsthed om deres egne fordomme om smerter. Dette er ofte til stor skade for de indlagte patienter. (ibid.)

Som før beskrevet i problemligitimeringen, ud fra vores antagelser, er en af patienternes største frustrationer, at de ikke føler, at sygeplejerskerne tager deres smerter seriøst. Dette problem genkender interviewdeltager:

"Man kan undre sig i hvert fald over, at man med sit objektive blik ikke kan se smerterne, når de subjektivt føler det.. så jeg kan godt forstå at de måske føler sig sådan lidt negligeret" (interviewdeltager 2)

Sygeplejersken her svarer på, om hun kan forstå, at patienter føler sig negligeret, når det handler om smertebehandling. Dette understøtter iagttagelse af patienternes frustrationer, når det handler om sygeplejerskens udstråling via kommunikation.

Sygeplejerskerne prøver at hjælpe patienterne med deres smerter ved at motivere dem til at tage deres egenomsorg seriøst. Interviewdeltager omtaler KRAM-faktorerne i forbindelse med patienternes dagligdag og livskvalitet:

"Jeg kan huske en kvindelig patient jeg havde.. hun var åleslank, motionerede hele tiden, passede på sig selv.. Hendes kolesteroltal var fint, havde aldrig røget, og alligevel har hun småkarsygdomme.. sådan en har jeg nok mere empati overfor, tror jeg.. ubevidst... end en patient som stadig sidder derhjemme og synes det er synd for hende selv."
(Interviewdeltager 2)

Sygeplejerskerne snakker med patienterne om, hvordan livsstilsændringerne ville kunne påvirke deres symptomer positivt. Ofte oplever sygeplejerskerne, at patienterne ikke ændrer deres livsstil, og de har derfor svært ved at udvise den samme empati og sympati for disse. Da smerterne er meget invaliderende for disse patienter og har en indvirkning på deres hverdag og livskvalitet, kan sygeplejerskerne have svært ved at forstå, at nogle patienter ikke selv forsøger at gøre noget for at ændre dette.

Sygeplejerskerne er ikke bange for at fortælle, at de opfatter smerterne ved småkarsygdomme, som værende til dels psykisk betingede. Som nævnt, er det en af de faktorer, som patienterne er frustrerede over. Patienterne oplever, at sygeplejersken negligerer deres smerter, når de vælger at inddrage de psykiske aspekter. Alligevel har sygeplejerskerne svært ved at tage patienternes egne ord for gode varer. Det er interviewdeltageren trods alt opmærksom på:

"Smerte er en helt vild subjektiv fornemmelse... men jeg, med mit objektive øje, kan ikke se, at de har smerter... altid... der er nogle hvor jeg godt kan se det, at de har smerter.. men der er også nogle hvor jeg undres meget over, at de kan have så vanvittigt ondt og de scorer 8-9-10 på NRS skala.. men de har lav puls, de sveder ikke.. øhm de kan ligge og se fjernsyn og lige hygge sig ved computeren." (Interviewdeltager 2)

En anden grund til, at sygeplejersker måske har tendens til at udvise en form for neglet overfor patienternes smerter, er altså deres opfattelse af patienternes smerter. At sygeplejersken ikke kan se nogle objektive symptomer på smerte kan være endnu en grund til, at patienterne føler, at sygeplejerskerne negligerer deres smerter.

Svennevig skriver om behandling af kroniske smerter:

"Kroniske smerter kan ikke helbredes, og det bedste, man kan gøre for sine smertepatienter, er at hjælpe dem til at forstå og acceptere det" (Svennevig 2013, side 6)

Man bør altså ikke bruge så meget energi på genindlæggelser og nytteløse undersøgelser. Man bør lave en ny definition på kroniske smerter og bruge mere tid på at rådgive patienterne om, hvordan de kan leve med disse.

Som før nævnt bruger sygeplejerskerne megen tid på at forklare patienterne, hvordan de kan mindske smerterne via egenomsorg som for eksempel livsstilsændringer. Men måske burde man i stedet se på, hvad patienterne kan gøre for at leve med dem? I

sundhedsvæsenet har man ofte travlt med at finde en årsag og en behandling derefter.

Lidelser hvor man ikke kan finde nogen årsag er en udfordring i sundhedsvæsenet.

(Jørgensen 2009. s. 27) Udfordringen er forskellen på de subjektive oplevelser og de objektive fund. Symptomerne på skjulte lidelser kan oftest ikke forklares fysiologisk, hvilket der ellers er tradition for i sundhedsvæsenet. (ibid.)

De to sygeplejersker, som vi har interviewet, fortæller begge, at de er frustrerede over, at der ikke findes nogen specifik behandling til disse patienter, og at patienterne deler samme frustration.

Man bør måske acceptere, at der ikke findes egentlige retningslinjer for behandlingen af disse patienter, og derfor ændre måden man arbejder med patienterne på. Problemet er bare, at man i dag er vant til, at der foreligger retningslinjer for, hvordan man griber bestemte sygdomme og behandlinger an.

Interviewdeltageren er blevet spurgt om, hvorvidt hun tror at retningslinjer ville være med til at optimere behandlingen af patienternes smerter:

"Have en retningslinje? ja, hvordan gør vi..... men også at alle bliver enige. Det, der sker nogle gange er, at vi tager det op sådan med læger og sygeplejersker til vores tavlemøde og siger: nu er den der patient indlagt igen, kan vi ikke blive enige om at vi denne gang gøre sådan og sådan..... og så bliver alle enige om det den dag.. men når næste vagthold kommer eller lægen ikke lige har fået skrevet notatet om det, vi så blev enige om, fordi der var mange andre ting han blev afbrudt af og sådan noget, så har vi et problem igen næste gang."(Interviewdeltager 2)

Sygeplejerskens er altså frustreret over, at man sagtens kan få lægen til at skrive i patientjournalen, og at de kan blive enige om, hvad der skal ske med patienten nu og ved en eventuel genindlæggelse. Problemet er bare, at disse notater ikke bliver brugt og heller ikke overholdt ved vagtskifte.

Sygeplejerskerne vil gerne have en retningslinje for, hvilke præparater patienterne må få ved smertelindring og en retningslinje for, hvad man kunne gøre for at undgå flere indlæggelser. Dette sikrer, at de kan gøre deres arbejde godt nok. Det er vigtigt at huske, at kroniske smerter ikke kan helbredes. Hvis der skal laves en retningslinje, skal den ikke være koncentreret omkring den medicinske behandling, som sygeplejerskerne her ønsker. Retningslinjen bør være et redskab til, hvordan sygeplejerskerne bedst muligt kan hjælpe patienterne med at leve med de kroniske smerter. Dette betyder ikke, at patienterne ikke skal medicineres, men at de også skal have nogle redskaber til at mestre de kroniske smerter, i stedet for at man fokuserer på at fjerne dem.

Mestring er således en vigtig del af sygeplejerskens arbejde med patienter med syndrom x.

4.4 Mestring

I dette afsnit, vil vi belyse sygeplejerskens arbejde med patienten i forbindelse med mestring. Da de psykiske aspekter har en afgørende betydning for mestring, bliver dette også inddraget.

En anden vigtig rolle i sygeplejerskens arbejde at hjælpe patienten med at mestre sygdom og lidelse. Ifølge en af sygeplejerskerne var det at lytte den bedste måde at hjælpe

patienterne med at mestre sygdom. De lytter og skal rumme meget af det patienterne har på sinde, forklare en af sygeplejerskerne.

Som nævnt er kommunikation en vigtig faktor i sygeplejerskens arbejde med patienten og af betydning for patientens opfattelse af sygeplejersken. Kommunikationen er således et redskab til at hjælpe patienten med at mestre sygdom og smerter.

Ifølge Antonovsky er det oplevelsen af sammenhæng i sygdommen(OAS) det, der medvirker til, at patienter oplever en bedring i deres helbred og dermed har nemmere ved mestring af deres situation. (Antonovsky 2004, s. 33)

Antonovsky fremhæver vigtigheden af den salutogenetiske synsvinkel, som fremhæver fokus på det sunde. Hans definition på OAS er en blanding af begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. Begribelighed er den måde, man opfatter de stimuli, man får fra det indre og det ydre. Håndterbarhed defineres som ens opfattelse af de ressourcer, man har til rådighed. Disse ressourcer er dem, man bruger, når der bliver stillet krav om at klare de stimuli, som vi bombarderes med. De ressourcer, man har til rådighed, er dem, som man selv har kontrol over, eller ressourcer som kontrolleres af en anden, som man stoler på, f.eks læge, sygeplejerske, ven eller i nogle tilfælde Gud. Er man i besiddelse af en stærk håndterbarhed, føler man ikke, at man er blevet behandlet dårligt eller blevet offer for noget. Man har en evne til at håndtere de dårlige ting og ikke sørge over det.

Meningsfuldhed betyder, at man som menneske er en ressource til at finde mening i det, der sker i ens liv. Meningsfuldhed betyder, at man som menneske er villig til, at tage kampen op imod en udfordring. Dvs. folk med en svag meningsfuldhed, kan ikke glæde sig over udfordringer, og ingen værdi i dette. Folk med en stærk meningsfuldhed er villig til at tage udfordringen på sig, og er besluttet på at finde mening i det, som sker i ens liv. (Antonovsky 2000. s. 34-37)

Disse tre komponenter, som afgør om man har en stærk eller svag OAS.

For at patienterne kan opleve sammenhæng i sygdommen og derfor mestre, er det vigtigt at sygeplejersken støtter patienterne og hjælper dem med at finde mening i deres situation, samtidig med at de hjælper dem med at håndtere situationen og begribe den. Dette gør de ved at støtte patienten og give dem de ressourcer, som de mener, at patienten har behov for. Dette gør sygeplejerskerne allerede til en vis grad, mener interviewdeltager:

"Jamen vi snakker meget om, at det jo ikke er deres skyld... vi snakker meget om at hjertekarsygdomme har meget med arvelighed at gøre, og om livsstilsændringer... fordi at, for at forstå at man er havnet her og få det hele med, er det vigtigt at få det hele med.. det er ikke kun din(patienten) skyld, men du kan faktisk være med til at lave det om, i forhold til det her... det kan godt være du føler dig magtesløs.. der er faktisk nogle døre her... så du

kan være med at lindre symptomerne... fordi det handler om, at det gør ondt."
(Interviewdeltager 1)

Sygeplejersken fortæller altså, at hun faktisk hjælper patienter med at mestre sygdom gennem rådgivning og vejledning. Ved at vejlede patienterne om, hvordan de kan lindre deres symptomer, hjælper hun dem med at få kontrol over sygdom og derfor få oplevelsen af sammenhæng. Dette bekræftes af interviewdeltager:

"Øhhmm nogen gange handler det også om..hvad skal man sige, ondt i livet... de har nogen problemer.. det nogen.. nogen stress faktorer der udløser de her smerter.. øhh de har det dårligt derhjemme.. øhh så kommer de ind på sygehuset, fordi så begyndte det at gøre ondt, fordi.. øhh noget med skilsmisse og ja sådan nogle ting, fordi det er rigtig hårdt for dem.."
(Interviewdeltager 2)

Sygeplejersken beskriver, at indlæggelserne kan have noget at gøre med deres privatliv udover selve sygdommen og smerterne. Hun beskriver, hvordan patientens sindstilstand kan have indflydelse på patienternes sygdom. Det, der sker i hjemmet er også en faktor for, hvordan sygdommen arter sig. Man skal altså passe på med at drage konklusioner i forbindelse med patientens oplevelse af symptomerne. Helbredet er påvirket af menneskets stress og følelser, dvs. hvis mennesket oplever stress i sit liv, således at følelserne bliver sat på prøve, kan dette påvirke deres helbred. (Lazarus 2006 s. 315)

Sygeplejerskens fundamentale pligt er at udvise omsorg for patienter, som lider, uanset hvad årsagen måtte være. Sygeplejersker vil hver dag opleve patienter og pårørende, som er i en tilstand, hvor de veksler mellem fortvivlelse og håb. De forskellige måder at reagere på viser hvor forskellige mennesker er, når de igennem et liv bliver udsat for traumer. En god forudsætning for forsvarlig pleje er, at sygeplejersker har viden om, hvordan sygdom indvirker på menneskers livskvalitet, håb og mestring. (Bastøe 2009, s. 53)

En af sygeplejerskernes vigtige opgaver set i et sundhedspædagogisk perspektiv er at skulle bidrage til, at patienterne udvikler kræfter og viden til selv at mestre og opnå kontrol over egen sygdom.

Ifølge Lazarus har mestring to funktioner, nemlig den problemfokuserede og den følelsesfokuserede. Problemfokusering vil sige, at personen tilegner sig information om, hvad der kan og må gøres, og derefter foretager handlingerne, som ændrer problemerne. (Lazarus 2006. s 145)

Disse problemer, som Lazarus omtaler, er i denne sammenhæng smerterne.

Den følelsesfokuserede funktion er rettet imod regulering af de følelser, som følger med den stressede situation, man er i. Man prøver f.eks. her at undgå at tænke på problemet eller

prøver at revurdere dem. Dette betyder, at patienten vil kunne forholde sig årvågent eller undgående til sin sygdom. Når der ved en sygdom bliver truffet en beslutning om behandling, er der ikke længere noget, som den enkelt patient selv kan gøre. Vedkommende vil i stedet bestræbe sig på at distancere sine følelser. Patienten vil også kunne overbevise sig selv og sine omgivelser om, at den valgte behandling er den rette. (ibid.)

Problemet her er, at disse patienter ikke har nogen behandling, som de kan forholde sig til. Behandlingen af disse patienter på sygehuse er forskellig fra gang til gang, fordi man må prøve sig frem.

Sygeplejerskens arbejde med patientens mestring bliver derfor at hjælpe dem igennem denne frustration, som opstår, fordi patienten ikke kan få en ordentlig forklaring på sygdommen og dens behandling. Som før nævnt, er kommunikationen derfor sygeplejerskernes grundredskaber i mødet og samarbejdet med disse patienter. De skal rumme mange af patienternes bekymringer og prøve at hjælpe dem med at omsætte de negative tanker, til noget de kan bruge for at mestre sygdom. Det kan være svært, for sygeplejersken, at hjælpe patienten med at mestre sygdommen og smerter. De føler frustration, når patienter kommer ind, og intet har gjort for at ændre deres livsstil og derved mestre.

"Men det er svært for.. der er nogle der, der ikke helt er modtagelig for det og så siger de: ja det skal jeg nok gøre,og så kommer de ind igen om et par dage.. øhh og så spørger man: hvad laver du her igen? Fik vi ikke snakket om sådan og sådan.. jo siger de: men så fik jeg ikke lige gjort det... eller et eller andet.. Og så kan man godt sige, ej nu må du altså lige op på hesten igen." (Interviewdeltager 2)

At patienterne savner, at sygeplejerskerne tager dem og smerterne seriøst, kan man sagtens forstå. De har virkelig ondt og ønsker, at smerterne forsvinder. Dog kan man se et mønster, nemlig at sygeplejerskerne kan tage deres dårlige erfaringer fra nogle patienter med til andre. Og herfra kan patienternes frustrationer og følelser af, at sygeplejerskerne ikke gider tage dem seriøst, stamme.

Holdninger bliver ofte vist via nonverbal kommunikation og er altså den måde mennesker kan opfatte andres meninger om en selv. (Travelbee 2005. 126)

Som nævnt står der i de etiske retningslinjer, at et af sygeplejerskens grundprincipper for god etisk pleje er, at man skal se det enkelte menneske, som et unikt individ og et uendeligt værdifuldt menneske. (Sygeplejeetisk råd 2014, side 6)

Vi skal som sygeplejersker altid huske, at ethvert menneske har sine behov og sin egen historie. Vi skal værne om disse og ikke se grupper af patienter som værende et samlet

objekt. Dog mener vi, at dette kan være svært, når man arbejder med en gruppe patienter som disse, hvor vores viden omkring sygdommen er så usikker. Dette kommer til udtryk gennem frustrationer, irritation og magtesløshed både hos patienter og sygeplejersker.

5.0 Konklusion

I vores sidste praktik under uddannelsen er vi for første gang stødt på patienter med småkarsygdomme. Vi fandt det hurtigt interessant at undersøge, hvorfor disse patienter udtrykte frustrationer og utilfredshed i forhold til samarbejdet mellem patienten selv og sygeplejersken.

Hvilken betydning har kommunikationen og sygeplejerskens opfattelse af patientens smerter forårsaget af syndrom x i forhold til kvindernes mestring og opfattelse af sygeplejersken?

Syndrom x, som giver invaliderende bryst smerter, påvirker disse kvinders psykiske, fysiske og sociale liv. Kvinderne beskriver selv, hvordan de føler sig overset som hjertepatienter, og hvordan de føler, at sygeplejersker ikke tager deres situation seriøst. Kvinderne fortæller hvordan disse smerter medføre forstyrrelser i deres liv, og det er tydeligt, at kvinders livskvalitet påvirkes negativt på grund af smerterne.

Sygeplejerskens opgave er at hjælpe disse kvinder med at mestre deres sygdom ved indlæggelse og i hverdagen. Sygeplejerskerne benytter kommunikation som et redskab, til at hjælpe patienterne med mestring og derfor OAS. Sygeplejerskerne mener selv, at de hjælper patienterne med at mestre deres sygdom ved at snakke med dem om deres situation. OAS handler om begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. Det er sygeplejerskernes pligt, at styrke disse tre egenskaber hos patienterne.

Sygeplejerskernes ubevidste kommunikation, kan føre til frustration hos patienterne. Patienterne oplever, at sygeplejerskernes nonverbale kommunikation viser, at patienterne er til gene for dem. Det kan derfor være svært at se, om sygeplejerskernes arbejde med patienternes mestring har nogen effekt.

Vi kan konkludere, at sygeplejerskernes frustration over den manglende viden om behandlingen af disse patienter, synliggøres for patienterne. Dette giver problemer i samarbejdet mellem sygeplejerske og patient, idet den tager fokus fra patientens egentlige problem, som er smerter i brystet.

Sygeplejersker har tendens til at tro, at de invaliderende smerter, som patienter bliver indlagt med, kan være psykisk betinget. Denne opfattelse af patienterne kan muligvis ses i sygeplejerskernes nonverbale kommunikation i mødet med patienten, og derved være årsag til patienternes frustrationer.

Altså: Patientens opfattelse af sygeplejerskernes tanker om dem, kommer af, at sygeplejerskernes nonverbale kommunikation udstråler frustration og irritation. Sygeplejerskernes udstråling kommer sig af, at de er frustrerede over, at de som sundhedspersonale ikke kan hjælpe disse patienter af med deres smerter og derved undgå de gentagne indlæggelser.

Patienterne føler sig negligeret og overset af sygeplejerskerne, mens sygeplejerskerne føler at de står magtesløse i forhold til sygdommen og behandlingen herom.

6.0 perspektivering

I følgende afsnit perspektiveres opgavens resultater i forhold til praksis. Der argumenteres for, hvordan sygeplejersken bør behandle kvinder med syndrom x. Desuden vil der blive argumenteret for nye undersøgelser, som kan bidrage til samarbejdet med disse patienter.

På baggrund af vores konklusion ses det, at der er et problem i praksis, når det gælder samarbejdet mellem patient og sygeplejerske. Årsagen til dette kan være den manglende viden indenfor behandling og diagnostik, som kommer til udtryk i frustration hos begge parter.

Det, som vi ønsker denne opgave skal bidrage med, er at gøre sygeplejersker opmærksomme på denne patientgruppe. Disse patienter føler sig overset i sundhedsvæsenet og i den faggruppe, som er tættest på patienterne til daglig, nemlig sygeplejerskerne. Ifølge sygeplejerskerne er der behov for en mere struktureret måde at samarbejde med disse patienter. Der kunne argumenteres for en retningslinje eller behandlingsbestemmelse, som kunne føre til bedre arbejdsvilkår for sygeplejerskerne.

Desuden kan man argumentere for, at disse patienter bør tilbydes et opfølgingsforløb ligesom det gøres ved enhver anden kroniker inden for hjertesygdomme.

Rehabiliteringsindsatsen er i dag rettet imod en bred gruppe af hjertepatienter. Det er ikke defineret om brystsmerterne skal være betinget af arteriosklerose i de store eller små kar. Derfor er patienter med småkarsygdomme således berettiget til dette tilbud. (Region Sjælland, 2013)

Ved at lade kvinder med syndrom x indgå i et rehabiliteringsforløb bliver deres symptomer anerkendt, og det kan således bidrage med øget livskvalitet og OAS. For at kunne tilbyde disse patienter et opfølgende forløb specielt beregnet til dem i sygehusvæsenet, er det nødvendigt at skærpe opmærksomheden på dem og deres behov.

Dette kunne gøres ved at udbrede vores opgave i praksis, hvilken kan medvirke til, at sygeplejerskernes indsats omkring patienterne bliver mere italesat.

Der er i øjeblikket skærpet fokus på, hvordan kvinder med bryst smerter uden betydelige åreforsnævring i hjertet får en bedre behandling. Målet med forskningen er, at der fra 2020 årligt skal dø 2000 kvinder færre af småkarsygdomme. For at dette skal kunne praktiseres, skal der reddes 5 kvindeliv om ugen frem til 2020. Dette er kun muligt, hvis forskningen i kvinders hjerter bliver mere publiceret, således at kvinder kan lære, hvordan de tager vare på deres hjerte (Hjerteforeningen 2014). I øjeblikket er der et forskningsprojekt i gang, som kaldes IPOWER, dette er nævnt i problemligiteringen. Dette projekt er finansieret af kampagnen: Elsk Hjertet. Forskningsprojektet har til formål at skabe opmærksomhed omkring kvinder med ondt i brystet uden forsnævninger i kranspulsåren. IPOWERs 3 centrale punkter er at øge viden omkring kvinder med bryst smerter uden stenose, bedre håndtering af kvinder med bryst smerter uden stenose og, at opnå en bedre viden omkring småkarssygdom. IPOWER forskningsprojektet forventes at være færdigt i 2017 (Hjerteforeningen 2011).

7.0 kildefortegnelse

7.1 Bøger:

- Antonovsky, A (2004). Helbredets Mysterier. 3. Opslag. København: Hans Reitzels Forlag. s. 19- 167. (148 Sider)
- Birkler, J (2011). Filosofi og sygepleje – Etik og menneskesyn i faglig praksis. 1. udgave. København: Munksgaard. S. 29 – 48, s. 67 – 138. (82 Sider)
- Birkler, J (2013). Videnskabs teori. 1. udgave. Munksgaard. S. 33-133. (100 sider)
- Dansk Sygeplejeråd (2014). De Sygeplejeetiske Retningslinjer. Dansk Sygeplejeråd. S. 3 - 11. (12 Sider)
- Lazarus, SR (2006). Stress og følelser - en ny syntese. København K: Akademisk forlag. side. 41 – 157, s. 159 – 199, s.312-342. (186 Sider)
- Rienecker, L, Jørgensen, SP og Skov, S (2012). Den Gode Opgave – håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser. 4. udgave. København: Samfundslitteratur. S. 19 – 64, s. 65-90, s.105-221, s. 222 -252, s. 253-298. (261. Sider)
- Stokkebæk, A (2002). Psykologi 2 -Sundhedspsykologi. 1. udgave. København: Arnold Busck. S. 15-111, s. 144-206, (158. Sider)
- Travelbee, J (2005)- Mellemmenneskelige aspekter i sygeplejen. 1. udgave. Munksgaard Danmark. S. 27 – 154, s. 155-237. (209. Sider)

7.2 Redigerede bøger

- Bastøe, L (2009) Reaktionen og strategier i bearbejdning af sygdom og ulykke. I: Pedersen, S (red.) sygeplejebogen 1, 1. del patientologi, sygeplejens værdier og virksomhedsfelt. 3. udg. Gads Forlag. s. 51-76. (25 Sider)
- Christensen, C, Nielsen, A og Schmidt, L (2012). Det Kvalitative Forskningsinterview. I: Vallgård, S og Koch, L (red.).Forskningsmetoder I Folkesundhedsvidenskab. 4. udgave. København: Munksgaard. S. 61- 89 (28 sider)
- Dahlager, L og Fredslund H (2012). Hermeneutisk analyse/ forståelse og forforståelse. I: Vallgård, S og Koch, L (red.) Forskningsmetoder I Folkesundhedsvidenskab. 4. udgave. København: Munksgaard. S.157- 181. (24 Sider)
- Frølich, S (2009). Kroniske smerter – en skjult lidelse. I: Schlüter, S og Søndergaard, V (red.). Skjulte Lidelser. 1. udgave. Silkeborg: Dansk Psykologisk Forlag. S. 15 – 26. (11 Sider)
- Grøn, L (2011). Kronisk sygdom, egenomsorg: kronisk hjemmearbejde. I: Nilsen, KB (red.). Sygeplejebogen 3- Teori og Metode. 3. udgave. Gads Forlag. S. 359-388. (19 Sider)

- Hansson, B (2012). Den professionelle relation. I: Jørgensen, K (red.) Kommunikation - for sundhedsprofessionelle. 2. udgave. Gads Forlag. S. 33 -53. (20 Sider)
- Jørgensen, HL (2009). Kroniske smerter – en udfordring i sundhedsvæsenet. I: Schlüter, S og Søndergaard, V (red.). Skjulte Lidelser. 1. udgave. Silkeborg: Dansk Psykologisk Forlag. S. 27 – 58. (31 Sider)
- Jørgensen, K (2012). Aktiv lytning, spørgsmål og gensvar. I: Jørgensen, K (red.) Kommunikation for sundhedsprofessionelle. 2. udgave. Gads Forlag. S. 104 -117. (13 Sider)
- Jørgensen, K (2012). Kommunikation i sundhedsvæsenet. I: Jørgensen, K (red.) Kommunikation - for sundhedsprofessionelle. 2. udgave. Gads Forlag. S. 14 - 32. (18 Sider)
- Reitan, MA (2009) Mestring. I: Pedersen, S (red.) sygeplejebogen 1, 1. del. Patientologi, sygeplejens værdier og virksomhedsfelt. 3. udg. Gads Forlag. s. 279 – 308. (29 sider)
- Skytt, MA (2011). Sygepleje til patienter med smerter. I: Nilsen, KB (red.). Sygeplejebogen 3- Teori og Metode. 3. udgave. Gads Forlag. S. 237- 27 (34 sider)

7.3 internet

- Bøtker, EH (2002). Det Kardiologiske Syndrom X: angina pectoris hos patienter med normal koronararteriografi. Månedsskrift for praktisk lægegerning, årg. 80 , nr. 12. S 1- 8. Lokaliseret d. 16.10.2014 på: <http://www.maanedsskriftet.dk/mpl/2002/2002-12/8841/#behandling> (8 sider)
- Handberg, G, Jensen, HN og Maagaard, R (2013). Kroniske Smertetilstande. Lokaliseret d. 3.11.2014 på: <http://pro.medicin.dk/Sygdomme/Sygdom/318162> (7 Sider)
- Hjerteforeningen (2011). IPOWER - Improve diagnosis and treatment of women with angina pectoris and microvessel disease- A Danish national research initiative. Lokaliseret d. 16.12.2014 på: http://www.hjerteforeningen.dk/forskning/stoettede_forskningsprojekter/2011/eva_p_rescott_a_3628/ (2 Sider)
- Hjerteforeningen (2014). Kvinder og hjertekarsygdomme. Lokaliseret d. 16.10.2014 på: <http://www.hjerteforeningen.dk/forskning/forskningstemaer> (1 side)
- Hjerteforeningen (2012). Elsk hjertet – Resultater. Lokaliseret d. 17. 10.2014 på: <http://bocawired.ipapercms.dk/Hjerteforeningen/Rapportermm/Elshjertetresultater2012/> (21 Sider)
- Hjerteforeningen (2014). Hjertekramper uden betydende forsnævninger i kranspulsårerne (småkarssygdom). Lokaliseret d.20.10.2014 på: https://www.hjerteforeningen.dk/hjertesygdomme/sygdomme/aareforsnaevring_i_hj

ertet/hjertekramper/hjertekramper uden betydende forsnævring i kranspulsårerne
e_smaakarssygdom/ (2 Sider)

- Larsen, DG (2010). Historier fra hjertet: 3 hjertepatienters personlige erfaringer og oplevelser med det, at få diagnosen Prinzmetal Variant Angina eller det Kardiologiske Syndrom X. S. 1 – 25. Lokaliseret d. 15.10.2014 på:
http://www.prinzmetal.dk/infusions/wrapper/wrapper.php?wrapper_id=4
(25 sider)
- Reagion Sjælland (2013) Hjerterehabilitering. Reagion Sjælland. Lokaliseret d. 16.12.2014
på:<http://www.regionsjaelland.dk/Sundhed/kronikerportal/projekter/Sider/Hjerterehabilitering.aspx>
(2 Sider)
- Stougård, M (2014) Ny viden om kvinder med bryst smerter. Hjerteforeningen. Lokaliseret d. 24.11.2014 på:
http://www.hjerteforeningen.dk/nyheder_udgivelser/nyhedsvisning/&newsid=1344#.VG749iyqY3E.facebook
(2 Sider)
- Schmidt, FJ (2007). Psykosomatisk sygdom (Somatoforme sygdomme). Lokaliseret d. 2.12.2014 på: [http://www.sundhedsguiden.dk/da/temaer/alle-temaer/psykologi-og-psykiatri/psykiske-forstyrrelser/psykosomatiske-sygdomme-\(somatoforme-sygdomme\)/](http://www.sundhedsguiden.dk/da/temaer/alle-temaer/psykologi-og-psykiatri/psykiske-forstyrrelser/psykosomatiske-sygdomme-(somatoforme-sygdomme)/)
(2 Sider)
- Svennevig, B (2013). Patienter med kroniske smerter bliver ladet i stikken. Sygeplejersken, årg. 113, nr. 1, s. 6-7. Lokaliseret d.20.10.2014 på:
<http://www.dsr.dk/Sygeplejersken/Sider/SY-2013-01-14-1-Hjaelp-den-kroniske-smertepatient.aspx>
(2 Sider)
- Svennevig, B (2013). Hjælp den kroniske smertepatient. Sygeplejersken, årg. 113, nr. 1, s. 14-17. Lokaliseret d.20.10. 2014 på:
<http://www.dsr.dk/Sygeplejersken/Sider/SY-2013-01-14-1-Hjaelp-den-kroniske-smertepatient.aspx>
(4 Sider)

7.4 Interview

- Interview 1 og 2. Indhentede af Rikke Thybo Albrechtsen og Mira Begovic den 29.11.2014 og 03.12.2014. (15. Sider)

I alt 1501 sider.

8.0 Bilag

8.1 Bilag 1: Emneguide - OBS: Disse spørgsmål er de reviderede spørgsmål, til interview nr. 2

Interview	Interview tema	Spørgsmål ved interview
	<p>Sygeplejerskers syn på kvinder med syndrom x</p> <p>Sygeplejerskers syn på patienter med kroniske smerter generelt</p> <p>Faktorer som spiller ind i samarbejdet med patienterne</p> <p>Sygeplejerskens opfattelse af sig selv og deres rolle i samarbejdet med denne patientgruppe</p>	<ul style="list-style-type: none">• Hvor meget erfaring har du med kvinder med småkarsygdomme?• Hvad forstår du ved småkarsygdomme?• Hvad ved du om sygdommen og behandling? • Hvilke tanker gør du dig, når du hører, at disse patienter føler sig negligeret og overset af sygeplejersker?• Hvilke faktorer tænker du, spiller ind i forhold til det problem? (kommunikation, mødet, behandling osv) • Hvad er dine egne oplevelser med dette? Er det noget du selv har oplevet i mødet med denne patient? • Oplever du nogen hæmsko, i forhold behandlingen af disse patienter?• Her tænker jeg på andre faggrupper. (kommunikation, evt. andet) • Hvilke tanker gør du dig, når den samme patient indlægges igen og igen med samme problem mht. smerter i brystet? • Hvilke tanker gør du dig omkring patienternes smerter?• Har du opfattelse af at de har så ondt, som de giver udtryk for, når de scorer dem? • Disse patienter føler ikke, at de får en tilfredsstillende smertebehandling når de er indlagt, og føler heller ikke at sygeplejersken tager deres smerter seriøst, når de fortæller dem herom. Hvad tænker du om dette? • Hvordan opfatter du din betydning og rolle som sygeplejerske i forhold til at hjælpe denne patient med, at mestre sin sygdom under indlæggelsen?• Hvilke tiltag gør du dig for at sikre dig, at denne patient mestrer sin sygdom bedst muligt? (kommunikation, anden omsorg, andre tiltag)

8.2 Bilag 2 - søgeprotokol

Database	Søgeord	Afgrænsning	Antal hits	In-/eksklusioner	Dato for søgning
Cinahl	Myocardial ischemia and women	År 2000	335		05/11-2014
Cinahl	Myocardiel ischemia and women and chest pain	År 2000	34	Da ingen af overskrifterne var noget vi kunne bruge	05/11-2014
Cihnal	Microvascular angina	År 2000	8	Vi valgte ved søgningen, en artikel, som vi i forvejen havde på dansk.	05/11-2014
Cihnal	Women with chest pain, and nursing	År 2000	6	Her fandt vi ingen af relevans	05/11-2014
Cihnal	Myocardial ischemia and nursingcare	1900-pt	35	Ingen artikler af relevans	05/11-2014
Cihnal	Nursingcare an women microvaskular disease	År 2000	0		
Sygeplejersken	Brystsmerter	1997-pt	17	Ingen resultat af relevans	05/11-2014
Sygeplejersken	Småkarsygdomme + kvinder	1997-pt	0		06/11-2014
Sygeplejersken	Sygepleje til hjertepatienter + kvinder		16	0	06/12-2014
Sygeplejersken	Myocardial iskæmi	1997-pt	0		06/11-2014
Sygeplejersken	iskæmi	1997-pt	15		06/11-2014
Sygeplejersken	Hjertepatienter	1007-pt	75		06/11-2014

8.3 Bilag 3 - Resume af interview

Interviewet er blevet anvendt i analysen, ved hjælp af citater. Da interviewende fylder meget, er der konstrueret et resume af begge interview.

Interviewet omhandler, hvorledes sygeplejersker opfatter plejen af kvinder med syndrom x. Sygeplejerskerne beskriver hvordan de opfatter denne patientgruppe, og hvad de mener kan være årsagen til, at patienterne føler sig overset og negligeret af sygeplejerskerne.

Sygeplejerskerne beskriver begge, at de føler sig magtesløse i forhold til behandlingen af disse patienter, da der ingen konkret behandling er. Sygeplejerskerne forstår godt, til dels patienternes frustration, men samtidig føler sygeplejerskerne heller ikke, at de kan gøre mere for patienterne.

Sygeplejerskerne benytter sig meget af kommunikation, ved at motivere patienterne, til selv at ændre deres kostvaner, motionsvaner, rygevaner mm. Når patienterne ikke lever op til sygeplejerskernes forventninger om dette og samtidig bliver genindlagt, bliver sygeplejerskerne frustreret. Denne frustration opfatter patienterne i sygeplejerskernes nonverbale sprog.

Sygeplejerskernes frustration bunder ikke kun i, at patienterne ikke laver om på deres livsstil. En af sygeplejerskerne fortæller, at de har patienter, som lever efter alle de rigtige anbefalinger, og stadig lider af syndrom x. Hun fortæller at hun bliver meget frustreret over ikke, at kunne hjælpe denne patient med sine smerter og derved til et bedre liv. En af sygeplejerskerne fortæller samtidig, at der nok er mere empati og sympati, for denne patient, som lever efter de anbefalede KRAM-faktorer, end for dem som stadig ryger osv. Hun fastholder dog, at dette er ubevidst og hun forsøger ikke at lade dette gå udover andre patienter.

Begge sygeplejersker lagde vægt på under interviewet, at patienternes psykiske tilstand, er en faktor, i forhold til deres smerter og generelle tilstand. En sygeplejerske beskriver, hvorledes hun mener at patientens psykiske tilstand, er faktor for indlæggelse. Har de svære psykiske problemer, har de mere ondt, end hvis de ingen psykiske udfordringer har. Kommunikation benyttes, som et redskab til at hjælpe patienterne med at mestre deres smerter, og de psykiske udfordringer, som kommer ved at have en kronisk sygdom som syndrom x.

Sygeplejerskerne fortæller om deres frustration og grunden til deres magtesløshed. Det

kommer sig af at der ikke er meget fokus på disse patienter. Nogle gange får patienter bare denne diagnose, fordi læger ikke kan finde på andre diagnoser. Sygeplejerskerne får at vide via lægen, hvilken behandling patienterne skal have, men de føler ikke at det er optimalt. De er tættest på patienterne, og der er derfor dem, som ofte står til regnskab overfor lægens beslutninger. Sygeplejerskerne mener at de har behov for klare retningslinjer , for at kunne yde den bedste mulige pleje, til disse patienter.

8.4 Bilag 5 - Samtykke erklæring for indhentning af data

Samtykkeerklæring i forbindelse med opgaver/projekter i sygeplejerskeuddannelsen

Vedrørende opgave/projekt: _____

Udarbejdet af: _____

Formålet med opgaven/projektet: _____

Opgavens/ projektets problemformulering: _____

Jeg giver hermed samtykke til, at jeg vil deltage i ovenstående opgave/projekt. I den forbindelse kan mine oplysninger m.v. bruges af den/de studerende, der udarbejder opgaven/projektet.

Jeg er blevet informeret om:

1. At deltagelse er frivillig, og det er uden konsekvenser at sige nej til deltagelse.
2. At jeg på et hvilket som helst tidspunkt kan trække mig fra deltagelse.
3. At ingen informationer gives videre i en sådan form, at min identitet kan genkendes.
4. At fortrolige oplysninger slettes/makuleres efter at prøven er afsluttet.
5. At der ingen risici er ved at deltage i projektet.

Navn:

Underskrift:

Dato: