



# Høgskulen på Vestlandet

## Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKSB3001-PRO-1-2021-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	22-02-2021 09:00	<b>Termin:</b>	2021 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	21-04-2021 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave )		
<b>SIS-kode:</b>	203 SYKSB3001 1 PRO-1 2021 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	229
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	8973
----------------------	------

Egenerklæring \*: Ja

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 autalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Livet etter hjerteinfarkt

Life after myocardial infarction

**Kandidatnummer: 229**

Bachelor i sykepleie, Stord

Fakultet for helse- og omsorgsvitenskap

Veileder: Oda Karin Nordfonn

Innleveringsdato: 21. april 2021

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, § 12-1.

# Livet etter hjerteinfarkt

- Psykososiale behov og sykepleierens rolle

*«En hjertediagnose utelukker ikke at livet  
kan leves og nytes i fulle drag»  
(Mæland, 2006, s. 12)*

**Bacheloroppgave i sykepleie  
Høgskulen på Vestlandet, Campus Stord  
Kull 2018**

**Innleveringsdato: 21.04.2021**

**Antall sider: 43**

**Antall ord: 8973**

## **Sammendrag**

**Tittel:** Livet etter hjerteinfarkt.

**Bakgrunn for valg av tema:** Hjerte- og karsykdommer er fortsatt en av de vanligste dødsårsakene i Norge, og hjerteinfarkt forbindes derfor ofte med døden. Ettersom det er en slik akutt og kritisk sykdom er det vanlig å oppleve ulike psykososiale reaksjoner i ettertid, som blant annet angst og depresjon. Tidlige og tilrettelagte intervensjoner står derfor sentralt for sykepleie for å forebygge og mestre psykososiale reaksjoner etter gjennomgått hjerteinfarkt.

**Problemstilling:** Hvordan kan sykepleie bidra til mestring av psykososiale reaksjoner etter hjerteinfarkt?

**Hensikt:** Hensikten er å undersøke hvordan sykepleie kan bidra til å fremme mestring av psykososiale reaksjoner hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt.

**Metode:** Litteraturstudie er brukt som fremgangsmåte, hvor forskningsstudier og faglitteratur blir belyst og drøftet opp mot oppgavens problemstilling.

**Resultat:** Funnene fra de ulike forskningsartiklene viser at tidlig og tilrettelagte intervensjoner er viktig i behandlingsforløpet ved hjerteinfarkt. Slike intervensjoner er med å forebygge psykososiale påkjenninger som kan oppstå etter hjerteinfarkt, samtidig som det legger til rette for mestring hos pasienten. God informasjon og kunnskap rundt sykdommen og eventuelle reaksjoner som kan oppstå etter, blir tatt opp som et sentralt element for pasientens mestring av psykososiale reaksjoner.

**Konklusjon:** Flertallet av pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt opplever psykososiale reaksjoner i ettertid. Tilstrekkelig med informasjon og valg av mestringsstrategier danner grunnlaget for å redusere slike psykososiale påkjenninger.

**Nøkkelord:** Hjerteinfarkt, psykososiale behov, mestring, informasjon.

## **Summary**

**Title:** Life after myocardial infarction

**Background:** Cardiovascular disease is still one of the most common causes of death in Norway, and a myocardial infarction is often associated with death. As it is such an acute and critical disease it is common to experience various psychosocial reactions, such as anxiety and depression. Early and adapted interventions are therefore essential in nursing to prevent and handle psychosocial reactions after a myocardial infarction.

**Problem:** How can nursing help patients cope with psychosocial reactions after a myocardial infarction?

**Purpose:** The purpose is to investigate how nursing can help coping with psychosocial reactions when it comes to patients who have suffered a myocardial infarction.

**Method:** Study of literature is used as a method, where science research studies and academic literature are explained and discussed in relation to the topic of the study.

**Results:** The findings from the various science research articles show that early and facilitated intervention is important in the treatment of myocardial infarction. Such interventions help prevent psychosocial stress that can occur after a myocardial infarction, while facilitating the patient's coping. Information and knowledge about the disease and any reactions that may occur, are important elements for the patient's coping with psychosocial reactions.

**Conclusion:** The majority of patients who have suffered a myocardial infarction experience following psychosocial reactions. Sufficient information and the choice of coping strategies form the basis for reducing such psychosocial stress.

**Keywords:** Myocardial infarction, psychosocial needs, coping, information.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0</b>	<b>INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	1
1.2	PROBLEMSTILLING.....	1
1.3	AVGRENSNINGER OG PRESISERING .....	2
<b>2.0</b>	<b>TEORI</b> .....	<b>3</b>
2.1	BENNER OG WRUBEL.....	3
2.2	HJERTEINFARKT.....	4
2.3	PSYKOSOSIALE REAKSJONER ETTER HJERTEINFARKT .....	4
2.4	MESTRING VED HJERTEINFARKT .....	6
2.4.1	<i>Empowerment</i> .....	7
2.5	INFORMASJON OG VEILEDNING VED HJERTEINFARKT.....	7
<b>3.0</b>	<b>METODE</b> .....	<b>9</b>
3.1	LITTERATURSTUDIE SOM METODE .....	9
3.2	FREMANGSMÅTE I STUDIEN .....	9
3.2.1	<i>Søk i databaser</i> .....	10
3.3	METODEKRITIKK .....	13
3.3.1	<i>Vurdering av egen oppgave</i> .....	13
3.3.2	<i>Kritisk vurdering av forskningsartikler og litteratur</i> .....	13
3.4	ETIKK I OPPGAVESKRIVNINGEN.....	14
<b>4.0</b>	<b>RESULTAT</b> .....	<b>16</b>
4.1	ARTIKKEL 1 .....	16
4.2	ARTIKKEL 2 .....	16
4.3	ARTIKKEL 3 .....	17
4.4	ARTIKKEL 4 .....	17
4.5	ARTIKKEL 5 .....	18
4.6	ARTIKKEL 6 .....	18
4.7	SAMLET ANALYSE AV ARTIKLENE .....	19
<b>5.0</b>	<b>DRØFTING</b> .....	<b>20</b>
5.1	FOKUS PÅ PASIENTERFARINGER AV PSYKOSOSIALE REAKSJONER ETTER HJERTEINFARKT .....	20
5.2	INFORMASJON TIL PASIENTEN .....	22
5.3	Å TILRETTELEGGE FOR MESTRING OG DELTAKELSE.....	24
<b>6.0</b>	<b>KONKLUSJON</b> .....	<b>28</b>
	<b>REFERANSELISTE</b> .....	<b>29</b>
	<b>VEDLEGG</b> .....	<b>32</b>
	VEDLEGG 1: PICO SKJEMA.....	32
	VEDLEGG 2: KVALITATIV SJEKKLISTE.....	33
	VEDLEGG 3: LITTERATURMATRISE.....	39
	VEDLEGG 4: TEMATISK TABELL .....	43

## 1.0 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet i denne bacheloroppgaven omhandler hvordan sykepleie kan fremme mestring av psykososiale reaksjoner etter gjennomgått hjerteinfarkt. Hjerte- og karsykdommer er fortsatt en av de vanligste dødsårsakene i Norge (Ørn & Brunvand, 2016, s. 163-167), og i 2019 ble 13 125 mennesker diagnostisert med hjerteinfarkt i Norge (Folkehelseinstituttet, 2020). Ettersom hjerteinfarkt er en akutt og kritisk sykdom er det svært vanlig å oppleve ulike psykososiale reaksjoner i etterkant (Eikeland et. al., 2016, s. 245). Psykososiale reaksjoner ved sykdom omhandler hvordan pasienten selv opplever sykdommen, hvor blant annet angst, depresjon og utrygghet er vanlige reaksjoner (Stubberud, 2013, s. 14). I dagens samfunn er pasientens liggetid på sykehuset svært kort ettersom det er kommet mer avanserte og raskere behandlingstilbud. Dette resulterer ofte i at pasientene reiser hjem fra sykehuset uten tilstrekkelig informasjon, og følelsen av tilstedeværelsen i en ukjent og utrygg situasjon (Fållun et. al., 2016, s. 500). Tidlig og tilrettelagte intervensjoner står derfor sentralt for sykepleie for å forebygge og mestre slike psykososiale reaksjoner.

Jeg har lenge vært interessert i hjertet, og visste derfor tidlig at dette var noe jeg ønsket å fordype meg i. Gjennom praksis på intensivavdeling og arbeid på hjerteavdeling har jeg tilegnet meg mye erfaring hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt, både i akutfasen og senere. Etter å ha observert hvordan pasientene opplever hjerteinfarkt og tiden etter, ønsker jeg å fokusere på mestring av psykososiale reaksjoner etter hjerteinfarkt. Oppgavens hensikt er å øke kunnskapen om hvordan sykepleie kan bidra til mestring av psykososiale reaksjoner hos mennesker som har gjennomgått hjerteinfarkt. Oppgaven har derfor stor grad av overføringsverdi til flere deler av sykepleierket. Oppgaven er en litteraturstudie som bygger på tidligere forskning, hvor Benner og Wrubels teori ligger til grunn.

### 1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleie bidra til mestring av psykososiale reaksjoner etter hjerteinfarkt?



### 1.3 Avgrensninger og presisering

Oppgaven fokuserer på pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt, hvor hovedfokuset vil være rettet mot pasienters erfaringer ettersom sykepleieren skal få innsikt i pasientens opplevelse av sykdommen. Det er ikke gjort avgrensninger på kjønn fordi alvorlighetsgraden av hjerteinfarkt er like stor hos begge kjønn. Alderen som blir fokusert på i oppgaven er mellom 25 til 75år. Pasientens psykososiale behov deles inn i en emosjonell del og en relasjonell del. Den emosjonelle delen omhandler pasientens forhold til seg selv, altså pasientens følelser, reaksjoner og sykdomsopplevelse. Den relasjonelle delen omhandler behovet for fellesskap og et sosialt nettverk (Stubberud, 2016, s. 335). Denne oppgaven fokuserer på den emosjonelle delen i form av psykososiale behov hos pasienten.

## 2.0 Teori

I dette kapittelet vil aktuelle begrep som er relevante for oppgaven bli redegjort for.

### 2.1 Benner og Wrubel

På bakgrunn av tematikken i oppgaven blir sykepleieteoretikerne Patricia Benner og Judith Wrubel benyttet for å besvare oppgavens problemstilling. Benner og Wrubel utga boken «Omsorgens betydning i sygepleie – Stress og mestring ved sundhed og sykdom» i 2001, en nyere utgave av “The primacy of caring” som ble utgitt i 1989 (Benner & Wrubel, 2001, s. 9). Benner og Wrubel beskriver en omsorgsteori som omhandler forholdene mellom omsorg, stress og mestring og sunnhet. Omsorg er helt avgjørende for alt menneskelig liv, og er primærkilden til stress og mestring i menneskets opplevelse av sykdom (Benner & Wrubel, 2001, s. 14). Omsorg handler om hva som betyr noe for et menneske. Omsorgen har altså noe å si for hva et menneske opplever som stress og hvordan mennesket mestrer situasjonen den er i (Benner & Wrubel, 2001, s. 23).

Ved sykdom blir ofte det som er viktig for mennesket satt i en truende situasjon, hvor følelsen av stress ofte oppstår. Ifølge Benner og Wrubel er målet med sykepleie å styrke pasientens ressurser slik at pasienten kan mestre eller leve med sykdommen, med utgangspunkt i hva som er viktig for den enkelte (Kristoffersen, 2016b, s. 27). Benner og Wrubel tar utgangspunkt i teorien til Lazarus og Folkmann om stress og mestring. Denne teorien tilsier at stress er resultatet av personens oppfattelse av situasjonens mening og betydning, når meningen innebærer en utfordring, trussel eller skade (Benner & Wrubel, 2001, s. 83). Mestring blir sett på som å håndtere forstyrrelsene som fører til stress. Alle mestrer stress på ulik måte, og faktorer som personens bekymringer, bakgrunnsforståelse, ferdigheter og vaner gir utgangspunkt for hvilke muligheter det er for mestring (Benner & Wrubel, 2001, s. 86-87).

Bakgrunnsforståelsen for Benner og Wrubels teori er Heideggers fenomenologiske synspunkt. Dette synspunktet innebærer at meningen med sykdommen kommer frem i hvert enkelt menneske. Menneske blir definert i løpet av livet og det er derfor ulikt hvordan mennesket mestrer sykdommen. Med andre ord henger derfor menneskets evne til mestring og meningen med lidelsen sammen. Det står derfor sentralt å finne ut menneskets oppfattelse av sin sykdom og situasjon, for å videre kunne støtte og veilede pasienten i sykdomsforløpet (Benner & Wrubel, 2001, s. 64-65).

Benner og Wrubel skiller mellom illness/lidelse og disease/sykdom. Illness er den menneskelige opplevelse av tap eller feilfunksjon, mens disease går ned på celle-, vevs- eller organnivå. Begge aspektene påvirker hverandre. Sykdom, som er den menneskelige erfaringen, påvirker lidelse gjennom håp, frykt, fortvilelse og fornektelse. Lidelse kan endre opplevelsen av sykdommen gjennom kroppslige forandringer som utmattelse, svekkelse, sult og tørste. I sykepleieutøvelsen er det den menneskelige opplevelsen av sykdommen som står sentralt (Benner & Wrubel, 2001, s. 15). Benner og Wrubel (2001, s. 403-404) avslutter med å skrive at for å unngå utbrenthet hos pasienten må sykepleieren hjelpe pasienten å mestre sykdommen.

## 2.2 Hjerteinfarkt

I Norge i 2019 ble det registrert 13 125 mennesker med diagnosen hjerteinfarkt (Folkehelseinstituttet, 2020). Det har vært en betydelig reduksjon i forekomsten av hjerteinfarkt, men likevel er hjerte- og karsykdommer en del av de vanligste årsakene til død (Ørn & Brunvand, 2016, s. 163-167). Hjerteinfarkt oppstår når blodstrømmen til koronararteriene som forsyner hjertet med blod, blir delvis eller helt tilstoppet. Dersom ikke rask behandling blir gitt vil det føre til nekrose (død) i deler av hjertemuskulaturen (Ørn & Brunvand, 2016, s. 168). I verste fall kan hjerteinfarkt utvikle seg til hjertestans, og det er derfor viktig med rask behandling (Elling & Midthun, 2019).

Et klassisk symptom på hjerteinfarkt er brystmerter som ikke oppheves ved endret respirasjonsmønster eller leieendring (Ellingsen, 2016, s. 64). Disse smertene er ofte intense og vedvarende, og kan ofte føre til blek og klam hud, kvalme og oppkast (Øen & Brunvand, 2016, s. 169). Symptomene på hjerteinfarkt avhenger av hvor forsnevret koronararterien er (Ørn & Brunvand, 2016, s. 169). Noen alvorlige komplikasjoner som kan oppstå etter hjerteinfarkt er hjertearytmi, hjertesvikt, re-infarkt, mekaniske problemer og tromboemboliske problemer (Ellingsen, 2016, s. 60). Å oppleve et hjerteinfarkt oppleves ofte som et sjokk og det er derfor også vanlig å føle seg sliten, nedstemt eller engstelig.

## 2.3 Psykososiale reaksjoner etter hjerteinfarkt

Menneskets grunnleggende behov blir delt inn i psykososiale, fysiske, åndelige og seksuelle behov. De psykososiale behovene omhandler psyken til mennesket, altså det mentale eller

sjelelige. Psykososiale behov ved sykdom sier altså noe om hvordan pasienten selv opplever det å være syk (Stubberud, 2013, s. 14). Videre skriver Stubberud (2016, s. 336) at etter akutt sykdom kan pasienten bli utsatt for store psykososiale påkjenninger. Slike psykososiale påkjenninger er blant annet opplevelse av utrygghet, sårbarhet, angst, fremmedgjøring, isolasjon og avhumanisering (Stubberud, 2016, s. 336-337). Pasients følelse av disse reaksjonene kan ofte oppleves som en lidelse (Stubberud, 2016, s. 340).

Hjertesykdom har alltid vært forbundet med plutselig død, og det er derfor naturlig å reagere med redsel og dødsangst (Eikeland et. al., 2016, s. 229-230). Hjerterinfarkt oppstår ofte akutt uten forvarsel noe som kan oppleves som truende for pasienten. Angst og utrygghet kan derfor bli en konsekvens av hjerterinfarkt (Eikeland et. al., 2016, s. 245). Depresjon er også nært knyttet til hjertesykdom, noe som kan gi store konsekvenser for pasientens livskvalitet (Berge et. al., 2017). Sårbarhet og redusert selvfølelse er også vanlige reaksjoner etter hjertesykdom, noe som kan føre til en følelse av at andre har kontroll over ens liv i stedet for en selv (Stubberud, 2016, s. 338). Ettersom pasienten føler situasjonen som totalt annerledes enn hva den er til vanlig, kan pasienten føle seg fremmedgjort. Selv om pasienten har mange mennesker rundt seg, flyttes pasienten ofte ut av sitt kjente miljø noe som kan føre til isolasjon (Stubberud, 2016, s. 339-340).

I forskning utført av Berge et. al. (2017) blir det vist at forekomsten av depresjon ved hjertelidelser blir anslått å være mellom 15 og 40 prosent. Studien viser at 15 til 20 prosent hos pasienter med hjerterinfarkt har en depressiv lidelse, og enda fler har depressive plager. Depresjonen har store negative konsekvenser for livskvaliteten og arbeidsevnen. Helsevesenet er til dags dato ikke flinke nok til å identifisere og iverksette tiltak mot depresjon ved hjertesykdom. Med bakgrunn i dette konkluderer studien med at kartlegging av depressive symptomer bør stå sentralt, og disse kartleggingene må være enkle å gjennomføre ettersom liggetiden på sykehus er svært kort og det er ofte travelt for helsepersonellet (Berge et. al., 2017).

Stubberud (2016, s. 336) fremhever at psykososiale konsekvenser kan sette mestringen på prøve. Mennesker opplever slike reaksjoner forskjellig og det er derfor viktig å se på erfaringene til den enkelte pasient (Stubberud, 2016, s. 336). For å kunne hjelpe pasienten å mestre disse reaksjonene etter akutt og kritiske sykdom, er målet å hjelpe pasienten å oppleve kontroll i situasjonen (Stubberud, 2016, s. 343). I en situasjon hvor pasienten opplever akutt

eller kritisk sykdom trenger pasienten støtte, oppmuntring, veiledning og undervisning for å mestre situasjonen. Dette er noe som sykepleieren må hjelpe pasienten med (Eikeland et. al. 2016, s. 251).

## 2.4 Mestring ved hjerteinfarkt

Mestring blir definert som det å justere tankesett og handling for å mestre psykiske og fysiske utfordringer som overgår personens ressurser (Lazarus og Folkman, 1984, s. 141). I Lazarus og Folkmans stressmestringsmodell finnes det to ulike mestringsstrategier, problemfokusert- og emosjonsfokusert mestring. Problemfokusert mestring fokuserer på problemløsning og er ofte rettet mot omgivelsene, altså å definere problemet for å videre kunne finne alternative tiltak. Denne mestringsstrategien veier ofte fordeler opp mot ulemper, for å se hvilke tiltak som passer best. Ved emosjonsfokusert mestring prøver man å endre de følelsesreaksjonene som oppstår ved stress. En slik mestringsstrategi prøver å dempe ubehaget og fører derfor ofte til unngåelse av informasjon eller selve problemet (Lazarus & Folkman, 1984, s. 150-152).

Robusthet, optimisme og humor blir sett på som ulike mestringsstiler som omhandler individets karakteristiske trekk ved mestring. Robusthet er egenskaper som demper de skadelige effektene av stress, mens humor har en mer positiv betydning for helsen. Ved en optimistisk mestringsstil har mennesket et mer positivt syn på livet. Det er vist at personer som har en optimistisk mestringsstil tåler ulike påkjenninger bedre enn de med et pessimistisk syn på livet (Renolen, 2015, s. 166). Håp står sentralt for menneskets mestring. Håpet gjør det meningsfullt for den alvorlige syke å hente frem sine indre og ytre ressurser for å bli frisk igjen (Renolen, 2015, s. 174). Pasienter som har håp har ressurser til å håndtere vanskelige fysiske og emosjonelle situasjoner (Stubberud, 2016, s. 371).

En av sykepleierens yrkesetiske retningslinjer tilsier at sykepleier skal underbygge mestring, håp og livsmot hos pasienten (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Med andre ord skal sykepleieren i oppgavens tilfelle hjelpe pasienten å mestre psykososiale reaksjoner etter hjerteinfarkt. Som nevnt tidligere henger stress og mestring sammen, og det er derfor viktig å vite om ulike stressreaksjoner og stressfaktorer for å kunne hjelpe pasienten å håndtere situasjonen. Stress kan oppstå ved blant annet sykdom, en ukjent situasjon eller opplevelsen av usikkerhet (Kristoffersen et al., 2016, s. 238). Ved psykisk stress blir mestringsmekanismer

som reduserer opplevelsen av psykisk stress iverksatt. Målet her er å oppnå personlig kontroll over situasjonen (Stubberud, 2016, s. 343).

#### 2.4.1 Empowerment

Empowerment handler om å styrke pasientens egne resurser slik at pasienten selv klarer å ivareta sin egenomsorg og håndtere sin sykdom. Begrepet empowerment, knyttet til helsefremmende arbeid, blir definert av verdens helseorganisasjon som «en prosess som hjelper mennesker til å ha økt kontroll over faktorer som påvirker helsen deres» (Eikeland et. al., 2016, s. 230). I den såkalte empowermentprosessen blir kunnskap om sykdom og helse vektlagt for å hjelpe pasienten til mestring og ta ansvar for egen helse (Haugan & Rannestad, 2016, s. 47). Empowerment er med å øke pasientens mestringsevne ved å øke styrker som blant annet selvkontroll, kunnskaper, ferdigheter og selvfølelse. Informasjon og veiledning står derfor sentralt for å fremme pasientens empowerment. Etter hjertesykdom trenger pasienten støtte og veiledning, og en utfordring for sykepleierne er at hver pasient trenger individuell veiledning for å oppnå god mestring. Å innhente informasjon om pasienten er derfor vesentlig for at sykepleieren skal kunne tilpasse veiledningen til hver enkelt pasient (Eikeland et. al., 2016, s. 230).

Et av målene ved empowerment er at pasienten skal være en aktiv deltaker i egen rehabilitering (Ellingsen & Stubberud, 2016, s. 426). Videre skriver Eikeland et. al. (2016, s. 230) at ved å fremme pasientens selvstendighet utvikler pasienten en egenomsorg som er med å styrke mestringsevnen. Ved flere sykehus finnes det et lærings- og mestringssenter (LMS) som underviser og veileder pasienter og pårørende som har gjennomgått hjertesykdom. Det er viktig at slike sentre blir brukt som et supplement til undervisningen og veiledningen som blir gitt på sykehuset, ikke som en erstatning (Eikeland et. al., 2016, s. 230). Målet med lærings- og mestringstjenester er å legge til rette for personer med helseutfordringer, slik at de skal klare å mestre livssituasjon de er i (Kristoffersen, 2016b, s. 357).

#### 2.5 Informasjon og veiledning ved hjerteinfarkt

Informasjon er et viktig element for at pasienten skal oppleve kontroll over den stressende situasjonen pasienten befinner seg i (Stubberud, 2016, s. 357). Jamfør pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 (1999) har pasienten rett til den informasjonen en trenger for å få innsikt i sin egen helsetilstand, og hva helsehjelpen inneholder. Informasjonen som blir gitt

skal være rettet til den enkelte pasients forutsetninger. Ifølge lovverket skal sykepleieren også passe på at pasienten forstår informasjonen i den grad dette er gjennomførbart (Stubberud, 2016, s. 357). Selv om informasjonen er gitt, kan en ikke være sikker på at innholdet er mottatt og forstått (Kristoffersen, 2016c, s. 370).

Sykepleieren bør ha kunnskap om hva som fremmer og hemmer pasientens læring. Ved behandling av akutt hjertesykdom er pasienten ofte ikke forberedt eller klar for informasjonen eller veiledningen som blir gitt. Faktorer som for eksempel pasientens opplevelse av utrygghet, angst, psykisk stress og smerter er med å hemme muligheten for læring (Ellingsen & Stubberud, 2016, s. 439). Kjetland og Nordstad (2016, s. 500) skriver dessuten at pasienter som opplever kritisk eller akutt sykdom trenger skreddersydd informasjon og veiledning for å klare å mestre den nye livssituasjonen. Begrepet helseveiledning blir definert som «en sammensatt pedagogisk, faglig og kommunikativ prosess der hensikten er å bidra til læring og mestring i helse- og sykdomsrelaterte livssituasjoner» (Kjetland & Nordstad, 2016, s. 499). I dagens samfunn må pasientene selv ta ansvar for egen helse, noe som gjør profesjonell helseveiledning essensiell (Kjetland & Nordstad, 2016, s. 500).

På sykehus kan pasienten oppleve å ikke bli sett, hørt eller forstått, noe som videre øker opplevelsen av sårbarhet. Pasienter uttrykker ofte at sykepleierne har det travelt og ikke har tid til dem. Det å fremme kommunikasjonen med pasienten er med å forhindre dette. Som sykepleier er det derfor viktig å lytte til pasienten og gjenta det pasienten forteller. Dette viser en interesse og annerkjennelse fra sykepleieren (Stubberud, 2016, s. 360). I artikkelen «Samtaler kan styrke hjertepasienten» blir det vist at helsepersonell ofte benytter lukkede spørsmål som besvares med ja eller nei. Derimot blir det vist at åpne spørsmål gir pasienten en mulighet til å fortelle hvordan det er med sine egne ord, noe som er svært viktig for at pasientens følelser skal komme frem (Fålun, Natland, Norekvål, 2011).

## 3.0 Metode

I dette kapittelet blir oppgavens metode, fremgangsmåte i studien, metodekritikk og etikk i oppgaveskrivingen presentert. Det vil også bli presentert søketabeller for å vise fremgangsmåten i valget av forskningsartikler.

### 3.1 Litteraturstudie som metode

Metode er den fremgangsmåten som blir brukt for å løse problemer eller komme frem til ny kunnskap, og det kan ses på som et redskap som hjelper oss å systematisk samle inn den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår. Det finnes flere typer forskningsdesign og valget av design skal være basert på den problemstilling en har. Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter mens kvalitativ metode fanger opp meninger som ikke lar seg tallfeste eller måle. Både kvantitativ og kvalitativ metode er med å gi en bedre forståelse av samfunnet og hvordan vi mennesker handler og samhandler (Dalland, 2017, s. 51-52).

Bacheloroppgaven tar utgangspunkt i litteraturstudie som metode. Litteraturstudie er en studie hvor en innhenter litteratur, kritisk vurderer den og til slutt sammenfatter den. Hensikten med litteraturstudie er å gi leseren en god forståelse med oppdatert kunnskap om hva problemstillingen innebærer. Litteraturstudien skal også vise hvordan en har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2015, s. 79-80).

### 3.2 Fremgangsmåte i studien

For å innhente litteratur kan en bruke manuelt søk eller søk i ulike databaser. Manuelt søk kan gjennomføres på flere måter. Eksempler på dette kan være biblioteket, eldre bacheloroppgaver eller bruke referanselisten fra relevante artikler for å innhente relevant litteratur (Thidemann, 2015, s. 82). I denne oppgaven ble det gjort søk i databaser. Databaser som ble brukt er Cinahl, PubMed og Medline. Cinahl er en database som viser engelskspråklig sykepleie litteratur. Medline er den fremste databasen innenfor medisin. PubMed er en internasjonal database som viser til tidsskrifter innenfor medisin og sykepleie (Høgskulen på Vestlandet, u.å.).

For å systematisere problemstillingen og finne relevante søkeord til problemstillingen er PICO skjema benyttet (Thidemann, 2015, s. 86). Relevante søkeord som ble brukt for å finne



litteratur ble lagt i PICO skjema som vist i *vedlegg 1*. Ettersom databasene som er benyttet i oppgaven er internasjonale, er det kun engelske søkeord som er blitt benyttet. Søkeordene som ble brukt er: *myocardial infarction, heart attack, nurse, nursing, nurses, hospital, knowledge, coping strategies og experience*. I søkene ble søkeordene kombinert med «or» og «and» for å enten avgrense eller utvide søkene. Kombinasjonen med «and» ble brukt for å kombinere ordene og avgrense søkene. Kombinasjonen med «or» ble brukt om det var flere ord som var av samme betydning, og for å utvide søkene. I tillegg til dette ble det utarbeidet inklusjonskriterier- og eksklusjonskriterier for å avgrense søket. Inklusjonskriteriene for inkluderte artikler er at de skal være fagfellevurdert og engelsk språklig, og deltakerne i studien skal være pasienter med påvist hjerteinfarkt eller sykepleiere. Eksklusjonskriterier er pårørende, andre tilstander som gir brystsmarter, publikasjon som er eldre enn 10år og studier som ikke er overførbar til norske forhold.

### 3.2.1 Søk i databaser

Etter alle søkene har jeg lest overskriftene på artiklene, og ettersom mange av dem ikke virket relevante til problemstillingen ble de ikke tatt med videre. Artikler der overskriften virket relevant, leste jeg igjennom abstraktet. Her ble også mange artikler luket ut. Gjenstående forskningsartikler ble så gjennomlest for å finne dem som bidro til å belyse problemstillingen.

<b>Søk i Medline 26. Februar 2021</b>				
<b>Søk</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Avgrensninger</b>	<b>Resultat</b>	<b>Valgt artikkel</b>
<b>S1</b>	Myocardial infarction and hospital		91 897	Treff nr. 5 “Nurses' perceptions of patient participation in the myocardial infarction pathway.”
<b>S2</b>	S1 and nurse or nurses or nursing		2152	(Bårdsgjerde et. al., 2020)
<b>S3</b>	S2 and lifestyle or lifestyle changes	2015-2021 Peer reviewed	46	Treff nr. 15 “Patients' goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction.”

				(Fåln et. al., 2016)
--	--	--	--	----------------------

Treff nr 5 var artikkelen «Nurses' perceptions of patient participation in the myocardial infarction pathway». Artikkelen viser hvor stor rolle sykepleieren har i pasientmedvirkning og pasientdeltakelse ved behandling av hjerteinfarkt. Artikkelen er relevant idet den belyser sykepleieperspektivet ved behandling av hjerteinfarkt (Bårdsgjerde, Landstad, Hole, Nylenna, Gjeilo, Kvangarsnes, 2010).

Treff nr 15 var «Patients' goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction». I artikkelen blir personsentrert omsorg og behovet for forskjellige tilnærminger identifisert. Beskrivelsen av pasientens mål, ressurser og barrierer for tiden rett etter sykehusinnleggelse etter et hjerteinfarkt gjør denne artikkelen relevant for problemstillingen (Fåln, Fridlund, Schaufel, Schei, Norekvål, 2016).

<b>Søk i Cinahl 26. Februar 2021</b>				
<b>Søk</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Avgrensinger</b>	<b>Resultat</b>	<b>Valgt artikkel</b>
<b>S1</b>	Myocardial infarction or heart attack and experience		2389	Treff nr.6 “It is not just a Minor Thing - A Phenomenological-Hermeneutic Study of Patients' Experiences when afflicted by a Minor Heart Attack and Participating in Cardiac Rehabilitation.” (Simony et. al., 2017)
<b>S2</b>	S1 and rehabilitation	2016-2021 Peer reviewed	22	

I artikkelen skrevet av Simony, Dreyer, Pedersen og Birkelund (2017) kommer det frem at følelse av sårbarhet og hjelpeløshet var et vanlig symptom etter hjerteinfarkt. Artikkelen blir derfor sett på som relevant opp mot problemstillingen.

<b>Søk i Cinahl 26.februar 2021</b>				
<b>Søk</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Avgrensinger</b>	<b>Resultat</b>	<b>Valgt artikkel</b>
S1	Myocardial infarction or heart	2011-2021 Peer reviewed	23	Nr.13 “Illness perceptions of fatigue and the association with sense of

	attack and coping strategies			coherence and stress in patients one year after myocardial infarction.” (Alsen & Eriksson, 2016)
--	------------------------------	--	--	---

Artikkelen av Alsen og Eriksson (2016) omhandler fatigue og stress etter hjerteinfarkt, som blir sett på som relevant for å belyse tematikken i oppgaven.

<b>Søk i PubMed 26. Februar 2021</b>				
<b>Søk</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Avgrensninger</b>	<b>Resultat</b>	<b>Valgt artikkel</b>
<b>S1</b>	Myocardial infarction and experience		6745	Nr. 18 “A qualitative study: perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction.” (Junehag et. al., 2014)
<b>S2</b>	S1 and anxiety	2014-2021	35	Nr. 19 “The experiences of myocardial infarction patients readmitted within six months of primary percutaneous coronary intervention.” (Iles-Smith et. al., 2017)

Treff nr. 18 var artikkelen «A qualitative study: perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction». Artikkelen omhandler blant annet hvilke psykososiale reaksjoner som kan oppstå etter hjerteinfarkt, og den blir derfor sett på som relevant knyttet opp mot problemstillingen (Junehag, Aspelund & Svedlund, 2014).

Treff nr. 19 var en artikkel skrevet av Iles-Smith, Deaton, Campbell, Mercer & McGowan, (2017) som undersøkte opplevelsen til pasienter som hadde blitt innlagt på nytt etter hjerteinfarkt. Det blir også vist til erfaringer med psykososiale reaksjoner etter hjerteinfarkt, og artikkelen sees derfor på som relevant knyttet opp mot oppgavens problemstilling.

### 3.3 Metodekritikk

#### 3.3.1 Vurdering av egen oppgave

Det er mange faktorer som kan innvirke på oppgavens utfall. Oppgaven tar for seg pasienters egne erfaringer av psykososiale behov etter hjerteinfarkt, og de fleste valgte artikler er derfor fra pasientperspektivet. Det kan tenkes at dersom andre artikler hadde blitt benyttet ville problemstillingen og konklusjonen blitt annerledes. Oppgaven har benyttet flere ulike databaser for å få en større bredde over tematikken i oppgaven. Likevel er ikke søkene uttømmende og andre aktuelle artikler kan være oversett. Ettersom oppgaven kun har brukt internasjonale databaser er det ikke blitt brukt norske søkeord, noe som kan ses på som en svakhet ettersom det er med å utelukke nordiske artikler. Oppgaven benytter kun primærkilder som kan bli sett på som en styrke i oppgaven.

#### 3.3.2 Kritisk vurdering av forskningsartikler og litteratur

Kildekritikk handler om å vurdere og karakterisere litteraturen. Hensikten med kildekritikk er at leseren skal få en forståelse over hvilke relevans og gyldighet litteraturen har, opp mot problemstillingen (Dalland, 2017, s. 159). Artikkene som er benyttet har i stor grad relevans for å belyse problemstillingen i oppgaven, og de viser tydelig hensikten med studien. Alle artikkene tar for seg ulike aspekter som er med å belyse tematikken om mestring av psykososiale reaksjoner etter hjerteinfarkt.

Thidemann (2015, s. 83) skriver at det er viktig at en stiller seg kritisk til litteraturen som er innhentet. Samtidig skriver Dalland (2017, s. 150) at biblioteket har gode kilder som er med å kvalitetssikre ulike kilder som for eksempel artikler. Alle artikkene som er blitt benyttet i oppgaven har blitt kritisk vurdert igjennom sjekklister fra Helsebiblioteket (2016), som vist eksempel på i *vedlegg 2*. Dette er for å sikre at forskningsartikkene som blir benyttet, er sikker og av kvalitet. Ved bruk av sjekklisten for kritisk vurdering blir artikkene sett på som relevant knyttet opp mot oppgavens problemstilling.

Avgrensninger som ble brukt i søket var fagfelleverdert og en tidsramme fra 2011-2021. Dette er med hensikt for at litteraturen skal være oppdatert (Dalland, 2017, s. 158). Det skal også nevnes at forskningen kan være utført tidligere enn utgivelsesåret. Det at alle artikkene som er inkludert er fagfelleverdert er med å kvalitetssikre dem. Studiene ble gjennomført i Sverige, Danmark, Norge og England. Studiens geografiske opphav ble vurdert som relevant

ettersom de kan sammenlignes med den skandinaviske velferdsmodellen. Ettersom alle artiklene er skrevet på engelsk kan det forekomme ulike utfordringer knyttet til språket. Ifølge Dalland (2017, s. 158-159) kan oversettelse og tolkning være med å gjøre endring i det opprinnelige perspektivet. I samtlige studier ble intervjuene gjennomført på et annet språk og videre transkribert over til engelsk. Dalland (2017, s. 88) skriver at transkribering er en vanlig måte å bearbeide intervjuet, og handler om å skrive ned ord for ord slik som det blir sagt på intervjuet og videre oversette det inn i artikkelen.

Ifølge Thidemann (2015, s. 30) har vitenskapelige artikler ofte en god struktur, hvor IMRaD strukturen er en anerkjent disponering av teksten. IMRaD står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Thidemann, 2015, s. 31). Alle artiklene som er benyttet bruker IMRaD strukturen, noe som gir en god oversikt for å vurdere relevansen til oppgavens problemstilling. Fem av seks artikler i oppgaven benytter kvalitativ metode. Kvalitativ metode fanger opp opplevelser og meninger som ikke lar seg tallfeste (Dalland, 2017, s. 52). Ettersom oppgavens tematikk omhandler mestring av psykososiale reaksjoner etter hjerteinfarkt, ses det på som nødvendig å bruke forskningsartikler som viser til erfaringer fra pasienter for å belyse problemstillingen. Selv om artikkelen av Alsen & Eriksson (2016) bruker en tversnittstudie, som er en del av kvantitativ studie, blir den sett på som relevant ettersom den omhandler sammenhengen mellom fatigue, følelse av sammenheng og stress hos pasienter ett år etter hjerteinfarkt. Alle artiklene som er blitt inkludert i oppgaven viser tydelig hvilken metode som er brukt og begrunnelsen for valg av metode.

### 3.4 Etikk i oppgaveskrivingen

Etikk handler om normene som er med å bidra til riktig og god livsførsel. Etikk gir oss veiledning og grunnlag for hvordan man skal handle ovenfor vanskelige avgjørelser. I likhet med hverdagen møter også forskningen på etiske problemer. Forskningsetikk er et område innenfor etikken som handler om å vurdere forskningen opp mot samfunnets normer og verdier, samtidig som personvernet skal ivaretas. Forskningsetikken handler om å ivareta personvernet til den som deltar i forskningen. Det finnes etiske komiteer som har til hensikt å sikre at de forskningsetiske normene blir overholdt (Dalland, 2017, s. 236). Artiklene beskriver tydelig at alle deltakerne som er inkludert har fått muntlig og skriftlig informasjon om samtykke og anonymitet, og de har mulighet til å trekke seg til enhver tid. I tillegg til dette er alle artiklene som er inkludert i oppgaven godkjent av etisk komite.

En skal alltid henvise til den kilden som er brukt, og ved å referere korrekt blir de akademiske verdiene oppfylt. Slike akademiske verdier er åpenhet, vitenskapelig redelighet, etterprøvbarhet og kritisk diskusjon (Dalland, 2017, s. 166). Videre skriver Dalland (2017, s. 164) at plagiat betyr å oppgi andres arbeid som ditt eget, noe som blir sett på som fusk. Oppgaven bygger på forskning og teori som allerede er utført, og det er derfor alltid referert til den kilden som er blitt brukt.

## 4.0 Resultat

I dette kapittelet blir det presentert resultat av hver artikkel som er benyttet i oppgaven. Det blir også presentert en samlet analyse av studiene som er inkludert. Sammendragene har fokus på det som anses som relevant i forhold til problemstillingen.

### 4.1 Artikkel 1

**Tittel:** «Illness perceptions of fatigue and the association with sense of coherence and stress in patients one year after myocardial infarction»

**Forfatter, år:** Alsen & Eriksson, 2016

**Sammendrag:**

En tversnittstudie blant pasienter under 75 år som var innlagt ved hjerteavdeling i Sverige. Studien undersøkte sammenhengen mellom fatigue<sup>1</sup>, følelse av sammenheng og stress ett år etter hjerteinfarkt. Det er begrenset kunnskap om symptomer etter hjerteinfarkt, og hvordan pasienten skal håndtere dem. Etter hjerteinfarkt var fatigue et svært vanlig symptom, som var vanskelig å håndtere for pasientene. Fatigue ble ofte assosiert med manglende kunnskap om situasjonen og sykdommen. For å kunne hjelpe pasienten å mestre tiden etter sykdommen var det nødvendig at helsepersonell ga god informasjon om sykdommen og eventuelle symptomer som kunne oppstå etter hjerteinfarkt. Det er også nødvendig at helsepersonell hjelper pasienten å styrke sine individuelle mestringsstrategier for å kunne håndtere eventuelle psykososiale reaksjoner etter et hjerteinfarkt.

### 4.2 Artikkel 2

**Tittel:** «The experiences of myocardial infarction patients readmitted within six months of primary percutaneous coronary intervention»

**Forfatter, år:** Iles-Smith, Deaton, Campbell, Mercer & McGowan, 2017

**Sammendrag:**

En kvalitativ studie som intervjuet 25 deltakere som hadde blitt re-innlagt på sykehus innen seks måneder etter hjerteinfarkt. Deltakerne hadde opplevd 1-4 re-innleggelser etter hjerteinfarkt. Studien ble gjennomført i England. I studien kom det frem tre temaer: (1) angst, usikkerhet og manglende evne til å finne årsaken til sykdommen. (2) Frykt for opplevelsen av et nytt hjerteinfarkt. (3) Utilstrekkelig kunnskap om sykdommen. Deltakerne

---

<sup>1</sup> Fatigue er et vanlig symptom som oppleves som overveldende utmattelse som ikke blir bedre av hvile eller søvn (Kvam, 2020).

rapporterte at de rett etter utskrivelse hadde det bra, men etter en stund begynte symptomene å oppstå. Det vises til at frykten for et nytt hjerteinfarkt førte til re-innleggelser for potensielle iskemiske hjertesymptomer. Det kom også frem at mangelen på kunnskap blant pasientene ofte skyldes hastverk og minimalt med tid på sykehusene. Det er behov for å øke sykepleierens kunnskap om hjerteinfarkt og eventuelle ettervirkninger. Økt kunnskap hos sykepleieren vil videre føre til økt forståelse for sykdommen og økt beroligelse til pasienten.

### 4.3 Artikkel 3

**Tittel:** «A qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction»

**Forfatter, år:** Junehagen, Aspelund, Svedlind, 2014

**Sammendrag:**

En kvalitativ studie gjennomført i Sverige. Studien inkluderte 20 deltakere som hadde gjennomgått sitt første hjerteinfarkt. Hensikten med studien var å undersøke hvilke psykososiale reaksjoner som kan oppstå etter gjennomgått hjerteinfarkt, og om pasientene hadde nok tilgang på støtte ett år etter hjerteinfarkt. Funnene i studien ble delt inn i tre temaer: å ha et annet liv, lære å håndtere situasjonen og ha tilgang til støtte. Etter hjerteinfarkt opplevde mange psykososiale konsekvenser som bestod av angst og frykt for et nytt hjerteinfarkt. Det ble poengtert at deltakerne oftere var misfornøyd enn fornøyd med oppfølgingen og undervisningen under hjerteinfarkt. Studien konkluderte med at det ble gitt utilstrekkelig med informasjon, og at pasienter trenger god oppfølging og informasjon etter utskrivelse av sykehus for å kunne håndtere livssituasjonen etter hjerteinfarkt.

### 4.4 Artikkel 4

**Tittel:** «Patients' goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction»

**Forfatter, år:** Fålnun, Fridlund, Schaufel, Schei, Norekvål, 2016

**Sammendrag:**

En kvalitativ studie som ble gjennomført på et universitetssykehus i Norge. Studien inneholdt 20 deltakere som hadde fått diagnosen hjerteinfarkt. Målet med studien var å identifisere pasientens mål, ressurser og barrierer rett etter sykehusutskrivelse. Å være innlagt på sykehus for hjerteinfarkt kan oppleves som en utfordrende opplevelse. Et gjennomsnittlig sykehusopphold for pasienter med hjerteinfarkt er fire dager i Norge, noe som er svært lite.



Oppfølging og informasjon står derfor svært sentralt før utskrivelse fra sykehus, for å forbedre mestringsevnen og motivasjonen til pasienten. Ved bruk av personsentrert omsorg kan helsepersonell å tilby mer individuell veiledning til pasienter med hjerteinfarkt. Det vil bidra til å hjelpe pasienten å mestre hverdagsutfordringer som kan oppstå etter hjerteinfarkt. Det blir poengtert at en slik individuell veiledning bør gis før utskrivelse av sykehus.

#### 4.5 Artikkel 5

**Tittel:** “It is not just a Minor Thing - A Phenomenological-Hermeneutic Study of Patients' Experiences when afflicted by a Minor Heart Attack and Participating in Cardiac Rehabilitation”

**Forfatter, år:** Simony, Dreyer, Pedersen & Birkelund, 2017

**Sammendrag:**

En kvalitativ studie gjennomført i Danmark. Deltakerne som deltok i studien, er registrert i et hjerterehabiliteringsprogram på sykehus i Danmark. Hensikten med studien var å finne ut hvilke opplevelser pasienter med hjerteinfarkt sitter igjen med etter et sykehusopphold.

Studien tok opp tre temaer som pasientene opplevde: (1) vanskeligheter med å akseptere sykdommen, noe som videre førte til en følelse av sårbarhet og hjelpeløshet. (2) Å forstå at livet er blitt skrøpelig, når pasienten innser at sykdommen er kronisk og livstruende. (3) Et forandret liv hvor pasientene må tilpasse seg nye begrensinger i hverdagen.

Utøvelsen av hjerteomsorg blir utført raskere ettersom den medisinske behandlingen inkluderer effektive midler, noe som igjen fører til kortere sykehusinnleggelse. Studien konkluderer med at det å ha kunnskap om pasienters erfaring og opplevelser av hjerteinfarkt er svært viktig for å videre kunne forbedre hjerteomsorgen.

#### 4.6 Artikkel 6

**Tittel:** «Nurses' perceptions of patient participation in the myocardial infarction pathway”

**Forfatter, år:** Bårdsgjerde, Landstad, Hole, Nylenna, Gjeilo, Kvangarsnes, 2020

**Sammendrag:**

En kvalitativ studie som ble gjennomført i Norge. Studien intervjuet 22 sykepleiere med erfaring fra hjerteomsorgen, fra to sykehus i Midt-Norge. Denne studien tar utgangspunkt i sykepleierens erfaringer for å se hvordan pasientdeltakelsen spilte inn på behandlingen og tiden etter hjerteinfarkt. Pasientmedvirkning er et kjerneelement i pasientsentrert omsorg, og det er med å forbedre pasientens sikkerhet og kvalitet i helsevesenet. Tidligere forskning fra

et helsepersonellperspektiv viser at sykepleiere anser pasientinformasjon og deltakelse svært viktig i behandling og rehabilitering av hjerteinfarkt. Det blir vist at pasientdeltakelsen varierte veldig. Sykepleiere rapporterte at det ble gitt informasjon, men pasientene var ikke alltid mottakelige for informasjonen i den akutte fasen. Samtidig rapporterer pasientene manglende informasjon og deltakelse i forskjellige faser av behandlingen av hjerteinfarkt. Det vises at pasienten har en manglende forståelse for sykdommen, noe som videre hindrer dem i deltakelse i behandlingsforløpet. Studien fremhever at sykepleieren har en svært viktig rolle når det kommer til å fremme pasientmedvirkning, noe som videre fører til økt motivasjon og ansvar for endring av livsstil.

#### 4.7 Samlet analyse av artiklene

I de ulike artiklene som er blitt benyttet i oppgaven kan en se likheter og ulikheter om mestring av psykososiale reaksjoner etter hjerteinfarkt (se *vedlegg 3* for litteraturmatrikse og *vedlegg 4* for tematisk tabell). Det er i hovedsak brukt kvalitative artikler som legger vekt på empiriske<sup>2</sup> spørsmål, dette er med bakgrunn i at de sannsynligvis gir en dypere forståelse av pasienters erfaringer etter hjerteinfarkt. Samtlige av artiklene belyser erfaringer som viser til ulike psykososiale reaksjoner som har oppstått etter hjerteinfarkt. Slike reaksjoner som blir vist er angst, depresjon, usikkerhet, frykt, sårbarhet og hjelpeløshet. Alle artiklene tar også opp at manglende informasjon om sykdommen er svært vanlig og et stort problem for pasientene. Det blir vist en sammenheng mellom lite informasjon og lav mestringsevne. Tre av artiklene tar opp mestringsevnen og mestringsstrategier som sentrale for å mestre reaksjoner etter hjerteinfarkt. To av artiklene viser til at pasientmedvirkning og pasientdeltakelse står sentralt i behandlingen, og dette er noe som sykepleieren skal tenke på før utskrivelse av sykehus. Videre viser to av artiklene til at individuell veiledning og personsentrert omsorg er viktig ettersom alle pasienter reagerer og håndterer situasjonen ulikt. De samlede funnene fra studiene indikerer at det er en sammenheng mellom opplevelsen av psykososiale reaksjoner og mestringsevnen hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt. På bakgrunn av funnene i studiene kan jeg drøfte pasientenes erfaringer av psykososiale reaksjoner etter hjerteinfarkt, god informasjon til pasienten og sykepleiers rolle for tilrettelegging av mestring og deltakelse hos pasienten.

---

<sup>2</sup> Empiriske spørsmål er spørsmål som er basert på erfaringer og kunnskaper fra virkeligheten (Thidemann, 2015, s. 59).

## 5.0 Drøfting

I dette kapittelet blir resultatene fra de utvalgte forskningsartiklene drøftet opp mot relevant teori. Med bakgrunn i funnene fra artiklene er det tre temaer som drøftes for å besvare oppgavens problemstilling: *Hvordan kan sykepleie bidra til mestring av psykososiale reaksjoner etter hjerteinfarkt?* Temaene som drøftes er:

- Fokus på pasienterfaringer av psykososiale reaksjoner etter hjerteinfarkt
- Informasjon til pasienten
- Å tilrettelegge for mestring og deltakelse

### 5.1 Fokus på pasienterfaringer av psykososiale reaksjoner etter hjerteinfarkt

I de ulike studiene blir pasienterfaringer av psykososiale behov lagt tydelig frem. Dette blir blant annet vist i studien til Iles-Smith et. al. (2017, s. 3512) som viser at angst og depresjon lenge har blitt rapportert som en reaksjon etter hjerteinfarkt. Studien viser at 32% opplever angst og 30% opplever depresjon etter et hjerteinfarkt. De fleste deltakerne knyttet angsten til redselen for å oppleve et nytt hjerteinfarkt (Iles-Smith et al., 2017, s. 3512). I tillegg påpeker Junehag et. al. (2014, s. 23) at hjerteinfarkt ofte er knyttet til angst og psykisk stress, som ofte er forbundet med usikkerheten om de kan stole på hjertet sitt. Etter hjerteinfarkt uttrykte flere at de opplevde en følelse av å miste kontroll over kroppen, noe som førte til at de ikke stolte på sin egen kropp (Junehag et al., 2014, s. 25-26). Ulike psykososiale reaksjoner er altså svært vanlig å oppleve etter et gjennomgått hjerteinfarkt. Sykepleie med fokus på pasienterfaringer av de psykososiale reaksjonene etter hjerteinfarkt kan derfor hjelpe pasienten å mestre sykdommen. Dessuten skriver Stubberud (2016, s. 343) at pasientens erfaringer står sentralt for å hjelpe pasienten å oppnå kontroll over sykdommen, som er et av målene ved mestring.

I utøvelsen av sykepleie skal fokuset altså ligge på pasientens egen oppfattelse av sykdommen (Benner og Wrubel, 2001, s. 15). Dessuten hevder Eikeland et. al. (2016, s. 242) at slike reaksjoner oppleves ulikt hos alle mennesker. Man kan se i studien til Simony et. al. (2017, s. 235) at det blir påpekt at pasientene har vanskeligheter med å akseptere sykdommen sin. Pasientene opplevde hjerteinfarkt krevende og skremmende, og redselen førte til at de prøvde å unngå å møte virkeligheten (Simony et al., 2017, s. 235). Det kan sees likheter mellom studien til Simony et. al. (2017, s. 235) og Iles-Smith et. al. (2017, s. 3615) ved at pasientene i Iles-Smith et al. (2017, s. 3615) sin studie forklarte at de hadde vanskeligheter

med å forstå sykdommen og de synes derfor det var vanskelig å vite hvordan de skulle forholde seg til den. Hensyntatt disse erfaringene kan sykepleie imøtekomme pasienten ved å se pasienten som et menneske og ikke en sykdom, noe som videre kan hjelpe pasienten å akseptere og håndtere sin situasjon. Dette har også en overføringsverdi til Benner og Wrubels (2001, s. 15) teori som tilsier at sykepleie skal ha fokus på pasienten og ikke sykdommen.

Berge et. al. (2017) hevder at helsevesenet til dags dato ikke er flinke nok til å identifisere og iverksette tiltak mot ulike psykososiale reaksjoner. Ettersom dagens helsevesen er under et tidspress, hvor sykepleierne har en følelse av at de ikke får gjennomført alle oppgaver før vaktskiftet (Fålun et. al., 2016, s. 500), kan alle disse pasientopplevelsene bli oversett i den travle hverdagen. Dette underbygger egen erfaring av praksis, der sykepleierne løp rundt på avdelingen hvor mye skjedde samtidig. Sykepleieren måtte derfor prioritere de ulike oppgavene, og pasientens opplevelse av situasjonen var dessverre noe av det som ble prioritert vekk. Dessuten er liggetiden på sykehus svært kort (Fålun et. al., 2016, s. 500), og ettersom pasienten befinner seg i en stressende situasjon kan det resultere i tilbakeholdelse av følelser og deres opplevelse av situasjonen eller sykdommen. Basert på egen erfaring fokuserer altså sykepleieren på sykdommen og ikke pasientens opplevelse i en travel hverdag. Imidlertid hevder Benner og Wrubel (2001, s. 15) at sykepleierens fokus skal ligge på pasientens opplevelse av sykdommen.

Ettersom pasientens opplevelse ofte blir prioritert vekk, kan et kartleggingsverktøy være et tiltak for å kartlegge om pasienten opplever ulike psykososiale reaksjoner. Dette kan sees i studien til Berge et. al. (2017) som viser til at depresjon og depressive plager er svært vanlig, og for å forebygge dette kan et kartleggingsverktøy være et tiltak. Det kan videre tenkes at et slik kartleggingsverktøy må være enkelt å gjennomføre ettersom liggetiden på sykehuset er svært kort. Med bakgrunn i dette indikerer funnene at psykososiale reaksjoner som blant annet angst og depresjon er vanlig å oppleve, som setter hele pasienten i en truet situasjon. Noe som kan sammenlignes med teorien til Benner og Wrubel (2001, s. 271) om at et angrep på hjertet er et angrep på livet. Basert på funnene er det grunn til å tro at ved å utøve sykepleie med et større fokus på pasientens opplevelse av sykdommen, kan sykepleie altså bidra til å hjelpe pasienten å mestre eventuelle psykososiale reaksjoner som kan forekomme etter et hjerteinfarkt.

## 5.2 Informasjon til pasienten

God informasjon står sentralt i sykepleie til pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt (Junehag et.al., 2014, s. 22). Likevel viser flere studier til at informasjonen som blir gitt er utilstrekkelig. Det vises blant annet til at pasientene oftere er misfornøyde enn fornøyd med informasjonen som blir gitt (Junehag et.al., 2014, s. 22). Spørsmålet om utilstrekkelig informasjon til pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt tar også Bårdsgjerde et. al. (2020 s. 1607) og Iles-Smith et. al. (2017, s. 3513) opp i sin studie. Deltakerne i Iles-Smith et. al. (2017, s. 3516) sin studie rapporterte blant annet at det ble gitt for lite informasjon om symptomer og reaksjoner som kunne oppstå etter sykehusutskrivelse. I tillegg til dette rapporterte deltakerne i studien til Junehag et. al. (2014, s. 26) at informasjonen de fikk inneholdt kun bruk av medisiner, og ikke psykososiale reaksjoner som kunne oppstå etter hjerteinfarkt. Dessuten hevder Alsen og Eriksson (2016, s. 527) at det er en sammenheng mellom symptomet fatigue som følge av hjerteinfarkt, og manglende kunnskaper om sykdommen og symptomet. Studien viser at pasientene ikke hadde nok kunnskaper om hva fatigue var og hvor vanlig det var, og at de derfor ikke visste hvordan de skulle forholde seg til det (Alsen og Eriksson, 2016, s. 527). Imidlertid tilsier Pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 (1999) at pasienter har rett på den informasjonen som trengs for å få innsikt i sin egen helsetilstand. Informasjonen er viktig for at pasienten skal ha kontroll over situasjonen, og det bidrar til at pasienten føler seg trygg og ivaretatt (Stubberud, 2016, s. 357).

Det kan med bakgrunn i denne forskningen stilles spørsmål til hvorfor det er slik at pasientene rapporterer utilstrekkelig informasjon, ettersom både teori og erfaringer fra pasienter tilsier at pasientene har store behov for god informasjon etter en slik akutt og kritisk sykdom som hjerteinfarkt. Ikke desto mindre rapporterer sykepleierne at informasjonen blir gitt, men at pasienten ikke alltid er klar for å ta imot denne informasjonen. Pasienten er i en sårbar og stressende situasjon hvor det er mye nytt å ta innover seg, noe som gjør at ikke all informasjonen som blir gitt blir forstått eller husket (Bårdsgjerde, 2020, s. 1607-1608). Dette kan sees i lys av lovverket som tilsier at sykepleieren skal passe på at informasjonen blir forstått (Stubberud, 2016, s. 357). En kan imidlertid aldri være sikker på at innholdet i informasjonen er mottatt og forstått (Kristoffersen, 2016c, s. 370). Med dette som utgangspunkt kan det være essensielt å kombinere skriftlig og muntlig informasjon ettersom muntlig informasjon er lett å glemme (Stubberud, 2016, s. 359). Det kan dermed tenkes at et informasjonshefte som et supplement kan hjelpe pasienten, ettersom pasienten kan finne frem denne informasjonen når den selv er klar for det. Behovet for skriftlig informasjon øker også i

senere tid ettersom liggetiden på sykehuset stadig minsker (Kristoffersen, 2016c, s. 379). I lys av erfaringer fra pasienter som opplever utilstrekkelig informasjon, kan det være viktig for sykepleieren å ta i bruk andre verktøy for å passe på at pasienten har fått tilstrekkelig med informasjon og veiledning om sykdommen. Ved flere sykehus i Norge finnes det lærings- og mestringssenter (LMS) som underviser og veileder pasienter som har gjennomgått ulike hjertesykdommer. Det er vesentlig at dette blir gitt som et supplement og ikke en erstatning til den informasjonen og undervisningen pasienten får på sykehuset (Eikeland et. al., 2016, s. 230).

Det blir altså vist til at god informasjon står sentralt i sykepleie, men hva er det egentlig som regnes som god informasjon i et slikt tilfelle? Ifølge Stubberud (2016, s. 357) skal denne informasjonen omhandle selve sykdommen og hendelsesforløpet til sykdommen, samt eventuelle reaksjoner som kan oppstå etter hjerteinfarkt og svar på eventuelle spørsmål pasienten kommer med. Det er også viktig at informasjonen blir gjentatt ettersom pasienten er i en sårbar og stressende situasjon som kan føre til redusert hukommelse. Sykepleieren som gir informasjonen må bruke et forståelig språk, med korte setninger (Stubberud, 2016, s. 358). Dette underbygges i egen erfaring fra samtale med en pasient som hadde gjennomgått hjerteinfarkt, som følte på utilstrekkelig og dårlig informasjon. Pasienten i dette tilfellet forklarte at det ble gitt litt informasjon, men han selv ikke var klar for å høre det på et så tidlig tidspunkt. Han følte heller ikke at det ble gitt nok informasjon om ulike reaksjoner som kunne oppstå i senere tid, som blant annet angst og utrygghet. Samtidig forklarte pasienten at sykepleieren hadde et rolig og forståelig språk, men at informasjonen burde vært skrevet ned eller kommet senere i forløpet slik at han fikk informasjonen når han selv var klar for å ta imot den.

For at formidling av informasjon skal lykkes på best mulig måte, må sykepleieren også ha kunnskap rundt sykdommen og reaksjoner som kan oppstå i ettertid. Dette poengterer Junehag et. al. (2014, s. 28) som hevder at sykepleierne mangler kunnskap, og dette er en av grunnene til at informasjonen ikke når frem til pasientene. Akkurat dette kan sammenlignes med studien til Simony et. al. (2017, s. 233) som påpeker at for å kunne forbedre hjerteomsorgen må kunnskapen blant sykepleierne forbedres. Imidlertid konstaterer Junehag et. al. (2014, s. 28) at ettersom teori og kunnskap om erfaringer etter hjerteinfarkt eksisterer, er dette noe som må viderefremmes til pasientene for å forhindre ulike psykososiale reaksjoner. Det kan trekkes paralleller mellom sykepleierens manglende kunnskap og hva

Iles-Smith et. al. (2017, s, 3516) påpeker om at pasientene har manglende kunnskaper rundt sykdommen sin. Med dette tatt i betraktning blir det altså vist at dersom kunnskapen til sykepleierne om hjerteinfarkt og reaksjoner etter hjerteinfarkt er god, vil også sykepleieren kunne videreformidle den kunnskapen som pasienten trenger for å mestre sin sykdom. En av deltakerne i studien til Bårdsgjerde et. al. (2020, s. 1611) forklarer at en sjekklister for formidling av informasjon, kan være et godt hjelpemiddel for sykepleieren i informasjonsutgivningen. På den ene siden kan en slik sjekklister sørge for at sykepleieren får gitt den informasjonen som står sentralt etter gjennomgått hjerteinfarkt. På den andre siden skriver Fåln et. al. (2016, s. 500) at sykepleieren bør ideelt sett gi individuell tilpasset informasjon og veiledning ettersom alle mennesker reagerer ulikt på en slik akutt og kritisk situasjon. Videre blir det vist at å gi individuell informasjon skaper et behov for planlegging, noe som tar lengre tid (Fåln et. al., 2016, s. 500). Det kan med bakgrunn i dette bli vanskelig for sykepleieren å planlegge tilpasset informasjon til hver enkelt pasient, på bakgrunn av tidspresstet til sykepleierne. Basert på funnene kan det tenkes at ved bruk av sjekklister som et supplement i utgivelsen av den individuelle informasjonen, vil en spare tid og samtidig være sikker på at en har fått med seg de viktigste punktene.

### 5.3 Å tilrettelegge for mestring og deltakelse

Funnene fra samtlige studier viser at mestring står sentralt for at pasienten skal klare å håndtere sykdommen og situasjonen de befinner seg i etter hjerteinfarkt. Funnene i Alsen og Erikssons (2016, s. 527) studie viser at ved en slik livstruende situasjon som hjerteinfarkt blir mestringen satt på prøve, og mennesket opplever stress. Mestring blir da forklart som en prosess for å håndtere situasjonen (Alsen og Eriksson, 2016, s. 527). Dette har overføringsverdi til Stubberuds (2016, s. 343) teori som tilsier at ved en slik akutt og kritisk sykdom blir forsvarsmekanismer, såkalte mestringsmekanismer iverksatt. Disse mekanismene har som mål å redusere det psykiske stresset og oppnå kontroll over situasjonen (Stubberud, 2016, s. 343). Til sammenligning hevder Kristoffersen et. al. (2016c, s. 371) at stress ofte oppstår ved sykdom eller en ukjent situasjon. På bakgrunn av dette kan en altså forstå at opplevelsen av et hjerteinfarkt vil føre til stress, og for å oppnå mestring blir et av målene å oppnå kontroll over situasjonen en står i.

Mennesker reagerer ulikt på slike akutte og kritiske situasjoner som ved et hjerteinfarkt. Dette medfører også at alle mennesker mestrer sykdommen sin på forskjellig vis (Stubberud, 2016,

s. 343). Som tidligere nevnt viser funnene i samtlige av studiene at hjerteinfarkt får en negativ innvirkning på pasienten i form av ulike psykososiale reaksjoner. I motsetning til dette hevder Fållun et. al. (2016, s. 498) at opplevelsen av hjerteinfarkt også var relatert til positive utfall. Disse utfallene inkluderte muligheten for å øke deres indre styrke og se den lyse siden av livet. Hjerteinfarkt ble nemlig assosiert med en oppvåkning om at en må sette pris på livet en har (Fållun, et. al., 2016, s. 498). Dette kan sammenlignes med teorien til Renolen (2015, s. 166) som tilsier at de som har et optimistisk syn på livet tåler ulike påkjenninger bedre og har derfor høyere mestringsevne enn hva personer med et pessimistisk syn på livet har. Dette er også noe som Alsen og Eriksson (2016, s. 527) tar opp i sin studie, som viser at ved et positivt syn på livet vil pasientens indre styrke økes, noe som videre bidrar til økt mestring. Det kan med bakgrunn i funnene stilles spørsmål til hvordan sykepleie skal bidra til et positivt syn på livet, ettersom et optimistisk syn bidrar til økt mestring. For det første påpeker Fållun et. al. (2016, s. 499) at gode kunnskaper rundt sykdommen og rundt de reaksjoner som kan forekomme etter hjerteinfarkt var relatert til et mer positivt syn på livet. Det viser seg at pasientene hadde en mer positiv holdning til sykdommen og til situasjonen sin etter at de hadde fått god informasjon (Fållun et. al., 2016, s. 499). For det andre kan sykepleie med fokus på at alle mennesker mestrer sykdom på forskjellig vis (Stubberud, 2016, s. 343) bidra til å gi pasienter et mer positivt syn på livet ved å finne ut hvordan hver enkelt pasient opplever sin sykdom, og hva som er viktig for pasienten. På bakgrunn av funnene kan det forstås at sykepleie med fokus på at alle mennesker reagerer ulikt, sammen med god informasjonsutgivelse, være med å bidra til et mer positivt syn på livet, og dermed gi pasientene høyere grad av mestring.

Et positivt syn på livet fører altså til høyere grad av mestring (Renolen, 2015, s. 166). Imidlertid viser studien til Simony et. al. (2017, s. 235) at pasientene prøvde å overbevise seg selv om at symptomene var mindre seriøse enn de egentlig var. Dessuten viser også studien til Iles-Smith et. al. (2017, s. 3516) at pasienter ikke forsto symptomene til hjerteinfarkt og de la derfor symptomene til side og ventet med å oppsøke hjelp. I dette tilfellet kan det stilles spørsmål ved om det er mangel på informasjon som resulterer i ignorering av symptomene, eller om det er pasientens mestringsmekanisme som står bak valgene. Dette kan videre sees i lys av teorien til Lazarus og Folkmann (1984, s. 150-152) som tilsier at ved emosjonsfokuset mestring prøver mennesket å unngå informasjon eller selve problemet. Med dette som bakgrunn forstår jeg at som kommende sykepleier må en hjelpe hver og en pasient ut ifra



deres individuelle mestringsstrategi, for å videre kunne hjelpe dem å mestre situasjonen sin (Alsen og Eriksson, 2016, s. 532).

Bårdsgjerde et. al. (2020, s. 1612) hevder at pasientdeltakelse er et kjerneelement i sykepleieutøvelsen. Pasientdeltakelse sier noe om hvor engasjert pasienten er i sykdomsforløpet sitt. Det vises til at pasientdeltakelse øker pasientens mestring, ettersom pasienten opplever mer kontroll over sykdommen og situasjonen sin (Bårdsgjerde et. al., 2020, s. 1607). Her kan det trekkes paralleller til teorien om empowerment. Empowerment handler om å styrke pasientens egne ressurser og kunnskaper slik at pasienten skal klare å håndtere sin sykdom (Eikeland et. al., 2016, s. 230). Et av målene ved empowerment er at pasienten skal være en aktiv deltaker i egen rehabilitering (Ellingsen & Stubberud, 2016, s. 426). Empowerment og pasientdeltakelse er altså begge begreper som handler om å ha pasienten i fokus, og målet er at pasienten skal oppleve kontroll over sykdommen og situasjonen. For å oppnå dette målet, kan det altså tenkes at det ved sykepleieutøvelse må være mer fokus på pasientens behov for å klare å styrke pasientens empowerment og pasientdeltakelse, som videre bidrar til mestring. Dessuten påpeker Bårdsgjerde et. al. (2020, s. 1607) at ved å sette pasienten i fokus ved behandling av hjerteinfarkt vil en samtidig forbedre sikkerheten og kvaliteten i helsevesenet. Sykepleie med fokus på pasientdeltakelse vil altså bidra til økt forståelse og kontroll over sykdommen og situasjonen, noe som igjen bidrar til økt mestring.

Ettersom pasientdeltakelse er så sentralt i sykepleiefaget (Bårdsgjerde et. al., 2020, s. 1612), skulle man tro at pasientdeltakelsen ved hjertesykdom er høy. Derimot blir det rapportert at pasientdeltakelsen var lav hos pasienter under hjerterehabilitering (Bårdsgjerde et. a., 2020, s. 1607). Sykepleierne i studien til Bårdsgjerde et. al. (2020, s. 1612) påpekte også at pasientdeltakelse er avgjørende for å oppnå mestring hos pasienten. Til tross for dette uttrykte flere pasienter at opplevelsen av manglende sammenheng og kunnskaper om sykdommen hindret dem i deltakelse (Bårdsgjerde et. al., 2020, s. 1606). Basert på funnene skal altså pasientens ønsker og behov stå i fokus, og sykepleieren skal hjelpe pasienten til å oppleve kontroll over situasjonen. For å oppnå kontroll over situasjonen, kan det også tenkes at pasientens kunnskap må økes ettersom dette er med å fremme pasients empowerment og deltakelse (Eikeland et. al., 2016, s. 230). Dessuten skal pasientenes ønsker ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven vektlegges i utformingen av tjenestetilbud (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999b). Til sammenligning hevder også Benner og Wrubel (2001, s.

31) at sykepleieren skal ved å høre på pasientens ønsker, styrke pasientens ressurser. Avslutningsvis vil jeg bemerke at en av sykepleierens yrkesetiske retningslinjer tilsier at sykepleieren skal underbygge mestring, håp og livsmot hos pasienten (Norsk sykepleierforbund, u.å) og dersom pasienten ikke opplever mestring kan utbrenthet bli et resultat (Benner og Wrubel, 2001, s. 403-404).

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med denne bacheloroppgaven var å få innsikt i hvordan sykepleie kan bidra til å fremme mestring av psykososiale reaksjoner hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt. På bakgrunn av faglitteratur og forskningsstudier har tre temaer blitt drøftet opp mot oppgavens problemstilling: pasienterfaringer av psykososiale reaksjoner etter hjerteinfarkt, god informasjon til pasienten og tilrettelegging for mestring og deltakelse.

Psykososiale reaksjoner, som blant annet angst, depresjon, utrygghet og fatigue er svært vanlig etter å ha gjennomgått hjerteinfarkt. Basert på de tre temaene blir det vist at sykepleie skal ha fokus på pasientens erfaringer og opplevelser rundt sykdommen, god informasjonsutgivelse til pasienten, og fokus på pasientdeltakelse og mestring. Manglende informasjon og kunnskap om egen sykdom har sammenheng med utvikling av psykososiale reaksjoner, samt lav pasientdeltakelse og mestring. Alle mennesker reagerer og mestrer en slik akutt og kritisk sykdom som hjerteinfarkt forskjellig, og et sentralt element ved utøvelsen av sykepleie er å ha fokus på pasientens opplevelse av egen sykdom og situasjon. For at sykepleieren skal kunne gi god individuell informasjon og undervisning til pasienten, må sykepleieren først ha tilstrekkelig med kunnskap om sykdommen, og om de reaksjoner som kan oppstå. Dernest må sykepleieren bruke denne kunnskapen til å bidra til økt pasientdeltakelse, idet pasientdeltakelse synes å være vesentlig for pasientens evne til mestring. I møte med pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt er det derfor av stor betydning å finne ut hvordan hver enkelt pasient opplever situasjonen, og sammen med pasienten finne frem til de verktøy pasienten trenger for å oppleve mestring og kontroll over eget liv.

Det er utført en del forskning på pasienters erfaringer etter gjennomgått hjerteinfarkt, men derimot tilsynelatende lite om sykepleierens rolle og betydning i møte med pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt. Ettersom sykepleieren er en sentral person i møte med pasienten, ser jeg det som et behov med ytterligere forskning på akkurat dette området.

## Referanseliste

- Alsén, P. & Eriksson, M. (2016). Illness perceptions of fatigue and the association with sense of coherence and stress in patients one year after myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 25(3–4), 526–533. <https://doi.org/10.1111/jocn.13088>
- Benner, P. & Wrubel, J. (2001). *Omsorgens betydning i sygepleje: Stress og mestring ved sundhed og sygdom*. Munksgaard.
- Berge, T., Finset, A., Fjerstad, E., Henriksen, L. S., Hyldmo, I., Lang, N., Vego, J. & Øie, E. (2017). Screening for symptoms of depression associated with heart disease. *Sykepleien Forskning*, (60372), e-60372. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.60372en>
- Bårdsgjerde, E. K., Landstad, B. J., Hole, T., Nylenna, M., Gjeilo, K. H. & Kvangarsnes, M. (2020). Nurses' perceptions of patient participation in the myocardial infarction pathway. *Nursing Open*, 7(5), 1606–1615. <https://doi.org/10.1002/nop2.544>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- Eikeland, A., Haugland, T. & Stubberud, D.-G. (2016). Sykepleie ved hjertesykdommer. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie: 1* (5. utg., s. 229–280). Gyldendal akademisk.
- Elling, I. & Midthun, N. (2019, 11. mars). *Hjerteinfarkt*. LHL. <https://www.lhl.no/hjerte-og-karsykdommer/hjerteinfarkt/>
- Ellingsen, T.-L. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved behandling av akutt koronarsyndrom. I Dag-Gunnar (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 54–93). Cappelen Damm akademisk.
- Ellingsen, T.-L. & Stubberud, D.-G. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved hjerterehabilitering. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 422–446). Cappelen Damm akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2020, 17. juni). *Hjerte- og karregisterets statistikkbank*. <http://statistikkbank.fhi.no/hkr/>
- Fålnun, N., Fridlund, B., Schaufel, M. A., Schei, E. & Norekvål, T. M. (2016). Patients' goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(7), 495–503. <https://doi.org/10.1177/1474515115614712>
- Fålnun, N., Netland, H. & Norekvål, T. M. (2011). Samtaler kan styrke hjertepasienten. *Sykepleien Forskning*, 50–52.

- Haugan, G. & Rannestad, T. (2016). Helsefremmende helsearbeid—Patogenese og salutogenese. I Gørill & Toril (Red.), *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten* (s. 34–56). Cappelen Damm akademisk.
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*.  
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Høgskulen på Vestlandet. (u.å.). *Søk etter fagressursar*. <https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/>
- 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. <https://doi.org/10.1111/jocn.13715>
- 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 and Critical Care Nursing*, 30(1), 22–30.  
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.07.002>
- Kjetland, M. B. & Nordstad, M. G. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved hjertepoliklinikk. I Dag-Gunnar (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 447–514). Cappelen Damm akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: B. 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 237–294). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). Sykepleiefagets teoretiske utvikling-en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 15–80). Gyldendal akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016c). Å styrke pasientens resurser. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: B. 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 349–406). Gyldendal akademisk.
- Kvam, M. (2020, 27. april). *Fatigue*. NHI.no. <https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/fatigue/>
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Mæland, J. G. (2006). *Helhetlig hjerterehabilitering*. (2.utg). Høyskoleforlaget.
- Norsk sykepleierforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*.  
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999a).  *Rett til medvirkning og informasjon* (LOV-1999-

- 07-02-63). <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-2>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999b).  *Rett til medvirkning og informasjon* (LOV-1999-07-02-63). <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63/§3-1>
- Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker: Innføring i psykologi for helsefag* (2. utg.). Fagbokforl.
- Simonj, C. P., Dreyer, P., Pedersen, B. D. & Birkelund, R. (2017). It is not just a Minor Thing – A Phenomenological-Hermeneutic Study of Patients' Experiences when afflicted by a Minor Heart Attack and Participating in Cardiac Rehabilitation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(2), 232–240. <https://doi.org/10.1111/scs.12334>
- 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* (s. 13–41). Gyldendal akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2016). Å ivareta pasientens psykososiale behov ved behandling av hjertesykdom i sykehus. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s. 334–393). Cappelen Damm akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforl.
- Ørn, S. & Brunvand, L. (2016). Hjerte- og karsykdommer. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 163–200). Gyldendal akademisk.

## Vedlegg

### Vedlegg 1: PICO skjema

P – Patient/Problem	I - Intervention	C - Comparison	O - Outcome
Pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt	Psykososiale behov Informasjon Veiledning Rådgivning		Mestring av hverdagen etter hjerteinfarkt.  Økt helsekompetanse hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt.  Tilstrekkelig informasjon og rådgivning til pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt.  Forebygging av psykososiale reaksjoner etter hjerteinfarkt.

# Sjekklister for vurdering av en kvalitativ studie

## Hvordan brukes sjekklister?

Sjekklister består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

## Om sjekklister

Sjekklister er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklister er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklister?  
Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

## Kritisk vurdering av:

*"A qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction"* (Junehag, Asplund & Svedlund, 2014)



## Del A: Innledende vurdering

### 1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?
- Er problemstillingen relevant?

**Kommentar:** Målet med studien var å beskrive pasientens oppfatning av de psykososiale konsekvensene etter hjerteinfarkt, og om de hadde nok tilgang på støtte etter hjerteinfarkt. Studien viser at psykososiale reaksjoner som angst er vanlige reaksjoner etter hjerteinfarkt, og studien blir derfor sett på som relevant knyttet til oppgavens problemstilling.

### 2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

**Kommentar:** Studien bruker en kvalitativ beskrivende tilnærming basert på individuelle intervjuer. Kvalitativ forskning tillater bruk av små, målrettede prøver for å skaffe seg inngående informasjon om viktige og typiske områder ved bruk av deltakernes egne ord.

### 3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

**Kommentar:** Studien bruker en kvalitativ forskningsdesign. Studien beskriver at ved bruk av kvalitativ forskningsdesign gjør det mulig å bruke små, målrettede intervjuer for å innhente relevant informasjon. Valg av forskningsdesign er valgt ettersom det passer med formålet med studien, fordi samtaler kan avdekke nyanser og variasjoner. Artikkelen bruker IMRaD strukturen noe som gjør artikkelen oversiktlig

#### 4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

**Kommentar:** Studien inkluderte 20 deltakere (14 menn og 6 kvinner) under 75år som opplevde sitt første hjerteinfarkt. Det var også gjort noen inklusjonskriterier for å kun inkludere dem som var relevant for studien. Inklusjonskriteriene var blant annet at deltakerne hadde opplevd sitt første hjerteinfarkt, var under 75år, snakket og forsto svensk og ingen tidligere kjente psykiatriske lidelser for å unngå å påvirke dem negativt. Studien viser perspektivet til pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt.

#### 5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?
- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

**Kommentar:** Intervjuet ble gjennomført ett år etter hjerteinfarkt. Intervjuene fokuserte på deltakernes oppfatning av de psykososiale konsekvensene som medførte av hjerteinfarkt og hvilke støtte de fikk i løpet av det første året etter hjerteinfarkt. Alle intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt eller via telefon, hvor alle ble tatt lydopptak av. Det ble brukt åpne spørsmål som for eksempel «hvordan har året etter hjerteinfarkt vært?» Hva anser du for god støtte?» Opptaket ble transkribert ordrett og nøye analysert etterpå.

## 6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

**Kommentar:** Studien viser til at en svakhet i studien er at to av intervjuene ble gjennomført via telefon. Dette kan sees på som en svakhet da kroppsspråket og ansiktet ikke følger med i telefonintervjuer.

## 7. Er etiske forhold vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

Tips:

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?
- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

**Kommentar:** Studien var godkjent av etisk komite. Alle deltakerne og mentorer mottok muntlig og skriftlig informasjon om at deres deltakelse var frivillig, de hadde rett til å trekke seg når de ønsket og alle intervjuene ble gjort anonyme.

**8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?**

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

**Kommentar:** Det blir tydelig beskrevet fremgangsmåten for studien. I et eget avsnitt om fremgangsmåte kommer det frem de ulike trinnene for hvordan analysen ble gjennomført. Studien tar i bruk gode sitater som forsterker temaet i studien.

**Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?**

Ja –  Nei –  Uklart

Studien tar opp flere element som står sentralt i oppgavens problemstilling, den blir derfor sett på som en god og relevant forskningsartikkel til oppgaven.

## Del B: Hva er resultatene?

### 9. Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

**Kommentar:** Funnene i studien blir presentert tydelig og er knyttet opp mot problemstillingen. Diskusjonen i studien blir sett på som tilstrekkelig ettersom funnene indikerer både fordeler og ulemper opp mot den opprinnelige problemstillingen. Studien referer til andre studier og forskere og blir derfor sett på som troverdig. Resultatene viser at det er vanlig å trenge hjelp for å håndtere de psykososiale konsekvensene etter hjerteinfarkt og at informasjonen som blir gitt har innvirkning på menneskets mestring.

## Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

### 10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

**Tips:** Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

**Kommentar:** Funnene i studien er nyttig knyttet opp mot sykepleiepraksis, hvordan en som sykepleier kan hjelpe pasienten å mestre de psykososiale konsekvensene som kan oppstå etter hjerteinfarkt og har derfor en overføringsverdi til sykepleierket. Studien viser til at kunnskapen fra studien kan brukes i utdanningen ved hjertesykdommer og i helsevesenet utenfor sykehusene.

### Vedlegg 3: Litteratormatrise

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat
«Illness perceptions of fatigue and the association with sense of coherence and stress in patients one year after myocardial infarction»  (Alsén & Eriksson, 2016)	Undersøke sammenhengen mellom sykdomsoppfatning av fatigue, følelse av sammenheng og stress hos pasienter 1 år etter hjerteinfarkt.	Tversnittstudie	74 pasienter som opplevde utmattelse 1 år etter hjerteinfarkt, fra hjerteavdeling på sykehus i Sverige. Pasientene som deltok, var 75år eller yngre.	Fatigue og utmattelse er et vanlig symptom etter hjerteinfarkt og det er vanskelig å håndtere for pasienten. En forklaring på dette symptomet er manglende forståelse ovenfor sykdommen og symptomet. For å forbedre pasientens mestringsressurser må helsepersonell gi informasjon om sykdommen til pasienten. Denne informasjonen må gå på et individnivå. Ved å forbedre pasientens forståelse rundt sykdommen, kan pasientens mestring av sykdommen også forbedres.

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat
«The experiences of myocardial infarction patients readmitted within six months of primary percutaneous coronary intervention»	Utforske opplevelsen til pasienter som er re-innlagt på sykehus grunnet en potensiell iskemisk	Kvalitativ studie som inneholdt dybdeintervjuer. Kohortstudie.	25 deltakere som hadde hatt et tidligere hjerteinfarkt. Intervjuene ble gjennomført 6 måneder etter	Alle pasientene hadde opplevd 1-4 reinnleggelser i løpet av de 6 månedene etter utskrivelse. Tre hovedtema dukket opp: angst og usikkerhet, frykt for å oppleve et nytt hjerteinfarkt og utilstrekkelig kunnskap om ulike reaksjoner. Frykten for å dø eller opplevelsen av et nytt hjerteinfarkt førte til re-innleggelser, dette var ettersom de var engstelige og hadde en manglende forståelse over



(Iles-Smith, Deaton, Campbell, Mercer & McGowan 2017)	hjertesykdom, innen 6 måneder etter PCI behandling.		hjerteinfarkt. Deltakerne var mellom 27-79år  Studien ble gjennomført i England	sykdommen. Deltakerne rapporterte også fatigue som et vanlig symptom etter hjerteinfarkt. Å øke sykepleierkunnskapen står derfor sentralt for å videre kunne øke kompetansen til pasientene.
---	---	--	--	--

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat
«A qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction»  (Junehag, Aspelund Svedlund 2014)	Undersøke hvilke psykososiale konsekvenser som kan komme etter et hjerteinfarkt, og om pasientene hadde tilgang på støtte ett år etter hjerteinfarkt.	Kvalitativ studie basert på individuelle intervjuer.	20 deltakere som opplevde sitt første hjerteinfarkt. 14 menn og 6 kvinner ble intervjuet ett år etter hendelsen. 11 av deltakerne fikk tilbud om mentor for å se om dette kunne gi en-til-en-menneskelig støtte. Alle deltakerne var 75år eller yngre.  Studien ble gjennomført i Sverige utenfor sykehuset.	Psykososiale reaksjoner som angst og frykt er vanlig etter et hjerteinfarkt. Studien resulterte i tre temaer: ha et annet liv, lære å håndtere situasjonen og ha tilgang til støtte. Deltakerne var oftere misfornøyd enn fornøyd med oppfølgingen de fikk. Studien indikerer at måten oppfølgingen fra helsevesenet blir gitt på, og hvilken informasjon som blir gitt, påvirker pasientens evne til mestring av situasjonen.

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat
«Patients' goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction»  (Fålun, Fridlund, Schaufel, Schei & Norekvål, 2016)	Identifisere pasientens mål, ressurser og barrierer for tiden rett etter sykehusinnleggelse.	Kvalitativ studie. Intervju av deltakerne ble gjennomført før sykehusutskrivelse.	20 pasienter med diagnostisert hjerteinfarkt fra hjerteavdelingen på et universitetssykehus i Norge.	Ofte sliter pasienter med å forstå årsakene til hjerteinfarkt. Behovet for forskjellige tilnærminger for veiledning står sentralt i sykepleie. Personsentrert omsorg som fokuserer på pasientens erfaringer kan resultere i en mer individualisert omsorg og en mer nøyaktig veiledning, som videre forbedrer pasientens evne til å håndtere livssituasjonen etter hjerteinfarkt.

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat
“It is not just a Minor Thing - A Phenomenological-Hermeneutic Study of Patients' Experiences when afflicted by a Minor Heart Attack and Participating in Cardiac Rehabilitation”	Forbedre omsorgen for pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt ved bruk av pasientperspektivet. Få innsikt i hvordan pasienter med hjerteinfarkt	Kvalitativ studie med en hermeneutisk tilnærming. Fokusgruppeintervju og individuelle intervju ble brukt for å innhente pasienters erfaringer etter	11 pasienter som er registrert i hjerterehabiliteringsprogram fra et sykehus i Danmark.	Hjerteinfarkt ble assosiert med frykt for døden, og følelsen av hjelpeløshet og sårbarhet. Tre temaer ble tatt opp i studien. (1) Vanskeligheter med å akseptere sykdommen som førte til sårbarhet og hjelpeløshet. (2) Å forstå at livet har blitt skrøpelig: pasienter føler seg sjokkert når de skjønner at sykdommen er kronisk



(Simonj, Dreyer, Pedersen & Birkelund 2017)	opplever livssituasjonen sin etter at de er kommet hjem fra sykehuset.	gjennomgatt hjerteinfarkt.		livstruende. (3) Et forandret liv: pasientene måtte gjøre nye begrensninger i livet.
---	--	----------------------------	--	--

Artikkel	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat
«Nurses' perceptions of patient participation in the myocardial infarction pathway»  (Bårdsgjerde, Landstad, Hole, Nylenna, Gjeilo & Kvangarsnes 2020)	Finne ut sykepleierens oppfatning av pasientens deltakelse i behandlingen av hjerteinfarkt.	Kvalitativ studie med en hermeneutisk tilnærming.	Fem fokusgrupper med totalt 22 sykepleiere fra to ulike sykehus i Midt-Norge ble intervjuet. Sykepleierne hadde erfaring innenfor herteomsorgen og inkluderte både menn og kvinner i alderen 24-58 år.	Sykepleiere har en nøkkelrolle når det kommer til pasientmedvirkning. Pasientdeltakelsen varierte fra pasient til pasient. Sykepleierne rapporterte at pasienten ikke alltid er like mottakelig for informasjonen som ble gitt. Samtidig rapporterte pasientene utilstrekkelig med informasjon. Det blir vist en sammenheng mellom utilstrekkelig informasjon og lavere pasientdeltakelse. Sykepleierne uttrykte at pasientmedvirkning var viktig fordi det er med å øke pasientens motivasjon og ansvar for endring av livsstil.

#### Vedlegg 4: Tematisk tabell

	<b>Tema 1 – Psykososiale behov etter hjerteinfarkt</b>	<b>Tema 2 – Informasjon</b>	<b>Tema 4 – Mestring og deltakelse</b>
<b>Alsen og Eriksson, 2016</b>	Fatigue er et vanlig symptom etter hjerteinfarkt som er vanskelig å håndtere for pasientene.	Fatigue henger sammen med manglende kunnskaper om sykdommen. Det står derfor sentralt for sykepleie å gi god informasjon til pasienten.	For å styrke pasientens individuelle mestringsressurser må helsepersonell gi god informasjon.
<b>Iles-Smith, Deaton, Campbell, Mercer &amp; McGowan, 2017</b>	Angst og depresjon har lenge blitt rapportert som følge av hjerteinfarkt. Deltakerne opplevde en frykt for å dø eller opplevelsen av et nytt hjerteinfarkt.	Deltakerne hadde liten forståelse for sine symptomer og syntes de var vanskelige å tolke. Det ble rapportert utilstrekkelig kunnskap.	
<b>Junehagen, Aspelund, Svedlind, 2014</b>	I tiden etter et hjerteinfarkt opplever de fleste mennesker psykososiale konsekvenser som består av angst og frykt for å oppleve et nytt hjerteinfarkt.	Deltakerne var oftere misfornøyd enn fornøyd med informasjonen og veiledningen som ble gitt.	
<b>Fålun, Fridlund, Schaufel, Schei, Norekvål, 2016</b>		Oppfølging og informasjon står sentralt før utskrivelse av sykehus.	Det å ha et positivt syn på livet kan være med å øke personens indre styrke som videre vil bidra til mestring. Bruk av personsentrert omsorg gjør det mulig å gi individuell veiledning til pasienten.
<b>Simony, Dreyer, Pedersen &amp; Birkelund, 2016</b>	Deltakerne hadde vanskeligheter med å akseptere sykdommen, noe som videre førte til en følelse av sårbarhet og hjelpeløshet.	For å kunne forbedre hjerteomsorgen er det viktig å ha kunnskaper om pasienters erfaring etter hjerteinfarkt.	Pasienten har behov for en støttende behandling hvor sykepleierens fokus er på pasienten.
<b>Bårdsgjerde, Landstad, Hole, Nylenna, Gjeilo, Kvangarsnes, 2019</b>		Sykepleiere anser pasientinformasjon og deltakelse som svært viktig.	Pasientmedvirkning er et kjerneelement i pasientsentrert omsorg.