



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Livsstilsendringer etter hjerteinfarkt

Lifestyle changes after heartattack

**Kandidatnummer: 155**

Bachelorutdanning i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse og omsorgsvitenskap

Campus Førde

Innleveringsdato: 19.12.23

Tall sider/ tall ord: 25 / 7674 ord

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.

## **Sammendrag**

**Tittel:** Livsstilsendringer etter hjerteinfarkt.

**Bakgrunn for valg av tema:** hjerteinfarkt er en alvorlig tilstand som ofte krever endringer i livsstil for å forhindre nye infarkt. Disse pasientene har et stort informasjonsbehov før utskrivelse fra sykehus. Begrensninger innen kunnskap og manglende motivasjon ses hos mange pasienter, noe som gjør det vanskelig å skulle implementere de nødvendige endringene. Tilstrekkelig helseveiledning, samt henvisning til hjerterehabilitering har vist seg å være effektivt for å motivere til atferdsendring.

**Problemstilling:** Hvordan motivere til livsstilsendringer hos pasienter som nylig har gjennomgått hjerteinfarkt?

**Metode:** En litteraturstudie basert på litteratur og forskning.

**Funn:** Mange hjertepasienter får ikke informasjon under innleggelse. De som får informasjon, får begrensede eller ingen informasjon om livsstilsendringer. Det er også få pasienter som blir henvist til og deltar på hjerterehabilitering.

Pasientens motivasjon for gjennomføring av livsstilsendringer påvirkes blant annet av alvorlighetsoppfattelse av sykdommen og hvordan selve helseveiledningen utføres.

**Konklusjon:** tilstrekkelig veiledning som ivaretar pasientens behov for selvbestemmelse, tilknytning og kompetanse, kan styrke pasientens motivasjon til livsstilsendring.

**Nøkkelord:** Hjerteinfarktpasienter, motivasjon, informasjon, livsstilsendringer.

## **Abstract**

**Title:** Lifestyle changes after heart attack.

**Background:** Heart attack is a serious condition that often requires lifestyle changes to prevent future incidents. These patients have a significant need of information before discharge from the hospital. Limitations in knowledge and lack of motivation are observed in many patients, making it difficult to implement the necessary changes. Sufficient health guidance, along with referral to cardiac rehabilitation, has proven to be effective in motivating behavioural changes.

**Issue:** How to motivate lifestyle changes in patients who have recently undergone a heart attack?

**Method:** A literature study based on literature and research.

**Result:** Many heart patients do not receive any information during hospitalization. Among those who do, they receive limited or no information about lifestyle changes. Additionally, few patients are referred to and participate in cardiac rehabilitation.

The patient's motivation to implement lifestyle changes is influenced, among other factors, by the perceived severity of the illness and how the health guidance itself is delivered.

**Conclusion:** Adequate guidance that addresses the patients need of autonomy, connection and competence can strengthen the patient's motivation for lifestyle changes.

**Key words:** Heart attack patients, motivation, information, lifestyle changes.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING .....</b>	<b>6</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	6
1.2 PRESENTASJON OG AVGRENSNING AV PROBLEMSTILLING .....	7
1.3 BEGREPSAVKLARING .....	7
<b>2.0 TEORI .....</b>	<b>8</b>
2.1 HJERTEINFARKT .....	8
2.1.1 Risikofaktorer .....	9
2.2 LIVSSTILSENDERING .....	9
2.2.1 Ernæring – hjertevennlig kosthold .....	9
2.2.2 Fysisk aktivitet .....	9
2.3 HJERTEREHABILITERING .....	10
2.4 MESTRING .....	11
Salutogenese .....	11
Selvbestemmelsesteori .....	11
2.5 SYKEPLEIERS VEILEDENDE OG UNDERVISENDE FUNKSJON I ET HELSEFREMMEDE PERSPEKTIV .....	12
Veiledning tilpasset hjertepasienter, med utgangspunkt i den didaktiske modellen .....	12
2.6 DEN TRANSTEORETISKE MODELLEN, EN STADIEMODELL FOR ATFERDSENDERING .....	14
2.7 LOVVERK OG RETNINGSLINJER .....	15
<b>3.0 METODE .....</b>	<b>16</b>
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE .....	16
3.2 SØKESTRATEGI .....	16
3.3 INKLUSJONS OG EKSKLUSJONSKRITERIER .....	17
3.4 SØKEPROSESS ETTER ANNEN LITTERATUR .....	17
3.7 KILDEKRITIKK .....	18
3.7.1 Forskningslitteratur .....	18
3.7.2 Faglitteratur .....	19
<b>4.0 PRESENTASJON AV FUNN .....</b>	<b>19</b>
4.1 INFORMASJON VED UTSKRIVELSE .....	19
4.2 MOTIVASJON TIL LIVSSTILSENDERINGER .....	20
4.3 OPPLÆRING GIR ENDRINGER .....	21
4.5 HENVISNING TIL HJERTEREHABILITERING .....	21
4.6 BARRIERER FOR OPPRETTHOLDELSE AV LIVSSTILSENDERINGER .....	22

<b>5.0 DRØFTING</b> .....	<b>22</b>
5.1 ØKT BEHOV FOR INFORMERENDE SAMTALER FØR UTSKRIVELSE .....	23
5.2 LITE MOTTATT INFORMASJON OM LIVSSTILSENDERINGER .....	25
5.2 MOTIVASJON HOS PASIENTEN ØKER EVNE TIL LIVSSTILSENDERING .....	26
5.3 HENVISNING TIL HJERTEREHABILITERING .....	28
<b>6.0 AVSLUTNING</b> .....	<b>30</b>
<b>7.0 LITTERATURLISTE</b> .....	<b>31</b>
<b>8.0 VEDLEGG</b> .....	<b>36</b>
VEDLEGG 1: PICO -SKJEMA .....	36
VEDLEGG 2: SØKESTRATEGI .....	36
VEDLEGG 3: LITTERATURMATRISE .....	40
VEDLEGG 4: SJEKKLISTE FOR VURDERING AV KVALITATIV STUDIE .....	52

# 1.0 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det var til sammen 12 895 personer som ble registrert med diagnosen akutt hjerteinfarkt i 2022 (FHI, 2023). Totalt i tidsperioden fra år 2012 -2021, var personer registrert med hjerteinfarkt gått ned med over 40%. Positive endringer i risikofaktorer som høyt kolesterol, høyt blodtrykk og røyking, samt bedret behandling er mye av årsaken til nedgangen i hjerte- og karsykdommer (FHI, 2022). Selv om nedgangen av hjerteinfarkt er stor, rammes både kvinner og menn fremdeles (FHI, 2021). 6,9% av befolkningen i 2022 fikk behandling for hjerte- og karsykdom i spesialisthelsetjenesten (FHI, 2023).

Pasienter med akutt hjertesykdom legges som regel inn i sykehus for undersøkelse og behandling. Krav til effektivitet og rasjonalisering i helsetjenesten har ført til at pasienter med akutt hjertesykdom ofte har kort liggetid i sykehus. Lengden på sykehusoppholdet avhenger av sykdommens karakter og hvor omfattende den medisinske behandlingen er (Stubberud, 2016, s.23). Med et kort sykehusopphold blir pasienten mer ansvarlig for videre livsstil med sykdommen (Ellingsen, 2016, s.89).

Spesialisthelsetjenesteloven benevner å gi opplæring til pasienter, som en av sykehusets oppgave (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 3-8). Sykepleieren har en helsefremmende funksjon (Gammersvik, 2018, s.112), i å styrke pasientens evne til å håndtere sin egen helse og utvikle bevisste holdninger til livsstil (Tveiten, 2016, s.94).

Bakgrunn for valg av tema oppstod i forbindelse med praksisperioden min på medisinsk sengepost. Jeg ble utplassert på hjerteavdelingen, og fikk herfra både kunnskaper og interesse for hjertetemaet. Mange av pasientene jeg møtte på uttrykket usikkerhet og ubevissthet om videre livsstil ved utskrivelse. Dette bidro til å påvirke valg av tema som grunnlag for denne bacheloroppgaven, jeg ønsket å undersøke hvordan sykepleier kan motivere til livsstilsendringer hos denne pasientgruppen.

## 1.2 Presentasjon og avgrensning av problemstilling

Gjennom denne oppgaven skal jeg svare på problemstillingen «*Hvordan motivere til livsstilsendringer hos pasienter som nylig har gjennomgått hjerteinfarkt?*»

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til å omhandle utskrivningsklare pasienter over 65år, som nylig har gjennomgått hjerteinfarkt. Tidsavgrenset fra stabil fase etter infarkt til utskrivelse fra sykehuset.

Fokuset i oppgaven vil være hvordan sykepleiers veiledende og undervisende funksjon på sykehuset, samt henvisning til hjerterehabilitering, motiverer til livsstilsendringer hos pasientene. Livsstilsendringene vil være avgrenset til å omhandle kosthold og fysisk aktivitet. Videre vil alle koronare hjertesykdommer bli sett under ett, det gjelder både STEMI, NSTEMI og ustabil angina pectoris.

Grunnet oppgavens omfang, velger jeg å ikke inkludere pårørende og dens rolle. Jeg vil også se bort ifra gruppeundervisning, da individuell undervisning er mer reelt for denne oppgaven. Oppgaven vil også avgrenses til relativt friske personer, og ikke dem med f.eks. kognitiv svikt som vil ha behov for en annen tilnærming. Jeg vil også se bort ifra skriftlig informasjon.

## 1.3 Begrepsavklaring

**Livsstil:** begrepet livsstil har mange definisjoner. Kristoffersen (2016, s.297) definerer livsstil som «en persons måte å leve på, slik det kommer til uttrykk i vedkommendes handlinger, holdninger, interesser og verdier».

Valg av livsstil er knyttet til sosial klasse, utdanningsnivå, geografi, etnisk bakgrunn, biologi, kjønn og alder. Videre finnes det både risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer knyttet til livsstilen, som har betydning for om personen bevarer helsa eller utvikler sykdom.

Risikofaktorer betegner en skadelig livsstil, og kan innebære dårlig kosthold, lite fysisk aktivitet og røyking. Beskyttelsesfaktorer betegner høy mestringsevne og opplevelse av sammenheng (Kristoffersen et al., 2016, s.298 -302).

**Livsstilsendringer:** livsstilsendringer kan være nødvendige for å fremme helse, forebygge sykdom eller forverring av sykdom. Å endre livsstil forutsetter at man er mottakelige for informasjon og motivert for endringer (Kristoffersen et al., 2016, s.295).

**Motivasjon:** Motivasjon består av de to dimensjonene energikomponent (hva som setter oss i gang) og retning (hvilke mål vi setter oss og hvilke valg vi foretar). Videre kan motivasjon inndeles i ytre og indre. Ytre motivasjon kommer fra en kilde utenfra oss selv, indre motivasjon oppstår derimot inne i oss selv (Kristoffersen, 2016, s.366).

## 2.0 Teori

### 2.1 Hjerteinfarkt

Ved et hjerteinfarkt har koronararteriene enten blitt nesten fullstendig (NSTEMI) eller helt fullstendig tilstoppet (STEMI). Hjerterevet vil da ikke få tilstrekkelig oksygen og starter å nekrotisere (Ørn & Brunvand, 2016, s. 167).

Grunnen til at denne tilstoppelsen skjer er fordi aterosklerose i en arterie har oppstått. Aterosklerose oppstår når LDL som frakter kolesterol i kroppen, dumper kolesterol i arterieveggen da kolesterolnivået er høyere enn hva kroppen har behov for. I forsøk på å fjerne aterosklerosen, oppstår det inflammasjon. Etterhvert vil det også forekomme kalsium i aterosklerosen, og vi sitter igjen med et aterosklerotisk plakk. Disse plakkene kan bli så store at de tetter igjen åren, eller store deler av åren og medfører iskemiske smerter. I tillegg kan disse plakkene sprekke, kroppen vil da oppfatte dette som en blødning og koagulasjonssystemet vil stimuleres. Hemostase igangsettes: blodkarene trekker seg sammen og blodplater tetter igjen riften. Fibrin produseres og legger seg over blodplatene, i disse kan erytrocytter feste seg, og dermed får vi en arteriell trombe. Denne tromben kan bli så stor at den tetter igjen hele blodåren, blodtilførselen vil dermed stoppe opp. Ved et hjerteinfarkt skjer dette i koronararteriene som forsyner hjertet med blod, dermed oppstår det et infarkt i hjertet (Ørn, 2016, s.97-98).



### 2.1.1 Risikofaktorer

Risikofaktorer for utvikling av koronarsykdom kan deles inn i påvirkningsbare og ikke - påvirkningsbare risikofaktorer (Eikeland et al., 2016, s.243). Påvirkningsbare risikofaktorer er høyt blodtrykk, høyt kolesterolnivå i blodet, røyking, overvekt og diabetes. Belastninger i arbeidslivet eller privatlivet som resulterer i stress kan også kan påvirke utvikling av hjerteinfarkt. Ikke- påvirkningsbare risikofaktorer er kjønn, alder og familiær disposisjon.

## 2.2 Livsstilsendring

For å kunne forebygge utvikling av nytt hjerteinfarkt hos dem som allerede har gjennomgått hjerteinfarkt, er det viktig å redusere risikofaktorene gjennom endring av livsstil. De ikke- påvirkningsbare faktorene som kjønn og familiær disposisjon er det lite å gjøre med. Derimot kan de påvirkningsbare faktorene som kosthold og fysisk aktivitet påvirkes (Kristoffersen, 2016, s.300 -302).

### 2.2.1 Ernæring – hjertevennlig kosthold

Behovet for væske og ernæring er et grunnleggende behov som må dekkes for å ivareta helse og sykdom (Aagaard, 2016, s.191). For å forebygge hjerte- og karsykdommer bør kostholdet være allsidig, variert og inneholdende mye frukt og grønnsaker. I tillegg bør inntaket av mettet fett, salt og sukker begrenses (Eikeland et al., 2016, s.231).

### 2.2.2 Fysisk aktivitet

En annen påvirkningsbar faktor er fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet defineres som «enhver kroppslig bevegelse initiert av skjelettmuskulatur som resulterer i en økning i energiforbruket utover hvilenivå» (Kolle et al., 2018, s.44).

Fysisk aktivitet spiller en sentral rolle både i forebygging og behandling av hjerte- og karsykdom (Morseth et al., 2018, s.139). Det gir stor helsegevinst og fører til forbedret hjertefunksjon (Helsenorge, 2023). Fysisk inaktivitet stiller likt med andre risikofaktorer som røyking, kolesterol, fedme og høyt blodtrykk.

Ifølge helsedirektoratets anbefalinger om fysisk aktivitet, anbefales regelmessig fysisk aktivitet også for personer med hjerte- og karsykdommer (Morseth et al., 2018, s.157). Før pasienten starter å trene anbefales det å ta en risikovurdering av pasienten, det kan gjøres via et arbeids EKG. Treningen bør også overvåkes i starten, med tanke på kontraindikasjoner som åndenød, svimmelhet, hyper- eller hypotensjon, brystmerter og arytmi.

I dag er det vanlig å starte fysisk aktivitet tidlig, så fort man er utskrevet fra sykehus (Morseth et al., 2018, s. 157). Videre vil det være behov for individuell tilpasning med gradvis opptrapping fra lett aktivitet.

### 2.3 Hjerterehabilitering

Hjerterehabilitering er et tilbud til pasienter med kronisk eller post -akutt hjertesykdom (Eikeland et al., 2016, s. 274). Denne rehabiliteringen er viktig da pasienter med hjertesykdom har høy risiko for nye kardiovaskulære hendelser og reinnleggelser i sykehus. Målet med rehabiliteringen er å forbedre pasientens funksjonsnivå fysisk, psykisk og sosialt (Grimsmo, 2023).

Rehabiliteringen starter vanligvis på sykehuset og fortsetter ved opptreningscentre utenfor sykehus, og består av et tverrfaglig samarbeid mellom sykepleier, lege, fysioterapeut, ernæringsfysiolog og sosionom (Eikeland et al., 2016, s. 274 -275). Under rehabiliteringen får pasienten veiledning og oppfølging i risikofaktorer, fysisk aktivitet, kosthold, legemiddelbruk og psykososial støtte. Et strukturert rehabiliteringsprogram kan gi pasienten nødvendig kunnskap og trygghet slik at pasienten får best mulig livsutfoldelse og livskvalitet (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 425).

For denne type rehabilitering foreligger det ikke egne retningslinjer (Grimsmo, 2023). Dette fører til forskjeller i tilbud og deltakelse. Om pasientene blir henvist til og deltar i hjerterehabilitering kommer an på pasientens egen kunnskap om rehabiliteringen, institusjonens og behandlerens kunnskap. Tidlig utskrivelse fra sykehus påvirker også deltakelse i hjerterehabilitering (Stubberud & Ellingsen, 2016, s.425).

## 2.4 Mestring

Mestring handler om «hvordan mennesker møter belastende livssituasjoner og kan oppfattes som summen av indre ressurser og den enkeltes handlinger for å kontrollere ytre krav og konflikter» (Tveiten, 2018, s.238). Mestring kan også forstås som takling av stress eller sykdom. Å ha tilgang på ressurser, kunnskaper, ferdigheter og sosiale ressurser er nødvendig for å kunne håndtere mestring.

### *Salutogenese*

Teorien salutogenese utviklet av Aron Antonvsky, fokuserer på fremming av god helse, individuell mestring og velvære (Langeland, 2018, s.157). Teorien er kjent for begrepet «Sense of Coherence» som innebærer hvordan man opplever forståelighet, håndterbarhet og mening i tilværelsen (Langeland, 2018, s.161). En sterk «Sense of Coherence» innebærer at man er motivert for å håndtere stress, har tro på at man kan forstå og at ressurser er tilgjengelige. Det representerer altså en måte å tenke, føle, være og handle på som gir sammenheng i livet. Sykdom kan påvirke denne opplevelsen, derfor er pasientopplæring viktig (Kjetland & Nordstad, 2018, s.502). Helsepersonell har et ansvar til å hjelpe pasienter med å forstå deres situasjon, identifisere egne ressurser og muligheter til å håndtere utfordringer (Tveiten, 2016, s.18). Manglende opplevelse av mening og sammenheng ved behandlinger kan føre til manglende motivasjon for å ivareta egen helse.

### *Selvbestemmelsesteori*

Selvbestemmelsesteorien utviklet av E. Deci og R. Ryan tar utgangspunkt i at alle mennesker har en medfødt naturlig indre motivasjon for å lære og mestre nye utfordringer. Alle mennesker har tre grunnleggende behov som påvirker indre motivasjon, som er behovet for selvbestemmelse, tilknytning og følelse av kompetanse eller mestring (Eide & Eide, 2017, s. 19).

Behovet for kompetanse handler om å mestre og ha en viss kontroll over den situasjonen man er i. Behovet for selvbestemmelse omhandler om å bli lyttet til, bli sett, hørt og forstått, samt å gi uttrykk for hva som er viktig for en selv. Behovet for tilknytning går ut på å ha

kontakt med og gode relasjoner til andre. Den indre motivasjonen styrkes i den grad disse tre behovene blir anerkjent og tilfredsstilt (Eide & Eide, 2017, s. 56-58).

## 2.5 Sykepleiers veiledende og undervisende funksjon i et helsefremmende perspektiv

Sykepleieren har mange funksjoner, å fremme helse er en av dem (Gammersvik, 2018, s.112). Grunnet bedret behandling lever flere i dag videre etter akutfasen, de skrives også ut tidligere fra sykehuset. Å fokusere helsefremmende allerede under sykehusoppholdet kan virke positivt inn på pasientens etterlevelse av kommende livsstilsendringer (Haugan & Rannestad, 2018, s.149).

Helsefremmende arbeid defineres som «en prosess som gjør den enkelte og samfunnet i stand til å bedre og bevare sin helse» (Mittelmark et al., 2018, s.17), dette kan realiseres gjennom helseveiledning (Gammersvik, 2018, s.113). Begrepet helseveiledning defineres som «en sammensatt pedagogisk, faglig og kommunikativ prosess der hensikten er å bidra til læring og mestring i helse- og sykdomsrelaterte livssituasjoner» (Christiansen, 2013, s.14). Innenfor dette begrepet inngår både informasjon, veiledning og undervisning. Målet med veiledning er å styrke pasientens evne til å håndtere sin egen helse og utvikle bevisste holdninger til livsstil (Tveiten, 2016, s.94).

### *Veiledning tilpasset hjertepasienter, med utgangspunkt i den didaktiske modellen*

I veiledningen er det viktig at sykepleier har en god relasjon til pasienten, benytter en god kommunikasjonsmetode samt kartlegger pasientens læringsbehov og tar hensyn til deres forutsetninger. Det er essensielt å fokusere på å mestre livet med nyoppstått hjertesykdom (Ellingsen, 2016, s. 89). Den didaktiske modellen kan være et nyttig redskap i helseveiledningen, den tar for seg seks elementer som gjensidig påvirker hverandre: helsepersonellens rolle, pasientens rolle, innhold i veiledningen, relasjon, læring og formidling (Kjetland & Nordstad, 2016, s.500).

Måten pasienten møter helsevesenet på, er avgjørende for motivasjon og opplevd støtte til å gjøre endringer med sin situasjon (Christiansen, 2013, s.49). Forholdet mellom sykepleier og pasient bør være asymmetrisk komplementært, som innebærer at maktforholdet er

utjevnet (Kjetland & Nordstad, 2016, s. 502 -503). Dette kan være et utfordrende forhold da pasienten ofte inntar en passiv rolle, mens sykepleier nå skal være med på å diskutere ulike løsninger, istedenfor å ha løsningene klare. Respekt, frivillighet og tillit er viktige elementer i denne relasjonen (Tveiten, 2016, s.93).

Å benytte en personsentret kommunikasjonsmetode vil også være avgjørende for pasientens motivasjon. Denne metoden innebærer å se pasienten som en hel person med egne ressurser, muligheter, verdier, prioriteringer og individuelle ønsker og mål når det gjelder helse og livssituasjon. Sykepleier må forholde seg åpen, må være oppmerksomt til stede og lytte aktivt, samt til det som nonverbalt kommer til uttrykk (Eide & Eide, 2017, s.16 -17). Det innebærer også at sykepleier stimulerer pasienten til selvbestemmelse og medvirker til gode beslutninger og løsninger (Eide & Eide, 2017, s.33).

Å kartlegge pasientens læringsbehov er viktig, dette innebærer å undersøke hva pasienten vet fra før og hva pasienten har behov for å vite. Etter et hjerteinfarkt har pasienten behov for nye kunnskaper om sykdomslære, legemidler, symptomer på forverring, risikofaktorer og livsstilsendringer (Stubberud & Ellingsen, 2016, s.89). Her er det viktig at sykepleier er lydhør og etterspør pasientens synspunkter og hva pasienten eventuelt er usikker på (Christiansen, 2013, s.45). Når pasienten har innflytelse på læringsinnholdet, føles læringsprosessen meningsfull, noe som fremmer læring, utvikling og mestring (Tveiten, 2016, s.86). Sykepleier supplerer med sin fagkompetanse, dersom pasienten har begrenset kunnskapsgrunnlag (Tveiten, 2016, s.91). Informasjon som blir gitt av sykepleier bør begrunnes, et eksempel på dette kan være hvorfor saltfattig kost er gunstig, dette vil øke læringseffekten (Kjetland & Nordstad, 2016, s. 502). Under formidling av informasjon bør sykepleier også være oppmerksom på pasientens helseinformasjonsforståelse, dette begrepet har flere definisjoner, men felles for dem alle er at de handler om et sett av evner eller ferdigheter som er nødvendige for å kunne forholde seg til og anvende helseinformasjon fra muntlige eller skriftlige kilder, inkludert informasjon gitt fra helsepersonell (Finbråten, 2018, s.88). Med andre ord betyr det at pasienten forstår informasjonen som blir gitt. Dette er for å sikre tilstrekkelig informasjon og unngå misforståelser (Tveiten, 2016, s.44).

Pasientens forutsetninger for læring og mestring omfatter forhold som påvirker pasientens evne til å tilegne seg ny kunnskap (Christiansen, 2013, s.45). Sykdom er en av faktorene som

påvirker denne evnen. Hjertepasienter vil ha ulike forutsetninger for læring i de forskjellige fasene etter infarkt, med lavere evne til læring i den akutte fasen sammenlignet med en stabil fase (Stubberud & Ellingsen, 2016, s.430). For optimal pedagogisk veiledning er det nødvendig at sykepleieren er kjent med disse ulike fasene og faktorer som sykdommens alvorlighetsgrad, medisinsk behandling, pasientens opplevelse av angst, smerter, ubehag og psykisk stress, som påvirker muligheten for læring (Tveiten, 2016, s.87). Et godt tilrettelagt læringsmiljø innebærer også fjerning av unødvendige forstyrrelser (Tveiten, 2016, s.87).

Selv etter veiledning og økt bevissthet, kan pasienten likevel velge å fortsette livet som før uten endringer (Tveiten, 2016, s.92). Pasienten har ansvar for sitt liv og fri vilje. Sykepleieren har ansvar for å gi pasienten best mulig grunnlag for å ta sine egne valg.

## 2.6 Den transteoretiske modellen, en stadiemodell for atferdsendring

Den transteoretiske modellen utviklet av James. O. Prochaska beskriver endringsprosessen gjennom ulike faser, hvor personens vilje, motivasjon og preferanser er ulik i de forskjellige fasene. Den tar også for seg retningslinjer for sykepleiere i kommunikasjonen gjennom disse stadiene for å legge til rette for best mulig endringer. Modellen deler endringsprosessen inn i seks faser: *føroverveielsesfasen*, *overveielsesfasen*, *forberedelsesfasen*, *handlingsfasen*, *vedlikeholdsfasen* og *avslutningsfasen* (Eide & Eide, 2017, s. 262 -263).

I den første fasen *føroverveielsesfasen* mangler pasienten problembevissthet og motivasjon for endring. I veiledningen blir det viktig å øke pasientens bevissthet om behovet for endring, samt styrke dens motivasjon. Dette kan gjøres ved å informere, oppmuntre og utfordre pasienten til å reflektere rundt sin situasjon. *Overveielsesfasen* består av mennesker med økende problembevissthet, men med usikker motivasjon. Å styrke problembevisstheten, samt bygge opp pasientens selvtillit og motivasjon for endring vil være sentralt. I *forberedelsesfasen* er beslutning om endring tatt, og pasienten må forberede seg på endringen som vil skje. Sykepleier bør sammen med pasient samarbeide om en strategi og utarbeide en plan inneholdende av lang- og kortsiktige mål. Fase fire omhandler *handlingsfasen* hvor endringene blir gjennomført. Konsekvensene av det man endrer vil bli tydelige, og personen vil kjenne på utfordring. *Vedlikeholdsfasen* handler om å hindre

tilbakefall, motivasjonen ved å holde fast ved valget settes på prøve. I den siste *avslutningsfasen* er nye vaner blitt godt etablert og man er helt trygg på at man ikke vil falle tilbake i gamle mønster (Eide & Eide, 2017, s.263 – 272).

Uansett hvilken fase pasienten befinner seg i er det viktig at endringsprosessen ikke fremskyndes ved å for eksempel overbevise pasienten om hva som er riktige å gjøre, det kan føre til mistet motivasjon og tilbakefall i endringsprosessen hos pasienten. (s.272).

## 2.7 Lovverk og retningslinjer

I sykepleierens veiledningsansvar er de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere sentrale. Disse retningslinjene danner grunnlaget for sykepleiernes arbeid og omhandler verdier, det generelle ansvaret og de faglige forpliktelsene innen sykepleie. Punkt 1.3 understreker viktigheten av at «sykepleieren sikrer at pasienten og pårørende mottar informasjon, veiledning og opplæring på en måte som er tilpasset deres kultur, språkferdigheter, kognitive funksjon og psykiske behov. Sykepleier sikrer at informasjonen er forstått». Videre presiseres det i punkt 1.4 at «sykepleieren respekterer pasientens rett til selv å foreta valg, her under å frasi seg sin selvbestemmelse (autonomi)». Dette punktet er spesielt viktig under veiledning, der det er nødvendig at pasienten kan uttrykke sine behov (Norsk sykepleieforbund, 2023).

I tillegg til de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, er det flere lover som tydeliggjør pasientens rett til informasjon. Ifølge Pasient & brukerrettighetsloven § 3-2 (1999) har pasienten rett til informasjon om innholdet i helsehjelpen pasienten de mottar, samt til den informasjonen som er nødvendig for å forstå sin egen helsetilstand. §3-1 i samme lov gir pasienten rett til å delta i beslutninger knyttet til helse- og omsorgstjenester (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-2 & 3-1). Videre nevner Spesialisthelsetjenesteloven §3-8 sykehusets ansvar for å gi opplæring til pasienter og pårørende (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 3-8).

Pasienter med hjertesykdom har behov for langvarige og koordinerte tjenester (Stubberud & Ellingsen, 2016, s.425). Ifølge Pasient og brukerrettighetsloven har pasienten rett til å få utarbeidet en individuell behandlings- og oppfølgingsplan. Denne planen har som formål å

tilby pasienten helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset helsehjelp basert på deres mål, ressurser og helhetlig behov. En slik plan kan sannsynligvis øke pasientens mestringstro (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-5), noe som er viktig for pasienter som ønsker å delta i hjerterehabilitering.

## 3.0 Metode

### 3.1 Litteraturstudie som metode

For å svare på problemstillingen har jeg benyttet litteraturstudie som metode.

Litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder (Thidemann, 2019, s. 77 -78). Å systematisere innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt sammenfatte det hele. Hensikten med litteraturstudie er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det område som problemstillingen etterspør og beskrive hvordan man har kommet frem til denne kunnskapen.

### 3.2 Søkestrategi

For å finne relevant forskning til problemstillingen, har Pico- skjema blitt tatt i bruk. Pico er et verktøy som gjør problemstillingen tydelig og presis, ved å få frem kjernes spørsmålet i oppgaven. Ved hjelp av dette verktøyet vil man kunne få en bedret struktur og oversikt over nødvendige søkeord i litteratursøket (Thidemann, 2019, s.83). Pico -skjema er presentert i vedlegg 1.

Databasene Academic Search Elite, Chinal og PubMed er benyttet I denne oppgaven, ettersom dette er databaser jeg har brukt tidligere og er kjent med. Jeg benyttet i første omgang bare Academic Search Elite og Chinal, men ettersom det var begrensede artikler som tilpasset problemstillingen i disse databasene prøvde jeg også ut PubMed. Totalt i oppgaven er 12 artikler inkludert, 4 av disse fant jeg via Academic Search Elite, 5 via Chinal og 3 via PubMed.

For å finne frem til de ulike artiklene har jeg kombinert flere engelske søkeord sammen ved å bruke «AND» mellom de forskjellige søkeordene. For å finne artikler som omhandler infarktpasienter har jeg søkt på ulike synonymer for hjerteinfarkt i de ulike søkene:



«myocardial infraction», «post myocardial infraction», «coronary intervention» og «myocardial infraction». For å finne artikler om livsstilsendringer har jeg benyttet søkeord som «Lifestyle changes», «Physical activity», «Care after», «Secondary prevention» og «Patient goals». «Motivation» har jeg bruk for å finne artikler som belyser motivasjon hos pasienten. For å få frem både pasientens og sykepleierens perspektiv, samt deres relasjon er søkeord som «Patient perspective», «Patient expectations», «Nurse», «Health professionals» og «Relationship» blitt benyttet. For å finne artikler som omhandler informasjonsutveksling på sykehuset har ord som «hospital discharge», «patient education», «hospital», «inpatient», «learning» og «knowledge» blitt brukt.

Artiklene er blitt avgrenset i forhold til publiseringsår og mengde på artikkeltreff. De fleste artiklene som er tatt med i oppgaven er fra mellom år 2017 -2023. Noen av artiklene er eldre da det var lite artikler å hente fra disse temaene artiklene inneholdt. Ytterligere avgrensninger er ikke blitt gjort da jeg fant relevans i de artiklene som kom frem. Artiklene i oppgaven, er blitt valgt ut ved å lese gjennom overskrifter og abstrakt på artiklene som kom frem i søketreffet.

Øvrige detaljer om søkestrategi presenteres i vedlegg 2.

### 3.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Ved å bruke inklusjons- og eksklusjonskriterier, blir litteratursøket tydeliggjort og mengden litteratur avgrenses (Thidemann, 2019, s.83).

Inklusjonskriterier for artikler i denne oppgaven er artikler som ikke er blitt publisert tidligere enn år 2011, er fagfelleurdert og har en IMRaD -struktur. At artikkelen har en IMRaD struktur betyr at den inneholder en introduksjons-, metode-, resultat- og diskusjonsdel (Thidemann, 2019, s.30). Videre er artikler som omhandler post -hjerteinfarkt pasienter, livsstilsendringer, motivasjon og informasjon blitt inkludert. Siden fokuset er på pasienter i sykehus, har artikler inneholdt hjemmetjenesten blitt ekskludert. Dette gjelder også artikler som ikke er sykepleierelevante.

### 3.4 Søkeprosess etter annen litteratur

For å finne annen relevant litteratur har jeg søkt i bibliotekets database som er tilgjengelig på HVL sine hjemmesider. Her har jeg brukt søkeord som helseveiledning, kommunikasjon og hjerteinfarkt. Pensumlitteratur som er blitt brukt gjennom studiet er også blitt sett over og har derfra hentet ut bøker som passer til temaet jeg har valgt.

I teoridelen har jeg i stor grad forholdt meg til boken «Sykepleie til personer med hjertesykdom» (Stubberud, 2016), da denne belyser flere av temaene benyttet i oppgaven. Boken «Sykdomslære» av Kristoffersen et al., 2016 er benyttet for å supplere med relevant teori om hjertet, samme er boken «Klinisk sykepleie» (Eikeland et al., 2015). For å finne teori om informasjon og veiledning har jeg benyttet bøkene «Helseveiledning» (Christiansen, 2013), «Helsepedagogikk» (Tveiten, 2018) og «Helsefremmende sykepleie» (Gammersvik & Larsen, 2018). «Grunnleggende sykepleie» (Kristoffersen et al., 2016) og «Kommunikasjon i relasjoner» (Eide & Eide, 2017) er også blitt benyttet.

I tillegg til forskningsartiklene og teoribøkene, har jeg benyttet ulike nettsider. Nettsidene jeg har brukt er FHI, Helsebiblioteket, Helsenorge, Lovdata og Norsk sykepleieforbund.

### 3.7 Kildekritikk

Hensikten med kritisk vurdering er å vurdere gyldigheten av informasjonen (Dalland, 2017, s.152).

#### 3.7.1 Forskningslitteratur

Artiklene i oppgaven har jeg kritisk vurdert ved å ta i bruk helsebibliotekets sjekklister (Helsebiblioteket, 2018). Denne sjekklisten innebærer spørsmål som om artikkelen gir svar på problemstillingen, om hva resultatet i artiklene er og om disse resultatene kan brukes i denne oppgaven. De fleste artiklene i denne oppgaven er av kvalitativ metode, som vil si at man får kunnskaper om menneskers egenskaper som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Denne datainnsamlingen foregår ved bruk av intervju, observasjon, feltarbeid eller dokumentanalyse (Thidemann, 2019, s.76). To av artiklene inkludert i oppgaven er av kvantitativ metode, kvantitative data er eksakt faktakunnskap i form av målbare enheter (Thidemann, 2019, s.75). Design knyttet til

kvantitativ forskning er blant annet randomisert kontrollert studie, kohortstudie og kaskontrollstudie (Thidemann, 2019, s.71). De ble nyttig å bruke begge metodene for denne oppgaven.

Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie presenteres i vedlegg 4.

### 3.7.2 Faglitteratur

De fleste bøker brukt i denne oppgaven finnes på pensumlitteratur. Vi har for eksempel fra tidligere i utdanningen benyttet bøkene «sykdom og behandling» (Ørn & Gansmo, 2016), «grunnleggende sykepleie» (Grimsbø, 2016) og «klinisk sykepleie» (Almå, 2016), jeg ser dermed på disse som gode kilder. For å supplere med tilleggsinformasjon angående informasjon, veiledning og spesielt om hjertesykdom har jeg brukt andre fagbøker. Bøkene jeg har brukt inneholder både primær- og sekundærkilder. Jeg har hovedsakelig prøvd å holde meg til primærkildene i fagbøkene, ettersom det står nedskrevet i de tekniske retningslinjer for oppgaveskriving på HVL sin hjemmeside at man skal unngå bruk av sekundærkilder.

## 4.0 Presentasjon av funn

Her vil funn fra artiklene som er relevant for problemstillingen presenteres.

Funnene trekker blant annet frem pasientopplæring i sykehus, etterlevelse av livsstilsendringer, motivasjon hos pasienten, samt henvisning og deltakelse i hjerterehabilitering. Temaene som er av betydning for problemstillingen er *informasjon ved utskrivelse, motivasjon til livsstilsendringer, oppfølging, henvisning til hjerterehabilitering og barrierer for opprettholdelse av livsstilsendringer.*

Øvrige detaljer om de ulike artiklene presenteres i vedlegg 3 (artikkelmatrise).

### 4.1 informasjon ved utskrivelse

Gjennomgang av artiklene jeg har valgt å benytte, viser at informasjon ved utskrivelse fra sykehus er en utfordring. I studien til Valaker et al., (2017) kommer det frem at informasjonen pasientene fikk i sykehusavdelingene var overfladisk og vanskelig å implementere. De manglet informasjon om videre livsstil da de skulle utskrives, noe som gjorde at de følte seg utrygge og uforberedte ved hjemreise. Videre påpeker studien at pasientene selv måtte ta ansvar for egen omsorg ved å søke svar fra bekjente innen helsevesenet og bruke internett for informasjon. Bare 39% hadde tilstrekkelig kunnskap om symptomer på akutt koronarsykdom ved utskrivelse (Boyde et al., 2015).

Selv om sykepleiere har informasjonsplikt rapporterte 8,5% av pasientene at de ikke hadde fått informasjon under innleggelse (Nunes et al., 2016). Bare 56% i studien til Boyde et al., (2015) kunne minnes å ha fått undervisning.

I forskningen til Hurani, E. (2019) mente pasientene selv at de hadde størst behov for informasjon om hjertets anatomi, håndtering av symptomer, psykologiske faktorer, kosthold, fysisk aktivitet og medisiner. Informasjonsbehovet deres var størst i den subakutte fasen hvor smertene var lindret og pasientene var mer til stede.

#### 4.2 Motivasjon til livsstilsendringer

Flere av artiklene belyser hvordan pasientens motivasjon påvirker deres holdninger til å gjøre livsstilsendringer.

For eksempel kan hvor alvorlig tilstand pasienten oppfatter å være i gå ut over motivasjonen til pasienten. Det viser studien til Dullaghan et al. (2014) som fant ut at pasienter med STEMI delte lignende oppfatninger av sykdommen som alvorlig og livstruende, og hadde da sterke intensjoner om å gjøre livsstilsendringer. Pasienter med NSTEMI opplevde derimot usikkerhet om symptomer og diagnose, noe som førte til misforståelser om alvorlighetsgraden av tilstanden og mindre vilje til livsstilsendringer. Deres manglende motivasjon skyldtes manglende opplevelse av nødvendigheten av endringer når de ikke følte seg alvorlig syke.

Pasienter med en åpen og involverende holdning viser høyere kunnskapsnivå og bevissthet om egne behov. De som derimot er passive og motvillige til pasientopplæring viser lavere

evne til å definere og uttrykke forventningene sine til etterlevelse og behandling.  
(Pietrzykowski et al., 2022).

Studien til Coull & Pugh. (2021), brukte individuelle intervju for å se om personer med gjennomgått hjerteinfarkt, klarte å opprettholde fysisk aktivitet når hjerterehablitering ble avsluttet. Mange av deltakerne så på infarkt som et lærbart øyeblikk for atferdsendring, og ble motiverte til livsstilsendringer ved å erkjenne risikoen for nye hjertehendelser ved inaktivitet.

I resultatet til Fåln et al., (2016) assosierte pasientene hjerteinfarkt med et vendepunkt i livet. De så på det som en mulighet for endring, og påpekte motivasjonsstrategier som endret livsstil og å ha et positivt syn på livet. Gjennomgått hjerteinfarkt fungerte som en påminnelse om hva som måtte til for å hindre at infarkt skulle gjentas.

#### 4.3 Opplæring gir endringer

Forskningen til Kavardim & Özer (2020) viser at opplæring og undervisning om risikofaktorer er viktig for pasientens evne til forbedring livskvalitet og tilpasning av endringer. Denne studien fulgte opp to ulike grupper hvor den ene mottok rutinemessig behandling, mens den andre fikk i tillegg til rutinemessig behandling individuell undervisning, oppfølging på sykehuset og tre oppfølgingssamtaler. Som resultat i studien hadde gruppen som ble fulgt opp bedret betydelig forbedringer innen livskvalitet, tilpasning av endringer som kosthold og aktivitet, samt betydelig økt mestringstro sammenlignet med den andre gruppen.

Studien til Savarsdóttir et al., (2016) tar for seg kunnskap og ferdigheter som trengs for pasientopplæring hos helsepersonellet. Å ha god oppdatert teoretisk og klinisk kunnskap, samt kommunikasjonsferdigheter ble ansett som avgjørende for pasientopplæringen.

#### 4.5 Henvisning til hjerterehablitering

Valaker et al., (2017) hevder at pasientene som deltok i studien aldri hadde hørt om hjerterehablitering. Resultatet til Coull & Pugh (2021) forteller at de fleste pasientene vurderte hjerterehabliteringen positivt, men noen hevdet at de savnet flere

oppfølgingsprogrammer etter selve rehabiliteringen.

I studien til Boyde et al., (2015) kommer det frem at 85% av deltakerne ville delta på hjerterehabilitering etter innleggelse i sykehus. Bare 30% av disse startet og 25% hadde meldt seg på uten å delta.

#### 4.6 Barrierer for opprettholdelse av livsstilsendringer

Studien til White et al., (2011) hadde som hensikt å utforske pasienter som gjennomgikk hjerterehabilitering sitt perspektiv på å gjøre og opprettholde kostholdsendringer. Som resultat i studien hadde noen av deltakerne problemer med å opprettholde kostholdsendringene, da de med tiden så på dette som en mindre sannsynlig årsak til infarkt. Denne studien fremhever hvor viktig det er at pasientene blir tilstrekkelig informert. Barrierer som frykt for å bevege seg, alenetrening, brystmerter, tungpust, bivirkninger fra medisiner og å være langt unna hjelp stod i veien for om deltakerne i studien til Coull & Pugh (2021) klarte å opprettholde fysisk aktivitet. I resultatet til Nunes et al., (2016) kommer det frem at bare 27,4% av pasientene ble informert om endringer i livsstil.

Fålun et al., (2016) hevder at pasienter ofte slet med å forstå sammenhengen med å leve med hjerteinfarkt, håndtere symptomer og forstå de utløsende årsakene til infarkt. Det var også pasienter som ønsket å opprettholde sin nåværende livsstil og leve så normalt som mulig.

Det er til stor betydning at den pedagogiske opplæringen inkluderer innhold som er relevant for pasienten for å unngå at slike barrierer nevnt ovenfor oppstår (Pietrzykowski et al., 2022).

## 5.0 Drøfting

I dette kapitlet vil jeg drøfte problemstillingen «*Hvordan motivere til livsstilsendringer hos pasienter som nylig har gjennomgått hjerteinfarkt?*» Jeg vil diskutere oppgavens problemstilling i lys av beskrevet teori og forskning, egne erfaringer vil også bli trukket inn

hvor det er relevant.

### 5.1 Økt behov for informerende samtaler før utskrivelse

Det viser seg at antall informerende samtaler under sykehusoppholdet er svært lave, og pasienter ikke blir tilstrekkelig informert (Hurani, 2019).

Dette understrekes også i forskningen til Nunes et al., (2016) som avslører at hele 8,5% av pasientene ikke mottok informasjon i det hele tatt under sitt sykehusopphold. Valaker et al., (2017) bidrar også bekymringsverdig ved å dokumentere en mangel på tilstrekkelig instruksjon og informasjon i deres studie. Dette manglende fokuset på informasjon og veiledning er spesielt kritisk for pasienter som gjennomgår hjerteinfarkt, som Stubberud & Ellingsen (2016) påpeker. Ifølge deres teori er formålet med informasjonen å etterleve livsstilsendringer og forhindre reinnleggelse i sykehus. Manglende tilstrekkelig informasjon medfører praktiske utfordringer og gir betydelige konsekvenser for pasientopplevelsen. Utrygghet og usikkerhet om fremtidig livsstil ved utskrivelse er vanlige temaer som pasientene står ovenfor (Valaker et al., 2017). Resultatet blir at pasientene påtar seg ansvaret for sin egen omsorg ved å søke svar fra bekjente innen helsevesenet eller benytte internett for informasjon.

Den transteoretiske modellen beskriver føroverveielsesfasen som et stadium der pasienten mangler problembewissthet og motivasjon for å gjennomføre endringer. Dette kan sammenlignes med situasjonen til utskrivningsklare pasienter (Eide & Eide, 2017, s.263 - 272). I dette stadiet er det spesielt viktig for pasientene å få veiledning. Uten tilstrekkelig motivasjon eller bewissthet om behovet for endring, er det lite sannsynlighet at endringen vil skje. Denne informasjonsproblematikken understreker behovet for forbedringer i kommunikasjonen mellom helsepersonell og pasient som vi skal se nærmere på i neste avsnitt.

I studien til Savarsdóttir et al., (2016). forteller sykepleierne selv at evnen til å etablere mellommenneskelige relasjoner og bygge tillitt ble identifisert som grunnlaget for effektiv kommunikasjon og pasientopplæring. Dette inkluderte å være omsorgsfull, kunne ha empati og ha en genuin interesse for pasienten. Dette støttes også av hva Tveiten (2016, s.502 -503)

skriver. Men selv om sykepleierne i studien til Savarsdóttir et al., (2016) er klare over hva som innebærer god pasientopplæring, påpeker de også utfordringer forbundet med pasientopplæring, nemlig å formidle relevant kunnskap til et relevant tidspunkt som på en måte motiverer pasienten til læring.

Selv om det i et sykehusmiljø er utfordrende med pasientopplæring, er det sykepleierens rolle å formidle informasjon og gi veiledning til pasienter med hjertesykdom. Dette er avgjørende for pasientens velvære og videre livsstil. Ifølge de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er sykepleieren forpliktet til å gi nødvendig informasjon og veiledning (Norsk sykepleieforbund, 2023). Dette understrekes også i Spesialisthelsetjenesteloven som benevner opplæring av pasienter som en sentral oppgave for sykehus (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999 § 3-8). Som nevnt kom det frem i studien til Nunes et al., (2016) at 8,5% av pasientene ikke mottok informasjon, sykepleierne i samme studie rapporterte selv et gjennomsnitt på 3,59 informerende samtaler per pasient. Dette er en mangel på samsvar mellom pasientens opplevelse av informasjon og sykepleierens rapporterte aktiviteter. Det vises også i studien til Boyde et al., (2015) hvor 56% av pasientene kunne husket å ha snakket med sykepleier under sitt opphold. I denne studien ble pasienter med kognitiv svikt ekskludert fra studien, og gir derfor en viktig påminnelse om at ikke alle pasienter mottar eller husker informasjonen på samme måte.

Under veiledning er det viktig at sykepleier er bevisst på pasientens evne til helseinformasjonsforståelse, slik at pasienten blir tilstrekkelig informert og unngår at misforståelser oppstår (Tveiten, 2016, s.44). I Savarsdóttir's et al., (2016) studie anser sykepleierne evnen til å fange opp pasientens læringsbehov som en høy prioritet, dette innebærer også å lese signaler som ansiktsuttrykk og ikke-verbal kommunikasjon hos pasienten. Dette er viktig da hjertepasienter kan være påvirket av deres sykdom til å kunne tilegne seg ny kunnskap (Christiansen, 2013, s.45), faktorer som sykdommens alvorlighetsgrad, medisinsk behandling, pasientens opplevelse av angst, smerter, ubehag og psykisk stress påvirker muligheten for læring (Tveiten, 2016, s.87). Hjertepasienter vil også ha lavere forutsetning for læring og undervisning i den tidlige akutte fasen av infarkt, sammenlignet med en senere fase (Stubberud & Ellingsen, 2016, s.430). I studien til Hurani (2019) påpeker pasientene selv at deres informasjonsbehov og læreforutsetning er størst i den subakutte fasen, hvor smerter er reduserte og deres daglige aktiviteter øker. Stubberud



& Ellingsen (2016, s.430) understreker viktigheten av at sykepleierne er klar over disse ulike fasene for å tilby best mulig pedagogisk veiledning.

En vellykket veiledning innebærer også å minimere unødvendige forstyrrelser for å skape best mulig læringsmiljø, som påpekt av Tveiten (2016, s.87). Sykehusmiljøet i seg selv kombinert med forkortet sykehusopphold av hjertepasientene, utfordrer sykepleierens veiledende og undervisende funksjon. Dette kan relateres til funnene fra Valaker et al., (2017) hvor pasientene opplevde et stressende sykehusmiljø med gitt overfladisk informasjon som var vanskelig å implementere. Studien til Boyde et al., (2017) viser at hele 39% av pasientene har utilstrekkelig kunnskap om akutt koronarsykdom ved utskrivelse.

## 5.2 Lite mottatt informasjon om livsstilsendringer

Å redusere risikofaktorer hos dem som har gjennomgått hjerteinfarkt er nødvendig for å forebygge utvikling av nytt infarkt (Kristoffersen et al., 2016, s. 259). Kosthold og fysisk aktivitet er blant de påvirkningsbare risikofaktorene.

Et hjertevennlig kosthold er rikt på frukt og grønnsaker med begrenset inntak av mettet fett, salt og sukker (Eikeland et al., 2016). Fysisk aktivitet er anbefalt for personer med hjerte- og karsykdommer, da inaktivitet stiller likt med andre risikofaktorer for utvikling av hjerteinfarkt (Helsenorge, 2023). Ellingsen (2016, s.89) fremhever viktigheten av å ha fokus på mestring av livsstilsendringer i veiledningen.

Sentralt i veiledningsprosessen er pasientens selvbestemmelse og evne til å velge innhold basert på sine behov (Tveiten, 2016, s.86). Christiansen (2013, s.45) skriver at sykepleier bør være lydhøre og aktivt søke pasientens synspunkter og holdninger for å fremme selvbestemmelse. Dette er i tråd med de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere som understreker betydningen av respekt for pasientens rett til å ta egne valg (Norsk sykepleieforbund, 2023). Samtidig er det viktig at sykepleier tilbyr sin fagkunnskap for å støtte pasientens beslutningsprosess (Tveiten, 2016, s.86).

I studien til Hurani (2019) kommer det frem at pasientene har spesifikke informasjonsbehov knyttet til flere aspekter ved hjertesykdom, inkludert anatomi, symptomer, psykologiske

faktorer og livsstilsendringer. Imidlertid viser andre studier, som Nunes et al., (2016), White et al., (2011) og Coull & Pugh (2021), en betydelig variasjon i informasjonsomfanget som pasienten mottar. I Nunes et al., (2016) fikk 90% av pasientene informasjon knyttet til håndtering av symptomer, bare 27,4% ble informert om endringer i livsstil som kosthold og fysisk aktivitet. Mangel på informasjon om livsstilsendringer viser seg også i studien til White et al., (2011) hvor pasientene hadde problemer med å opprettholde kostholdsendringer, da de misforstod alvorligheten av dårlig kosthold. Noen av pasientene i studien til Coull & Pugh (2021) opplevde frykt for å bevege seg, bryst smerter og tungpust i forbindelse med fysisk aktivitet som resulterte i at de ikke var aktive.

Dette gapet i informasjon relatert til livsstilsendringer, kan gi betydelige konsekvenser. Pasientene kan risikere reinnleggelse og eventuelt forverring av deres tilstand (Stubberud & Ellingsen, 2016, s.89).

I tråd med selvbestemmelsesteorien (Eide & Eide, 2017, s.56 -58) er oppfyllelsen av pasientens behov for selvbestemmelse en viktig faktor for å styrke deres indre motivasjon og engasjement i endringsprosessen. Det understreker ytterligere betydningen av en tilpasset og omfattende veiledning som tar hensyn til pasientens individuelle behov og preferanser.

## 5.2 Motivasjon hos pasienten øker evne til livsstilsendring

Pasientens indre motivasjon påvirkes som nevnt av i den grad behovet for selvbestemmelse blir tilfredsstilt. Behovet for tilknytning og følelse av kompetanse eller mestring påvirker også pasientens indre motivasjon til utføre endringer (Eide & Eide, 2017, s.19).

Mellom sykepleier og pasient bør det være en asymmetrisk komplementær relasjon, hvor maktforholdet mellom dem er utjevnet (Kjetland og Nordstad, 2016, s. 502- 503). Respekt frivillighet og tillit er viktige elementer i denne relasjonen (Tveiten, 2016, s.93). Sykepleier kan gjennom denne relasjonen møte pasientens behov for tilknytning. Behovet for kompetanse omhandler å mestre og ha en viss kontroll over den situasjonen man er i (Eide & Eide, 2017, s. 56 -58). For å møte dette behovet forutsetter det at sykepleier lytter aktivt og anerkjenner den andres behov (Eide & Eide, 2017, s.33). I hvilken grad pasienten har behov for å få oppfylt disse behovene kommer an på hvilken fase av endringsprosessen pasienten

befinner seg i (Eide & Eide, 2017, s. 262- 263).

Studien til Coull & Pugh (2021), viser et eksempel på ulik motivasjon hos pasientene, og hvordan dette fikk konsekvenser for deres evne til å gjennomføre og opprettholde livsstilsendringer. De som klarte å opprettholde endringene så på hjerteinfarkt som et lærbart øyeblikk for atferdsendring og ble motiverte til livsstilsendringer ved å erkjenne risikoen for nye hjertehendelser ved inaktivitet, det er tydelig at disse pasientene har fått dekket sine behov om selvbestemmelse, tilknytning og kompetanse tilstrekkelig. Dekkede behov fremkommer også i studien til Kavardim og özer (2020) hvor deres resultat innebar betydelige forbedringer innen livskvalitet, tilpasning av endringer samt fysisk aktivitet. Pasientene her kan sammenlignes med pasientene som befinner seg i avslutningsfasen, hvor nye vaner er blitt godt etablert og man er helt trygg på at man ikke vil falle tilbake i gamle mønster (Eide & Eide, 2017, s.263 -272).

De resterende deltagende pasientene i studien til Coull & Pugh (2021), opplevde barrierer som stod i veien for deres gjennomførelse av fysiske aktivitet. Det er mulig disse pasientene ikke har fått et eller flere av sine behov tilstrekkelig anerkjent gjennom helseveiledning. Uansett hvilken fase pasientene har befunnet seg i under veiledningen, er det viktig at endringsprosessen ikke fremskyndes, som kan medføre mistet motivasjon og tilbakefall i endringsprosessen (Eide & Eide, 2017, s.272).

Andre forhold som påvirker pasientens motivasjon for atferdsendring, kan ifølge studien til Dullaghan et al., (2014) ha sammenheng med pasientens sykdomsoppfatning og hvilken type infarkt pasienten har gått gjennom. Studien hevder at pasienter med STEMI hadde sterke intensjoner om å gjøre livsstilsendringer, mens pasienter med NSTEMI hadde mindre vilje til endringer. Dette kom av deres misforståelse om alvorlighetsgraden av tilstanden.

Hvilken holdning pasienten har under sykehusoppholdet kan også påvirke pasientens motivasjon. Det viser studien til Pietrzykowski (2022) hvor pasienter med en åpen og involverende holdning viste høyere kunnskapsnivå og bevissthet om egne behov. De som derimot var passive og motvillige til opplæring, viste lavere evne til å definere og uttrykke forventningene sine til etterlevelse av behandling. At pasientene inntar en passiv rolle i relasjonen til sykepleier er vanlig (Kjetland & Nordstad, 2016, s. 502 -503). Det er viktig at sykepleier da stimulerer pasienten til selvbestemmelse, istedenfor å overbevise pasienten

om hva som er riktig å gjøre. Dette vil påvirke etterlevelse av livsstilsendringene (Eide & Eide, 2017, s.272).

Dersom pasienten opplever mangel på mening og sammenheng kan dette føre til manglende motivasjon for å ivareta egen helse (Tveiten, 2016, s.18). Et eksempel på dette kan ses i studien til Fåln et al., (2016) hvor pasientene slet med å forstå sammenhengen med å leve med hjerteinfarkt, håndtere symptomer og forstå den utløsende årsaken til infarkt. Dette førte til motløshet hos pasientene. Andre deltakere i samme studie var derimot mer motiverte, de klarte å se på infarkt som en mulighet for endring, ved å ha et endret positivt syn på livet (Fåln et al., 2016). Å ha tilgang på ressurser, kunnskaper, ferdigheter og sosiale ressurser er nødvendig for å kunne håndtere mestring (Tveiten, 2018, s.238). Deltakerne i denne studien til Fåln et al., (2016) som klarte å se positive utveier av deres situasjon kan sammenlignes med å ha sterk «Sense of Coherence» som innebærer håndtering av stress, ha tro på at man kan forstå og at ressurser er tilgjengelige (Langeland, 2018, s.161).

Det er viktig at sykepleier kjenner til pasientens opplevelse, bekymringer og emosjonelle symptomer dersom de skal kunne forstå og hjelpe pasienter til å mestre sykdom (Savarsdóttir et al., 2016). Måten pasienten møter helsevesenet på kan være avgjørende for motivasjon og opplevelsen av støtte til å gjøre endringer med sin egen situasjon (Christiansen, 2013, s.49).

Det er også viktig å huske på at selv om pasientene blir mer bevisst og får mer kunnskaper etter veiledning, kan det likevel føre til at pasienten fortsetter livet som før uten endringer (Tveiten, 2016, s.92). Det finnes også pasienter som ikke ønsker veiledning, Fåln et al., (2016) beskriver pasienter som ønsket å opprettholde sin nåværende livsstil og leve så normalt som mulig. Pasienten har fri vilje og ansvar for eget liv. Sykepleieren har ansvaret for at pasienten har best mulig grunnlag å basere sitt valg på (Tveiten, 2016, s.92).

### 5.3 Henvisning til hjerterehabilitering

Flere pasienter får ikke tilbud om hjerterehabilitering (Valaker et al., 2017). Grimsmo (2023)

skriver at rehabilitering er et viktig tilbud til pasienter med hjertesykdom, da disse pasienten har høy risiko for nye kardiovaskulære hendelser og reinnleggelser i sykehus. At pasienter ikke har fått tilbud om hjerterehabilitering kan ha sammenheng med at det ikke foreligger egne retningslinjer som fører til forskjeller i tilbud og deltakelse (Grimsmo, 2023).

Pasientens, institusjonens og behandlerens kunnskap om hjerterehabilitering påvirker om pasienten blir henvist og deltar. Dette understreker viktigheten av at sykepleier bør være klar over dette tilbudet. Mine egne praksiserfaringer stemmer i stor grad overens med pasientene i studien til Valaker et al., (2017) opplever. Jeg opplevde aldri at det ble nevnt noe om hjerterehabilitering verken fra pasientene selv, legene eller sykepleierne. I gangen lå det brosjyrer med informasjon, men disse ble aldri utlevert til pasientene. Mange av de innlagte pasientene var usikre på livssituasjonen videre ved hjemreise, det vises også i studien til Valaker et al., (2017). Et tilbud som dette kunne for mange ha vært svært relevant og til god hjelp på livssituasjonen videre. Det er også en arena hvor man møter andre på samme bølgelengde. Ifølge pasient -og brukerrettighetsloven (1999) har pasienten rett til å få utarbeidet en individuell behandlings- og oppfølgingsplan (Pasient- & brukerrettighetsloven, 1999, §2-5).

En annen egenerfaring var da et familiemedlem fikk hjerteinfarkt, denne personen fikk heller ingen informasjon om hjerterehabilitering under sykehusinnleggelsen. Men fikk tilbud om hjerterehabilitering via et skriv i posten etter utskrivelse, men valgte å ikke delta. Her burde det ha blitt gitt informasjon mens personen var innlagt i sykehus, det er vanskelig for pasienter å skulle vite hensikten og viktigheten av å skulle delta, uten videre informasjon.

Hos dem som får informasjon om hjerterehabilitering, er det likevel få som deltar. Det kommer frem i resultatet til Boyde et al., (2015) hvor hele 85% av deltakerne i studien ville delta på hjerterehabilitering, men bare 30% av dem startet. 25% hadde også meldt seg på men enda ikke deltatt.

Pasienter som deltok vurderte det hele generelt sett positivt (Coull & Pugh, 2021). Studien til Fållun et al., (2016) hadde som hensikt å identifisere mål, ressurser og barrierer for fremtidig endring hos infarktpasientene ved utskrivelse fra sykehus. Flere i denne studien påpekte å delta på hjerterehabilitering som et mål ved utskrivelse. Disse resultatene understreker bedret oppfølging for at flere pasienter deltar og fullfører hjerterehabilitering. Under

rehabiliteringen får pasienten veiledning og oppfølging i risikofaktorer, fysisk aktivitet, kosthold, legemiddelbruk og psykososial støtte. Spesielt er kan dette være viktig for dem som ikke mottar eller mottar utilstrekkelig informasjon om disse temaene under sykehusinnleggelse, som nevnt tidligere i oppgaven.

## 6.0 Avslutning

I denne oppgaven har jeg tatt for meg hvordan sykepleier kan motivere til livsstilsendringer hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt. Infarktpasienter har et stort behov for informasjon, spesielt om livsstilsendringer da dette viser seg at pasienter har lite kunnskaper om, og er utrygge på ved utskrivelse. Et hektisk sykehusmiljø gjør det vanskelig for sykepleierne å se pasientens læringsbehov og informere dem tilstrekkelig. Det er helt nødvendig at sykepleier som veileder klarer å skape gode relasjoner, ivaretar pasientens behov for selvbestemmelse, samt behovet for kompetanse for å styrke pasientens motivasjon til livsstilsendring. Det er i tillegg viktig at sykepleier er bevisste på pasientens helseinformasjonsforståelse, er klar over hvilken fase etter infarkt det er best å informere i, tilrettelegger for et godt læringsmiljø og individualiserer informasjonen. Samt supplerer med sin fagkompetanse når det skulle være behov for det.

Få pasienter blir henvist til og deltar på hjerterehabilitering. Det er behov for en bedret og mer tilstrekkelig oppfølging fra sykepleierne, i tillegg er det viktig at sykepleierne har kunnskaper om dette tilbudet for å kunne henvise pasientene. Det foreligger ikke egne retningslinjer for denne type rehabilitering, og er dermed avhengig av at sykepleierne informerer pasientene. Deltakelse i hjerterehabilitering vil også øke pasientens motivasjon til å gjennomføre endringer i livstil.

## 7.0 Litteraturliste

- Ariansen, H. K. I., Olsen, K. & Selmer, M. R. (2021). *Folkehelse rapporten: Hjerte- og karsykdommer i Norge*. Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/?term=>
- Aagaard, H. (2016). Væske og ernæring. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: grunnleggende behov* (3.utg., bind 2, s.191 -242). Gyldendal.
- Boyde, M., Grenfell, K., Brown, R., Bannear, S., Lollback, N., Witt, J., Jiggins, L. & Aitken, L. (2015). What have our patients learnt after being hospitalized for an acute myocardial infarction? *Australian Critical Care*, 28(3), 134- 139.  
<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2014.05.003>
- Christiansen, B. (Red.). (2013). *Helseveiledning -hva menes?*. Gyldendal akademisk.
- Coull, A., & Pugh, G. (2021). Maintaining physical activity following myocardial infarction: A qualitative study. *BMC Cardiovascular Disorders*, 21(1), 105.  
<https://doi.org/10.1186/s12872-021-01898-7>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Gyldendal.
- Dullaghan, L., Lusk, L., McGeough, M., Donnelly, P., Herity, N., & Fitzsimons, D. (2014). 'I am still a bit unsure how much of a heart attack it really was!' Patients presenting with non ST elevation myocardial infarction lack understanding about their illness and have less motivation for secondary prevention. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(3), 270–276. <https://doi.org/10.1177/1474515113491649>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3.utg.). Gyldendal.
- Eikeland, A., Stubberud, D., G. & Haugland, T. (2016). Sykepleie ved hjertesykdom: konsekvenser for pasientens grunnleggende behov. I H. Almås. (Red.), *Klinisk sykepleie* (5. utg., bind 1., s.229 -280). Gyldendal.
- Ellingsen, T. -L. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved behandling av akutt koronarsyndrom. I D. -G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom*. (s.54 -93). Cappelen Damm Akademisk.
- Finbråten, H. S. (2018). Health literacy i helsefremmende sykepleie. I Å. Gammersvik & T. B.

- Larsen (Red)., *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis*. (s.86- 107). Fagbokforlaget.
- Folkehelseinstituttet (2023, 27.september). *Antall hjerteinfarkt og hjerneslag har falt både hos kvinner og menn de siste fem årene*. <https://www.fhi.no/nyheter/2023/antallet-hjerteinfarkt-og-hjerneslag-har-falt-hos-bade-kvinner-og-menn-de-siste-fem-arene/>
- Folkehelseinstituttet. (2022, 10. oktober). *Forekomst av hjerte- og karsykdommer i 2021: tilbake til forventet nivå*. <https://www.fhi.no/is/hjertekar2/forekomst-av-hjerte--og-karsykdommer-i-2021/#hva-skyldes-nedgangen-i-hjerte-og-karsykdommer>
- Folkehelseinstituttet. (2021, 26 november). *Hjerte- og karsykdommer i Norge*. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/?term=>
- Fålun, N., Fridlund, B., Schaufel, M. A., Schei, E. & Norekvål, T. M. (2016). Patient`s 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>
- Gammersvik, Å. (2018). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (2.utg, s.112- 134). Fagbokforlaget.
- Grimsmo, J. (2023, 12.oktober). *Fysikalsk medisin og rehabilitering -veileder*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/retningslinjer/veileder-i-fysikalsk-medisin-og-rehabilitering/arbeidsfysiologi-og-hjerterehabilitering/hjerterehabilitering>
- Haugan, G. & Rannestad, T. (2018). Helsefremmende sykepleie i spesialist- og kommunehelsetjenesten. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (2.utg, s.135 -156). Fagbokforlaget.
- Helsebiblioteket. (2018, 11. desember). *Kritisk vurdering*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering>
- Helsenorge. (2023, 31.mai). *Hjerteinfarkt*. <https://www.helsenorge.no/sykdom/hjerte-og-kar/hjerteinfarkt/#:~:text=Gjennomsnittsalder%20for%20hjerteinfarkt%20er%2065,er%20overvektig%2C%20eller%20trener%20lite>



- Hurani, E. (2019). Myocardial infraction patient`s learning needs: Preceptions of patients, family members and nurses, *International journal of nursing sciences*, 6 (3), s.294-299. oi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.05.001>
- Kjetland, B. M. & Nordtsad, G, M. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved hjertepoliklinikk. I D. -G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s.447 -514). Cappelen Damm Akademisk.
- Kolle, E. & Grydeland, M. (2018). Begrepsavklaringer: sentrale begreper knyttet til fysisk aktivitet. I S. Berntsen & S. A. Anderssen (Red.), *Fysisk aktivitet og helse: fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap* (1.utg., s.40 -54). Cappelen Damm Akademisk.
- Kristoffersen, J. N. (2016). Livsstil og endringer av livsstil. I G. -H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3.utg., bind 3, s. 295 –348). Gyldendal.
- Kristoffersen, J. N. (2016). Å styrke pasientens ressurser. I G -H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: pasientformer, samfunn og mestring*. (3.utg, bind 3, s.349 -406). Gyldendal.
- Langeland, E. (2018). Salutogenese som forståelsesramme i sykepleie. I T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (2.utg., s.157 -178). Fagbokforlaget.
- Mittelmark, M, B., Kickbusch, I., Rootman, I., Scriven, A. & Tones, K. (2018). Helsefremmende arbeid -ideologier og begreper. I Å. Gammersvik & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (2.utg, s.14 -36). Fagbokforlaget.
- Morseth, B. & Andersen, B. L. (2018). Fysisk aktivitet og hjerte- og karsykdom. I S. Berntsen & S. A. Anderssen (Red.), *Fysisk aktivitet og helse: fra begrepsforståelse til implementering av kunnskap* (1.utg., s.139 -161). Cappelen Damm Akademisk.
- Norsk sykepleieforbund. (2023). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 21.
- Nunes, S. R. T., Rego, G., og Nunes , R. (2016). Right or duty information: A habermasian perspective, *Sage Journals*, 23 (1), s. 36-47. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1177/0969733014557116>
- Pasient & Brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_3#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3)
- Pietrzykowski, Ł., Kasprzak, M., Michalski, P., Kosobucka, A., Fabiszak, T., & Kubica, A. (2022).

- The influence of patient expectations on adherence to treatment regimen after myocardial infarction. *Patient Education and Counseling*, 105(2), 426–431.  
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.05.030>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV -1999-07-02-61). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL\\_1#KAPITTEL\\_1](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1)
- Stubberud, D. G. (2016). Hjertesykdom. I D. -G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom*. (s.21 -39). Cappelen Damm Akademisk.
- Stubberud, G. -D. & Ellingsen, L, -T. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved hjerterehabilitering. I D. -G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s.422 -446). Cappelen Damm Akademisk.
- Svavarsdóttir, M. H., Sigurðardóttir, Á. K., & Steinsbekk, A. (2016). Knowledge and skills needed for patient education for individuals with coronary heart disease: The perspective of health professionals. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(1), 55–63. <https://doi.org/10.1177/1474515114551123>
- Thidemann, I- J. (2019). *Bachelor oppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg.). Universitetsforlaget.
- Turan Kavradim, S., & Canli Özer, Z. (2020). The effect of education and telephone follow-up intervention based on the Roy Adaptation Model after myocardial infarction: Randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(1), 247–260. <https://doi.org/10.1111/scs.12793>
- Tveiten, S. (2018). Empowerment og veiledning: sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie: i teori og praksis* (2.utg., s.237 -258). Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: pasient- og pårørendeopplæring*. Fagbokforlaget.
- Valaker, I., Norekvål, T. M., Råholm, M.-B., Nordrehaug, J. E., Rotevatn, S., Fridlund, B., & on behalf of the CONCARD Investigators. (2017). Continuity of care after percutaneous coronary intervention: The patient’s perspective across secondary and primary care settings. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(5), 444–452. <https://doi.org/10.1177/1474515117690298>
- White, S., Bissell, P., & Anderson, C. (2011). A qualitative study of cardiac rehabilitation

patients' perspectives on making dietary changes. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 24(2), 122–127. <https://doi.org/10.1111/j.1365-277X.2010.01136.x>

Ørn, S. & Brunvand, L. (2016). Hjerte- og karsykdommer: Sirkulasjonsforstyrrelser. I S. Ørn & E. B-. Gansmo. (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s.163 -200). Gyldendal.

Ørn, S. (2016). Sirkulasjonsforstyrrelser: Sykdomsprosesser som forårsaker lokal iskemi. I S. Ørn & E. B-. Gansmo. (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s.93 -111). Gyldendal.

## 8.0 Vedlegg

### Vedlegg 1: Pico -skjema

Problemstillingen i denne oppgaven er «*Hvordan motivere til livsstilsendringer hos pasienter som nylig har gjennomgått hjerteinfarkt?*». Ut ifra dette har jeg lagt problemstillingen inn i et PICO -skjema slik:

<b>Population/ Patient/ Problem Hvem/ hvilke</b>	<b>Intervention Hva</b>	<b>Comparison Alternativer</b>	<b>Outcomes Resultater</b>
Utskrivingsklare infarktpasienter, over 65år	Hjerterehabilitering Helseveiledning		Økt mestringsevne til livsstilsendringer

### Vedlegg 2: Søkestrategi

<b>Database</b>	<b>Dato</b>	<b>Søkeord/ kombinasjon</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Valgt artikkel</b>
Academic Search Elite	17.11.23	S1 «Myocardial infraction» AND S2 "Lifestyle changes" AND S3 "Follow up"	36 treff 10 treff (Avgrenset 2020- 2023)	<b>Artikkel 1</b> "The effect of education and telephone follow- up intervention based on the Roy adaptation model after myocardial infraction". 2020

Academic Search Elite	01.11.23	S1 "Post myocardial infraction" AND S2 "Lifestyle changes"	4 treff (Avgrenset 2010 -2023)	<b>Artikkel 2</b> "A qualitative study of cardiac rehabilitation patients perspectives on making dietary changes". 2011
Chinal	17.11.23	S1 "Myocardial infraction" AND S2 "Patient education" AND S3 "Physical activity"	42 treff 2 treff (avgrenset 2021- 2023)	<b>Artikkel 3</b> "Maintaining physical activity following myocardial infraction: a qualitative study". 2021
Academic Search Elite	14.11.23	S1 "Care after" AND S2 "Coronary intervention" AND S3 "Patient perspective"	3 treff (avgrenset 2017- 2023)	<b>Artikkel 4</b> "Continuity of care after percutaneous coronary intervention: the patients perspective across secondary and primary care settings". 2017

Academic Search Elite	16.11.23	S1 "Myocardial infraction" AND S2 "Education" AND S3 "Hospital" AND S4 "Patient expectations"	3 treff  1 treff (avgrenset 2018 -2023)	<b>Artikkel 5</b>  "The influence of patient expectations on adherence to treatment regimen ater myocardial infraction".  2022
Chinal	17.11.23	S1 "Myocardial infraction" AND S2 "Motivation" AND S3 "Secondary prevention"	13 treff  4 treff (avgrenset 2014 -2023)	<b>Artikkel 6</b>  "I am still a bit unsure how much of a heart attack it really was! Patients presenting with non ST elevation myocardial infraction lack understanding about their illness and have less motivation for secondary prevention".  2014
Chinal	02.12.23	S1 "Myocardial	18 treff	<b>Artikkel 7</b>

		infraction" AND S2 "Patient education" AND "Inpatient"	5 treff (avgrenset 2013- 2023)	"What have our patients learnt after being hospitalized for an acute myocardial infraction?". 2015
PubMed	03.12.23	S1 "Learning" AND S2 "Myocardial infraction" AND S3 "Nurse"	78 treff  11 treff (avgrenset 2019 -2023)	<b>Artikkel 8</b>  "Myocardial infraction patients learning needs: preceptions of patients, family members and nurse". 2019.
Chinal	04.12.23	S1 "Information" AND S2 "Myocardial infraction" AND S3 "Nursing"	237 treff  48 treff (avgrenset 2016- 2023)	<b>Artikkel 9</b>  "Right or duty information: a hebermasian perspective". 2014
PubMed	05.12.23	S1 "Relationship" AND S2 "Patient" AND S3 "Nurse" AND S4 "Coronary	48 treff  29 treff (avgrenset 2016 -2023).	<b>Artikkel 10</b>  "Knowledge and skills needed for

		intervention” AND S5 “Knowledge” AND S6 “Health professionals”		patient education for individuals with coronary heart disease: The perspective of health professionals”
PubMed	05.11.23	S1 “Myocardial infraction” AND S2 “Lifestyle changes” AND S3 “Motivation” AND S4 “Hospital discharge” AND S5 “Patients goals”	3 treff	<b>Artikkel 11</b>  “Pateint`s goals, resources, and barriers to future change: a qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infraction”.

### Vedlegg 3: Litteratormatrise

<p><b>Artikkel 1</b></p> <p>«The effect of education and telephonenumber follow-up intervention based on the Roy Adaptation model after myocardial infarction: Randomised controlled trial»</p> <p>Forfattere: Turan Kavardim S. &amp; Canli özer, Z. (2020)</p> <p>Tidsskrift: Scandinavian Journal of caring sciences</p>		
Hensikt	Metode	Funn



<p>Evaluere effekten av opplæring i sykehus og telefonoppfølging etter utskrivelse. Og hvilken effekt dette har på livskvalitet, livsstilsendring og mestring.</p> <p>Modellen som ble brukt er Roy Adaption Model.</p>	<p><u>Kvalitativ metode:</u></p> <p>Studien var en observasjonsstudie som brukte intervju for å samle inn data.</p> <p>66 pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt ble delt i 2 grupper (kontroll- og intervensjonsgruppe). Kontrollgruppen mottok rutinemessig behandling, mens intervensjonsgruppen fikk i tillegg til rutinemessig behandling, individuell undervisning, opplæring på sykehuset før utskrivelse og tre oppfølgingsamtaler på telefon.</p>	<p>3 måneder etter utskrivelse var det stor forskjell mellom de to gruppene. Intervensjonsgruppen hadde betydelig forbedringer innen livskvalitet, tilpasning av endringer som ernæring og fysisk aktivitet. Denne gruppen hadde også betydelig økt mestringstro sammenlignet med den andre gruppen.</p>
<p><b>Relevans:</b> Artikkelen gir innblikk i hvor viktig tiltak som undervisning og oppfølging er for at pasientene skal kunne få forbedret livskvalitet og mestre livsstilsendringer. Den peker i tillegg på mestringstro hos pasienten.</p>		
<p><b>Artikkel 2</b></p> <p>«A qualitative study of cardiac rehabilitation patients perspectives on making dietary changes».</p> <p>Forfattere: S. White, P. Bissel &amp; C. Anderson. (2011)</p> <p>Tidsskrift: Journal of Human Nutrition and Dietetics</p>		
<p>Hensikt</p>	<p>Metode</p>	<p>Funn</p>
<p>Å utforske pasienter som gjennomgikk hjerterehabilitering sitt perspektiv på å gjøre og</p>	<p><u>Kvalitativ metode:</u></p> <p>15 post -hjerteinfarktpasienter deltok. Alle disse hadde</p>	<p>Deltakerne «kuttet ut» matvarer som fet- og sukkerholdig mat. Ingen nevnte at de hadde tilført</p>

<p>opprettholde kostholdsendringer.</p>	<p>gjennomført hjerterehabilitering på sykehuset.</p> <p>Det ble gjennomført kvalitative dybdeintervjuer for å samle inn data. Det ble også utført oppfølgingsintervjuer.</p>	<p>sunnere mat til kostholdet som f.eks. frukt og grønnsaker.</p> <p>Ved oppfølgingintervjuene hadde noen av deltakerne klart å opprettholde kostholdsendingene. Andre hadde derimot hatt problemer med å opprettholde endringene, og satte nå mindre pris på dem. Grunnen til dette var fordi pasientene nå så på kostholdet som en mindre sannsynlig årsak til infarkt.</p>
-----------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Relevans:** artikkelen belyser hvor viktig det er at pasientene får tilstrekkelig informasjon, spesielt om kosthold som er en av risikofaktorene for utvikling av hjerteinfarkt. Når pasientene misforstår alvorligheten av dårlig kosthold, er det stor fare for nye kardiovaskulære hendelser.

### Artikkel 3

«Maintaining physical activity following myocardial infraction: a qualitative study».

Forfattere: A. Coull & G. Pugh. (2021)

Tidsskrift: BMC Cardiovascular Disorders

Hensikt	Metode	Funn
<p>Å se om personer med gjennomgått hjerteinfarkt, klarte å opprettholde fysisk aktivitet, når hjerterehabiliteringen var avsluttet.</p>	<p><u>Kvalitativ metode:</u></p> <p>18 deltakere, med en gjennomsnittsalder på 60år deltok i studien. 12 deltakere hadde deltatt på hjerterehabilitering.</p> <p>Intervju ble brukt for å samle</p>	<p>Ulike temaer påvirket deltakernes forhold til fysisk aktivitet. Blant annet som et lærbart øyeblikk for atferdsendring, og ble motiverte til livsstilsendringer ved å erkjenne risikoen for nye</p>

	<p>inn data. Dem ble gjennomført individuelt over telefon, minimum fem måneder etter hjerteinfarkt. Spørsmålene i intervjuet innebar spørsmål som daglig livsstil, nåværende nivå av fysisk aktivitet, barrierer som stod til hinder og deltakernes erfaring med å søke hjelp.</p>	<p>hjerterhendelser ved inaktivitet. Fysisk aktivitet ble positivt assosiert med flukt fra negativiteten rundt infarkt gjennom trening.</p> <p>For andre opplevdes derimot frykt og angst i forbindelse med fysisk aktivitet. Barrierer som dårlig humør, depressive tanker, frykt for å bevege seg, alenetrening, brystmerter, tungpust og bivirkninger fra medisiner som f.eks. tretthet og å være langt unna hjelp stod i veien for treningen.</p> <p>Hjerterehabiliteringen ble generelt sett positivt vurdert, men deltakerne savnet tilpasset fysisk aktivitet og oppfølgende treningsprogrammer etter rehabilitering. Manglende tilgjengelig veiledning etter rehabilitering, sammen med uklar informasjon om treningsfrekvens og intensitet, ble også påpekt hos deltakerne.</p>
<p><b>Relevans:</b> Denne artikkelen er relevant for denne oppgaven fordi den tar for seg ulike temaer som påvirker fysisk aktivitet etter gjennomgått hjerteinfarkt. Den får også frem viktigheten av individuell informasjon og veiledning. I tillegg sier artikkelen noe om hjerterehabilitering.</p>		
<p><b>Artikkel 4</b></p>		

«Continuity of care after percutaneous coronary interention: the patients perspective across secondary and primary care settings».

Forfattere: I. Valaker, T. M. Norekvål, M. B. Råholm. J. E. Nordrehaug. S. Rotevatn & B. Fridlund. (2017)

Tidsskrift: European journal of Cardiovascular Nursing.

Hensikt:	Metode:	Funn:
Å utforske opplevelsen av kontinuitet i omsorgen mellom sekundær- og primærhelsetjenesten blant pasienter som gjennomgår PCI - behandling og blir tidlig utskrevet.	<u>Kvalitativ metode:</u>  Dybdeintervjuer ble brukt for å samle inn data. 22 pasienter deltok, og intervjuene fant sted 6-8 uker etter PCI.	Pasientene var tilfredse med den tekniske behandlingen, men opplevde utfordringer i overgangen mellom helsetjenester. Mangel på tilstrekkelig instruksjon og informasjon om integrering av helseopplysningene skapte usikkerhet. Pasientene trengte støtte for å koble seg til lokalsamfunnets ressurser og planlegge oppfølgingsavtaler.  Ved innleggelse i sykehusavdeling etter PCI - behandling, ble pasienter møt med et stressende sykehusmiljø, hvor individuelle behov ble oversett, og informasjonen de fikk var overfladisk og vanskelig å implementere. Utskrivelsen var dårlig organisert, og mange følte seg utrygge og uforberedte, da de manglet informasjon om videre livsstil. Pasientene måtte selv ta ansvar for egen omsorg, ved å søke svar fra bekjente

		innen helsevesnet og bruke internett for informasjon. Mange hadde heller ikke kontakt med fastlegen og hadde aldri hørt om hjerterehabilitering.
<p><b>Relevans:</b> Denne artikkelen er relevant for oppgaven fordi den sier noe om informasjonen pasientene får i avdelingen, opplevelsen av å skulle reise hjem utforbredt og det å måtte kontakte andre grunnet for dårlig informasjon gitt under innleggelse. Itillegg sier artikkelen noe om at mange aldri har hørt om hjerterehabilitering.</p>		
<p><b>Artikkel 5</b></p> <p>«The influence of patient expectations on adherence to treatment regimen after myocardial infraction»</p> <p>Forfattere: Pietrzykowski L. Kasprzak M. Michalski, P. Kosobucka, A. Fabiszak, T. &amp; Kubica, A. (2022).</p> <p>Tidsskrift: Patient education and counseling.</p>		
<b>Hensikt:</b>	<b>Metode:</b>	<b>Funn:</b>
<p>Å evaluere om pasientens kunnskap og forventninger påvirket etterlevelse av behandlingsregimet i løpet av ett års oppfølging etter hjerteinfarkt.</p>	<p><u>Kvalitativ metode:</u></p> <p>Oppfølgingsstudie som foregikk over 1år. Data ble samlet inn ved bruk av intervju. 225 pasienter deltok i studien.</p> <p>Pasientene mottok opplæring og informasjon på sykehuset om symptomer og behandling relatert til iskemisk hjertesykdom. De fikk også informative brosjyrer og ble oppmuntret til å stille spørsmål under sykehusoppholdet. Pasientens kunnskap om symptomer, sykdomskarakter</p>	<p>Det er en tydelig sammenheng mellom pasienters forventninger og langsiktig etterlevelse av behandling og livsstilsendringer. Pasienter med en åpen og involverende holdning viste høyere kunnskapsnivå og bevissthet om egne behov. De som derimot var passive og motvillige til opplæring, viste lavere evne til å definere og uttrykke forventningene sine til etterlevelse og behandling.</p>

	<p>og forebygging ble vurdert. Ved utskrivelse ble pasientens kunnskapsnivå reevaluert, og deres forventninger til etterlevelse av livsstilsendringer og behandling ble også vurdert.</p>	<p>Overraskende ble det funnet ut at høye forventninger var knyttet til lav etterlevelse, antydte et mulig misforhold mellom pedagogisk innhold og pasientens forventninger. Dette understreker betydningen av å inkludere innhold som er relevant for pasientens perspektiv.</p>
<p><b>Relevans:</b> Denne artikkelen er relevant for oppgaven da den sier noe om forventningene til pasientene i sammenheng med etterlevelse av behandling og livsstilsendringer. Den påpeker også ulike holdninger til pasientene i forhold til opplæring.</p>		
<p><b>Artikkel 6</b></p> <p>«I am still a bit unsure how much of a heart attack it really was! Patients presenting with non ST elevation myocardial infraction lack understanding about their illness and have less motivation for secondary prevention».</p> <p>Forfattere: Dullaghan, L. Lusk, L. McGeough, M. Donnelly, P. Henrity, N. &amp; Fritzsims, D. (2014).</p> <p>Tidsskrift: European journal of Cardiovascular Nursing.</p>		
<p>Hensikt:</p>	<p>Metode:</p>	<p>Funn:</p>
<p>Å utforske og sammenligne pasienters sykdomsoppfatning og motivasjon for atferdsendring etter hjerteinfarkt, behandlet med ulike metoder.</p>	<p><u>Kvalitativ metode:</u></p> <p>Intervjuer ble brukt for å samle inn data. Intervjuet fant sted 4 uker etter infarkt.</p>	<p>Pasienter med STEMI som fikk enten PCI eller trombolyse delte lignende oppfatninger av sykdommen som alvorlig og livstruende, med sterke intensjoner om å gjøre livsstilsendringer. Derimot opplevde pasienter med NSTEMI usikkerhet om symptomer og diagnose, noe som førte til misforståelser om</p>

		alvorlighetsgraden av tilstanden og mindre vilje til livsstilsendringer. Deres manglende motivasjon skyldtes manglende opplevelse av nødvendigheten av endringer når de ikke følte seg alvorlig syke.
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Relevans:** artikkelen er relevant for oppgaven da den sier noe om hvordan pasienten oppfatter sin sykdomstilstand og dermed alvorlighetsgraden av å gjøre endringer.

### Artikkel 7

«What have our patients learnt after being hospitalised for an acute myocardial infraction?»

Forfattere: Boyde, M., Grenfell, K., Brown, R., Bannear, S., Lollback, N., J., Jiggins, L., & Aitken, L. (2015).

Tidsskrift: Australian Critical Care.

Hensikt:	Metode:	Funn:
Å undersøke atferden til pasienter etter gjennomgått hjerteinfarkt, deres kunnskap, holdninger og oppfatninger i forhold til risikofaktorer for iskemisk hjertesykdom. Etter innleggelse i sykehus.	<p><u>Kvalitativ metode:</u></p> <p>Observasjonsstudie, spørreskjema ble brukt for å samle inn data. Dette ble besvart under innleggelse og 10 uker etter utskrivelse. Skjemaet inneholdt spørsmål som risikofaktorer ved kardiovaskulære hendelser og symptomer på akutt koronarsykdom. 114 pasienter deltok i studien.</p> <p>De med kognitiv svikt ble ekskludert fra studien.</p>	<p>39% av pasientene hadde utilstrekkelig kunnskap om symptomer på akutt koronarsykdom ved utskrivelse. Men holdninger rundt disse ble forbedret i etterkant.</p> <p>85% av deltakerne indikerte at de ville delta på hjerterehabilitering, men bare 30% startet. 25% hadde meldt seg på, men ikke deltatt enda.</p> <p>95% mottok pasientundervisning under</p>

		<p>sykehusinnleggelse, men bare 56% kunne huske å ha fått opplæring fra sykepleierne.</p> <p>90% hadde mottatt skriftlig opplæringshefte mens de var på sykehuset.</p>
<p><b>Relevans:</b> Artikkelen indikerer alvorlige kunnskapsmangler hos pasientene ved utskrivelse. Selv om pasientene får veiledning og undervisning, er det ikke sikkert pasienten har vært nok egnet under situasjonen til å tilegne seg informasjonen.</p>		
<p><b>Artikkel 8</b></p> <p>«Myocardial infraction patients learning needs: Preceptions of patients, family members and nurse»</p> <p>Forfatter: Hurani, E. (2019).</p> <p>Tidsskrift: International journal of nursing sciences</p>		
Hensikt	Metode	Funn
<p>Identifisere og sammenligne pasienters, deres familie og kardiologiske sykepleieres oppfatninger om læringsbehovene til pasienter med hjerteinfarkt i akutte, subakutte og postakutte faser.</p>	<p><u>Kvantitativ:</u></p> <p>288 pasienter med hjerteinfarkt, 145 familiemedlemmer og 40 sykepleiere på kardiologisk avdeling deltok i studien. Data ble samlet inn ved hjelp av spørreskjema.</p>	<p>Pasienten selv, deres familiemedlem og sykepleieren hadde ulikt syn på læring og informasjonsbehov til pasienten.</p> <p>Pasientene mente selv de hadde størst behov for informasjon om hjertets anatomi og fysiologi, håndtering av symptomer, psykologiske faktorer, kosthold, fysisk aktivitet og medisiner.</p>



		<p>Informasjonsbehovet til pasienten forandret seg etter hvilken fase av infarkt pasienten var i. Den subakutte fasen så ut til å være den beste fasen å undervise i da pasienten i denne fasen var mer bevisst på informasjonsbehovet sitt.</p>
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Relevans:** denne er relevant for oppgaven fordi den omhandler pasientene her forteller hva de har størst behov for å vite, samtidig som de påpeker hvilken fase de har størst informasjonsbehov.

Jeg vil i denne artikkelen se bort ifra hva pårørende mener da dette er utenfor problemstillingen.

### Artikkel 9

«Right or duty information: a hebermasian perspective»

Forfattere: Nunes, S. R. T., Rego, G., og Nunes, R. (2016).

Tidsskrift: Sage journals

Hensikt	Metode	Funn
<p>Å utforske sammenhengen mellom informasjonsbehovet til pasienten sammenlignet med teorien til Jürgen Habermans teori.</p> <p>De ville undersøke om pasientens rett til informasjon og sykepleiers informasjonsplikt alltid samsvarer med pasientens behov for informasjon.</p>	<p><u>Kvantitativ metode</u></p> <p>106 pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt deltok i studien.</p> <p>Forskningsdesign brukt var datasamling.</p>	<p>8,5% av pasientene rapporterte at de ikke hadde fått noe informasjon i det hele tatt. Derimot rapporterte sykepleierne at de i gjennomsnitt hadde 3,59 informerende samtaler per pasient.</p> <p>Den vanligste informasjonen gitt under innleggelse og før utskrivelse knyttet til håndtering av tegn og symptomer for 90,6% av pasientene. 27,4% av pasientene ble informert om</p>

		endringer i livsstil (kosthold, fysisk aktivitet og røyking). 4,7% av pasientene fikk informasjon om energisparing og teknikker for selv- ivaretakelse. 3,8% fikk undervisning om blodsuktermåling og informasjon om dette. 1,9% fikk informasjon om relevante medikamenter og bare 0,9% ble tilbudt informasjon om egenmestring.
<p><b>Relevans:</b> Denne artikkelen er relevant for oppgaven da den undersøker pasientens rett til informasjon i samsvar med sykepleierens informasjonsplikt. Den gir også fakta angående gitt og oppfattet informasjon hos sykepleier og pasient.</p>		
<p><b>Artikkel 10</b></p> <p>«Knowledge and skills needed for patient education for individuals with coronary hearth disease: The perspective of health professionals”</p> <p>Forfattere: Savarsdóttir, M. H., Siguroardóttir, A. K. &amp; Steinsbekk, A. (2016).</p> <p>Tidsskrift: European Journal of Cardiovascular nursing</p>		
Hensikt	Metode	Funn
Å undersøke helsepersonellets syn på kunnskap og ferdigheter som er nødvendige for å gjennomføre høykvalitets pasientopplæring for voksne nylig	<p><u>Kvalitativ studie</u></p> <p>Individuelle intervjuer med helsepersonellet med erfaring fra ulike typer pasientopplæring innen hjerteomsorgen ble brukt for å samle inn data.</p>	God oppdatert teoretisk og klinisk kunnskap, sammen med avanserte kommunikasjonsferdigheter, ble ansett som avgjørende for pasientopplæring. Dette inkluderer å kunne etablere mellommenneskelige

diagnostisert med koronar hjertesykdom.		relasjoner med pasienter, fange deres læringsbehov, legge til rette for en effektiv dialog og gi individualisert pasientsentrert opplæring og livsstilsrådgivning.
-----------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Relevans:** denne er relevant for problemstillingen fordi her påpeker sykepleierne selv hva som ligger til grunn for vellykket pasientopplæring.

### Artikkel 11

“Patient’s goals, resources, and barriers to future change: a qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction”.

Forfattere: Fållun, N., Fridlund, B., Schaufel, M. A., Schei, E. & Norekvål, T. M. (2016).

Tidsskrift: European Journal of cardiovascular nursing

Hensikt	Metode	Funn
Å identifisere mål, ressurser og barrierer for fremtidige endringer hos MI -pasienter ved utskrivelse fra sykehus.	<u>Kvalitativ studie</u> Intervjustudie. 8 kvinner fra hjerteavdeling deltok i studien. Intervjuene ble gjennomført før utskrivelse fra sykehus.	3 temaer antydnet at pasienters syn på hjerteinfarkt var sammensatt og mangfoldig på utskrivelsestidspunktet. Pasienter ble motiverte til å endre livsstil og vurdere å ta livet i nye retninger, ved å ta i bruk livssynsendring. Ofte slet pasienter med å forstå sammenhengen med å leve med hjerteinfarkt, håndtere symptomer og forstå de utløsende årsakene til hjerteinfarkt. Det var også pasienter som ønsket å opprettholde sin nåværende livsstil og leve så normalt som mulig.

**Relevans:** artikkelen er relevant da den belyser mestringsstrategier hos pasientene ved utskrivelse. Den påpeker også ulike barrierer ved utskrivelse.



#### Vedlegg 4: Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie

I dette vedlegget vil jeg gi et eksempel på kildekritikk. Sjekklisten er hentet fra helsebiblioteket (2018). I eksemplet skal jeg kritisk vurdere artikkelen «Continuity of care after percutaneous coronary interention: the patients perspective across secondary and primary care settings» av Valaker et al., 2017. Se oppgavens referanselise for fullstendig kildehenvisning.

# Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

## Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten 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 sjekklisten

Sjekklisten 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.

Sjekklisten 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 sjekklisten?

Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

## Kritisk vurdering av:

Valaker, I., Norekvål, T. M., Råholm, M.-B., Nordrehaug, J. E., Rotevatn, S., Fridlund, B., & on behalf of the CONCARD Investigators. (2017). Continuity of care after percutaneous coronary intervention: The patient's perspective across secondary and primary care settings. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(5), 444–452. <https://doi.org/10.1177/1474515117690298>



## 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:** Forskerne ville finne svar på hvordan pasienter som gjennomgår PCI opplever kontinuitet i omsorgen mellom sekundær- og primærhelsetjenesten etter tidlig utskrivning.

De ville finne svar på det fordi selv om pasienter opplever rask bedring og rask utskrivelse, kan kontinuitet i omsorgen fra sykehus til hjem være utfordrende.

Problemstillingen er relevant da den sier noe om hvordan pasientene oppfatter at informasjonen blir gitt.

### 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 har som formål å utforske, forstå og belyse pasienters erfaring med omsorg i sykehusmiljøene, etter utskrivelse, informasjonens konsistens, pasient- leverandør forhold.

Pasientens syn på organisering av omsorgen og pasientens forslag til forbedringer.

### 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:** Metoden som ble brukt er av kvalitativ karakter. Forskerne har begrunnet dette valget, ved å diskutere hvordan denne metoden ble brukt til å tolke variasjoner i pasienters opplevelser (forskjellig alder, kjønn og erfaringer). Forskerene er også bevisst på at deltakerne kommer fra samme sykehus.

### 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 beskriver utvalget av pasientene som deltok i studien (22 pasienter som gjennomgikk førstegangs PCI 6-8 uker tidligere, var 18år eller eldre og bodde hjemme).

Studien gir ikke detaljer om den spesifikke utvalgsstrategien som ble brukt. Imidlertid gir studien informasjon om at det ble brukt et «målrettet utvalg» av 22 pasienter fra ett tertiært PCI -senter på Vestlandet. Forskerne har altså selektivt valgt ut deltakerne basert på spesifikke kriterier for å få et utvalg som er representativt.

Studien sier ikke noe om deltakere som ikke valgte å delta.

Studien nevner at det ble brukt et målrettet valgt, og at målet var å sikre maksimal variasjon når det gjelder kjønn, alder, avstander fra PCI -senteret og PCI -behandling.

## 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:** semistrukturerte intervjuer ble gjennomført 6-8 uker etter PCI, intervjuene fant sted i pasientens hjem eller møterom. Intervjuene ble utviklet basert på forfatternes kliniske erfaring og tidligere forskning.

Metoden er ikke endret i løpet av studien. Datainnsamlingen involverte lydopptak og disse ble senere transkribert. Forskerne har ikke diskutert metning av data.

## 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 gir ikke spesifikk innsikt i om forskeren har vurdert sin egen rolle. Forskeren har heller ikke gjort endringer i utformingen av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis.

## 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:** Deltakerne mottok en invitasjon til å delta i posten til dem som oppfylte inklusjonskriteriene. Påminnelser ble sendt 2 uker for ikke-responderende, etter 2 uker ble alternative pasienter med samme alder og kjønn invitert til å delta. Denne prosessen ble gjentatt til en tilstrekkelig utvalgsstørrelse ble nådd. Pasientene ga skriftlig informert samtykke angående deltakelse. De etiske retningslinjene til World Medical Association, [Declaration of Helsinki](#) og lovene i Norge ledet studien. Godkjenning av Norsk Regional Komite for etikk i medisinsk forskning ble gitt.

## 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 ble benyttet kvalitativ innholdsanalyse i henhold til Graneheim og Lundman.

Analyseprosessen innebar en vurdering av hele transkripsjonen (overføring av tale til lydskrift) og deler av transkripsjonen, og flyttet gjentatte ganger mellom disse to nivåene for å få mening. Hvert lydopptak ble lyttet til to ganger og transkripsjonen lest gjennom flere ganger for å få en følelse av helheten. Teksten ble inndelt i meningsenheter som samsvarte med studiemålet. Utsagn som så ut til å være like ble gruppert sammen og sortert i kategorier, og til slutt dukket det opp et tema som reflekterte det større bildet. Førsteforfatter diskuterte også hele analysen med medforfatterne inntil konsensus ble oppnådd. Det er klar sammenheng mellom innsamlede data, og tilstrekkelige data er presentert for å underbygge funnene.

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

Ja –  Nei –  Uklart

## 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:** i studien er det trukket inn resultat fra tidligere forskning for å sammenligne tidligere resultat. Det er tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot. Forskerne diskuterte funnenes troverdighet ved at flere enn en gjorde analysen. Funnene er diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen.

## 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:** Forskerne har diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse. De vurderer funnene opp mot dagens praksis, i tillegg til relevant forskningsbasert litteratur.



# Høgskulen på Vestlandet

## Innlevering av Bacheloroppgave

SYKF390

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	17-12-2023 09:00 CET	<b>Termin:</b>	2023 HØST
<b>Sluttdato:</b>	19-12-2023 14:00 CET	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 SYKF390 1 O 2023 HØST		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	155
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7693
----------------------	------

Sett hake dersom Ja  
besvarelsen kan brukes  
som eksempel i  
undervisning?:

Jeg bekrefter Ja  
innlevering til  
biblioteket \*:

Egenerklæring \*: Ja  
Inneholder besvarelsen Nei  
konfidensielt  
materiale?:

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

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	30
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

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