



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	21-08-2017 09:00	Termin:	2017 HØST
Sluttdato:	12-10-2017 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinnskala (A-F)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)	Studiepoeng:	12
SIS-kode:	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2017 HØST		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 303

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Mestring av psykososiale reaksjoner etter hjerteinfarkt
Antall ord *: 8862
Tro- og loverklæring *: Ja



Høgskulen
på Vestlandet

Bokmål

EKSAMENSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sykepleie, forskning og fagutvikling-
Bacheloroppgave

Eksamensdel: Del 1

Leveringsfrist: 12.10.17 kl. 14:00

Kandidatnummer: 303

Veileders navn: Christine Øye



Høgskulen
på Vestlandet

Mestring av psykososiale reaksjoner etter hjerteinfarkt



Hentet fra: <https://beatingheartcenter.com/february-heart-month/>

Bachelor i Sykepleie
Høgskulen på Vestlandet, Campus Stord
Kull 2014
8862 ord

Sammendrag

Bakgrunn: 10 000-15 000 mennesker rammes av hjerteinfarkt årlig i Norge, noe som tilsvarer 40 tilfeller per dag (Norsk Helseinformatikk, 2015). Angst og depresjon er beskrevet som vanlige reaksjoner på hjerteinfarkt, da et hjerteinfarkt oppleves som truende spesielt på grunn av at det ofte oppstår akutt og uten forvarsel (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2010, s. 217). Det er nødvendig med flere og varierende sykepleieperspektiv for pasientene som lider av psykososiale konsekvenser etterpå (Juneag, Asplund & Svedlund, 2013).

Problemstilling: Hvordan kan sykepleier fremme mestring av de psykososiale reaksjonene pasienten opplever etter hjerteinfarkt?

Hensikt: Hensikten er å belyse hvordan sykepleier kan fremme mestring av psykososiale reaksjoner etter hjerteinfarkt. Jeg ønsker å fordype meg i dette temaet, og anvende kunnskapene i mitt arbeidsliv som sykepleier.

Metode: Oppgaven er bygget på et litteraturstudie, der en går frem systematisk. Jeg har benyttet meg av databasene CINAHL og ProQuest for å finne relevant forskning, samt relevant litteratur for å svare på problemstillingen. Søkeordene som ble mest brukt var «myocardial infarction», «anxiety and depression» og «coping strategies».

Resultat: Resultatene viser at et flertall av pasientene som gjennomgår hjerteinfarkt, opplever psykososiale reaksjoner i ettertid. Som sykepleier kan en fremme mestring ved å gi tilstrekkelig informasjon, bidra til sosial støtte, kartlegge mestringsstrategier og henvise for videre oppfølging.

Summary

Background: 10,000-15,000 people are affected by heart attacks annually in Norway, corresponding to 40 cases per day (Norsk Helseinformatikk, 2015). Anxiety and depression are described as common reactions to myocardial infarction, as a heart attack is perceived as threatening in particular due to the occurrence of acute and unpredictable conditions (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2010, s. 217). Several and varied nursing perspectives are needed for patients suffering from psychosocial consequences afterwards (Junehag, Asplund & Svedlund, 2013).

Research question: How can nurses promote coping with the psychosocial reactions the patient experiences after a heart attack?

Aim: The purpose is to illustrate how nurses can promote the management of psychosocial reactions after a heart attack. I want to immerse myself in this topic, and use this knowledge in my working career as a nurse.

Method: This thesis is based on literature studies. The databases I have used are CINAHL and ProQuest. My most frequently used keywords are «myocardial infarction», «anxiety and depression» and «coping strategies».

Findings: The results show that a majority of patients undergoing a heart attack experience post-social psychosocial reactions. As a nurse, one can promote coping by providing adequate information, contributing to social support, mapping coping strategies and referring to further follow-up.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1. Bakgrunn for valg av tema	1
1.2. Hensikt med oppgaven.....	2
1.3. Problemstilling.....	2
1.4. Avgrensning og presisering	2
2. Teori	3
2.1. Benner og Wrubel sin sykepleieteori	3
2.2. Hjerterinfarkt.....	3
2.3. Psykososiale reaksjoner etter et hjerterinfarkt	4
2.4. Stress og mestring.....	5
2.4.1. Lazarus og Folkmans stressmestringsmodell	6
2.4.2. Sykepleie for å fremme mestring	7
2.5. Informasjon og veiledning	7
3. Metode	9
3.1. Litteraturstudie som metode	9
3.2. Søkestrategi for artikkelfunn.....	9
3.3. Forskningsetikk	13
3.4. Kildekritikk	14
3.5. Metodekritikk.....	14
4. Resultat	16
4.1. Sammendrag av artikkel 1.....	16
4.2. Sammendrag av artikkel 2.....	16
4.3. Sammendrag av artikkel 3.....	17
4.4. Sammendrag av artikkel 4.....	18
4.5. Sammendrag av artikkel 5.....	19
5. Drøfting	20
5.1. Forholdet mellom hjerterinfarkt og psykososiale reaksjoner	20
5.2. Sykepleierens rolle for at pasienter skal kunne mestre hverdagen etter hjerterinfarkt	22
6. Avslutning/Konklusjon	27
Referanser	28
Vedlegg 1	32
Vedlegg 2	35

1. Innledning

1.1. Bakgrunn for valg av tema

Gjennom hele sykepleieutdanningen min har jeg alltid hatt en stor interesse for hjertet, og har lenge visst at dette var noe jeg hadde lyst til å fordype meg i og senere skrive bacheloroppgave om. Jeg har også et nært familiemedlem som fikk et hjerteinfarkt i en alder av 42 år. Familiemedlemmet mitt har fortalt at han ikke hadde samtale med sykepleier før han ble utskrevet fra sykehuset. Han fikk med seg en brosjyre med litt informasjon om at en kunne oppleve å ha psykiske reaksjoner i etterkant. Han fortalte meg at hvis han hadde hatt en samtale med en sykepleier der dette ble forklart og informert om skikkelig, så hadde tiden etter han kom hjem vært mye mindre angstpreget. Etter å ha sett hvordan hverdagen for han ble etter utskrivelse, har jeg hatt lyst til å finne ut av hva jeg som sykepleier kan bidra med ved utskrivelse, for at pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt skal mestre de nye følelsene og tankene i hverdagen som kommer.

Hjerteinfarkt rammer 10.000-15.000 mennesker i Norge årlig, noe som tilsvarer ca. 40 tilfeller hver dag (Norsk Helseinformatikk, 2015). I 2014 ble 11 565 pasienter behandlet for hjerteinfarkt i norske sykehus (Ellingsen, 2016, s. 55). I følge Folkehelseinstituttet (2014) er antall førstegangs hjerteinfarkt hos yngre voksne en bekymringsfull økning. Hos pasienter som har gjennomgått akutt hjertesykdom er angst og depresjon beskrevet som vanlige erfaringer i ettertid. Et akutt hjerteinfarkt oppleves truende for pasienten, spesielt på grunn av at det ofte kommer akutt og uten forvarsel (Eikeland et. al., 2010, s. 217). En studie viser at de som har gjennomgått et hjerteinfarkt ikke uttrykker følelsene sine i forhold til angst og hva som bekymrer de, men at dette gjerne uttrykkes på andre måter. Studien viser også at det er nødvendig med flere og varierende sykepleieperspektiv for pasientene som lider av psykososiale konsekvensene etterpå (Junehag, Asplund & Svedlund, 2013).

En av de største folkehelseutfordringene vi har i dag er psykiske plager og lidelser. Spesielt angst og depresjon har hatt bekymringsfulle utviklingstrekk. Psykisk helse og somatisk helse henger sammen. Det må fokuseres på hvordan den psykiske og den somatiske helsen påvirker hverandre. Regjeringen ønsker å skape et samfunn som fremmer psykisk helse ved å legge mer vekt på tiltak som fremmer mestring, tilhørighet og opplevelse av mening (Meld. St. 19 (2014-2015)). Det er vist gjennom forskning og erfaring at et flertall av pasientene som har

gjennomgått et hjerteinfarkt, klarer å mestre omstillingen til en ny hverdag og å gjenvinne funksjonsevnen selv, så lenge de får informasjon og veiledning under den akutte fasen (Mæland, 2006, s. 143).

1.2. Hensikt med oppgaven

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan en som sykepleier kan fremme mestring hos pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt, da spesielt de psykososiale behovene pasientene har etterpå. Jeg ønsker å fordype meg innenfor dette temaet slik at jeg kan ta med meg kunnskapene til fremtidig praksis og arbeidsliv som sykepleier.

1.3. Problemstilling

Hvordan kan sykepleier fremme mestring av de psykososiale reaksjonene pasienten opplever etter hjerteinfarkt?

1.4. Avgrensning og presisering

Jeg har valgt å fokusere på hjerteinfarktpasienter som er under 65 år. Jeg ønsker å fokusere på pasienter som er utskrivningsklare fra sykehuset. Psykososiale behov kan deles inn i en emosjonell og en relasjonell del. Den emosjonelle delen handler om pasientens forhold til seg selv, sine omgivelser og sin historie, som for eksempel pasientens sinnsstemning og reaksjoner, følelser og opplevelser som pasient. Den relasjonelle delen handler om behovet for fellesskap og menneskekontakt, som for eksempel et sosialt nettverk, relasjonen til andre mennesker og behovet for sosial kontakt og støtte (Stubberud, 2016b, s. 335). I denne oppgaven vil jeg fokusere mest på de psykososiale behovene som går inn under den emosjonelle delen, med hovedvekt på reaksjonene angst og depresjon.

2. Teori

2.1. Benner og Wrubel sin sykepleieteori

Jeg har valgt å benytte meg av Patricia Benner og Judith Wrubel sin sykepleieteori for å besvare min problemstilling. Jeg velger å bruke denne omsorgsteorien selv om jeg skal ha fokus på mestring, da omsorg i følge Benner og Wrubel (1989), handler om hva som betyr noe for en person, og vil da ha noe å si for hva et menneske opplever som stress, og hvordan mennesket mestrer en slik situasjon. Benner og Wrubel sier at sykepleie er å hjelpe menneske til å mestre tap, lidelse og sykdom, med utgangspunkt i det som er viktig for den enkelte, og den mening den enkelte tillegger situasjonen (Kristoffersen, 2011, s. 215). Benner og Wrubel ser sammenhenger mellom begrepene stress, mestring, helse, velvære og sykdom (Kristoffersen, 2011, s. 259).

Benner og Wrubel sier at stressbegrepet er knyttet til behovet for sykepleie, da opplevelsen av stress er en individuell opplevelse og et resultat av et samspill mellom forhold i personen og omgivelsene. Mennesker som opplever stress ved helsesvikt, sykdom og tap er de menneskene som sykepleien rettes mot. Som sykepleier må en tilnærme seg hver enkelt pasient sin situasjon på en helhetlig måte, og pasientens opplevelse av situasjonen er utgangspunktet for sykepleieren. Videre sier Benner og Wrubel at som sykepleier skal det overordnede målet være å hjelpe hver enkelt til å leve ut, eller til å leve med sin sykdom, lidelse og tap. For det enkelte menneske blir det da et viktig delmål å kunne mestre sin livssituasjon. Mange av de andre teoretikerne er opptatt av hva som kjennetegner et menneske med behov for sykepleie, noe Benner og Wrubel ikke er så opptatt av. En forandring i menneskets livssituasjon avgjør behovet for sykepleie. Benner og Wrubel definerer stress som et sammenbrudd av mening, forståelse og ubesværet funksjon, som medfører at mennesket opplever tap, blir skadet eller blir stående ovenfor en utfordring. En slik situasjon innebærer sorg, tilegnelse av nye ferdigheter eller behov for fortolkning (Kristoffersen, 2011, s. 262-263).

2.2. Hjerteinfarkt

Et hjerteinfarkt skyldes i hovedsak en okkluderende trombe i en koronararterie. En slik trombe vil medføre totalt tap av oksygentilførsel til den delen av myokard som arterien går til, og det vil oppstå begynnende nekrose i vevet. En slik diagnose vil stilles på grunnlag av EKG,

blodprøver og pasientens symptomer. I en blodprøve vil verdiene av troponin T eller I være forhøyet (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2010, s. 216).

Vanlige symptomer ved et hjerteinfarkt er brystmerter. Brystmertene oppstår retrosternalt, og stråler ofte ut i venstre arm, i halsen og opp i kjeven. Disse smertene forsvinner ikke ved bruk av nitroglyserin. Kvinner opplever ikke brystmerter så mye som menn, men de har heller uklare symptomer som for eksempel oppkast, uvanlig tretthet, fordøyelsesproblemer og nummenhet i hendene. Pasientene kan oppleve kvalme og brekninger, dyspné og svett og klam hud (Eikeland et. al., 2010, s. 216).

Noen alvorlige komplikasjoner som kan oppstå etter et hjerteinfarkt er re-infarkt, hjertearytmi, hjertesvikt, mekaniske problemer og tromboemboliske problemer. Hjertearytmier og forstyrrelser i hjertets elektriske ledningsbaner oppstår som regel de første dagene etter hjerteinfarkt (Ellingsen, 2016, s. 60-61).

2.3. Psykososiale reaksjoner etter et hjerteinfarkt

Hjertesykdommer har alltid vært assosiert med faren for plutselig død. Når en går gjennom en krisesituasjon, som et hjerteinfarkt, vil pasienten naturligvis reagere med redsel og dødsangst. Pasienter i krise kan også oppleve å bli deprimert og føle på håpløshet med tanke på fremtiden (Eikeland et. al., 2010, s. 208).

Et akutt myokardinfarkt oppleves truende for pasienten, siden dette er en tilstand som kommer akutt og uten forvarsel. Den umiddelbare følelsen er ofte redsel for død, etterfulgt av bekymringen for å leve videre med en kronisk sykdomstilstand. Akutt hjertesykdom er også forbundet med et endret selvbilde, endret rolle i forhold til familien og usikkerhet knyttet til yrkesliv og fremtiden. Dette er faktorer som spiller inn på pasienten og kan føre til følelsesmessig krise, bruk av forsvarsmekanismer og endret mestringsevne. Her spiller pasienten sine egne personlige verdier, tro, holdninger og erfaringer en rolle på hvordan pasienten oppfatter og responderer på akutt sykdom. Angst og depresjon er vanlige erfaringer beskrevet av pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt. Dette er erfaringer som spiller en rolle i rehabiliteringen og evnen til å vende tilbake til hverdagen. Depresjon i ettertid er knyttet til økt mortalitet og kan ha en negativ innvirkning på pasientens livsutfoldelse, livskvalitet og livsstilsendringer (Eikeland et. al., 2010, s. 217).

Det ble undersøkt på et akuttmottak hva som var årsaken til angsten pasientene hadde. Angsten til pasientene var blant annet knyttet til å ikke kunne fortsette med daglige aktiviteter, å ha smerter og å ikke vite hva som er galt med en (Kjøllestad & Moesmand, 2004, s. 52-53).

De mest gjennomgående reaksjonene hos akutt kritisk syke er frykt og angst. Behovet for å føle seg trygg dominerer. Angst er en reaksjon som oppstår når eksistensielle behov blir truet. Angst kan variere fra lett irritabilitet til ukontrollert panikk. Angsten kan deles inn i mild, moderat og sterk angst. Mild angst er som regel håndterlig og en forventet reaksjon og sterk angst vil frata pasientens evne til informasjonsmottakelse og evnen til hensiktsmessig mestring (Kjøllestad & Moesmand, 2004, s. 51-52).

North American Nursing Diagnosis Association, NANDA, beskriver angst som en «vag, urolig følelse av ubehag eller frykt». Det er individuelt hvordan mennesker reagerer på angst, men angst aktiverer det sympatiske og parasympatiske nervesystemet og vil gi stressreaksjoner som hjertebank, muskelspenninger, kvalme, oppkast, svetting og diaré (Stubberud, 2016b, s. 347). Angst har en handlingslammet effekt på mennesker. Den kan overstyre våre følelser, tanker og handlinger, og gjøre en persons uttrykksmuligheter forstenet (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke 2010, s 292).

En vanlig komplikasjon ved hjertesykdom er lett depresjon. En kan dele depresjon inn i mild, moderat og alvorlig depresjon. Karakteristiske symptomer er depressivt stemningsleie, energitap, interesse- og gledeløshet og økt tretthet (Stubberud, 2016a, s. 277). Det fremste kjennetegnet ved depresjon er ofte at de har en utrøstelig tristhet, en følelse av verdiløshet og uten håp for fremtiden (Skårderud et. al., 2010, s. 338).

2.4. Stress og mestring

Benner og Wrubel definerer stress som «et sammenbrudd i det som er meningsfullt, det en forstår og ens vante funksjon, noe som medfører at en opplever smerte, tap og utfordringer» (sitert i Reitan, 2010, s. 76-77). Stress er en prosess som er en belastning på en persons ressurser. En stressor, en ytre påkjenning, oppfattes av sanseapparatet og utløser en emosjonell stressrespons som for eksempel angst, frykt eller sinne. Denne stressresponsen

bearbeides kognitivt, som utløser en fysiologisk stressrespons. Den fysiologiske stressresponsen utløser hjertebank, rask pust, muskelspenninger og søvnløshet. For å komme seg ut av stress eller krise, må en gjennom det som kalles mestring (Reitan, 2010, s. 75-77). Lazarus og Folkman definerer mestring som «kontinuerlig og atferdsmessige tiltak for å klare indre eller ytre krav som overstiger personens ressurser» (sitert i Renolen, 2015, s. 169).

Moesmand (2004) skriver at mestring skjer i situasjoner der en person står ovenfor krav som er større personens ressurser. For å kunne mestre en slik situasjon trengs både tanker, følelser og atferd. En stressreaksjon er en situasjon preget av at personen ikke finner fram til egen mestring (Reitan, 2010, s. 78). Moesmand (2004) skriver at hensikten med mestringsforsøkene er å opprettholde somatisk helse, sosial fungering og psykologisk velvære.

2.4.1. Lazarus og Folkmans stressmestringsmodell

Lazarus og Folkmans stressmestringsmodell legger vekt på individets vurdering av situasjonen. En vil vurdere hvor farlig en situasjon er når en står ovenfor en stressende situasjon. Tankene og konsekvensene til handlingen tas til betraktning. Det kan være ubevisste og automatiske vurderinger, men det kan også være bevisste og veloverveide vurderinger. En vil så forsøke å mestre stresset. Tanker, handlinger og følelser er avhengig av og påvirker hverandre i mestringsprosessen (Renolen, 2015, s. 169).

I følge Lazarus og Folkman finnes det to ulike typer mestringsstrategier:

Problemfokuserte mestringsstrategier er kjennetegnet av tiltak som fokuserer på problemløsning. Dette kan være å endre tilgang på ressurser ved å søke støtte og hjelp, å endre livsstil, å endre rutiner eller å redusere ytre årsaker til stress. Det kan også være å lære nye ferdigheter, søke informasjon og kunnskap.

Emosjonsfokusert mestring er tiltak der en prøver å endre følelsesreaksjonene som oppstår ved stress. Dette kan være kognitive strategier som å unngå informasjon eller situasjoner. En kan distansere seg til problemer/situasjoner og ha selektiv oppmerksomhet, der en «hører det en vil høre» (Renolen, 2015, s. 169-170).

2.4.2. Sykepleie for å fremme mestring

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at sykepleieren skal underbygge håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk Sykepleieforbund, 2011).

For å kartlegge pasientens ressurser til mestring, kan samtale være en god metode. Viktig at sykepleieren er kritisk til måten spørsmål blir stilt, og ikke stille spørsmål om ting pasienten allerede har opplyst om. Pasienten blir bevisst om seg selv og mestringsmulighetene sine hvis han er aktiv, og har lyst til å fortelle om seg selv og sin situasjon. En slik samtale kan også bidra til å bekrefte identiteten til pasienten, verdigheten og gi en opplevelse av myndiggjøring. Som sykepleier må en styrke pasientens tro på egne mestringsmuligheter. Hva forbinder pasienten med god mestring, og hvordan han har mestret eventuelle tidligere situasjoner. En kan spørre om hva som har betydning for pasienten, som for eksempel hjem, pårørende, fysisk aktivitet, arbeid og venner (Reitan, 2010, s. 94).

Når en pasient er akutt/kritisk syk, har han en varierende mulighet til å mestre stressituasjonen sin. Dette avhenger av graden av sykdom, alder og erfaring. Sykepleiens mål blir da å begrense styrken og omfanget av stressorer som pasienten kan bli utsatt for, og en kompenserer da for pasientens mestringsstrategi. Sykepleieren fjerner det som er stressende for pasienten (direkte stresshåndtering), og dersom dette ikke er mulig, kan en som sykepleier iverksette tiltak som bidrar til at pasientens opplevelse av situasjonen forandres (indirekte stresshåndtering) (Stubberud, 2016b, s. 344).

2.5. Informasjon og veiledning

I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (2016) § 3-2 skal pasienten ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

Etter å ha gjennomgått et hjerteinfarkt, som oppleves som en stress- og krisesituasjon, har pasientene som regel problemer med å motta informasjonen samt undervisningen som gis. Pasienten oppfatter mindre jo tidligere i en krise informasjonen gis. Det anbefales å gi informasjonen som skal gis så tidlig som mulig, men det er også veldig viktig å repetere informasjonen flere ganger. Etter hver øker pasientens behov for planlagt undervisning og informasjon. Å informere pasienten individuelt først, og så i en gruppe sammen med andre i samme problemstilling, har vist seg å være nyttig. Siden menn og kvinner har ulike

symptomer er det viktig å individualisere informasjonen med hensyn til dette. Dette er slik at de søker legehjelp om nye symptomer skulle oppstå (Eikeland et. al., 2010, s. 221).

For at situasjonen skal oppleves mest mulig forutsigbar og entydig for pasienten, er det viktig med god informasjon. Ved å gi god informasjon vil pasienten oppleve at han har fått kunnskaper og en innflytelse og på sin egen situasjon. I samarbeid med legen, har sykepleieren ansvar om å informere pasienten om hans behandlingsforløp. Faktakunnskaper om sykdom, behandling og forventede bivirkninger eller komplikasjoner ved behandling må tilpasses den enkeltes evne til å forstå og motta informasjon. Stress og angst kan redusere evnen til å motta informasjon, og en må vurdere hvilken informasjon og på hvilken måte den skal formidles (Reitan, 2010, s. 99).

For pasienten kan det å oppsøke informasjon selv, også være til god hjelp. Sykepleier kan legge til rette for at pasienten kan komme i kontakt med mennesker i tilsvarende krise- eller sorgsituasjoner, gjennom pasientforeninger. Slike behandlingssituasjoner kan være en kilde til støtte og informasjon, som kan ha en positiv innvirkning på egen mestring (Reitan, 2010, s. 100).

3. Metode

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

Metoder som blir anvendt i sykepleieforskningen, dreier seg om hvordan en går frem for å få pålitelig og relevant informasjon om den virkeligheten vi ønsker å undersøke, hvordan denne informasjonen analyseres, hva resultatene sier og konsekvensene av slik forskning (Christoffersen, Johannesen, Tufte & Utne, 2015, s. 18).

3.1. Litteraturstudie som metode

I denne oppgaven brukes litteraturstudie som metode, og en jobber ved å gå frem systematisk. Det er vanlig å bruke litteraturstudie som metode på bacheloroppgaven på sykepleiestudiet. Et forskningsprosjekt starter ofte med en litteraturgjennomgang, der en planlegger studie ved å finne frem til den forskningen som allerede finnes først, og hvilke metoder som er benyttet. Det er vanlig å gjøre systematiske litteraturstudier basert på data fra primærkilder, som vitenskapelige artikler eller rapporter (Christoffersen et. al., 2015, s. 62). En litteraturstudie systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder, som innebærer å samle inn litteratur, kritisk gjennomgåing av den og sammenfatte det hele til slutt. I alle trinn i prosessen har en systematisk tilnærming. Hensikten med et litteraturstudie er å gi leseren en god og oppdatert forståelse av den kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør, og hvordan en har funnet kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 79).

3.2. Søkestrategi for artikkelfunn

Da jeg hadde funnet ut av hva jeg ønsket å skrive min bacheloroppgave om og hvilket fokus jeg ønsket å ha, startet jeg prosessen med å finne relevant forskning. For å finne litteratur har jeg søkt manuelt etter bøker i biblioteket, pensum og tidsskrifter. Har også søkt i databaser som CINAHL, ProQuest og SveMed. I disse databasene har jeg søkt på søkeordene «myocardial infarction or heart attack», «coping strategies», «anxiety and depression», «young people», «myocardial infarction», «coping», «recovery», «qualitative», «in-hospital», «hospital discharge» og «rehabilitation».

Fremgangsmåten ved søk av artikler var at jeg gikk inn på HVL sin hjemmeside, gikk inn på biblioteket sine sider, fant siden for helsefag, og en liste over de ulike databasene som var tilgjengelig. Jeg brukte i hovedsak databasene CINAHL og ProQuest for å søke etter relevant forskning. Jeg forsøkte også å bruke SveMed, men denne databasen gav lite treff på mine søkeord.

For å komme frem til de artiklene som jeg har valgt til denne oppgaven, har jeg søkt i både CINAHL og ProQuest, med søkeordene som er vist ovenfor. Når jeg søkte i databasene leste jeg gjennom overskriftene til artiklene, for å se om jeg kunne finne noen som var relevante for min problemstilling. Hvis jeg fant en overskrift som virket relevant, leste jeg sammendraget til artikkelen. Hvis sammendraget virket relevant til min problemstilling, valgte jeg å lese hele artikkelen. Jeg søkte på søkeordene mine, og kombinerte søkene etterpå for å ekskludere mest mulig artikler som ikke var relevant for meg. I databasen ProQuest opplevde jeg å få opp treff på både forskningsartikler, fagartikler og forelesningsdokumenter som bare hadde noen av søkeordene mine, til tross for at jeg kombinerte søket med «AND». De første sidene hadde relevante overskrifter for meg, men mange artikler handlet om andre ting, som for eksempel kreft og diabetes. Det var da enkelt å ekskludere de artiklene som ikke var relevante for min problemstilling..

Artikkel nr. 1:

Database: CINAHL, hentet 15.08.17.

«Health status, perceptions of coping, and social support immediately after discharge of survivors of acute myocardial infarction»

Nr.	Søkeord	Avgrensninger	Treff
S1	Myocardial infarction or heart attack		32 030
S2	Coping strategies		5360
S3	Anxiety and depression		16 984
S4	S1 S2 S3	AND	12
S5	S4	19-44 år	4
S6	S5	Qualitative	2

På søk nr. 6 fikk jeg to treff, og jeg valgte en av den som passet til min problemstilling. Denne artikkelen er fra år 2000, og er egentlig for gammel til å ha med, da det helst ikke skal brukes artikler mer enn 10 år gamle. Jeg velger å ta den med likevel, da den samsvarer med funnene fra de andre artiklene som er innenfor de siste 10 årene.

Artikkel nr. 2:

Database: ProQuest, hentet 21.01.17.

«Depression and anxiety following myocardial infarction and their inverse associations with future health behaviors and quality of life»

Nr.	Søkeord	Avgrensinger	Treff
S1	Young people		924 577
S2	Myocardial Infarction		51 582
S3	Anxiety		474 265
S4	Coping		206 370
S5	S1 S2 S3 S4	AND	577
S6	S5	2010-2019, Artikkel	172

På søk nr. 6 fikk jeg opp 172 artikler. Jeg så gjennom overskriftene og leste mer om de artiklene som passet min problemstilling. Etter å ha lest gjennom mange sammendrag, endte jeg opp med å velge artikkel nr. 13. Det var enkelt å ekskludere de artiklene som ikke var relevant for meg, da det kom opp artikler og forelesninger som omhandlet andre temaer som for eksempel kreft og diabetes. Jeg valgte å inkludere denne artikkelen da den handler om hvordan depresjon og angst påvirker den fremtidige livskvaliteten til pasientene etter et hjerteinfarkt.

Artikkel nr. 3:

Database: CINAHL, hentet 16.08.17.

«Biopsychosocial predictors of coping strategies of patients postmyocardial infarction»

Nr.	Søkeord	Avgrensninger	Treff
S1	Coping strategies		6 014

S2	Heart attack or myocardial infarction		33 848
S3	Recovery		46 473
S4	S1 S2 S3	AND	12
S5	S4	2008-2016	2

På søk nr. 5 fikk jeg opp to artikler. Jeg leste sammendraget av artiklene og valgte den som var relevant for meg. Jeg valgte å inkludere denne artikkelen i oppgaven min da den handlet om sammenhengen mellom mestringsstrategier og nivået av angst og depresjon, innenfor pasientgruppen min.

Artikkel nr. 4:

Database: CINAHL, hentet 29.08.17.

«Cognitive coping and goal adjustment after first-time myocardial infarction: relationships with symptoms of depression»

Nr.	Søkeord	Avgrensninger	Treff
S1	Myocardial infarction*		33 013
S2	Coping*		33 655
S3	Anxiety		43 845
S4	S1 S2 S3	AND	45
S5	S4	Full text	6
S6	S5	2007-2017	2

På søk nr. 6 fikk jeg opp to artikler. Jeg valgte å inkludere den ene artikkelen som var relevant for min problemstilling, da den tar for seg forholdet mellom kognitive mestringsstrategier, å sette seg mål og de depressive symptomene er etter et hjerteinfarkt.

Artikkel nr. 5:

Database: ProQuest, hentet 16.08.17.

«Exploring the meaning of recovery following myocardial infarction»

Nr.	Søkeord	Avgrensninger	Treff
------------	----------------	----------------------	--------------

S1	Myocardial infarction		353 090
S2	Anxiety		522 303
S3	In hospital		3 822 298
S4	Hospital discharge		496 715
S5	Qualitative		558 480
S6	Coping strategies		145 430
S7	Rehabilitation		407 159
S8	S1 S2 S3 S4 S5 S6 S7	AND	1 341
S9	S8	Full text, Peer reviewed, 2007-2017	286

På søk nr. 9 fikk jeg et resultat på 286 treff. I denne databasen var mye av treffene artikler og forelesninger som ikke var relevante for meg. Jeg leste overskriftene og leste deretter sammendraget på de overskriftene som var relevante. Valgte å inkludere denne artikkelen da den tar for seg pasientenes perspektiv på rehabiliteringsfasen etter et infarkt, og hvordan hverdagen ble etterpå.

3.3. Forskningsetikk

All forskning innen helsefag må gjøres etisk forsvarlig. Dette er noe som er regulert på et overordnet nivå gjennom Helsinkideklarasjonen. Dette er en erklæring som i 1964 ble vedtatt av World Medical Association Assembly i Helsinki. Veiledende regler for helsepersonell som arbeider med mennesker er det Helsinkideklarasjonen inneholder. Det informerte samtykket til studien står sentralt, og formålet med denne deklarasjonen er å beskytte pasienter mot farer som følge av forskningen. REK, Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, er det vi har i Norge og spørsmål om etisk forsvarlighet i forskningen er det de som forvalter (Christoffersen et. al., 2015, s. 43-44).

I artiklene som jeg har funnet har alle pasientene som deltok i studiene, fått skriftlig og muntlig informasjon på forhånd. Alle deltakerne i studiene måtte fylle ut et samtykke skjema for den aktuelle studien. Artikkelen «Biopsychosocial predictors of coping strategies of

patients postmyocardial infarction» er godkjent av en etisk komite som hovedforfatteren er tilknyttet til, som følger prinsippene i Helsinkideklarasjonen. De andre artiklene er godkjent av blant annet Medical Ethics Committee, Institutional Ethics Committees og NHS Research Ethics Committee.

I artiklene «Depression and Anxiety Following Myocardial Infarction and Their Inverse Associations with Future Health Behaviours and Quality of Life», «Cognitive Coping and Goal Adjustment After First-Time Myocardial Infarction: Relationships with Symptoms of Depression» og «Biopsychosocial predictors of coping strategies of patients postmyocardial infarction» står det ikke hvordan de har anonymisert dataene de har samlet. Artiklene er kvantitative og har skrevet at de har brukt samtykkeskjema for studiene sine. Den sistnevnte artikkelen har brukt data fra en annen studie.

3.4. Kildekritikk

Gjennom å bruke kildekritikk skal en vise at en er i stand til å forholde seg kritisk til det kildematerialet som blir brukt i oppgaven, og de kriteriene en har benyttet seg av under utvelgelsen. Å vurdere og å karakterisere litteraturen som er benyttet er det kildekritikk innebærer. Hensikten med kildekritikk er at leseren skal få et innblikk i de refleksjonene en har gjort om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det kommer til å belyse problemstillingen (Dalland, 2012, s. 72).

En vitenskapelig artikkel innen helsefag eller medisin følger som oftest IMRaD-strukturen. Dette er en struktur som er i samsvar med forskningsprosessen. De tidsskriftene som publiserer vitenskapelige artikler, må pålegge forskeren å følge denne strukturen (Thidemann, 2015, s. 68). Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart (2012) skriver at IMRaD er en forkortelse for **I**ntroduksjon, **M**etode, **R**esultat og (**and**) **D**iskusjon. Artiklene som jeg har funnet til min oppgave er bygd opp med IMRaD-modellen. Alle artiklene har en introduksjon der de presenterer hva de ønsker å finne ut. De har også en metodedel, en resultatdel og en diskusjonsdel.

3.5. Metodekritikk

Å samle inn data er sentralt i all forskning, og en kan skille mellom kvalitative og kvantitative metoder. En kvantitativ metode har dataanalyser som er basert på tall, og denne

datasamlingen er lite fleksibel. Kvantitativ metode er god å bruke hvis du ønsker å finne utbredelsen av noe, for eksempel hvor mange pasienter med kreft er smertepåvirket. En kvalitativ metode har dataanalyser som er basert på tekst, bilde eller lyd. Denne datasamlingen har stor grad av fleksibilitet. Kvalitativ metode tillater større grad av spontanitet og tilpasning i interaksjonen mellom deltakeren og forskeren (Christoffersen et. al., 2015, s. 18).

I utgangspunktet så jeg for meg å benytte meg av kvalitative studier til denne oppgaven, men etter noen søk så jeg at jeg ikke fikk ønsket antall relevante artikler. Jeg utvidet derfor søket slik at jeg kunne benytte meg av kvantitative artikler også. Med unntak av en artikkel, valgte jeg å ikke avgrense søkene mine med alder i selve søket, men å heller se på aldersgruppen som ble skrevet i artikkelen. Jeg opplevde at selv om jeg avgrenset til en viss alder så ble ikke det ikke sortert etter alder likevel, og det var enklere å velge artikler basert på alderskriterier på den måten. Ikke alle artiklene har en aldersgruppe som er under 65 år. De artiklene som avviker fra dette kriteriet, har en gjennomsnittsalder på 70 år. Jeg valgte fortsatt å ta de med da det var oppgitt at de fleste deltakerne var under 65 år.

Jeg har også benyttet meg av «Sjekkliste for vurdering av prevalensstudie» og «Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning». Jeg har ingenting å bemerke da alle artiklene oppfyller kriteriene i sjekklister (Kunnskapssenteret, 2017). Viser til vedlegg 2 der jeg har vist et eksempel på hvordan jeg har benyttet meg av sjekkliste for prevalensstudier.

4. Resultat

Viser også til vedlegg 1.

4.1. Sammendrag av artikkel 1

«Health status, perceptions of coping, and social support immediately after discharge of survivors of acute myocardial infarction»

Tiden umiddelbart etter et hjerteinfarkt er en stressende og sårbar tid for pasienten, og det er lite forskning på dette området. Artikkelen tar derfor for seg forskning om mestringsstrategier, helsetilstand og sosial støtte hos overlevende 3 uker etter et hjerteinfarkt. I denne studien er det 38 deltakere, og de ble intervjuet gjennom et semistrukturert intervju.

Gjennomsnittsalderen på deltakerne var 58 år. Deltakerne fylte også ut spørreundersøkelser og skalaer ble brukt for å finne ut av deres opplevelse av helsetilstanden, mestringsstrategiene og den sosiale støtten. Det ble brukt skalaer som The MOS SF-36, The Cardiac Change Scale, The Perceived Social Support Scale, The Jalowiec Coping Scale, The NYHA classification og CCVS Angina Scale. Resultatene fra studien var at etter 3 uker var helsetilstanden relativt stabil. De mest effektive mestringsstrategiene brukt hos deltakerne i studiet var at en er optimistisk og at de stoler på seg selv. Deltakerne opplevde også angst, depresjon og frykt for å gjenoppleve et infarkt. I intervjuene kom det frem ulike faser som pasientene går gjennom etter et hjerteinfarkt for å forsøke å gjenvinne personlig kontroll. Fasene er å akseptere begrensningene sine, fokusere på andre livsproblemer og å ha en følelse av kontroll. Disse funnene kan hjelpe sykepleiere i sykehus for å bidra til mestring hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt, og hvordan de skal takle følelsene og tankene i ettertid. Resultatene viser viktigheten av og behovet for å planlegge utreise og å forberede pasienter og familien på følelser og opplevelser som er vanlige å møte etter utskriving (Daly, Elliott, Cameron-Traub, Salamonson, Davidson, Jackson & Wade, 2000).

4.2. Sammendrag av artikkel 2

«Depression and anxiety following myocardial infarction and their inverse associations with future health behaviors and quality of life»

Angst og depresjon etter et hjerteinfarkt har vist seg å gi dårligere livskvalitet, spesielt hos de yngre pasientene. Hensikten med studien er å undersøke hvordan pasienter har gått frem for å mestre de negative symptomene, i hovedsak angst og depresjon, etter et hjerteinfarkt, til god livskvalitet. Det var 540 pasienter under 65 år som deltok i studien. Studien er en kvantitativ studie der deltakerne fylte ut spørreskjema etter det første infarkt, som inkluderte helsen før

infarkt, omfanget på infarkt, sosial støtte, graden av depresjon og angst. Resultatet av studien viste at depresjon og angst i etterkant av et infarkt bidrar til dårligere livskvalitet 10 år etterpå. Pasientene i studien svarte på spørsmål om tidligere hjerte- og karsykdommer, røyking og fysisk aktivitet. Sosial støtte ble målt gjennom the 12-item Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Angst ble målt med skalaen State Subscale of the State-Trait Anxiety Inventory, og depresjon ble målt med Beck Depression Inventory skalaen. Pasientenes livskvalitet ble undersøkt med SF-36 Health Survey Questionnaire, som tar for seg både psykisk og fysisk helse. De emosjonelle reaksjonene, som angst og depresjon, kort tid etter et infarkt var relatert til dårligere livskvalitet. Den mentale livskvaliteten etter fem år, viste seg å være bedre dersom en fokuserte på helsen. Det viste seg at de som har angst har en bedre helsetilstand etter fem år enn de som var rammet av depresjon. Etter å ha gjennomgått et hjerteinfarkt, kan dette også føre til at pasienter motiveres til å gjennomføre livsstilsendringer. Det kom også frem at behandling av depresjon hos hjertepasienter vil redusere depresjonen, men ikke redusere sjansen for eventuelle nye hjerteproblemer. Selv om behandling av depresjon gir bedre livskvalitet og ikke eventuell bedre prognose for de som har gjennomgått hjerteinfarkt, er det viktig å gjennomføre siden de fortsatt er unge og skal tilbake til arbeidslivet (Benyamini, Roziner, Goldbourt, Drory, Yaacov & Gerber, 2013).

4.3. Sammendrag av artikkel 3

«Biopsychosocial predictors of coping strategies of patients postmyocardial infarction»

I denne artikkelen undersøkes det om hvordan de biopsykososiale faktorene bidrar til mestring hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt. I denne kvantitative studien ble 460 pasienter inkludert. Det ble brukt forskjellige skalaer for å identifisere mestringsstrategier, angstnivå, depressive symptomer og sosial støtte. Skalaene som ble brukt i artikkelen er The Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scale (FCOPES), State/Trait Anxiety Inventory (STAI), The Beck Depression Inventory II (BDI-II) og The Social Support Questionnaire. Mennesker er ulike, og det brukes forskjellige mestringsstrategier for å håndtere stress. Ved hjemkomst opplever mange pasienter skyldfølelse, benektelse og at de har mistet noe fra livet før hjerteinfarkt. De har blitt informert om at de må foreta livsstilsendringer og stå på livslang medisiner. En biopsykososial modell viser at biologiske, psykiske og sosiale faktorer henger sammen, og alle er relatert til mestring. Den biopsykososiale modellen består av en biologisk del, som er alder, kjønn og tid siden infarkt, en psykologisk del, som er angst og depresjon, og en sosial del, som er mengden sosial støtte, om de er fornøyd med støtten de

mottar, utdanning, sivilstatus og om jobbsituasjonen. I artikkelen kom det frem at de biopsykososiale variablene spilte en liten, men viktig rolle i mestringsstrategiene ved bruk av den ene skalaen. Lite sosial støtte og misnøye med den sosiale støtten viste at det ble brukt færre passive mestringsstrategier. For pasientene som ikke har så mye sosial støtte, bør helsepersonell informere om mulig sosiale støttegrupper, og bidra med å fortelle om spesifikke mestringsstrategier som brukes. Pasientene som var preget av angst, brukte sjeldnere mestringsstrategi der en kan identifisere stressende hendelser, som gjør en mer klar over situasjonen. Angstfulle pasienter er ofte stresset, og de kan oppleve vanskeligheter med å definere problemene på en positiv måte. Sykepleiere bør være oppmerksom på at pasientens mestringsstrategier må tas hensyn til ved utskriving fra sykehuset (Son, Friedmann, Thomas & Son, 2016).

4.4. Sammendrag av artikkel 4

«Cognitive coping and goal adjustment after first-time myocardial infarction: relationships with symptoms of depression»

Hensikten med denne kvantitative studien er å undersøke hvordan forholdet mellom kognitive mestringsstrategier, målsetting og depressive symptomer er etter å ha gjennomgått et hjerteinfarkt for første gang. Det var 139 pasienter som deltok i denne studien. For å undersøke hvilke mestringsstrategier som ble brukt, målsettingsstrategier og depressive symptomer benyttet forskerne seg av ulike måleskjemaer. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) og Goal Obstruction Questionnaire (GOQ) er de skjemaene som ble brukt i denne studien. Resultatene i studien viser at depresjon har en positiv korrelasjon med alvorlighetsgraden av fysiske begrensninger, noe som indikerer at høyere skår på skalaene var relatert til større grad av depresjon. Det kom frem at pasienter som tenker på den negative hendelsen hele tiden, har høyere skår på depresjonsskalaen. Mestringsstrategier som å se på hendelsen som noe positivt og de som prøver å fokusere på noe annet og noe positivt når de negative tankene viser seg, har lavere skår av depresjon. Resultatene viser også at det å sette seg mål og ha positiv refokusering vil gi mindre depressive symptomer. Dette antyder at kognitive mestringsstrategier og målsetting kan være nyttig for intervensjon. Kognitive mestringsstrategier defineres som de bevisste mentale strategiene en person benytter seg av for å håndtere inntaket av følelsesmessig informasjon (Garnefski, Kraaij, Schroevers, Aarnink, van der Heijden, van Es & Somsen, 2009).

4.5. Sammendrag av artikkel 5

«Exploring the meaning of recovery following myocardial infarction»

Hensikten med denne kvalitative studien er å undersøke hvilke konsekvenser og hvilken mening rehabiliteringsfasen etter et hjerteinfarkt har, fra pasienters perspektiv. I denne studien var det 35 deltakere, og de ble intervjuet gjennom individuelle- og gruppeintervju. Det som kom frem i denne studien var at frykt og sårbarhet var noe som gikk igjen hos de fleste deltakerne. Mange pasienter beskrev at personligheten var forandret etter infarkt. For noen pasienter var dette en negativ følelse, da det tok ifra dem evnen til å utføre dagligdagse aktiviteter som de utførte før infarkt. Noen pasienter opplevde endring i personligheten som noe positivt, da de ikke tok alt for gitt, og gjorde bedre avgjørelser i livet og for fremtiden. Mange pasienter hadde psykiske problemer etter hendelsen. De frykter at det skal oppstå et nytt hjerteinfarkt eller i verste fall at de skal dø. Mange var preget av denne angsten, og var stadig oppmerksom på symptomer, og de var redd for å prøve nye ting og utfordre seg selv. Å komme seg videre fra et hjerteinfarkt skjer ikke på en dag, og det er noe en må lære seg å leve med og mestre de følelsene som dukker opp underveis. De pasientene som har mulighet for å delta på rehabiliteringsprogram bør oppfordres til å delta (Tod, 2008).

5. Drøfting

5.1. Forholdet mellom hjerteinfarkt og psykososiale reaksjoner

I følge Ellingsen (2016) var det 11 565 pasienter som ble behandlet for hjerteinfarkt i norske sykehus i 2014. Forskningen jeg har funnet til denne oppgaven viser ikke hvor mange pasienter som har fått hjerteinfarkt som rammes av angst og depresjon i ettertid. Likevel viser forskningen at mange opplever angst og/eller depresjon i ulik grad etter en slik hendelse. Junehag et. al. (2013) sitt hovedfunn i sin artikkel er at på et eller annet tidspunkt i rehabiliteringen opplevde deltakerne psykososiale konsekvenser, spesielt angst og frykten for å bli rammet på nytt. Angst oppstår når eksistensielle behov trues, som når en er livstruende syk. En kan oppleve angst som alt fra lett irritabilitet til ukontrollert panikk. Å ha mild angst er en forventet reaksjon på sykdom, og er som regel håndterlig. Sterk angst vil frata pasientens evne til å motta informasjon, og hans evne til hensiktsmessig mestring (Kjøllestad & Moesmand, 2004, s. 51-52). Det er dermed ikke sagt at alle som opplever hjerteinfarkt vil bli rammet av psykososiale reaksjoner i ettertid. Som Mæland (2006) påpeker klarer et flertall av pasientene å mestre omstillingene for den nye hverdagen og gjenvinne funksjonsevnen på egenhånd. Til tross for at et flertall mestrer omstillingene i den nye hverdagen etter hjerteinfarkt, viser studier at mange pasientene opplevde angst og/eller depresjon etter et hjerteinfarkt. Daly et. al. (2000) skriver at tiden rett etter et hjerteinfarkt kan være en svært sårbar tid for pasienten. Pasientene har ulike måter for å mestre sin livssituasjon. Samtidig viser studien til Benyamini et. al. (2013) at noen pasienter som opplever angst etter et hjerteinfarkt også ser på dette som en motivasjon for å utføre livsstilsendringer. Videre i studien kommer det frem at angst hos yngre pasienter uten tidligere hjerte- og karsykdommer kunne bidra til bedre prognose, men hos de som har kjent hjerte- og karsykdom kunne angsten bidra til dårligere prognose. At angst kan være noe positivt i noen tilfeller, vises også i studien til Tod (2008) der pasienter har opplevd at angsten har gitt livet en ny mening. Pasienter forteller at de prioriterer ting i livet på en bedre måte enn før infarkt, og setter mer pris på ting som de kanskje har tatt for gitt før infarkt. Å ha en positiv innstilling etter et hjerteinfarkt, kan bidra til at eventuelle symptomer på angst og depresjon ikke vil prege hverdagen til pasienten i like stor grad, og dermed bidra til bedre livskvalitet.

Stubberud (2016b) påpeker at mennesker reagerer ulikt på angst, og angst aktiverer det parasympatiske og sympatiske nervesystemet. Dette vil gi reaksjoner som hjertebank, muskelspenninger, kvalme og svetting. I følge Eikeland et. al. (2010) er vanlige symptomer

på hjerteinfarkt kvalme og brekninger, svette og brystmerter. Brystmertene oppstår som regel retrosternalt med stråling ut i venstre arm, i halsen og i kjeven. For mennesker som nylig har gjennomgått et hjerteinfarkt, vil hver eneste muskelrykning være noe pasienten opplever som en fare, og vil assosiere med symptomene som oppstod ved hjerteinfarkt. Dette kommer også frem i artikkelen til Tod (2008) der pasientene forteller at angsten kunne komme til enhver tid, uten forvarsel. En pasient i denne studien forteller at etter at han ble skrevet ut fra sykehuset så opplevde han smerter, og han visste ikke om dette var tegn på et nytt infarkt eller om dette var muskelsmerter.

Eikeland et. al. (2010) skriver at en akutt hjertesykdom kan være forbundet med endret selvbilde, endret rolle i forhold til familien og usikkerhet knyttet til yrkesliv og fremtiden. Disse faktorene spiller en rolle for pasientens bruk av mestringsstrategier. Benyamini et. al. (2013) har forsket på hvordan angst og depresjon i etterkant av et hjerteinfarkt påvirker livskvaliteten 10 år frem i tid. Eikeland et. al. (2010) påpeker også at det er naturlig å reagere med redsel og dødsangst etter et infarkt, og pasientene kan oppleve depresjon, angst og føle på håpløshet for fremtiden. I artikkelen til Benyamini et. al. (2013) kommer det frem at yngre pasienter som gjennomgår akutt koronarsykdom, vil preges i større grad enn eldre, og dette vil påvirke livskvaliteten deres. Resultatet i denne studien viser at depresjon og angst vil gi dårligere livskvalitet i fremtiden. Dette støtter også av Eikeland et. al. (2010) som skriver at depresjon i ettertid kan ha en negativ innvirkning på pasientens livskvalitet, livsutfoldelse og livsstilsendringer.

Hvert enkelt menneske benytter seg av ulike mestringsstrategier i ulik grad. Lazarus og Folkman har en egen stressmestingsmodell, og de definerer mestring som «kontinuerlig og atferdsmessige tiltak for å klare indre eller ytre krav som overstiger personens ressurser» (sitert i Renolen, 2015, s. 169). I følge Lazarus og Folkman er mestringsstrategiene delt i to ulike typer: problemfokuserte og emosjonsfokuserte. Å ta i bruk problemfokuserte mestringsstrategier handler om å sette i gang tiltak som fokuserer på problemløsning, som for eksempel å endre livsstil, lære nye ferdigheter, søke informasjon og endre tilgang på ressurser ved å søke støtte og hjelp. Å være preget av angst vil påvirke valget av mestringsstrategiene som nyttes. Dette påpekes av Son et. al. (2016) da pasientene som hadde angst tok sjeldnere i bruk mestringsstrategier som gjorde at en klarte å identifisere stressende hendelser. Å bruke en mestringsstrategi som gjør at en er klar over situasjonen, vil gjerne bidra til å mestre situasjonen en står i der og da. Andre mestringsstrategier som kan være til nytte for

mennesker som har gjennomgått et hjerteinfarkt, kan være kognitive mestringsstrategier, som kommer frem i forskningen til Garnefski et. al. (2009). Artikkelen beskriver kognitive mestringsstrategier som de bevisste mentale strategiene som en person benytter for å håndtere inntaket av følelsesmessig informasjon. En kognitiv mestringsstrategi som kom frem i artikkelen var å gruble. En går da rundt og tenker på negative tanker og følelser hele tiden, som kan føre til at en utvikler depresjon. De mest effektive mestringsstrategiene i studien til Daly et. al. (2000) var optimisme og å kunne stole på seg selv. I følge Norsk Sykepleieforbund (2011) skal sykepleieren underbygge håp, mestring og livsmot hos pasienten.

5.2. Sykepleierens rolle for at pasienter skal kunne mestre hverdagen etter hjerteinfarkt

I denne delen ønsker jeg å drøfte hva sykepleier kan gjøre for at pasientene skal kunne mestre sin nye hverdag etter hjerteinfarkt. Benner og Wrubel (1989) sier at omsorg handler om hva som betyr noe for en person, og dette vil da påvirke hva et menneske opplever som en stressituasjon, noe som vil være individuelt for hvert eneste menneske. Videre definerer Benner og Wrubel stress som «et sammenbrudd i det som er meningsfullt, det en forstår og ens vante funksjon, noe som medfører at en opplever smerte, tap og utfordringer» (sitert i Reitan, 2010, s. 76-77). Et hjerteinfarkt vil oppleves som en stressituasjon for de fleste mennesker, da dette er noe som oppstår plutselig, og er sterkt assosiert med faren for plutselig død (Eikeland et. al., 2010, s. 208). Familiemedlemmet mitt var sterkt rammet av angst etter at han opplevde hjerteinfarkt i så ung alder. En tenker ikke at unge mennesker i 40-års alderen vil være utsatt for noe så alvorlig og skummelt som et hjerteinfarkt. Hjertet er det organet i kroppen som sørger for at vi lever, og å oppleve angst etter et infarkt er naturlig. Eikeland et. al. (2010) skriver at den umiddelbare følelsen etter at en forstår at en har blitt rammet av hjerteinfarkt, er redselen for å dø og videre bekymringen for å leve med en kronisk sykdomstilstand. I artikkelen til Daly et. al. (2000) kom det frem at pasientene opplevde angst, depresjon og hadde frykt for at et nytt infarkt skulle oppstå. Dette kommer også frem i artikkelen til Tod (2008), der pasientene frykter at det skal oppstå et nytt infarkt når som helst, og mange var på ekstra oppmerksom på eventuelle symptomer som skulle tilsa at de fikk et nytt infarkt. Dette er noe jeg har sett hos familiemedlemmet mitt også, der han konstant var på vakt etter symptomer. Han fikk også hjertestans da hjerteinfarktet oppstod og helsepersonellet måtte utøve hjerte- og lungeredning på han, og som følge av dette fikk han brudd i ribbeina.

Dette er smertefullt og i hans tilfelle gjorde at smertene og ømheten i musklene fra den skaden følte ut som om de kom fra hjertet. Å gå rundt å kjenne etter slike symptomer er noe som vil være en psykisk belastning i lengden, og å klare å mestre slike situasjoner vil være en gevinst for pasientene som opplever dette.

Som skrevet tidligere så fikk ikke mitt familiemedlem noe særlig informasjon om hva han kunne vente seg å oppleve av psykiske reaksjoner i etterkant. I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (2016) har pasienten rett til å få den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin egen helsetilstand, samt eventuelle risikoer og bivirkninger. En kan se på angst og depresjon som en bivirkning etter et hjerteinfarkt. Reitan (2010) påpeker at som sykepleier har en i samarbeid med legen, ansvar om å informere pasienten om hans behandlingsforløp, tilpasset den enkeltes informasjonsbehov. Ved å være forberedt på hva en kan vente seg å oppleve av følelser, vil en også kanskje mestre disse følelsene bedre. Sett i lys av Benner og Wrubel sin sykepleieteori, skal sykepleieren hjelpe pasienten til å mestre tap, lidelse og sykdom (Kristoffersen, 2011, s. 215). Som sykepleier kan en informere pasienten og pårørende på forhånd av en utskrivelse om hvilke reaksjoner som kan ventes å oppleve når en kommer hjem, og en får tid til å bearbeide hva som har skjedd. Å informere pasienten om at å ha angst og depresjon er helt normale reaksjoner som de fleste pasienter opplever på et tidspunkt i rehabiliteringen, kan også hjelpe pasienten til å ikke føle seg alene om dette problemet skulle oppstå. Dette kan bidra til at pasienter som for eksempel opplever et angstanfall, kan prøve å fokusere på forskjellene mellom et angstanfall og et nytt infarkt. Dette vises også i artikkelen til Daly (2000) der det kommer frem at pasientene har et behov for at utreisen fra sykehuset planlegges, og at en forbereder pasientene og pårørende på følelser og opplevelser som er vanlige å møte etter utskrivning og hjemkomst. En skal også gå forsiktig frem for å gi informasjon. I følge Eikeland et. al. (2010) oppfatter pasienter mindre når de er i en krise eller stressituasjon. Videre står det at informasjon bør gis så tidlig som mulig, og den bør repeteres flere ganger etter hvert som pasienten oppfatter mer. Siden damer og menn har forskjellige symptomer på et hjerteinfarkt, påpeker Eikeland et. al. (2010) at det er viktig å individualisere informasjonen som gis med hensyn til dette. Dette skal hjelpe pasienten til å oppsøke lege hvis nye symptomer skulle oppstå. Siden symptomene på et hjerteinfarkt og et angstanfall kan oppleves likt for de som nettopp har vært gjennom et hjerteinfarkt, er det viktig at sykepleieren i samarbeid med legen, informerer pasienten om forskjellen på et hjerteinfarkt og et angstanfall.

Harris og Ursin (2012) skriver at hvis en som sykepleier i møte med akutt kritisk syke, har positive forventninger til sykdommens utfall, vil dette smitte over på pasienten. I artikkelen til Garnefski et. al. (2009) kommer det frem at hvis pasienter setter seg mål og har en positiv tankegang vil dette kunne bidra til å redusere de depressive symptomene. Å sette seg langtidsmål og kortidsmål vil kunne være til hjelp for pasientene å ha noe annet å fokusere på enn angst og depresjon. Prosessen med å sette seg mål, vil være noe pasientene på sikt kan gjøre på egen hånd. Allerede i sykehuset vil det være nyttig å sette seg små delmål. I studien til Tod (2008) kom det frem at en pasient var redd for å klippe plenen, på grunn av stor usikkerhet rundt smertene. I et slikt tilfelle, kan mål som å prøve og klippe plenen være et godt mål. En får da mestret sin frykt, og en kan kjenne på at det ikke er farlig å gjenopppta dagligdagse aktiviteter. På en annen side kan det å sette seg mål bidra til at pasientene ikke holder seg isolert og er redd for å prøve noe nytt. Tod (2008) påpeker at det å godta at en har forandret seg etter et infarkt vil gjøre at en ikke har som mål å "bli som før infarkt". Hvis en føler at kroppen er annerledes vil et slikt mål være uoppnåelig. Å akseptere at en har forandret seg, vil også bidra til at angsten reduseres. Hvis en fokuserer på at en skal bli lik som en var før infarkt, vil en kanskje bli skuffet over at en ikke klarer ting på lik linje som før. Dette vil også føre til at en gjerne mister motivasjonen til å fortsette å sette seg mål.

De fleste artiklene jeg har funnet til denne oppgaven påpeker hvor mye sosial støtte påvirker pasientenes evne til mestring. I artikkelen til Son et. al. (2016) kommer det frem at ved hjelp av en biopsykososial modell, som tar for seg de ulike faktorene som alder, angst, depresjon og sosial støtte, kunne en se at alle faktorene henger sammen for at pasienten skal mestre sin livssituasjon. Son et. al. (2016) påpeker også at de pasientene som hadde lite sosial støtte etter hjerteinfarkt, ofte tok i bruk passive mestringsstrategier. Det kommer også frem at sosial støtte gir viktige ressurser for den enkelte for å kunne leve et godt liv, uansett om sykdommen kan kureres eller ikke. Å være innebygd i et sosialt nettverk er viktig for at folk skal ha en god følelse om seg selv og sitt liv. Daly et. al. (2000) skriver at familie og sosial støtte, og effektene av å ha et forhold til andre mennesker, var viktige konsept for å mestre de psykososiale behovene på en positiv måte. Som sykepleier blir det viktig å kartlegge det sosiale nettverket til pasienten, ved å spørre om nær familie, venner og sosiale aktiviteter som pasienten deltar i. Det kommer frem i studien til Benyamini et. al. (2013) at psykososiale ressurser og emosjonelle reaksjoner henger sammen. Dess mindre sosial støtte pasientene har, dess mer angst og depresjon vil oppleves. Reitan (2010) skriver at som sykepleier kan en legge til rette for at pasienten kan komme i kontakt med andre i tilsvarende situasjon,

gjennom pasientforeninger. Slike behandlingssituasjoner kan være en god kilde til støtte og informasjon, som kan bidra til en positiv innvirkning på egen mestring.

Son et. al. (2016) påpeker at som sykepleier er det viktig å være oppmerksom på at pasientenes mestringsstrategier må tas hensyn til ved utskriving fra sykehuset. I følge Reitan (2010) kan en som sykepleier gjennom samtale, kartlegge pasientens mestringsstrategier. En må da være kritisk til måten spørsmål blir stilt, og unngå å spørre om ting pasienten allerede har opplyst om. For å kartlegge mestringsstrategier kan en se på om pasienter benytter seg av problemfokuserte eller emosjonsfokuserte mestringsstrategier. Hvis pasienten har en selektiv oppmerksomhet eller distanserer seg til problemet, vil det være emosjonsfokusert mestring. Er pasienten fokusert på å endre livsstil, endre rutiner eller reduserer ytre årsaker til stress, benytter pasienten seg av problemfokuserte mestringsstrategier (Renolen, 2015, s. 169-170). Videre påpeker Reitan (2010) at pasienten blir bevisst om seg selv og sine mestringsmuligheter hvis han er aktiv, og har lyst til å fortelle om seg selv og situasjon. Benner og Wrubel skriver at som sykepleier er det overordnede målet å hjelpe den enkelte til å leve ut, eller til å leve med sin sykdom, lidelse og tap. Sykepleie rettes mot de menneskene som opplever stress ved helsesvikt, sykdom og tap (Kristoffersen, 2011, s. 262-263). Som sykepleier ønsker en ikke at pasienten skal ha det vondt, og en ønsker å gjøre alt en kan for at pasienten skal ha det så bra som mulig, til tross for at han går gjennom sykdom, tap eller lidelse. Ved å kartlegge mestringsstrategiene til pasienten, vil en kunne se hvilke mestringsstrategier pasienten tar i bruk for å komme seg gjennom påkjenninger i livet. Reitan (2010) skriver at sykepleieren må styrke pasientens tro på egne mestringsmuligheter. Videre påpekes det at en kan i samtale med pasienten spørre om han har gått gjennom noe tidligere som har gjort at han må ta i bruk mestringsstrategier, hva pasienten selv forbinder med god mestring. Hva som har betydning for pasienten kan være til nytte for mestringen, som for eksempel hjem, familie, fysisk aktivitet, arbeid og venner. Hvis pasienten har et ønske om å komme seg tilbake i arbeid og i tilsvarende normal funksjon som før infarkt, kan det som betyr noe for pasienten ha en betydning i hans valg av mestringsstrategier.

Som påpekt i studien til Tod (2008) opplevde pasienter smerter eller ubehag i brystkassen, og var svært usikker om det var symptomer på et nytt infarkt eller om det bare var muskelsmerter. En kan som sykepleier samarbeide tverrfaglig sammen med andre yrkesgrupper for at pasienten skal kunne bli trygg på seg selv i den nye hverdagen. I dag finnes det rehabiliteringsprogrammer for personer som har gått gjennom et hjerteinfarkt.

Mange pasienter er redd for å gjenoppta aktiviteter som de gjorde før infarkt og er gjerne ikke klar over hvor stor belastning hjertet takler etter et infarkt. Å henvise pasienter til et arbeids-EKG, vil gjerne være hensiktsmessig. Der kan de se hvordan hjertet jobber under belastning (Ørn & Brunvand, 2011, s. 167), noe som kan være betryggende for pasienten. Det kan bidra til at pasientene kommer seg raskere, da de kan se at det ikke er farlig å belaste hjertet.

6. Avslutning/Konklusjon

Gjennom forskning og teori vises det at mange pasienter som gjennomgår hjerteinfarkt, vil oppleve psykososiale reaksjoner i ettertid. De fleste pasientene rammes av angst og/eller depresjon. Noen kan også ha vansker med å komme tilbake til seg selv og hverdagen. For noen pasienter oppleves hjerteinfarkt som noe positivt, da de ser på det som en motivasjon til å utøve livsstilsendringer og livet gir større mening. Mange pasienter klarer å mestre omstillingene for den nye hverdagen selv, men det er også et flertall som trenger hjelp til å komme seg gjennom perioder med psykososiale reaksjoner.

Forskningen og teorien kommer ikke frem til konkrete tiltak til hva en som sykepleier kan gjøre for å fremme mestring av de psykososiale reaksjonene som pasienter kan oppleve etter et hjerteinfarkt. Likevel kommer det frem hvordan sykepleier kan fremme mestring hos pasientene. Som sykepleier er det viktig å informere om komplikasjoner og reaksjoner som er vanlige å oppleve etter et infarkt, for å forberede pasienten på hva som kan møtes etter hjemkomst. Studier viste at en må ta hensyn til pasientens mestringsstrategi ved utskriving. Ved å kartlegge pasientens mestringsstrategier vil en kunne se hvordan pasienten mestrer påkjenninger for å komme seg videre. Sosial støtte viste seg å være en viktig faktor for pasientens mestringsevne. For pasienter som ikke har mye sosial støtte, kan sykepleieren legge til rette for at pasienten skal komme i kontakt med andre i tilsvarende situasjon. Dette kan ha en positiv innvirkning på egen mestring. I samarbeid med legen, kan sykepleieren henvise pasientene til hjertepoliklinikk for videre oppfølging. Pasienter som har vansker med å utføre dagligdagse aktiviteter, vil gjerne ha godt av å bli fulgt opp med et arbeids-EKG. På denne måten vil de kunne se hvor stor påkjenning og aktivitet hjertet håndterer etter infarkt.

Referanser

- Benner, P. & Wrubel, J. (1989). *The Primacy of Caring: Stress and Coping in Health and Illness*. California: Addison-Wesley Publishing Company.
- Benyamini, Y., Roziner, I., Goldbourt, U., Drory, Y., & Gerber, Y. (2013). *Depression and anxiety following myocardial infarction and their inverse associations with future health behaviors and quality of life*. *Annals of Behavioral Medicine*, 46(3), 310-21. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s12160-013-9509-3>
- Christoffersen, L., Johannesen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Daly, J., Elliott, D., Cameron-Traub, E., Salamonson, Y., Davidson, P., Jackson, D., & ... Wade, V. (2000). *Health status, perceptions of coping, and social support immediately after discharge of survivors of acute myocardial infarction*. *American Journal Of Critical Care*, 9(1), 62-69.
- Eikeland, A., Haugland, T. & Stubberud, D. G. (2010). Sykepleie ved hjertesykdommer. I H. Almås, D. G. Stubberud & R. Grønseth (Red.). *Klinisk sykepleie 1*. (4. utgave, s. 207-245). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ellingsen, T. L. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved behandling av akutt koronarsyndrom. I D. G. Stubberud (Red.). *Sykepleie til personer med hjertesykdom*. (1. utgave, s. 54-93). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Folkehelse rapporten 2014. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Garnefski, N., Kraaij, V., Schroevers, M., Aarnink, J., van der Heijden, D., van Es, S., & ... Somsen, G. (2009). *Cognitive coping and goal adjustment after first-time myocardial infarction: relationships with symptoms of depression*. *Behavioral Medicine*, 35(3), 79-86. doi:10.3200/BMED.35.3.79-86

- Harris, A. & Ursin, H. (2012). Stress og mestring i et helsefremmende perspektiv. Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.). *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis*. (1. utgave, s. 159-172). Bergen: Fagbokforlaget.
- Junehag, L., Asplund, K., & Svedlund, M. (2014). *A qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction*. *Intensive & Critical Care Nursing*, 30(1), 22-30.
doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.hsh.no/10.1016/j.iccn.2013.07.002>
- Kjøllestad, A. & Moesmand, A. M. (2004). Å være akutt kritisk syk. I A. M. Moesmand & A. Kjøllestad (Red.). *Å være akutt kritisk syk: Om pasientenes og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov*. (2. utgave, s. 35-67). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2011) Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E. A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar*. (2. utgave, s. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kunnskapssenteret. (2017, 20. januar). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 5. september 2017 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Moesmand, A. M. (2004). Mestring og følelser. I A. M. Moesmand & A. Kjøllestad (Red.). *Å være akutt kritisk syk: Om pasientenes og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov*. (2. utgave, s. 68-99). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mæland, J. G. (2006). *Helhetlig hjerterehabilitering*. (2. utgave). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Norsk Helseinformatikk. (2015, 9. juni). *Akutt hjerteinfarkt- En oversikt*. Hentet 22. august 2017 fra <http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/hjerte-kar/hjerteinfarkt-oversikt-1515.html?page=all>

- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. Oslo: NSF.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. (2. utgave). Oslo: Akribe.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2016). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Reitan, A. M. (2010). Mestring. I U. Knutstad (Red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2*. (3. utgave, s. 74-107). Oslo: Akribe.
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker: Innføring i psykologi for helsefag*. (2. utgave). Bergen: Fagbokforlaget.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn- kropp- samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Son, H., Friedmann, E., Thomas, S. A., & Son, Y. (2016). *Biopsychosocial predictors of coping strategies of patients postmyocardial infarction*. *International Journal Of Nursing Practice*, 22(5), 493-502. doi:10.1111/ijn.12465
- St. Meld. nr. 19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen- Mestring og muligheter*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/folkehelsemeldingen--mestring-og-muligheter/id2403403/>
- Stubberud, D. G. (2016a). Generelle observasjoner og kliniske vurderinger ved hjertesykdom. I D. G. Stubberud (Red.). *Sykepleie til personer med hjertesykdom*. (1. utgave, s. 229-286). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Stubberud, D. G. (2016b). Å ivareta pasientens psykososiale behov ved behandling av hjertesykdom i sykehus. I D. G. Stubberud (Red.). *Sykepleie til personer med hjertesykdom*. (1. utgave, s. 334-393). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tod, A. (2008). *Exploring the meaning of recovery following myocardial infarction*. *Nursing Standard* (through 2013), 23(3), 35-42. Retrieved from <https://search-proquest-com.ezproxy.hsh.no/docview/219867517?accountid=28726>
- Ørn, S. & Brunvand, L. (2011). Hjerte- og karsykdommer. S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.). *Sykdom og behandling*. (1. utgave, s. 159-196). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg 1

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
Daly, J., Elliott, D., Cameron-Traub, E., Salamonson, Y., Davidson, P., Jackson, D., & ... Wade, V. (2000). <i>«Health status, perceptions of coping, and social support immediately after discharge of survivors of acute myocardial infarction»</i>	Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan helsetilstanden, mestringsstrategiene og den sosiale støtten var etter 3 uker hos pasienter som har hatt et hjerteinfarkt.	Det er brukt både kvantitativ og kvalitativ datainnsamling i denne artikkelen. De kvantitative dataene ble hentet gjennom ulike skaler. De kvalitative dataene ble hentet gjennom et semistrukturert intervju, der det ble tatt lydopptak.	Denne studien er utført i Sydney, Australia. Det var 38 overlevende som deltok i denne studien.	Studien viser at etter 3 uker hadde de fleste pasientene en relativt stabil helsetilstand. Deltakerne opplevde angst, depresjon og frykt for å oppleve et nytt infarkt.
Benyamini, Y., Roziner, I., Goldbourt, U., Drory, Y., & Gerber, Y. (2013)	Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt, har	Dette er en kvantitativ studie der deltakerne fylte ut et spørreskjema.	Undersøkelsen er gjort i Israel. Det var 540 pasienter under 65 år som deltok i denne studien.	Resultatene viser at pasienter som opplever angst og depresjon etter et infarkt, har dårligere livskvalitet etter 10

<p>«<i>Depression and anxiety following myocardial infarction and their inverse associations with future health behaviors and quality of life</i>»</p>	<p>mestret de negative symptomene som angst og depresjon, for å få en god livskvalitet.</p>			<p>år. For noen pasienter var disse reaksjonene en motivasjon for å gjøre livsstilsendringer.</p>
<p>Son, H., Friedmann, E., Thomas, S. A., & Son, Y. (2016)</p> <p>«<i>Biopsychosocial predictors of coping strategies of patients postmyocardial infarction</i>»</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan de biopsykososiale faktorene påvirker hverandre og bidrar til økt mestring for pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt.</p>	<p>Dette er en kvantitativ studie der deltakerne fylte ut et spørreskjema. I denne studien har forskerne brukt data fra en annen artikkel for å undersøke sin problemstilling.</p>	<p>Denne studien ble utført i Korea. Det var 460 deltakere i denne studien.</p>	<p>Resultatene viser at mange pasienter opplever at de har mistet noe fra livet, skyldfølelse og benektelse. En biopsykososial modell viser at biologiske, psykologiske og sosiale faktorer henger sammen, og alle disse er relatert til mestring.</p>
<p>Garnefski, N., Kraaij, V., Schroevers, M., Aarnink, J., van der Heijden, D., van Es, S., &</p>	<p>Hensikten med denne studien var å undersøke forholdet mellom kognitive mestringsstrategi</p>	<p>Dette er en kvantitativ studie. De ulike faktorene blir målt gjennom</p>	<p>Studien er utført i Amsterdam, Nederland. Det var 139 pasienter som</p>	<p>Resultatene viser at depresjon har en positiv korrelasjon med alvorlighetsgraden av fysiske begrensninger. Det</p>

<p>... Somsen, G. (2009)</p> <p><i>«Cognitive coping and goal adjustment after first-time myocardial infarction: relationships with symptoms of depression»</i></p>	<p>er, å sette seg mål og depressive symptomer er etter et infarkt.</p>	<p>ulike skjemaer.</p>	<p>deltok i studien.</p>	<p>å sette seg mål og ha positiv refokusering vil gi mindre depressive symptomer.</p>
<p>Tod, A. (2008)</p> <p><i>«Exploring the meaning of recovery following myocardial infarction»</i></p>	<p>Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan rehabiliteringsfasen etter et hjerteinfarkt oppleves, fra et pasientperspektiv .</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie, der det ble nyttet individuell- og gruppeintervju u. Alle intervju ble tatt lydopptak av.</p>	<p>Studien ble utført i Nord-England. Det var 24 deltakere i gruppeintervjuene og 10 deltakere som ble intervjuet individuelt.</p>	<p>Mange pasienter opplevde frykt og var sårbare. Personligheten til pasientene var forandret. Noen opplevde personlighetsforandring som noe negativt, men noen opplevde dette som noe positivt da det hjalp å gjøre bedre avgjørelser i livet.</p>

Vedlegg 2

BENYAMINI ET.AL.(2013).

"Depression and anxiety following myocardial infarction and their inverse associations with future health behaviors and quality of life"

Kritisk vurdering - prevalensstudie

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

*Kan vi stole på resultatene?
Hva forteller resultatene?
Kan resultatene være til hjelp i praksis?*

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på spørsmålene.

Basert på EBMH Notebook. Guidelines for evaluating prevalence studies. May 1998, Vol 1, No 2 pp 37-9. URL: [http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1\(2\)/37-9.html](http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/journal/contents/1(2)/37-9.html)

Cathryn Thomas, Sheila Greenfield and Yvonne Carter. Questionnaire design. Chapter 6 in "Research Methods in Primary Care" (1997) Oxford: Radcliffe Medical Press.

1

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja <input checked="" type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?	Ja <input checked="" type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

<p>3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold? - Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien? 	Ja <input checked="" type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
<p>4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika - Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe? 	Ja <input checked="" type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>

<p>5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?</p> <p><i>TIPS:</i> Ikke-respondenter er frafall i utvalget.</p>	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart <input type="checkbox"/></p>	<p>Nei <input type="checkbox"/></p>
<p>6. Er svarprosenten høy nok?</p> <p><i>TIPS:</i> I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på >70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-respondenter har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.</p>	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart <input type="checkbox"/></p>	<p>Nei <input type="checkbox"/></p>
<p>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</p> <p><i>TIPS:</i> Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier? Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?</p>	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart <input type="checkbox"/></p>	<p>Nei <input type="checkbox"/></p>
<p>8. Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?</p> <p><i>TIPS:</i> Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer? Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn. (F.eks intervjumetoder og personer) Sikres ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker- skala etc) Standardiserte og valide målemetoder ved tester</p>	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart <input type="checkbox"/></p>	<p>Nei <input type="checkbox"/></p>
<p>9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?</p> <p><i>TIPS:</i> Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige. Se på hvordan "åpne spørsmål" er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?</p>	<p>Ja <input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>Uklart <input type="checkbox"/></p>	<p>Nei <input type="checkbox"/></p>

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>10. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i> Hva er hovedkonklusjonen? Kan du oppsummere resultatene i én setning?</p> <p>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter? Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater? Er det oppgitt p-verdier?</p>	<p>Resultatet viser at angst og depresjon etter hjerteinfarkt bidrar til dårligere livskvalitet etter 10 år.</p>
--	--

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

<p>11. Kan resultatene overføres til praksis?</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>
<p>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?</p> <p><i>TIPS:</i> Prevalensstudier gjøres for å bekrefte en eksisterende teori eller kunnskap, ikke for å lage en ny teori! Eksisterende kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.</p>	<p>Ja <input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart <input type="radio"/></p>	<p>Nei <input type="radio"/></p>