



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKB390-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	03-05-2023 12:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	12-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKB390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	243
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7929
----------------------	------

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 *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	45
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen 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

Livskvalitet hos kvinner etter hjerteinfarkt

Quality of life in women after a myocardial
infarction

Kandidatnummer: 243

Bachelor i sykepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 12.05.23

Abstract

Title: Quality of life in women after a myocardial infarction

Background: In 2021, 13 643 people were diagnosed with acute myocardial infarction. 35 % of the first-time cases were women. Heart disease is a leading cause of reduced quality of life and death among women. Women are more likely than men to experience depression and anxiety following a heart attack which can lead to a reduces quality of life. It has been found that acute heart disease is perceives as overwhelming, and patients struggle to gain control in the situation. As a student I met several patients who expressed uncertainty, especially women.

Aim: The aim of this study was to shed light on how nurses can help women improve their quality of life following a myocardial infarction.

Research question: How can nurses contribute to increased quality of life among women who have experienced a heart attack?

Method: The study utilizes a literature review as its method, where it is used scientific article where data has been collected by others. The data is sourced from databases, journals, and books. Standardized checklist from helsebiblioteket were used to critically assess the articles before conducting a thematic analysis.

Results: 5 articles were included in this literature study. The results from the articles indicated that many women do not receive sufficient information from healthcare professionals following a heart attack. It also emerged that women should be referred to cardiac rehabilitation programs as it supported them in their recovery process. I found that various coping strategies and social support/support from healthcare professionals have an impact on quality of life. Women have a need for increased social support after a heart attack as it can help with their recovery process.

Conclusion: The results indicate that many nurses are likely unaware of their instructional and supportive role. Nurses in practice can play a crucial role in women`s recovery by being aware of the importance of providing sufficient information, referring to rehabilitation, educating about coping strategies, and acting as a support for the patient. Perhaps nursing education should also place more focus on these topics. It is proven that women respond differently to diseases compared to men, and further research is necessary to provide equally good healthcare services to women. Nurses play a vital role in assisting patients in restoring life balance after a heart attack.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	<i>Bakgrunn for valg av tema.....</i>	1
1.2	<i>Problemstilling</i>	2
1.3	<i>Avgrensinger.....</i>	2
1.4	<i>Begrepsavklaring</i>	2
2	Teori	2
2.1	<i>Livskvalitet.....</i>	2
2.2	<i>Hjerteinfarkt.....</i>	3
2.3	<i>Kvinner og hjertesykdom</i>	4
2.4	<i>Psykososiale forhold og støtte ved hjerteinfarkt.....</i>	4
2.5	<i>Hjerterehabilitering</i>	5
2.6	<i>Mestring.....</i>	5
2.7	<i>Sykepleiers ansvar for informasjon og undervisning.....</i>	5
2.8	<i>Teoretisk perspektiv</i>	6
2.8.1	<i>Sykepleieteoretiker.....</i>	6
3	Metode	7
3.1	<i>Design</i>	7
3.1.1	<i>Litteraturstudie som metode.....</i>	7
3.2	<i>Søkeprosess.....</i>	8
3.2.1	<i>PICO.....</i>	8
3.2.2	<i>Innledende søk.....</i>	8
3.2.3	<i>Systematisk søk.....</i>	9
3.2.4	<i>Inklusjons og eksklusjonskriterier.....</i>	10
3.3	<i>Analyse og syntese</i>	10
3.4	<i>Kritisk vurdering</i>	11
3.5	<i>Etiske overveielser</i>	11
4	Resultater	11
4.1	<i>Kvinner trenger tilstrekkelig informasjon fra helsepersonell.....</i>	12

4.2 Hjerterehabilitering kan bedre livskvaliteten	13
4.3 Stressmestring og mestringsstrategier sin påvirkning på livskvalitet	14
4.4 Sosiale aktiviteter og støtte fra familier, venner og helsepersonell har påvirkning på kvinners tilpasning.....	14
5 Diskusjon	15
5.1 Diskusjon av resultater.....	15
5.1.1 Kvinner trenger tilstrekkelig informasjon fra helsepersonell	15
5.1.2 Hjerterehabilitering kan bedre livskvaliteten	17
5.1.3 Stressmestring og mestringsstrategier sin påvirkning på livskvalitet.....	19
5.1.4 Sosiale aktiviteter og støtte fra familier, venner og helsepersonell har påvirkning på kvinners tilpasning	20
5.2 Diskusjon av metode.....	21
5.2.1 Litteraturstudie	21
5.2.2 Litteratursøk.....	21
5.2.3 Utvelgelser av artikler.....	22
6 Oppsummering og implikasjoner for praksis.....	23
Referanseliste:.....	25
Vedlegg.....	29
Vedlegg 1: Søkehistorikk	29
Vedlegg 2: PICO.....	32
Vedlegg 3: Litteraturmatrise.....	33

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ifølge folkehelseinstituttet [FHI], 2022) ble det registrert 13 643 personer med diagnosen akutt hjerteinfarkt i 2021. Av disse var 11 548 førstegangstilfeller, og 35 % av førstegangstilfellene var kvinner. Hjerteinfarkt er en akutt og alvorlig tilstand som kan utvikle seg raskt. De typiske symptomene er sterke smerter i brystet, med utstråling mot venstre arm og hals. For kvinner er det derimot vanlig å oppleve atypiske symptomer, som smerter i rygg eller øvre del av mage. I tillegg opplever mange at det ikke forekommer smerter (norsk helseinformatikk [NHI], 2021). Forskning viser at kvinner kan oppleve symptomer på hjerteinfarkt i flere uker, og at fordi symptomene ikke er de man vanligvis forventer ved et hjerteinfarkt, kommer de til sykehuset etter at skaden allerede har oppstått (NHI, 2019). Vi trenger mer forskning på hjertesykdom hos kvinner da forskning i all hovedsak er gjort på menn. Hjertesykdom er fortsatt en hovedårsak til redusert livskvalitet og død hos kvinner (Gerdts et al., 2022).

En studie viser at kvinner har større sannsynlighet enn menn for å oppleve depresjon og angst etter hjerteinfarkt, som kan være med å redusere livskvaliteten (Liblik et al., 2022). Forløpet i et hjerteinfarkt kan skape stor angst, uro og frykt hos pasientene da sykdommen oppleves skremmende. Det vil være individuelt hvordan pasientene håndterer sykdommen, og reaksjoner som forekommer i ettertid. Informasjon, støtte, oppmuntring og veiledning til pasientene er noen av de viktigste tingene en sykepleier kan gjøre for å hjelpe pasienter å håndtere sykdommen (Eikeland et al., 2016, s. 242) Det er funnet at «akutt hjertesykdom oppleves overveldende og at pasienter strever med å gjenvinne kontroll i situasjonen» (Eikeland et al., 2016, s. 245). Denne oppgaven skal se nærmere på hva sykepleiere kan gjøre for å bedre livskvalitet hos kvinner etter gjennomgått hjerteinfarkt, da en i følge Liblik et al. (2022) sin studie ser at kvinner har større sannsynlighet for redusert livskvalitet. Som student har jeg vært i praksis på hjerteavdeling på Haukeland. I løpet av praksisperioden fikk jeg være med å møte pasienter med ulike hjertesykdommer. Jeg møtte flere pasienter som ga uttrykk for engstelse og usikkerhet, spesielt kvinner.

1.2 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til økt livskvalitet hos kvinner som har gjennomgått hjerteinfarkt?

1.3 Avgrensinger

Fokuset i oppgaven vil være på den kvinnelige pasienten. Jeg ønsker å se på kvinners tilpasning til sykdommen etter utskrivelse fra sykehus. Jeg vil ta for meg hva som kan gjøres den første tiden etter hjerteinfarkt, og hvordan dette kan påvirke livskvalitet langsiktig. I oppgaven vil jeg se spesifikt på hvordan sykepleier kan hjelpe kvinner å gjenvinne kontroll i sin livssituasjon. Grunnet oppgavens omfang vil jeg avgrense, ved å utelate medikamentell behandling. Jeg vil heller ikke rette oppgaven mot samhandling og informasjon til pårørende.

1.4 Begrepsavklaring

Empowerment er en «prosess som hjelper mennesker til å ha økt kontroll over faktorer som påvirker helsen deres» (Eikeland et al., 2016, s. 230).

Pasienten er et menneske som behøver omsorg, tjenester og hjelp fra andre mennesker, som kan hjelpe dem (Travelbee, 2001, s. 62). I denne oppgaven menes kvinner som har gjennomgått hjerteinfarkt når det henvises til pasienten.

2 Teori

2.1 Livskvalitet

Næss (2011, s. 15) definerer livskvalitet som «psykisk velvære, som en opplevelse av å ha det godt». Hun definerer begrepet ved å ha gode følelser og positive vurderinger av eget liv som opplevelse av mening i tillegg til fravær av negative følelser og vurderinger. Ordet livskvalitet rettes mot enkeltindivid, da bare hver enkelt vet om de selv har det godt. Innenfor samfunnsforskning ser man derimot på

livskvalitet som et begrep som dekker både subjektive og objektive forhold (Næss, 2011).

FHI (2019) beskriver også at livskvalitet handler hovedsakelig om hvordan livet oppleves i tillegg til det materielle. Det subjektive handler om følelser og vurdering av tilfredshet som inkluderer interesse, mestring og mening. Den objektive livskvaliteten handler om funksjonsevne, helsetilstand, arbeid og materielle levekår. God livskvalitet har sammenheng med god fysisk helse og lite psykiske plager. Livskvalitet påvirkes blant annet av sosial støtte, personlighet, negative livshendelser og mestring. Faktorene som påvirker livskvalitet kan styrke fysiske og psykiske sider hos en person, altså påvirke helsetilstanden (FHI, 2019).

2.2 Hjerteinfarkt

Hjerteinfarkt er en iskemisk hjertesykdom som rammet 13 643 personer i 2021 (FHI, 2022). «Hjerteinfarkt er en tilstand hvor hjertemuskelen dør på grunn av manglende arteriell blodtilførsel» (Ørn og Brunvand, 2016, s. 167). Årsaken er som oftest aterosklerose eller en blodpropp som løsner og setter seg fast i en blodåre. Andre årsaker kan være forsnevrede koronararterier som da ikke klarer å forsyne hjertemuskelen med nok blod.

De typiske symptomene ved hjerteinfarkt er klemmende smerter i brystet med stråling ut i venstre arm, hals eller kjeve. Andre vanlige symptomer er tungpust og kvalme. Noen ganger forekommer det derimot lite smerter, og tungpust eller kvalme kan være det største symptomet. Kvinner har ofte mindre av de typiske symptomene, og opplever gjerne bare magesmerter og tungpust. Ved slike vage symptomer kan det bli vanskeligere å diagnostisere personene og behandlingen kan bli forsinket (Ørn & Brunvand, 2016, s. 169-170).

Etter et hjerteinfarkt ønsker man å forebygge nye infarkt, samt at pasienten klarer å håndtere egen hverdag igjen. Som sykepleier må vi sørge for å undervise og veilede pasientene i håndtering av sykdommen. Det blir vesentlig å kartlegge pasientens psykososiale behov for å gi riktig og personsentrert informasjon og veiledning (Ørn & Brunvand, 2016, s. 171).

2.3 Kvinner og hjertesykdom

Hjertesykdom er den vanligste dødsårsaken hos kvinner (Stubberud, 2022, s. 24). I følge (Gerds et al., 2023) har kvinner andre symptomer ved hjertesykdom enn menn, og utvikler ofte andre varianter av sykdommen. Når kroppen utsettes for påkjenninger, vil kroppen reagere ulikt. Menn og kvinner reagerer ulikt på stress og sykdom. Kvinner blir ofte mer plaget av stress, og opplever flere plagsomme symptomer. Kvinner rammes også oftere av stressrelaterte psykiske sykdommer, som angst og depresjon, noe som påvirker livskvaliteten. Stressrelaterte psykiske sykdommer kan komme i etterkant av akutt eller kritisk sykdom, som for eksempel et hjerteinfarkt (Kristoffersen, 2016, s. 245).

«Det har vist seg at kvinners problemer, reaksjoner og perspektiver ofte er lite vektlagt i helsetjenesten» (Kristoffersen, 2016, s. 41). Vi ser at kvinner ofte er mer opptatt av nære relasjoner, noe som kan gi helsegevinst (Kristoffersen, 2016, s. 42).

2.4 Psykososiale forhold og støtte ved hjerteinfarkt

I tiden etter hjerteinfarkt har pasienten behov for å gjenvinne fysisk aktivitet, men også å håndtere de psykiske reaksjonene som har forekommet. Vi skal som sykepleier hjelpe pasientene å ta ansvar for egen rehabilitering og forebygging (Eikeland et al., 2016, s. 230).

Forløpet i ett hjerteinfarkt kan skape stor angst, uro og frykt hos pasientene da sykdommen oppleves som skremmende. Angstopplevelse kan for eksempel gi hjertebank, svette og andre symptomer som påvirker kroppen fysisk. Informasjon, støtte, oppmuntring og veiledning til pasienten er en noen av de viktige tingene sykepleier kan gjøre for å hjelpe pasienten å håndtere sykdommen (Eikeland et al., 2016, s. 242). Pasienter som opplever hjerteinfarkt kan oppleve at kroppen blir ukjent. I tiden etter, hvor pasientene er i en eventuell rehabiliteringsfase har de bruk for støtte for å tåle belastningen en opplever. Pasientens egne erfaringer blir vesentlig for å kunne gi pasientsentrert omsorg (Stubberud & Ellingsen, 2022, s. 383).

2.5 Hjerterehabilitering

Målet med hjerterehabilitering «er at den enkelte pasient som har eller står i fare for å få begrensninger i sine fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet». Hjerterehabilitering kan forebygge angst for fysisk aktivitet, oppnå bedre arbeidskapasitet, i tillegg til å bedre livskvalitet og sosial tilpasning (Stubberud & Ellingsen, 2022, s. 378). Indikasjon for hjerterehabilitering er blant annet hjerteinfarkt. Pasienten som gjennomgår hjerteinfarkt, skal få tilbud om hjerterehabilitering. Noen pasienter har behov for langvarig oppfølging, og en individuell behandlingsplan kan trolig øke mestringstro og redusere depresjonssymptomer (Stubberud & Ellingsen, 2022, s. 381). Ved å bruke empowerment kan pasientens mestringsevne øke ved at pasienten selv har kontroll over sin situasjon (Stubberud & Ellingsen, 2022, s. 381).

2.6 Mestring

Det er valgt å ta med begrepet mestring da en ser at mestring av sykdom har stor betydning for god livskvalitet. Lazarus & Folkman (1984, s. 141) definerer mestring som en «kontinuerlig skiftende kognitiv og atferdsmessig bestrebelse på å mestre spesifikke indre og/eller ytre krav, som etter personens oppfatning tærer på eller overstiger hans ressurser». De skiller mellom to strategier for å mestre stress. Problemorientert mestring hvor «følelsesmessig bearbeiding av tap og aktiv tilpasning til den nye livssituasjonen» er vesentlig (Lazarus og Folkman, referert i Kristoffersen, 2016, s. 249). Den andre strategien er emosjonelt orientert mestring, som «tar primært sikte på å redusere ubehag i situasjonen ved å dempe følelsene som ledsager opplevelsen av stress, eller ved å endre situasjonens meningsinnhold» (Lazarus og Folkman, referert i Kristoffersen, 2016, s. 251).

2.7 Sykepleiers ansvar for informasjon og undervisning

Pasient og brukerrettighetsloven sørger for at pasientene har rett på medvirkning og informasjon. I pasient- og brukerrettighetsloven (1999 §3-2) står det at pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i

helsehjelpen.

Ifølge yrkesetisk retningslinje 2.5 skal «sykepleier fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått» (Norsk sykepleierforbund [NSF], u.å.). Sykepleiers veiledning til pasienten skal fremme trygghet og hjelpe pasienten å mestre og å forstå sin situasjon. Pasientene har behov for god og planlagt informasjon for å kunne håndtere egen situasjon (Eikeland et al., 2016, s. 251). For at sykepleier skal gi ut god og riktig informasjon finnes det flere informasjonskilder som kan brukes i samtale med pasienten (Eikeland et al., 2016, s. 274-275).

2.8 Teoretisk perspektiv

2.8.1 Sykepleieteoretiker

Det finnes mange perspektiver på helse, og mange teoretikere som vektlegger ulike sider ved helse. I denne oppgaven har jeg valgt å trekke inn Joyce Travelbee sine sykepleiefaglige teorier. Hun hevder at «Sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og om nødvendig finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s. 29). For å klare å gi pasientene helhetlig omsorg hevder Travelbee at det må forekomme et menneske til menneske forhold. «Et menneske til menneske forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og de hun har omsorg for» (Travelbee, 1999, s. 177). Dersom sykepleier hjelper pasient å oppfylle sine sykepleiebehov kan pasienten oppleve å mestre sykdom og lidelse (Travelbee, 1999, s. 179). Travelbee (1999, s. 126) hevder at sykepleier må forstå sykdom som menneskelig erfaring. Uten en slik tankegang kan ikke sykepleier forholde seg til den syke som menneske til menneske.

Sykepleier vil i mange situasjoner møte pasienter som trenger fysisk omsorg, undervisning og oppmuntring. I tillegg kan pasientene trenge hjelp til å finne mening i sykdom, som er vesentlig for å yte helhetlig omsorg. Sykepleier kan ikke alltid finne løsningen på problemene, men står da ansvarlig for å henvise pasientene til andre helsearbeidere. I følge Travelbee (1999, s. 222) står sykepleier også ansvarlig for å

følge opp at pasienten får den hjelpen som trengs. Den undervisende funksjonen handler om å «hjelpes syke mennesker til å finne mening i sykdommen og i de tiltakene som må settes i verk for å bevare helsen og kontrollere symptomene» (Travelbee, 1999, s. 35).

3 Metode

3.1 Design

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til kunnskap.» (Vilhelm Aubert, 1985, s. 196). Begrunnelse for å velge en bestemt metode er at denne metoden egner seg best til å besvare problemstillingen. Metoden hjelper oss å samle inn data vi trenger (Dalland, 2021, s. 53-54).

3.1.1 Litteraturstudie som metode

Valg av metode handler om hvilken systematisk fremgangsmåte som brukes for å besvare problemstillingen. Denne oppgaven skal ha litteraturstudie som metode. Da benyttes vitenskapelige artikler hvor data er samlet inn av andre. Litteraturstudier bruker altså sekundærdata. Dataen kan blant annet finnes i databaser, tidsskrifter og bøker (Thidemann, 2019, s. 74-75). Thidemann (2019, s. 77) sier at en litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Det vil si å innhente litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt samle helheten. Denne metoden er valgt da den trolig kan bidra til å belyse problemstillingen ved å få en god og oppdatert forståelse av kunnskapen som brukes for å besvare problemstillingen.

I lys av min problemstilling har det vært naturlig å inkludere mest kvalitative artikler da hensikten med kvalitative metoder er å få kunnskap om menneskelige meninger og erfaringer, samt holdninger og tanker. Kvalitativ metode handler ofte også om å finne meningssammenhenger, hvor man går mer i dybden (Thidemann, 2019, s. 76). Det benyttes humanvitenskapelig kunnskap, som vil si at man kommer inn på pasientens erfaringer og opplevelser, som for eksempel erfaringer etter et akutt

hjerteinfarkt (Thidemann, 2019, s. 61). Jeg har likevel valgt å inkludere artikler med kvantitativ metode da artiklene utfyller hverandre. Både kvantitativ og kvalitativ data «bidrar på hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i» (Dalland, 2021, s. 54). Dette gjør jeg fordi jeg ønsker å se hvordan hvert enkelt individ føler seg ivaretatt, i tillegg til å få kunnskap om den generelle befolkningen.

3.2 Søkeprosess

3.2.1 PICO

Før det systematiske søket skal gjennomføres er det viktig å legge grunnlag for informasjonsbehovet. PICO er et rammeverk som hjelper å presisere og tydeliggjøre problemstillingen. PICO er en forkortelse for population (populasjon, pasient, problem), intervention (Intervensjoner eller eksponering), comparison (sammenligning) og outcome (Utfall eller resultat) (Thidemann, 2019, s. 82-83).

Til de ulike delene i rammeverket defineres søkeord, for å utvikle søkestrategi (Thidemann, 2019, s. 84). Det ble brukt MeSH og ordnett.no for å finne engelske søkeord som er fylt inn i PICO skjema. Medical subject headings (MeSH) er et emneordsystem og terminologibase for oppslag og forståelse av begreper i helse relatert litteratur på norsk og engelsk. Disse ble brukt for å konkretisere søket etter forskningsartikler i databaser (FHI, 2016).

3.2.2 Innledende søk

Et innledende litteratursøk har som hensikt å orientere deg i forskingen som finnes (Thidemann, 2019, s. 81). Innledningsvis startet søkeprosessen med at det ble gjort søk i Ovid og Cinahl, i tillegg til «sykepleien forskning» og «sykepleier.no» som er norske sykepleierfaglige tidsskrifter. Det ble funnet en artikkel i Ovid om depresjon og angst som følge av akutt hjerteinfarkt hos kvinner. I Cinahl ble det funnet en artikkel som tok for seg livskvalitet etter gjennomgått hjerteinfarkt. Gjennom artiklene ble det funnet relevante søkeord som kunne lede prosjektet videre på det systematiske søket. Det innledende søket la grunnlag for at oppgavens problemstilling egnet seg i det systematiske søket.

3.2.3 Systematisk søk

Det systematiske litteratursøket skal være planlagt, dokumentert og mulig å etterprøve (Thidemann, 2019, s. 82). Når det systematiske søket skulle gjennomføres tok jeg utgangspunkt i kunnskapsbasert praksis, som innebærer at vi bruker kunnskapskilder i praksis. Kunnskapspyramiden følges når det velges database å søke i. Det vil si at søket startet øverst i pyramiden, hvor de kliniske oppslagsverkene befinner seg. Ved valg av databaser tenkte jeg over hvilken kunnskap jeg trengte for å besvare problemstillingen. Jeg brukte høyskolen på Vestlandet sitt bibliotek: Oria, hvor man kan finne fagressurser for sykepleieutdanningen (Høgskulen på vestlandet [HVL], u.å).

Jeg gjorde søk i ulike databaser som BMJ og UpToDate, hvor jeg ikke fant noen artikler som besvarte problemstillingen med tilfredshet. Av den grunn gikk søket lenger nede i kunnskapspyramiden. Jeg gjorde søk i MEDLINE, SveMed+, PubMed og Cinahl. Mine fem artikler som belyser problemstillingen, er funnet i Cinahl. Jeg fant at denne databasen hadde artikler som kunne best besvare min problemstilling, da denne databasen inneholder en del kvalitativ forskning som tar for seg pasienterfaringer.

Når søket skulle gjennomføres i Cinahl brukte jeg både emneord og tekstord. Emneord er «ord som er hentet fra databasens kontrollerte terminologi (vokabular)» (Thidemann, 2019, s. 86). Tekstord er «ord fra artiklenes tittel, forfatterens sammendrag og i tillegg forfatterens egne stikkord» (Thidemann, 2019, s. 86). Cinahl er en database som har egne standardiserte emneordsystemer. Ved å bruke terminologier fra MeSH kan man delvis finne emneord til søket i databasen (Thidemann, 2019, s. 86). For å få en strukturert søkestrategi brukte jeg PICO skjema hvor jeg hadde definert søkeord. I tillegg ble det brukt kombinasjoner av de boolske operatørene «AND» for å tydeliggjøre søket og «OR» for å utvide søket (Thidemann, 2019, s. 87). Jeg søkte først på termene enkeltvis og deretter satt sammen i ulike kombinasjoner. Som siste trinn i søket ble det gjort avgrensninger for å få færre og mer relevante treff. Da ble «women» og publikasjonsdato fra 2012-2022 eller 2023 valgt. Et unntak ble gjort da det ble inkludert en artikkel fra 2010. Begrunnelse for dette kan leses under diskusjon. Jeg valgte også å avgrense noen

av søkene til «Europe» dersom det var mange treff da overføringsverdien til det norske helsevesenet kan være mer aktuell da du kan se kulturen i sammenheng.

3.2.4 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Ved å definere inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier har jeg tydeliggjort og avgrenset litteratursøket. Dette gjør jeg fordi søket blir mer hensiktsmessig. (Thidemann, 2019, s. 83).

Inklusjonskriterier:

- Fagfelleverderte artikler
- Litteratur på engelsk eller skandinavisk
- Kvinnelig kjønn

Eksklusjonskriterier:

- Artikler med hovedfokus på menn
- Publikasjon som er eldre enn 10 år

3.3 Analyse og syntese

Thidemann (2019) sier at å analysere en tekst er å finne ut hva den forteller, og du må tolke teksten for å forstå den. Når man skal lese gjennom materiale skal du lese kritisk for å forstå teksten. Når jeg skulle lese gjennom artikler leste jeg flere ganger for å få forståelse for det teksten fortalte. I tillegg kan man møte på sekundærhenvisninger i tekstene, og man må da være bevisst på at informasjonen kan være fortolket og bearbeidet. Jeg delte tekstene både i sin helhet og oppdelt slik Thidemann (2019) sier man skal gjøre for å få god forståelse av innholdet. Utvalg av studier ble gjort i to trinn, da sammendrag og titler først ble screenet, og deretter full tekst (FHI, 2022). Gjennom analyse av tekstene tenkte jeg gjennom hvilke metode som var brukt, hensikten med artikkelen, deltagere og resultat. Jeg kontrollerte også at artikkelen var fagfelleverdert. Jeg laget en litteraturmatrise for å få oversikt over artiklene. Ved å bruke denne kunne jeg også se ulikheter på artiklene samt gjentakende funn.

3.4 Kritisk vurdering

For å kritisk vurdere forskningsartiklenes metodiske kvalitet ble det tatt utgangspunkt i sjekklister fra helsebiblioteket. Her finnes det sjekklister for artikler med ulike design (FHI, 2016).

Ved utvalg av artikler ble det identifisert 422 referanser fra søk i databaser. For å raskt finne ut om artikkelen kunne belyse min problemstilling leste jeg abstraktet, på bakgrunn av at abstraktet skal gi tilstrekkelig informasjon om studien (Thidemann, 2019, s. 67-68). 409 artikler basert på relevans fra titler og abstrakt ble ekskludert. De resterende 13 artiklene ble lest i full tekst. 8 artikler ble ekskludert da de enten ikke tilfredsstilte eksklusjons og inklusjonskriterier, ikke ble vurdert som kvalitet sikre eller ikke besvarte problemstillingen. Deretter ble de fem resterende artiklene analysert tematisk og inkludert i litteraturstudien (Thidemann, 2019, s. 91). De fem artiklene er presentert i litteraturmatrisen side 34-36.

3.5 Ethiske overveielser

Gjennom arbeid med en litteraturstudie skal det gjøres etiske overveielser undervegs. Ethiske overveielser betyr å tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet vårt medfører (Dalland, 2021, s. 167). Forskningsetikk handler om å ivareta personvern og da sikre at de som deltar i forskning ikke blir påført unødvendig belastning. Da en litteraturstudie ta for seg litteratur som er skrevet av andre vil ikke jeg måtte ta stilling til personopplysninger. I oppgaven er det likevel vektlagt at forskningen i artiklene har fulgt etiske prinsipper, som taushetsplikt, anonymitet og informert samtykke (Dalland, 2021, s. 172-173). I henhold til HVL sine tekniske retningslinjer for oppgaveskriving refereres det korrekt ved å anvende APA 7th.

4 Resultater

Etter en systematisk søkeprosess er det inkludert 5 artikler som skal være med å besvare problemstillingen. Resultatene er trukket ut av artiklene på bakgrunn av problemstillingen «*Hvordan kan sykepleier bidra til økt livskvalitet hos kvinner som*

har gjennomgått hjerteinfarkt?»). Etter en grundig tematisk analyse av disse er det funnet at noen tema går igjen i artiklene. 1) Kvinner får ikke tilstrekkelig informasjon fra helsepersonell etter et hjerteinfarkt. 2) Flere kvinner bør henvises til hjerterehabilitering. 3) Stressmestringstrening/mestringsstrategier har positiv effekt på livskvalitet. 4) Sosiale aktiviteter samt sosial støtte/støtte fra helsepersonell har påvirkning på kvinners tilpasning etter hjerteinfarkt. Resultatene presenteres i logisk rekkefølge da hovedresultatene presenteres først (Thidemann, 2019, s. 96).

Studiene i de ulike artiklene er gjennomført i ulike deler av verden. Studien av Fuochi & Foa (2017) er gjennomført i sykehus og institutter i Italia. Alyasin et al. (2021) sin studie er en integrerende litteraturgjennomgang av fagfelleverderte studier publisert på engelsk. Studien av Bahall & Khan (2018) er utført i en offentlig helseinstitusjon i Trinidad og Tobago. Studiene av Strand et al. (2010) og Wieslander et al. (2016) er gjennomført i Sverige. Henviser til vedlegg 3: *Litteraturmatrise* for grundig gjennomgang av artiklene.

4.1 Kvinner trenger tilstrekkelig informasjon fra helsepersonell

Det er avgjørende å øke bevisstheten rundt livskvalitet, mestringsstrategier, sosial støtte og mestringstro da den psykososiale virkningen kan tas opp av helsepersonell. Helsepersonell har en viktig rolle i å hjelpe pasienter med å gjenopprette livsbalansen etter hjerteinfarkt. Det handler ikke bare om helseproblemer, men også endring i livsstil og psykologiske konsekvenser (Fuochia & Foa, 2017). Fuochia & Foa (2017) viser at økt annerkjennelse rundt disse temaene kan lette kvinners restitusjon og dempe langsiktige konsekvenser. Ifølge studien av Alyasin et al. (2021) uttrykker kvinner behov for å motta informasjon og opplæring fra helsepersonell om fysiske funksjonshemninger etter hjerteinfarkt. Utskrivningsinformasjonen var ikke tilstrekkelig. Kvinners erfaring med sykdommen er individuell og derfor blir omsorg, støtte og rådgivning som trengs unik for hver enkelt. Pasienters mangel på kunnskap og forståelse kunne resultere i reinnleggelser grunnet feiltolkninger av symptomer (Alyasin et al., 2021). Mange opplevde usikkerhet rundt medisiner. De foreslo at de kunne fått bedre informasjon om hvorfor de må ta alle medisinene. Kvinnene sier at oppfølging fra helsepersonell må vare lenger enn 1 år etter sykdommen og at mangel på informasjon økte usikkerheten betraktelig (Strand et al., 2010). Kvinnene

rapporterte også om at enkelte helseproblemer førte til frykt for nytt hjerteinfarkt grunnet mangel på informasjon. Dette preget de i hverdagen selv 5 år etter infarkt. Mange av pasientene hadde foretrukket en langtidsoppfølgingsmulighet ved poliklinikk sammen med for eksempel sykepleier (Strand et al., 2010). Kontinuerlig kontakt med helsepersonell var avgjørende når kvinnene opplevde stressende situasjoner, og trengte fagfolk til å hjelpe å håndtere deres bekymringer (Wieslander et al., 2016).

4.2 Hjerterehabilitering kan bedre livskvaliteten

Kvinnens engasjement til å finne nye interesser, komme tilbake i jobb og å delta i rehabilitering har betydning for deres restitusjon (Wieslander et al., 2016). Aktiviteter ga kvinnene distraksjon fra vanskelige tanker. Pasientene som trente etter hjerteinfarkt, så at dette ga dem følelse av velvære. Det kommer frem at de lærte mer om fysisk helse og viktigheten av dette ved å delta i hjerterehabiliteringsprogram. Kvinnene sa at deltagelse i programmene støttet dem i restitusjonen. De møtte helsepersonell som ga dem kunnskap og trygghet (Wieslander et al., 2016). Det ble rapportert om betydelig fysisk svekkelse, og utmattelse. De som deltok på hjerterehabilitering lærte å trene mer og deltok i nye sosiale aktiviteter. Noen uttrykte at hjerterehabilitering i form av støtte hjalp dem med å håndtere livsstilsendringer (Alyasin et al., 2021). Hjerterehabilitering og psykososial støtte kan føre til tidligere økt livskvalitet hos sårbare grupper, som for eksempel kvinner. (Bahall & Khan, 2018).

Flere kvinner rapporterte om at de fikk tilbud om rehabilitering, men at de ikke fikk tilbud om et program kun for kvinner. I tillegg rapporterte de om at de ikke hadde dette tilbudet lenger enn 1 år etter hjerteinfarkt, noe som hadde vært nødvendig. Noen kvinner fikk tilbud om hjerterehabilitering kun for kvinner, og rapporterte om at denne behandlingen dekket deres spesifikke behov (Strand et al., 2010). Tilpasning til en ny livssituasjon var motiverende for kvinnene tidlig etter hjerteinfarkt da fokuset var på rehabilitering. De var også takknemlig og beskrev hjerterehabiliteringen som en ny mulighet. Noen pasienter fikk ikke henvisning til hjerterehabilitering, og slet betraktelig mer enn de som hadde mottatt slik behandling

selv 5 år etter hjerteinfarkt (Strand et al., 2010). Hjerterehabilitering bør skreddersys for å møte hvert enkelt sine behov og for å kunne tidligere øke livskvaliteten (Bahall & Khan., 2018).

4.3 Stressmestring og mestringsstrategier sin påvirkning på livskvalitet

Selvrapportert stress var assosiert med lavere livskvalitet (Bahall & Khan, 2018). Kvinner som har opplevd hjerteinfarkt viser lavere selvopplevd helse og opplevd mestring (Fuochi & Foa, 2017). Noen kvinner brukte unngående mestringsstrategier, noe som var negativt assosiert med livskvalitet. Mestringsstrategier orientert mot problemet påvirket derimot positivt mot livskvalitet, både fysisk, miljømessig og psykologisk (Fuochi & Foa, 2017). Mestringstro hadde stor positiv påvirkning på livskvalitet. Positiv holdning i tillegg til problemorientert mestring har positiv effekt på livskvalitet. Aksept mestringsstrategi var også brukt av kvinner, men var mest utbredt blant dem over 50 år. Pasienter som har opplevd hjerteinfarkt stolte også mer på mestringsstrategier enn pasienter som ikke har opplevd hjerteinfarkt (Fuochi & Foa, 2017). Kvinnene rapporterer generelt om lavere nivå av fysisk aktivitet og høyere nivå av stress og angst. Restitusjonstiden var preget av frykt og angst, noe som opplevdes som en hindring da det daglige livet skulle fortsette. Det kommer frem at kvinnene var fast bestemt på å gjennomføre livsstilsendringer, men at det ble vanskeligere enn tenkt (Strand et al., 2010). Kvinnene forteller at de måtte tenke annerledes for å håndtere stresset i livet. Restitusjonsprosessen ble enklere dersom de hadde en positiv holdning til livet. Det å sette søkelys på muligheter i stedet for hindringer ble brukt som en mestringsstrategi (Wieslander et al., 2016).

4.4 Sosiale aktiviteter og støtte fra familier, venner og helsepersonell har påvirkning på kvinners tilpasning

Kvinner som har opplevd hjerteinfarkt uttrykker mindre sosial støtte. De har behov for økt sosial støtte etter hjerteinfarkt da dette kan lette restitusjonen. Sosial støtte hadde positiv effekt på livskvalitet, unntatt det psykologiske, og er et behov som må vurderes av helsepersonell (Fuochi & Foa, 2017). For å overvinne sosial isolasjon deltok kvinner i nye sosiale aktiviteter, for eksempel turgåing, noe som gjorde det mulig å dele tanker og erfaringer (Alyasin et al., 2021). Generell livskvalitet ble

forbedret over tid, både emosjonelt, fysisk og sosialt. Mindre sosiale aktiviteter var assosiert med lavere livskvalitet (Bahall & Khan, 2018). Kvinner rapporterte om at de fortsatt trengte støtte fra helsepersonell selv ett år etter hjerteinfarkt for å kunne fortsette med endringer i livsstil (Strand et al., 2010).

Pasientene snakket om viktigheten av relasjoner med familie og venner. Følelsen av støtte var avgjørende for å bli frisk. Å kunne dele tanker og følelser med sosiale relasjoner var medvirkende til at de ble friske. Kontakt med helsepersonell var medvirkende til å fremme deres restitusjonstid. Kvinnene verdsatte at helsepersonell var tilgjengelig, og at da nye bekymringer kunne besvares. Støtte og oppmuntring fra helsepersonell gav en følelse av trygghet som var vesentlig for deres restitusjonsprosess (Wieslander et al., 2016).

5 Diskusjon

Jeg vil diskutere hvordan resultatene besvarer problemstillingen, og se på hvordan resultatene forholder seg til aktuell teori (Thidemann, 2019, s. 109). De fire hovedresultatene fra temaanalysen vil styre fremstillingen av diskusjonen, og dermed fremstilles i samme rekkefølge. Metodediskusjonen vil omhandle styrker og svakheter ved gjennomføringen.

5.1 Diskusjon av resultater

5.1.1 *Kvinner trenger tilstrekkelig informasjon fra helsepersonell*

Tilstrekkelig informasjon fra helsepersonell har vist seg å være avgjørende for kvinner som har opplevd hjerteinfarkt, som ønsker å gjenopprette livsbalanse. Fire av artiklene gir oss innsikt i hvor viktig det er at pasienten mottar informasjon og veiledning fra helsepersonell, spesielt i situasjoner der de opplever stress og bekymring (Fuochi & Foa, 2017; Alyasin et al., 2021; Strand et al., 2010; Wieslander et al., 2016). En av studiene nevner spesielt betydningen av kontinuerlig kontakt med helsepersonell for kvinner som opplever stressende situasjoner etter hjerteinfarkt

(Wieslander et al., 2016). Dette kan bety at prosessen etter et hjerteinfarkt krever tett oppfølging fra helsepersonell. På samme måte kommer det frem hos Eikeland et al. (2016, s. 230) at pasientene har behov for å håndtere de psykiske reaksjonene som forekommer etter hjerteinfarkt, og informasjon og veiledning blir av den grunn viktig for at pasientene skal håndtere sykdommen. Veiledning til pasientene skal også fremme trygghet og mestring. Viktigheten av dette understrekes i pasient og brukerrettighetsloven som sørger for at pasientene har rett på informasjon (1999 §3-2). Dette ses også i lys av Travelbee sin teori om at sykepleier har en undervisende funksjon (Travelbee, 199, s. 35). At sykepleier benytter seg av sin undervisende funksjon kan altså redusere usikkerhet og fremme trygghet hos pasientene, noe som er viktig i kvinners gjenoppretning av livsbalanse. På bakgrunn av dette har sykepleier en viktig oppgave i å gi ut tilstrekkelig informasjon, slik at pasientene klarer å håndtere utfordringer (Stubberud & Ellingsen, 2022, s. 383). Det å håndtere egne utfordringer kan ses i sammenheng med bedre livskvalitet. Ifølge Næss (2011, s. 15) handler livskvalitet om å ha det godt, å ha gode følelser og positive vurderinger av eget liv. Disse følelsene kan bli påvirket av hvordan vi håndterer utfordringer.

Det er viktig at helsepersonell gir god og individuell utskrivningsinformasjon til pasientene for å unngå reinnleggelse, og for å bedre livskvaliteten. Til tross for at sykepleier har et ansvar for at pasientene får den informasjonen som er nødvendig for å ha innsikt i egen helsetilstand, (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999 §3-2) forekommer det tydeligvis svikt. I studien av Alyasin et al. (2021) kommer det frem at kvinnene ikke fikk tilstrekkelig informasjon om fysisk funksjonshemming, noe som kunne føre til feiltolkning av symptomer og reinnleggelse. I en annen studie kom det frem at medisiner ble et usikkerhetsmoment da informasjonen om dette ikke hadde vært tilstrekkelig (Strand et al., 2010). Når det gjelder planlagt informasjon er det viktig å anerkjenne at hver pasient har behov for individuell omsorg, (Eikeland et al., 2016, s. 251) noe som kan ses i sammenheng med at kvinnene hadde forskjellige erfaringer og behov. Det var behov for individuell og unik omsorg, støtte og rådgivning grunnet individuelle erfaringer (Alyasin et al., 2021). I lys av dette ser en viktighet av sykepleiers rolle. Sykepleier kan bruke Travelbee sin teori om menneske til menneskeforhold for å forstå hver enkelt og på den måten gi unik omsorg, støtte og rådgivning (Travelbee, 1999, s. 177).

Det kan se ut som at ikke alle sykepleiere er klar over sin undervisende funksjon. Dette bør vektlegges i større grad da sykepleier skal sikre at informasjon er forstått og legge til rette for mestring (Pedersen & Vrenne, 2012). I artikkelen av Strand et al. (2010) kommer det frem at kvinner opplevde å streve med helseproblemer selv 5 år etter hjerteinfarkt. Det kommer også frem at kvinnene hadde foretrukket en langtidsoppfølging ved poliklinikk sammen med for eksempel sykepleier. Det kan dermed se ut som at alle sykepleiere ikke er klar over sin undervisende funksjon, eller ikke har nok kunnskap til å gi tilstrekkelig informasjon, da resultat fra forskning viser at forholdsvis mange kvinner opplever å ikke mestre egen situasjon (Fuochi & Foa, 2017; Alyasin et al., 2021; Strand et al., 2010; Wieslander et al., 2016). Likevel finnes det flere informasjonskilder som kan brukes ved utgivelse av informasjon (Eikeland et al., 2016, s. 274-275). Fra erfaring ser jeg viktigheten av at sykepleier engasjerer seg i pasientenes erfaringer, for å få en fullstendig forståelse og dermed gi helhetlig omsorg, noe som i disse tilfellene innebærer tilpasset og grundig informasjon, i tillegg til oppfølging og henvisning. Som Travelbee sier kan ikke sykepleier løse alle problemer, men har da ansvar for henvisning til andre fagarbeidere (Travelbee, 1999, s. 222).

5.1.2 Hjerterehabilitering kan bedre livskvaliteten

Fire av artiklene diskuterer hvordan hjerterehabilitering kan bedre livskvalitet etter et hjerteinfarkt (Alyasin et al., 2021; Strand et al., 2010; Wieslander et al., 2016; Bahall og Khan., 2018). Stubberud et al. (2010, s. 230) sier at pasientene har behov for å gjenvinne fysisk aktivitet i tillegg til å håndtere de psykiske reaksjoner etter hjerteinfarkt. Til sammenligning kommer det frem i en artikkel at engasjement og deltagelse har påvirkning på restitusjon. Ved å møte helsepersonell som ga trygghet ble kvinnene bevisst på viktigheten av fysisk aktivitet, i tillegg til at deltagelsen støttet dem i restitusjonen (Wieslander et al., 2016). Pasienter med hjerteinfarkt har større sannsynlighet for reinnleggelse, og forebyggende intervensjoner er derfor av stor betydning (Stubberud & Ellingsen, 2022, s. 378). Når det gjelder studien av Alyasin et al. (2021) kommer det frem i likhet at kvinnene utrykte at hjerterehabilitering i form av støtte hjalp dem å håndtere livsstilsendringer, noe som har påvirkning på deres livskvalitet. Dette kan underbygges av teori av Stubberud og Ellingsen (2022, s. 378)

om at hjerterehabilitering kan forebygge angst for fysisk aktivitet, i tillegg til å bedre livskvalitet og sosial tilpasning. I lys av dette ser man at sykepleier kan gjøre en forskjell ved å gjøre pasienten til en aktiv del av rehabiliteringen. Å fremme pasientens empowerment kan øke deres mestring ved at de selv tar kontroll over seg selv. For å kunne ta kontroll over eget liv trenger en kunnskaper og ferdigheter (Stubberud & Ellingsen, 2022, s. 381). Betydningen av grundig informasjon og undervisning som er diskutert tidligere understrekes med stor grad. For at sykepleier skal kunne hjelpe pasienten å ta kontroll over eget liv må sykepleier ha kunnskap om individets erfaringer og bakgrunn (Eikeland et al., 2016, s. 230). Dette ses i lys av Travelbee (1999) sin teori om at sykepleier må forstå hver enkeltes erfaring for å gi meningsfull hjelp. På bakgrunn av dette ser en at sykepleier bør henvise enhver kvinne som har gjennomgått hjerteinfarkt til hjerterehabilitering. På denne måten sikrer også sykepleier at pasienten har fått den hjelpen som trengs (Travelbee, 1999, s. 222).

Som nevnt under teori er målet med hjerterehabilitering at «den enkelte pasient som har eller står i fare for å få begrensninger i sine fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet» (Stubberud & Ellingsen, 2022, s. 378). Funn fra forskning understreker nødvendigheten av å jobbe mot dette målet. I studien til Strand et al. (2010) er det vist at ikke alle kvinner rapporterer om å få tilbud om hjerterehabilitering. De som ikke mottok henvisning hadde i større grad problemer enn de som ble henvist, selv fem år etter hjerteinfarkt. Kvinnene rapporterte også om at de hadde behov for rehabilitering i lenger tid enn de fikk. Betydningen av hjerterehabilitering og langvarig oppfølging kommer også frem hos Stubberud og Ellingsen (2022, s. 381) som sier at det trolig kan øke mestringstro og redusere depresjonssymptomer. Strand et al. (2010) viser at hjerterehabiliteringsprogrammer laget for kun kvinner dekket deres spesifikke behov. Viktigheten av at hjerterehabilitering bør skreddersys for å møte hvert enkelt sine behov for å kunne tidligere øke livskvalitet (Bahall & Khan., 2018) understrekes i likhet med teori om at individuell behandlingsplan trolig kan øke mestringstro (Stubberud & Ellingsen, 2022, s. 381).

5.1.3 Stressmestring og mestringsstrategier sin påvirkning på livskvalitet

En ser at kvinner som har opplevd hjerteinfarkt har lavere selvopplevd helse og mestringsfølelse. Det ble funnet at mestringsstrategier orientert mot problemet påvirket livskvalitet positivt (Fuochi & Foa, 2017). Dette kan ses i sammenheng med Lazarus og Folkman sin teori om mestring. De sier som nevnt tidligere at problemorientert mestring er en strategi hvor «følelsesmessig bearbeiding av tap og aktiv tilpasning til den nye livssituasjonen» er vesentlig (Kristoffersen, 2016, s. 248-249). Fuochi & Foa (2017) Understreker betydningen av mestringstro og positiv holdning for å forbedre livskvaliteten. Restitusjonstiden ble enklere for kvinnene dersom de hadde en positiv holdning. Det ble viktig å sette søkelys på muligheter og ikke hindringer (Wieslander et al., 2016). I bakgrunn av dette ser man på Næss (2011) sin teori om at livskvalitet omhandler å ha gode følelser og positive vurderinger av eget liv. Som følge av dette kan man antagelig håndtere stress og utfordringer bedre ved å bruke mestringsstrategier og positiv holdning når man møter store endringer i livet, og på den måten fremme mestring og livskvalitet.

Eikeland et al. (2016, s. 242) sier at hjerteinfarkt kan oppleves skremmende og kan skape stor frykt og angst hos pasientene, noe som først og fremst kommer frem i artikkelen av Strand et al. (2010), da kvinner rapporterte om høyere nivå av stress og angst etter hjerteinfarkt. Frykten og angsten i restitusjonstiden gjorde det vanskelig å komme tilbake i det daglige livet. På samme måte kommer det frem i studien av Bahall og Khan (2018) at selvrapportert stress var assosiert med lavere livskvalitet. Som følge av dette kan sykepleier sette i verk tiltak som blant annet informasjon, støtte, oppmuntring og veiledning for å trygge pasientene (Eikeland et al., 2016, s. 242). Lazarus og Folkmann har en strategi om emosjonelt orientert mestring, som omhandler å «reduere ubehag i situasjonen ved å dempe følelsene som ledsager opplevelsen av stress, eller ved å endre situasjonens meningsinnhold» (Kristoffersen, 2016, s. 251). For at pasientene skal oppleve å mestre sykdom og lidelse må sykepleier hjelpe pasienten å oppfylle sine behov (Travelbee, 1999, s. 179). Som Travelbee (1999, s. 35) nevner har sykepleier også en rolle i å hjelpe pasienten å finne mening i sykdommen.

5.1.4 Sosiale aktiviteter og støtte fra familier, venner og helsepersonell har påvirkning på kvinners tilpasning

Det er viktig å være oppmerksom på at kvinner ofte opplever lavere sosial støtte etter hjerteinfarkt, selv om de har behov for økt støtte for å lette restitusjonen (Fuochi & Foa, 2017). Studien av Strand et al. (2010) finner at selv ett år etter gjennomgått hjerteinfarkt trenger kvinnene støtte fra helsepersonell for å kunne fortsette med livsstilsendringer. Som sykepleier bør en derfor være bevisst på pasientens behov for støtte, som kan ses i likhet med det Travelbee (1999, s. 36) sier. Hun hevder at følelsen av å ha et kunnskapsrikt menneske med forståelse tilgjengelig kan lette på fortvilelse. Til sammenligning kan man også se at følelsen av at kroppen blir ukjent ikke er uvanlig etter at en person har gjennomgått hjerteinfarkt. Sykepleier bør derfor bruke tid for å få en forståelse av pasientens erfaring av sin situasjon (Stubberud & Ellingsen, 2022, s. 383). Som Travelbee (1999, s. 126) beskriver skal sykepleier forstå hver enkelt sin erfaring for å kunne gi meningsfull hjelp. Pasientene opplever også en stor belastning gjennom sin rehabiliteringsfase, og kan ha stort behov for støtte for å tåle påkjenningene. Positiv sosial støtte fra helsepersonell kan fungere som en motivasjon for pasientene (Stubberud & Ellingsen, 2022, s. 383).

Sykepleier skal hjelpe pasientene å gjenvinne egen helse. For å klare dette må sykepleier skape en tilknytning til pasienten, i tillegg til å gi pasienten en følelse av hun ikke er alene (Travelbee, 1999, s. 35). Studie viser at mange kvinner opplever å ikke være forberedt på ivare ta seg selv, da de har mangel på kunnskap og støtte. Dette gjorde at kvinnene ble stresset, noe som kunne føre til reinnleggelse (Wieslander et al., 2016). Kontakt med helsepersonell er vesentlig for å fremme kvinnenes restitusjonstid, da tilgjengelighet kan lette bekymringer (Stubberud & Ellingsen, 2022, s. 384). Dette ses i sammenheng med studien av Wieslander et al. (2016) som viser at støtte fra helsepersonell sikret tryggheten kvinnene trengte for å tåle påkjenningen de opplevde i sin restitusjonsprosess. Det tyder på at ikke alle kvinner får den informasjonen og støtten som de har behov for.

Studier viser at sosiale aktiviteter hjelper mot sosial isolasjon, og at lavere sosial aktivitet var assosiert med lavere livskvalitet (Alyasin et al., 2021; Bahall og Khan., 2018). Alyasin et al. (2021) finner at kvinner rapporterte om at turgåing var noe de

gjorde for å overvinne sosial isolasjon, og på denne måten delte de tanker og erfaringer med andre. Dette viser betydningen av det sosiale, og kan ses i sammenheng med at alle positive faktorer som påvirker livskvalitet, er av stor betydning, da FHI (2019) viser at disse styrker en persons fysiske og psykiske helsetilstand. I studien av Wieslander et al. (2016) kommer det frem at relasjoner til familie og venner var avgjørende for at kvinner skulle bli friske. Riktig nok er kvinner mer opptatt av nære relasjoner, noe som er funnet å gi helsegevinst (Kristoffersen, 2016, s. 42). På samme måte er det vist at positiv sosial støtte fra pårørende kan hjelpe pasientene å finne mening i sin situasjon (Stubberud & Ellingsen, 2022, s. 383).

5.2 Diskusjon av metode

5.2.1 Litteraturstudie

Jeg vil bemerke at det er første gang jeg skriver en litteraturstudie, noe som har vært komplekst og krevende. En svakhet ved litteraturstudie som metode er at det kan forekomme subjektivitet. Det må tas hensyn til personlige ideer fra dem som har samlet inn data jeg bruker. Personlig har jeg tatt hensyn til dette ved å ikke ekskludere funn fordi man ikke er enig, og på den måten ha søkelys på objektivitet (Thidemann, 2019, s. 75).

Grunnet oppgavens begrensninger kan det heller ikke inkludere alle artiklene som finnes rundt tema, noe som kan være en svakhet da relevante artikler kan måtte ekskluderes. Det er funnet fem artikler som kunne besvare min problemstilling, og ekskludering av relevante artikler ble derfor ikke nødvendig. Artiklenes relevans blir derimot en styrke i oppgaven. Oppgavens begrensning av ord kan føre til at man går mindre i dybden på det som analyseres. Ordbegrensninger kan også være positivt da en får en oppgave som går spesifikt i dybden på problemstillingen.

5.2.2 Litteratursøk

Oppdeling av problemstillingen gjennom PICO skjema la grunnlag for utvalg av søkeord (Thidemann, 2019, s. 84). For å legge grunnlag for arbeidet med søkeord og

utvalg av databaser ble det deltatt i kurs om søking og søketeknikk ved studiestedet. Ved å inkludere både emneord og tekstord gjorde det treffene mer relevante. Som nevnt tidligere kan terminologibasen MeSH bidra til å presisere søk i internasjonale databaser (FHI, 2016). Ved å bruke MeSH til å finne emneord til databasens egne standardiserte emneordsystemer ble søket tydeliggjort.

En svakhet ved litteratursøket er at artiklene er funnet ved bruk av ulike søkeord. Et systematisk søk ved å bruke færre og tydeligere søkeord for å mer sammenhengende søk ville vært gunstig, likevel er søkene gjort slik at relevant forskning kommer frem. Kort sagt har det vært krevende å finne gode sammenheng av søkeord. En avgrensning i problemstillingen gjør at det forekommer få treff, men dette er likevel nødvendig for å kunne gå i dybden (Dalland, 2020, s. 221). I starten av søkeprosessen ble det brukt ulike søkeord som «Heart attack», «Consumer health» og «mental health». Disse ga ikke de tydelige treffene som var ønskelig for å belyse problemstillingen, og ble derfor ekskludert fra søkene videre. I ettertid ser jeg også at det kunne vært relevant å søke på synonymer for å ikke gå glipp av viktig informasjon (Thidemann, 2019, s. 88). Når det gjelder livskvalitet er dette et stort begrepet som kan defineres på ulike måter. Dersom jeg hadde valgt en annen definisjon på livskvalitet kunne det sannsynligvis vært vektlagt andre faktorer i oppgaven. På den andre siden vil en presis definisjon tydeliggjøre oppgavens retning.

5.2.3 Utvelgelse av artikler

Utvelgelse av artikler var en langsiktig prosess som foregikk fra begynnelsen av november til slutten av februar. En systematisk søkeprosess over tid stryker oppgaven min da de mest interessante artiklene er inkludert. Det forekommer også tydelig sammenheng mellom artiklene, som gir et godt grunnlag for temaanalysen, og besvarelse av problemstillingen. Svakheter ved studiene er at de er utført i begrensede områder, noe som kan påvirke resultatet. Det hadde vært ønskelig å belyse resultater fra større områder for å få et tydelig resultat hos den generelle befolkningen da miljøet den enkelte lever i kan påvirke resultatene. Likevel vurderes funnene som troverdige da geografiske områder ikke påvirker sammenheng. Det er inkludert en artikkel som er gjennomført utenfor Europa. Dette ses på som en styrke

da landene kan ha ulikheter i organisering av helsetjenester.

Gjennom søkene var det ønskelig å finne artikler rettet mot kvinnelig kjønn. Derfor ble søkeordet «Women» brukt i store deler av søkene. Det ble også forsøkt med søkeord «Women`s health», men det ble funnet at dette ikke ga tydeligere treff. Store deler av forskningen som finnes på tema er gjort på menn. Dette er en svakhet med oppgaven da store deler av artiklene som ble funnet inkluderte det mannlige kjønn. Likevel er dette en styrke ved oppgaven da forskningen som faktisk finnes på det kvinnelige kjønn er inkludert. Det finnes lite forskning på kvinner og hjerteinfarkt og av den grunn er det inkludert en artikkel som er eldre enn 10 år, da artikkelen sammen med de andre artiklene besvarte problemstillingen best mulig. Problemstillingen er heller ikke avgrenset til alder, grunnet lite forskning.

6 Oppsummering og implikasjoner for praksis

Hensikten med denne studien var å sette lys på hvordan sykepleier kan hjelpe kvinner til bedre livskvalitet etter gjennomgått hjerteinfarkt. Som jeg nevnte innledningsvis har jeg erfaring fra praksis på hjerteavdelingen med at kvinner føler seg usikker på sin situasjon. Dette gjorde at jeg ønsket å se nærmere på hva vi som sykepleiere kan gjøre. Funnene fra både litteratur og forskning viser at det er gjort mindre forskning på kvinners problemer og reaksjoner i helsevesenet enn menn. Det er tydelig at kvinner reagerer ulikt på sykdommer enn menn, og videre forskning er vesentlig for å kunne tilby like gode helsetjenester til kvinner.

For å bedre livskvaliteten til kvinner etter et hjerteinfarkt er det ulike aspekter å ta hensyn til. Som nevnt kan et hjerteinfarkt skape stor frykt og angst hos pasientene, fysisk svekkelse forekommer og behov for sosial støtte vil øke. Jeg finner at sykepleier kan ha en stor betydning i kvinners tilpasning. Funnene fra valgt litteratur viser at tilstrekkelig informasjon fra helsepersonell, henvisning til hjerterehabilitering, stressmestring og sosial støtte er viktige tiltak som sykepleier bør se til hos sine pasienter for at de skal klare å håndtere egen sykdom. På tross av dette viser litteratur at mange kvinner ikke får den oppfølgingen som er nødvendig. Når en ser på dette i tråd med yrkesetiske retningslinjer om at sykepleier skal fremme

pasientens muligheter, kan det først og fremst virke som at mange sykepleiere ikke er klar over sin undervisende og henvisende funksjon. Ifølge forskning opplevde noen pasienter å få tilpasset informasjon og rehabiliteringsprogram kun for kvinner, noe som økte livskvaliteten deres betraktelig. Dette funnet underbygger viktigheten av at forskning på kvinnehelse er vesentlig for å gi gode helsetjenester.

Både teori og forskning viser at kvinner trenger økt bevissthet rundt håndtering av egen sykdom. Sykepleier kan ha stor påvirkning, ved å fremme viktigheten av mestringsstrategier, sosial støtte og mestringsstro, og på den måten påvirke kvinners endring i livsstil, og dermed livskvalitet. For å styrke pasientenes livskvalitet etter gjennomgått hjerteinfarkt kan det virke som at de nevnte tiltakene er med å påvirke positivt. For å oppsummere ser man at sykepleier trenger mer kunnskap og erfaring i sin undervisende, støttende og henvisende funksjon. Kanskje burde sykepleierutdanningen også ha større oppmerksomhet på undervisende, henvisende og støttende funksjon. Det kan virke som at sykepleiere ikke har nok kunnskap rundt etterfølgende av hjerteinfarkt hos kvinner, noe som trolig har sammenheng med lite forskning rundt tema. Jeg ser at sykepleier har en viktig rolle i å kartlegge pasientens individuelle behov, da det er vist at individuelle planer kan øke livskvaliteten. Etter å ha gjennomført denne litteraturstudien ser jeg viktigheten av å belyse implementering av kvinne sentrert omsorg. Jeg vil likevel være varsom med implementering av resultatene av den grunn at det mannlige kjønn er inkludert i studien. Som konklusjon ser jeg at sykepleier i praksis kan ha en viktig rolle i kvinnenens restitusjon ved å være bevisst på at en gir tilstrekkelig informasjon, henviser til rehabilitering, opplyser om mestringsstrategier og virker som en støtte for pasienten, i tillegg til å se til at pasienten blir fulgt opp etter individuelle behov. Disse tiltakene ser ut til å øke livskvaliteten etter gjennomgått hjerteinfarkt.

Referanseliste:

Alyasin, N., Teate, A. & Strickland K. (2021). The experience of women following first acute coronary syndrome: an integrative literature review. *Leading Global Nursing Research*, 77 (5), 2228-2247.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.14677>

Aubert, W. (1985). *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bahall, M., Khan, K. (2018). Quality of life of patients with first-time AMI: a descriptive study. *Health Qual Life Outcomes*, 16, 32.

<https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-018-0860-8#Sec18>

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving*. (7. utg.). Gyldendal

Eikeland, A., Stubberud, D. G., Haugland, T. (2016) sykepleie ved hjertesykdom. I D. G. Stubberud., R. Grønseth., H, Almås (Red.), *klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 229 - 276). Oslo: Gyldendal.

Folkehelseinstituttet [FHI]. (2022, 22. april). *Velge ut studier*. FHI.

<https://www.fhi.no/nettpub/metodeboka/framgangsmate/velge-ut-studier/?term=&h=1>

Folkehelseinstituttet [FHI]. (2016, 03. juni). *4.1 sjekklister*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklister>

Folkehelseinstituttet [FHI]. (2016, 24. oktober). *Medisinske og helsefaglige termer/MeSH på norsk og engelsk*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/legemidler/legemiddelaktuelt/medisinske-og-helsefaglige-termer-mesh-pa-norsk-og-engelsk>

- Folkehelseinstituttet [FHI]. (2019, 23. september). *Fakta om livskvalitet og trivsel*. FHI. <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>
- Folkehelseinstituttet [FHI]. (2021, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#kunnskapsbasert-praksis>
- Folkehelseinstituttet [FHI]. (2022, 10. juni). *Tall fra Dødsårsaksregisteret 2021*. FHI. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/tall-fracdodsarsaksregisteret-2021/>
- Fuochi, G. & Foa, C. (2017). Quality of life, coping strategies, social support and self-efficacy in women after acute myocardial infarction: a mixed methods approach. *Caring sciences*, 32 (1), 98-107. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/scs.12435>
- Gerdts, E., Kringeland, E., Midtbø, H. (2022). Hjertesykdom er vanlig – også hos kvinner. Doi: 10.4045/tidsskr.22.0176. <https://tidsskriftet.no/2022/03/leder/hjertesykdom-er-vanlig-også-hos-kvinner>
- Gerdts, E., Kringeland, E., Midtbø, H. (2022). Hjertesykdom kan arte seg annerledes hos kvinner enn hos menn. Derfor trenger vi mer forskning på hjertesykdom hos kvinner. *Hjertesykdom er vanlig – også hos kvinner*. <https://tidsskriftet.no/2022/03/leder/hjertesykdom-er-vanlig-også-hos-kvinner>
- Høgskulen på vestlandet [HVL]. (u.å). *Biblioteket*. Høgskulen på vestlandet. <https://www.hvl.no/bibliotek/>
- Kristoffersen, N. J. (2016). Helse og sykdom – utvikling og begreper. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E. A. Skaug., G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., s. 29-79). Oslo: Gyldendal
- Kristoffersen, N. J. (2016). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., E.

- A. Skaug., G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3: pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 237-286). Oslo: Gyldendal
- Kvåle, R. (2022, 4. Oktober). *Forekomst av hjerte- og karsykdommer i 2021*. FHI.
<https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/hjertekar/forekomst-av-hjerte-og-karsykdommer-i-2021/#hjerteinfarkt-2021>
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer publishing Co Inc.
- Liblik, K., Mulvagh, S, L., Hindmarch, C, C, T., Alavi, N., Johri, A, M. (2022). Trends in cardiovascular medicin. *Depression and anxiety following acute myocardial infarction in women*, 32(6), 341-347.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1050173821000827>
- Norsk helseinformatikk [NHI]. (2019, 02. april). *Hjerteinfarkt hos kvinner*. NHI.
<https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/hjerteinfarkt-hos-kvinner/>
- Norsk helseinformatikk [NHI]. (2021, 06. september). *Akutt hjerteinfarkt – en oversikt*. NHI. <https://nhi.no/sykdommer/hjertekar/koronarsykdom/hjerteinfarkt-oversikt/?page=1>
- Norsk sykepleierforbund [NSF]. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF.
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Næss, S. (2011). Språkbruk, definisjoner. I S. Næss, T. Moum, J. Eriksen (Red.), *Livskvalitet: forskning om det gode liv* (s. 15-47). Bergen: Fagbokforlaget.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (199). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999 07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pedersen, K. R. & Vrenne, Å. B. (2012). Hvordan gi god pasientveiledning? *Sykepleien*, 100 (7), 52-54. [10.4220/sykepleiens.2012.0070](https://sykepleien.no/forskning/2012/05/hvordan-gi-god-pasientveiledning)
<https://sykepleien.no/forskning/2012/05/hvordan-gi-god-pasientveiledning>

- Strand, A. S., Ivarsson, B. & Sjøberg, T. (2010). Women`s experience of a myocardial infarction: 5 years later. *Caring sciences*, 25 (3), 459-466.
<https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/full/10.1111/j.1471-6712.2010.00849.x>
- Stubberud, D. G. (2022). Hjertesykdom – en introduksjon. I D. G. Stubberud & K. By (Red.), *Sykepleie ved hjertesykdom* (2. utg., s. 21-27). Oslo: Cappelen Damm.
- Stubberud, D. G. & Ellingsen, T. L. (2022). Sykepleier funksjon og ansvar ved hjerterehabilitering. I D. G. Stubberud & K. By (Red.), *Sykepleie ved hjertesykdom* (2. utg., s. 377-400). Oslo: Cappelen Damm.
- Svartdal, F. (2018, 29. August). *Mestring*. Store norske leksikon.
<https://snl.no/mestring>
- Thidemann, I. J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Travelbee, J. (2001). Mellommenneskelige forhold i sykepleie. (1.utg.). Gyldendal
- Wieslander, I., Mårtensson, J., Fridlund, B. & Svedberg, P. (2016). Women`s experiences of how their recovery process is promoted after a first myocardial infarction: Implications of cardiac rehabilitation care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11 (1).
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/qhw.v11.30633>
- Ørn, S. & Brunvand, L. (2016). Hjerte- og karsykdommer. I S. Ørn & E. B. Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling*. (2. utg., s. 163-198). Oslo: Gyldendal.

Vedlegg

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Dato for søk	Database	Søkeord	Antall treff ()= etter begrensninger er gjort	Begrensning	Inkluderte artikler
28.11. 2022	Cinahl	S1: myocardial infarction (tekstord)	5,066	Europe Publiserings år: 2012 – 2022	Fuochi, G. & Foa, C. (2017). Quality of life, coping strategies, social support and self- efficacy in women after acute myocardial infarction: a mixed methods approach. <i>Caring sciences</i> , 32 (1), 98-107.
		S2: coping (tekstord)	7,254		
		S3: women (tekstord)	94,161		
		S1 and S2 and S3	59 (4)		
02.12. 2022	Cinahl	S1: Myocardial infarction (emneord og tekstord)	70,648	Kjønn: kvinner Publiserings år: 2012 - 2022	Bahall, M., Khan, K. (2018). Quality of life of patients with first-time AMI: a descriptive study. <i>Health Qual Life Outcomes</i> , 16, 32.
		S2: Women (emneord og tekstord)	441,510		
		S3: quality of life (emneord og tekstord)	42,724		
		S1 and S2 and S3	185 (77)		
18.01. 2023	Cinahl	S1: myocardial infarction (emneord og tekstord)	70,648	Europe Kjønn: kvinner	Strand, A. S., Ivarsson, B. & Sjøberg, T. (2010). Women`s experience of a
		S2: Women (emneord og tekstord)	441,510		
		S3: Daily life (tekstord)	11,022		

		S1 and S2 and S3	22 (8)		myocardial infarction: 5 years later. <i>Caring sciences</i> , 25 (3), 459-466.
18.01. 2023	Cinahl	S1. Acute coronary syndrome (emneord og tekstord)	12,061	Publiserings år: 2012 – 2023 Kjønn: kvinner	Alyasin, N., Teate, A. & Strickland K. (2021). The experience of women following first acute coronary syndrome: an integrative literature review. <i>Leading Global Nursing Research</i> , 77 (5), 2228-2247.
		S2: Women (emneord og tekstord)	441,510		
		S3: Lived experience (tekstord)	24,356		
		S1 and S2 and S3	5 (4)		
14.02. 2023	Cinahl	S1: Myocardial infarction (emneord og tekstord)	70,680	Publiserings år: 2012 – 2023 Kjønn: Kvinner	Wieslander, I., Mårtensson, J., Fridlund, B. & Svedberg, P. (2016). Women`s experiences of how their recovery process is promoted after a first myocardial infarction: Implications of cardiac rehabilitation care. <i>International Journal of Qualitative</i>
		S2: Rehabilitation (emneord og tekstord)	200,562		
		Women (emneord og tekstord)	442,231		
		S1 and S2 and S3	253 (67)		

					<i>Studies on Health and Well-being, 11 (1).</i>
--	--	--	--	--	--

Vedlegg 2: PICO

<p>Problemstilling: Hvordan kan sykepleier bidra til økt livskvalitet hos kvinner som har gjennomgått hjerteinfarkt?</p>			
<p>P (population)</p> <p>Kvinner som har gjennomgått hjerteinfarkt</p>	<p>I (Intervention)</p> <p>Pasientinformasjon Psykososial støtte Mestring</p>	<p>C (Comperison)</p>	<p>O (Outcome)</p> <p>Livskvalitet</p>
<p>Engelske søkeord:</p> <p>Women</p> <p>Women's health</p> <p>Myocardial infarction</p> <p>Heart attack</p> <p>Cardiovascular stroke</p>	<p>Engelske søkeord:</p> <p>Consumer health</p> <p>Information</p> <p>Social support</p> <p>Coping</p> <p>Coping strategy</p> <p>Psychological interventions</p> <p>Experience</p> <p>Patient perspective</p>		<p>Engelske søkeord:</p> <p>Quality of life</p> <p>Activities of daily living</p> <p>Mental health</p> <p>Rehabilitation</p> <p>Daily life</p>

Vedlegg 3: Litteratormatrise

Forfatter & År	Tittel	Metode & Deltagere	Hensikt	Resultat	Styrker og svakheter (med utgangspunkt i sjekklister)
Fuochi, G. & Foa, C. (2017)	«Quality of life, coping strategies, social support and self-efficacy in women after acute myocardial infarction: a mixed methods approach»	Blandede metoder Kvantitativ – standardisert spørreskjema 3000 personer Kvalitativ – intervju 57 personer	Å få mer dybdeforståelse i hvordan mestringsstrategier, mestringsstro, livskvalitet og sosial støtte påvirker kvinners tilpasning etter akutt hjerteinfarkt.	Resultatene fant forskjeller mellom kvinner som hadde opplevd hjerteinfarkt og kvinner som ikke hadde opplevd hjerteinfarkt. Førstnevnte viste lavere selvopplevd helse, sosial støtte og livskvalitet. Høyere opplevd sosial støtte ble assosiert med høyere livskvalitet. Mestringsstrategi og sosial støtte var positivt relatert til livskvalitet. Unnvikende mestringsstrategi hadde derimot negativ effekt på kvinners livskvalitet, spesielt psykologisk livskvalitet.	<i>Svakheter:</i> Det var ulikhet i gruppene da kontrollgruppen inkluderte flere pasienter <i>Styrker:</i> Kommer frem at den er etisk godkjent. Det er brukt ulike metoder som likevel gir samme svar. Formål og funn er klart presentert.
Bahall, M. & Khan, K. (2018)	«Quality of life of patients with first-time AMI: a descriptive study»	Tverrsnittstudie. 534 en-til-en intervju med pasienter som har opplevd førstegangs hjerteinfarkt mellom 2011 – 2015. Personene tilhørte ulike grupper. Fra 2 uker til 4 år etter gjennomgått hjerteinfarkt.	Å undersøke livskvaliteten til pasienter etter førstegangs hjerteinfarkt.	Livskvalitet ble forbedret over tid etter hjerteinfarkt, både emosjonelt, fysisk og sosialt. Livskvalitet var lavere blant kvinner. Selvrapportert stress, mangel på trening, mangel på selvtillit og mindre sosiale aktiviteter var assosiert med lavere livskvalitet. I det hele ser man at livskvaliteten er lavest i den tidligste fasen etter hjerteinfarkt. Hjerterehabilitering og psykososial støtte kan føre til tidligere økt livskvalitet hos sårbare grupper (kvinner).	<i>Svakheter:</i> Bredt spekter av tidsrom kan mislykkes i å fange opp endringer i livskvalitet. Studien tar bare for seg en helseinstitusjon. Inkluderer det mannlige kjønn. <i>Styrker:</i> Studien inkluderte mange pasienter. Formål og

					funn er klart presentert. Studien har bredt nok tidsrom til å fange opp utfall.
Strand, A. S., Ivarsson, B. & Sjøberg, T. (2010)	«Women`s experience of a myocardial infarction: 5 years later»	Utforskende og beskrivende tilnærming inspirert av fenomenologi. Semistrukturerte Intervjuer. 12 kvinner fra tidligere studier	Å beskrive hvordan kvinner tilpasser seg sin helse og daglige liv 5 år etter et hjerteinfarkt	Restitusjonstiden var preget av frykt og angst, noe som opplevdes som en hindring. Kvinnene var også preget av bekymring for et nytt hjerteinfarkt. Mange kvinner opplevde usikkerhet, og fikk tilbud om rehabilitering, mens noen fikk rehabiliteringsprogrammer kun for kvinner. De kunne trengt tilbudet over lenger tid. Feiltolkning av symptomer kunne føre til reinnleggelse. Mangel på informasjon fra helsepersonell økte usikkerheten betraktelig. Kvinnene beskrev hjerterehabiliteringen som en ny mulighet. Noen beskrev støtte fra familie som utrolig viktig og hjelpsomt, mens andre ikke hadde støtte.	Svakheter: Få pasienter. Studie eldre enn 10 år. Styrker: Formål og funn er klart presentert. Resultater sammenfaller med annen forskning
Alyasin, N., Teate, A. & Strickland, K. (2021)	«The experience of women following first acute coronary syndrome: an integrative literature review»	Gjennomgang av litteratur som finnes. 18 kvalitative, kvantitative og blandede metodestudier utført på kvinner mellom 2008 – 2018.	Å ta for seg mangel på forskningsforståelse blant kvinners levde erfaringer etter akutt hjerteinfarkt.	Kvinner i det hele utrykte behov for å motta informasjon og opplæring fra helsepersonell om fysisk funksjonshemming. Utskrivningsinformasjon ikke var god nok. Kvinnene utrykte behov for et positivt syn på fremtiden for å kunne tilpasse seg sunne vaner. Noen kvinner rapporterte om at rehabiliteringen hjalp dem med å endre livsstil. Andre deltok i sosiale aktiviteter for å distrahere seg selv. Flere rapporterte om at sykdommen hadde negativ effekt på deres sosiale liv. For å overvinne sosial isolasjon deltok kvinnene i nye sosiale aktiviteter.	<i>Svakheter:</i> Litteratur som er inkludert inneholder det mannlige kjønn <i>Styrker:</i> Litteratursøk ble gjennomført i 10 år. Gjennomgangen gir en ytterligere forståelse av kvinners erfaring. Formål og funn er klart presentert.

				De vanligste problemene var angst og frykt for å oppleve et nytt hjerteinfarkt.	
Wieslander, I., Mårtensson, J., Fridlund, B. & Svedberg, P. (2016)	«Women`s experiences of how their recovery process is promoted after a first myocardial infarction: Implications of cardiac rehabilitation care»	Kvalitativ innholdsanalyse. Intervjuer ble gjennomført for å undersøke fenomenet. 26 kvinner som hadde førstegangs hjerteinfarkt i løpet av 2009.	Undersøke hvordan kvinners restitusjonstid fremmes etter førstegangs hjerteinfarkt.	Kvinnens engasjement hadde betydning for deres restitusjon. Aktiviteter ga kvinnene distraksjon fra vanskelige tanker. Kvinnene som trente etter hjerteinfarkt, fikk følelse av velvære. De lærte mer om fysisk helse og viktigheten av dette ved å delta i hjerterehabiliteringsprogram. Deltagelse i programmene støttet dem i restitusjonen, da helsepersonell ga dem kunnskap og trygghet. Kvinnene snakket om viktigheten av relasjoner med familie og venner. Å kunne dele tanker og følelser med sosiale relasjoner i tillegg til følelsen av støtte var viktig. Støtte og oppmuntring fra helsepersonell ga en følelse av trygghet. Restitusjonsprosessen ble enklere dersom dem hadde en positiv holdning til livet. Det å sette søkelys på muligheter i stedet for hindringer ble brukt som en mestringsstrategi.	<i>Svakheter:</i> Inkludert få pasienter, som muligens ble fulgt opp i et litt kort tidsrom (april – desember). <i>Styrker:</i> Kommer frem at den er etisk godkjent. Formål og funn er klart presentert.