

Iveta Klingaite (10054) og Sako Karimi (10072)

Hvordan kan en sykepleier fremme trygghet og redusere opplevelse av angst hos pasienter rammet av akutt hjerteinfarkt?

Antall ord: 7697
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Veileder: Tone Vaadal
Juni 2023

Iveta Klingaite (10054) og Sako Karimi (10072)

Hvordan kan en sykepleier fremme trygghet og redusere opplevelse av angst hos pasienter rammet av akutt hjerteinfarkt?

Antall ord: 7697

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie

Veileder: Tone Vaadal

Juni 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Tittel: "Hvordan kan en sykepleier fremme trygghet og redusere opplevelse av angst hos pasienter rammet av akutt hjerteinfarkt?"	Dato: 01.06.2023
Forfattere: Iveta Klingaite og Sako Karimi	
Veileder: Tone Vaadal	
Nøkkelord: Hjerteinfarkt, angst, trygghet, sykepleierrolle	
Antall sider/ord: 48/7697	Antall vedlegg: 2
<p>Kort beskrivelse av bacheloroppgaven:</p> <p>Bakgrunn: Et hjerteinfarkt rammer over tretten tusen mennesker i Norge hvert år. Et hjerteinfarkt oppstår akutt, krever akutt behandling og sykehusinnleggelse, som kan fremkalle en rekke psykologiske reaksjoner, som angst og utrygghet. Sykepleiere har en sentral rolle i å redusere opplevelse av angst og fremme trygghet hos sykehusinnlagte hjerteinfarkt-pasienter.</p> <p>Hensikt/problemstilling: Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse, drøfte om og svare på en følgende problemstilling: "Hvordan kan en sykepleier fremme trygghet og redusere opplevelse av angst hos pasienter rammet av akutt hjerteinfarkt?".</p> <p>Metode: I denne bacheloroppgaven er litteraturstudium brukt som metode. Systematisk søk ble gjennomført i databasene PubMed og CINAHL. Litteraturstudien tar utgangspunkt i ni utvalgte vitenskapelige artikler, aktuelle pensumbøker, annen relevant litteratur samt erfaringer fra praksis.</p> <p>Resultat: I analyseprosessen ble det benyttet Aveyard sin analysemodell. Det ble identifisert ett hovedtema: "Sykepleiers rolle i å redusere angst og fremme trygghet", med tilhørende undertemaer: "Sykepleiers pedagogiske funksjon", "Relasjon og pasientsentrert tilnærming" og "Sykepleiers holdninger, handlinger, kompetanse og tilstedeværelse".</p> <p>Konklusjon: Studien belyser og diskuterer om flere forhold og tiltak, som kan øke trygghetsopplevelse og redusere angst hos hjerteinfarkt-pasienter: gode kommunikasjonsferdigheter, etablert relasjon og tillit mellom en sykepleier og pasient, å gi tilstrekkelig og individualisert informasjon, å ha nødvendig kompetanse, sykepleiers hensiktsmessige holdninger og handlinger, tilgjengelighet og tilstedeværelse. Tidsmangel utgjør en utfordring, derfor er prioritering, delegering og tidsforbruk av stor betydning.</p>	

Abstract

Title: "How can a nurse promote feeling of safety and reduce anxiety in patients affected by an acute myocardial infarction?"	Date: 01.06.2023
Authors: Iveta Klingaite og Sako Karimi	
Supervisor: Tone Vaadal	
Keywords: Myocardial infarction, anxiety, feeling safe, nursing role	
Number of pages/words: 48/7697	Number of appendices: 2
Short description of the bachelor thesis: Background: A myocardial infarction affects over thirteen thousand people in Norway every year. A myocardial infarction happens quickly, requires urgent treatment and hospitalization, which can cause many psychological reactions, like anxiety and feeling unsafe. Nurses have a key role in reducing anxiety in patients with myocardial infarction and promoting feeling of safety during their hospital stay. Purpose/Aim: The purpose of this bachelor thesis is to discuss and answer to the following: "How can a nurse promote feeling of safety and reduce anxiety in patients affected by an acute myocardial infarction?". Method: A systematic search was performed in CINAHL and PubMed databases. This literature study is based on nine chosen scientific articles, relevant nursing books, other relevant literature, and experience from nursing practice. Result: Aveyard's analysis model was used during analysis, and one main theme was identified: "Nurse's role in anxiety reduction and safety promotion". Three subthemes were identified aswell: "Nurse's educational function", "Relationship and patient-centered approach" and "Nurse's attitude, actions, expertise, and presence". Conclusion: Study enlightens and discusses several conditions and measures, which can improve feeling of safety and reduce anxiety in patients with a myocardial infarction: good communication skills, relationship and trust between a nurse and patient, providing sufficient and individualized information, having the necessary competence, appropriate attitudes and actions. Lack of time presents a challenge, therefore prioritization, delegation and time management are of great importance.	

Innholdsfortegnelse

1.0. Innledning	1
1.1. Sykepleiefaglig relevans.....	1
2.0. Teoribakgrunn	2
2.1. Hjerterinfarkt og angst samt utrygghet hos hjerterinfarkt-pasienter	2
2.2. Trygghet, kommunikasjon og personsentrert sykepleie	3
2.3. Aktuelle lovverk	3
2.4. Joyce Travelbee sin sykepleieteori	4
2.5. Hensikt og problemstilling	4
3.0. Metode	4
3.1. Metodebeskrivelse.....	4
3.1.1. <i>Kvalitativ og kvantitativ metode</i>	5
3.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier	5
3.3. Søkestrategi	6
3.3.1 <i>PICO-skjema</i>	6
3.3.2 <i>Søkematrise</i>	6
3.4. Kritisk vurdering og utvelgelse av artikler	9
3.5. Forskningsetikk og etiske overveielser	10
3.6. Fremgangsmåte for resultatanalyse	10
4.0. Resultat	11
4.1. Artikkelmatrise	11
4.2. Sammenfattet resultatpresentasjon	20
4.2.1. <i>Sykepleiers rolle i å redusere opplevelse av angst og fremme trygghet</i>	20
5.0. Drøfting	23
5.1. Sykepleiers rolle i å redusere opplevelse av angst og fremme trygghet.....	23
5.1.1. <i>Relasjon og pasientsentrert tilnærming</i>	23
5.1.2. <i>Sykepleiers pedagogiske funksjon</i>	25
5.1.3. <i>Sykepleiers holdninger, handlinger, kompetanse og tilstedeværelse</i>	27
5.2. Styrker og svakheter med litteraturstudiet.....	29
6.0. Konklusjon	29
Referanseliste	31
Vedlegg 1	36
Vedlegg 2	43

Tabeller

Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier	5
Tabell 2. PICO-skjema.....	6
Tabell 3. Søkematrise.....	6
Tabell 4. Hovedtema og undertema.....	11
Tabell 5. Artikkelmatrise.....	11

1.0. Innledning

Hjerte- og karsykdommer har en høy forekomst (Ørn & Brunvand, 2019). Den største årsaken til død og uførhet på verdensbasis er kardiovaskulære sykdommer, særlig iskemiske hjertesykdommer, som hjerteinfarkt og hjertekrampe (Wen et al., 2021). Hjerte- og karsykdommer er den nest-største dødsårsaken av befolkningen i Norge per dags dato (Folkehelseinstituttet, 2022a). Hvert år lider over tretten tusen mennesker i Norge av et hjerteinfarkt (Norsk Helseinformatikk, 2022). I 2021 var over elleve tusen, altså 85%, av de over tretten tusen registrerte tilfellene, nye, noe som indikerer høy prevalens av førtegangshjerteinfarkt (Folkehelseinstituttet, 2022b). En akutt kritisk sykdom, som et hjerteinfarkt, kan utløse en rekke psykologiske reaksjoner, som angst, stress og utrygghet. Angst og utrygghet er hyppige psykososiale konsekvenser av en akutt kritisk sykdom som akutt koronarsykdom (Eikeland et al., 2020; Stubberud, 2020b). Årsrapporten til Norsk hjerteinfarktregister for 2021 (Govatsmark et al., 2022) har estimert at angst eller depresjon var prevalent hos cirka forti prosent av hjerteinfarkt-pasienter i Norge. Forskning viser sammenhengen mellom angst hos pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt og dårligere prognose, som nye sykdomsepisoder og økt mortalitet (Roest et al., 2014; Wen et al., 2021). I løpet av de to første årene etter gjennomgått hjerteinfarkt øker faren for å utvikle angst og depresjon, og angst øker risiko for tilbakevendende hjerteinfarkt (Feng et al., 2016).

I praksis på en kardiologisk sengepost har vi møtt flere pasienter med hjertesykdommer, inkludert hjerteinfarkt, som trengte hjelp til å ivareta sine grunnleggende behov, inkludert psykososiale behov. En god del slet med angst knyttet til sin fremtid, nemlig fare for tilbakevendende hjerteinfarkt og død. Andre hadde angst og utrygghet som reaksjon på akutt sykdom og sykehusinnleggelse. Erfaring fra praksis viser også at psykososiale behov, som trygghetsbehov, hos denne pasientgruppen ikke ble vektlagt, og var i flere tilfeller oversett av sykepleiere.

1.1. Sykepleiefaglig relevans

Både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten kan sykepleiere møte pasienter, som har en hjerteinfarkt-diagnose og sliter med angst samt utrygghet. Vi mener at kunnskap, som handler om ivaretagelse av pasienter preget av utrygghet og angst, samt mennesker i en sykdomsforårsaket krise, kan være relevant og nyttig i arbeidet i alle ledd i helsetjenesten. Ifølge Yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2019), skal sykepleiere yte helhetlig omsorg. Med helhetlig omsorg menes ivaretagelse av ikke kun de fysiske, men også psykososiale og åndelige behov (Stubberud, 2020c). For å kunne hjelpe pasientene og yte helhetlig omsorg trenger sykepleiere å få innsikt i pasientopplevelser. Samtidig er psykososiale konsekvensene av en akutt kritisk sykdom hos pasientene avhengige av om enten sykepleier er i stand til å ivareta disse på en god måte (Stubberud, 2020b). Videre, sykepleieryrket omfatter en rekke ansvars- og funksjonsområder (Kristoffersen et al., 2019). Yrkesetiske Retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2019) forteller at sykepleiutøvelsen skal være helsefremmende og sykdomsforebyggende, og at sykepleiere skal lindre lidelse. I forhold til problemstillingen har sykepleieren særlig

lindrende, rehabiliterende, forebyggende, undervisende og veiledende roller og funksjoner. I dette tilfelle går disse ut på å redusere allerede eksisterende angst- og utrygghetsopplevelse, som vil også hjelpe å forebygge videreutvikling av angst hos pasienter med en hjerteinfarkt-diagnose. Dette kan også hjelpe øke pasientenes livskvalitet (Kristoffersen et al., 2019; Nortvedt & Grønseth, 2020).

2.0. Teoribakgrunn

Dette kapittelet skal handle om litteraturstudiets faglige grunnlag/teorigrunnlag, inkludert avklaring av begrepene, som er anvendt i problemstillingen, samt andre begreper og teori, aktuelle for å belyse og besvare problemstillingen.

2.1. Hjerteinfarkt og angst samt utrygghet hos hjerteinfarkt-pasienter

Hjerteinfarkt faller under samlebetegnelsen 'akutt koronarsyndrom' sammen med ustabil angina pectoris. Et hjerteinfarkt oppstår ved manglende arteriell blodtilførsel (iskemi), som fører til at hjertemuskelen dør eller nekrotiserer. Grunnen til at hjerteinfarkt oppstår er enten det at en forsnevret koronararterie ikke klarer å levere nok blod til at hjertemuskelceller kan overleve, eller fordi en koronararterie plutselig stoppes helt til (Ørn et al., 2019). Hjerteinfarkt kan være NSTEMI (når elevasjon av ST-segmentet i elektrokardiogram (EKG) mangler), og STEMI (når elevasjon av ST-segmentet er synlig i EKG). STEMI kjennetegnes ved en total okklusjon av koronararterie(r) forårsaket av trombe, mens ved NSTEMI vil karokklusjonen være ufullstendig, men betydelig nok for å forårsake skade på myokard (hjertemuskel) (Eikeland et al., 2020). De viktigste årsakene til hjerteinfarkt er blant annet arteriell trombose og aterosklerose. De vanligste symptomene ved hjerteinfarkt er smerter i bryst, kvalme, kaldsvette, tungpust og uro (Ørn et al., 2019). Behandling for akutt hjerteinfarkt omfatter MONA-behandling, som går ut på administrering av morfin, oksygen, glyseroltrinitrat og acetylsalisylsyre (ASA) allerede i ambulansen. Blodgjennomstrømning gjennom blokkerte blodkar kan bli gjenopprettet ved hjelp av reperfusjonsbehandling, som kan innebære trombolytisk behandling, perkutan koronar intervensjon (PCI) samt koronar bypassoperasjon (Eikeland et al., 2020).

Et hjerteinfarkt oppstår akutt og krever en rask behandling, og utgjør en reel trussel for personens liv. En akutt kritisk sykdom som hjerteinfarkt forårsaker ikke kun fysiske, men også psykososiale påkjenninger, og betraktes oftest som krise. For at sykepleier skal kunne redusere pasientens angst og fremme trygghet bør hen ha kunnskap og forståelse om pasientens individuelle opplevelser knyttet til hjerteinfarkt. Sikkerhets- og trygghetsfølelsen avhenger også av i hvor stor grad pasienten forstår egen sykdom (Stubberud, 2020b). Dette gjenspeiles i Kari Martinsens sykepleieteori (Kristoffersen, 2019), som hevder at for å kunne yte yrkesmessig omsorg bør sykepleier prøve å se og begripe pasientens indre verden, det vil si pasientens individuelle perspektiv og individuelle opplevelser, og benytte disse som utgangspunkt for pleie og omsorg.

Å bli innlagt på sykehus, undersøkelser og behandling kan i seg selv utløse stress og utrygghet. Noen pasienter kan bli redde for å være på rommet uten helsepersonell, mens andre kan tvile på personalets kompetanse (Eikeland et al., 2020; Stubberud, 2020b). En

akutt kritisk sykdom kan føre til eksistensialisme eller forsterke det eksistensielle perspektivet hos den rammede. Denne prosessen kan forårsake eller øke følelser som angst, stress og utrygghet, for livet kan virke mindre forutsigbar. Eikeland et al. (2020) understreker at pasienter kan oppleve og uttrykke angst veldig forskjellig. Ved angst stimuleres det sympatiske nervesystemet i kroppen, som kan utløse ulike fysiologiske reaksjoner, som anstrengt respirasjon, rask respirasjonsfrekvens, rask puls, hjertebank, hodepine og svette. Angstsymptomene kan også være atferdsmessige, følelsesmessige og mentale. Emosjonelle reaksjoner som angst og usikkerhet er karakteristiske i et tidlig sykdoms-, og dermed krise-, -forløp. Det betyr at pasientene, som er innlagte på sykehus etter nylig gjennomgått hjerteinfarkt, befinner seg som regel i sjokk- eller reaksjonsfasen, for det ikke har gått lang tid siden den akutte hjerteinfarkt-episoden har oppstått, og sykdomsopplevelsene er dermed ferske (Håkonsen, 2014).

2.2. Trygghet, kommunikasjon og personsentrert sykepleie

Trygghet er definert som ett av flere grunnleggende behov hos et menneske (Helgesen, 2019). En er trygg når en er bekymringsløs og ikke utsatt for fare (Det norske akademis ordbok, 2023). Tveiten (2020) poengterer at trygghet og tillit blir skapt i relasjonen mellom helsepersonell og pasient ved at helsepersonellet viser respekt, empati, og anerkjenner pasientens unike opplevelse. Sykepleieren trenger å lære å kjenne personen bak sykdom, funksjonsnedsettelse og diagnose. Slik bekrefter hen og viser respekt for det enkelte mennesket (Kristoffersen et al., 2019). Sykepleier kan gjøre det ved hjelp av kommunikasjon. Kommunikasjon er profesjonell når den ikke kun er faglig, men også personorientert. Det at pasienten har tillit til helsepersonell er forutsettende for åpenhet i kommunikasjonen. For å kunne kommunisere personorientert skal man først betrakte den andre personen som et helhetlig og enestående individ med individuelle preferanser, ønsker og behov. Å anerkjenne personens verdier og perspektiv står sentralt. Dette står også sentralt i pasientsentrert sykepleie, der målet er å ivareta pasienten på en helhetlig måte ved å individuelt tilpasse sykepleien. Dette vil også virke trygghetsfremmende. Pasientene uttrykker oftest sine bekymringer indirekte, og det er opp til den som lytter å fange opp og forstå disse hintene. Dette krever aktiv lytting til det verbale og nonverbale pasienten formidler. Aktiv lytting omfatter blant annet speiling av den andres følelser, bruk av bekreftende ord, parafrasering, tilstedeværelse både fysisk og mentalt, formidling av interesse og forståelse for det den andre uttrykker, verbal oppmuntring, åpne spørsmål og tydeliggjøring av samtalens kjerne. Aktiv lytting er viktig for å oppnå en god dialog (Eide & Eide, 2017; Stubberud, 2020c).

2.3. Aktuelle lovverk

Helsepersonell har plikt til å gi informasjon, samtidig som pasienter har rett til å få informasjon. Jamfør pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §3-2) har alle pasienter rett til å motta informasjon angående blant annet egen helsetilstand, hva helsehjelpen som tilbys innebærer og hvorfor, risikoer, komplikasjoner og bivirkninger. Helsepersonell som yter helsehjelp plikt til å gi nødvendig informasjon til pasienten. Videre skal helsepersonell besvare spørsmål innenfor sitt kompetanseområde og pasienten skal ved behov henvises videre til annet helsepersonell med nødvendig kompetanse for å kunne gi korrekt svar.

Pasienten skal informeres om alle helsetjenester, som ytes eller skal ytes til vedkommende. Helsepersonell har ansvar for at pasienten faktisk får informasjonen og at den tilfredsstillende kravene, som befinner seg i helsepersonelloven (Helsedirektoratet, 2018; Helsepersonelloven, 1999, §10). Dessuten, pasienter med samtykkekompetanse har rett til å medvirke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Videre, helsepersonell skal yte ikke kun faglig forsvarlig, men også omsorgsfull helsehjelp. Dessuten, forsvarlighetskravet forplikter helsepersonell å utøve oppgaver innenfor deres faglige kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 1999, §4).

2.4. Joyce Travelbee sin sykepleieteori

Travelbee fremhever viktigheten av å fokusere på pasientopplevelser mer enn diagnose, se mennesket bak sykdom, samt betrakte den hjelpetrengende ikke som pasient, men som enestående person. Ifølge Travelbee er pasient-begrepet lastet med ulike assosiasjoner, og reduserer personen til en bestemt rolle, noe som er uheldig. Travelbee sin sykepleietenkning er bygget på betydningen av at sykepleier utvikler en menneske-til-menneske-relasjon til pasienten og møter samt behandler hver enkelte som unikt individ istedenfor pasient med sykdom. Hennes teori fokuserer også på et helhetlig menneskesyn ved å fremheve at sykepleiere bør fokusere ikke kun på den fysiske, men også psykiske og åndelige dimensjonene ved et menneske. Ifølge teorien kan sykepleier ikke utføre sin funksjon hvis hen ikke danner en relasjon med tillit og gjensidig forståelse (Kristoffersen, 2019).

2.5. Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne litteraturstudien er å undersøke og drøfte om hvordan sykepleiere kan redusere angstopplevelse og fremme opplevelse av trygghet hos voksne (over 18 år) sykehusinnlagte pasienter med nylig gjennomgått akutt hjerteinfarkt. Dermed skal i denne bacheloroppgaven en følgende problemstilling belyses og besvares:

‘Hvordan kan en sykepleier fremme trygghet og redusere opplevelse av angst hos pasienter rammet av akutt hjerteinfarkt?’

3.0. Metode

For å tilegne seg et godt nok kunnskapsgrunnlag for å kunne drøfte og besvare problemstillingen skal en bruke metode. Fremgangsmåten skal beskrives så nøye som mulig slik at resultatet og konklusjonen skal stemme overens uavhengig av hvem som utfører søket (Thidemann, 2019). En skal være ærlig, systematisk og tilstrebe sannhet for å kunne være metodisk (Dalland, 2018).

3.1. Metodebeskrivelse

I denne bacheloroppgaven er litteraturstudium brukt som metode. En litteraturstudie forutsetter gjennomføring av systematisk litteratursøk og analyse av relevant

forskningslitteratur med formål å drøfte og svare på en formulert problemstilling (Grønseth & Jerpseth, 2019). Litteraturstudien tar utgangspunkt i ni utvalgte vitenskapelige artikler, aktuelle pensumbøker, annet relevant litteratur og aktuell erfaring fra praksis.

3.1.1. Kvalitativ og kvantitativ metode

Det finnes kvantitativ og kvalitativ metodetilnærming. Thidemann (2019) hevder at **kvantitativ metode** baserer seg på kvantitative observasjoner og logiske sanser for å samle inn faktakunnskap/data. Faktakunnskapen gir breddekunnskap om et fenomen/tema. Kvantitativ design kan brukes for utprøving av teorier og hypoteser. Inneholder som regel mange enheter (eksempelvis spesifikk pasientgruppe som studiedeltakere). Resultatet presenteres oftest i målbare enheter (som tall) (Grønmo, 2023b). **Den kvalitative metodetilnærmingen** går i dybden av et fenomen/tema, og formålet er å fange opp meningssammenhenger (Thidemann, 2019). Kvalitative studier inneholder få enheter eller én enhet (eksempelvis spesifikk pasientgruppe som studiedeltakere) og forskningsdata uttrykkes i tekstform. Formålet kan være å forstå et fenomen, utvikle teorier eller generalisere (Grønmo, 2023a).

3.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 1. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Pasient- eller sykepleierperspektiv	Pårørendeperspektiv
Pasienter over 18 år/voksne og eldre	Barn og ungdom/Pasienter under 18 år
Vitenskapelige artikler (Fagfelleverderte artikler/Peer Reviewed, artikler med IMRaD-struktur), som ble publisert i publiseringskanaler/tidsskrifter, som er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD)	Ikke-vitenskapelige artikler (Artikler uten IMRaD-struktur, ikke-fagfelleverderte artikler) og artikler, som ikke ble publisert i NSD-godkjente tidsskrifter systemet
Artikler på engelsk, norsk, svensk og dansk	Artikler på andre språk enn engelsk, norsk, svensk og dansk
Pasienter med hjerteinfarkt/akutt koronarsyndrom	Pasienter med andre hjertesykdommer
Artikler publisert i årene 2013-2023	Artikler publisert før året 2013
Artikler, som er tilgjengelige i fulltekst	Artikler, som ikke er tilgjengelige i fulltekst
Artikler, som handler om angst og hjerteinfarkt, og har relevans for temaet og problemstillingen	Artikler, som ikke er relevante for temaet og problemstillingen
	Medikamentell behandling

Kriteriene presentert i tabellen ble brukt for å avgrense søket og finne forskningsartikler med relevante for problemstillingen. Det er et krav at artiklene, som blir brukt i bacheloroppgaven, skal være vitenskapelige, noe som forutsetter at disse er fagfelleverderte/peer reviewed. En grundig sjekk ble utført for å sikre at alle inkluderte artiklene er fagfelleverderte. Alle utvalgte artiklene er engelskspråklige, har IMRaD-struktur og er publisert etter år 2013. Det sistnevnte inklusjonskriteriet ble valgt for å sikre at

oppdatert kunnskap blir anvendt i litteraturstudiet, og at oppgaven tar utgangspunkt i nyere forskning. IMRaD-struktur gjør artikkelen mer oversiktlig og er en god indikasjon på at artikkelen er vitenskapelig.

3.3. Søkestrategi

3.3.1 PICO-skjema

PICO-skjema ble utarbeidet med utgangspunkt i problemstillingen. PICO-skjema kan hjelpe identifisere stikkord og søkeord, som kan være aktuelle i et strukturert litteratursøk (Grønseth & Jerpseth, 2019).

Tabell 2. PICO-skjema

P: Population/patient/problem	I: Intervention	C: Comparison	O: Outcome
Pasienter med angst og/eller utrygghet etter gjennomgått akutt koronarsyndrom/hjerteinfarkt	Kommunikasjon og kunnskap (undervisning og informasjon)	Ulike intervensjoner/tiltak, som informasjon og undervisning, versus ingen intervensjon eller standard pleie/behandling	Redusert opplevelse av angst
Utrygge og/eller engstelige sykehusinnlagte pasienter	Relasjonsbygging, pasientsentrert tilnærming		Økt opplevelse/følelse av trygghet
Identifiserte nøkkelord/søkeord: anxiety, reduc* anxiety, heart attack, myocardial infarction, acute coronary syndrome, nursing, nursing intervention*, nursing measure*, patient perspective, feeling safe.			

3.3.2 Søkematrise

Tabell 3. Søkematrise

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensninger	Antall søkerte	Valgte artikler
PubMed	04.04.2023	S1.	Acute coronary syndrome (kw)		42 010	
		S2.	Heart attack (kw)		292 072	
		S3.	Myocardial infarction (kw)		282 918	

		S4.	S1 (OR) S2 (OR) S3		315 972	
		S5.	Reduc* anxiety (kw)		62 292	
		S6.	Anxiety (kw)		314 331	
		S7.	S5 (OR) S6		314 331	
		S8.	S4 (AND) S7	Tilgjengelig i fulltekst, Publiseringsår 2013-2023, Engelsk, svensk, norsk og dansk språk	579	2 (C, E)
CINAHL	09.04. 2023	S1.	(MH "Acute Coronary Syndrome") OR "acute coronary syndrome" (kw)	Publiseringsår 2013-2023	8 526	
		S2.	(MH "Myocardial Infarction+") OR "myocardial infarction" (kw)		72 900	
		S3.	Heart attack (kw)	Tilgjengelig i fulltekst, Publiseringsår 2013-2023	4 454	
		S4.	(S1) OR (S2) OR (S3)		79 249	
		S5.	(MH "Anxiety+") OR "anxiety" (kw)		125 710	

		S6.	"reduc* anxiety" (kw)		861	
		S7.	(S5) OR (S6)		125 710	
		S8.	(S4) AND (S7)	Tilgjengelig i fulltekst, Publiseringsår 2013-2023, Engelsk språk, Akademiske tidsskrifter	173	2 (H, I)
PubMed	03.05. 2023	S1.	Nursing (kw)		875,841	
		S2.	Feeling safe (kw)		5 789	
		S3.	Patient perception (kw)		208 839	
		S4.	S1 (AND) S2 (AND) S3	Publiseringsår 2013-2023	69	5 (A, B, D, F, G)

Inkluderte artikler:

- A.** Wassenaar, A., Schouten, J., & Schoonhoven, L. (2014). Factors promoting intensive care patients' perception of feeling safe: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 51(2), s. 261–273.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.07.003>
- B.** Mollon D. (2014). Feeling safe during an inpatient hospitalization: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 70(8), s. 1727–1737.
<https://doi.org/10.1111/jan.12348>
- C.** AbuRuz M. E. (2018). Perceived control moderates the relationship between anxiety and in-hospital complications after ST segment elevation myocardial infarction. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 11, s. 359–365.
<http://dx.doi.org/10.2147/JMDH.S170326>
- D.** Wassenaar, A., van den Boogaard, M., van der Hooft, T., Pickkers, P., & Schoonhoven, L. (2015). 'Providing good and comfortable care by building a bond of trust': nurses views regarding their role in patients' perception of safety in the intensive care unit. *Journal of clinical nursing*, 24(21-22), s. 3233–3244.
<https://doi.org/10.1111/jocn.12995>
- E.** Petriček, G., Buljan, J., Prljević, G., & Vrcić-Keglević, M. (2017). Perceived needs for attaining a 'new normality' after surviving myocardial infarction: A qualitative study of patients' experience. *The European journal of general practice*, 23(1), s. 35-42. <https://doi.org/10.1080/13814788.2016.1274726>
- F.** Jang, S. G., Park, E., Lee, J., Choi, J. E., Lee, S. I., Han, H., Park, E., & Lee, W. (2022). An Exploration Into Patients' Experiences That Make Them Feel Safe During Hospitalization: A Qualitative Study. *Journal of Korean medical science*, 37(33), e256. <https://doi.org/10.3346/jkms.2022.37.e256>

- G. Lasiter, S., & Duffy, J. (2013). Older adults' perceptions of feeling safe in urban and rural acute care. *The Journal of nursing administration*, 43(1), s. 30–36. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182786013>
- H. Sararoudi, R. B., Motmaen, M., Maracy, M. R., Pishghadam, E., & Kheirabadi, G. R. (2016). Efficacy of illness perception focused intervention on quality of life, anxiety, and depression in patients with myocardial infarction. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 21, 125. <https://doi.org/10.4103/1735-1995.196607>
- I. Junehag, L., Asplund, K., & Svedlund, M. (2014). A qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction. *Intensive & Critical Care Nursing*, 30(1), s. 22–30. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.07.002>

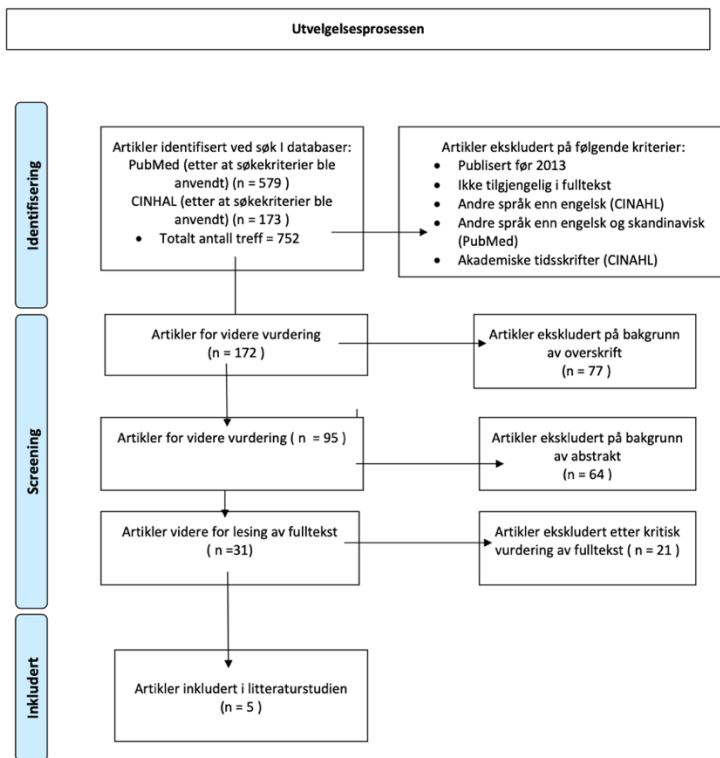
3.4. Kritisk vurdering og utvelgelse av artikler

For å utføre et systematisk litteratursøk ble databasene PubMed og CINAHL anvendt, som er anerkjente helsefagrelaterte databaser. Søkeordkombinasjonen var tilstrekkelig avgrenset for å kunne finne artikler, som kunne belyse og/eller besvare problemstillingen. Valget ble gjort å bruke følgende søkeord: Heart attack, Myocardial infarction, Acute coronary syndrome, Anxiety, Reduc* anxiety. Litteratursøket på PubMed-databasen ga til sammen 579 treff, mens på CINAHL-databasen - 173 søketreff. Søkene resulterte i totalt fire utvalgte artikler. I tillegg ble et nytt søk med andre søkeord utført med formål å utforske konseptet 'følelse av trygghet' og sykepleiers rolle i å påvirke trygghetsopplevelsen hos sykehusinnlagte pasienter. Søket ble dermed gjennomført for å finne flere artikler, som belyste trygghetskonseptet. Søket resulterte i 69 søketreff, og etter gjennomført vurdering og kildekritikk ble fem vitenskapelige samt valide artikler valgt ut.

Artikkelutvelgelsesprosessen ble startet ved å lese artikkeloverskrifter godt og vurdere deres relevans for problemstillingen. Thidemann (2019) beskriver dette som skanning, når en bedømmer tekstens (som overskriftens) relevans ved å lete etter og fokusere på blant annet relevante nøkkelord og opplysninger. Deretter ble sammendraget lest av de artiklene, som fanget oppmerksomheten basert på overskriftene. Det ble vurdert blant annet om innholdet potensielt kunne besvare/belyse problemstillingen, samt om artiklene inneholdt IMRaD-struktur, og de som ikke gjorde det ble forkastet. Etterpå ble det gjennomført en grundig, reflektert og kritisk lesing gjennom de utvalgte artiklene. Artiklene ble også vurdert basert på tidligere omtalte inklusjons- og eksklusjonskriterier (se Tabell 1).

For å kritisk vurdere artiklene videre ble det benyttet sjekklister for kvalitative, kvantitative og oversiktsartikler, som ble funnet på Helsebiblioteket (2016). Det ble lagt ved to vedlegg (vedlegg 1 og 2) med utfylte sjekklister med kritisk vurdering av to forskningsartikler. Dette viser hvordan kritisk vurdering av artiklene ble gjennomført ved bruk av sjekklister. Dessuten ble Register over vitenskapelige publiseringskanaler på nettsidene Norsk senter for forskningsdata (2023) og Oria benyttet for å kontrollere om tidsskriftene, som har publisert de utvalgte artiklene, er fagfellovderte. Det ble valgt og inkludert to kvantitative forskningsartikler, fem kvalitative forskningsartikler, én konseptanalyse og én systematisk oversiktsartikkel.

Figur 1. PRISMA Flyttdiagram for søk 1 og 2 (Page et al., 2021)



3.5. Forskningsetikk og etiske overveielser

Etisk forsvarlighet er en forutsetning for helsefagenes forskning, og dette reguleres ved hjelp av reglene i Helsinkideklarasjonen, som blant annet innebærer innhenting av informert samtykke av studiedeltakere/pasienter. Hensikten med deklarasjonen er å verne pasienter mot potensielle forskningsrelaterte farer. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) er ansvarlig for besvarelse/forvaltning av spørsmål angående forskningens etiske forsvarlighet i Norge (Christoffersen et al., 2015). En etisk vurdering av alle utvalgte artiklene ble gjennomført og er inkludert i artikkelmatrisen.

3.6. Fremgangsmåte for resultatanalyse

Det ble benyttet Aveyards tematiske analysemodell, som er godt egnet å bruke ved minimal erfaring knyttet til analysefeltet. Først ble utvalgte artiklene lest grundig og kritisk gjennom for å oppnå forståelse på detalj-nivå. Deretter ble en tabell laget, der det ble inkludert en rubrikk med artikkelens svakheter og styrker. Tabellen/matrisen hjalp med å få oversikt over artiklene. Deretter ble artiklenes resultatkapitler lest gjennom igjen. Relevante setninger samt ord i resultatkapittelet ble markert. Temaene ble identifisert og formulert basert på kapittelinnhold og justert ved behov. Deretter ble hovedfunn fra resultatkapittelet beskrevet. Alle inkluderte temaene og hovedfunnene kunne besvare, belyse, og/eller hadde betydning for problemstillingen. Etterpå, basert på presenterte artikkelfunn, ble en ny tabell

(se Tabell 4) laget med identifiserte gjennomgående temaer (hoved- og undertemaer) basert på hovedfunn. Det ble formulert passende overskrifter til kategoriene/temaene, og disse ble henvist til tilsvarende kilder. Tabellen hjalp å få overblikk/oversikt over artikkelresultatene, sammenlikne disse med hverandre, se om innholdet eller enkelte aspekter i artiklene mer eller mindre overlappet, og eventuelt hva slags innhold det var. I tillegg hjalp tabellen å vurdere om artiklene presenterte forskjellige og/eller motstridende resultater på de ulike temaene/kategoriene. Utarbeidede temaene/kategoriene ble reformulert underveis mens det foregikk diskusjoner og videre arbeid med materialet/funnene, slik at de vil kunne beskrive, gjenspeile og passe resultatene på en best mulig måte (Thidemann, 2019).

Tabell 4. Hoved- og undertemaer

Hovedtema	Undertema	Knyttet til artikkel
Sykepleiers rolle i å redusere angstoppelse og fremme trygghetsopplevelse	1) Relasjon og pasientsentrert tilnærming	1. A, B, D, G, I.
	2) Sykepleiers pedagogiske funksjon (kunnskap, informasjon, undervisning, kommunikasjon, opplevd kontroll)	2. A, B, C, D, E, F, H, I.
	3) Sykepleiers holdninger, handlinger, kompetanse og tilstedeværelse	3. A, B, F, G.

4.0. Resultat

4.1. Artikkelmatrikse

Tabell 5. Artikkelmatrikse

Referanse, land	Wassenaar, A., Schouten, J., & Schoonhoven, L. (2014). Factors promoting intensive care patients' perception of feeling safe: a systematic review. <i>International journal of nursing studies</i> , 51(2), s. 261–273. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.07.003 Nederland
Hensikten med studien, studiens problemstilling	Studiens hensikt var å systematisk beskrive identifiserte faktorer, som fremmer trygghetsopplevelse hos pasienter, innlagte på en intensivavdeling.
Metode	Det er en systematisk oversiktsartikkel av både kvalitative og kvantitative studier. Det ble gjennomført et søk i databasene PubMed, Embase, CINAHL og PsycINFO. Designet var basert på relevante kriterier fra 'The Guidance for Undertaking Review in Health Care of the Center for Reviews and Dissemination'. Elleve artikler/studier ble inkludert i studien og analysert.
Hovedfunn/resultater og konklusjon	Det ble identifisert fire hovedtemaer, som fremmet trygghetsopplevelse hos pasienter, innlagt på en intensivavdeling: sykepleie, pasientproblemer, pårørende og

	teknologisk støtte. Sykepleie var beskrevet av pasientene som den største/viktigste faktoren i forhold til deres oppfatning av trygghet og det å føle seg trygg. Dette temaet er videre kategorisert i undertemaene: overvåking, personlig tilnærming, holdning og kompetanse, kommunikasjon og informasjon, og samhandling med sykepleiere. Blant annet dårlig kommunikasjon og samhandling førte til angst, frykt og utrygghet hos pasientene.
Kommentar og relevans for problemstillingen	Denne artikkelen beviser at sykepleiere kan øke kritisk syke pasienters oppfatning av å føle seg trygg, fremme deres recovery og forhindre plager/ubehag under innleggelse. Dessuten kan de forhindre forekomsten av konsekvenser som følge av å føle seg utrygg. Til syvende og sist kan dette føre til en forbedring av kvaliteten på omsorgen på den aktuelle avdelingen.
Etiske overveielser	Denne systematiske oversiktsartikkelen har ingen etisk godkjenning.
Kildekritikk	Påpeker at kun to inkluderte studier ble gjennomført mens pasientene ble innlagte på sykehus, mens alle andre studiene ble gjennomført opptil 1,5 år etter pasientutskrivelse fra sykehus, som kunne ha påvirket inkluderte studiers funn. Artikkelen ble valgt grunnet betydelig relevans for problemstillingen. Kan også anses som svakhet at studien omhandler intensivpasienter, men hjerteinfarkt-pasienter kan også bli innlagt på intensiv-/overvåkningsavdelinger.

Referanse, land	Mollon D. (2014). Feeling safe during an inpatient hospitalization: a concept analysis. <i>Journal of advanced nursing</i> , 70(8), s. 1727–1737. https://doi.org/10.1111/jan.12348 Nord-Amerika
Hensikten med studien, studiens problemstilling	Hensikten med denne studien var å utforske de kritiske egenskapene til begrepet trygghet og følelsen av trygghet under et sykehusopphold, i tillegg til å vurdere temaet sikkerhet fra pasientens perspektiv.
Metode	Det er en konseptanalyse av kvalitative studier. Et litteratursøk ble gjennomført via CINAHL, Medline, PsychInfo og Goggle Scholar-databaser ved å bruke begrepene 'trygg' og 'trygghet'. Opprinnelig ble 70 artikler utvalgte og analysert. Hver artikkel ble gjennomgått/analysert med utgangspunkt i ordet 'trygg' og dens relevans for 'å føle seg trygg'-konseptet.
Hovedfunn/resultater og konklusjon	Denne studien viser at når pasientene føler seg trygge har de tendens til å ha håp om bedring, bedre kontroll over seg selv og omstendighetene sine, samt være mer avslappede enn de, som ikke føler seg trygge. Å ha tillit, å føle seg ivaretatt, tilstedeværelse og kunnskap var noen av de viktigste faktorene for økt trygghetsfølelse.

Kommentar og relevans for problemstillingen	Resultatene fra denne studien støtter viktigheten av å utvikle pasientsentrerte omsorgsmodeller og skape positive miljøer der pasienter får omsorg av høy kvalitet og føler seg trygge.
Etiske overveielser	Denne konseptanalysen inneholder ikke informasjon om etisk godkjenning.
Kildekritikk	Studien påpeker avslutningsvis at opplevelse av trygghet handler om subjektive følelser, og det kan være vanskelig for sykepleier å vite sikkert om pasienten føler seg trygg, selv om hen spør pasienten om dette. Allikevel er artikkelen veldig relevant og går i dybden i konseptet 'å føle seg trygg', samt inneholder mye aktuell data for oppgaven.

Referanse, land	AbuRuz M. E. (2018). Perceived control moderates the relationship between anxiety and in-hospital complications after ST segment elevation myocardial infarction. <i>Journal of multidisciplinary healthcare</i> , 11, s. 359–365. http://dx.doi.org/10.2147/JMDH.S170326 Jordan
Hensikten med studien, studiens problemstilling	Målet var å undersøke om angst var en direkte (uavhengig av andre faktorer) årsak til sykehuskomplikasjoner etter et akutt hjerteinfarkt, samt om pasientenes individuelle opplevelse av kontroll/opplevd kontroll påvirker forholdet mellom angst og sykehuskomplikasjoner etter et akutt hjerteinfarkt.
Metode	Denne studien var en prospektiv observasjonsstudie (kvantitativ metode), som inkluderte fem hundre pasienter med et diagnostisert STEMI-hjerteinfarkt i Jordan. HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)-kartleggingsskjema var benyttet for å måle pasientenes angstopplevelse, og CAS-R (Control Attitude Scale-Revised)-skjema (den arabiske versjonen) var brukt med formål å måle opplevd kontroll hos studiedeltakerne.
Hovedfunn/resultater og konklusjon	Minst én komplikasjon har utviklet seg hos 28% studiedeltakere. 255 pasienter fikk en lav poengsum på angstnivå-skala, mens 245 pasienter fikk en høy poengsum på angstnivå-skala. Pasientene, som opplevde høy grad av kontroll, hadde et lavere angstnivå enn de som hadde en lav grad av opplevd kontroll. Etter at sosiodemografiske og kliniske variabler ble kontrollerte, var angst en uavhengig indikator for sykehusrelaterte komplikasjoner hos deltakerne. Forholdet mellom angst og opplevd kontroll var en betydelig/stor indikator for komplikasjoner. Studien konkluderte med at angst var assosiert med økt risiko for sykehuskomplikasjoner etter et akutt hjerteinfarkt uavhengig av sosiodemografiske og kliniske variabler. Siden kombinasjonen av lav opplevd kontroll og høy angstscore var assosiert med en større komplikasjonsrisiko, hadde opplevd kontroll en modererende effekt på disse faktorene. Ved å

	støtte pasientens opplevelse av kontroll kan helsepersonell redusere komplikasjoner, sykelighet og dødelighet etter et akutt hjerteinfarkt.
Kommentar og relevans for problemstillingen	Denne artikkelen er veldig relevant for oppgaven for den undersøger forholdet og sammenhengen mellom angst og komplikasjonsrisiko, samt effekten av opplevd kontroll på de to sistnevnte faktorene hos pasienter med et hjerteinfarkt. Siden opplevelse av kontroll har en direkte sammenheng med grad av angst (og komplikasjoner), har artikkelen også identifisert aktuelle angstreduserende tiltak, som det å øke og/eller støtte pasientens opplevelse av kontroll.
Etiske overveielser	Studien er etisk godkjent. Institusjonen, som er artikkelens utgiver, har etisk godkjent den. Et skriftlig samtykke ble innhentet fra alle studiedeltakere i denne kvantitative studien.
Kildekritikk	En av studiens styrker er at et stort antall (500) pasienter deltok i studien. Svakheter er at artikkelen kommer fra Kina, men ble valgt grunnet sin relevans for problemstillingen.

Referanse, land	Wassenaar, A., van den Boogaard, M., van der Hooft, T., Pickkers, P., & Schoonhoven, L. (2015). 'Providing good and comfortable care by building a bond of trust': nurses views regarding their role in patients' perception of safety in the intensive care unit. <i>Journal of clinical nursing</i> , 24(21-22), s. 3233–3244. https://doi.org/10.1111/jocn.12995 Nederland
Hensikten med studien, studiens problemstilling	Studiens hensikt er å undersøke hvordan sykepleiere på intensivavdeling oppfatter sin rolle i pasientenes, som er innlagte på intensivavdeling, trygghetsopplevelse.
Metode	Det er en kvalitativ artikkel. Tretten sykepleiere deltok i studien, og det ble sikret en variasjon i kjønn, alder og erfaring, og de jobbet på ulike intensivavdelinger. Analyseprosessen innebar tretten intervjuer, som handlet om sykepleieres oppfatninger knyttet til deres rolle i pasientenes trygghetsopplevelse på en intensivavdeling.
Hovedfunn/resultater og konklusjon	Resultatet viste at sykepleiere antok at pasientene følte seg trygge, men var ikke sikre på det. Det ble identifisert fire hovedkategorier, og den første var: Informering av intensivpasienter, med underkategorier: <ul style="list-style-type: none"> - Kommunikasjon - Personlig tilnærming, og - Å gi pasienten kontroll. Den andre hovedkategorien var: Å dra nytte av pasientens familierelasjoner, med en underkategori: Anerkjennelse. Den tredje var: Intensivsykepleieres holdninger og kompetanse, med undertemaer: <ul style="list-style-type: none"> - Kunnskap og kompetanse - Motivasjon, og - Struktur og ensartethet

	Den fjerde var: Å skape fysisk trygghet, med underkategori: Utstyr.
Kommentar og relevans for problemstillingen	Artikkelen er relevant for dette litteraturstudiet, for den undersøker og viser, utfra sykepleieres perspektiv, konkrete tiltak, som sykepleiere gjør for å etablere tillit i relasjonen mellom pasient og sykepleier.
Etiske overveielser	Studien er etisk godkjent av den etiske komiteen. Alle studiedeltakere ga et informert samtykke.
Kildekritikk	Studiens styrke er at den er fra et EU-land, som styrker overføringsverdien til norsk helsevesen. Det er også en styrke at studien handler om hva som skaper tillit og fremmer trygghet hos pasientene utfra et sykepleierperspektiv. Kan også anses som svakhet at studien omhandler intensivpasienter, men hjerteinfarkt-pasienter kan også bli innlagt på intensiv-/overvåkningsavdelinger. En svakhet kan være at én forsker selv er en intensivsykepleier, men det ble brukt forholdsregler for å forebygge skjevheter/bias, samt sykepleieren jobbet på et annet sykehus.

Referanse, land	Petriček, G., Buljan, J., Prljević, G., & Vrcić-Keglević, M. (2017). Perceived needs for attaining a 'new normality' after surviving myocardial infarction: A qualitative study of patients' experience. <i>The European journal of general practice</i> , 23(1), s. 35-42. https://doi.org/10.1080/13814788.2016.1274726 Kroatia
Hensikten med studien, studiens problemstilling	Målet med denne kvalitative artikkelen var å undersøke hva som er pasientenes behov og forventninger i prosessen etter et hjerteinfarkt for å tilpasse seg til den nye situasjonen.
Metode	Det er en kvalitativ forskningsartikkel. Studien er basert på tretti semistrukturerte og individuelle intervjuer, så tretti pasienter ble intervjuet (16 menn og 14 kvinner). Pasientene hadde én eller flere sykdommer i tillegg til hjerteinfarkt.
Hovedfunn/resultater og konklusjon	Pasientene opplevde flere behov som de mente måtte dekkes før de kunne tilpasse seg til et nytt normalt liv. Disse behovene inkluderte blant annet å overvinne angsten for et mulig tilbakefall av hjerteinfarkt, tilegne seg kunnskap om hjerteinfarkt generelt og spesifikt til hver enkeltes hjerteinfarkt, samt å gjenvinne kontrollen over sykdommen.
Kommentar og relevans for problemstillingen	Resultatene i denne artikkelen er basert på pasientenes, som har gjennomgått et hjerteinfarkt, opplevelser og forventninger, så det gir oss innsikt i de reelle behovene til denne pasientgruppen. I tillegg forteller studien om hvordan en sykepleier kan hjelpe denne pasientgruppen med å dekke behovene sine og tilpasse seg til livet/hverdagen i etterkant av et hjerteinfarkt.

Etiske overveielser	Studien er etisk godkjent av institusjonen, som er artikkelens utgiver. Et skriftlig samtykke ble innhentet fra alle studiedeltakere i denne kvalitative studien.
Kildekritikk	En styrke er at artikkelen kommer fra et EU-land grunnet større overføringsverdi til norsk helsevesen. En svakhet kan være at hjerteinfarkt-pasienter ble intervjuet 1,3-3,7 år etter at de har fått en hjerteinfarkt-diagnose, som kan være en svakhet for inntrykk ikke er lenger ferske. Det kan også være en styrke, for studiedeltakerne hadde tid til å reflektere. Derfor inneholdt funn en god del data om pasientopplevelser og – erfaringer knyttet til livet etter sykehusutskrivelse. Likevel inneholdt studien også pasientopplevelser samt -erfaringer og behov på en mer generell basis, men også under sykehusopphold, og disse var nyttige for oppgaven. Studiedeltakerne var av ulike sosioøkonomiske bakgrunn, som kan være både styrke og svakhet.

Referanse, land	Jang, S. G., Park, E., Lee, J., Choi, J. E., Lee, S. I., Han, H., Park, E., & Lee, W. (2022). An Exploration Into Patients' Experiences That Make Them Feel Safe During Hospitalization: A Qualitative Study. <i>Journal of Korean medical science</i> , 37(33), s. 1-13. https://doi.org/10.3346/jkms.2022.37.e256 Sør-Korea
Hensikten med studien, studiens problemstilling	Studiens hensikt er å identifisere pasienterfaringer knyttet til trygghet, samt faktorer, som utgjør pasientenes trygghetsopplevelse under sykehusopphold.
Metode	Det er en kvalitativ studie gjennomført i Sør-Korea i perioden fra mai til juli i år 2018. Blant inklusjonskriteriene var voksne pasienter over 19 år og sykehusinnleggelsen, som ikke skjedde mer enn ett år siden. Intervjuene var semistrukturerte og baserte på relevante funn fra en litteraturgjennomgang. Intervjuene var også gruppebaserte og varte i ca. 2 til 2,5 timer. Tretti fem pasienter deltok i denne studien, og deres gjennomsnittsalder var 45,4 år. Sykehusoppholdet deres varte i opptil tretti to dager.
Hovedfunn/resultater og konklusjon	4 hovedtemaer og 14 undertemaer ble identifisert. Pasientene ønsket å styre informasjonsmottakelsen og ønsket at helsepersonell fremmer deres trygghetsopplevelse. Helsepersonellets støtte utpekte seg som ekstremt viktig for pasientenes trygghetsfølelse. Tillit avgjorde hvor mye informasjon pasientene ønsket å dele med helsepersonell. Pasientene utpekte faktorer både på individ- og systemnivå, som fremmet deres trygghetsopplevelse. Helsepersonellets holdninger, kompetanse og informasjonsformidling trygghetsfremmende faktorer på individnivå. Blant annet turnusordning og underbemanning ble utpekt som barrierer for opplevd trygghet på systemnivå.

Kommentar og relevans for problemstillingen	I denne artikkelen kommer det blant annet frem viktigheten av tilstrekkelig bemanning på avdelingen, siden pasientene opplevde at underbemanning førte til redusert følelse av trygghet. God kommunikasjon og informasjonsformidling fra sykepleier til pasient førte til økt trygghet og brukermedvirkning. Flere funn i studien var nyttige for å belyse problemstillingen ikke kun utfra et individperspektiv, men også utfra et systemperspektiv.
Etiske overveielser	Studien er etisk godkjent. Institusjonen, som er artikkelens utgiver, har etisk godkjent den. Et skriftlig samtykke ble innhentet fra alle studiedeltakere i denne kvalitative studien.
Kildekritikk	En styrke er at det er en ny forskningsstudie og dermed ny kunnskap. En styrke er også at sykepleiere, som var blant medlemmene i forskergruppen, hadde en doktorgrad og erfaring med gjennomføring av kvalitative studier. Svakheter er at artikkelen kommer fra et land utenfor EU. Studien bruker nettopp norsk, men også sveitsisk, helsevesen som et eksempel på et ressurssterkt system med færre innbyggere per én sykepleier, som viser at situasjonen i helsevesenet i Sør-Korea er noe annerledes enn i Norge.

Referanse, land	Lasiter, S., & Duffy, J. (2013). Older adults' perceptions of feeling safe in urban and rural acute care. <i>The Journal of nursing administration</i> , 43(1), s. 30–36. https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182786013 Nord-Amerika
Hensikten med studien, studiens problemstilling	Hensikten med denne studien var å undersøke og identifisere faktorer som har betydning for trygghetsfølelse til sykehusinnlagte pasienter og hva som erkjennes som trygghet for dem.
Metode	Artikkelen er kvalitativ for studien er basert på kvalitativ forskningsmetode. Det ble brukt en Grounded theory-metode. Studien ble utført ved å intervju sykehusinnlagte pasienter om deres spesifikke erfaringer. Pasientgruppen var eldre over 65 år, som var innlagte på en intensivavdeling. Intervjuprosessen besto av to økter: den første var før utskrivning fra sykehus, og den andre var to uker etter sykehusutskrivelse hjem.
Hovedfunn/resultater og konklusjon	Sykepleiere, som ytet personlig omsorg, var forutsigbare, og utførte regelmessige tilsyn, førte til at pasientene følte seg ivarettatte og trygge. Det var fire faktorer, som dannet et grunnlag for trygghet hos pasientene, og disse var: tilsyn, forutsigbarhet, persontilpasset omsorg og det å være pasientens advokat.
Kommentar og relevans for problemstillingen	Denne studien er med på å bevise viktigheten av sykepleiers rolle for at pasientene, rammet av en kritisk sykdom, skal føle seg trygge og ivarettatt i den perioden de er innlagt på sykehus.

Etiske overveielser	Det fremkommer ikke i studien om den er etisk godkjent. Et muntlig samtykke ble innhentet fra studiedeltakere i denne kvalitative studien.
Kildekritikk	Det er en styrke at studien ble skrevet av to professorer. Kan anses som svakhet at studien omhandler intensivpasienter, men hjerteinfarkt-pasienter kan også bli innlagt på intensiv-/overvåkningsavdelinger. Kan også anses som svakhet at studiedeltakere i en studie var pasienter over 65 år. Likevel er de fleste hjerteinfarkt-pasienter eldre og får hjerteinfarkt senere i livet - medianalder for å få et akutt hjerteinfarkt er 77 år for kvinner og 69 år for menn (Folkehelseinstituttet, 2022b). Dessuten er oppgavens fokus voksne (over 18 år) pasienter. En svakhet er at studiedeltakere er pasienter med multippel sklerose (MS). Allikevel ble artikkelen valgt grunnet sin betydelige relevans for oppgavens problemstilling.

Referanse, land	Sararoudi, R. B., Motmaen, M., Maracy, M. R., Pishghadam, E., & Kheirabadi, G. R. (2016). Efficacy of illness perception focused intervention on quality of life, anxiety, and depression in patients with myocardial infarction. <i>Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences</i> , 21, s. 1-7. https://doi.org/10.4103/1735-1995.196607 Iran
Hensikten med studien, studiens problemstilling	Målet med denne studien var å evaluere effekten av intervensjonen, knyttet til sykdomsforståelse, på livskvalitet, angst og depresjon hos pasienter med hjerteinfarkt.
Metode	Det er en randomisert kontrollert studie, så det ble benyttet et kvantitativ design. Studiedeltakere var 48 nylig innlagte hjerteinfarkt-pasienter (24 i intervensjonsgruppe og 24 i kontrollgruppe). En psykisk helserådgiver gjennomførte intervensjonen. Intervensjonsgruppen fikk undervisning med fokus på sykdomsforståelse i tre økter på en halv time i tre påfølgende dager. Utfallene ble målt ved hjelp av to spørreskjemaer og ett kartleggingsskjema: Hospital anxiety and depression scale, World Health Organization Quality of Life Questionnaire (kortversjon) og Illness Perceptions Questionnaire Brief. Målingene av utfall foregikk ved innleggelse på sykehus, én og halv samt tre måneder etter utskrivelse fra sykehus.
Hovedfunn/resultater og konklusjon	Denne undervisningsbaserte intervensjonen med formål å forbedre hjerteinfarkt-pasientenes sykdomsforståelse i tre halv times økter i tre påfølgende dager førte til at intervensjonsgruppen kom tilbake på jobb tidligere, redusert angst og depresjon, og forbedret sykdomsforståelse/-oppfatning.

Kommentar og relevans for problemstillingen	Denne studien viser at ved å undervise hjerteinfarkt-pasienter til å forstå sykdommen og sykdomsforløpet minsker deres angst og øker deres sykdomsforståelse.
Etiske overveielser	Studien er etisk godkjent av institusjonen, som er artikkelens utgiver. Et skriftlig samtykke ble innhentet fra alle studiedeltakere i denne kvantitative studien.
Kildekritikk	Artikkelen er relevant for oppgaven til tross for at den kommer fra Iran. Det kan anses som svakhet at intervensjonen ble gjennomført av en psykisk helserådgiver. Imidlertid faller de fleste tiltakene, som intervensjonen besto av, innenfor sykepleiers kompetanseområdet (tiltak som helseundervisning, informasjonsformidling og henvisning til en spesialist). Studien ble likevel inkludert grunnet sin relevans for problemstillingen samtidig som at intervensjonen fremsto som enkel å implementere i klinisk praksis av sykepleiere på sykehus.

Referanse, land	Junehag, L., Asplund, K., & Svedlund, M. (2014). A qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction. <i>Intensive & Critical Care Nursing</i> , 30(1), s. 22–30. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.07.002 Sverige
Hensikten med studien, studiens problemstilling	Studiens hensikt var å definere pasientenes oppfattelser av psykososiale konsekvenser av et akutt hjerteinfarkt (AMI) og tilgang til støtte ett år etter den akutte sykdomsepisoden.
Metode	Det er en kvalitativ studie, som inkluderte tjue deltakere/pasienter (fjorten menn og seks kvinner), som bodde i distriktene i Sverige og har opplevd deres første AMI-episode. Elleve deltakere ble tilbudt en kontakt med en mentor. Deltakerne ble intervjuet ett år etter deres AMI.
Hovedfunn/resultater og konklusjon	Resultatet er presentert i tre hovedtemaer samt elleve undertemaer. Hovedtemaene er som følgende: <ul style="list-style-type: none"> - Å ha et annerledes liv - Å måtte håndtere situasjonen, og - Å ha tilgang til støtte. I løpet av deltakernes recovery/gjenoppretting erfarte de psykososiale konsekvenser, som besto av angst og redsel for å bli rammet av sykdommen igjen. De fleste satt pris på sine mentorer og noen av de uten mentorer skulle ønske at de hadde fått organisert støtte. Generelt var studiedeltakerne mer misfornøyde enn fornøyde med oppfølging de har fått i løpet av deres recovery. Studien konkluderte med at oppfølging er essensiell ved recovery etter AMI, men at den standardiserte informasjonen som gis er utilstrekkelig. Under

	bedring/recovery trenger pasientene hjelp til å håndtere eksistensielle kriser.
Kommentar og relevans for problemstillingen	Pasientene ble intervjuet ett år etter den akutte hjerteinfarkt-episoden, men artikkelen er relevant, for den også inkluderer og omfatter pasientopplevelser og -erfaringer under sykehusinnleggelse. Studien er relevant for vår oppgave, for den undersøker pasientopplevelser og -erfaringer, særlig utfra et psykososialt perspektiv, knyttet til akutt hjerteinfarkt. Forteller om at pasientene opplever angst og redsel etter AMI. Artikkelen gir oss også innsikt i pasientenes opplevelser og erfaringer under deres sykehusinnleggelse, som i forhold til informasjon de har fått.
Etiske overveielser	Studien er etisk godkjent av regional etisk komité ved Umeå universitet. Et skriftlig samtykke ble innhentet fra alle studiedeltakere i denne kvalitative studien.
Kildekritikk	Det er en styrke at artikkelen er fra Sverige, for det øker artikkelens relevans for norsk helsevesen og styrker implementeringen i helsevesenet i Norge. Svakheter er at to utfra atten studiedeltakere ble intervjuet via en mobiltelefon, noe som gjorde det vanskelig for intervjuerne å tolke vedkommendes ansiktsuttrykk og kroppsspråk. Mentorer, som deltok i studien, ønsket mer veiledning i hvordan de burde utføre sin rolle. Noen mentorer klarte ikke å opprette en god relasjon med pasientene de ble tildelt, som kunne ha påvirket studiens resultat.

4.2. Sammenfattet resultatpresentasjon

Analyseprosessen avdekket ett hovedtema: "Sykepleiers rolle i å redusere opplevelse av angst og fremme trygghet", samt tre undertemaer: "Relasjon og pasientsentrert tilnærming", "Sykepleiers pedagogiske funksjon" og "Sykepleiers holdninger, handlinger, kompetanse og tilstedeværelse".

4.2.1. Sykepleiers rolle i å redusere opplevelse av angst og fremme trygghet

4.2.1.1. Relasjon og pasientsentrert tilnærming

Betydningen av relasjon mellom sykepleier/helsepersonell og pasient var et gjennomgående tema i Mollon (2014) og Lasiter og Duffy (2013). Viktigheten av at pasientene har tillit til helsepersonell/sykepleiere var omtalt i Wassenaar et al. (2015), Wassenaar et al. (2014), Mollon (2014), Lasiter og Duffy (2013) samt Jang et al. (2022).

Tillit til sykepleiere og tillitsfulle relasjoner mellom pasientene og sykepleierne påvirket pasientenes trygghetsfølelse positivt (Mollon, 2014; Wassenaar et al., 2014). Resultatet i Mollon (2014) understreker at det å skape en omsorgsfull og terapeutisk relasjon til enhver pasient er sykepleieres faglige og etiske ansvar, og en forutsetning for pasientenes tillit til helsepersonell. I tillegg, sykepleierens forutsigbarhet og kompetanse, som kom til uttrykk via praktiske sykepleieoppgaver og -ferdigheter, økte pasientenes tillit (Lasiter & Duffy, 2013). Samtidig mente sykepleiere i Wassenaar et al. (2015) at informasjon var sentral for

å bygge tillit og dermed skape trygghet. Videre, Mollon (2014) påpeker at tillit til sykepleiere og helsevesenet, som vanligvis allerede eksisterer hos mange pasienter, kan bli brutt hvis sykepleier oppfører seg på en måte, som går imot pasientenes forventninger. Dessuten, ifølge studien til Mollon (2014), pasientens følelser og psykososiale behov kan bli oversett, forsømt eller glemt av helsepersonell i en arbeidshverdag, fylt med praktiske arbeidsoppgaver. Det kan også være vanskelig å opprette en omsorgsfull og terapeutisk relasjon når helsepersonell retter oppmerksomheten mot gjennomføring av de praktiske oppgavene og bruk av teknisk/teknologisk utstyr.

Pasientsentrerte omsorgens/tilnærmingens betydning for trygghetsopplevelsen er et gjennomgående tema i Lasiter og Duffy (2013) og Wassenaar et al. (2014). Funn i Wassenaar et al. (2014) understreker at følelse av trygghet hos pasientene ble skapt når sykepleiere utøvet sitt yrke i henhold til personlig tilnærming, og uttrykte at de så pasienten som person og ikke kun sykdom ved hjelp av støtte, personsentrert omsorg og sympati under behandlingssituasjoner. Manglende personlig tilnærming opplevde pasientene som nedverdiggende. Dessuten, ifølge funn i Lasiter og Duffy (2013), å bli møtt som et unikt menneske, initiativ fra sykepleiere til å få kjennskap til pasienten og hans situasjon samt uformelle samtaler virket trygghetsfremmende. Dette understøttes av Junehag et al. (2014), der pasientenes bekymring minsket som følge av samtaler om deres følelser, opplevelser og tanker knyttet til hjerteinfarkt. Sykepleierens holdninger i Wassenaar et al. (2015) samsvarte ikke med pasientsentrert omsorg til tross for at sykepleiere hadde kunnskap om dens betydning.

4.2.1.2. Sykepleiers pedagogiske funksjon

Flere studier påpeker at kommunikasjon, undervisning og informasjonsformidling har angstreduserende og trygghetsfremmende effekt hos sykehusinnlagte pasienter (Mollon, 2014; Petriček et al., 2017; Sararoudi et al., 2016; Wassenaar et al., 2014). Intervensjonen i Sararoudi et al. (2016) omfattet blant annet endring av feilaktig sykdomsforståelse og undervisning om sunn livsstil. Dette hjalp pasientene forstå sin sykdom bedre og reduserte deres angst. I Petriček et al. (2017) var ivaretatt kunnskaps-/informasjonsbehov blant de tre faktorene, som studiedeltakerne utpekte som nødvendige for å mestre angsten knyttet til faren for tilbakevendende hjerteinfarkt. Én studiedeltaker fortalte om at hjerteinfarkt-relatert kunnskap virket beroliggende, for hen fikk informasjon om årsakene til utviklet sykdom, nødvendige livsstilsendringer og sekundærforebyggende tiltak for å minske risiko for nytt hjerteinfarkt. Videre uttrykte pasientene behov for informasjon om hjerteinfarkt generelt, men også spesifikt om deres individuelle tilfelle av hjerteinfarkt, dermed ønsket de en persontilpasset informasjon. Dette likner på funn i Junehag et al. (2014), der studiedeltakerne etterlyste individualisert kommunikasjon og informasjon. Manglende kunnskap om symptomer forårsaket angst og hindret pasientenes recovery. Én pasient uttrykte ønsket om å lære å adskille angstsymptomer fra hjerteinfarkt-symptomer. Generelt sett uttrykte pasientene stort behov for å få symptomrelatert informasjon (Petriček et al., 2017). Videre savnet studiedeltakerne i Junehag et al. (2014) informasjon om risiko for potensielle psykososiale konsekvenser, forklaring om at det var normalt å få disse og hjelp med å forberede seg for disse.

God kommunikasjon med pasienter og informasjon formidlet av sykepleiere ble utpekt som viktige faktorer for redusert frykt og økt trygghetsopplevelse (Mollon, 2014; Wassenaar et al., 2014). Informasjon av dårlig kvalitet, det vil si utilstrekkelig, vanskelig å forstå og informasjon med kun negativt innhold var assosiert med høyere nivå av frykt, angst og fortvilelse. Dårlig kommunikasjon forårsaket angst hos pasientene under sykehusinnleggelse, men også påvirket recovery negativt etter sykehusutskrivelse. I stedet bør formidlet informasjon være godt gjennomtenkt, forståelig, fullstendig og inkludere positive aspekter (Wassenaar et al., 2014). Å bruke god tid på informasjonsutveksling samt gjentakelse av informasjonen mente sykepleierne var viktig (Wassenaar et al., 2015). Funn i Jang et al. (2022) viser at tilliten til helsepersonell vokser når helsepersonell gir informasjon og forklarer utfra pasientperspektiv på en måte som pasienten forstår. Videre, manglende forståelse om formidlet informasjon fremkalte følelsen av fremmedgjøring hos pasientene. Samtidig opplevde sykepleiere at kommunikasjon med pasientene kunne være både utfordrende og ta lang tid (Wassenaar et al., 2015). Dessuten hevdet en pasient i Jang et al. (2022) at grunnet turnusordning ble hen ofte tildelt ny ansvarlig sykepleier, som var til hinder for god informasjonsflyt blant helsepersonell.

Kontroll er et gjennomgående tema i AbuRuz (2018), Petriček et al. (2017), Wassenaar et al. (2014) og Wassenaar et al. (2015). I studien, gjennomført av AbuRuz (2018), ble det vist en sammenheng mellom opplevd kontroll og angstnivå hos hjerteinfarkt-pasienter. Resultatene viste at pasientene med høy grad av opplevd kontroll rapporterte mindre angst enn de med lav grad av opplevd kontroll. Denne sammenhengen gjenspeiles også i Wassenaar et al. (2014), som viser at opplevelse av kontrolltap var særlig prevalent blant pasientene under sykehusinnleggelse, og førte til frykt, stress og angst. Kunnskaps- og informasjonsmangel var blant årsakene til dette. AbuRuz (2018) skriver at undervisning kan øke kontrollopplevelsen, for den kan hjelpe pasienten å endre og forbedre sin sykdomsforståelse. Slik kan pasienten forstå/oppfatte hjerteinfarkt som tilstand hen kan kontrollere ved hjelp av livsstilsendringer og overholdelse av anbefalinger for medikamentbehandling og andre sekundærforebyggende tiltak. I Wassenaar et al. (2015, s. 3238) fortalte sykepleiere om måten de fremmet pasientenes kontroll på:

“The nurses stated that they ‘give ICU patient control’ by providing explanation, involving them in their care and conversations, as well as dialogue and checking whether the patient understood their explanation.”

4.2.1.3. Sykepleiers holdninger, handlinger, kompetanse og tilstedeværelse

I Mollon (2014), Lasiter og Duffy (2013), Wassenaar et al. (2014) og Jang et al. (2022) var helsepersonellets/sykepleieres kompetanse, holdninger og handlinger viktige for pasientenes trygghetsopplevelse. Resultatet i Mollon (2014) viste at helsepersonellets kompetanse samt formidling av kunnskap til pasientene bidro til trygghetsfølelse. Pasientene assosierte kompetanse med praktiske ferdigheter og kunnskap, som sykepleiere uttrykte direkte og indirekte i relasjon og samhandling, og bedømte sykepleiers kompetanse i samhandlingssituasjoner. Videre, når pasientene tvilte på helsepersonellets kompetanse til å utføre sin funksjon eller oppfattet som at helsepersonell manglet nødvendig kunnskap eller kompetanse, ble deres trygghets- og sikkerhetsfølelse svekket. Utrygghetsfølelsen økte

når pasientene konkluderte med at sykepleiers kompetansenivå var lavt. Samtidig følte pasientene når sykepleier var uengasjert i sitt arbeid, ikke ønsket å yte litt ekstra, samt gi pleie og omsorg basert på det pasienten uttrykte behov for (Mollon, 2014).

Pasientene i Lasiter og Duffy (2013) setter pris på å ha forutsigbarhet i form av å vite at pleien og omsorgen alltid skal være av god kvalitet, at sykepleiere er kompetente samt har kontroll, eksempelvis at prosedyrene blir utført på en riktig måte og de som pasientene blir godt ivaretatt. Videre, resultatene i Wassenaar et al. (2014) utpekte at sykepleieres holdninger og oppførsel, som å ikke ta pasienten på alvor, manglende forklaring/informering, samt aggressiv stemmebruk og aggressive reaksjoner, skapte frykt hos pasientene, mens det motsatte skapte trygghet. Funn i Mollon (2014) avslørte at sykepleiere, som var omsorgsfulle, tilgjengelige, hjelpsomme, fysisk nære, og ivaretok pasientenes behov fremmet trygghet. Sykehuspasienter er ofte sårbare grunnet forvirring, medikamentvirkning, reduserte kognitive evner og evne til å ta beslutninger, sykdomsforårsaket fysisk svakhet eller funksjonsnedsettelse. Sykepleiers tilgjengelighet og omsorg i slike sårbare situasjoner/momentene økte pasienters trygghet. Mollon (2014, s. 1731) skriver det slik:

“Nurses who were readily available and attended to patient needs timely created a feeling of assurance in patients they were safe when in vulnerable states.”

Videre, studien til Jang et al. (2022) viste at underbemanning skapte en barriere for at helsepersonell kunne være hos pasientene når de trengte det. Nærmere bestemt beskrev en pasient en situasjon der sykepleier var alene på en nattvakt og ikke klarte å komme umiddelbart når pasienten tilkalte sykepleieren, siden det var flere pasienter som hadde et hjelpebehov samtidig.

5.0. Drøfting

Med bakgrunn i oppgavens problemstilling vil dette drøftingskapittelet inneholde drøfting av det sammenfattede resultatet opp mot pensumlitteratur, annen faglitteratur og aktuell erfaring fra praksis. Drøftingens inndeling er basert på hovedfunn fra resultatanalysen. Formålet er å belyse og besvare følgende problemstilling:

“Hvordan kan en sykepleier fremme trygghet og redusere opplevelse av angst hos pasienter rammet av akutt hjerteinfarkt?”

5.1. Sykepleiers rolle i å redusere opplevelse av angst og fremme trygghet

5.1.1. Relasjon og pasientsentrert tilnærming

Etablering av en terapeutisk og omsorgsfull relasjon mellom pasient og sykepleier er definert som sykepleiers faglige og etiske ansvar, og omtalt som en forutsetning for å kunne skape tillit i Mollon (2014). Pasientene, som har tillit til og en tillitsfull relasjon med sykepleiere, føler seg trygge (Mollon, 2014; Wassenaar et al., 2014). Tillit og trygghet blir

skapt hos pasienten når sykepleieren ser og anerkjenner hen som person, gir ham/henne oppmerksomhet og tid, er på tilbudsside og ikke minst kommuniserer med vedkommende (Lasiter & Duffy, 2013; Stubberud, 2020c). Kommunikasjon er utpekt som grunnleggende for å bygge en menneske-til-menneske-relasjon. Ved å kommunisere med pasienten kan sykepleieren også samle inn viktig informasjon, som kan brukes for å planlegge sykepleien til hver enkelt pasient (Travelbee, 1971). Pasientene i Junehag et al. (2014) uttrykte at kommunikasjon om individuelle opplevelser, følelser og erfaringer knyttet til hjerteinfarkt var meget effektivt redskap mot deres bekymring. De satte stor pris på å ha noen å snakke om hverdagslige temaer med, samt noen som kunne lytte på fortellingene om deres opplevelser/erfaringer. Uformelle samtaler kan hjelpe å støtte pasienten psykisk/emosjonelt, utveksle nyttig, relevant og nødvendig informasjon, samt fremme kontakt med og tillit til sykepleieren, og dermed fremme trygghet. På en annen side, kommunikasjon med sykehusinnlagte pasienter kan være både utfordrende og tidskrevende, ifølge sykepleierne i Wassenaar et al. (2015). Tidsmangelen hos sykepleieren og den korte oppholdstiden til pasienten på sykehuset kan stå i veien for dypere personlige samtaler og vanskeliggjøre etablering av en dypere relasjon samt tillit (Lasiter & Duffy, 2013; Romsland et al., 2015; Stubberud, 2020c). Kortere liggetid og tidlige pasientutskrivninger er også et resultat av Samhandlingsreformen, som har pålagt kommunene et betalingsansvar for pasienters sykehusopphold etter at de blir meldt utskrivningsklare (Forskningsrådet, 2016). I tillegg hevder sykepleierne i Wassenaar et al. (2015) at kommunikasjonen med pasientene kan være både utfordrende og tidskrevende. Dessuten, erfaringer fra praksis viser at sykepleiere ofte står overfor vanskelige dilemmaer og må prioritere hva de skal bruke tiden på. Som følge av dette skyves pasientenes psykososiale behov ofte i bakgrunn, mens fysiske behov kommer først i rekka. Dokumentasjon og administrative/organisatoriske oppgaver tar også opp mye tid, som ellers kunne bli brukt hos pasienten. Likevel kan en relasjon/kontakt etableres fortere hvis sykepleieren er åpen om tiden hen har til rådighet. Eventuelt bør sykepleieren avtale et senere tidspunkt for en samtale (Eide & Eide, 2017). Videre, turnusordningen og stort antall helsepersonell gjør at pasienten har mange personer å forholde seg til, som svekker vedkommendes opplevelse av kontinuitet samt kontroll, og kan fremme utrygghetsfølelsen. For å fremme kontinuitet og dermed trygghet er det viktig med et godt dokumentasjonssystem, men også at de samme sykepleiere, så vidt det lar seg gjøre, har ansvar for og kontakt med pasienten (Stubberud, 2020c). En bedre informasjonsflyt blant helsepersonell vil også hjelpe øke kontinuitet (Jang et al., 2022).

Sykepleieren, som møter pasienten som et unikt menneske, viser innsats for å bli bedre kjent med vedkommende og setter seg inn i hans individuelle situasjon fremmer pasientens trygghet (Lasiter & Duffy, 2013). Travelbee fremhevet betydningen av å se og møte pasienten som et enestående individ, som er grunnleggende i personorientering. Ifølge Travelbee, ved hjelp av en sympatisk holdning og sykepleiefaglig kompetanse kan sykepleieren virkelig hjelpe pasienten. Utvikling av gjensidig tillit mellom likeverdige partene i forholdet er en forutsetning for å realisere sykepleiens formål (Eide & Eide, 2017). Travelbee sin sykepleieteori kan sammenliknes med pasientsentrert sykepleie/tilnærming, der ivaretagelse av pasientens fysiske, psykososiale og åndelige behov er sentrale. For å kunne yte pasientsentrert sykepleie trenger sykepleieren å bli kjent med pasienten, få kjennskap til hans opplevelser og erfaringer, personlige preferanser samt behov, og tilpasse

sykepleien til disse (Stubberud, 2020c). Funn i Wassenaar et al. (2015) viste derimot at måten sykepleierne beskrev egne holdninger på ikke stemte overens med pasientsentrert omsorg til tross for at sykepleierne hadde kunnskap om dens betydning i sykepleieutøvelsen. Nærmere bestemt mente sykepleierne at det var viktig å utøve sykepleie samt yte pleie og omsorg på en enhetlig, strukturert og standardisert måte, samt gi informasjon av tilsvarende art. De mente at denne måten å utøve sykepleie på økte pasientenes tillit både til dem og institusjonen som helhet. Likevel fremkommer det at sykepleierne ikke visste om enten pasientene følte seg trygge på avdelingen eller ikke, og at pasientene ikke ble spurt om dette. Videre antok sykepleierne at pasientene følte seg trygge, fordi sykepleierne oppfattet avdelingen som trygg. Sykepleiere bør vise interesse i pasienten som person og spørre om hens følelser for å kunne vite om hens psykososiale behov, inkludert om hen føler seg trygg eller engstelig. I tillegg, for å kunne yte personsentrert omsorg/sykepleie bør sykepleiere få kjennskap til pasientens historie (Wassenaar et al., 2015). Videre, å snakke om det som er ubehagelig, det vil si samtalene om pasientenes følelser, opplevelser og tanker knyttet til hjerteinfarkt, kan minske bekymring og hjelpe pasientene bearbeide følelsene sine (Junehag et al., 2014; Molnes, 2021). Samtidig, for at pasienten vil kunne være åpen og dele sine tanker, følelser, opplevelser og erfaringer med sykepleieren, er etablering av tillit, allianse og god relasjon forutsetninger. Dette vil også danne grunnlag for sykepleieutøvelsen med terapeutisk effekt, ifølge Travelbee (Gonzalez, 2020). Dessuten bør sykepleieren ikke kun høre på det pasienten formidler verbalt, men også observere og forstå det som formidles nonverbalt. Kongruens mellom det pasienten uttrykker verbalt og nonverbalt signaliserer at vedkommende mener det hen uttrykker verbalt (Eide & Eide, 2017).

Upersonlig pleie, altså å bli behandlet som et objekt og ikke subjekt, opplevdes nedverdiggende og økte pasientenes angst samt utrygghet i Wassenaar et al. (2014). Likevel viser forskning at sykepleiere kan fokusere mye på bruk av teknologi samt gjennomføring av andre praktiske oppgaver, og derfor glemme å ta hensyn til eller overse pasientenes psykososiale behov samt følelser. Dette kan være til hinder for oppretting av en terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasient, og dermed øke utrygghetsopplevelsen (Mollon, 2014). Stubberud (2020c) fremhever viktigheten av at sykepleieren ivaretar pasientens integritet mens hen arbeider med teknisk utstyr. Sykepleieren bør huske å betrakte teknologi som et hjelpemiddel og fremdeles gi full oppmerksomhet til selve pasienten som en helhet. Ved å ta hensyn til pasientens psykososiale behov vil sykepleieren vise respekt for pasientens integritet. At pleien/helsehjelpen skal være omsorgsfull samtidig som faglig forsvarlig står også nedfelt i helsepersonelloven (1999, §4).

5.1.2. Sykepleiers pedagogiske funksjon

Flere studier viser at informasjonsformidling og undervisning reduserer angstopplevelsen og øke trygghetsfølelsen hos hjerteinfarkt-pasienter (Petriček et al., 2017; Sararoudi et al., 2016; Wassenaar et al., 2014). Informasjon virker beroligende ved å gjøre pasientens situasjon mer forutsigbar og mindre skremmende. Når sykepleieren informerer om blant annet hjerteinfarkt, aktuell behandling og sekundærforebyggende tiltak, øker hjerteinfarkt-pasientens opplevelse av mestring og kontroll (Stubberud, 2020c). Dette vil gjøre pasientene bedre rustet til å håndtere sykdomskonsekvensene og redusere risikoen for et

nytt hjerteinfarkt. Imidlertid, psykisk stress i krise- og stressituasjoner kan svekke pasientens kognitive evner, inkludert evne til å motta, forstå og bearbeide ny informasjon, spesielt når den gis tidlig i forløpet (Eikeland et al., 2020; Håkonsen, 2014; Stubberud, 2020b). Dessuten, noen pasienter later som om de forstår eller allerede vet informasjonen, selv om de egentlig ikke gjør det (Jang et al., 2022). Videre, angsten kan forsterkes når pasienten bruker fantasien for å prøve å fylle kunnskapshull eller manglende forståelse (Stubberud, 2020b). Hvis informasjonen er vanskelig å forstå, utilstrekkelig og mangelfull, samt innholdet mangler positive aspekter, stiger angst og fortvilelse hos pasientene (Wassenaar et al., 2014). Sykepleieren har derfor en sentral rolle for å sikre at informasjonen ikke kun blir formidlet, men også hørt og forstått av pasienten (Eide & Eide, 2017). Til tross for potensielt svekket forståelsesevne hos pasienten, anbefales det å formidle informasjon tidlig i forløpet. I tillegg bør sykepleieren bruke tilstrekkelig tid og gjenta informasjonen ved behov for å sikre at den blir mottatt og forstått av pasienten (Eikeland et al., 2020; Wassenaar et al., 2015). Dette kan også forebygge eller korrigere eventuelle vrangforestillinger eller feiloppfatningene og dermed minske pasientens angst og utrygghet (Stubberud; 2020b).

Flere forskningsartikler viser at dårlig kommunikasjon og utilstrekkelig informasjon øker utrygghet og angst hos sykehusinnlagte pasienter (Mollon, 2014; Wassenaar et al., 2014; Wassenaar et al., 2015). Likevel fremkommer det i Junehag et al. (2014) og Petriček et al. (2017) at pasientene fikk hjerteinfarkt-relatert informasjon, som var utilstrekkelig og ikke dekket deres informasjonsbehov. Pasientene uttrykte behov for spesifikk informasjon både direkte og indirekte. For det første var pasientene veldig engstelige grunnet usikkerheten knyttet til ulike kroppslige sensasjoner og fysiologiske endringer, for de mistenkte disse for å være et symptom på et hjerteinfarkt. Dette indikerer at pasientene behøver informasjon og undervisning om hjerteinfarkt-symptomer. I tillegg, pasientene i Petriček et al. (2017) uttrykte direkte at de ville motta symptom-relatert informasjon, særlig om forskjellen mellom symptombildet knyttet til hjerteinfarkt og andre potensielle årsaker. Eikeland et al. (2020) påpeker viktigheten av at informasjonen om hjerteinfarkt er individualisert i forhold til ulikheter i symptombildet mellom kjønnene for å sikre at pasientene vet når de bør søke hjelp. Videre, ved å gi tydelig og forståelig informasjon om hjerteinfarkt-symptomer og indikasjoner for når hjelpen skal søkes vil sykepleieren dempe pasientenes usikkerhet samt angst (Eikeland et al., 2020). For det andre, pasientene i Petriček et al. (2017) ønsket å motta ikke kun generell og standardisert informasjon om hjerteinfarkt, men også individualisert informasjon om deres spesifikke tilfelle av hjerteinfarkt. Gjennom refleksjon over livsstilen deres før sykdomsdebut ønsket de å identifisere og forstå årsaken til hjerteinfarkt i akkurat deres tilfelle. Eide og Eide (2017) påpeker viktigheten av å tilpasse informasjonen til det pasientene ønsker og trenger å vite eller lære om. Dette krever forberedelser fra sykepleierens side og at sykepleieren undersøker hva slags informasjon akkurat den pasienten behøver. For det tredje, pasientene i Junehag et al. (2014) uttrykte at de savnet persontilpasset istedenfor standardisert informasjon. Nærmere bestemt ønsket de informasjon om mulige psykososiale konsekvenser av sykdommen og å få bekreftelse på at det var normalt å føle bekymring i deres situasjon. De følte derimot at fokuset i formidlet informasjon i stor grad var på helseutfordringer og trening. Håkonsen (2014) understøtter det at å føle angst og usikkerhet er normalt, spesielt den første tiden etter en traumatisk hendelse når ens kognitive evner er svekket. Sykepleierne bør formidle dette til

hjerterinfarkt-pasienter og normalisere deres opplevelser og reaksjoner. Dette kan hjelpe pasientene å akseptere og håndtere følelsene sine (Håkonsen, 2014; Stubberud, 2020d). Dessuten, særlig i slike situasjoner er det essensielt at sykepleierne har gode kommunikasjonsferdigheter. Ved å sørge for at det som formidles verbalt stemmer overens med det nonverbale og bruke aktiv lytting, inkludert nonverbal og bekreftende kommunikasjon, vil sykepleieren bidra til økt trygghet og mindre engstelse hos pasientene (Eide & Eide, 2017).

Studien til Wassenaar et al. (2014) påpeker at tap av kontroll er en vanlig opplevelse blant pasientene med en kritisk sykdom, og fører til frykt og angst. Studiene til AbuRuz (2018) og Sararoudi et al. (2016) understreker viktigheten av at hjerterinfarkt-pasientene forstår sykdommen sin bedre og gjenvinner kontroll over situasjonen sin. Samtidig viser studiene at de sistnevnte faktorene virker angstlindrende. Undervisning er en måte å øke sykdomsforståelse og opplevelse av kontroll på, for den hjelper pasienten å se sykdommen som noe hen kan kontrollere gjennom konkrete handlinger, som livsstilsendringer og sekundærforebyggende tiltak. I tillegg kan forutsigbarhet og opplevd kontroll økes ved at sykepleieren informerer pasienten om blant annet rutiner, prosedyrer, undersøkelser og behandling, men også et potensielt ubehag og komplikasjoner, eksempelvis knyttet til PCI-behandling (Eikeland et al., 2020; Moesmand & Kjøllesdal, 2005; Wassenaar et al., 2014). Å gi informasjon om potensielle problemer, ubehag og komplikasjoner før de oppstår øker forutsigbarheten, reduserer ubehag og dermed stressopplevelsen (Håkonsen, 2014). En annen måte å øke opplevelse av kontroll, og dermed redusere angst, på er å gjøre pasienten til en aktiv deltaker i sin behandling, som kalles for empowerment eller pasientmedvirkning. Alle pasienter med samtykkekompetanse har rett til medvirkning. Samtykkekompetanse og autonomi forutsetter kunnskap, derfor er informasjon, undervisning og veiledning igjen viktige i denne sammenheng (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1; Stubberud, 2020c). Videre fremkommer det i Jang et al. (2022) at kunnskap og informasjon er sentrale for at pasientene vil kunne kommunisere adekvat med helsepersonell og medvirke. Samtidig, ved å oppmuntre pasienten til å øke deltakelse i egen behandling samt beslutningstaking, kan sykepleiere fremme pasientens empowerment og trygghetsfølelse (Mollon, 2014; Wassenaar et al., 2014).

5.1.3. Sykepleiers holdninger, handlinger, kompetanse og tilstedeværelse

Funn i Mollon (2014), Lasiter og Duffy (2013), Wassenaar et al. (2014) og Jang et al. (2022) viste at helsepersonell/sykepleierens kompetanse, samt det hen uttrykker nonverbalt via sine holdninger og handlinger, påvirker pasientenes trygghetsopplevelse. På den ene side, sykepleiere, som viste omsorg og villighet til å hjelpe, altså en god og omsorgsfull sykepleie, virket betryggende (Mollon, 2014). Dette støttes av Kristoffersen og Nortvedt (2019), som viser at sykepleierens kompetanse og handlinger fremmer trygghet. Disse begrepene omfatter blant annet at sykepleieren har kontroll over pasientsituasjonen, utfører regelmessig tilsyn, overvåker, følger opp, vet når legetilsyn er nødvendig og tilkaller legen ved behov, utfører riktig og trygg medisinhåndtering samt gjennomføring av prosedyrer. For øvrig, pasientene betrakter det som omsorg når sykepleieren er oppmerksom på vedkommendes behov, er tilgjengelig og reagerer hensiktsmessig, og dette fører til at pasientene føler seg trygge og ivaretatt. Med andre ord, tilstrekkelig kompetanse

hos helsepersonell virker betryggende og angstdempende, for pasienten føler at personalet har kontroll og at vedkommende er i trygge hender. I tillegg viser egen erfaring at helsepersonell, som er rolige og trygge på seg selv, inkludert egen kompetanse, 'smitter over' tilsvarende holdninger og følelser på pasientene. På den andre side, pasientenes subjektive oppfattelse av kompetansemangel hos sykepleiere reduserte deres trygghetsopplevelse. Funn i Mollon (2014) avslørte at ved samhandling med sykepleier vurderte og bedømte pasientene hens kunnskaps- og kompetansenivå. Pasientene forventet et visst nivå av kunnskap og kompetanse hos helsepersonell, og hvis disse subjektive kravene og forventningene ikke ble oppfylt, minsket pasientenes trygghetsfølelse. Med andre ord, når pasientene starter å tvile på sykepleierens kompetanse, inkludert kunnskap og praktiske ferdigheter, føler de seg mindre trygge. Dessuten viste forskningsstudiet til Lasiter og Duffy (2013) at sykepleiere, som pasientene ikke oppfattet som kompetente, profesjonelle og forutsigbare, økte deres bekymring, minsket tillit og trygghetsfølelse. Sykepleieren bør derfor oppføre seg profesjonelt og være bevisst på sin oppførsel samt kommunikasjon i møte med pasientene (Lasiter & Duffy, 2013). Basert på tidligere drøfting kan man også tolke det som at i samhandling med pasienten sykepleiere bør demonstrere sin kompetanse og kunnskap for å vise at vedkommende er i trygge hender, øke forståelse og forutsigbarhet hos pasienten, samtidig som å være mer bevisst på sine handlinger. I tillegg, ved hjelp av opplæring, kan sykepleiere øke egen kompetanse for å bli bedre rustet til å ivareta pasienten på en helhetlig måte, for sykepleieyrket omfatter nettopp dette (Kristoffersen & Nortvedt, 2019; Stubberud, 2020a). Samtidig, jamfør helsepersonelloven (1999, §4), skal sykepleier ikke påta seg oppgaver som hen ikke har tilstrekkelig kompetanse til å utføre, men skal utføre arbeid i henhold til sine faglige kvalifikasjoner. Med andre ord skal sykepleier ikke utsette pasienten for potensiell fare ved å utføre oppgaver, som hen mangler kompetanse/kvalifikasjoner for å utføre. Slik vil hen også unngå å gjøre pasienten utrygg (Mollon, 2014).

Sykepleiere kan skape trygghet ved hjelp av tilgjengelighet, tilstedeværelse og berøring (Mollon, 2014; Stubberud, 2020c). At tjenestene er trygge og sikre er blant forutsetningene for en god tjenestekvalitet (Orvik, 2022). På den andre side, sett utfra et systemperspektiv, er underbemanning en stor årsak til tidsmangel og betydelig hinder til at sykepleiere vil kunne rekke å være til stede hos enhver pasient når de uttrykker behov for det. Dette understøttes av Jang et al. (2022), som viste at underbemanning var prevalent i helsevesenet og hadde uheldige konsekvenser for kvaliteten av behandlingen. Nærmere bestemt begrenset den tiden sykepleieren kunne tilbringe hos hver eneste pasient, og reduserte sykepleierens tilgjengelighet samt tilstedeværelse hos pasientene. Dette gjenspeiles i Orvik (2022), der en norsk undersøkelse viste underbemanning som største årsak til blant annet mangelfull pleie og omsorg, men også prevalens av forsømmelser. Imidlertid, sykepleierens opptreden/oppførsel og væremåte under samhandling med pasienten er avgjørende for om og i hvor stor grad pasienten opplever å bli sett og ivaretatt, og ikke nødvendigvis avsatt tid. Tross tidsmangelen kan sykepleieren oppføre seg som om hen har god tid. Nærmere bestemt, ved å sette seg ned og virke avslappet i møte med pasienten vil sykepleieren vise oppmerksomhet, formidle respekt samt troverdighet til den enkelte pasient (Stubberud, 2020c). Dessuten vil god oppgaveprioritering og -delegering bidra til at sykepleieren får bedre tid (Orvik, 2022).

5.2. Styrker og svakheter med litteraturstudiet

Litteratursøket resulterte i et stort antall søketreff. Dette gjorde utvelgelsesprosessen tidskrevende og omfattende, som kan tolkes som en svakhet. Likevel presenterte dette en mulighet til å utforske eksisterende forskning/publiserte artikler med kunnskap om et bestemt tema. Litteraturstudien er basert på nyere forskningsartikler (med publiseringsår 2013-2023), som er en styrke, for de presenterer en oppdatert kunnskap i fagfeltet. En styrke er også at det ble inkludert både kvantitative og kvalitative artikler, samt én oversiktsartikkel og én konseptanalyse for å belyse temaet og problemstillingen utfra ulike perspektiver og på ulike måter. Variasjon i designvalget understøttes av Thidemann (2019). For øvrig er det en styrke at flere temaer var gjennomgående i forskningsartiklene, der både like og ulike perspektiver/syn ble presentert. Det kan anses som svakhet at tre studier handler om kritisk syke pasienter på intensivavdeling. Likevel betraktes hjerteinfarkt som en akutt og kritisk sykdom, derfor er hjerteinfarkt-pasienter akutt og kritisk syke. Samtidig kan disse pasientene også bli innlagt på intensiv- og overvåkningsavdelinger. I tillegg, at Travelbee sin originale bok ble benyttet er en styrke. Imidlertid ble det også benyttet flere norske pensumbøker med oversettelsen av hennes teori. Dette kan ha betydning for forklaringen/tolkningen av teorien og er en svakhet.

Behovet for mer forskning relevant for problemstillingen kan tolkes som en svakhet. Flere studier peker på behovet for mer forskning på sammenhengen mellom hjerteinfarkt og angst samt utrygghet, samt erkjenner at post-hjerteinfarkt angst og angstreduserende tiltak (særlig sykepleietiltak) på sykehus er et lite utforsket tema. Erfaringer fra søkeprosessen bekreftet dette. Likevel kan det anses som en styrke at oppgaven setter lys på et ganske forsømt/oversett tema. Videre er det en styrke at fire artikler kommer fra EU-land, inkludert Sverige, som gjør dem mer overførbare til norsk helsevesen. På den andre side kan det anses som svakhet at de fleste (fem) artiklene har sin opprinnelse i andre land enn Norge og land innenfor Den europeiske union. Det kan derfor diskuteres hvorvidt situasjonen i helsevesenet i de landene likner på situasjonen i norsk helsevesen. Imidlertid kunne litteraturstudiet ikke begrenses til norske/skandinaviske artikler grunnet mangel på relevant norsk/skandinavisk forskning knyttet til temaet og problemstillingen. Samtidig ble funn, som ikke var aktuelle eller hadde lav overføringsverdi til helsevesenet i Norge, ikke benyttet i oppgaven. Begrenset tid er også en svakhet siden den setter rammer på tiden én kan bruke på eksempelvis litteratursøk. At alle anvendte forskningsartiklene er engelskspråklige kan bli ansett som svakhet siden det alltid finnes risiko for oversettelsesfeil, selv om et oversettelsesprogram ble benyttet for å etterstrebe best mulig forståelse.

6.0. Konklusjon

Sykepleiere på sykehusavdelinger har et størst fokus på somatikken og pasientens fysiske behov. Inkludert forskning underbygger viktigheten av å ha fokus på hjerteinfarkt-pasienters opplevelse av angst og utrygghet, samt reduksjon av disse. Dette litteraturstudiet belyste et ganske forsømt og oversett tema. I litteraturstudien ble det undersøkt, belyst, drøftet og besvart hvordan en sykepleier kan fremme opplevelse av trygghet og redusere angst hos sykehusinnlagte pasienter rammet av akutt hjerteinfarkt. I

analyseprosessen ble tre temaer identifisert, som deretter ble diskutert: "Relasjon og pasientsentrert tilnærming", "Sykepleiers pedagogiske funksjon" og "Sykepleiers holdninger, handlinger, kompetanse og tilstedeværelse".

Funn fra artiklene framhever viktigheten av at sykepleieren sørger for å bli kjent og danne en tillitsfull relasjon med pasientene samt utøver sykepleie i samsvar med pasientsentrert tilnærming. Studien har avslørt at uformelle samtaler hjelper å danne en relasjon. I tillegg, sykepleierens holdninger, handlinger og kompetanse spiller en stor rolle i pasientens trygghets- og angstopplevelse. Kunnskapsrike, kompetente og dyktige sykepleiere samt størst mulig kontinuitet øker pasientenes trygghetsopplevelse. Funnene har også avslørt at sykepleierens tilstedeværelse fører til økt trygghetsfølelse hos pasientene. Imidlertid blir tiden, som sykepleieren kan tilbringe hos enhver pasient, mye begrenset, siden pasientene blir utskrevet fra sykehuset relativt raskt, og underbemanning samt tidsmangel generelt er prevalente i helsevesenet. Til tross for tidsmangelen bør sykepleieren praktisere god prioritering, delegering, vise oppmerksomhet samt oppføre seg rolig i møte med pasienten, for dette vil virke beroligende.

Pasientene rammet av en akutt og kritisk sykdom befinner seg ofte i sjokkfasen, der deres evne til å motta og forstå informasjonen blir negativt påvirket. Sykepleieren bør etterstrebe å gi så godt gjennomtenkt, fullstendig og konkret informasjon som mulig, men også sikre at pasienten faktisk har forstått den og gjenta ved behov. Informasjon om blant annet rutiner, prosedyrer og behandling øker forutsigbarhet samt demper usikkerhet. Samtidig er det viktig at sykepleieren undersøker hvilket informasjonsbehov pasienten har for å kunne dekke det, samt gir individuelt tilpasset informasjon. Informasjon og undervisning gir økt sykdomsforståelse og opplevd kontroll, samtidig som fremmer empowerment, som studiene og pensumlitteraturen har vist virker angst- og utrygghetsdempende.

Avslutningsvis er det viktig at sykepleiere, som jobber på et sykehus med hjerteinfarkt-pasienter, er mer bevisste på ivaretagelse av deres psykososiale behov samt egen rolle i større trygghetsopplevelse og lavere angstopplevelse hos pasientene under deres sykehusopphold.

Referanseliste

- AbuRuz M. E. (2018). Perceived control moderates the relationship between anxiety and in-hospital complications after ST segment elevation myocardial infarction. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 11, s. 359–365. <http://dx.doi.org/10.2147/JMDH.S170326>
- Christoffersen, L., Asbjørn, J., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt forlag.
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Det norske akademis ordbok. (2023). *Trygg*. <https://naob.no/ordbok/trygg>
- Eide H. & Eide T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner*. (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Eikeland, A., Stubberud, D. G. & Haugland, T. (2020). Sykepleie ved hjertesykdommer. I D. G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 229 – 280). Gyldendal Akademisk.
- Feng, H. P., Chien, W. C., Cheng, W. T., Chung, C. H., Cheng, S. M., & Tzeng, W. C. (2016). Risk of anxiety and depressive disorders in patients with myocardial infarction: A nationwide population-based cohort study. *Medicine*, 95(34), 4464. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000004464>
- Folkehelseinstituttet. (2022a, 10. juni). *Tall fra Dødsårsaksregisteret 2021*. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/tall-fra-dodsarsaksregisteret-2021/#:~:text=I%202021%20var%20kreft%20>
- Folkehelseinstituttet. (2022b, 4. oktober). *Forekomst av hjerte- og karsykdommer i 2021*. <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/hjertekar/forekomst-av-hjerte--og-karsykdommer-i-2021/#:~:text=I%20Hjerte%2D%20og%20karregisteret%20ble%20det%20registrert%2013%20643%20pasienter,hjerteinfarkt%20i%202021%20var%20kvinner>.
- Forskningsrådet. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen: Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)*. <https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1254019340907.pdf>
- Gonzalez, M. T. (2020). Relasjonsarbeid – sykepleieprosessens mellommenneskelige del. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 57-67). Gyldendal Akademisk.
- Govatsmark, R. E. S., Halle, K. K., Sneeggen, S., Berge, V. B., Krokan, T. G. & Bønaa, K. H. (2022). *Årsrapport 2021: Med plan for forbedringstiltak*. Norsk hjerteinfarktregisteret. <https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2022-07/%C3%85rsrapport%202021%20Norsk%20hjerteinfarktregister.pdf>

Grønmo, S. (2023a, 16. januar). *Kvalitativ metode*. Store norske leksikon.
https://snl.no/kvalitativ_metode

Grønmo, S. (2023b, 16. januar). *Kvantitativ metode*. Store norske leksikon.
https://snl.no/kvantitativ_metode

Grønseth, R. & Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie: Praktiske råd i skriveprosessen*. Fagbokforlaget.

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. (5. utg.). Gyldendal Akademisk.
Helgesen, A. K. (2019). Sosial kontakt. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. -A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 141-167). Gyldendal Akademisk.

Helsebiblioteket. (2016). *4.1 Sjekklist*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklist>

Helsedirektoratet. (2018, 01. Januar). *§ 3-2 Pasientens og brukerens rett til informasjon*
<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/rett-til-medvirkning-og-informasjon/pasientens-og-brukerens-rett-til-informasjon>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#%C2%A710

Jang, S. G., Park, E., Lee, J., Choi, J. E., Lee, S. I., Han, H., Park, E., & Lee, W. (2022). An Exploration Into Patients' Experiences That Make Them Feel Safe During Hospitalization: A Qualitative Study. *Journal of Korean medical science*, 37(33), e256.
<https://doi.org/10.3346/jkms.2022.37.e256>

Kristoffersen, N. J. (2019). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. -A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 15-80). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2019). Pasient og sykepleier – verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. -A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., s. 89-132). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. -A. & Grimsbø, G. H. (2019). Hva er sykepleie? Sykepleie – fag og funksjoner. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. -A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 1: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., s. 15-27). Gyldendal Akademisk.

- Lasiter, S., & Duffy, J. (2013). Older adults' perceptions of feeling safe in urban and rural acute care. *The Journal of nursing administration*, 43(1), s. 30–36.
<https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182786013>
- Moesmand, A. M. & Kjøllesdal, A. (2005). *Å være akutt kritisk syk: Om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov.* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Mollon D. (2014). Feeling safe during an inpatient hospitalization: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 70(8), 1727–1737. <https://doi.org/10.1111/jan.12348>
- Molnes, S. I. (2021). Kommunikasjon med personer i akutte situasjoner. I F. P. Vasset & S. I. Molnes (Red.), *Kommunikasjon i klinisk og sosialt arbeid* (s. 103 – 108). Fagbokforlaget.
- Norsk Helseinformatikk. (2022, 19. oktober). *Akutt hjerteinfarkt – en oversikt.*
<https://nhi.no/sykdommer/hjertekar/koronarsykdom/hjerteinfarkt-oversikt/#:~:text=%C3%85rlig%20registreres%2013.000%20tilfeller%20av,tilfeller%20hver%20dag%20%C3%A5ret%20rundt!>
- Norsk senter for forskningsdata. (2023). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler.*
<https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer.*
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- NTNU Universitetsbiblioteket. (u.å.). *Søk i Oria.* Hentet 12. april 2023 fra https://bibsys-almaprimo.hosted.exlibrisgroup.com/primο-explore/search?vid=NTNU_UB
- Ørn, S. & Brunvand, L. (2019). Hjerte- og karsykdommer. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 162 – 200). Gyldendal Akademisk.
- Orvik, A. (2022). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i faglig ledelse, samhandling og kvalitetsforbedring.* (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, I., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., Thomas, J., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews, *BMJ*, 372, s. n71. doi: 10.1136/bmj.n71
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Petriček, G., Buljan, J., Prljević, G., & Vrcić-Keglević, M. (2017). Perceived needs for attaining a 'new normality' after surviving myocardial infarction: A qualitative study of

patients' experience. *The European journal of general practice*, 23(1), s. 35-42.
<https://doi.org/10.1080/13814788.2016.1274726>

Roest, A. M., Heideveld, A., Martens, E. J., de Jonge, P., & Denollet, J. (2014). Symptom dimensions of anxiety following myocardial infarction: associations with depressive symptoms and prognosis. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 33(12), s. 1468–1476.
<https://doi.org/10.1037/a0034806>

Romsland, G. I., Dahl, B. & Slettebø, Å. (2015). *Sykepleie og rehabilitering*. Gyldendal Akademisk.

Sararoudi, R. B., Motmaen, M., Maracy, M. R., Pishghadam, E., & Kheirabadi, G. R. (2016). Efficacy of illness perception focused intervention on quality of life, anxiety, and depression in patients with myocardial infarction. *Journal of research in medical sciences : the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 21, 125. <https://doi.org/10.4103/1735-1995.196607>

Stubberud, D. G. (2020a). Pasientens psykososiale behov: konsekvenser for sykepleierens kompetanse. I D. G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 48 – 77). Gyldendal Akademisk.

Stubberud, D. G. (2020b). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D. G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 15 – 47). Gyldendal Akademisk.

Stubberud, D. G. (2020c). Å ivareta den voksne pasientens psykososiale behov. I D. G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 78 – 126). Gyldendal Akademisk.

Stubberud, D. G. (2020d). Å ivareta pasientens psykososiale behov etter overføring fra intensivavdeling til sengepost. I D. G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 165 – 178). Gyldendal Akademisk.

Thidemann, I. -J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. F. A. Davis Company.

Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk - helsekompetanse og brukervedvirkning* (2. utg.). Fagbokforlaget.

Wassenaar, A., Schouten, J., & Schoonhoven, L. (2014). Factors promoting intensive care patients' perception of feeling safe: a systematic review. *International journal of nursing studies*, 51(2), s. 261–273. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.07.003>

Wassenaar, A., van den Boogaard, M., van der Hooft, T., Pickkers, P., & Schoonhoven, L. (2015). 'Providing good and comfortable care by building a bond of trust': nurses views regarding their role in patients' perception of safety in the intensive care unit. *Journal of clinical nursing*, 24(21-22), s. 3233–3244. <https://doi.org/10.1111/jocn.12995>

Wen, Y., Yang, Y., Shen, J., & Luo, S. (2021). Anxiety and prognosis of patients with myocardial infarction: A meta-analysis. *Clinical Cardiology*, 44(6), s. 761-770. <https://doi.org/10.1002/clc.23605>

Vedlegg 1

Sjekkliste for vurdering av en randomisert kontrollert studie (RCT)

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av fem deler:

A: Er studien en randomisert kontrollert studie?

B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?

C: Hva er resultatene?

D: Kan resultatene brukes i din praksis?

Oppsummering av vurderingen

Spørsmålene i del A handler om studiedesignet og kan besvares ganske raskt. Hvis du, basert på svarene dine i del A, finner at studiedesignet er rett fortsetter du til del B for å vurdere metodisk kvalitet og om det er verd å fortsette vurderingen og svare på spørsmålene i del C og D.

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». Det er også plass til dine egne kommentarer.

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2013). CASP Randomised Controlled Trials Checklist. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
Hentet: 27.11.2020.

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

Kritisk vurdering av:

Sararoudi, R. B., Motmaen, M., Maracy, M. R., Pishghadam, E., & Kheirabadi, G. R. (2016). Efficacy of illness perception focused intervention on quality of life, anxiety, and depression in patients with myocardial infarction. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 21, s. 1-7. <https://doi.org/10.4103/1735-1995.196607>

Middels poengsum: 6/9.

Del A: Er studien en randomisert kontrollert studie?

1. Er forskningsspørsmålet klart og tydelig?

Ja – **Nei** – **Uklart**

Tips: Ble studien gjort for å vurdere utfall av et tiltak?

Er forskningsspørsmålet tydelig med hensyn til:

- Populasjon (population)
- Tiltak (intervention)
- Sammenligning (comparator)
- Utfall (outcome)

Kommentar:

Studiens hensikt var å undersøke og evaluere effekten av en intervensjon knyttet til sykdomsforståelse på hjerteinfarkt-pasienters nivå av angst, depresjon og deres livskvalitet. Studien så det som nødvendig med ytterligere forskning med utvidet oppfølgingsperiode for å undersøke utfall av intervensjonen på lengre sikt.

2. Ble deltagerne tilfeldig fordelt (randomisert) på en tilfredsstillende måte?

Ja – **Nei** – **Uklart**

Tips:

- Hvordan ble randomiseringen gjennomført? Eksempler på gode fordelingsmåter er dataprogram eller lukkede konvolutter. Eksempler på dårlige fordelingsmåter er ukedag og fødselsdato.
- Var randomiseringen tilstrekkelig for å unngå systematisk skjevhet (bias)?
- Den som plasserer deltagerne i de ulike gruppene, må ikke vite hvilken av gruppene deltageren havner i (skjult allokering).

Kommentar:

Det kommer ikke frem i studien hvordan randomiseringen ble gjennomført, kun at det ble benyttet en enkel randomiseringsmetode. Det var inkludert studiedeltakere/pasienter fra ulike sykehus, som er positivt. Forsøksgruppen deltok på intervensjonen, som innebar undervisning, med formål å få bedre forståelse om sykdomsprosesser.

3. Ble alle inkluderte deltagere gjort rede for ved slutten av studien?

Ja – **Nei** – **Uklart**

Tips:

- Er grunner til frafall beskrevet?
- Ble alle deltagerne analysert i den gruppen de ble randomisert til (intention to treat)?
- Ble studien avsluttet tidligere enn planlagt, og er dette i så fall begrunnet?

Kommentar:

I metodekapittelet beskrives det at 17 pasienter utfra 65, som ble invitert til studien, ikke ønsket å delta. Det var ikke rapportert frafall av studiedeltakere ved slutten av studien. Alle studiedeltakere i intervensjonsgruppen deltok på og fullførte intervensjonen, og studien ble avsluttet som planlagt.

Del B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?

4. Blinding

Tips:

- Uten blinding er det større risiko for systematiske feil (bias), særlig for subjektive utfallsmål som for eksempel smerte eller tilfredshet.
- Kan eventuell manglende blinding påvirke resultatene i denne studien?
- Ble deltagerne blindet med hensyn til hvilket tiltak de fikk?

Ja – **Nei** – **Uklart**

- Ble den som gav tiltaket blindet med hensyn til hvilken gruppe deltagerne var i?

Ja – **Nei** – **Uklart**

- Ble den som målte og/eller analyserte utfallene blindet?

Ja – **Nei** – **Uklart**

Kommentar:

Det framkommer ikke i studien om det ble brukt blinding verken i forhold til studiedeltakerne eller forskerne.

5. Var gruppene like ved starten av studien?

Ja – **Nei** – **Uklart**

Tips:

- Se om gruppene var like ved oppstart av studien (etter randomisering) med hensyn til for eksempel alder, kjønn, sosioøkonomisk status, relevante diagnoser og utfallsmål. Dette finner du gjerne i en tabell over deltagerkarakteristika ved baseline.
- Var det noen forskjeller mellom gruppene som kan ha påvirket utfallene?

Kommentar:

Gruppene var like ved oppstart av studien. I studien ble det inkludert pasienter, som oppfylte diagnostiseringskriteriene for et hjerteinfarkt (som brystmerter, som varte i over tjue minutter, og utslag på EKG). Demografiske variablene, som besto av alder, kjønn, sivilstatus og utdanning, ble målt. Gjennomsnittsalder var noe høyere i intervensjonsgruppen, men andre variablene var stort sett like mellom gruppene.

6. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som ble evaluert?

Ja – **Nei** – **Uklart**

Tips:

- Var den en klart definert studieprotokoll?
- Var eventuelle tilleggstiltak (for eksempel undersøkelser, behandling) like i begge (alle) gruppene? Ulikheter kan føre til systematiske skjevheter (bias).
- Var måletidspunktene (follow-up intervals) like i begge gruppene?

Kommentar:

Måletidspunktene var like i begge gruppene: 1-3 dager etter at studiedeltakerne ble innlagt på sykehus, og deretter 1,5 samt 3 måneder etter intervensjonen. I tillegg ble det krysset av for Nei, fordi forskerne ikke fortalte om enten alle andre tiltak utenom tiltak i intervensjonen ble utført likt i begge gruppene.

Del C: Hva er resultatene?

7. Er effektene av tiltakene omfattende rapportert?

Ja – **Nei** – **Uklart**

Tips:

- Ble det gjort en styrkeberegning?
- Hvilke utfall ble målt, og var de klart beskrevet?
- Hvordan ble resultatene presentert? Ble relativ og absolutt effekt rapportert for todelte (binary) utfall?
- Ble resultater rapportert for hvert enkelt utfall i hver enkelt gruppe på hvert enkelt måletidspunkt?
- Var det noen ukomplette eller manglende data?
- Hvis det var ulikt frafall i gruppene, kan dette ha på virket resultatene?
- Ble mulige kilder til skjevhet (bias) identifisert?
- Hvilke statistiske tester ble brukt?
- Er p-verdier rapportert?

Kommentar:

Det ble målt tiden det tok for studiedeltakerne å komme tilbake på jobb etter intervensjonen og sykehusutskrivelse, nivå av angst, depresjon og sykdomsforståelse før og etter intervensjonen hos begge gruppene. Ulike variabler, som inngår i livskvaliteten, ble også målt før og etter intervensjonen. Det ble rapportert resultater for hvert enkelt utfall i hver enkelt gruppe på hvert enkelt måletidspunkt. Det var ikke rapportert frafall i gruppene. Studien har derimot ikke inkludert beskrivelse av skjevhet. Kartleggings- og spørreskjemaer, som ble benyttet for å måle ulike utfall, var: Illness Perception Questionnaire Brief, Hospital anxiety and depression scale og The World Health Organization Quality of Life Questionnaire (kortversjon). P-verdier for hvert utfall er rapporterte.

8. Er presisjon rundt effektestimater rapportert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Er konfidensintervallet (KI/CI) oppgitt?

Kommentar:

Konfidensintervallet (KI/CI) ble ikke oppgitt.

9. Veier fordelene ved tiltaket opp for bivirkninger og kostnader?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Hvor stor er effekten av tiltaket?
- Ble bivirkninger eller andre uønskede hendelser rapportert for hver gruppe?
- Ble det gjort en kostnadseffektanalyse? En slik analyse gjør det mulig å sammenligne ulike tiltak brukt for samme tilstand.

Kommentar:

Angst- og depresjonsnivå var betydelig redusert hos pasienter med et hjerteinfarkt som følge av intervensjonen, basert på evalueringen etter tre måneder. Angstnivået hos kontrollgruppen har økt, mens hos intervensjonsgruppen har det gått ned betydelig - fra 14,9 ned til 6,8 poengsum. Sykdomsforståelsen hos intervensjonsgruppen ble også betydelig forbedret etter intervensjonen, samtidig som pasientene i intervensjonsgruppen kom tilbake på jobb tidligere. Studien fremhever at intervensjonen er enkel å implementere, er kortvarig (består av tre halvtimes individuelle økter i tre dager) og undervisningsbasert, samt ble gjennomført på en sengepost. Intervensjonen har ikke ført til bivirkninger eller andre uønskede hendelser. Det framkommer imidlertid ikke hvor mye det kostet å gjennomføre intervensjonen samtidig som det ble ikke gjennomført kostnadseffektanalysen. Likevel antar forskerne at intervensjonen kan spare

kostnader ved å hindre reinnleggelser og gjøre at pasientene kommer tilbake på jobb tidligere.

Poengsum: 6/9.

Del D: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Kan resultatene overføres til din praksis?

Ja – **Nei** – **Uklart**

Tips:

- Er deltagerne i studien like nok de du møter i din praksis?
- Ville forskjeller mellom din populasjon og studiedeltagerne endre utfallene som er rapportert i studien?
- Er utfallene i studien viktige for pasienter, brukere og beslutningstagere du møter i din praksis?
- Er det andre utfall du ville hatt informasjon om som ikke ble målt eller rapportert i studien?
- Er det begrensninger i studien som vil påvirke din avgjørelse om å bruke resultatene i din praksis?

Kommentar:

Intervensjonen framkommer som ganske lett implementerbar av en sykepleier, som jobber på en sengepost, siden den besto av undervisning knyttet til ulike sykdomsrelaterte temaer og problemstillinger. Det positive er også at intervensjonen er kortvarig, men effektiv.

11. Er tiltaket i studien bedre enn dagens praksis?

Ja – **Nei** – **Uklart**

Tips:

- Hvilke ressurser kreves for å ta i bruk dette tiltaket? For eksempel tid, penger, kompetanseheving og praktisk opplæring.
- Kan du omfordele ressurser for å ta i bruk det nye tiltaket?

Kommentar:

Intervensjonen ble gjennomført av en psykisk helserådgiver. Dette indikerer at, for å kunne ta i bruk dette tiltaket, er det nødvendig med kompetanseheving og opplæring, særlig i forhold til identifisering og endring av pasientenes feilaktige sykdomsoppfattelser. Undervisningsinnholdet i det andre og tredje økt likner på innholdet av undervisningsopplegget på 'Hjerterehabilitering', der pasientene blir

informert om blant annet viktigheten av sunn livsstil, god etterlevelse av medikamentbruk og pårørendes rolle i pasientenes rehabiliteringsfase.

Vedlegg 2

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 sjekklistor. Se www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor

Kritisk vurdering av:

Wassenaar, A., van den Boogaard, M., van der Hooft, T., Pickkers, P., & Schoonhoven, L. (2015). 'Providing good and comfortable care by building a bond of trust': nurses views regarding their role in patients' perception of safety in the intensive care unit. *Journal of clinical nursing*, 24(21-22), s. 3233–3244. <https://doi.org/10.1111/jocn.12995>

Høy poengsum: 8/8.

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 definere og forstå intensivsykepleiernes mening/syn angående deres rolle i pasientenes trygghetsoppfatning på intensivavdeling for å oppnå en konseptuell beskrivelse av deres rolle. Forskerne mente at funn i denne studien kunne føre til teoriutvikling om dette temaet i fremtidig forskning. Problemstillingen er relevant for bacheloroppgavens problemstilling.

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

Ja – **Nei** – **Uklart**

Tips:

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

Kommentar:

Kvalitativ metode er hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen, for studien har som mål å forstå og definere/beskrive sykepleiernes mening/syn i forhold til deres rolle i pasientenes oppfatning av trygghet på intensivavdeling, basert på sykepleiernes egne opplevelser og erfaringer.

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:

Forskerne har begrunnet designvalget ved å gjenta problemstillingen, men også trekke frem at trygghetsoppfatning er et psykososialt og subjektivt fenomen, som ikke ble utforsket tidligere.

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:

Utvalgsstrategien er gjort rede for. For å kunne delta på studien måtte sykepleierne være autoriserte intensivsykepleiere og jobbe på intensivavdeling på universitetssykehus i Nederland. Det ble sikret variasjon i studiedeltakernes kjønn, alder, arbeidserfaring og avdeling de jobbet på, og studiedeltakerne ble tilfeldig utvalgte utfra ulike grupper. Studiedeltakerne fikk et økonomisk insentiv på tjue euro for å delta, som kunne ha påvirket deres villighet til å delta. To sykepleierne nektet å delta uten å uttrykke grunn til det. Deltakerne ble valgt for de oppfylte inklusjonskriteriene.

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:

Metoden ble ikke endret i løpet av studien. Det ble gjort et lydopptak av intervjuene samtidig som intervjueren laget notater i løpet av og i etterkant av intervjuene for å kunne huske observasjonene av nonverbal atferd/kroppsspråk.

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:
- utforming av problemstilling
- datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
- 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:

En forsker var autorisert intensivsykepleier, som kunne ha medført økt risiko for skjevheter. Det ble imidlertid igangsatt ulike tiltak for å forebygge skjevheter i forskningsprosessen i denne sammenheng, som tilbakemeldinger fra kollegaer og diskusjoner, samtidig som å velge studiedeltakerne fra et annet sykehus enn sykehuset forskeren jobbet på.

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:

Utvalgte studiedeltakerne ble informert om studien via e-post med informasjon om studien. studien ble godkjent av en medisinskundersøkelser etisk komité. Datahåndtering var i tråd med nederlandsk lov om vern av personopplysninger. Det ble også sikret fortrolighet og anonymitet i datahåndteringsprosessen. Dessuten, enhver studiedeltaker ga et informert samtykke i forkant av intervju.

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 brukt Corbin and Strauss grounded theory tilnærming både i datainnsamling og dataanalyse, nærmere bestemt for å definere og forstå innsamlet data. Det ble gjort rede for måten analysen ble gjennomført på. Det er en klar sammenheng mellom sitatene presentert i studien og definerte kategorier.

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

Ja – **Nei** – **Uklart**

Poengsum: 8/8.

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:

Andre kilder ble trukket inn i diskusjonen for å vurdere og underbygge funnene, samtidig som diskusjon med argumenter for og imot. Forskerne har også diskutert funnenes troverdighet. Det ble brukt forskernes triangulering, der forskerne diskuterte om deres ulike oppfattelser og dataanalysen. Funnene ble diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen. Funnene ble kategorisert i fire hovedtemaer, som var: informering av intensivpasientene, å bruke pårørende som ressurs, intensivsykepleiernes holdninger og kompetanse, samt å sikre fysisk trygghet.

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:

Studien fremhever viktigheten av at intensivsykepleiere er mer bevisste på sin rolle i å fremme oppfattelsen av trygghet hos intensivpasientene. Studien påpeker også at det finnes behov for å utvikle intervensjoner med formål å forbedre intensivsykepleiernes syn på egen rolle i denne sammenheng. Samtidig understrekes det at betydningen av at intensivpasientene føler seg trygg på en intensivavdeling bør være et tema i intensivsykepleiernes utdanning, men også i klinisk praksis.

