



Kunnskap for en bedre verden

# Bacheloroppgave

**SY301813 Sykepleie VI - del 2**

**Livet etter akutt myokardinfarkt.**

Kandidatnummer: 10096 og 10068

Hovedveileder: Sven Inge Molnes

Totalt antall sider inkludert forsiden: 50

Antall ord: 8760

Innlevert Ålesund, 23.05.2017

## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift.	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Sven Inge Molnes og Torill Osvik Ryste

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjennelse.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja     nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja     nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja     nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja     nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13/Fvl. §13](#))

Dato: 23.05.2017

## Sammendrag

**Hensikt:** Oppgaven har til hensikt å belyse hvordan pasienter som blir rammet av akutt myokardinfarkt, erfarer å mestre livet etter at de er skrevet ut fra sykehuset. Dette for å oppnå økt kunnskap om hvordan vi som helsepersonell kan bidra å tilrettelegge for at pasientene skal erfare livet etter AMI som håndterbart, forståelig og meningsfullt.

**Metode:** Systematisk litteraturstudie.

**Resultater:** Å bli rammet av AMI oppleves av de fleste som et sjokk og en livstruende hendelse. Pasientene opplever både fysiske symptomer som brystmerter, dyspné og hjertebank, og psykiske symptomer som angst, mistro og usikkerhet. 62,8 % opplever en lav SOC etter AMI, og setter dette i sammenheng med mangel på kontroll. Støtte fra partner, familie, venner, helsepersonell og arbeidskolleger fremstår som en avgjørende faktor for mestring, sammen med god informasjon fra helsepersonell om egen helsetilstand og behandling. Mange opplever også AMI som en “ny sjanse”, og et vendepunkt hvor livsstilsendringer er sentralt. Andre vil derimot ikke endre livet, og snarer tvert imot fortsette som før, og være “herre i eget liv”.

**Konklusjon:** Behovet for helsepersonell og medisinsk oppfølging oppleves som viktig for å mestre den første akutte fasen. Pasientene opplever AMI som en krise, og kunnskap om krisens faser og mekanismer er nødvendig. Behovet for støtte er essensielt gjennom hele forløpet for god mestring av livet etter hjerteinfarkt, for å gjenvinne kontroll og SOC. Det er derfor viktig at helsepersonell er bevisst behovet for støtte og informasjon allerede i den første krisefasen, og at det er nødvendig med individuell tilnærming til pasientene.

## **Abstract**

**Aim:** The purpose of this assignment is to highlight how patients afflicted by acute myocardial infarction, master the daily life, when discharged from the hospital.

**Method:** Systematic literature study, seven qualitative and one quantitative research article. Search in databases such as CINAHL Complete, PubMed, SveMed+.

**Results:** To be afflicted by AMI is experienced as a shock and a life threatening incident. The patients experience physical symptoms as chest pains, dyspnoea and palpitations, and psychological symptoms as anxiety and insecurity. Support from partner, family, friends, healthcare professional and work colleagues appear to be important for mastering life after the incident, together with good information from health care professionals regarding own health status and treatment. Some patients experience AMI as a “second chance” and a turning point where lifestyle changes are key. Others, however, will not let the incident change their life, and carry on with their life as prior to the incident.

**Conclusion:** The need for health care professionals and medical follow-up is perceived as important to master the first acute phase. Patients experience AMI as a crisis, and knowledge about the phases and mechanisms of the crisis is necessary. The need for support is essential throughout the incident, to master life after AMI, to regain control and SOC. It is therefore important that healthcare professionals are aware of the need for support and information already in the first phase of the crisis, and that individual approaches to patients are necessary.

# Innhold

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2 Studiens hensikt og problemstilling.....	2
1.3 Begrepsavklaring .....	2
1.4 Avgrensninger.....	3
1.5 Oppbygging av oppgaven .....	3
<b>2.0 Teoribakgrunn</b> .....	<b>4</b>
2.1 Myokardinfarkt .....	4
2.2 Kriseteori .....	5
2.3 Antonovskys mestringsteori .....	6
2.4 Kommunikasjon og informasjon .....	7
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>8</b>
3.1 Datainnsamling .....	8
3.1.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier .....	8
3.1.3 Søkehistorie .....	9
3.1.4 Kvalitetsvurdering .....	10
3.1.5 Ethiske hensyn .....	10
3.2 Analyse .....	11
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>13</b>
4.1 En rammet kropp .....	13
4.2 Behov for støtte.....	14
4.3 Et vendepunkt .....	15
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>19</b>
5.1 Metodediskusjon.....	19
5.2 Resultatdiskusjon.....	20
5.2.1 En rammet kropp .....	20
5.2.2 Behov for støtte.....	21
5.2.3 Et vendepunkt .....	23
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>26</b>
Forslag til videre forskning.....	27
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>28</b>

Vedlegg 1: PO-skjema

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Vedlegg 3: Litteraturmatriser 8 stk

## **1.0 Innledning**

I kapittelet beskrives bakgrunn for valg av tema, hvorfor dette er et relevant tema å belyse fra et sykepleiefaglig perspektiv, hensikten med oppgaven, problemstilling, avgrensning- og begrepsavklaring samt en kort oversikt over oppgavens videre oppbygging.

### ***1.1 Bakgrunn for valg av tema***

Hjerte- og karsykdommer er vanligste årsak til innleggelse i norske sykehus (SSB 2017). Selv om dødeligheten av disse sykdommene er redusert de siste årene, er fremdeles iskemisk hjertesykdom, sammen med kreft, de hyppigste dødsårsakene for både menn og kvinner i Norge. I 2015 ble det registrert 11556 pasienter med hoveddiagnose akutt hjerteinfarkt i Norge, overlevelse etter 30 dager er 91,9 %. Stadig færre nordmenn dør av hjerte- og karsykdommer og de fleste infarkt-dødsfallene skjer etter fylte 80 år. Risikoen for å dø er størst første årene etter hjerteinfarkt (Hjerte- og karregisteret 2015). Gjennomsnittsalder for kvinner og menn med hoveddiagnose akutt hjerteinfarkt er 70,3 år (Hjerte- og karregisteret 2015).

Hyppigheten av akutt hjertesykdom, som hjerteinfarkt, øker med alder over 40 år og ifølge Folkehelseinstituttet (2014) er det en bekymringsfull økning i sykehusinnleggelser for førstegangs hjerteinfarkt blant yngre voksne. Pasienter med akutt hjerteinfarkt legges inn på sykehus der krav til effektivitet og rasjonalisering i helsetjenesten har ført til kortere liggetid, og pasientene kan bli utskrevet etter 3-4 dager. Reduksjon i liggetid er forsterket gjennom samhandlingsreformen (Norekvål mfl. 2016). Ny kunnskap påpeker at med kort liggetid på sykehus, er det viktig at den helsefremmende prosessen begynner på sykehuset og følges opp videre i pasientforløpet (Stubberud 2016; Norekvål mfl. 2016).

Stubberud (2016) skriver at hjertet er en muskel som har kroppslig og sjelelig betydning i menneskers liv; det får blodet til å sirkulere og er et bilde på menneskelig kvalitet.

Hjertesykdom kan bety både kroppslige og sjelelige konsekvenser for den som rammes. For pasienter med nyoppstått hjertesykdom handler det å måtte forholde seg til en ny livssituasjon, medikamentetterlevelse, livsstilsendringer og psykososiale utfordringer. Etter utskrivning anbefales det at pasientene følges opp ved en hjertepoliklinikk og at de deltar i hjerterehabiliterings-program (Stubberud 2016). Målet er å sette pasientene i stand til å

håndtere konsekvensene av sykdom og selv fortsette rehabiliteringen etter hjemkomst. Det dreier seg om å forebygge sykdomsutvikling, opprettholde livskvalitet og fremme opplevelse av sammenheng (Norekvål mfl. 2016).

## **1.2 Studiens hensikt og problemstilling**

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse hvordan pasienter erfarer å mestre livet etter utskrivelse fra sykehuset etter å bli rammet av akutt hjerteinfarkt for første gang. Studien tar for seg pasientenes erfaringer fra tiden ved utskrivelse fra sykehus, etter utreise og inntil ett år etter akutt episode. Økt kunnskap om pasientens erfaringer etter akutt hjerteinfarkt vil være nyttig for sykepleiere for å kunne yte best mulig sykepleie til denne store gruppen pasienter.

Følgende problemstilling er valgt:

*Hvordan erfarer pasienter å mestre livet etter utskrivelse fra sykehus ved førstegangs akutt myokardinfarkt?*

## **1.3 Begrepsavklaring**

**Mestring:** Antonovsky (2000) definerer mestring som vellykket tilpasning til livshendelser eller vellykket bruk av motstandsressurser ved livskrise. Reitan (2011) forklarer mestring som summen av de indre psykiske og handlingsorienterte kreftene som hver av oss bruker for å gjenfinne meningen med livet, og til å tolerere og beherske både ytre og indre belastninger.

**Myokardinfarkt:** Myokardinfarkt oppstår når myokard-celler dør på grunn av oksygenmangel eller fordi en koronararterie tromboseres fullstendig (Ørn og Brunvald 2011).

I oppgaven omtaler vi sykdomstilstanden som akutt myokardinfarkt (AMI), myokardinfarkt (MI) og akutt hjerteinfarkt/hjerteinfarkt og bruker alle betegnelsene.

**Akutt hjertesykdom:** Akutt sykdom eller skade oppstår brått, uten nødvendigvis foranliggende sykdomshistorie, utvikler seg raskt og kan helbredes med riktig medisinsk behandling. Akutt hjerteinfarkt er et eksempel på akutt sykdom (Stubberud 2016).



## ***1.4 Avgrensninger***

Pasientperspektivet utdypes, dette utelukker pårørendes eller sykepleiers erfaringer med pasientgruppen. Eventuelle kjønnsforskjeller problematiseres ikke. Aldersgruppen er kvinner og menn over 40 år.

## ***1.5 Oppbygging av oppgaven***

I kapittel 2 presenteres relevant teori for å belyse problemstillingen. I kapittel 3 redegjøres det for metode med datasamling og analyse, rammer for artiklene og gjennomføring av søkeprosessen. I kapittel 4 presenteres resultat av hovedfunn. Kapittel 5 vies diskusjonsdelen, med metodediskusjon og resultatdiskusjon. Dette munner ut i en konklusjon i kapittel 6.

## 2.0 Teoribakgrunn

I dette kapittelet presenteres relevant teori for å belyse problemstillingen. Dette er hva myokardinfarkt er; årsaker, symptomer, utredning og behandling, videre presenteres kriseteori, Antonovskys mestringsteori og kommunikasjon og informasjon.

### 2.1 Myokardinfarkt

Når myokardceller dør på grunn av oksygenmangel, kalles det hjerteinfarkt. Hjerteinfarkt oppstår enten fordi en forsnævret koronararterie ikke klarer å levere nok blod til at hjertemuskelen kan overleve eller fordi en koronararterie stoppes helt til (Ørn mfl. 2011). Hjerteinfarkt eller myokardinfarkt (MI), omfatter NSTEMI (ikke-ST-elevasjonsinfarkt) og STEMI (ST-elevasjonsinfarkt). Tilstanden innebærer skade eller nekrose i en del av hjertemuskelen på grunn av redusert eller manglende blodstrøm gjennom koronararteriene (Ellingsen 2016). Aterosklerose og arteriell trombose er de viktigste årsakene til iskemisk hjertesykdom (Ørn mfl. 2011). Det skilles mellom arvelige, upåvirkelige faktorer og påvirkelige faktorer som dreier seg om livsstil. Risikofaktorer kan påvirkes gjennom forebyggende tiltak både før og etter hjertesykdom har oppstått (Mæland 2006).

Pasienter med hjerteinfarkt forklarer symptomer som trykkende og sviende smerter i brystet ofte med utstråling til armer, hals og kjeve. Dette skyldes oksygenmangel til myokardet. Smertene endres ikke i hvile. Andre typiske symptomer på hjerteinfarkt er kvalme, brekninger, kaldsvette, dyspnoe, slapphet, svimmelhet eller synkope (Eikeland mfl. 2010).

Hjerteinfarkt påvises med EKG i kombinasjon med blodprøve, for å måle økte nivåer av proteinene troponin I og troponin T. Ultralydundersøkelse, MR og koronar angiografi er metoder for påvise hjerteinfarktets plassering og omfang (Ørn mfl. 2011). Rask behandling kreves for å minske risiko for større skade på hjertemuskulaturen. Behandling i akutfasen består av morfin, oksygentilførsel, nitroglyserin og acetylsalisylsyre. Videre forløp er eventuell trombolyse, utblokking av okkluderte og trange områder av koronararterien, perkutan koronar intervensjon (PCI) eller koronar bypassoperasjon. I Norge har bosted stor betydning for valg av behandlingsstrategi (Ellingsen 2016). Videre forebyggende tiltak er acetylsalisylsyre, diuretika, betablokkere, røykeslutt, senkning av kolesterolnivået i blodet, omlegging av kosthold og økt fysisk aktivitet. Koronar hjertesykdom er kronisk sykdom som

den enkelte må leve med resten av livet. Overgangen fra å være frisk til å måtte mestre kronisk sykdom kan påvirke livsutfoldelse og livskvalitet (Ellingsen 2016).

## **2.2 Kriseteori**

Ordet krise kommer fra det greske krisis og betyr vending eller plutselig forandring.

Vi kan si at vi er i en krisetilstand når vi er kommet inn i en livssituasjon hvor våre tidligere erfaringer og innlærte reaksjoner ikke er tilstrekkelige til å forstå og beherske den aktuelle situasjon (Cullberg 2010, s.14).

Cullberg (2010) beskriver ulike typer kriser der den traumatiske krisen dreier seg om plutselige og uventede påkjenninger som død eller plutselig sykdom og innebærer en trussel mot den fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet og det grunnleggende i tilværelsen rokket ved. Livskriser eller utviklingskriser er ofte mer sammensatte og utløses av hendelser i dagliglivet, som det å få barn, bli pensjonist og gå ut i arbeidslivet. Videre sier Cullberg (2010) at krisen vil ha en indre, privat betydning for mennesket som er i krise, derfor er det viktig å ha kjennskap til personens biografi, miljø og utviklingshistorie. Livsperiode, sosiale forutsetninger og familiesituasjon er andre viktige faktorer å ha kunnskap om i møte med mennesker i krise.

Cullberg (2010) ser på krisen som en potensiell drivkraft for menneskelig modning og utvikling. Med modning mener han større kunnskap og innsikt i livets forutsetninger og egne og andres ressurser. Sykdom og krise påvirker relasjonen til de som står en nær og kan slik sees på som en felles opplevelse, for eksempel mellom ektepar eller i familien generelt. Hvordan krisen arter seg vil derfor være avhengig av hvordan krisen påvirker familien og andre sosiale relasjoner (Cullberg 2010).

Cullberg (2010) deler traumatisk krise i fire faser: sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidings- eller reparasjonsfasen og nyorienteringsfasen. Fasene flyter gjerne over i hverandre og mennesker i krise kan gå inn og ut av de ulike fasene flere ganger, alt etter krisens forløp. Sjokkfasen varer fra et kort øyeblikk til flere døgn. Når en befinner seg i sjokkfasen kan en ha vanskelig for å huske det som blir sagt, oppleve et indre kaos, og kanskje unngå å se virkeligheten. Det kan være vanskelig å kommunisere- og oppnå forståelse hos

vedkommende. Reaksjonsfasen betegnes sammen med sjokkfasen som krisens akutte faser. Reaksjonsfasen varer vanligvis 4-6 uker. Her forsøker vedkommende å ta inn over seg det som har hendt, finne en mening i den kaotiske situasjonen, spør seg "hvorfor" og opplevelsen av urettferdighet og skyld kan i denne fasen være sterk. Samtidig forsøker personen og mobilisere indre forsvarsmekanismer. Forsvarsmekanismer har til oppgave å redusere opplevelsen og bevisstheten om trussel og fare for jeg-et og kan noen ganger forsinke overgangen til bearbeiding av det som er skjedd. Slike forsvarsmekanismer er regresjon, fornektelse, projeksjon av skyldfølelse, rasjonalisering, isolering, undertrykkelse, fortrengete minner som kommer tilbake og forsterking av symptomer.

Bearbeidingsfasen begynner når den akutte fasen er over og kan vare et halvt år til ett år etter sjokket. Pasienten begynner å bli fremtidsrettet og begynner å godta for eksempel kronisk sykdom og lære seg nye sosiale roller som en følge av skaden. Symptomer avtar og gamle aktiviteter gjenopptas. Pasienten åpner opp for nye erfaringer. I den siste fasen, nyorienteringsfasen, lever individet med et arr som ikke forsvinner, selvfølelse blir gjenopprettet og uoppfylte håp er blitt bearbeidet, forutsatt at den rammede har kommet seg gjennom krisen. Hendelsen kan få ny betydning for senere livshendelser (Cullberg 2010).

### ***2.3 Antonovskys mestringsteori***

Teorien om salutogenese er sentral for å forstå Antonovsky (2000) sin teori om mestring. Det dreier seg om fokus på de prosessene som styrker helsen til enkeltindividet og dermed øker motstandskraften mot ytre negative faktorer. Når individets tilværelse blir preget av ulike stressfaktorer, motgang, krav og konflikter vil helsa dras i en patogen, eller sykdomsfremkallende retning. Denne utviklingen kan unngås ved at mennesket utvikler underliggende positive motstandsressurser. Motstandsressursene sin viktigste funksjon er at de styrker utviklingen av mestring ved å øke individets "sense of coherence" (SOC), eller det vi kaller opplevelsen av sammenheng. SOC er et begrep om mestring, som uttrykker en universell, helhetlig opplevelse av tilfredsstillhet.

Motstandsressursene kan være mangfoldige, og en må forsøke å se alle livsområder til individet for å forstå dem. Antonovsky (2000) stiller tre krav til motstandsressursene, det er forståelighet, håndterbarhet og mening. Det første kravet om forståelighet dreier seg om hvorvidt man oppfatter stimuli som kognitivt strukturert. Håndterbarhet omfatter individets

ressurser, og viktigheten av å se om individet har tilstrekkelige ressurser til å overvinne stressfaktorene. Det tredje kravet dreier seg om mening. For å få opplevelsen av mening må livet, eller deler av livet være verdt å følelsmessig engasjere seg i. Dette representerer det motivasjonelle elementet som gjør at det er mulig å se stressfaktorer mer som utfordringer enn som belastninger. Dette siste kravet er det mest sentrale, men alle tre kravene står i et gjensidig påvirkningsforhold, og er nødvendige for at man skal kunne oppleve SOC (Antonovsky 2000).

## ***2.4 Kommunikasjon og informasjon***

Begrepet kommunikasjon kan defineres som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Begrepet kommer fra det latinske *communicare* og betyr å gjøre noe felles. Profesjonell kommunikasjon bør være hjelpende, vet vil si både velbegrunnet og til hjelp for den andre (Eide og Eide 2007). Personer som opplever kriser i alvorlige og vanskelige livshendelser, har et ekstra behov støtte, ivaretagelse ved medmenneskelig kontakt og å ha noen å snakke med for å dele tanker, følelser og bekymringer med. Gjennom god kommunikasjon kan pasienten få hjelp til å bearbeide reaksjoner og mestre krisen bedre.

Ifølge Eide og Eide (2007) er det viktig at pasienter får tilstrekkelig, god og tilpasset informasjon om sykdommen og behandlingen. Dette bidrar til at situasjonen kan oppleves som mer forståelig ved at det skapes forutsigbarhet og mening. Eide og Eide (2007) beskriver også de ulike krisereaksjonene som kan oppstå ved akutt sykdom og at informasjon som pasienter får i en sjokkfase bør gjentas da informasjon på dette tidspunktet kan misoppfattes eller misforstås.

### **3.0 Metode**

Det redegjøres for metode med datasamling og analyse, rammer for artiklene og gjennomføring av søkeprosessen. Oppgaven baseres på systematisk litteraturstudie, hvor hensikten er å besvare et formulert og avgrenset problemområde.

#### ***3.1 Datainnsamling***

Ifølge Forsberg og Wengström (2013) dreier dette seg om å besvare en tydelig formulert problemstilling gjennom systematiske søk, kritisk vurdering og analyse av funn fra relevant forskningslitteratur. De beskriver at en av forutsetningene for at man kan gjøre systematiske litteratursøk, er at tilstrekkelig antall studier av god kvalitet legger grunnlag for konklusjon.

Systematisk litteratursøk ble gjennomført først i november-desember 2016 og deretter januar-mars 2017. Søkestrategi var å systematisk søke i vitenskapelige databaser med valgte søkeord og kombinasjoner av disse. Det ble søkt spesielt etter kvalitative artikler. Kvalitativ forskning har som formål å beskrive eller tolke et fenomen og forstå og forklare menneskers erfaringer og opplevelser. I den kvalitative forskningsprosessen kan datasamling foregå ved for eksempel bruk av intervjuer og observasjoner. Forskningsartikler som inneholder kvantitativ metode vil i motsetning gi evidensbasert resultat som er målbare i form av tall (Forsberg og Wengström 2013).

Forskningsartiklene i litteraturstudiet tar i bruk semistrukturerte intervjuer, observasjoner og fokusgrupper. Informasjonen som kommer frem i den kvalitative forskningen er mer beskrivende enn ved kvantitativ forskningsmetode (Forsberg og Wengström 2013). Det er inkludert syv kvalitative artikler og én kvantitativ artikkel. Det formelle kravet til litteraturstudien er minimum åtte inkluderte forskningsartikler. Det er tilgjengelig mye forskning om temaet, studiene som er tatt i bruk er relevant og aktuell.

##### **3.1.2 Inklusjon- og eksklusjonskriterier**

For å finne relevante artikler var det nødvendig å sette opp inklusjons- og eksklusjonskriterier. Det ble utelukkende søkt etter fagfelleverderte og vitenskapelige artikler, fra 2006-2017, engelsk- og skandinavisk-språklige samt kvalitative og kvantitative artikler fra USA og Europa, noe som har overføringsverdi til norske forhold. Det er inkludert artikler hvor

deltakerne er over 40 år og rammet av akutt myokardinfarkt for første gang. En forutsetning er at artiklene har IMRAD-struktur med tydelig etisk redegjørelse samt ha pasientperspektiv. Med disse inklusjonskriteriene ble en rekke artikler ekskludert, blant annet artikler som inkluderte pasienter med annen akutt koronarsykdom og medisinsk behandling. Det er inkludert studier som beskriver pasientenes erfaringer fra tiden ved utskrivelse fra sykehus, etter utreisen og inntil ett år etter akutt episode.

### 3.1.3 Søkehistorie

Problemstillingen er utgangspunktet for valg av søkeord. PICO-skjema er en strukturert metode for å avgrense problemområdet og sette sammen en søkestrategi ut fra problemformuleringen som er valgt (Forsberg og Wengström 2013). PICO er en forkortning for **P**asient (hvem) **I**ntervention (hva) **C**ontrol (kontrollgruppe) **O**utcome (utfall/resultat) (Forsberg og Wengström 2013). Kontrollgruppe (C) og intervensjon (I) var ikke aktuell for vår problemstilling, men vi utarbeidet et skjema med søkeord basert på pasient (P) og utfall (O) i en tabell (vedlegg 1).

Søkeord som ble brukt er “myocardial infarction”, “mastery” og “experience”, og kombinasjoner av disse med den boolske operatøren AND som finner referanser i artiklene som inneholdt de søkeordene vi ønsket å inkludere. Ved å bruke AND oppnås treff på artikler som inkluderer begge eller alle søkeordene. Ved å bruke AND begrenses søket og dermed får man et smalere treff. Hensikten med å benytte boolske operatører, er å begrense søket ved å inkludere eller utelukke gitte søkeord. Andre boolske operatører er OR og NOT (Forsberg og Wengström 2013). Senere i prosessen ble søkeordet “discharge” inkludert.

Søk fra emneordliste i databasene er en måte å avgrense antall treff ved vide fritekstsøk (Forsberg og Wengström 2013). Standardiserte søkeord ble benyttet i databasene der det samsvarte med søkeordene, noe som også avgrenset antall treff. I PubMed ble indekserte ord benyttet og i CINAHL Complete, CINAHL Headings. I SveMed+ ble MeSH-termer benyttet.

Det er søkt i ulike baser for å få bred oversikt over tilgjengelig forskning på området. De vitenskapelige databasene CINAHL Complete, PubMed og SveMed+ ble hovedkilder. Ifølge Forsberg og Wengström (2013) er alle relevante for sykepleieforskning. Overskrifter og abstrakter ble lest for å vurdere artiklene. Deretter ble relevante artikler lest. De som stemte

med inklusjons- og eksklusjonskriteriene og var relevant for problemstillingen ble videre vurdert. Flere av de samme artiklene gikk igjen i de ulike databasene. Databasene CINAHL Complete og PubMed gav flest relevante treff. Etter søkeprosessene satt vi igjen med 24 artikler til videre kvalitetsvurdering. Søkeordene og antall treff, leste abstrakter og artikler fra de ulike databasene presenteres i en egen tabell for søkehistorikk (vedlegg 2).

### **3.1.4 Kvalitetsvurdering**

Kvalitetsbedømming bør omfatte studiens hensikt og forskningsspørsmål, design, utvalg, analyse og tolkning (Forsberg og Wengström 2013). Alle inkluderte studier har et tydelig forskningsspørsmål og en klar hensikt. Forskningsartikler som ble funnet, ble lest både individuelt og sammen. Funnene i de inkluderte artiklene ble diskutert for å kvalitetssikre.

Artiklene er kvalitetssikret ut fra sjekklister for å vurdere kvalitativ forskning og kvantitativ forskning fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2017). Sjekklister inneholder ti spørsmål om artikkelens innledning, metode, datainnsamlingen, utvalget, analysen og resultatets troverdighet og om resultatene fra studien er nyttige. Artiklene ble bedømt ut fra hvilke av spørsmålene det ble svart "ja" på i tillegg til antall spørsmål. Det er viktig at studien gjør rede for metode, etiske hensyn og om funnene var troverdige og relevante for oss. Alle artiklene var, ut fra disse forutsetningene, av god kvalitet.

Artiklene er også kvalitetssikret ved at de er publisert i et tidsskrift med fagfellevurderte artikler. Vi benyttet Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste for å søke om publiseringskanalene var godkjent på nivå 1 eller 2. Samtlige artikler er godkjent på nivå 1 eller 2, som er høyeste rang (NSD 2017).

### **3.1.5 Etiske hensyn**

Forskning innen helsefag må alltid gjøres etisk forsvarlig. Det er regulert gjennom Helsinkideklarasjonen, vedtatt av World Medical Association Assembly, Helsinki 1964 og senere revidert i 2013. Deklarasjonen inneholder veileder for helsepersonell om forskning som omfatter mennesker (Forsberg og Wengström 2013). Forskningsartiklene som er utgangspunkt for dette litteraturstudiet inneholder etiske vurderinger og er godkjent av etisk komité. Studiene viste også til informasjon om at det er gitt samtykke fra deltakerne om å delta i studien og det skal være tatt vurderinger rundt anonymisering og gitt tillatelse til å trekke seg



fra studien. Med tanke på krav til korrekt gjengivelse, har studiene tatt med beskrivelser av hva respondentene svarer på spørsmålene og sitater fra respondentene er tatt med i alle studiene.

### **3.2 Analyse**

Ifølge Forsberg og Wengström (2013) betyr analyse å dele opp i mindre deler, undersøke de hver for seg, for så å sette delene sammen til en enhet eller en syntese. Artikkene analyseres ved å bruke innholdsanalyse, noe som innebærer at man steg for steg kategoriserer data for å identifisere tema. Denne oppgaven benytter analyseprosessen som Evans (2002) presenterer. Det er en metode for å jobbe systematisk med data.

Evans (2002) analyseprosess foregår ved hjelp av fire trinn for som redskap for å analysere artiklene. I trinn en samles forskningsartikler, i trinn to identifiseres nøkkelfunn i artiklene, i trinn tre finner en tema på tvers av artiklene og trinn fire utgjør resultatdelen med funn fra de vitenskapelige artiklene.

Det første trinnet er å samle inn data, og beskrives i søkehistorikken, se punkt 3.1.2. Det er inkludert åtte forskningsartikler relevante for problemstillingen, derav syv kvalitative artikler og en kvantitativ artikkel.

I trinn to beskriver Evans (2002) at man skal identifisere nøkkelfunn i hver studie. I denne fasen ble artiklene lest flere ganger, hver for oss og sammen og artiklene ble nummerert. Nøkkelord fra resultatdelen ble utvalgt i hver artikkel og satt i en tabell. Nøkkelordene var: en rammet kropp, møte med døden, døden, fysiske og psykiske symptomer - ord som dyspné, hjertebank, smerter, fatigue, søvnvansker, begrensninger, usikkerhet, utrygghet, angst, bekymringer, mangel på kontroll - gikk igjen, behovet for støtte - der familie, venner, mentor, arbeidskolleger, helsepersonell, informasjon, kommunikasjon, veiledning - var sentrale ord, et vendepunkt, en ny sjanse, gjenvinne kontroll, egne ressurser, mestring, mening, opplevelse av sammenheng, livsstilsendring, rehabilitering. Disse nøkkelordene beskrev faktorer som pasientene i studiene erfarte som viktige i tiden etter AMI og videre hvordan de erfarte å mestre livet etter AMI.

I trinn tre beskriver Evans (2002) at hovedfunn skal identifiseres i forhold til felles tema, og likheter og ulikheter sammenliknes. Nøkkelfunn grupperes og kategoriseres i temaer og

eventuelt undertemaer. Vi identifiserte nøkkelordene og satte dem opp i en tabell for hver artikkel og la like ord sammen som vi deretter delte inn i tre hovedkategorier. Den første kategorien heter “en rammet kropp”, hvor tittelen er hentet fra Junehaug mfl. (2014a) og var beskrivende for hovedfunn. Kategorien omhandler møte med døden, fysiske og psykiske symptomer. Den andre heter “behovet for støtte” og tar for seg viktigheten og behovet av støtte fra familie, venner, mentor og helsepersonell og kommunikasjon, informasjon og veiledning. Den tredje kategorien er “et vendepunkt” og dreier seg om å få en ny sjanse, gjenvinne kontroll, egne ressurser, mestring, mening, opplevelse av sammenheng, livsstilsendring og rehabilitering.

Ifølge Evans (2002) skal funnene benyttes for å beskrive fenomenet. Dette presenteres i trinn fire, resultatdelen, her under hovedtema *En rammet kropp*, *Behovet for støtte* og *Et vendepunkt*.

## 4.0 Resultat

Studiens resultat presenteres under tre hovedtema: En rammet kropp, Behovet for støtte og Et vendepunkt.

### 4.1 En rammet kropp

#### *Møte med døden*

Et av hovedfunnene i denne litteraturstudien er at de fleste av pasientene erfarte hjerteinfarkt som en livstruende hendelse og beskrev sjokk, overraskelse og mistro. De tenkte at ingenting vil bli som før, livet var i fare, de beskrev frykt, redsel og en nær-døden-opplevelse (Petriček mfl. 2015; Eriksson mfl. 2009; Fåln mfl. 2015). Studien til Petriček (2015) viser at deltakernes reaksjon og umiddelbare behov varierte, avhengig av omstendighetene rundt hjerteinfarkt og peker på tre hovedgrupper: de som opplevde hjerteinfarkt som symptomløst uttrykte behov for mye støtte og rasjonelle forklaringer og tilsvarende for gruppen som hadde opplevd smertefulle hjerteinfarkt. Gruppen som mistet bevisstheten og var døden nær som følge av infarkt, uttrykte et klart medisinsk behov, hvor de følelsesmessige behovene ikke var i fokus. Som en av pasientene uttrykte det: "Shocking! And then... I was no longer the same... You know, when the heart is sick, that's serious..." (Petriček mfl. 2015, s.22)

#### *Fysiske og psykiske symptomer*

De kvalitative studiene peker på at pasientene erfarte fysiske og psykiske symptomer etter hjerteinfarkt (Fåln mfl. 2015; Junehug mfl. 2014a; Junehug mfl. 2014b; Tod 2008; Kristofferzon mfl. 2008; Petriček mfl. 2015; Eriksson mfl. 2009). Pasientene i Fåln mfl. (2015) sin studie erfarte fysiske symptomer som brystmerter, hjertebank og dyspné og det ble et viktig spørsmål å finne ut hva som var årsak til sykdommen. I studien av Junehug mfl. (2014b) erfarte deltakerne at de var mer oppmerksomme på fysiske endringer og følte usikkerhet omkring hva de kroppslige signalene betydde. Usikkerheten begrenset dem, fordi de ikke visste hva de kunne gjøre og ikke. En deltaker beskrev følgende: "I hope they can tell me what to do and how much pain I could expect until something will go wrong with me... and when I have to take action" (Fåln mfl. 2015, s.4). Deltakerne i studien til Tod (2008) mistrode kroppen og "så seg over skulderen" i tilfelle et nytt hjerteinfarkt. Det fremkommer i studien til Eriksson mfl. (2009) at det var varierende hvordan deltakerne erfarte egen helsetilstand. Noen beskrev helsen som god og at de var på vei til rehabilitering etter

hjerterinfarkt. Andre svarte at de følte seg like som før hjerterinfarkt og at det ikke hadde ført til nevneverdige fysiske endringer. Den tredje, største gruppen, beskrev egen helse som hemmet, med søvnvansker, problemer med hjertet, tretthet og generelle kroppslige plager. Deltakere fra Fålun mfl. (2015) sin studie som erfarte komplikasjoner under sykehusoppholdet, hjerterestans og alvorlig hjerterest, beskrev eksistensielle utfordringer. Frykten for kronisk sykdom og komorbiditet var vanlige problemstillinger. En deltaker i studien av Tod (2008, s.39) uttrykte det billedlig: “Physically I’m shot. Mentally I’m shot. I think so”.

Å erfare psykiske symptomer gikk igjen som tema i studiene (Fålun mfl. 2015; Eriksson mfl. 2009; Tod 2008; Junehaug mfl. 2014a; Kristofferzon mfl. 2008). Fålun mfl. (2015) viser i sin studie at pasientene kjente psykiske symptomer som angst, mismot og innførte beredskapsplaner og strategier for å opprettholde fysisk og psykisk velvære etter utskrivelse fra sykehus. I Eriksson mfl. (2009) hadde noen av deltakerne problemer med å akseptere diagnosen og undertrykte at de i det hele tatt hadde hatt hjerterinfarkt. Deltakerne i studien til Tod (2008, s.39) beskrev seg som ekstremt årvåkne, bundet og på vakt og beskrev det som “gjennomsyret av usikkerhet” og sa det slik: “You just expect that it can happen again any time”. Deltakerne i studien til Junehaug mfl. (2014a) fortalte om bekymring for et nytt hjerterinfarkt og at frykten var definerende for livsførselen. Tilsvarende funn gjorde Kristofferzon mfl. (2008) og Fålun mfl. (2015) i sine studier. En deltaker uttrykte det betegnende: “At first I was almost afraid of lifting a pen or of moving anything” (Junehaug mfl. 2014a, s.293).

## **4.2 Behov for støtte**

Et annet hovedfunn var at pasientene erfarte at støtte fra familie, slektninger, venner, naboer, arbeidskolleger, helsepersonell og mentorer i tiden etter hjerterinfarkt var av stor betydning (Junehaug mfl.2014b; Fålun mfl.2015; Eriksson mfl.2009; Kristofferzon mfl.2008; Hildng mfl.2008). Deltakerne i Eriksson mfl. (2009) som hadde en støttende partner hjemme, hadde spesielt positivt utbytte dette. I Fålun mfl. (2015) ble nettverket sett på som en lite utnyttet ressurs, derfor var det å la familie og venner bidra med praktisk hjelp og støtte viktig for gjøre varige livsstilsendringer. Funnet i studien til Eriksson mfl. (2009) var at noen deltakere erfarte at partner ikke var støttende og følte tap av innflytelse, ansvar, at de var “ute på prøve” og at partner overreagerte. En deltaker forklarte at han isolerte seg fordi han følte seg ukomfortabel

i den nye livssituasjonen. Dette støttes av Kristofferzon mfl. (2008) der pasientene erfarte urealistiske krav fra omgivelsene. Studien av Hildng mfl. (2008) viser at deltakerne rapporterte reduksjon i støtten fra den akutte fasen til to uker etter utskrivelse fra sykehuset.

Informasjon fra helsepersonell ble i flere studier fremhevet som en støttende faktor i tiden etter infarkt (Junehaug mfl. 2014b; Kristofferzon mfl. 2008; Fålnun mfl. 2015; Petriček mfl. 2015). Deltakerne uttrykte behov for mer informasjon om symptomer, følelser, hjertestatus, behandling og hjerterehabilitering. Deltakere i Kristofferzon mfl. (2008) erfarte at kardiologen bidro til følelsen av sikkerhet, trygghet og omtanke og pasientene ønsket derfor jevnlig kontakt. I flere av studiene blir sykepleiers rolle fremhevet, både på sykehuset og i primærhelsetjenesten. Sykepleier ble forbundet med kontinuitet, sikkerhet og praktisk hjelp. Kristofferzon mfl. (2008) viser at pasienter som deltok i hjerterehabiliteringsprogram opplevde sikkerhet, oppmuntring til å opprettholde livsstilsendringer, støtte fra rehabiliteringsteamet og andre deltakere: "... you hear how the others are doing and are feeling and how they've experienced it... went on for a year... so as not to go backwards" (Kristofferzon mfl. 2008, s.371).

I studien til Junehaug mfl. (2014b) beskrev en deltaker følelsen av å være alene: "Well, it's hardest during the day...when I'm sitting alone" (Junehaug mfl. 2014b, s.26). I samme studie påpeker deltakere betydningen av mentor som støttespiller. Noen mente at en slik ordning burde være tilgjengelig for alle som erfarer AMI: "If they get this contact from the beginning ... one can say that it is a lifeline" (Junehaug mfl. 2014b, s.27). Flere av deltakerne uten mentor fortsatte for eksempel å røyke, etter å ha holdt seg røykfri de første månedene av rehabiliteringen.

### **4.3 Et vendepunkt**

*En ny sjanse, gjenvinne kontroll, fokus på egne ressurser*

Et viktig funn i studiene var at pasientene erfarte hjerteinfarkt som å få en ny sjanse, å "få livet tilbake", et vendepunkt og en ny normalitet (Kristofferzon mfl. 2008; Eriksson mfl. 2009; Junehaug mfl. 2014a; Fålnun mfl. 2015). Deltakerne i studien til Eriksson mfl. (2009) erfarte at sykdommen endret dem "på innsiden" og de ble mer oppmerksom på egne ressurser. Noen beskrev at de lengtet etter hverdagen, til det som var og å være god nok. Å akseptere situasjonen, forstå hva som hadde hendt og unngå selvmedlidenhet ble beskrevet som

tilnærmingsmåter. For deltakerne i studien til Kristofferzon mfl. (2008) innebar det en sunnere livsstil og mindre press på jobben. De erfarte et bedre liv, fikk en fremtidsrettet holdning, snakket mer om følelser og var ikke redd døden. En deltaker i studien til Junehaug mfl. (2014a) beskrev når frykten for å bli rammet igjen, forsvant: “It went around in my head, but then it became apparent for me... no, wait a minute, should I go and worry about something that I do not know?” (Junehaug mfl. 2014a, s.293). Å leve så normalt som mulig ble sett på som viktig for å vende tilbake til hverdagsaktiviteter (Fåln mfl. 2015, Junehaug mfl. 2014a). Å ta en dag av gangen, var essensielt for mestring. En deltaker beskrev det slik: “They told me, “You’ve had an AMI: that’s nothing one can get away from, but you will live a normal life”, and that’s pretty much what I’m going to do” (Junehaug mfl. 2014a, s.293).

### *Mestring, mening og opplevelse av sammenheng*

Et hovedfunn er at infarkt var en påminner om at livet er skjørt, men samtidig et “et spark bak” for å ta tilbake kontroll over livet (Fåln mfl. 2015; Eriksson mfl. 2009; Kristofferzon mfl. 2008; Junehaug mfl. 2014b; Tod 2008; Petriček mfl. 2015). Pasienter i studien til Fåln mfl. (2015) forklarte hjerteinfarkt som en slags “wake-up-call”. Pasientene sa de vil jobbe mindre, minimere stress og endre holdningen til livet: “The positive effect of this heart attack is that you get a kick in your ass...” (Fåln mfl. 2015, s.4). Studien til Hildnigh mfl. (2008) viste at 62,8% av deltakerne hadde en lav skår på SOC. Det var en klar sammenheng mellom SOC og graden av mestring når pasientene følte at de ikke hadde kontroll på situasjonen. Deltakerne i studien til Tod (2008) beskriver tiden etter hjerteinfarkt som en prosess for å leve med sykdommen og å mestre usikkerheten for nytt infarkt.

Studien til Petriček mfl. (2015) pekte deltakerne på strategier for mestring. Det å være innlagt på sykehus adskilt fra familie, gjorde at pasientene fortere forsto alvoret i situasjonen og diagnosen. Å gjennomføre diagnostiske tester gjorde dem trygg på hjertets kapasitet. De måtte stole på legen med tanke på behandling og informasjon. Pasientenes tanker og forventninger om de kunne rammes av hjerteinfarkt hadde betydning og sammenheng med pasientens kunnskap om diagnosen. Pasientens personlighet hadde betydning, der positive og optimistiske pasienter hadde bedre forutsetninger for å lykkes med å mestre livet etter hjerteinfarkt. En siste strategi viste at behovet for alenetid var viktig for noen pasienter for å bearbeide hjerteinfarkt og hva det innebar for dem. Denne siste strategien var felles for deltakerne, uavhengig av omstendighetene rundt hjerteinfarkt.

I de fleste studiene erfarte pasientene at hjerteinfarkt forandret livet (Junehaug mfl. 2014a; Fåln mfl. 2015; Junehaug mfl. 2014b; Petriček mfl. 2015; Eriksson mfl. 2009; Kristofferzon mfl. 2008; Tod 2008). Noen deltakere sa at de følte seg sterkere enn før hjerteinfarkt, spesielt de som hadde sluttet å røyke (Junehaug mfl. 2014a). En deltaker i Eriksson mfl. (2009) uttrykte det som han var mer oppmerksom på seg selv og omgivelsene. Mange fortalte om endringer i perspektiver og verdisyn (Kristofferzon mfl. 2008; Junehaug mfl. 2014a; Tod 2008; Junehaug mfl. 2014b Fåln mfl. 2015). De snakket om hva som virkelig var viktig i livet og hvordan de prioriterte familie, venner og naturen. Mange erfarte at de hadde akseptert situasjonen, var takknemlige for å ha funnet en måte å håndtere sykdommen på og for å være i live.

Det var imidlertid store forskjeller i hvordan deltakerne oppfattet livet og egen helse en tid etter infarkt. Deltakerne i studien til Kristofferzon mfl. (2008) erfarte irritasjon, sinne, utålmodighet, rastløshet og depresjon 4-6 måneder etter hendelsen og relaterte det til følelsen av å ha mindre energi for daglige gjøremål og bekymring for helsetilstanden. Deltakere i Junehaug mfl. (2014a) rapporterte fortsatt fatigue og redusert fysisk aktivitet men at frykten for å dø hadde avtatt ett år etter hjerteinfarkt. Det fremkom i Eriksson mfl. (2009) at noen deltakerne følte de hadde returnert til livet med mangel på bruksanvisning, for eksempel om fysisk aktivitet, medikamentbruk og hvordan håndtere følelser.

Studiene peker på at deltakerne erfarte at fremtidshåpet stod sterkt ett år etter hendelsen (Kristofferzon mfl. 2008; Junehaug mfl. 2014a; Junehaug mfl. 2014b). Noen uttrykte håp om et sunt, normalt og aktivt liv. Andre ville leve og se barn og barnebarn vokse opp. Noen håpte å gjenoppta arbeidet sitt, og kunne fortsette med normal sosial omgang. En av deltakerne i studien til Junehaug mfl. (2014b) beskrev det slik: "It's like a goal that if I can survive one year, then I get along" (Junehaug mfl. 2014b, s.27).

### *Livsstilsendringer*

I flere av studiene beskriver pasientene at de erfarer viktigheten av livsstilsendringer; røyk, alkohol, kosthold og stress og de fleste innså at de måtte gjøre endringer. De justerte kostholdet, gikk ned i vekt, reduserte stressfaktorer og økte aktivitetsnivået (Junehaug mfl. 2014a; Kristofferzon mfl. 2008; Fåln mfl. 2015; Tod 2008). Funn fra Kristofferzon mfl. (2008) og Junehaug mfl. (2014a) viser at de som sluttet å røyke, var motiverte, men kunne kjenne sug etter sigaretter og hadde angst for å begynne røyke igjen. En hadde, i samråd med

lege, begynt snuse. Dette hjalp ham å holde seg røykfri. Deltakerne i Kristofferzon mfl. (2008) nevnte strategier for å dempe stress: akseptere situasjonen, skru ned tempoet, la gjøremål vente, be om hjelp, lære å motstå selvpålagte krav og ikke føle skyld for å oppta plass. I Fålun mfl. (2015) ble trening ansett som en viktig del av livsstilsendringen: “I will continue exercising, not only during the rehabilitation programme but also when I come home, and thereby attempt to delay another MI” (Fålun mfl. 2015, s.4). I Tod (2008) karakteriserte deltakere at rehabiliteringen hjalp dem med å mestre usikkerheten og det å være på vakt.

Flere av studiene påpeker at det å gjøre livsstilsendringer ikke nødvendigvis følges opp (Fålun mfl. 2015; Junehaug mfl. 2014a; Kristofferzon mfl. 2008). Noen deltakere i studien til Fålun mfl. (2015) følte ikke de trengte å gjøre endringer: ønsket ikke å slutte å røyke, de mente de levde sunt og hadde trim i arbeidet og det var uaktuelt å delta i hjerterehabiliterings-program. Både i studien til Kristofferzon mfl. (2008) og Junehaug mfl. (2014a) var retten til å bestemme selv, ha kontroll over eget liv, “å være sin egen herre” viktig. Noen fornektet hjerteinfarkt og fortsatte livet som før MI: “There’s nothing I try to avoid - we’ll just have to see ...” (Kristofferzon mfl. 2008, s.370). Deltakere i Junehaug mfl. (2014a) beskrev at de følte stress ved å trene i rehabiliteringen. Noen som hadde trent i tiden etter utreise, hadde sluttet fordi de syntes det var kjedelig. Kristofferzon mfl. (2008) peker på at noen følte at et strengt kosthold gav følelsen av å bli sittende fast i begrensningene. Et annet funn, var at overvektige pasienter hadde forsøkt å endre vaner uten hell, de følte at endringene ville påvirke livet deres negativt og bli vanskelig å opprettholde over tid (Junehaug mfl. 2014a).



## **5.0 Diskusjon**

Her presenteres diskusjon; først metodediskusjon deretter resultatdiskusjon.

### **5.1 Metodediskusjon**

Denne systematiske litteraturstudien baserer seg på åtte forskningsartikler, følger retningslinjene til NTNU Ålesund og tar utgangspunkt i veiledning og krav knyttet til bachelorprogrammet i sykepleie. Metode og analyse baseres på Evans (2002) og Forsberg og Wengström (2013). Primærkilder er benyttet i teoridelen: Antonovsky (2010), Cullberg (2010) og alle vitenskapelige artikler er originalartikler.

Tema for oppgaven ble tydelig ved starten av prosjektet og det ble utarbeidet en prosjekt- og fremdriftsplan. Samarbeidet har vært godt og med fokus på hverandres styrker. Dette anses som viktig for prosjektet. Individuelle veiledninger og seminarer har bidratt til konstruktive tilbakemeldinger fra lærere og medstudenter. Opponentskap tilførte nyttige innspill for helheten av prosjektet.

Problemstillingen (se punkt 1.2) og PO-skjema med inklusjons- og eksklusjonskriterier (se punkt 3.1.3) ble det arbeidet systematisk med og resulterte i et utvalg forskningsartikler av høy kvalitet. Alle artikler inneholder godkjenning av etisk komité og i henhold til kvalitetsvurdering via Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2017). Dette kan styrke troverdigheten i funnene og det videre arbeidet med diskusjon og konklusjon.

Ifølge Forsberg og Wengström (2013) har kvalitative studier til hensikt å studere erfaringer og opplevelser. Problemstillingens perspektiv ser etter pasientens erfaringer, så det ble hovedsakelig søkt etter kvalitativ forskning. Studien til Hildnigh mfl. (2008) er imidlertid kvantitativ, men ble inkludert fordi den tallfester SOC og sammenheng mellom mestring og støtte. Studien kan underbygge og styrke funnene fra den kvalitative forskningen. Kvalitative studier inkluderer et mindre utvalg deltakere. Studiene viser entydige funn, noe som styrker troverdigheten.

Søkeprosessen begynte i desember 2016. Studiene som er inkludert er fra 2006-2017, dette for å utelukke artikler eldre enn 10 år. Det er inkludert artikler fra et begrenset utvalg land med kulturer som er sammenlignbare med den norske. Det kan innebære at nyttige erfaringer

fra andre land ekskluderes. Det er ikke tatt hensyn til kjønnsforskjeller, til tross for at funn viser til kjønnsforskjeller. Databaser som PubMed, CINAHL Complete og SveMed+ ble benyttet i søkene. Ved å inkludere flere databaser, kunne vi fått flere treff, noe som kan være en svakhet i studien. Databaser som British Nursing Index ble benyttet i innledende søk, samt Sykepleien forskning, men fikk treff på samme artikler som i de valgte databasene.

Studien av Fåln mfl. (2015) har inkludert deltakere som ikke opplever førstegangs AMI. Vi valgte å inkludere artikkelen da den tilfører oss nyttig informasjon om pasientforløpet. Denne artikkelen ble inkludert senere i søkeprosessen da søkeordet “discharge” ble brukt, dette for å få erfaringer knyttet til tiden rett etter utreise. I studien til Petriček mfl. (2015) ble deltakerne intervjuet to til fem år etter AMI, dette kan påvirke hvordan pasientene husker og gjenforteller erfaringer knyttet til tiden etter infarkt. Artikkelen ble likevel inkludert da den fyller inklusjonskriteriene og beskriver den umiddelbare reaksjonen på infarkt, den tidlige fasen etter hjerteinfarkt og hvordan pasientene erfarte og mestret diagnosen.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

### **5.2.1 En rammet kropp**

Akutt myokardinfarkt ble erfart som en livstruende hendelse og et sjokk (Petriček mfl. 2015; Eriksson mfl. 2009; Fåln mfl. 2015). Mæland (2006) sier at et hjerteinfarkt kan inntreffe plutselig, uten forvarsel, ledsaget av intense smerter og dødsangst. Innleggelse på sykehus kan føles dramatisk og er forbundet med usikkerhet. De psykologiske reaksjonene følger gjerne mønsteret til kriseutvikling, men variasjonen mellom de som rammes er stor. Cullberg (2010) beskriver også at den traumatiske krisen dreier seg om plutselige og uventede påkjenninger som død og alvorlig sykdom, og innebærer en trussel mot fysisk eksistens, sosial identitet og trygghet. Petriček mfl. (2015) viser til at pasientenes reaksjon og behov varierte etter hjerteinfarktets omfang og hvordan det inntraff. Dette støttes av Mæland (2006) som påpeker at utviklingen av krise vil variere etter pasientene. Cullberg (2010) skriver om hvordan denne første sjokkfasen kan skape et indre kaos for pasienten. Hvor omgripende krisen oppleves vil variere fra person til person, noe Antonovsky (2000) forklarer med at mennesker har ulike motstandsressurser for stressfaktorer. I følge Antonovsky kan derfor helsepersonell legge til rette for mestring i slike situasjoner, ved å bidra til økt forståelighet, håndterbarhet og mening. Funnene i studien til Petriček mfl. (2015) viser variasjoner i pasienters behov og

forventninger og viktigheten av samsvar mellom pasientene og helsepersonell sine oppfatninger om hva som er nødvendig i den akutte fasen etter hjerteinfarkt. Junehaug mfl. (2014b) peker i sin studie på at sykepleiere har en viktig posisjon til å informere pasientene om hva som er normalt etter AMI. Ifølge pasient- og brukerrettighetsloven §3-2 (1999) skal pasienten ha nødvendig informasjon for innsikt i egen helsetilstand. Sykepleiere har en viktig funksjon med tanke på å informere og kommunisere med pasienten. Mange pasienter vil kunne befinne seg i en krisetilstand, der informasjon som gis må gjentas, gjerne flere ganger, da evnen til å ta imot informasjon og huske ting er redusert (Mæland 2006).

Alle de kvalitative artiklene i litteraturstudiet peker på at pasientene erfarte at fysiske og psykiske symptomer påvirket mestringen. De fortalte om fysiske symptomer som brystmerter, hjertebank, og dyspnoe og psykiske symptomer som usikkerhet, utrygghet og mistro (Fålun mfl. 2015; Junehug mfl. 2014a; Junehug mfl. 2014b; Tod 2008; Kristofferzon mfl. 2008; Petriček mfl. 2015; Eriksson mfl.2009). Dette er ifølge Eikeland mfl. (2010) vanlige symptomer og reaksjoner på hjerteinfarkt. Ifølge Stubberud (2016b) kan menneskets behov deles i fysiske, psykososiale, åndelige og seksuelle behov. Ifølge YER skal sykepleieren ivareta helhetlig omsorg for den enkelte pasient (Norsk Sykepleierforbund 2016). Fålun mfl. (2015) konkluderer i sin studie med at det er behov for en ny tilnærming til kommunikasjon med pasienter som rammes av akutt hjerteinfarkt. De peker på behovet for personsentrert omsorg som skaper rom for pasientenes egne historier, slik at man kan tilby individualisert veiledning. Støtte fra helsepersonell vil være en nøkkelfaktor for pasienter som strever med å mestre. Det vil derfor være viktig for helsepersonell å fange opp disse pasientene tidlig i forløpet, kanskje allerede på sykehuset før utskriving.

### **5.2.2 Behov for støtte**

Støtte har stor betydning for pasientens mestring av livet etter infarkt. I Junehaug mfl. (2014b), Fålun mfl. (2015), Eriksson mfl. (2009), Kristofferzon mfl. (2008) og Hildng mfl. (2008) fremkommer det at pasientene erfarte støtte fra familie, slektninger, venner, naboer, arbeidskolleger, helsepersonell og mentorer.

Studien av Hildng mfl.(2008) viser til at pasienter som følte lav SOC, likevel kunne mestre tiden etter infarkt med god støtte, til de igjen kunne stole på kroppen. Studien peker på at helsepersonell bør være oppmerksom på pasientens psykososiale ressurser ved utreise, da

tilgang på sosial støtte viser en tydelig sammenheng med mestring av konsekvensene på lang sikt. Det pekes på mulige tiltak for individuell tilpasning til den enkelte, eksempelvis telefonbasert rådgivning, rehabilitering basert på retningslinjer og mentorgrupper. I Fåln (2015) ble nettverket sett på som en lite utnyttet ressurs og ut fra dette bør helsepersonell vie ekstra oppmerksomhet til de pasientene som har liten tilgang til støtte. Kristofferzon mfl. (2008) påpeker at støtten kan gå begge veier; gjensidig støtte fører til at både pasient og partner mestrer tiden etter infarkt bedre.

I studien av Hildng mfl.(2008) opplevde deltakerne imidlertid en reduksjon i støtten fra den akutte fasen til to uker etter utskrivelse fra sykehuset. Cullberg (2010) viser til at sykdom og krise påvirker relasjonen til de nærmeste og kan sees som en felles opplevelse. Hvordan krisen arter seg vil derfor være avhengig av hvordan krisen påvirker familien og andre sosiale relasjoner (Cullberg 2010). Eriksson mfl. (2009) fant at noen deltakere erfarte at partner ikke var støttende. Deltakerne beskrev også tap av innflytelse og ansvar og at partneren overreagerte. Mæland (2006) peker på at alvorlig sykdom som hjerteinfarkt, rammer ikke bare pasienten, men også den nærmeste familien. Pasienten er i fokus og familien forventes å være en ressurs. Mange ektefeller tar på seg stort ansvar for den syke og resultatet kan bli overdreven omsorg og beskyttelse. Det kan føre til irritasjon, dårlig kommunikasjon og kan sånn bidra til å holde pasientene fast i pasientrollen. Familien har like mye behov for informasjon og emosjonell støtte. I Morgendagens omsorg (St.meld. nr. 29 (2012-2013) betegnes familieomsorgen som den usynlige omsorgen og anslår at det i Norge utføres om lag 100 000 årsverk i den uformelle, familiebaserte omsorgen. Det legges vekt på at denne omsorgen skal løftes fram og det bør utvikles tiltak for støtte og veiledning. Ifølge Helsedirektoratet (2017) bør helsepersonell snakke med pårørende om vanlige fysiske og psykiske helseutfordringer ved det å være pårørende over tid. Mæland (2006) sier at helsepersonell derfor bør gi seg tid til å informere de nærmeste om sykdommen.

Studiene til Junehaug mfl. (2014b), Kristofferzon mfl. (2008), Fåln mfl. (2015) Petriček mfl. (2015) viser til at informasjon fra helsepersonell ble oppfattet som en støtte til bedre mestring av tiden etter hjerteinfarkt. Deltakerne uttrykte behov for mer informasjon om symptomer, følelser, hjertestatus, behandling og hjerterehabilitering. Eide og Eide (2007) peker på at mennesker i krise har ekstra behov for støtte, ivaretagelse og noen å snakke med. Sykepleier har et ansvar for å gi denne støtten, og med god kommunikasjon kan pasienten få hjelp til å bearbeide reaksjoner og mestre krisen bedre. Det er da viktig at pasienter får tilstrekkelig

informasjon om sykdommen og behandlingen, og sykepleier står i en særstilling for å kunne gi denne informasjonen. Dette kan styrke pasientens motstandsressurser som handler om forståelighet, som Antonovsky (2000) peker på som en et av kravene for mestring. Studien til Kristofferzon mfl. (2008) viser til at deltakerne oppfattet at sykepleier ble forbundet med kontinuitet, sikkerhet og praktisk hjelp og kardiologen bidro til følelsen av sikkerhet, trygghet og omtanke. Strukturert informasjon, undervisning og veiledning er viktige ledd i rehabiliteringsprosessen og ifølge Stubberud (2016c) begynner denne prosessen på sykehuset.

Hjerterehabilitering har sekundærforebyggende målsetting ved å reversere utviklingen av underliggende sykdomsprosesser og tilstander som aterosklerose, hypertensjon, diabetes og depresjon og mål om å redusere reinnleggelser. Hjerterehabilitering er knyttet til rehabiliteringsinstitusjoner og opptreningstilbud ved sykehus. Hjerterehabiliteringen består av tre faser der fase en starter med akuttbehandling i sykehus, fase to 4-6 uker etter hjerteinfarkt og fase tre vedlikeholdsbehandling. Hjerterehabilitering krever samhandling mellom sykepleier og andre profesjoner som lege, fysioterapeut, klinisk ernæringsfysiolog og sosionom. Sykepleier fremstår som koordinator (Stubberud 2016c). Studien til Kristofferzon mfl. (2008) viser til at pasienter som deltok i hjerterehabiliterings-program opplevde sikkerhet, oppmuntring til å opprettholde livsstilsendringer samt støtte fra rehabiliteringsteamet og andre deltakere. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 avklarer sykehusenes oppgaver som er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Ot.prp. nr. 10 (1998-99) beskriver at opplæring er en forutsetning for mestring av sykdom og livet som kronisk syk og er like viktig som god medisinsk behandling. Mæland (2006) forklarer at helhetlig hjerterehabilitering av hjertepasienter understøtter både funksjonell tilheling etter sykdommen, motvirker negative fysiske og psykososiale følger av sykdommen og reduserer risiko for tilbakefall og død. Virkemidlene for å nå målene i rehabiliteringsarbeidet kombinerer altså medisinsk-, psykologisk- og pedagogisk kompetanse, treningsteori, har et helhetssyn på det syke mennesket og krever tverrfaglig kompetanse.

### **5.2.3 Et vendepunkt**

Et hovedfunn i litteraturstudien viste at pasienter kan oppleve hjerteinfarkt som å få en ny sjanse, få livet tilbake og et vendepunkt (Kristofferzon mfl. 2008; Eriksson mfl. 2009; Junehaug mfl. 2014a; Fålund mfl. 2015). Norekvål mfl. (2016) betegner akutt hjertesykdom

som en reell trussel mot liv og helse men at det likevel kan være en mulighet til vekst og endring av livsstil og beskrives også som “a window of opportunity”. Det at pasientene er motiverte for atferdsendringer, er noe helsepersonell kan utnytte. Dette vil også være avgjørende for helse og prognose. Norekvål mfl. (2016) poengterer imidlertid at sykepleieren ikke må se det som selvsagt at pasientene skal oppleve positive konsekvenser av gjennomgått sykdom eller vende mismot til optimisme.

I studien til Hildngh mfl. (2008) fremkommer det at 62,8% av deltakerne i studien hadde en lav skår på SOC. Det viste seg også en klar sammenheng mellom SOC og mestring i sammenheng med mangel på kontroll. Ifølge Antonovsky (2000) er det essensielt å ha en høy SOC for å kunne håndtere stressende og utfordrende situasjoner. For mange kunne hjerteinfarkt fungere som et “spark bak” for å ta tilbake kontrollen over livet (Fålnun mfl. 2015; Eriksson mfl. 2009; Kristofferzon mfl. 2008; Junehaug mfl. 2014b; Tod 2008; Petriček mfl. 2015). I følge Cullberg (2010) kan en krise være en potensiell drivkraft for modning og utvikling. Deltakere i studien til Eriksson mfl (2009) beskriver nettopp det at sykdommen endret dem på “innsiden”, og at de ble mer oppmerksom på egne ressurser. Denne modningen skjer ved at man får større kunnskap om egne ressurser gjennom å erfare livets forutsetninger (Cullberg 2010 ). Det kan tolkes som at pasientene ser etter en ny mening, ved at verdisynet endrer seg og at de selv endrer seg. Nettopp dette fremkommer i Kristofferzon mfl.(2008), Junehaug mfl. (2014a), Tod (2008), Junehaug mfl. (2014b) og Fålnun mfl. (2015) sine studier, og handler om det Antonovsky (2000) kaller for mening som en motstandsressurs. Krisen pasienten befinner seg i vil etter en tid gå over i en fase som Cullberg (2010) kaller bearbeidingsfasen, som kommer etter at den akutte fasen er over. Det er i denne fasen pasientene kan begynne å godta situasjonen og oppleve den som mer håndterbar, som er den tredje motstandsressursen Antonovsky (2000) beskriver som nødvendig for mestring.

Studiene til Kristofferzon mfl. (2008), Junehaug mfl. (2014a) Fålnun mfl. (2015) og Tod (2008) fremhever at de fleste pasientene erfarte livsstilsendringer som viktig for mestring av livet etter infarkt. Deltakerne viste til at de justerte kostholdet, gikk ned i vekt, reduserte stressfaktorer og økte aktivitetsnivået. Livsstilsendring er en nøkkelfaktor etter AMI og røykeslutt, diett- og vektkontroll, økt fysisk aktivitet, blodtrykkskontroll, psykososiale intervensjoner som kognitiv terapi, deltakelse i treningsbasert rehabiliteringsprogram og gjenoppta daglige aktiviteter er tydelige anbefalinger fra ESC Guidelines (Steg mfl. 2012).

Mæland (2006) påpeker at upåvirkelige faktorer som arvelig disposisjon, alder, kjønn og annen sykdom og påvirkelige faktorer er ikke mulig å endre, men fysiologiske som høyt blodtrykk, overvekt, høyt kolesterolnivå, atferdsmessige som røyking, lav fysisk aktivitet, kosthold og psykiske faktorer som stress og depresjon, sosiale forhold og lav kontroll over arbeid. Forebyggende tiltak anbefales etter hjertesykdom har oppstått.

Til tross for at pasientene er bevisst livsstilsendringene, viste studier at noen pasienter ikke føler at de trenger å gjøre store endringer i livet etter infarkt (Fåln mfl. 2015; Junehaug mfl. 2014a). De sluttet ikke å røyke, mente de allerede hadde et sunt kosthold og fikk nok trim. Disse pasientene anså det å delta i et hjerte-rehabiliteringsprogram som uaktuelt. Retten til å bestemme selv for å beholde kontrollen over eget liv var viktig og slik et hinder for endring. Fåln mfl. (2015) så at pasienter med lettere symptomer og N-STEMI var mindre bestemte når det kom til å opprettholde livsstilsendringene og de så at mange pasienter som gjennomgår hjerteinfarkt, opplever utfordringer knyttet til etterlevelse av livsstilsråd og medisinbruk. Det er viktig for helsepersonell å forstå hvilke faktorer som ligger til grunn for motivasjon eller hvilke hinder som stenger for dette. Studien til Fåln mfl. (2015) pekte på at ved å identifisere mål, ressurser og barrierer for endring allerede før pasienten drar fra sykehuset og sørge for personsentrert pleie med individualisert veiledning til pasienter med hjerteinfarkt ville det hjelpe pasientene å mestre hverdagens utfordringer etter hjemreise. Med individuell tilnærming til pasientene, vil man også lettere identifisere den ulikes motstandsressurser, med fokus på forståelighet, håndterbarhet og mening for å øke pasientens SOC og opplevelse av mestring.

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien, var å belyse hvordan pasienter erfarte å mestre livet etter å ha bli rammet av akutt myokardinfarkt. Resultatene viser at det er flere faktorer som pasientene opplever som viktige for å kunne mestre livet etter akutte hjerteinfarkt. Knyttet til selve hendelsen, erfarer pasientene at de står ansikt til ansikt med døden, med fysiske og psykiske symptomer, noe som overstiger mestringsevne- og kompetanse. Behovet for helsepersonell og medisinsk oppfølging oppleves som viktig for å mestre denne fasen. Resultatene er tydelig på at behovet for støtte i hele forløpet er essensielt for god mestring av livet etter hjerteinfarkt. Støtten kommer fra familie og venner, helsepersonell og mentor framheves. Støtten fra familie og venner gikk begge veier, der også pårørende har sine behov for å bli ivaretatt. Informasjon, kommunikasjon og veiledning fra helsepersonell er grunnleggende for å imøtekomme behovene til pasientene. Et hovedfunn i litteraturstudien var at pasienter kan oppleve hjerteinfarkt som å få en ny sjanse, få livet tilbake eller et vendepunkt. Pasientene erfarte livsstilsendringer som viktig for mestring av livet etter infarkt.

Helsepersonell kan ha en sentral rolle for mestring ved at man har bevissthet rundt å styrke pasientenes motstandsressurser. Dette kan gjøres ved å bidra til håndterbarhet, forståelighet og mening. For at pasienter skal erfare å mestre livet etter akutt myokardinfarkt på en god måte, må helsepersonell altså være oppmerksom på behovene som pasientene har i de ulike fasene etter sykdommen inntreffer. Fasene kan beskrives som et kriseforløp. Helsepersonell bør være oppmerksom på at fasene flyter gjerne over i hverandre og mennesker i krise kan gå inn og ut av de ulike fasene flere ganger, alt etter krisens forløp. Mulighet til vekst og endring av livsstil såkalt "window of opportunity", er noe helsepersonell kan utnytte, uten å forvente at alvorlig sykdom automatisk fører til at pasientene er motiverte for atferdsendringer. Det er derfor viktig for helsepersonell å forstå hvilke faktorer som ligger til grunn for motivasjon eller hvilke hinder som stenger for dette. Det å identifisere mål, ressurser og barrierer for endring for den enkelte pasient allerede før pasienten drar fra sykehuset kan være avgjørende for pasientene.



## ***Forslag til videre forskning***

Underveis i litteraturstudien så vi at det er gjort mye forskning om hjerteinfarkt og hjertesykdom og noe forskning på området som omhandler pasientens perspektiv, men at det vil være nyttig med ytterligere forskning innenfor dette temaet for å lære mer om erfaringene til en stor pasientgruppe. Vi fant imidlertid lite forskning som viser til hvilke faktorer og prosesser som påvirker pasientens mestringsstrategier og fokus på individuelt tilpasset omsorg. Dette vil være nyttig kunnskap for helsepersonell. Dette støttes av Yu mfl. (2008) i en kommentar til Kristofferzen mfl. (2008). Vi så også at studiene viser kjønns- og aldersforskjeller og hvordan pasienter erfarer og mestrer livet etter infarkt. Det kan derfor være nyttig med smalere studier da mennesker med hjerteinfarkt er en mangfoldig pasientgruppe med behov for ulik tilnærming. Innenfor hjerterehabilitering og velferdsteknologi er det utvikling og teknologi kan bidra til at mennesker som ikke vanligvis deltar i hjerterehabiliterings-program kan følge et treningsopplegg hjemmefra og samtidig holde kontakt med hjertepoliklinikk, for eksempel via apper til smarttelefon. Her er det behov for videre forskning.

## Litteraturliste

- Aglen, B. (2014) Selvhjelp og selvhjelpsgrupper. Haugan, G., Rannestad, T. (red.)  
*Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. 1. utgave, 1. opplag.  
Oslo: Cappelen Damm AS
- Antonovsky, A. (2000) *Helbredets mysterium. At tåle stress og forblive rask*.  
København: Hans Reitzels Forlag
- Cullberg, J. (2010) *Mennesker i krise og utvikling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eide, H., Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*.  
2. utgave, 8. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Eikeland, A., Haugland, T., Stubberud, D-G. (2010) I: Almås, H., Stubberud, D-G.,  
Grønseth, R. (red.) *Klinisk sykepleie 1*. (s 207-245). 4. utgave, 3. opplag.  
Oslo: Gyldendal Akademiske
- Ellingsen, T-L. (2016) Sykepleiers funksjon og ansvar ved behandling av akutt  
koronarsyndrom. I: Stubberud, D-G. (red) *Sykepleie til personer med hjertesykdom*.  
1. utgave, 1. opplag. (s 54-93). Oslo: Cappelen Damm AS
- Eriksson, M., Asplund, K., Svedlund, M. (2009) Patients' and their partners' experiences  
of returning home after hospital discharge following acute myocardial infarction.  
*European Journal of Cardiovasc Nursing*. 8(4); 267-273.  
doi: 10.1016/j.ejcnurse.2009.03.003
- Evans, D. (2002) Systematic reviews of interpretive research: interpretive data  
of processed data, *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26.
- Folkehelseinstituttet (2016) Hjerte- og karregisteret, Rapport for 2015,  
[https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/hjertekarrapport-arsrapport-for-2015\\_010716.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/hjertekarrapport-arsrapport-for-2015_010716.pdf) (Lastet ned 25.10.2016)

- Folkehelseinstituttet (2014) *Overlevelsestillene varierer mest ved hjerteinfarkt*  
<https://www.fhi.no/nyheter/2014/overlevelsestillene-varierer-mest-ved-hjerteinfarkt/>  
(Lastet ned 23.03.2017)
- Folkehelse rapporten 2014. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt (www.fhi.no)
- Forsberg, C., Wengström, Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*.  
3. utg., Stockholm: Bokförlaget Natur & Kultur
- Fållun, N., Fridlund, B., Schaufel, M., Schei, E., Norekvål, T. (2015)  
Patients' goal, resources and perceived hindrances for future change - a qualitative study of patients' reflections at hospital discharge after myocardial infarction.  
*European Journal Of Cardiovascular Nursing*, 6; 14 suppl.1, s 1-9  
doi: 10.1177/1474515115614712
- Helsedirektoratet (2017) *Pårørendeveileder. Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. (Lastet ned 30.04.2017)  
<https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/P%C3%A5r%C3%B8rendeveileder.pdf>
- Hildngh, C., Fridlund, B., Baigi, A. (2008) Sense of coherence and experiences of social support and mastery in the early discharge period after an acute cardiac event.  
*Journal of Clinical Nursing*, 17 (10); 1303-11.  
doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01892.x
- Holmboe, O., Bjertnæs, ØA. (2015) *Pasienterfaringer med norske sykehus i 2014. Lokale rapporter og nasjonale resultater*. PasOpp-rapport nr. 2, 2015  
Oslo: Kunnskapssenteret
- Junehaug, L., Asplund, K., Svedlund, M. (2014a) A qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction.  
*Intensive and Critical Care Nursing* 30; 22-30 doi: 10.1016/j.iccn.2013.07.002

Junehaug, L., Asplund, K., Svedlund, M. (2014b) Perceptions of illness, lifestyle and support after an acute myocardial infarction. *Scandinavian Journal Caring Science*, 28; 289–296. doi: 10.1111/scs.12058

Kristofferzon, M-L., Löfmark, R., Carlsson, M. (2008) Managing consequences and finding hope – experiences of Swedish women and men 4–6 months after myocardial infarction. *Scandinavian Journal Caring Science*; 22; 367–375  
doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00538.x

Lazarus, R.S. (2006) *Stress og følelser – en ny syntese*. Oslo: Akademisk Forlag.

Løchen, M-L, Gerds, E. (2015) *Kvinnehjertes. En medisinsk fagbok om vanlige hjertesykdommer*. 1. utgave, 1. opplag. Oslo: Gyldendal akademisk

Mæland, JG., (2006) *Helhetlig hjerterehabilitering*. 2. utgave 2. opplag.  
Kristiansand: Høyskoleforlaget AS

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet 21.03.2017:  
<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistre-for-vurdering-av-forskningsartikler>

Netland, H., Fållun, N., Norekvål, TM. (2011) Samtaler kan styrke hjertepasienten.  
*Sykepleien* 4; 50-52

Norsk senter for forskningsdata, NSD (2017)  
*Register over vitenskapelige publiseringskanaler*  
[https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action;jsessionid=dpsuw5IQ7vd3FY99TC0AheNS.undefined?enkeltSok=&\\_\\_checkbox\\_bibsys=true&sok.avansert=false&treffliste.tidsskriftTreffside=1&treffliste.forlagTreffside=1&treffliste.vis=true](https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action;jsessionid=dpsuw5IQ7vd3FY99TC0AheNS.undefined?enkeltSok=&__checkbox_bibsys=true&sok.avansert=false&treffliste.tidsskriftTreffside=1&treffliste.forlagTreffside=1&treffliste.vis=true)  
(Lastet ned 20.03.2017)

Norekvål, TM., Ernsten, L., Gjeilo, KH. (2016) Helsefremming blant hjertesyke i sykehus.  
I: Haugan, G., og Rannestad, T. (red.) *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten*.  
1. utg., 1. opplag (s.190-205) Oslo: Cappelen DAMM

Norsk Sykepleierforbund (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.  
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>  
(Lest 01.05.2017)

Ot.prp. nr. 10 (1998-99), *Om lov om spesialisthelsetjenesten mm*,  
Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov 2. juli 1999 nr. 30 om pasient- og brukerrettigheter*  
[https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)  
(Lastet ned 28.10.2016)

Petriček, G., Buljan, J., Prljević, G., Owens, P., Vrcić-Keglević, M., (2015)  
Facing the diagnosis of myocardial infarction: A qualitative study.  
*European Journal of General Practice*, 21: 19–25,  
doi: 10.3109/13814788.2014.907269

Reitan, A.M. (2011) Mestring. I: Knutstad, U. (red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie*.  
*Sykepleieboken 2* (s.74-107). Oslo: Akribe

Spesialisthelsetjenesteloven. *Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.*  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61> (Lastet ned 01.05.2017)

Statistisk sentralbyrå, SSB (2017) *Pasienter på somatiske sykehus, 2015*  
<https://www.ssb.no/helse/statistikker/pasient/aar/2016-04-07> (Lastet ned 23.03.2017)

Steg PG, James SK, Atar D, et al. (2012) Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. The Task Force on the management of ST-segment elevation acute myocardial infarction of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 33: 2569–2619.  
doi:10.1093/eurheartj/ehs215

St. meld nr. 29 (2012-2013) *Morgendagens omsorg*.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf> (Lastet ned 30.04.2017)

St. meld. nr. 47 (2008-09) *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. <http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf> (Lastet ned 23.03.2017)

Stubberud, D.G. (2013) Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk.

I: Stubberud, D.G (red.) *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s 13-41).

1. utgave, 1. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Stubberud, D-G. (2016a) Hjertesykdom - en introduksjon. I: Stubberud, D-G. (red)

*Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s.20-39) 1. utgave, 1. opplag.

Oslo: Cappelen Damm AS

Stubberud, D-G. (2016b) Å ivareta pasientens psykososiale behov ved behandling

av hjertesykdom i sykehus. I: Stubberud, D-G. (red) *Sykepleie til personer*

*med hjertesykdom* (s.334-393) 1. utgave, 1. opplag. Oslo: Cappelen Damm AS

Stubberud, D-G. (2016c) Sykepleiers funksjon og ansvar ved hjerterehabilitering.

I: Stubberud, D-G. (red) *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (s.422-446)

1. utgave, 1. opplag. Oslo: Cappelen Damm AS

Sæterhaug, A. (2004) Rehabilitering av hjertepasienter.

*Tidsskrift for Den norske legeforening* nr. 6, 124: 806–8

Teigen, KH. (2011) *Store norske leksikon*. (Lest 23.03.2017) <https://snl.no/erfaring>

Tod, A. (2008) Exploring the meaning of recovery following myocardial infarction.

*Nursing Standard*. 23, 3, 35-42 doi: 10.7748/ns2008.09.23.3.35.c6672

Yu, DSF., Thompson, DR. (2008) Commentary on Kristofferzon M-L, Löfmark R. & Carlsson M. (2007) Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing* 16, 391–401. *Journal of Clinical Nursing*. 17, 8, 1105-1106  
doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01732.x

Ørn, S., Brunvand, L. (2011) Hjerte- og karsykdommer, i Ørn, S., Mjell, J., Bach-Gansmo, E. (red.) *Sykdom og behandling* (s.159-196)  
1. utgave 3. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

**VEDLEGG 1: PO-skjema**

<b>PATIENT (HVEM)</b>	<b>INTERVENTION (HVA)</b>	<b>CONTROL (KONTROLLGRUPPE)</b>	<b>OUTCOME (UTFALL/RESULTAT)</b>
Voksne Pasienter Akutt myokard infarkt			Erfaring Mestring Utreise
Adults Patients Myocardial infarction			Experience Mastery Discharge



**VEDLEGG 2: Søkehistorikk tabell**

<b>Søkeord</b>	<b>Dato</b>	<b>Database</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Leste abstrakter</b>	<b>Leste artikler</b>	<b>Inkluderte artikler</b>
1.Myocardial Infarction	22.03.17	Cinahl	24 874	3	3	
2. (life) Experience	22.03.17	Cinahl	20 345	0	0	
3. 1.AND 2.	22.03.17	Cinahl	25	6	5	4
1.Myocardial Infarction	22.03.17	PudMed	83456	3	0	
2.Experience	22.03.17	PubMed	273 897	0	0	
3. 1. AND 2.	22.03.17	PudMed	2348	4	1	0
1.Myocardial Infarction	22.03.17	SweMed	222	3	2	
2.Experience	22.03.17	SweMed	12	2	0	
3. 1. AND 2.	22.03.17	SweMed	0	0	0	0
1.Myocardial Infarction	20.03.17	Cinahl	23 500	2	0	
2.Discharge	20.03.17	Cinahl	14 273	3	0	
3. (Life) Experiences	20.03.17	Cinahl	19 223	0	0	
4. 1.AND 2. AND 3.	20.03.17	Cinahl	1	1	1	1
1.Myocardial Infarction	20.03.17	PubMed	83 456	3	2	
2. Discharge	20.03.17	PubMed	87 877	0	0	
3.Experience	20.03.17	PubMed	273 897	0	0	

4. 1. AND 2. AND 3.	20.03.17	PubMed	175	5	3	1
1.Myocardial Infarction	20.03.17	SweMed	222	4	2	
2.Discharge	20.03.17	SweMed	244	2	0	
3.Experience	20.03.17	SweMed	12	1	0	
4. 1. AND 2. AND 3.	20.03.17	SweMed	0	0	0	
1.Myocardial Infarction	11.01.17	PudMed	69 271	2	1	
2.Mastery	11.01.17	PubMed	2335	1	0	
3. 1. AND 2.	11.01.17	PubMed	5	4	2	1
1.Myocardial Infarction	11.01.17	Cinahl	32 014	2	0	
2.Mastery	11.01.17	Cinahl	2054	0	0	
3. 1. AND 2.	11.01.17	Cinahl	7	3	2	0
1.Myocardial Infarction	11.01.17	SweMed	298	8	5	1
2.Mastery	11.01.17	SweMed	9	1		
3. 1.AND 2.	11.01.17	SweMed	0	0	0	0

**VEDLEGG 3:** Litteratormatrise 1: Perceptions of illness, lifestyle and support after an acute myocardial infarction.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i oppgaven?
<p>Junehaug, L., Asplund, K., Svedlund, M. (2014)</p> <p>Perceptions of illness, lifestyle and support after an acute myocardial infarction.</p> <p><i>Scandinavian Journal Caring Science</i>, 28, 289–296.</p> <p>Doi: 10.1111/scs.12058</p> <p>Original artikkel. Vurdert og godkjent av etisk komité. Fagfellevurdert.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å beskrive pasientenes individuelle oppfatninger om deres livsstil og støtte, ett år etter akutt myokard infarkt (AMI), med eller uten mentorordning.</p>	<p>Body limits, lifestyle changes, mentor, qualitative research, recovery, rural areas</p>	<p><b>Data:</b> Studien har et kvalitativt, deskriptivt design og er basert på individuelle semi-strukturerte intervju. Fokuserer på pasientens erfaringer.</p> <p><b>Utvalg:</b> Foretatt i midt-nord Sverige. Inkluderer menn og kvinner under 75 år som har hatt deres første AMI (akutt myokard infarkt). Noen ble tilbydt mentor det første året etter AMI, resten var i kontrollgruppen. 20 menn/kvinner.</p> <p><b>Analyse:</b> Innholdsanalyse.</p>	<p>Resultatet i denne studien viser at både deltakere med og uten mentor hadde både like og ulike reaksjoner.</p> <p><b>Tema:</b> ”å være en rammet kropp” med subtema ”kroppslige grenser” ”stole på hjertet” og beskriver hvordan pasientene selv opplever hvordan AMI har påvirket helsen deres, ”å være i stand til å gjøre endringer i livsstil” med subtema ”å kjempe for normalisering” og ”være sin egen herre” – om viljen til å gjøre endringer i livet, ”å være i stand til å meste hendelsen” – innsikt i handling” og ”et nytt liv”. -Studien konkluderer med at det er behov for ytterligere forskning om temaet for å forstå hvorfor noen pasienter mangler motivasjon for å gjøre livsstilsendringer etter så alvorlig og livstruende sykdom som AMI er.</p>	<p>Denne studien har relevans for oppgaven da den viser at både deltakere med og uten tilgang til mentor post-AMI og 1 år etter utskrivelse fra sykehus hadde likheter og tendenser til samme variasjoner i oppfatninger med både negativt og positivt syn på livet etter AMI.</p>

Litteratormatrise 2: Sense of coherence and experiences of social support and mastery in the early discharge period after an acute cardiac event

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i oppgaven?
<p>Hildnigh, C., Fridlund, B., Baigi, A. (2008)</p> <p>Sense of coherence and experiences of social support and mastery in the early discharge period after an acute cardiac event</p> <p><i>Journal of Clinical Nursing</i>, 17 (10), 1303-11. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01892.x</p> <p>Original artikkel Fagfelleurdert Etisk vurdering av The Institutional Review Board of each hospital / Comitee for Ethics in Medical Investigation, Lund University</p>	<p>Studiens hensikt var å utforske SOC (sense of coherence) og erfaringer i endring av sosial støtte og mestring i et korttids-perspektiv for pasienter innlagt på sykehus med MI.</p>	<p>Early discharge period, mastery, myocardial infarction, nursing, sense of coherence, social support</p>	<p><b>Datainnsamling:</b> Kvantitativ studie Design: multi-center survey i tre sykehus i sør-Sverige (100 pasienter fra hvert sykehus). Spørreundersøkelse – en ved utreise – og en to uker etter hjemkomst <b>Utvalg:</b> 300 pasienter innlagt med mistenkt MI. 241 deltok i studien. <b>Analyse:</b> Kvantitativ ”Non-parametric Wilcoxon Sign Rank Test” Students t-test Pearson’s correlation</p>	<p>Tre hovedtema:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Sosialt nettverk og sosial støtte</li> <li>-Sense of coherence</li> <li>-Mestring</li> </ul> <p>Over 60% av utvalget oppgav lav SOC i tidlig utskrivingsfase etter akutt MI. Det var også en sammenheng mellom sosial støtte og mestring. Dette angikk spesielt kvinner og personer over 65 år.</p>	<p>Studien er relevant for oppgaven og for helsepersonell da den indikerer at en bør være var for pasientens SOC, mestring og behov for sosial støtte i den tidlige fasen etter utreise fra sykehuset. Slik kan sykepleiere også hjelpe pasienten å identifisere strategier for sosial støtte og hindre potensielle komplikasjoner.</p> <p>Studien indikerer også at det er et behov for et verktøy for å jobbe med SOC, sosial støtte og mestring i den kliniske praksisen.</p> <p>Studien gir oss kunnskap om pasientenes erfaringer i den tidlige fasen etter utreise fra sykehuset.</p>

Litteratormatrise 3: Patients goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i oppgaven?
<p>Fålnun, N., Fridlund, B., Schaufel, MA., Schei, E., Norekvål, TM.</p> <p>Patients goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction.</p> <p><i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> (2015) s 1-9</p> <p>doi: 10.1177/1474515115614712</p> <p>Original artikkel Fagfelleurdert Studien følger prinsipper for Helsinkideklarasjon og er godkjent av etisk komite.</p>	<p>Studiens hensikt var å identifisere pasientens mål, ressurser og hinder for endringer i livet ved utreise av sykehuset.</p>	<p>Myocardial infarction, discharge planning, lifestyles changes, patient education</p>	<p><b>Data:</b> Kvalitativ. Intervju.</p> <p><b>Utvalg:</b> 20 deltakere ved en kardiologisk avdeling i Norge. Alle intervju ble gjennomført før hjemreise,</p> <p><b>Analyse:</b> transkribert og analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.</p>	<p>Resultatene peker mot tre tema som var gjennomgående for pasientene i det de dro fra sykehuset samt at pasientenes syn på MI (Myokard infarkt) var komplekse.</p> <p>Tema var: -forandring i livet -å forstå konteksten i det å leve med MI -gå videre</p>	<p>Studien konkluderer med at det er behov for en ny tilnærming til kommunikasjon med pasienter som rammes av akutt hjerteinfarkt ved utreise. Personsentrert omsorg som gir rom for pasientens egen historie gir profesjonelle helsearbeidere muligheten til å tilby individualisert veiledning og vil slik hjelpe denne pasientgruppen å håndtere utfordringene i livet etter utskrivning, og er relevant fordi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-fokus på pasientens mål, ressurser og hinder for endring ved utreise hjelper pasientene til refleksjon om livet etter hjerteinfarkt.</li> <li>-pasientens tanker og opplevelser dokumenteres før utreise og er et hjelpemiddel i oppfølgingen av rehabilitering.</li> <li>-helsearbeidere må ta inn over seg at livet etter hjerteinfarkt ikke bare assosieres med negativitet og at en kan hjelpe pasienten å se positive utfall av sykdommen.</li> </ul>

Litteratormatrise 4: Facing the diagnosis of myocardial infarction: A qualitative study

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i oppgaven?
<p>Petriček, G., Buljan, J., Prljević, G., Owens, P., Vrcić-Keglević, M., (2015)</p> <p>Facing the diagnosis of myocardial infarction: A qualitative study</p> <p><i>European Journal of General Practice</i>, 2015; 21: 19–25, doi: 10.3109/13814788.2014.907269</p> <p>Original artikkel Fagfelleurdert Etisk vurdering av The Ethical Board of Zagreb University School of Medicine</p>	<p>Studiens hensikt var å utforske pasientens erfaring ved første møte med en ny diagnose – myokard infarkt</p>	<p>Qualitative study, Myocardial infarction, patient's experience, patient-centered care</p>	<p><b>Datainnsamling:</b> Kvalitativ studie Semistrukturerte, individuelle intervju, intervjuguide med 5 åpne spørsmål. Fra første symptom, godta diagnosen, mestre og leve med MI. <b>Utvalg:</b> 32 pasienter 16 menn, 14 kvinner, med MI som hoveddiagnose, rekruttert fra 16 fastlegekontor, alder 45-65 år med MI diagnostisert siste 2-5 år. <b>Analyse:</b> transkribert, kodet, metode: grounded theory, analysert både med analyseprogram for kvalitativ metode og manuelt.</p>	<p>Pasientens første erfaringer når de konfronteres med MI. – livstruende, ingenting blir som før <b>1. møte med usikkerheten</b> -Takk Gud, jeg har overlevd – smerter overskygger (overrasket, sjokk), redsel, redd for framtiden, behov for emosjonell støtte. – har jeg virkelig hatt MI? <b>2. mestre diagnosen MI (6 faktorer)</b> -sykehusoppholdet – diagnosen slått fast – ha tro på doktoren - ”jeg visste det ville komme (familiært), personlighet, behov for ro og alenetid</p>	<p>Studien kan tilføre oppgaven kunnskap om at behovene for støtte endres fra tiden rett etter infarkt og i tiden etter sykehusoppholdet. MI er en livstruende tilstand som endrer synet på livet for pasienten. Studien presenterer seks faktorer som vil hjelpe pasienten å mestre sykdommen.</p> <p><b>Nøkkelpunkt i studien:</b> -Å møte diagnosen MI var en livstruende opplevelse og et vendepunkt i livet. -Pasienten forventer en biomedisinsk tilnærming i den akutte fasen, da de føler det er et møte med døden. -Når situasjonen ikke lenger er livstruende, er behovet for følelsesmessig støtte og det å ha muligheten til å bli møtt med tanker og bekymringer, bli sett og hørt, det viktige.</p>

Litteratormatrise 5: Patients' and their partners' experiences of returning home after hospital discharge following acute myocardial infarction.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i oppgaven?
<p>Eriksson, M., Asplund, K., Svedlund, M. (2009)</p> <p>Patients' and their partners' experiences of returning home after hospital discharge following acute myocardial infarction.</p> <p><i>European Journal of Cardiovasc Nursing.</i> 8(4): 267-73</p> <p>doi: 10.1016/j.ejcnurse.2009.03.003</p> <p>Original artikkel. Vurdert og godkjent av etisk komité. Fagfellevurdert.</p>	<p>Hensikten med denne studien var å beskrive pasienten og partners erfaring etter utskriving av sykehus etter MI.</p> <p>Bakgrunn for studien: Det å komme hjem fra sykehuset etter å ha gjennomgått akutt myokard infarkt, er en svært sårbar fase både for pasienten og hans nærmeste. Denne studien tar for seg tiden rett etter hjemkomst.</p>	<p>Life-threatening illness; Interviews; Nursing; Qualitative content analysis</p>	<p><b>Data:</b> Kvalitativ undersøkelse <b>Utvalg:</b> Nord-Sverige, pasienter 65 år eller yngre, individuelle intervju foretatt hjemme hos pasientene 4-8 uker etter utskrivelse av sykehus. 15 par: 11 menn, 4 kvinner m/partnere. <b>Analyse:</b> intervjuene ble transkribert, kvalitativ innholdsanalyse, 30 intervju totalt.</p>	<p>Resultatet for studien presenteres gjennom <b>tre hovedtema</b> og består av <b>ti kategorier</b> som beskriver erfaringene til pasientene og deres pårørende. <b>Pasientenes erfaringer:</b> <b>-hjemme igjen</b> hjemme igjen: fantastisk men ikke uten bekymringer, viktigheten av å ha en partner/nær person; verdifull støtte, slippe å være alene. Samtidig – tap av ansvar og innflytelse <b>-hjemme i seg selv</b> effekten på kropp og sinn endringer, søvn-mareritt, hemmet helse, fysiske problemer, økt trøtthet, tvilte på kroppen – hadde overvurdert egen helse, mistror hjertet, justeringer i livet, noen få hadde vansker med å godta diagnosen <b>-å ha en normalitet i sikte</b> tilbake til det vanlig livet Noen av pasientene nevnte at de manglet instruksjoner på for eksempel fysisk aktivitet, medikasjon og håndtering av egne følelser</p>	<p>Studien beskriver pasientens (og pårørendes) erfaringer med å komme hjem etter utskrivelse fra sykehuset etter å ha vært innlagt med MI. Vi benytter pasientens erfaringer.</p> <p>Nyttig kunnskap for sykepleiere i planleggingen av pasientens utreise fra sykehuset. I løpet av sykehusoppholdet kan sykepleier forberede både pasienten og partner til hva de kan forvente seg etter de kommer hjem fra sykehuset.</p>

Litteraturliste 6: Managing consequences and finding hope – experiences of Swedish women and men 4–6 months after myocardial infarction

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i oppgaven?
<p>Kristofferzon, M-L., Löfmark, R., Carlsson, M. (2008)</p> <p>Managing consequences and finding hope – experiences of Swedish women and men 4–6 months after myocardial infarction</p> <p><i>Scandinavian Journal Caring Science</i>; 2008; 22; 367–375</p> <p>doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00538.x</p> <p>Original artikkel Fagfelleurdert Etisk vurdert av Research Ethics Committee of Uppsala University</p>	<p>Studiens hensikt var å beskrive erfaringene fra hverdagslivet 4-6 mnd etter MI og deres forventninger til fremtiden.</p>	<p>Myocardial infarction, experiences in everyday life, women and men, nursing, Qualitative content analysis</p>	<p>Kvalitativ studie <b>Data:</b> Semistrukturerte individuelle intervju omhandler familie, arbeid, rehabilitering, helseproblemer og forventninger til framtiden <b>Utvalg:</b> 19 menn, 20 kvinner fra jan 2000 –nov 2001, <b>Analyse:</b> Kvalitativ innholdsanalyse</p>	<p>To hovedtema med 5 underkategorier:</p> <p><b>1.Mestre konsekvensene</b> etter MI. -helseproblemer -livsstilsendringer -emosjonelle reaksjoner -arbeid og sosialt liv -nettverk, profesjonelt og likemannsarbeid</p> <p><b>2.Finne mening i det som hendte.</b> -positive konsekvenser -verdier i livet -håp for livet</p>	<p>Denne studien viser viktige sider av livet etter MI og kan benyttes i oppgaven. Det første temaet indikerer at pasientene ennå ikke hadde etablert en stabil helse, til tross for at symptomene hadde avtatt. De måtte mestre en ny situasjon med helseplager, livsstilsendringer, følelsesmessige reaksjoner og endringer i det sosiale livet. Støtten fra nettverket oppfordret dem til å gå videre. Det andre temaet viser at pasientene også fant positive konsekvenser i det da hadde gått gjennom, de så nye verdier i livet og håp for framtiden.</p> <p>Studien konkluderer med at de fleste pasientene gikk videre i livet og begynte å gjenvinne balansen i livet. De pasientene som strevde med å komme seg videre, hadde manglende støtte i sosialt nettverk. Helsearbeidere kan her være en viktig ressurs for å hjelpe pasientene å tilpasse seg endringene i livet – ved å være var pasientens behov for tilgang til støtte, både i et korttids- og et langtidsperspektiv.</p>



Litteratormatrise 7: A qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i oppgaven?
<p>Junehaug, L., Asplund, K., Svedlund, M.</p> <p>A qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction.</p> <p><i>Intensive and Critical Care Nursing</i> (2014) s 22-30</p> <p>doi: 10.1016/j.iccn.2013.07.002</p> <p>Original artikkel Fagfelleurdert Vurdert av etisk komité</p>	<p>Studiens hensikt var å beskrive de individuelle opplevelsene av psykososiale konsekvenser etter gjennomgått akutt myokard infarkt (AMI) og pasientenes tilgang til støtte ett år etter hendelsen.</p>	<p>Emotional distress; Existential crises; Mentor; Peer support; Qualitative content analysis</p>	<p><b>Data:</b> Kvalitativ. Intervju. <b>Utvalg:</b> 20 deltakere (14 menn, 6 kvinner) som lever i perifere områder og har gjennomgått første akutt myokard infarkt. Deltakerne ble intervjuet ett år etter. 11 av deltakerne hadde tilbud om kontakt med mentor. Gjennomført i Sverige. <b>Analyse:</b> Transkribert</p>	<p>Resultatene av denne studien ble presentert under tre tema</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- et nytt liv</li> <li>- mestre situasjonen</li> <li>- tilgang til støtte</li> </ul> <p>Det var 11 undertema.</p> <p>I rehabiliteringsfasen opplevde deltakerne psykososiale konsekvenser som angst og redsel for å bli rammet av nytt infarkt. De fleste av deltakerne som fikk tilbud om mentor, benyttet seg av dette tilbudet og de som ikke hadde det, hadde et ønske om nettopp dette. Konklusjonen er at etter AMI er det vært viktig med oppfølging i rehabiliteringsfasen og den standardiserte informasjonen som tilbys er utilstrekkelig. I denne fasen sliter pasientene med eksistensielle kriser. Etter utskriving vil det å ha tilgang til likemenn med liknende opplevelser være verdifullt.</p>	<p>Denne studien vil være nyttig for å kunne underbygge behovet for mer systematisk arbeid med informasjon til de pasientene som rammes av AMI samt oppfølging etter oppholdet på sykehuset.</p> <p>Mentorordning og likemannsarbeid pekes på som spesielt verdifullt. Både før og etter utskriving av sykehuset.</p> <p>Sykepleiere har en viktig posisjon for å informere pasientene om at kriser er normalt etter AMI og sykepleier bør utforske hvilken tilgang den enkelte pasient har til støtte. En åpen telefonlinje er et effektivt tiltak.</p>

Litteraturmatrikse 8: Exploring the meaning of recovery following myocardial infarction.

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans: Hvordan vil vi bruke denne artikkelen i oppgaven?
<p>Tod, A.</p> <p>Exploring the meaning of recovery following myocardial infarction. (2008)</p> <p><i>Nursing Standard</i>. 23, 3, 35-42.</p> <p>doi: 10.7748/ns2008.09.23.3.3.5.c6672</p> <p>Original artikkel Fagfelleurdert Etisk godkjent av lokal NHS etisk komité</p>	<p>Studiens hensikt var å utforske meningen med tilfriskning etter myokard infarkt (MI) fra pasientens og deres omsorgsarbeid deres perspektiv</p>	<p>Myocardial infarction, Patients: psychology; Research</p>	<p><b>Data:</b> Kvalitativ studie. Konstruktivistisk grounded tilnærming Semistrukturerte intervju både individuelle og gruppeintervju. <b>Utvalg:</b> Totalt 34 deltakere fra nord-England, 14 pasienter som har hatt MI, 1 med bypass kirurgi og ni omsorgsarbeidere deltok i ett gruppeintervju. <b>Analyse:</b> Data ble kodet ved hjelp av kvalitativ dataprogram Utført. 2001-2005.</p>	<p>Gjennomgående for alle deltakere var temaene frykt og sårbarhet. Ett hovedfunn var at etter et MI følte deltakerne seg <b>annerledes</b> som person enn før MI. Tilfriskning ble derfor en pågående prosess som innebar å leve med ”annerledeshet”. <b>Vaktfull usikkerhet</b> var andre hovedkategori, tilfriskningen ble beskrevet som ”opp- og nedturer”.</p>	<p>Artikkelen er relevant for oppgaven da den tydelig beskriver pasientens erfaringer etter MI. Funnet i studien peker på at pasientene føler seg annerledes etter MI og har vansker med å finne tilbake til personen han var før, sykdom påvirker liv og familieliv. Pasientene beskriver at de må jobbe for å gjenvinne kontroll. Det påvirker pasientens identitet, rolle og ansvar, både i positiv og i negativ forstand. Pasienten beskriver en følelse av å være på vakt og jobber for å gjenvinne den sikkerheten og ro som før MI, stoler ikke på kroppen og er redd for et nytt MI. Pasienten blir fokusert på kropp og oppførsel og følger med på symptomene i kroppen sin. Sykepleiers oppgave: -støtte pasientene, hjelp til egenmestring -lære å leve med, mestre usikkerheten, gjenvinne kontroll over eget liv -finne mening i det en har opplevd -hjelp å omdefinere, justere og realistiske mål, den enkeltes behov.</p>