



Høgskulen på Vestlandet

Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001

Predefinert informasjon

Startdato:	25-02-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Slutt dato:	25-04-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB30011 PRO1 2018 HØST Haugesund		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 29

Informasjon fra deltaker

Tittel *: Etter hjerteinfarkt - Pasientens opplevelse av psykososiale reaksjoner

Antall ord *: 8895

Engelsk tittel *: After myocardial infarction - The patient 's experience of psychosocial reaction

Egenerklæring *: Ja **Inneholder besvarelsen Nei**
konfidensiell materiale?:

Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert oppgavetittelen
på norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

BACHELOROPPGAVE

Etter hjerteinfarkt

Pasientens opplevelse av psykososiale reaksjoner.

After myocardial infarction

The patient's experience of psychosocial reaction.

Kandidatnummer 29

Bachelor i sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap,

Campus Haugesund

Innlevering 25.04.19 kl 14.00

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Sammendrag

Bakgrunn: Hjerte- og karsykdommer er svært dominerende i befolkningen og det er ikke unaturlig å oppleve psykososiale reaksjoner i ettertid, som for eksempel angst og depresjon. Man møter mennesker som har gjennomgått et hjerteinfarkt i alle deler i helsetjenesten da det er en omfattende gruppe. På bakgrunn av dette vil jeg vite hvordan dette oppleves for pasienten i ettertid og hva pasientene mener er viktig for at de skal leve et optimalt liv. Jeg ønsker mer kunnskap og forståelse for dette, fordi jeg mener dette er relevant for mitt fremtidig yrke som sykepleier.

Problemstilling: Hvordan opplever pasientene de psykososiale reaksjonene etter et hjerteinfarkt?

Hensikt: Hensikten er å få et innblikk og kunnskap om hvordan pasientene opplever de psykososiale reaksjonene etter et hjerteinfarkt. Jeg ønsker å fordype meg i dette temaet og håper oppgaven øker forståelsen og kunnskapen til sykepleiere. Jeg vil anvende kunnskapen i mitt yrke som sykepleier.

Metode: Oppgaven er bygget på et litteraturstudium, hvor forskningsstudier og faglitteratur blir belyst og drøftet etter oppgavens problemstilling.

Funn: Det kommer frem av forskning at et flertall av pasientene opplever psykososiale reaksjoner etter et hjerteinfarkt. Informasjon, sosial støtte og tiden etter hjerteinfarkt er viktige faktorer i prosessen til å overvinne de psykososiale reaksjonene, samt kartlegging av mestringsstrategier og videre oppfølging.

Konklusjon: Flertall av pasienter som gjennomgår et hjerteinfarkt vil etter tid oppleve psykososiale reaksjoner. Tilstrekkelig med informasjon, tid og sosial støtte danner grunnlaget for å redusere angst og depresjon. Tidslinjen er essensiell for pasientene. Tiden de bruker fremmer kontroll over sykdommen og de overkommer angsten, samt hjelper dem til å akseptere det å leve med sykdommen.

Summary

Background: Cardiovascular disease is very dominant in the population and it is not unnatural to experience psychosocial reactions in retrospect, such as anxiety and depression. You meet people who have undergone a heart attack in the municipal health service or in the special health service. On the basis, I want to know how the experience affected the patient in retrospect and what the patient thinks is important for them to live an optimal life. I want more knowledge and understanding about this, because I think this is relevant to my future profession as a nurse.

Issue: How does the patient experience the psychosocial reaction after a myocardial infarction?

Aim: The aim of this study is to gain an insight and knowledge of how the patients experiences the psychosocial reaction after a myocardial infarction. I want to delve into this topic, and hope the task increases the understanding and knowledge of nursing. I want to apply the knowledge to my profession as a nurse.

Method: The thesis is based on a literature study, where research articles and academic literature are elucidated and discussed to make arguments regarding the issue of the assignment.

Findings: Research shows that a majority of patients experience psychosocial reaction after a myocardial infarction. Information, social support and time after myocardial infarction are important factors in the process of overcoming the psychosocial reaction, as well as mapping coping strategies and further follow-up.

Conclusion: The majority of patients undergoing a myocardial infarction will experience psychosocial reaction over time. Sufficient information, time and social support forms the basis for reducing anxiety and depression. The timeline is essential for the patients. The time they spend, promotes control over the disease, overcoming the anxiety and acceptance towards living with the disease.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemstilling.....	6
1.3 Avgrensing.....	6
1.4 Begrepsavklaring	6
2. Teori	8
2.1 Aron Antonovsky	8
2.1.1 Salutogenese og Empowerment	9
2.2 Psykososiale reaksjoner etter hjerteinfarkt	10
2.3 Mestring og stress	11
2.4.1 Lazarus og Folkman sin stressmestringsmodell	12
2.4 Veiledning og informasjon	13
3. Metode	15
3.1 Litteraturstudie.....	15
3.2 Søkeprosess	15
3.3 Søkehistorikk	16
3.4 Kildekritikk.....	20
3.5 Etiske vurderinger.....	20
4. Resultat	21
4.1 The experiences of myocardial infarction patients readmitted within six months of primary percutaneous coronary intervention.	21
4.2 Perceived needs for attaining a 'new normality' after surviving myocardial infarction: A qualitative study of patients' experience.....	21
4.3 A qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction.	22
4.4 Perceptions of illness, lifestyle and support after an acute myocardial infarction.	23
4.5 Biopsychosocial predictors of coping strategies of patients postmyocardial infarction.	24
5. Drøfting	26
5.1 Pasientinformasjon	26
5.2 Mestringsstrategier hos pasientene	28
5.3 Tidslinjen etter hjerteinfarkt	30
6. Konklusjon	33
7. Bibliografi	35

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hensikten med studiet er å få innblikk i hvordan pasienter opplever de psykososiale reaksjonene etter et hjerteinfarkt. Behandling av et hjerteinfarkt har gjennomgått dramatiske endringer i løpet av de siste årene. Blant annet har andelen røykere gått markant ned. Hjerteinfarkt blir tidligere oppdaget og ikke minst medisinsk og teknologisk framskritt (Ariansen, Selmer, Graff-Iversen, Egeland & Sakshaug, 2018). Bakgrunn for valg av temaet er at jeg lenge har vært interessert i hjertet, og har ønsket å fordype meg i feltet og senere jobbe på en hjerteavdeling. Jeg hadde praksis i hjemmetjenesten, hvor jeg møtte blant annet pasienter som hadde gjennomgått hjerteinfarkt. Årsaken til at de hadde hjemmetjeneste var på grunn av andre sykdommer og det ble derfor ikke fokusert på pasientens reaksjoner.

Hvert år dør ca. 17,9 millioner mennesker av kardiovaskulære sykdommer, det vil si 31% av globale dødsfall. Beregninger fra WHO viser at 85% av alle kardiovaskulære sykdommene skyldes hjerteinfarkt eller slag (World Health Organization, 2016). Hjerte- og karsykdommer er også svært dominerende i befolkningen, og mange lever med hjerte- og karsykdommer eller får forebyggende behandling. I 2016 ble ca. 40 000 mennesker innlagt på norske sykehus eller mottok klinisk behandling med hovedsakelig hjerteinfarkt eller angina pectoris. Av disse ble 11 401 pasienter rammet av akutt hjerteinfarkt (Ariansen et al., 2018). Siden hjerteinfarktpasienter er en omfattende gruppe pasienter vil sykepleiere ofte møte dem i arbeidshverdagen. De som har gjennomgått et akutt hjerteinfarkt vil ofte oppleve angst og depresjon i ettertid. Dette er noe jeg tenker er naturlig siden hjerteinfarkt oppleves traumatisk for pasienten, da det ofte oppstår akutt og uten forvarsel (Eikeland, Stubberud & Haugland, 2016, s. 245).

Jeg har en familie med mye hjerte- og karsykdommer, det er flere som har hatt hjerteinfarkt og andre sykdommer som angina pectoris og hjertesvikt. En tanke jeg har gjort meg i ettertid er hvordan de som har gjennomgått et akutt hjerteinfarkt opplever det å komme hjem, hvor de går fra en kritisk situasjon til å sitte alene uten noe helsepersonell rundt seg. Dette er et relevant tema for sykepleiere, da sykepleiere bør få en bedre forståelse for hvordan det er for en pasient å gå gjennom en livsendrende hendelse og hvordan dette påvirker dem.

Retningslinjene forteller at «grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og

respekt for menneskerettighetene» (Norsk sykepleierforbund, 2016, s. 1). Sykepleiere har mye kunnskap, men har de nok kunnskap om hvordan det oppleves for pasientene? Jeg mener dette er et svært relevant tema for sykepleieryrket i fremtiden. Det trengs en bredere kunnskap om pasientens opplevelse slik at man kan tilby behandling som ivaretar pasientens behov på en best mulig måte.

1.2 Problemstilling

Hvordan opplever pasientene de psykososiale reaksjonene etter et hjerteinfarkt?

1.3 Avgrensning

I denne oppgaven har jeg valgt å avgrense det inn til pasienter som har vært gjennom sitt første hjerteinfarkt. Fokuset er på hvordan de psykososiale symptomene er i 2 år etter hjerteinfarkt. Jeg vil fokusere på hvordan det oppleves for pasienten å gjennomgå en slik kritisk situasjon. Denne oppgaven vil ta for seg begge kjønn, fordi alvorlighetsgraden for et hjerteinfarkt er like stor hos begge kjønn. Jeg vil belyse utfordringene pasienten opplever slik at vi som sykepleiere kan få større kunnskap om hvordan vi kan trygge denne pasientgruppen. Jeg vil ta for meg Antonovskys teori om hvordan helsen blir til (salutogenese), og hvordan mennesker klarer å takle det som skjer i livet (Kristoffersen, 2016, s. 368).

1.4 Begrepsavklaring

Psykososiale reaksjoner: Psykososiale reaksjoner blir i denne oppgaven definert som angst og depresjon. Angst er en reaksjon på noe som oppleves truende og kan komme uforventet. Depresjon er en reaksjon som oppstår når en krise snur livet opp ned etter en vanskelig og vond opplevelse (Renolen, 2015, s. 192-193).

Mestring: I psykologien blir mestring knyttet til individets evne til å håndtere livshendelser og påkjenninger som overstiger de hverdagslige utfordringene (Renolen, 2015, s. 166). Sentralt i begrepet mestring ligger sosial støtte, betydningen vil være ekstra tydelig når helsen svikter eller ved andre store påkjenninger (Renolen, 2015, s. 175).

Salutogenese: Begrepet salutogenese kommer fra det latinske *salus*, som betyr helse og velferd, og det greske *genesis*, som betyr fødsel eller utspring (Kristoffersen, 2016, s. 52).

Antonovsky skapte begrepet *salutogenese*, som omhandler hva som gjør eller holder oss friske. Det er det motsatte av begrepet *patogenese*, som omhandler medisinsk benevnelse på årsaker til utvikling av sykdommer eller andre sykelige tilstander (Renolen, 2015, s. 172).

Health literacy: Health literacy defineres med at pasienten forstår relevant informasjon som blir gitt. Det å ha helserelaterte leseferdigheter gir mulighet til å forstå ulik helseinformasjon på en bedre måte, samt vil utøvelsen av helsevesenet fungere som et konseptbasert grunnlag for å utvikle helsetiltak (Sørensen, et al., 2012).

Holdning: En holdning er en underliggende tendens til å føle, handle og tenke på ovenfor et bestemt fenomen eller hendelse (Renolen, 2015, s. 231).

2. Teori

I dette kapittelet blir den israelske medisinske sosiologi-professoren Aron Antonovsky presentert og faktorer som legger vekt på helse framfor sykdom (Kristoffersen, 2016, s. 51-52). I tillegg vil jeg ta for meg Antonovskys salutogene tenkning og hans syn på helse gjennom begrepet Sense of Coherence (SOC) eller på norsk, opplevelsen av sammenheng (OAS). Dette danner det teoretiske fundamentet i oppgaven, fordi denne tenkningen er grunnleggende for å forstå menneskets helse og pasientens erfaringer. Videre i denne oppgaven vil jeg bruke ordet Sense of Coherence eller SOC.

2.1 Aron Antonovsky

Et kjernebegrep av Antonovsky er *Sense of Coherence*. Han mener at personer som gjennomgår store påkjenninger i livet og samtidig har god helse, har høy SOC (Renolen, 2015, s. 173). Betydningen av Antonovskys modell er at den retter seg mot forbindelsen mellom SOC, mestring og helse (Kristoffersen, 2016, s. 52-53). Antonovsky definerer SOC, opplevelse av sammenheng, som:

Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturert, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verd å engasjere seg i (Antonovsky, 2012, s. 41).

Antonovsky mener at SOC består av tre kjernekomponenter: Begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Begripelighet er kjernen i den opprinnelige definisjonen og blir definert som den veldefinerte og uttrykkelige. Begrepet omhandler hvordan man opplever at stimuli blir utsatt av det indre eller ytre miljø. Personer må kunne forstå det som skjer, som kognitivt forståelig, sammenhengende og klar informasjon i stedet for kaotisk, uforståelig og uorganisert (Antonovsky, 2012, s. 39-41).

Håndterbarhet defineres som hvordan man opplever å ha tilstrekkelig med ressurser til å håndtere utfordringene. Ressursene her kan bety at man har kontroll over situasjonen. Har man en sterk følelse av håndterbarhet føler man ikke at livet er urettferdig, eller at man ikke klarer å bearbeide sorgen. Disse personene kommer seg videre og kontrollerer situasjonen. Har man lav håndterbarhet kan man derimot oppleve at det ikke gir mening å forsøke å mestre

situasjonen, fordi det er så overveldende at man ikke klarer å gjøre noe med det (Antonovsky, 2012, s. 40).

Meningsfullhet anser Antonovsky som den mest betydningsfulle komponenten (Renolen, 2015, s. 173). Denne komponenten betyr å skape motivasjon. De som hadde sterk SOC, snakket mye om livsområder som var viktig for dem, som «ga mening» og involverte dem i det følelsesmessige og ikke bare den kognitive forstanden. De som hadde svak SOC var i den andre enden og ga ikke uttrykk for noe som var spesielt viktig for dem. Antonovsky mener ikke at dette betyr at de som skårer høyt på meningsfullhet gleder seg til en nærstående død eller gjennomgå en alvorlig situasjon. Når en slik person møter slike utfordringer er man villig til å gjøre sitt beste for å komme seg gjennom det (Antonovsky, 2012, s. 41).

2.1.1 Salutogenese og Empowerment

Antonovsky hevder at det salutogene perspektivet tar for seg den todelte klassifiseringen av mennesket som enten er frisk eller syk, og plasserer dem på flerdimensjonalt kontinuum mellom helse og uhelse. Dette forårsaker at vi ikke fokuserer på årsaken til sykdommen, men i stedet kartlegger personens sykdomshistorie. Altså, i stedet for å fokusere på stressfaktorer fokuserer vi på mestringsressurser. Dette vil medføre at stressfaktorer ikke er en like stor plage, men er noe som er tilstedeværende. En salutogen tenking vil tvinge oss til å jobbe med utforming og fremme en teori om mestring (Antonovsky, 2012, s. 36-37).

I følge Antonovsky har han utviklet en teori om helsens opphav med utgangspunkt i stressforskning. Han mener at fenomener som stress og sykdom er naturlig i et menneskes liv, og kan være potensielt helsefremmende (Renolen, 2015, s. 172). Salutogenetisk tilnærming til menneskets helse kan lede dem til en dypere forståelse av sykdommen, og de vil få mer kunnskap om hvilke faktorer som bidrar til mestring av helseproblemene (Renolen, 2015, s. 173). Med andre ord vil salutogenetisk tilnærming fokusere på å fremme helse og skape bevegelse på kontinuum i retning av helse (Kristoffersen, 2016, s. 368). I følge Langeland (2009, s. 8) er behovet for mer kunnskap om salutogenese i forhold til behandling av psykiske helseproblemer viktig. Hun resulterer med at betydningen av salutogenetisk tilnærming med fokus på å fremme en positiv selvforståelse, styrke SOC og salutogen tenkning. Dette vil gi en høyest mulig emosjonell, psykologisk og sosial funksjon og velvære. Griffiths, Ryan og Foster (2011, s. 5) har forsket på Antonovsky's SOC-teori. De har brukt en kvalitativ

tilnærming som har vist at SOC-teorien kan benyttes til folks refleksjoner, hvordan de skal håndtere og tilpasse seg til de hverdagslige problemene de møter.

Empowerment handler om hvordan den enkelte eller gruppen kan ta kontroll gjennom å styrke og mobilisere egne krefter. Medvirkning kan bidra til styrke eller mobilisere pasientens egne krefter (Helse- og omsorgsdepartementet 2013, s. 16). På det individuelle nivået kan empowerment oppfattes som *utvikling av personens mestringsevne*. Talseth og Godager (2007) legger vekt på mestringsperspektivet og definerer empowerment slik: «Empowerment er den prosessen som er nødvendig for å styrke og aktivere menneskets evne til å tilfredsstille egne behov, løse egne problemer og skaffe seg nødvendig ressurser for å kunne ta kontroll over eget liv» (sitert i Kristoffersen, 2016, s. 352). Pasienter som har nyoppdaget hjertesykdom vil i den første tiden ha behov for å gjenvinne fysisk balanse og håndtere de psykiske reaksjonene. Det vil derfor være nødvendig for denne pasientgruppen å bruke empowerment til å øke mestringsevnen og styrke pasientens selvkontroll, kunnskap og ferdigheter (Eikeland et.al., 2016, s. 230).

2.2 Psykososiale reaksjoner etter hjerteinfarkt

Hjertesykdommer har alltid vært kombinert med faren for plutselig død, og i 2016 ble 11 401 pasienter rammet av akutt hjerteinfarkt (Ariansen et al., 2018). Når pasienter går gjennom en akutt og kritisk situasjon, som hjerteinfarkt, er det naturlig å reagere med redsel og dødsangst. Det er også normalt i en slik krisesituasjon å føle håpløshet og depresjon (Eikeland et.al., 2016, s. 229-230). Et hjerteinfarkt kan oppleves traumatisk for pasienten, fordi det oppstår ofte akutt og uforventet. Det oppstår brått og pasienten er ikke forberedt, dette kan skape bekymringer for fremtiden og redsel for å dø (Eikeland et al., 2016, s. 245).

Vanlige symptomer på angst er smerter, dyspné og annet ubehag. Det er individuelt hvordan personer reagerer på selve angstopplevelsen, det kan blant annet gi følelsen av tomhet eller sommerfugler i magen. Når angst oppstår vil den aktivere det sympatiske og det parasympatiske nervesystemet som vil gi en stressreaksjon. Dette vil medføre blant annet hjertebank, svetting, oppkast, diare og kvalme. Det er også normalt å få reaksjoner som sinne og aggresjon ved angstopplevelse. Disse reaksjonene kan være rettet mot dem selv eller mot andre (Eikeland et.al., 2016, s. 242). Opplevelsen av smerte og ubehag kan være meningsløst

og belastende for pasienten. Dette kan bli forsterket ved at pasienten ikke har kontroll over situasjonen og opplever da angst for det ukjente (Stubberud, 2013, s. 22).

En vanlig komplikasjon som oppstår av å være kritisk og akutt syk, er depresjon. Ved somatisk sykdom, kan depresjon komplisere sykdomsforløpet og øke mortaliteten. Depresjon kan deles inn i tre episoder, lett, moderat og alvorlig. Vanlige symptomer på depresjon er tretthet eller energitap, senket stemningsleie og interesseløshet. Diagnosen stilles ved at pasienten har minst to av grunnsymptomene i en periode på ca. 14 dager. Har pasienten tilleggssymptomer øker depresjonsdybden. Tilleggssymptomer kan være nedsatt hukommelse eller konsentrasjonssvikt, lite initiativ, skyldfølelse og forandret matlyst og søvn (Stubberud, 2013, s. 70-71).

2.3 Mestring og stress

Det helsefremmende perspektivet om hvordan helse blir til, salutogenese, er relevant for vår mestringsforståelse (Kristoffersen, 2016, s. 368). De tre komponentene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet henger sammen og påvirker hverandre. Antonovsky mener at hvis en person har høy begripelighet og meningsfullhet, vil dette øke motivasjonene til å søke etter mestringsressurser (Renolen, 2015, s. 173). Lazarus og Folkman (1984) definerer mestring som «kognitive og atferdsmessige tiltak for å klare indre eller ytre krav som overstiger personens ressurser» (sitert i Renolen, 2015, s. 169). Mestring er basert på læring, hvordan personer får nødvendig kunnskap og ferdigheter til å håndtere situasjoner som oppstår når kravet er større en personens ressurser (Kristoffersen, 2016, s. 260).

Stress kan være både positivt, *eustress*, og negativt, *distress*. Positivt stress kan oppleves behagelig og kan forberede kroppen på utfordringer som kommer. Negativt stress oppleves ubehagelig og er en tilstand hvor en opplever å bli utsatt for en belastende påkjenning over tid (Stubberud, 2013, s. 29). Antonovsky definerer stress slik «krav som det ikke finnes noe umiddelbar eller automatisk adaptiv respons på» (Antonovsky, 2012, s. 50). Negativt stress medfører fysiologiske og psykologiske reaksjoner som øker sårbarheten for å få sykdom, og som påvirker sykdomsforløpet og rehabiliteringsprosessen negativt. Symptomer som oppstår er økt puls, økt blodtrykk, respirasjonen blir hurtigere og dypere, redusert immunforsvar, økt muskeltonus og redusert spyttsekresjon (Stubberud, 2016, s. 29-30).

Når helsen svikter eller man blir utsatt for en stor påkjenning i livet, kan sosial støtte bety ekstra mye. Sosial støtte har minst to innfallsvinkler som beskriver begrepet: Den objektive tilgjengelige støtten, eksempel støtten fra familie og venner, og pasientens opplevelse av støtten. For den som er i en vanskelig situasjon vil sosial støtte være viktig, men det er forskjellig hvordan man føler nyttigheten av støtten. Vi kan dele støttemekanismer inn i tre deler: Den første er handgrikelig, støtten må oppleves riktig. Den andre er vurderingsstøtte, støtten som bidrar til å se situasjonen fra annen synsvinkel, og den tredje er emosjonell støtte, det å motta sympati, verdsettelse og følelsen av å være elsket eller opplevelsen av tilhørighet (Renolen, 2016, 175-176). Kvaliteten på sosial støtte er definert som en avgjørende mestringsressurs for positiv utvikling av SOC (Langeland, 2009, s. 1). I følge Langeland (2009, s. 5) hadde personer som opplevde høy grad av sosial støtte, også en tendens til å skåre høyt på SOC.

2.4.1 Lazarus og Folkman sin stressmestringsmodell

Lazarus og Folkmans stressmestringsmodell legger vekt på individets vurdering av situasjonen. Når vi står i en stressende situasjon, vurderer vi hvor farlig eller truende situasjonen er. Tanker om hvilke konsekvenser handlingen kan få og vår vurdering av hendelsen tas i betraktning. Vurderingen kan være automatisk og ubevisst, eller kan være veloverveid og bevisste. Videre vil man da prøve å mestre den stressende situasjonen. Mestringsprosessen er avhengig av hvordan vi tenker, handler og føler (Renolen, 2015, s. 169).

I følge Lazarus og Folkman finnes det to typer mestringsstrategier: problemfokuset og emosjonellfokuset mestringsstrategier. *Problemfokuserte mestringsstrategier* indikerer tiltak som fokuserer på problemløsning. Dette kan rettes både mot å endre ressursene ved å søke støtte og hjelp, endre rutiner, redusere ytre årsaker til stress eller endre livsstil. Denne mestringsstrategien kan være både uhensiktsmessig eller hensiktsmessig. For eksempel ved å innhente informasjon om en sykdom eller behandling kan være positiv, fordi man kan føle kontroll over situasjonen, men innhenter man for mye informasjon kan man skape en forvirring og usikkerhet og kanskje øke stressnivået. *Emosjonellfokuset mestringsstrategier* innebærer at vi prøver å endre de følelsesreaksjonene som oppstår ved stress. Kognitive strategier som å unngå informasjon eller situasjoner, selektiv oppmerksomhet eller distansering til situasjoner kan være eksempler på denne type mestringsstrategien. Andre former er medikamenter,

alkohol eller fysisk aktivitet, dette kan gjøre oss i stand til å mestre en livsendring. Emosjonellfokusert mestring er nyttig når man opplever en stor påkjenning. Mestringsstrategiene utfyller hverandre og er like sentrale for å mestre en traumatisk krise (Renolen, 2015, s. 169-171).

2.4 Veiledning og informasjon

I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2 skal pasienten ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

Begrepet informasjon har sammenheng mellom verbet *å informere*, som betyr å gi informasjon eller opplysninger til en annen om noe. Generelt er begrepet knyttet til forestillinger om mening, kunnskap, undervisning og kommunikasjon (Kristoffersen, 2016, s. 370). Det er viktig å gi tidlig informasjon og undervisning til pasienter som er i endringsprosessen. Denne prosessen er delt inn i faser: føroverveielses-, overveielses-, forberedelses-, handlings- og vedlikeholdsfasen. De fasene som kommer senere i endringsprosessen bør ha fokuset rettet mot oppmerksomhet på å hjelpe pasienten til å snakke om sine egne ressurser. Det å hjelpe pasienten å utforske sine egne ønsker og prioriteringer, og å lage konkrete planer for hvordan man skal gjennomføre en livsendrende situasjon vil også være nødvendig å ha fokus på (Kristoffersen, 2016, s. 370-371).

Pasienter som er i en kritisk og stressende situasjon kan ha problemer med å motta informasjonen og undervisningen som blir gitt. Selv om pasienten ikke tar opp all informasjonen blir det likevel anbefalt at man gir informasjonen tidlig, derfor er det veldig viktig å gjenta informasjonen til pasienten flere ganger. Det å få informasjonen individuelt først og deretter møte i grupper hvor andre har tilsvarende problemstilling har vist seg å være nyttig. Med tanke på at kvinner og menn har ulike symptomer vil det også være bra å individualisere informasjonen med hensyn til dette, slik at de kan søke lege dersom nye symptomer oppstår (Eikeland et.al., 2016, s. 251).

Undervisning og veiledning er svært nyttig for pasienter og pårørende som gjennomgår noe livsendrende. Undervisning vil i stor grad øke pasienter og pårørendes evne til å forstå deres sykdom. Pasienter som gjennomgår en livsendring vil ha behov for ny kunnskap og nye ferdigheter for å mestre denne situasjonen. Veiledning vil hjelpe pasienter og pårørende til å

klargjøre sine egne verdier og sette nye mål (Kristoffersen, 2016, s. 370). Netland, Fålun og Norekvål (2011, s. 1) forteller at informasjon ikke nødvendigvis bidrar til bedre sykdomsmestring og helse, men individuelle ressurser og subjektiv holdning har betydning for hvordan man opplever egen helse.

3. Metode

I følge Olav Dalland defineres metode som: «en systematisk fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander» (sitert i Støren, 2013, s. 38-39).

3.1 Litteraturstudie

I denne oppgaven skal jeg gjøre en litteraturstudie. En litteraturstudie går ut på å systematisere kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere innebærer at du skal skaffe deg overblikk over artiklene ved å søke, samle, vurdere og til slutt sammenfatte dem (Støren, 2013, s. 17). Hensikten med studiet er å gi leseren en god forståelse og oppdatert kunnskap som det problemstillingen omhandler, samtidig som en fremhever hvordan man har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 80).

For å gjennomføre en systematisk litteraturstudie er det vanlig å basere det på data fra primærkilder i form av vitenskapelige artikler eller rapporter. I følge Forsberg & Wengstörn (2008) må et slikt litteraturstudium ha følgende kriterier oppfylt: problemstilling, formål, søk, gjennomgang, analyse, diskusjon og konklusjon (sitert i Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 62).

I denne oppgaven presenteres det fem forskningsartikler, fire kvalitative og en kvantitativ forskningsartikkel. Kvalitative metodetilnærming går under den humanvitenskapelige, forstående kunnskapstradisjonen. Hensikten med dette er å få kunnskap om menneskets egenskaper og opplevelser, som meninger, tanker, erfaringer, motiver, forventninger og holdninger. Kvantitativ metodetilnærming går under den naturvitenskapelige forklarende kunnskapstradisjon. Hensikten med dette er å teste ut hypoteser og teorier for å vite hvordan flere forhold samsvarer og finne sammenhenger (Thidemann, 2015, s. 77-78). Videre i denne oppgaven vil jeg gjennomgå artikler som er benyttet, samt relevant litteratur for å besvare oppgavens problemstilling. Dette vil bli gjort ved bruk av primærlitteratur, sekundærlitteratur og egne erfaringer.

3.2 Søkeprosess

Søkeprosessen startet ved at jeg begynte å bruke høgskolen sine helsefaglige databaser som SveMed+, Cinahl, Pubmed og i tillegg til nettsiden sykepleien.no under emnet forskning. Jeg fikk dermed funnet noe gjennom pensum om temaet, men det har blitt benyttet en del

selvvalgt litteratur. Grunnen til dette er at pensum ikke tar for seg deler av tema i stor nok grad. Ulike søkeord som hjerteinfarkt, pasientopplevelse, erfaring, angst, depresjon, psykososiale reaksjoner ble tatt i bruk. Følgende ble engelske MeSH-termer tatt i bruk for å presiserer søket. De søkeordene var myocardial infarction or heart attack, after myocardial infarction, myocardial infarction, anxiety and depression, psych*, patient´s experience, coping strategies, recovery og information.

Forskningsartiklene som blir brukt i denne besvarelsen ble funnet i Cinahl. Under denne prosessen valgte jeg å lese overskrifter og abstrakter, for å få innblikk i hva artiklene handler om. Videre i søkeprosessen benyttet jeg sjekklister fra helsebiblioteket (2016) for kvalitetsvurdering. Artiklene som ble valgt måtte være relevante for å besvare min problemstilling, peer reviewed, ha pasientfokus og publisert etter 2014 (5 år gamle). De artiklene jeg har valgt har et pasientfokus og har vinklet temaet inn mot pasientens opplevelser og erfaringer. Jeg så etterhvert at det ble vanskelig å finne litteratur hvor det var et pasientfokus, jeg måtte derfor utvide årstallet artiklene var publisert. Siden grensen for artikler er 10 år måtte artiklene være 2009 eller nyere for at de skulle være relevante. Videre måtte jeg endre på avgrensningen om at pasienter som hadde vært gjennom sitt første hjerteinfarkt og symptomer etter det første året. Dette ble litt vanskelig og utvidet derfor avgrensningen til de som hadde hatt hjerteinfarkt for 2 år siden.

3.3 Søkehistorikk

Artikkel 1:

Database: Cinahl. Søket ble foretatt 22/2-19.

“The experiences of myocardial infarction patients readmitted within six months of primary percutaneous coronary intervention.”

(Iles-Smith, Deaton, Campbell, Mercer, & McGowan, 2017).

Tabell 1: Søkehistorikk nr. 1

Søk nr.	Søkeord	Inklusjonskriterier	Antall treff
S1	Myocardial infarction or heart attack		52 232

S2	Anxiety and depression		36 664
S3	Information		420 117
S4	S1 AND S2 AND S3		29
S5		År 2014 - 2019	11

På søk nr5 fikk jeg et resultat på 11 artikler. Jeg leste overskriftene og abstraktene, og valgte artikkel nr2. Jeg inkluderte denne artikkelen da den omhandler å utforske erfaringer med pasienter som er re-innlagt på sykehus på grunn av potensiell iskemisk hjertesykdom innen seks måneder etter PCI behandling. Grunnen til jeg inkluderte denne artikkelen er fordi den diskuterer årsakene til ny innleggelse igjen. Jeg ekskluderte de andre artiklene da de omhandlet andre diagnoser som eksempel hjertesvikt, og hadde ikke fokus på pasientens opplevelse.

Artikkel 2 og 3:

Database Cinahl. Søket ble foretatt 28/2-19

Artikkel 2:

“Perceived needs for attaining a 'new normality' after surviving myocardial infarction: A qualitative study of patients' experience.”

(Petriček, Buljan, Prljević, & Vrcić-Keglević, 2017).

Artikkel 3:

“A qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction.”

(Juneag, Asplund, & Svedlund, 2014).

Tabell 2: Søkehistorikk nr. 2 og 3

Søk nr.	Søkeord	Inklusjonskriterier	Antall treff
S1	After myocardial infarction		15 122

S2	Patients ´experiences		117 723
S3	Psych*		699 900
S4	S1 AND S2 AND S3		116
S5		År 2014 - 2019	26

På søk nr5 fikk jeg opp 26 artikler, jeg valgt å lese overskriftene og sammendragene til artiklene. Etter å ha lest gjennom alle valgte jeg to artikler, nr1 og nr14, fordi begge var relevante for å besvare min problemstilling. Artikkelen nr1 *“Perceived needs for attaining a 'new normality' after surviving myocardial infarction: A qualitative study of patients' experience.”* Handler om hvordan pasienter opplever det å gjennomgå et hjerteinfarkt og hvilke utfordringer de møter i prosessen med å godta situasjonen. Denne artikkelen ble undersøkt 2-5 år etter det første hjerteinfarkt. Jeg valgte å ta den med likevel, da den samsvarer med de andre artiklene og gir oss ny kunnskap om hvordan pasienter opplever hjerteinfarkt.

Artikkelen nr14 *“A qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction.”* Handler om å undersøke hvordan pasienter oppfatter de psykososiale konsekvensene av et akutt hjerteinfarkt, og om de hadde tilgang til støtte ett år etter hendelsen. Jeg valgte å ekskludere de andre artiklene da de utelukkende handlet om kvinner eller hadde et annet perspektiv i artikkelen som gjorde det irrelevant for problemstillingen.

Artikkel nr 4:

Database: Cinahl. Søket ble foretatt 6/3-19

“Perceptions of illness, lifestyle and support after an acute myocardial infarction.”

(Junehag, Asplund & Svedlund, 2014)

Tabell 3: Søkehistorikk nr. 4

Søk nr.	Søkeord	Inklusjonskriterier	Antall treff
S1	After acute myocardial infarction		6 712

S2	Experiences		281 674
S3	Rehabilitation		154 729
S4	S1 AND S2 AND S3		28
S5		År 2014 - 2019	2

På søk nr5 fikk jeg opp 2 artikler. Jeg leste overskrift og abstrakt på begge artiklene og valgte å gå for artikkel nr2. Denne artikkelen var relevant for å besvare min problemstilling fordi den handler om å beskrive individuelle oppfatninger av deres livsstil og støtte 1 år etter deres hjerteinfarkt. Årsaken til at jeg ekskluderte den andre artikkelen var fordi den omhandlet pasienter som var innlagte på sykehus.

Artikkel nr 5:

Database: Cinahl. Søket ble foretatt 11/3-19

“Biopsychosocial predictors of coping strategies of patients postmyocardial infarction.”

(Son, Friedmann, Thomas & Son, 2016)

Tabell 4: Søkehistorikk nr. 5

Søk nr.	Søkeord	Inklusjonskriterier	Antall treff
S1	Myocardial infarction or heart attack		52 436
S2	Coping strategies		11 832
S3	Recovery		81 484
S4	S1 AND S2 AND S3		14
S6		År 2009 - 2019	2

Etter søk nr6 fikk jeg 2 treff, jeg valgte å lese abstraktene på begge artiklene og valgte artikkel nr1. Jeg inkluderte denne artikkelen da denne var relevant for min oppgave. Artikkelen handler om sammenhengen mellom mestringsstrategier, angst og depresjon innenfor min pasientgruppe. Jeg ekskluderte den andre artikkelen fordi den hadde fokus på om

spørreskjema The General Coping Questionnaire (GCQ) var pålitelig for å måle pasientenes mestringsstrategier.

3.4 Kildekritikk

Vi kan si at kildekritikk handler om å bruke kilder på en reflektert og informert måte, grunnen er at forskerne skal i størst mulig grad kunne trekke holdbare konklusjoner. Vi skal ikke kritisere kilden i alminnelighet, men grave i den for å se hva man kan finne (Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015, s. 60).

Forskningsartiklene jeg har valgt forteller oss hva pasientene opplever etter et hjerteinfarkt og hva de sliter med etterpå. Dette gir oss et godt grunnlag for å drøfte ulike sider og gi en grundig konklusjon på oppgavens problemstilling. Den ene artikkelen skiller seg litt ut da den omhandler erfaringer til med pasienter som er re-innlagt på sykehus. Den anses som relevant allikevel fordi den fremmer pasienters opplevelse av et hjerteinfarkt, og gir kunnskap om hva en sykepleier bør vite om pasienten. To av artiklene har samme forfattere, men er fra forskjellige tidsskrifter. Jeg valgte å ta de med allikevel, fordi de begge er relevante for å besvare min problemstilling, til tross for at synspunktene kan bli ensformig med tanke på at det er samme forfatter. Dette vil ikke være av så stor betydning siden de omhandler forskjellige område.

3.5 Etiske vurderinger

Etiske overveielser handler om vurderinger i forhold til en handling, hvilke etiske utfordringer som oppgaver kan medføre og hvordan vi skal ivareta personvern (Dalland, 2017, s. 236). Jeg sørger for å ivareta pasientens personopplysninger og ikke bryte taushetsplikten. Jeg sørger for at etiske og juridiske retningslinjer i henhold til oppgaveskriving følges, og kilder som blir brukt i studien blir ikke plagiert.

4. Resultat

4.1 The experiences of myocardial infarction patients readmitted within six months of primary percutaneous coronary intervention.

(Iles-Smith, Deaton, Campbell, Mercer & McGowan, 2017)

Hensikten i dette studiet er å utforske erfaringer med pasienter som er re-innlagt på sykehus på grunn av potensiell iskemisk hjertesykdom innen seks måneder etter PCI behandling.

Dette er en kvalitativ studie hvor det ble brukt intervju til datasamling. Det ble intervjuet 25 deltakere som hadde hatt et hjerteinfarkt for seks måneder siden. Valget av deltakerne gikk ut på om pasientene hadde blitt re-innlagt siden deres første hjerteinfarkt etter seks måneder, og hvilke symptomer som hadde ført til dette. Studiet ble gjennomført i England og artikkelen er fra tidsskriftet *the Journal of Clinical Nursing*.

Funnene i studiet viser at vanskeligheter med å forstå symptomer på hjerteinfarkt og frykt for død skapte stor angst hos pasientene. Dette skapte forvirring blant deltakerne da de var usikre og engstelige over sykdommen. Dette medførte at deltakerne trodde de hadde et nytt hjerteinfarkt og søkte hjelp som resulterte med re-innleggelse. I tillegg har de lite forståelse for symptomene og sliter med å tolke dem. For å skape trygghet og forståelse hos pasientene er det svært viktig at sykepleierne gir tilstrekkelig med informasjon og forsikrer seg om at pasientene forstår det.

4.2 Perceived needs for attaining a 'new normality' after surviving myocardial infarction: A qualitative study of patients' experience.

(Petriček, Buljan, Prljević, & Vrcić-Keglević, 2017)

Formålet med denne studien er å undersøke opplevelser til pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt. Det vil bli undersøkt hvilke utfordringer de møter i prosessen med å godta situasjonen deres, og hvilke personlige mål pasientene setter seg.

Dette er en kvalitativ studie hvor det ble gjennomført semi-strukturerte individuelle intervjuer. Dette ble utført for å samle data og intervjuene ble transkribert. 32 pasienter ble intervjuet, men bare 30 av intervjuene ble brukt til analysen da de to ikke klarte å oppfylle

kvalitetskriteriene. Studiet foregikk i Kroatia og artikkelen er fra tidsskriftet *European Journal of General Practice*.

Etter dataanalysen ble det valgt tre hovedtemaer. De tre var: a good adaptation – the ‘new normality’, maladjustment – a continuous search for a ‘new normality’ og perceived needs in the search for a new normality. Før pasientene følte de kunne oppnå tilstanden til en *ny normalitet*, hadde de en trang til å oppfylle flere områder med behov. Disse behovene inkluderer å overvinne angst om mulig re-infarkt, skaffe seg kunnskap om hjerteinfarkt og spesielt om «mitt hjerteinfarkt». Andre behov er tidsbruk, tålmodighet og stabilitet, forbedring for både objektiv og subjektiv helsestatus, ta kontroll over sykdommen og leve i støttende omstendigheter. Etter en dramatisk livshendelse nådde de fleste pasientene i denne studien en tilstand av *ny normalitet*, mens svært få forble i tilstanden *maladjustment*. Pasientene klarte å overvinne sin angst, skaffet seg kunnskap og innså at tidsaspektet, tidsforløpet og tilstrekkelig med tid hadde stor betydning for å få kontroll over sykdommen.

4.3 A qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction.

(Junehag, Asplund, & Svedlund, 2014)

Formålet med dette studiet var å undersøke hvordan oppfatningene av de psykososiale konsekvensene av et akutt hjerteinfarkt var, og om de hadde tilgang til støtte ett år etter hendelsen.

Dette er en kvalitativ studie som intervjuet 20 deltakere som hadde opplevd sitt første hjerteinfarkt. Det var 14 menn og 6 kvinner som ble intervjuet ett år etter den kritiske livshendelsen. Studiet ble gjennomført i Sverige utenfor sykehuset og deltakerne bodde i tre tyntbefolkede fylker i midtlandet. Artikkelen er fra tidsskriftet *Intensive and Critical Care Nursing*. 11 deltakere ble tilbudt kontakt med en mentor, resten ble ikke. Hensikten med mentorskapet var å se om dette kunne gi en-til-en menneskelig støtte.

Funnene i studiet resulterte med tre temaer: ha et annet liv, leve med å håndtere situasjonen og ha tilgang til støtte. Under bedringsprosessen (recovery) opplevde flere av deltakerne psykososiale konsekvenser som angst og frykt for re-infarkt. De fleste verdsatte sin mentor

høyt og de som ikke hadde ønsket de hadde mottatt organisert støtte. Deltakerne var oftere misfornøyd enn fornøyd under oppfølgingen som ble gitt. Etter et hjerteinfarkt er oppfølging viktig, men den standardiserte informasjonen sykepleierne gir er utilstrekkelig. Studiet indikerer at hvilken oppfølging av helsetjenester utføres, og hvilken type informasjon som blir gitt påvirker bedringsprosessen til pasienten. Pasientene trenger hjelp under bedringsprosessen, slik at de kan håndtere hverdagen og eksistensielle kriser. Funnene viser at pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt har en betydelig positiv effekt av å møte andre med samme erfaring og bli tilbudt støtte.

4.4 Perceptions of illness, lifestyle and support after an acute myocardial infarction.

(Junehag, Asplund & Svedlund, 2014)

Formålet med denne studien var å beskrive individuelle oppfatninger av deres livsstil og støtte et år etter gjennomgått hjerteinfarkt, med eller uten mentorskap. Dette er en kvalitativ studie og er basert på individuelle intervjuer. 20 pasienter ble inkludert i denne studien. Pasientene er fra midt- og nord-Sverige, og alle kom fra tynt befolkede fylker. 11 pasienter fikk en mentor, mentoren måtte bo i nærheten, være samme kjønn og ca. like gamle. Artikkelen er fra tidsskriftet: *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.

Hovedfunnene i studiet viser at deltakerne følte tretthet og hadde fysiske begrensninger for en liten tid under recoveryprosessen. De fikk innblikk i situasjonen deres og hadde forandret noen livsstilsvaner for å bli sunnere. Det er usikkert i studiet om mentor hadde påvirkning av pasientenes oppfatninger det første året, men var en verdifull støtte for de fleste, og alle deltakerne hadde en positiv innstilling til fremtiden. I denne studien bor pasientene et stykke borte fra sykehus, noe som gjør det vanskelig å ta del i rehabiliteringsprogrammer.

De fleste pasientene hadde endret livsstil og oppfattet den nye hverdagen som både positiv og negativ. Noen hadde kommet tilbake til gamle vaner og hadde funnet det vanskelig å endre livsstil. Studiet viser at pasientene sluttet å praktisere den nye livsstilsvanen, fordi de miste motivasjonen til å fortsette videre. Det å ha overlevd en traumatiserende og kritisk situasjon, kan bidra til mangel på motivasjon til endring. De som hadde livsstilsendringer var klar over betydningen av en forebyggende livsstil. Studiet viser at den største begrensningen pasientene

opplevde hadde vært deres sosiale liv, dette var en bekymring fordi positiv holdning spiller stor rolle for trivsel og bra livskvalitet.

4.5 Biopsychosocial predictors of coping strategies of patients postmyocardial infarction.

(Son, Friedmann, Thomas & Son, 2016)

Formålet med denne studien var å undersøke hvordan de biopsykososiale variablene bidrar til å fremme mestring hos pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt. I denne kvantitative studien ble 460 pasienter inkludert. Pasienter fra Australia, Canada, New Zealand og USA ble invitert til å delta i studiet og artikkelen er fra tidsskriftet *International Journal of Nursing Practice*.

Hvordan vi bruker ulike mestringsstrategier for å håndtere stress eller andre livsendringer er opp til hvert enkelt individ. Vi er alle ulike og opplever kritiske situasjoner forskjellig. Når pasienter kommer hjem opplever de fleste frykt, skyldfølelse, fornektelse eller tap av deres tidligere livsstil. Det har blitt informert om at pasientene har behov for langvarig medisiner og livsstilsendringer. Den biopsykososiale modellen innebærer at biologiske, psykologiske og sosiale faktorer er sammenhengende, og alle er knyttet til håndtering av mestringsstrategier. Modellen består av alder, kjønn, tid siden hjerteinfarkt, psykososiale reaksjoner som angst og depresjon, sosiale faktorer som sosial støtte, om de er fornøyd med mengden, utdanning, jobbsituasjon og sivilstatus. Det ble brukt forskjellige måleverktøy i denne studien for å indentifisere mestringsstrategier, angstnivå, depressive symptomer og sosial støtte. De verktøyene som ble brukt i studiet er Stat/Trait Angst Inventory (STAI), Beck Depression Inventory II (BDI-II), The Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scale (FCOPES) og The Social Support Questionnaire.

Artikkelen konkluderer med at de biopsykososiale faktorene spilte en liten rolle, men er betydningsfull i mestringsstrategiene for FCOPES skalaen. Mengden og tilfredsheten med sosial støtte var den eneste betydningsfulle forventingen for at pasientene skulle klare å håndtere justeringer for de andre biopsykososiale faktorene. For pasienter som hadde lite sosial støtte og var misfornøyd med den sosiale støtten, viste større bruk av passive mestringsstrategier og søkte mindre åndelig støtte. De angstfulle pasientene brukte mindre

mestringsstrategier der en kan indentifisere stressende hendelser. Angstfulle og engstelige pasienter er ofte stresset, og de kan oppleve vanskeligheter med å definere problemer positivt. Sykepleiere bør ha et fokus på at pasientens mestringsstrategier må tas hensyn til ved utskrivning fra sykehus.

5. Drøfting

5.1 Pasientinformasjon

I de forskjellige studiene som er gjort kan vi se at flere pasienter opplever for lite informasjon angående sin sykdom. Studiet til Iles-Smith et al. (2017, s. 3515) undersøker om pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt har vanskeligheter med å gjenkjenne symptomer på dette. Dette resulterer i at pasienter får angst og mistolker disse symptomene, pasientene vil dermed søke hjelp. Pasientene i studiet opplever engstelighet og angst med hensyn til symptomene, og krever økt informasjonsbehov. De trenger større kunnskap om symptomene og generelt om sykdommen. I følge Petriček et al. (2017, s. 38) uttrykte pasientene to typer informasjonsbehov. Det første var behov for generell kunnskap om hjerteinfarkt. Dette innebærer årsaker, sykdomsforløp, kurs, mulige komplikasjoner, behandlinger og hvordan en kan mestre hverdagen ved selvhjelpsrutiner. Det andre var spesifikk kunnskap om «min sykdom» eller «mitt hjerteinfarkt». Pasientene uttrykte behov for refleksjon, de trengte å bli kjent med sin «nye fysiske kropp», symptomer, hvordan man forebygger eller reduserer dem. Spesielt ville pasientene vite hvordan en kan skille symptomer forbundet med hjerteinfarkt fra andre årsaker.

Junehag et al. (2013, s. 295) mener pasienter ikke skal bli begrenset av bekymringer når det eksisterer kunnskap om hvordan et hjerteinfarkt påvirker et menneske. I artikkelen blir det presentert at de tror det er mangel på informasjonen som blir gitt på sykehuset, og eventuelt at pasientene blir sendt hjem for tidlig. Kristoffersen (2016, s.370) påpeker at det er relevant å gi informasjon og undervisning til pasientene tidlig. På den ene siden er pasienten i en stressende situasjon, og det kan være at pasienten ikke klarer å motta den informasjonen sykepleieren gir. Dette kan medføre at pasienten blir sendt hjem uten å ha tilstrekkelig forståelse for informasjonen som ble gitt. På den andre siden kan det være at den viktige informasjonen ikke blir gitt, eller at sykepleieren tror at informasjonen ble mottatt og at pasienten har fått all informasjon som trengs. Jo tidligere informasjonen gis, desto mindre vil pasienten oppfatte. Det blir likevel anbefalt at informasjonen gis tidlig, men at sykepleiere må gjenta den ofte (Eikeland et al., 2016, s. 251).

I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999) § 3-2 skal pasienten ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Når pasientene fokuserer mye på symptomer på et nytt hjerteinfarkt eller tror hver minste

muskelrykning er et symptom, har de ikke fått nok informasjon av sykepleierne. Sykepleiere bør derfor tilpasse helsesamtalen til pasientene slik at de får en god forståelse, som trolig vil bidra til å øke pasientens health literacy (Jenum & Pettersen, 2018). Netland, Fållun & Norekvål (2011, s. 1) mener at nødvendig informasjon betyr at man må tilpasse seg etter hvert enkelt individ. De opplever at informasjonen som blir gitt handler om å redusere risikofaktorer og forebygge re-infarkt. Likevel er det ikke vedtatt at informasjonen i seg selv bidrar til bedre helse og sykdomsmestring, dette er med tanke på at livsendring er komplisert og kunnskapsformidling har en begrensende effekt. Videre er strukturert informasjon, undervisning og veiledning viktige intervensjoner i hjerterehabiliteringsprosessen, og starter når pasienten er innlagt etter et hjerteinfarkt. Dette medfører at pasienten skal mestre livsstilsendringer, både fysiske og psykiske faktorer (Kristoffersen, 2016 ,s. 274-275).

I studiet til Close (sitert i Grønnestad & Blystad, 2004, s. 4) viste det seg at mellom 57% og 69% av pasientene var misfornøyde med informasjonen de fikk. Det var bare 47% av pasientene ved norske sykehus som var fornøyde og følte de fikk den viktige informasjonen de trengte. Han sier også at informasjonsbehovet til pasientene ble undervurdert av sykepleierne. Grunnene til dette kan være at pasientens utdanning, status og sosial klasse kan være et hinder ved informasjonsformidlingen. Grønnestad og Blystad (2004, s. 5) sier at informasjon gir trygghet i forhold til spørsmål om sykdom, prognose og helsetilstand. Videre forteller pasientene at opplevelsen av å ha kunnskap fjerner engstelse og usikkerhet.

Funnene i studiet til Iles-Smith et al. (2017, s. 3515) antyder at angst for symptomer og frykt for død var hovedårsakene til re-innleggelser. Pasientene forteller at usikkerheten og angsten for symptomene oppsto på grunn av vanskeligheter med å forstå om det var ett nytt hjerteinfarkt eller ikke. På den ene siden kan dette påvirke tanken på et nytt hjerteinfarkt, pasientene stresser angsten og utvikler en negativ følelse. Angsten øker symptomene og blokkerer deres forsøk på tilpassing (Petriček et al., 2017, s. 38). Angst oppstår når viktige behov blir truet, som når en blir livstruende syk. Angst kan oppleves alt fra ukontrollert panikk til sommerfugler i magen (Eikeland et.al., 2016, s. 242). Til tross for at de fleste opplever angst og/eller depresjon etter et hjerteinfarkt er det på den andre siden ikke sagt at alle som har gjennomgått et hjerteinfarkt vil oppleve psykososiale reaksjoner i ettertid. Som Petriček et al. (2017, s. 41) påpeker var det flere som klarte å finne «nye normalitet» ved å skaffe seg kunnskap om hjerteinfarkt og spesielt kunnskap om «sitt hjerteinfarkt». I tillegg viser studiet til Junehag et al. (2014, s. 28) at noen pasienter unngikk å snakke om sitt

hjerterinfarkt, noe forskerne tror kan være på grunn av fornektelse eller tegn på indre styrke. En i familien min fortalte at han ikke hadde noen form for angst eller depresjon etter hjerterinfarkt, han sluttet å røyke, endret kostholdet og begynte å leve et *nytt liv*.

Eikeland et al. (2016, s. 242) påpeker at man vil reagere ulikt på angst. Angst oppstår plutselig og aktiverer det sympatiske og parasympatiske nervesystemet, som vil gi en stressreaksjon. Symptomer som vil oppstå er hjertebank, svetting, kvalme og dyspné. For mennesker som nylig har gjennomgått et hjerterinfarkt, kan hver enkelt følelse på kroppen oppleves som farlig. Dette er noe flere av mine familiemedlemmer har fortalt, frykt og redselen for å få et nytt hjerterinfarkt var belastende. De var alltid på vakt og kjente etter symptomer. En mulig årsak til dette kan være stereotypisering, da vi som mennesker i dagens samfunn leser og hører bare det som er *mest alvorlig*. Historisk sett ble også et hjerterinfarkt sett på som noe svært alvorlig med langsiktige helsekonsekvenser. Pasienter var lengre inne på sykehuset, med veldig strenge sengeregimer, intravenøse infusjoner og kontinuerlig overvåking (Iles-Smith et al., 2017, s. 3515). Videre i artikkelen står det at prosedyrer, hendelser og behandlinger gikk ikke etter pasientens forventninger, dette var fordi pasienten hadde tilpasset seg stereotypiske symptomer fra media eller andre slektninger som hadde tidligere hjerterinfarkt (s. 3513). Det er normalt å bli påvirket av andres erfaringer og meninger. Dette vil være med å påvirke pasientenes følelser av situasjonen og kanskje gjøre at pasienten automatisk begynner å «krisemaksimere».

Bakgrunnen til at folk reagerer forskjellig, kan ha noe med menneskers health literacy. På den ene siden kan de som reagerer med angst, depresjon eller frykt ha lav health literacy. Grunnen til dette kan være at de ikke har nok kunnskap eller forståelse om denne sykdommen. På den andre siden kan de som ikke reagerer med angst, depresjon eller frykt ha en høy health literacy, da de har mer kunnskap og forståelse for sykdommen. Likevel kan det være at de som reagerer med angst har nok kunnskap, men samtidig er redd da de vet at hjerterinfarkt er en alvorlig sykdom. En annen årsak kan være at det kom uforventet, noe som kan medføre at en innser at kroppen ikke er så *frisk* som man skulle tro.

5.2 Mestringsstrategier hos pasientene

Hvert enkelt menneske er ulikt, og det er derfor naturlig at mennesker bruker forskjellige mestringsstrategier. I følge Lazarus og Folkman (1984) definerer de mestring som «kognitive

og atferdsmessige tiltak for å klare indre eller ytre krav som overstiger personens ressurser» (sitert i Renolen, 2015, s. 169). Lazarus og Folkmans stressmestringsmodell legger vekt på individets vurderinger av situasjonen. Likevel mener Antonovsky at begrepet salutogenese er essensielt for å forstå mestring, da salutogenese hjelper oss til å fokusere på mestringsressurser isteden for stressfaktorene (Antonovsky, 2012, s. 36-37; Kristoffersen, 2016, s. 368). I Antonovskys teori om helsens opphav med utgangspunkt i stressfaktorer, påpeker han at stress er et naturlig fenomen i menneskets liv, og kan være potensielt helsefremmende (Renolen, 2015, s. 172). Dette kan påvirke hvordan mennesker reagerer og utfører handlinger under en stressende situasjon. Videre kan vi se på Antonovskys begrep SOC, hvor han påpeker at pasienter som har gjennomgått en kritisk livssituasjon og samtidig har god helse har høy SOC (s. 173). Når en pasient har høy SOC, vil vedkommende klare å skape en høyere motivasjon og en positiv holdning til sykdommen. De som da har lav SOC, vil dermed ha mindre motivasjon og se mer negativt på sykdomsforløpet.

Stressmestringsmodellen kan deles inn i to ulike typer: problemfokuset og emosjonellfokuset. Å bruke problemfokusede mestringsstrategier omhandler å ta i bruk tiltak som fokuserer på problemløsning, som eksempel søke sosial støtte, endre livsstil, endre rutiner og lære ny kunnskap (Renolen, 2015, s. 169-170). Å være i en stressende situasjon, samt være preget av angst kan påvirke hvilke mestringsstrategier du nyttes av. Dette fremhever Son et al. (2016, s. 496) da pasienter som var preget av angst og/eller depresjon, tok i bruk sjeldnere mestringsstrategier og brukte oftere passive mestringsstrategier. Med et empowerment-perspektiv kan sykepleiere hjelpe pasientene å mobilisere og styrke individets egne krefter (Eikeland et.al., 2016, s. 230). I yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk sykepleierforbund, 2016, s. 2). For en sykepleier vil det dermed være essensielt å vite hvordan hvert enkelt individ håndterer stressende situasjoner. På bakgrunn av dette kan vi se at flere pasienter som opplever angst og/eller depresjon vil ha en lav SOC og redusert motivasjon, som vil bidra til mindre bruk av mestringsstrategier. Til tross for dette er det nødvendig at sykepleiere har nok kunnskap om denne pasientgruppen, slik at vi kan hjelpe å skape trygghet og motivasjon.

Å bruke emosjonellfokusede mestringsstrategier tar for seg å endre følelsesreaksjonene i en stressende situasjon, som for eksempel kognitive strategier som forsøker å dempe det følelsesmessige ubehaget (Renolen, 2015, s. 170). Dette kommer frem i forskningen til Petriček et al. (2017, s. 38) da pasienter opplever å mestre sykdommen etter bruk av kognitive

mestringsstrategier. Pasientene understrekker at betydningen av kognitive mestringsstrategier hadde stor påvirkning for å håndtere det følelsesmessige aspektet. En mulig årsak til at de føler kognitive mestringsstrategier har stor effekt kan være på grunn av de får en større forståelse for deres sykdom. Tidligere har vi sett at pasienter er misfornøyd med den informasjonen de får, kognitive mestringsstrategier kan dermed være med på å gi pasientene mer kunnskap. Hvis vi ser dette fra en annen vinkel kan kognitiv mestringsstrategi være negativt, da de kan få et annet syn på sykdommen som kan skape forvirring og engstelse. Tanken bak dette er at hvis pasientene får for mye informasjon kan man få en følelse av å miste kontroll over situasjonen, dette kan skape usikkerhet og kanskje øke stressnivået (Renolen, 2015, s. 170).

Vi kan ta i betraktning at den mest effektive mestringsstrategien i følge pasientene i artiklene er sosial støtte. Junehag et al. (2014, s. 295) påpeker at sosial støtte og fysisk aktivitet har god psykisk og fysisk påvirkning. Pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt forteller at det føltes godt å ha familie i nærheten, de som hadde mentorer i tillegg var usikre på hva som var den beste støtten. I artikkelen til Petriček et al. (2017, s. 40) kommer det også frem at pasientene trengte støtte fra familie og venner, de ville helst ha støtte av familien deretter helsepersonell. Når helsen svikter og livet plutselig får en stor omvending, kan sosial støtte bety ekstra mye. Sosial støtte har minst to innfallsvinkler; objektiv støtte, for eksempel støtte fra familie og venner, og pasientens opplevelse av støtten (Renolen, 2016, 175). I artikkelen til Langeland (2009, s. 1) påpeker hun at kvaliteten på den støtten pasienten opplever er en avgjørende mestringsressurs for en positiv utvikling av SOC, og Langeland (s. 5) forteller at pasienter som opplever mye og god sosial støtte også skårer høyt på SOC.

5.3 Tidslinjen etter hjerteinfarkt

I følge Grace et al. (2004, 2005) og Roest et al. (2010) mener de at det ikke er uvanlig å få angst eller depresjon etter et hjerteinfarkt. I artiklene viser de at en tredjedel av pasientene opplever angst (32%) og depresjon (30%) etter et hjerteinfarkt (siteret i Iles-Smith et al., 2017, s. 3512). Forskning viser at mange opplever angst og/eller depresjon i ulik grad etter en kritisk livshendelse. I studiet til Junehag et al. (2014, s. 23) kommer det til uttrykk at mange mennesker som har gjennomgått et akutt hjerteinfarkt opplever høyt nivå av følelsesmessig angst og frykt. Hovedfunnet i artikkelen er at alle pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt, vil på et tidspunkt under recoveryprosessen oppleve psykososiale konsekvenser,

spesielt angst og frykt for å bli rammet på nytt (s. 27). I studiet til Petriček et al. (2017, s. 38) forteller pasientene at tilstrekkelig med tid var betydningsfullt, etterhvert som tiden gikk fikk de tid til selvrefleksjon og lærte å leve med sykdommen.

I flere av studiene blir det påpekt at tiden etter hjerteinfarkt er viktig. De fleste pasientene i studiet til Junehag et al. (2014, s. 294-295) forteller at de hadde reflektert over situasjonene de var i, og hadde dermed innført en sunnere livsstil. Det var flere pasienter som prøvde livsstilsendringer, men til syvende og sist kom tilbake til gamle vaner da de synes det ble *kjedelig*, samt mistet motivasjon til å fortsette. Hvor lang tid det tar å overvinne angsten avhenger av hvert enkelt individ, mennesker er forskjellige og noen trenger lengre tid enn andre. I studiet til Son et al. (2016, s. 500) og Junehag et al. (2014, s. 28-29) påpeker de at pasientene trengte sosial støtte, mentorer og fysisk aktivitet, dette var viktige faktorer som hjalp dem til å mestre og akseptere sykdommen. Videre var det flere av pasientene som trengte å snakke med andre mennesker som hadde gjennomgått det samme.

Hvordan pasientens holdning er spiller en sentral rolle. Holdningene kan påvirke hvordan pasientene reagerer i situasjonen. Vi kan se dette gjennom begrepet begripelighet og håndterbarhet. Dersom pasienten forstår situasjonen og informasjonen som blir gitt, samt bearbejder sorgen og har kontroll på situasjonen, vil pasienten ha høy SOC i følge Antonovsky (2012, s. 39-41). Det vil dermed være lettere for pasienten å opprettholde en positiv holdning, samt oppleve hverdagen lettere med redusert angst og depresjon. Likevel klarer ikke alle pasienter å ha en positiv holdning, noe som kan medføre et negativt syn på helsen og hverdagen kan bli mer preget av psykososiale reaksjoner. Dersom pasientene har negativ holdning, kan det være vanskeligere å akseptere at man må leve med sykdommen. Det kan også medføre at pasientene ikke klarer å overvinne de psykososiale reaksjonene, som kan føre til at pasienten ikke klarer å mestre situasjonene som kan oppstå og hverdagen blir vanskeligere.

Vi må ta i betraktning at kvinner og menn er forskjellige, det vil derfor være naturlig at de reagerer på forskjellig måte under stressede situasjoner. På bakgrunn av dette kan man få både positive og negative oppfatninger etter et hjerteinfarkt. Junehag et al. (2014, s. 289) mener at positive erfaringer kan oppnås ved å være takknemlig for livet, som kan være motiverende. Negative erfaringer kan være at pasientene får mindre trivsel, som kan føre til flere symptomer. Å oppleve positive erfaringer etter et hjerteinfarkt, vises i studiet til både Petriček

et al. (2017, s. 40-41) og Junehag et al. (2014, s. 27) hvor pasientene opplever en bedre helse og følelsen av at de fungerer i hverdagen. Videre har hjerteinfarkt gitt pasientenes liv en ny mening. En mulig årsak til at de føler positive opplevelser etter hjerteinfarkt kan være at de har en positiv holdning. Positiv holdning kan bidra til redusert symptomer på angst og depresjon, som kan gjøre at hverdagen ikke blir dominert av de psykososiale reaksjonene og skape en bedre livskvalitet. Dette er noe vi kan se i artikkelen til Griffiths, Ryan og Foster (2011, s. 5), hvor de har vist at SOC-teorien gir pasienter mer tid til refleksjon. Dersom pasientene benytter seg av selvrefleksjon vil det være lettere å tilpasse seg og håndtere hverdagslige problemer.

6. Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke hvordan pasienter opplevde de psykososiale reaksjonene, som angst og depresjon, etter et hjerteinfarkt. Ved bruk av forskningsstudier og faglitteratur har jeg drøftet og konkludert med at et flertall av pasientene opplever angst og/eller depresjon etter et hjerteinfarkt. Funnene viser at informasjon, sosial støtte og tiden etter et hjerteinfarkt er viktige faktorer som danner grunnlaget for å redusere angst og depresjon hos pasientene. Som sykepleier er det viktig å informere om reaksjoner og komplikasjoner som er vanlig å oppleve etter et hjerteinfarkt, dette vil forberede pasienten på hva som kan møtes etter hjemkomst. Funnene viser også at pasientene uttrykker behov for mer informasjon angående symptomer. Videre trenger de mer kunnskap om hvordan man kan skille mellom symptomer og et nytt hjerteinfarkt. Forskning viser dessuten at sykepleiere må ta hensyn til pasientens mestringsstrategier etter utskrivning. Ved å kartlegge pasientens mestringsstrategier vil en se hvordan pasientene reagerer og mestrer ulike påkjenninger.

Sosial støtte viser seg å være en viktig faktor for pasientenes mestringsevne. Det er ikke alle som har familie eller nære venner. Sykepleiere kan da legge til rette slik at de kommer i kontakt med andre i tilsvarende situasjon. Funnen viser at de fleste pasientene som fikk en mentor var veldig fornøyd. Oppsummert kan vi se at noen pasienter opplevde en positiv opplevelse etter et hjerteinfarkt, fordi de følte livet hadde en «ny mening». Dette skaper motivasjon til å utøve livsendrende tiltak. Videre viser funnene at høy skår av SOC vil være med på å bidra til høyere motivasjon og skape en positiv holdning under sykdomsforløpet. Dette vil hjelpe pasientene å overkomme angst og depresjon, samt leve videre med sykdommen. Vi kan konkludere med at tidslinjen er essensiell for at pasientene skal få kontroll over sykdommen og overkomme angsten, funnene viser at pasientene lærte å leve med sykdommen og fikk tid til selvrefleksjon. Sykepleiere har et ansvar til å oppmuntre pasienter som har mistet håp og motivasjon. Manglende kunnskap og erfaring angående denne pasientgruppen, kan bidra til at sykepleiere ikke klarer å ivareta pasientene.

For å kunne følge opp pasientene må vi ikke glemme at de tilhører den Norske helsetjenesten, dette fører til at det er viktig å følge opp pasientene dersom de skulle ha behov for hjelp eller mer informasjon. For å kunne hjelpe mennesket kreves det at sykepleiere har økt kunnskap, kompetanse og erfaring. Det vil si at økt kunnskap og kompetanse om denne pasientgruppen vil bidra til bedre helsehjelp og til at pasientene søker nye mestringsstrategier. Sykepleiere

kan i samarbeid med lege, henvise pasienten til hjertepoliklinikk for videre oppfølging. Dersom angst eller depresjon preger hverdagen til pasienten, kan sykepleiere også råde pasienter til kognitiv terapi.

7. Bibliografi

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium – Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ariansen, I., Selmer, R., Graff-Iversen, S., Egeland, G.M. & Sakshaug, S. (2018). Hjerter- og karsykdommer i Norge. *Folkehelseinstituttet*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P.A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. Utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eikeland, A., Stubberud, D.G. & Haugland, T. (2016). Sykepleie ved hjertesykdommer. I D.G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.). *Klinisk sykepleie 1*. (5. Utg., s. 229-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Griffiths, C., Ryan, P., & Foster, J. (2011). Thematic analysis of Antonovsky's sense of coherence theory. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(2), 168-73. Doi: 10.1111/j.1467-9450.2010.00838.x
- Grønnestad, B., & Blystad, A. (2004). Pasienters opplevelse av informasjon i forbindelse med en operasjon. — En kvalitativ studie. *Vård I Norden*, 24(4), 4-8. Doi: 10.1177/010740830402400402
- Helsebiblioteket. (2016, 3 juni). Sjekklister. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Folkehelsemeldingen: God helse – felles ansvar*. (Meld. St 34 2012-2013). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-34-20122013/id723818/sec1?is=true&q=>
- Iles-Smith, H., Deaton, C., Campbell, M., Mercer, C., & McGowan, L. (2017). The experiences of myocardial infarction patients readmitted within six months of primary percutaneous coronary intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21-22), 3511-3518. Doi: 10.1111/jocn.13715
- Jenum, A.K. & Pettersen, K.S. (2018, 26. oktober). Hva betyr lav «health literacy» for sykepleierne helsekommunikasjon? Doi: 10.4220/sykepleienf.2014.0145
- Juneag, 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: 10.1016/j.iccn.2013.07.002
- Juneag, L., Asplund, K., & Svedlund, M. (2014). Perceptions of illness, lifestyle and support after an acute myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), 289-296. Doi: 10.1111/scs.12058
- Kristoffersen, N.J. (2016). Helse og sykdom – utvikling og begreper. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G.H. Grimsbø (red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. (3. Utg., s. 29-83). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N.J. (2016). Stress og mestring. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G.H. Grimsbø (red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 3*. (3. Utg., s. 237-288). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N.J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G.H. Grimsbø (red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 3*. (3. Utg., s. 15-76). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N.J. (2016). Å styrke pasientens ressurser – sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G.H. Grimsbø (red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 3*. (3. Utg., s. 349-400). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Langeland, E. (2009, 8. desember). Betydning av salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. Doi: 10.4220/sykepleienf.2009.0143

- Netland, H., Fållun, N. & Norekvål, T.M. (2018, 7. april). Samtaler kan styrke hjertepasienten. Doi: 10.4220/sykepleiens.2011.0060
- Norsk sykepleierforbund (2016). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet 10. april 2019 fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettighetslover (LOV-1999-07-02-63) Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Petriček, G., Buljan, J., Prljević, G., & Vrcić-Keglević, M. (2017). Perceived needs for attaining a 'new normality' after surviving myocardial infarction: A qualitative study of patients' experience. *European Journal of General Practice*, 23(1), 35-42. Doi: [10.1080/13814788.2016.1274726](https://doi.org/10.1080/13814788.2016.1274726)
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker – innføring i psykologi for helsefag*. (2. Utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Son, Heesook, Friedmann, Erika, Thomas, Sue A, & Son, Youn-Jung. (2016). Biopsychosocial predictors of coping strategies of patients postmyocardial infarction. *International Journal of Nursing Practice*, 22(5), 493-502. Doi: 10.1111/ijn.12465
- Stubberud, D.G. (2013). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.G Stubberud. (red.). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. (1. Utg., s. 13-37)
- Stubberud, D.G. (2013). Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov. I D.G Stubberud. (red.). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. (1. Utg., s. 66-105)
- Støren, I. (2013). *Bare søk! : Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier*. (2. Utg.). Oslo: Cappelen Damm.
- Sørensen Kristine, Van Den Broucke Stephan, Fullam James, Doyle Gerardine, Pelikan Jürgen, Slonska Zofia, & Brand Helmut. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80. Doi: 10.1186/1471-2458-12-80
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- World Health Organization. (2016). Cardiovascular diseases. Hentet 21. Mars 2019 fra: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/