

Silje Kippernes
Line Øien

Mestring av livet etter hjerteinfarkt

Bacheloroppgåve i Sjukepleie
Veileder: Gerd Nordhus/Sven Inge Molnes
Mai 2019

NTNU
Noregs teknisk-naturvitenskaplege universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund

Samandrag

Hensikt: Hensikta med oppgåva er å få perspektivet til pasienten om kva erfaringar dei har gjort med mestring etter hjerteinfarkt. Ved å reflektere over dei funna som er presenterte i denne oppgåva, kan sjukepleiarar og helsepersonell bidra til å legge til rette for og støtte pasienten i mestringsprosessen.

Metode: Systematisk litteraturstudie.

Resultat: Å få hjerteinfarkt er ei livskrise, og pasientar handterer sjukdommen sin ulikt. Ved å forstå ulike mestringsstrategiar og ulike stressreaksjonar, kan helsepersonell bidra til at pasientane klarer å mestre livet etter hjerteinfarkt. Etter at pasientane er utskrivne frå sjukehus, har pasientane ulik forståelse og oppfatning av egen livssituasjon og helse. Pasientane har eigenopplevde behov gjennom mestringsprosessen. Fatigue var ein faktor mange av pasientane opplevde som uforståeleg og vanskeleg å forklare. Ved negativ mestring kan pasientane ta passive valg, stritte imot kroppens signal og/eller halde fram med same livsstil som før hjerteinfarkt. Ved positiv mestring vil pasientane aktivt gjere tiltak for å endre og tilpasse seg konsekvensane etter hjerteinfarkt.

Konklusjon: Det som gjer at nokre får til ei positiv mestring er korleis den enkelte forstår kva sjukdommen er, kvifor den har oppstått, samt aksepterer at dei sjølv kan påverke eiga helse framover – altså om ein har ei høg eller lav oppleving av samanheng (OAS). Ved lav OAS så er det sannsynleg at pasienten mestrar livet negativt. Pasientane treng støtte og informasjon rundt sjukdommen for å kunne erfare høg OAS. Helsepersonell må ha kunnskap om sjukdom, mestringsstrategiar og stressreaksjonar, for å støtte pasientane som treng hjelp til å oppnå høg OAS slik at fleire pasientar kan oppnå positiv mestring.

Abstract

Aim: The purpose of this study is to get the patient's perspective on their experiences regarding how they cope after a heart attack. By shedding light on the findings, nurses and health personnel can obtain a better understanding of how to support the patient in the coping process.

Method: Systematic literature study.

Results: Getting a heart attack is seen as a life crisis, and patients handle their disease differently. By understanding different coping methods and various stress reactions, health professionals can help patients master their life after heart attack. After patients have been discharged from the hospital, the patients have different understanding and perception of their own life situation and health. Patients have self-experienced needs throughout the coping process. Many patients experienced fatigue as incomprehensible and difficult to explain. In the case of negative coping, the patients will remain passive, struggle against the body's signal and/or continue with the same lifestyle they had before the heart attack. In the case of positive coping, the patients will actively take measures to change and adapt to the consequences after the heart attack.

Conclusion: What makes some people adapt a positive way of coping is how the individual understands what the disease is, why it has occurred, and accepts that they can influence their own health in the future – meaning, whether one has a high or low sense of coherence (SOC/OAS).

With a low SOC, the patient is likely to master life negatively. Patients need support and information about the disease in order to experience high SOC. Healthcare professionals need to have knowledge of disease, coping mechanisms and stress reactions, to support patients who need help to achieve high OAS so that more patients can achieve positive coping.

Innhold

1 Innleiing	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema	1
1.2 Studiens hensikt og problemstilling	2
1.3 Begrepsavklaring.....	2
1.4 Avgrensingar og presiseringar.....	2
1.5 Oppbygging av oppgåva.....	3
2 Teori	4
2.1 Hjerterinfarkt	4
2.2 Mestring	4
2.4 Salutogenese - oppleving av samanheng	5
3 Metode.....	6
3.1 Søkeord.....	6
3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	6
3.3 Søkehistorikk.....	7
3.4 Kvalitetsvurdering og etiske omsyn	7
3.5 Kvalitativ og kvantitativ metode	8
3.6 Analyse.....	8
4 Resultat.....	9
4.1 Eigenopplevde behov	9
4.2 Fatigue	11
4.3 Negativ mestring	12
4.4 Nye muligheter	14
5. Diskusjon.....	15
5.1 Metodediskusjon	15
5.2 Resultatdiskusjon.....	16
5.2.1 Eigenopplevde behov	16
5.2.2 Fatigue	18
5.2.3 Negativ mestring	21
5.2.4 Ein ny mulighet	23
6 Konklusjon	25
Litteratur.....	26
Vedlegg 1: PIO- skjema	30
Vedlegg 2: Søkehistorikk	31
Vedlegg 3: Litteratormatrise 9stk.....	32

1 Innleiing

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Dette er ein systematisk litteraturstudie som fokuserer på korleis pasientar opplever mestring etter å ha gjennomgått eit hjerteinfarkt. Dette er eit høgaktuelt tema fordi det allereie er mange personar som er berørt av hjerte- og karsjukdommar, og fleire vil det bli i framtida (Ariansen mfl., 2014). I 2018 var det 10 508 registrerte hjerteinfarkt på norske sjukehus, og av dei var det 4915 personar som var i alderen 20-69 år. Samstundes visar statistikken ein klar nedgang i antall årlege hjerteinfarkt (Statistisk sentralbyrå, 2019). Det er fleire årsaker til denne nedgangen. Folk har ein større bevisstheit på å ha ein sunn livsstil, og det er dermed nedgang i risikofaktorar som røyking, høgt kolesterol og blodtrykk hos befolkninga. Medisinske og teknologiske framskritt har gitt betre primær- og sekundærforebygging, samt nye legemidlar og utblokking av kransarteriane. Til tross for nedgangen er det forventat at talet på personar som lever med hjerte- og karsjukdommar vil auke. Det er fordi det er ein auke i antal eldre i befolkninga, sidan betre forebyggande tiltak og behandlingmuligheter har ført til redusert dødelegheit. Denne utviklinga er eit folkehelseproblem (Ariansen mfl., 2014).

Mange opplever redusert funksjonsevne og livskvalitet etter hjerteinfarkt (Norsk hjerteinfarktregister, 2017). Korleis behova til pasienten blir ivaretatt av helsepersonell etter eit hjerteinfarkt, har ofte innvirkning på korleis pasientane klarer å mestre livet og tida vidare (Eikland mfl., 2016, s. 250-251). Helsepersonell skal utføre helsehjelp som er forebyggande, diagnostisk, behandlande, helsebevarande, rehabiliterande eller ha eit pleie- og omsorgsformål (Helsepersonellova, 2018, §3). Det inngår også i dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar at vi skal understøtte håp, mestring og livsmot hos pasienten (Norsk sykepleier forbund, 2016).

Pasientane vil ha behov for informasjon og undervisning for å fremme eigenomsorg slik at pasienten sjølv kan ta ansvar for eigen rehabilitering og livsstilsendingar. Dette er sentralt allereie i akuttbehandlinga på sjukehuset, men også etter utskriving frå sjukehuset (Holm og Almås, 2016 s. 229 og 275). Etter utskriving vil sjukepleiarar møte desse pasientane på ulike

arenaer, slik som poliklinisk i regi av medisinske og kardiologiske avdelingar, eller i regi av lærings- og mestringssenter (LMS-senter). Sjukepleiar har ein terapeutisk og viktig funksjon i rehabiliteringa ved å gi psykososial støtte til pasienten som skal mestre livsstilsendingar etter å ha gjennomgått hjerteinfarkt (Holm og Almås, 2016, s. 274-275).

1.2 Studiens hensikt og problemstilling

Hensikta med studien er å få perspektivet til pasienten om kva erfaringar dei har gjort med mestring av livet etter gjennomgått hjerteinfarkt. Ved å reflektere over dei funna som er presenterte i denne oppgåva, kan vi som sjukepleier bli betre på å støtte pasienten i mestringprosessen.

Den valgte problemstillinga er:

Korleis erfarer pasientar å mestre livet etter eit hjerteinfarkt?

1.3 Begrepsavklaring

Hjerteinfarkt: Når hjertemuskelceller dør på grunn av oksygenmangel (Ørn og Brunvand, 2017, s. 168).

Mestring: Korleis ein person handterer oppgåver og utfordringar som ein møter i sitt livsløp (Svartdal, 2018).

Pasient: En person som henvendar seg til helsevesenet med anmodning om helsehjelp, eller som helsevesenet gir eller tilbyr helsehjelp i individuelle tilfelle (Pasient- og brukarrettighetslova, 2018, §1-3).

1.4 Avgrensingar og presiseringar

Vi avgrensar problemstillinga til tida etter utskriving i frå sjukehuset og til pasientar som har blitt ramma av hjerteinfarkt. Vi har valgt å bruke definisjonen «pasient», fordi når en person mottek helsehjelp blir han definert som pasient, og det er i helsevesenet sjukepleiar møter dei. Vi har valgt å inkludere begge kjønn, og har lagt fram enkelte forskjellar som artikkane og pensum har skildra. Vi har valgt pasientgruppe under 65 år. Sjølv om nokre av artikkane vi har valgt har også deltakara over 65år, har vi inkludert dei, for vi meina dei er relevante i forhold til problemstillinga.

1.5 Oppbygging av oppgåva

I neste kapittel tek vi for oss teori som vil vere med på å belyse problemstillinga og er relevant for resultatane av artiklane. I kapittel tre gjer vi rede for metode, med korleis vi gjennomførte søkeprosessen og analysa. Hovudfunna av analysa blir framlagt i kapittel fire. Vidare i kapittel fem gjer vi greie for metode- og resultatdiskusjonen, og i kapittel seks vil vi kome med ein konklusjon.

2 Teori

I dette kapitlet har vi inkludert teori som kan belyse problemstillinga. For å kunne bistå pasientar i deira mestringsprosess etter eit hjerteinfarkt, må ein forstå både den fysiologiske prosessen som skjer i kroppen, dei psykiske reaksjonane som kan oppstå, samt ulike mestringsstrategiar for både fysisk og psykisk stress.

2.1 Hjerteinfarkt

Hjerteinfarkt kan definerast ved hjertecelledød grunna iskemi. Iskemi er mangel på oksygen til hjertet. Det kan oppstå når ei koronararterie er forsnevra slik at tilstrekkeleg blodmengde ikkje kjem fram til vevet, eller at det oppstår ein okklusjon slik at blodforsyninga stoppa heilt (Ørn og Brunvand, 2017, s. 168). Viss blodstraumen ikkje blir gjenoppretta kan det oppstå celleskade i hjertemuskelen som er irreversibel (Eikland mfl., 2016, s. 243). Dei viktigaste årsakane er aterosklerose, som er avleiring av kolesterol på innsida av arteriane, og arteriell trombose, som er blodpropp.

Iskemiske sjukdommar rammar mange pasientar, og førekomsten aukar med alderen. Til tross for dette, dør færre pasientar av iskemiske sjukdommar. Dette har samanheng med moderne behandlingssprinsipp, som blant anna utblokking av arteriar, førebygging av blodpropp, bruk av kolesterolsenkande legemiddel og livsstilsendringar. Fleire pasientar overlever hjerteinfarkt, og konsekvensen av det er at stadig fleire pasientar er avhengig av behandling for hjertesjukdom. (Ørn og Brunvand, 2017, s. 167) Prognose etter hjerteinfarkt er avhengig av kor stor del av hjertemuskelen som er øydelagt, der dei med stor skade har auka risiko for å utvikle hjertesvikt (Ørn og Brunvand, 2017, s. 174).

2.2 Mestring

Mestring blir sett på som ein prosess, og er av Lazarus og Folkman definert som ei stadig endring i kognitiv styrke - altså korleis personen handterer å skulle oppfylle spesifikke eksterne og/eller interne krav som vurderast som belastande eller som overstig personen sine ressursar (Lazarus og Folkman, 1984, s. 141). Ved å bruke begrepet «handtere» i definisjonen, unngår dei å likestille mestring med kun positive utfall (Lazarus og Folkman,

1984, s. 133). Det inkluderer å minimisere, unngå, tolerere og akseptere stressende forhold. Det vil sei at ingen strategi er sett på som betre enn den andre. Det som blir sett på som bra eller passende ved ein strategi, er berre bestemt av den effekten som vert oppnådd i eit gitt møte og effekten som vert oppnådd på lang sikt (Lazarus og Folkman, 1984, s. 134). Teorien skillar mellom to typar strategiar for å mestre noko som opplevast stressande; problemorientert- og emosjonelt orientert mestring.

Problemorienterte strategiar har til hensikt å løyse eller handtere stressande situasjonar som opplevast stressande og auke personens handlingsmuligheter. Emosjonelt orientert mestring har til hensikt å redusere følelsar som opplevast ubehagelege i stressande situasjonar (Kristoffersen mfl., 2011, s. 249-250).

2.4 Salutogenese - oppleving av samanheng

Aron Antonovsky har forma teorien om salutogenese som fokuserer på kva tiltak som fremmar god helse og gir personar auka mestring og oppleving av velvære (Kristoffersen, 2011, s. 152). Antonovsky forklara at helse handlar om haldningar til å takle stress og uventa situasjonar, og han kalla det oppleving av samanheng (OAS). Begrepet OAS består av tre ulike aspekt, men må bli sett på som ein heilheit fordi dei tre ulike aspekta er uløseleg knytta til kvarandre (Antonovsky, 2012, s. 39 og 42), som består av:

- Forståelse: det som inntreffe, er forståeleg og opplevast som ordna strukturert og tydeleg.
- Handterbarheit: Opplevelse av å ha tilstrekkeleg ferdigheit og kunnskap for å kunne mestre ulike situasjonar .
- Meiningsfullheit: ein opplevelse av delaktigheit, at det nyttar og er verdt å anstrenge seg (Kristoffersens, 2011, s. 369).

Vi har summert teorien kort ved å seie at det å ha ein sterk OAS er å være motivert til å takle stressande situasjonar, at ein har trua på at ein forstår situasjonen og at ein har ressursar i nærleiken (Antonovsky, 2012, s. 39-42). Antonovsky (2012, s. 42) skriv at om ein mestrar påkjenningar og opplev samanheng så bevare ein helsa si.

3 Metode

I denne oppgåva har vi utført ein systematisk litteraturstudie. Det er eit litteratursøk der innhentinga av informasjonen er planlagt og grunnleggjande, og har utgangspunkt i ei tydeleg formulert problemstilling. Ein skal på ein kritisk måte vurdere og analysere innhaldet. For å lage en oversiktleg søkehistorikk har vi benytta Forsberg og Wengstrøm (2015, s. 73) sine seks steg for utvalgsprosessen.

3.1 Søkeord

I første steget skal ein identifisere interesseområdet og definere søkeord. Når problemstillinga var på plass, valgte vi søkeord frå den. Vi brukte dei norske og engelske søkeorda: «hjerteinfarkt», «akutt koronar sjukdom», «hjerteinfarkt», «heartattack», «acute coronary infarction», «myocardial infarction», «pasient-/perspektiv/erfaring», «patient-/perspective/experience/perception», «mestre/mestring» og «mastery/coping».

Vi la inn orda i eit PIO-skjema, før søket vart igangsett (vedlegg 1). PIO-skjema er ei strukturert metode, som ut i frå problemstillinga kan sette saman og strukturere søkestrategien (Forsberg og Wengstrøm, 2015, s. 60). Denne metoda er nyttig for å identifisere og organisere søkeorda (Strømme, 2017).

3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

På steg to skal begrensingar og kriteriar bestemast (Forsberg og Wengstrøm, 2015, s. 73).

Vi valgte å innhente artiklar som var fagfellevurdert. Det betyr at forskninga er kvalitetssikra ved at ekspertar innanfor faget vurderer bidraget før det blir publisert (Svartdal, 2018).

Artiklane vi har bruka er også etisk vurderte, har pasientperspektiv, og handlar om mestring etter hjerteinfarkt. Artiklane måtte i tillegg vere frå land som kan samanliknast med det norske helsevesenet, så vi valde at dei kunne vere på norsk, dansk, svensk eller engelsk. Fordi vi er ute etter nyare forskning, valgte vi publikasjonsår frå 2007 til 2018.

Vi inkluderte også dei avgrensingane vi sette i innleiinga, nemnt i kapittel 1.4. Dei artiklane som ikkje oppfylte desse krava, vart ekskluderte frå oppgåva.

3.3 Søkehistorikk

Steg tre til fem handlar om å søke i databasar, både strukturerte og manuelle søk. Her skal en finne relevante artiklar for problemstillinga (Forsberg og Wengstrøm (2015, s. 73).

Databasane Cinahl Complete og Svemed+ blei benytta. Vi brukte dei boolske operatorane «AND» og «OR» (Forsberg og Wengstrøm, 2015, s. 69) for å kombinere søkeorda våre.

Vedlagt ligger søkehistorikken (vedlegg 2).

I Cinahl Complete fekk vi anbefalt «myocardial infarction» når vi søkte på «heartattack», og vi valgte å bruke det vidare i søket. Deretter fekk vi opp forslag om «patient attitudes», når vi søkte på «pasient- perspective/experience». Eit norsk søk blei gjennomført i SveMed+ og Cinahl Complete, med søkeorda «hjerteinfarkt», «pasient» og «mestring». Det var utfordrande å finne relevante artiklar på norsk, men fleire av artiklane vi fant var artiklar av skandinaviske forfattarar på engelsk. Vi gjorde også manuelt søk, blant anna ved å lese litteraturlista til artiklane vi hadde valgt for å leite etter meir materiale som kunne vera relevant for vår problemstilling, Eit anna manuelt søk med «empowerment» blei også prøvd etter fleire dårlege søkeresultat. Sjølv om nokre søk ikkje ga relevante artiklar, har vi lagt dei ved i søkehistorikken.

Artiklane vart vurdert ved å lese abstraktet først, og når den framsto som relevant leste vi gjennom artikkelen for å sjå om den kunne brukast. Relevante artiklar for oppgåva vil seie artiklar som fokuserte på mestring etter gjennomgått hjerteinfarkt, pasientperspektiv, samt ulike faktorar som kan ha innvending på mestringa til pasienten. Dei ni artiklane vi har valgt har opphav i ulike land i Europa, mens ein kjem ifrå USA.

3.4 Kvalitetsvurdering og etiske omsyn

Det siste steget i Forsberg og Wengstrøm (2015, s. 73) omfattar kvalitetsvurdering av artiklane. God etikk er eit viktig aspekt ved vitenskapleg forskning, og dei som skal forske på pasientdata må på forhånd søke til lokale eller regionale etiske komitear (Forsberg og Wengstrøm, 2015, s. 132). Helsinkideklarasjonen legg til rette for at etiske forhold blir følgt når ein utfører forskning, og fastset prinsippa der pasientar si medverking, informasjon og samtykke står sentralt (Den Norske Legeforening, 2012).

Alle artiklane er etisk vurdert og godkjente av dei respektive institusjonane som har gitt ut artiklane, forutan om ein. Vi valgte likevel å ta med artikkelen i grunnlaget for oppgåva, sidan den er fagfelleverdert. En av avgrensingane vi benytta var at artiklane måtte være fagfelleverdert, og i tillegg har vi brukt Norsk senter for forskningsdata (NSD) sitt register for å kontrollere at artiklane er fagfelleverderte. Ifølge NSD (2018) så er rutinar for fagfellevurdering inkludert i kriteria for godkjenning av publiseringskanalar/tidsskrift. Samtlege av artiklane som er inkludert har brukt «IMRAD»- struktur som oppbygging. «IMRAD» står for introduksjon, metode, resultat, «and» og diskusjon, og er ein standard struktur som kan brukast når ein skriv ein artikkel. Som rettleiing når vi skulle velge artiklar brukte vi Folkehelseinstituttet si sjekklister (2014).

3.5 Kvalitativ og kvantitativ metode

Seks av dei ni artiklane vi har valgt som faggrunnlag, har brukt kvalitativ metode. Dette vert brukt når målet med forskinga er å beskrive og fokusere på meining, innhald (Christoffersen mfl., 2015, s. 53), oppleving og erfaringar.

I dei tre resterande artiklane har forfattarane benytta kvantitativ metode. Med den metoden analyserer ein større datamengder der funna kan uttrykkast i talform, og der datamengdene gjerne er analysert ved hjelp av statistiske metodar (Dalland, 2012, s. 112). Utfordringa med ei kvantitativ analyse er å gjere store datamengder forstålege og å redusere mengda av detaljert informasjon ved å identifisere fellestrekk.

3.6 Analyse

Ein av forutsetningane for at ein skal utføre ein systematisk litteraturstudie, er at det er tilstrekkeleg med forskning av god kvalitet som kan utgjere grunnlaget for ei analyse (Forsberg og Wengstrøm, 2015, s. 26). Vi har valgt å bruke analyseprosessen til Evans (2002) når vi har analysert artiklane til oppgåva. Denne analyseprosessen har fire steg:

- 1) Datainnsamlinga er beskrevet i kapittel 3.1, 3.2 og 3.3.
- 2) Identifisering av nøkkelbegrep er vist i figur 1.
- 3) Samanlikning av artiklane gjor vi ved å lage notata av funna i artiklane, og deretter dele dei opp i kategoriar som vi meina var relevant.
- 4) Forklaring og kategorisering av funna er resultatet av analyseprosessen. Den er å finne i kapittel 4.

4 Resultat

Litteratursøket har gjeve eit utval i ni relevante forskningsartiklar som grunnlag for oppgåva. Litteraturmatrisene på artiklane er lagt til som vedlegg 3-11. Tabellen under viser kategorisering av funna i analysa. På bakgrunn av dei har vi delt dei inn i fire hovudkategoriar som tek føre seg korleis pasientane mestrar eller handterer livet etter å ha gjennomgått eit hjerteinfarkt. Dei kategoriane er *eigenopplevde behov*, *fatigue*, *negativ mestring* og *nye muligheter*.

Funn	Kategori	# 1	# 2	# 3	# 4	# 5	# 6	# 7	# 8	# 9
Egenopplevde behov	Egenopplevde behov	X	X		X					
OAS							X		X	
Stress/reducere stress					X	X	X	X		X
Familie / sosialt nettverk		X		X		X				X
Fatigue	Fatigue		X	X	X		X		X	X
Tomhet/vantro	Negativ mestring	X								
Mangel på motivasjon/ føler på restriksjoner		X	X	X	X	X	X	X		X
Depresjon						X	X	X		X
Fortsette som før		X	X	X	X	X	X		X	X
Endre tankegang	Positiv mestring		X	X		X		X		
Motivasjon		X						X	X	
Livsstilsending		X	X	X	X				X	X
Ny normalitet		X	X	X						

Figur1: Kategorisering av funn i frå analysa av forskningsartiklane

4.1 Eigenopplevde behov

Oppleving av samanheng (OAS) er ei viktig helsefremmande mestringskilde (Alsén og Eriksson, 2015, s. 531), og det er dokumentert ei subjektiv oppleving av samanheng som har sterke assosiasjonar til opplevinga av fatigue og stress. Brink (2009, s. 128) nemner eit behov for å strebe etter helse i sin studie, der deltakarane jobba med førebyggjande og

helsefremmande tiltak. Dette betyr å være klar over og ha forståing for egen sjukdom, og å bruke det til å endre eige syn på livet til noko positivt (Fålun mfl., 2015, s. 499).

Det er fleire behov som trengst å fyllast før ein kan oppnå ein ny normalitet etter eit hjerteinfarkt (Petriček mfl., 2017, s. 39).

Det kjem fram at pasientane har behov for tid til å hele, akseptere og tilpasse seg konsekvensane. Dei har eit behov for å overvinne angst rundt sjukdommen, fordi angsten begrensar ønske og forsøk på tilpassing og adaptasjon til konsekvensane av hjerteinfarkt (Petriček mfl., 2017, s. 38-39).

I fleire av artiklane (Petriček mfl., 2017, s. 38-40; Kristofferzon mfl., 2008, s. 371; Fålun mfl., 2016, s. 499) kjem det fram at pasientane har behov for informasjon for å mestre situasjon. Petriček mfl. (2017, s. 38) nemner at pasientane har behov for to ulike typar informasjon for å komme seg vidare. Den eine er informasjon om hjerteinfarkt generelt, slik som symptom, emosjonar, behandling og hjerterehabilitering. Den andre typen informasjonen som var etterlengta handlar spesifikt om «mitt» hjerteinfarkt. Det inneber informasjon om «kvifor det skjedde meg?», «korleis tolke symptom?», «korleis kan eg hjelpe meg sjølv?» (Petriček mfl., 2017, s. 38). Pasientane opplevde trygghet ved å oppsøke og snakke med helsepersonell i etterkant av hjerteinfarkt (Kristofferzon mfl., 2008, s. 371-372).

Enkelte av artiklane presiserar at pasientane har eit behov for å være til nytte for samfunnet, men på eige premisser (Kristofferzon mfl., 2008, s. 371). Det inkluderer å sjå fram til å få ein jobb eller returnere til jobb på deltid, sette av meir tid til å vere med familien og dyrke gode relasjonar. Petriček mfl. (2017, s. 40) og Fålun mfl. (2015, s. 498) skriv av pasientane har behov for støtte frå familien og sitt sosiale nettverk, men framheva at dei ikkje vil være ein belastning for pårørande.

«Through their struggle, they were encouraged to find new ways of thinking and reformulating identity goals»

Brink, 2009, s. 128

For å gjenvinne kontroll over livet etter eit hjerteinfarkt, behøver dei motivasjon til å tenke annleis og endre personlege mål og verdiar. På den måten kan dei begynne å ta ansvar for eiga helse (Brink, 2009, s. 129). Familien var ein viktig faktor i motivasjonen til endring da

pasientane innsåg at deira livsstilsendingar var til nytte for andre også (McAnirn mfl., 2015, s. 613).

I artikkelen til Kristofferzon mfl. (2008, s. 371-372) så utforskar dei tilpassingsforskjellene mellom kjønna. Etter å ha gjennomgått hjerteinfarkt, lærte kvinner at dei hadde behov for å prioritere seg sjølv og sine behov først, mens menn hadde eit behov til å uttrykke sine følelsar. Ved å overleve eit hjerteinfarkt, kom pasientane emosjonelt sterkare ut av situasjonen og ville sjå framover, ved hjelp av positive mestringsstrategiar (McAnirn mfl., 2015, s. 613).

4.2 Fatigue

Gjennom studiane vi har funnet kjem det fram at opplevelse av fatigue er ein viktig faktor knytta til pasienten si mestring. Alsén og Eriksson (2015, s. 530) nemner at fatigue er ei subjektiv oppfatning. Pasientane beskriv det som ein anna type trøttheit enn kva dei er vand med ifrå før av. Alsén og Eriksson (2015, s. 530) og Brink (2009, s. 128) nemner i sine artiklar at pasientane har vanskar med å handtere fatigue fordi dei ikkje forstår årsaka til det og opplev det som håplaut og meiningslaut. Enkelte pasientar forklarar at fatigue kjem når som helst uavhengig om dei er i fysisk aktivitet eller ikkje. Det blir utforska korleis pasientar opplever og handtera fatigue etter eit hjerteinfarkt, fordi fatigue påverkar livet i ulike aspekt (Alsén mfl., 2008, s. 462 og 464).

Mange kjenner på kroppslege restriksjonar som går ut over daglege aktivitetar (Brink, 2009, s. 126; Alsén mfl., 2008, s. 463) og Kristofferzon mfl. (2008, s. 370) forklarar at menn unngår å akseptere ein treigare kvardag og at kvinner var sint på seg sjølv for å ikkje ha ivaretatt sine behov før hjerteinfarkt og at dei ikkje klarar daglege gjeremål no. Dei kognitive funksjonane blir også påverka av fatigue og pasientar fortel at dei slit med å konsentrere seg eller at tankeprosessen blir hemma. Fatigue har en negativ effekt på emosjonar og motivasjon, og da er det lett å bli demoralisert ifølge Alsén mfl. (2008, s. 463).

I fleire av artiklane (Alsén mfl., 2008, s. 464; Brink, 2009, s. 126; Kristofferzon mfl., 2008, s. 369) beskriv dei ulike tiltak pasientane gjer for å mestre fatigue etter eit hjerteinfarkt. Dei forklarar at pasientane opplevde eit auka behov for kvile og dei endra sovemønsteret sitt eller justerte livet etter fatigue.

«I have a system where I lie down and rest before I go to a party in the evening and even if I'm going to a club meeting... then I feel fine and then I can be out in the evenings too and feel goofy and lively and happy»

Brink, 2009, s. 126

Enkelte av pasientane i artikkelen til Alsén mfl. (2008, s. 464) prøvde å normalisere følelsen av fatigue ved å samanlikne seg sjølv med andre som også har hatt eit hjerteinfarkt. Fålnun mfl. (2015, s. 498) nemner også at pasientane unngår stress, jobbe mindre og benyttar seg av tankegangen «ein dag av gongen». Dei har akseptert hjerteinfarkt som ein del av «meg» ved å ta hensyn til sjukdommen i staden for å kjempe imot. Dei kjenner på at kroppen deira er forandra, men den er framleis funksjonell (Petriček mfl., 2017, s. 36).

Alsén mfl. (2008, s. 464) fortel også om ulike negative strategiar som pasientane brukar for å handtere fatigue, som å stritte imot fatigue og fortsette på tomme batteri, ignorere kroppens signal og distrahere seg sjølv frå det. Pasientane fortel at når dei tek i bruk desse strategiane så må dei betale i etterkant. Dei blir enda meir utmatta og kan ofte bli nedfor. Søvn og kvile er ei løysing på dette, men det er kunn ein midlertidig redning – for fatigue er alltid der (Alsén mfl., 2008, s. 465).

4.3 Negativ mestringsstrategi

Eit av hovud funna i denne oppgåva er at pasientar oppleve emosjonelt orientert mestringsstrategi eller ineffektiv mestringsstrategi, eller som Petriček mfl. (2017, s. 38) skriv, maladaptasjon. Maladaptasjon oppstår når ein ikkje klarar å tilpasse seg sjukdommen og det kan skje når pasientar ignorerer sjukdommen, eller stritta imot den og konsekvensane (Brink, 2009, s.126; Petriček mfl., 2017, s. 38; Alsén mfl., 2008, s. 464; Garnefski og Kraaji, 2010, s. 388). Dette kan føre til ein passiv mestringsstrategi. Ifølge Son mfl. (2012, s. 2393) er det ein negativ måte å handtere hjerteinfarkt ved at det kan føre til betydeleg meir psykisk stress og bekymringar i forløpet. Forskinga til Alsén og Eriksson (2015, s. 529) visar at høgt stressnivå forbindast negativt med sjukdomsfølelsen fatigue og opplevelse av samanheng (OAS).

Pasientar opplev motgang og mangel på motivasjon og det resulterer i vanskar for å forsona seg med sjukdommen (Petriček mfl., 2017, s. 38; Fålun mfl., 2015, s. 499). Det gir en følelse av angst. Nokon av pasientane hadde eit fatalistisk syn på livet med haldninga; «det som skjer det skjer» (Petriček mfl., 2017, s. 38; Fålun mfl., 2015, s. 499). Det førte til ein passiv mestringsstrategi som gjer at pasienten ikkje tek ansvar for eiga helse. Dei tek få aktive val ved å ikkje reorientere seg om konsekvensane. Dei vel då å fortsette i same tempo og oppretthalde same mål og verdiar som før hjerteinfarkt (Brink, 2009, s. 126 og 128). Enkelte beheld same livsstil fordi dei ser ikkje kva meir dei kan gjere (Fålun mfl., 2015, s. 499). Som i følgje Brink (2009, s. 126 og 132) gir svak pasientmedverking som førar til blokkering av livsstils endring. Andre er bestemt over seg sjølv for å halde på kontrollen i livet, og det igjen er ein barriere for endring (Fålun mfl., 2015, s. 499).

Kvinner fortel at når dei følgje ein streng diett eller treningsprogram, så gir det følelsen av å være bunden til restriksjonane (Kristofferzon mfl., 2008, s. 370). Røykeslutt er ikkje ein mulighet for enkelte (Fålun mfl., 2015, s. 499). Menn ytrar frykt eller bekymring for å vere åleine og for fysisk aktivitet, og spesielt det å være langt unna eit sjukehus i tilfelle dei skulle bli sjuk igjen (Kristofferzon mfl., 2008, s. 371).

Pasientane har ein følelse av tap av seg sjølv og å miste kontrollen over eget liv (Petriček mfl., 2017, s.38; McAnirn mfl., 2015, s. 612), som gjer det vanskeleg å akseptere nye livsstils endringar. Garnefski og Kraaji (2010, s. 387) skildrar at grubling og katastrofetenking førar til meir depressive symptom etter at hjerteinfarkt. Deltakarane i artikkelen til McAnirn mfl. (2015, s. 613) beskriv ein følelse av urettferdigheit over diagnosen fordi andre kan ha ein meir usunn livsstil enn det dei hadde før hjerteinfarkt.

«Participants expressed a sense of unfairness in their diagnosis and they struggled to understand how other people could 'get away with' living more unhealthily than they do»

McAnirn mfl., 2015, s. 613

Pasientane forklarar at dei har skyldfølelse både for at hjerteinfarkt har oppstått og innvendinga det hadde på familien. Skyldfølelse og følelsen av urettferdigheit blei ofte uttrykka som sinne eller frustrasjon (McAnirn mfl., 2015, s. 613). Slike type følelsar stjel

energi frå kvardagen (Kristofferzon mfl., 2008, s. 370), som kan føre til fatigue, og da minskar motivasjonen til å ta hensyn til sjukdommen (Petriček mfl., 2017, s. 38).

4.4 Nye muligheter

«Wake up call» er eit begrep som går igjen i fleire av artiklane. Pasientane såg på hjerteinfarkt som ein ny sjanse eller ny start på livet (Kristofferzon mfl., s. 372, 2008; Fåln mfl., 2015, s. 498; McAnirn mfl., 2015, s. 613). Petriček mfl. (2017, s. 36) snakkar om ein «ny normalitet» i artikkelen sin. Med det meinast ein ny kvardag kor sjukdommen og konsekvensane er akseptert og pasientane har tilpassa seg (Brink, 2009, s. 127). Adaptasjon vert ei omtolking av hendelsen og vil føre til ein positiv mestringsstrategi som gir betydeleg mindre angst og depresjon i forløpet (Son mfl., 2012, s. 2393; Garnefski og Kraaji, 2010, s. 387). Sterkare OAS, og spesielt begrepet handterbarheit, bidrar til mindre opplevelse av fatigue og stress (Alsén og Eriksson, 2015, s. 531).

«They also expressed the importance of gaining self-esteem by finding a balance between themselves and their disease, and of gaining the self-awareness that they can take control of both the disease and their own lives»

Petriček mfl., 2017, s. 36

Hjerteinfarkt blei sett på som ein katalysator for å starte livsstilsendingar og det vekka vilja i pasientane til å overleve (McAnirn mfl., 2015, s. 614). Ved å strebe etter nytenkande og meningsfulle mål og verdiar minka dei depressive symptoma (Garnefski og Kraaji, 2010, s. 387; Brink, 2009, s. 125). Pasientane visar sterk pasientmedverking ved å ta kontroll og beviste valg (Petriček mfl., 2017, s. 40; Brink, 2009, s. 125). Pasientane gjer forebyggjande livsstilsendingar (Brink, 2009, s. 128) til dømes røykeslutt, trening og nærare forhold med familien, som blir sett på som fordelar for pasienten (Petriček mfl., 2017, s. 37).

Enkelte pasientar hadde eit behov å bli sett som ein «komplett person» (Petriček mfl., 2017, s. 38), der det å ha ein jobb var ein bekreftelse på å vere sunn og vere tilbake til ein normal kvardag og ikkje vere fastlåst i sjukdommen (Kristofferzon mfl., 2008, s. 371). For å adaptere seg til den nye kvardagen, forklarar Kristofferzon mfl. (2008, s. 372) at nokon av pasientane kun ønska å jobbe deltid, fordi livet er meir enn bere jobb. Nokre av pasientane ønska å jobbe, då dei trengte å være til nytte for familien (Petriček mfl., 2017, s. 38).

«...Working half-time, then you get stuck... will try [to work] as usual... if it works, it works, can't get stuck into being sick either... drive you mad in the end»

Kristofferzon mfl., 2008, s. 371

5. Diskusjon

Dette kapittelet er delt inn i to hovuddelar; metodediskusjon og resultatdiskusjon.

5.1 Metodediskusjon

Studiens funn baserer seg på dei ni forskningsartiklane vi valgte i henhold til retningslinjene til NTNU Ålesund. Krava som ligg til grunn for bachelorstudiet i sjukepleie vart fylgt. Sjølve metoden og analysen er basert på Evans (2002) og Forsberg og Wengstrøm (2013).

Ved bruk av PIO-skjema, fekk vi ei ryddig utgangspunkt for søkeprosessen. Av dei inkluderte artiklane, er det bere ein som har ordet mestring i tittelen. Dei andre artiklane som vart valgt til denne oppgåva, handlar indirekte om mestring og gir gode innblikk i korleis pasientar konkret handterar livet etter eit hjerteinfarkt.

Artiklane er skrevet på engelsk, og det blir brukt mykje fagspråk. Det blei lagt vekt på å gjere eit grundig arbeid med tanke på tolking og oversetting. Vi kan likevel ikkje utelukke at vi har feiltolka innhaldet i artiklane. Fleire av artiklane som blei inkludert hadde eit høgare aldersspenn enn kva inklusjonskriteriet som var opp til 65 år. Det er framleis mykje relevant informasjon i dei artiklene, som også gjeld for aldersgruppa for dette prosjektet.

Forsberg og Wengstrøm (2013, s. 44) forklarar at kvalitative studiar forskar på erfaringar og opplevsar som deltakarane måtte ha, og har fokus på pasientens perspektiv. Dei fleste artiklane er derfor kvalitativ forskning, men vi har likavel valgt å ta med tre artiklar av kvantitativ forskning.

Underveis i skriveprosessen har vi hatt møter med veileidar og medstudentar. Gjennom møta

har vi fått relevante tilbakemeldingar som har gjort oss meir reflektert over korleis vi skulle løyse oppgåva.

5.2 Resultatdiskusjon

I dette kapittelet diskuterast resultata av analysa opp mot problemstillinga: «*Korleis erfarer pasientar å mestre livet etter eit hjerteinfarkt?*» I fleire av artiklane kom det fram ulike eigenopplevde behov som måtte oppfyllest før dei kan ta til med mestring av livet, enten positivt eller negativt.

5.2.1 Eigenopplevde behov

For at ein person skal mestre ein konkret situasjon tar personen utgangspunkt i eigen oppfatning eller kognitiv vurdering av den aktuelle situasjonen. Denne første vurderinga blir betegnet som ei primærvurdering, og fortel om personen oppfattar situasjonen som positiv, nøytral eller belastande. Hjerteinfarkt er ein belastande situasjon som vil kunne oppfattast som eit tap, trussel eller utfordring av sentrale verdiar og behov (Kristoffersen, 2016, s. 248). Sekundærvurderinga foregår gjerne samtidig som primærvurderinga.

Sekundærvurderinga går ut på ei vurdering av muligheter til å handtere den aktuelle situasjonen, ved til dømes å bruke tidlegare erfaringar, finne ut om enn har tilstrekkeleg kunnskap og nødvendige ferdigheitar. Ut i frå dette finner pasienten ut om han har muligheter til å mestre situasjonen, som vil føre til ei revurdering (Kristoffersen, 2016, s. 249). Revurdering vil sei at der er ei endra eller ny vurdering av situasjonen, basert på ny informasjon, der pasienten innser at han har muligheter til å mestre sin situasjon.

Som nemnt i kapittel 4.1, opplev pasientane at dei hadde fleire behov som må dekkast i søket på den nye normaliteten og mestring av livet. Dei behova bestod av informasjon, tid til å akseptere og tilpasse seg, være til nytte for samfunnet og støtte frå sosialt nettverk. Alsén og Eriksson (2015, s. 531) forklarar at Antonovskys teori om opplevelse av samanheng (OAS) er helsefremmande og ei viktig mestringskilde. Ein av aspektet med OAS er å ha forståelse, det handlar om å forstå det som har hendt og om ein kan forklare det (Kristoffersen, 2011, s. 369).

I fleire av artiklane kjem det fram at pasientane har behov for informasjon for å mestre situasjon. Mæland (2006, s. 56) skillar mellom informasjon som er «typisk» for sjukdommen,

og informasjon om pasienten sin eigen tilstand. Dette nemnar også Petriček mfl. (2017, s. 38) i sin artikkel. Dette vil gi pasienten perspektiv på eigen situasjon, og handlar om at pasienten skal forstå betre kvifor han har blitt sjuk, korleis fortolke symptom og prognose (Mæland, 2006, s. 56). Informasjonen bør også vektlegge korleis pasienten sine ressursar kan forsterkast, gjennom livsstilsendingar og trening. Den må innehalde konkrete råd og anvisningar om korleis det let seg gjere og kvifor det er viktig. Hensikta med informasjonen er å bevisstgjere konsekvensane av val som pasienten gjer. I tillegg bør pasienten informerast om at det er normalt å føle på fatigue, være umotivert og redd. Det kan være med på å gi pasienten eit grunnlag for å vurdere og forstå sjukdommen, og motverke å føle seg hjelpelaus (Mæland, 2006, s. 61-62).

Pasienten har også eit behov for tid til å hele, akseptere og tilpasse seg. Dette kan sjåast i lys av Cullberg sin klassiske kriseteori, der reaksjonsfasa er når pasienten gradvis tek over seg realiteten av det som er skjedd, og kan gi aukande grad av angst og bekymringar (Mæland, 2006, s. 47). I denne fasa kan indre forsvarsmekanismar dempe slike følelsesmessige reaksjonar, slik som nemnt i teoridelen om emosjonelt orientert mestring. Det kan føre til at pasienten forsøker å ignorere problemet (Kristoffersen mfl., 2011, s. 251). I artikkelen til Petriček mfl. (2017, s. 38) vert det nemnt at angsten rundt sjukdommen begrensa ønske og forsøk på adaptasjon. Derfor er det viktig at pasienten får hjelp til å «kome seg vidare» i reaksjonsfasen. Helsepersonell og sjukepleiar bør hjelpe pasienten til ein realistisk handtering av desse psykologiske reaksjonane (Mæland, 2006, s. 47). Det kan føre til at pasienten går over i Cullberg sin kriseteori si reparaasjonsfasa, der pasienten bearbeidar det som har skjedd (Mæland, 2006, s. 47), som kan leie til ein aksept og tilpassing av sjukdommen (Petriček mfl. 2017, s. 39). Det kan også bli sett på som ei sekundærvurdering der pasienten vurderar mulighetane for å kunne handtere den aktuelle situasjonen (Kristoffersen mfl., 2011, s. 249).

Eit anna behov er å være til nytte for samfunnet, og ved å gå tilbake til jobb var det ein bekreftelse på å være frisk (Kristofferzon mfl., 2008, s. 371) og symbolisera overgangen frå sjuk til frisk (Mæland, 2006, s. 138).

Behov for sosial støtte frå familie, venner, kollegaer og helsepersonell var ein viktig faktor for mestring. Det er ein helsefremmande påvirkningsfaktor, ved at enn kjenner på tilhøregheit og følar seg verdsett. Det styrkar motstandskrafta mot stress og belastningar og bidreg til auka

livskvalitet. Eit sosialt nettverk har ei dempende virkning på opplevelsen av stress, som gjer at situasjonen ikkje opplevast belastande, fordi en veit en har støtte i det sosiale nettverket når det er nødvendig. Ved at pasienten får hjelp når det trengs, hindrar det at belastninga utviklar seg til redusert meistringsevne (Kristoffersen, 2011, s. 145). Sosialt nettverk var også ein viktig faktor for motivasjon til endringar, som blir gjort rede for i kapittel 5.2.4.

Som nemnt i innleiinga, kan sjukepleiar møte pasienten på blant anna poliklinikkar eller lærings- og meistringssenter. Tidlegare i dette kapittelet har vi gjort rede for pasientane sitt eigenopplevde behov, som må fyllast for å mestre. Sjukepleiar kan bidra med å fremme mestring, og mulighet til å iverksette konkrete tiltak som kan ha innvirkning på opplevelsen av trussel. Samt å styrke muligheta til pasienten til å mestre situasjonen på ein direkte og aktiv måte (Kristoffersen mfl., s. 264-265). Det inneber å avdekke mangelfull kunnskap, og gi strukturert informasjon, undervisning og veiledning (Holm og Almås, 2016, s. 275). Og det kan forberede pasienten på situasjonar han må gjennomgå, for at han skal mestre livet vidare (Kristoffersen mfl., s. 266). Konkret kan det innebere informasjon om sjukdomslære og legemiddelbruk, ernæringslære og alkoholkonsum, røykestopp, fysisk aktivitet. (Holm og Almås, 2016, s. 275). Dette vil styrke pasients sin forståelse og handterbarheit og betre opplevelsen av samanheng.

For å fylla mestringprosessen med meiningsfullheit, kan det være nødvendig for pasienten å endre og tilpasse tidlegare verdiar og mål etter hjerteinfarkt. I ein slik prosess kan det være viktig å få ein utanforståande samtalepartner, som er ei rolle sjukepleiar kan fylla. Dette er meir utdjupa i kapittel 5.2.4. Det er også viktig at sjukepleiar legger vekt på pasienten sin medbestemmelse. Det vil ha stor betydning for pasienten, der han opplever at han kan påverke situasjonen på ein positiv måte. Ved å delta i beslutningar aukar det opplevelsen av kontroll (Kristoffersen mfl., 2011, s. 265)

5.2.2 Fatigue

Eit overraskande funn vi fant gjennom analysa var at svært mange av pasientane opplevde fatigue, som var ein faktor som må takast hensyn til når pasienten skal mestre kvardagen. Mennesker som er kronisk sjuke, strever med fatigue og manglande overskudd i kvardagen, og er truleg med på opplevelse av nedsatt helse (Kristoffersen, 2016, s. 39). Fatigue har høg forkomst hos blant anna pasientar med hjertelidelsar (Lerdal, 2010, s. 184). Fatigue kan

beskrivast som «opplevd nedsatt kapasitet for fysisk og/eller mental aktivitet, på grunn av ein ubalanse i tilgang på, evne til å nyttiggjer seg, eller fornyelse av ressursar som trengs for å utføre aktivitetar» (Romsland mfl., 2015, s. 108; Lerdal, 2010, s. 183). Alsén og Eriksson (2015, s. 530) skildrar fatigue som ei subjektiv oppfatning, som blir bekrefta av Lerdal (2010, s. 183).

Pasientane i Alsén mfl. (2008, s. 464) sin artikkel beskriv fatigue som ein annan type trøttheit enn kva dei er vant med frå før av. Det kan kome når som helst uavhengig av aktivitetsnivået (Alsén mfl., 2008, s. 462) og trøttheita er ikkje i forhold til anstrengelsen (Lerdal, 2010, s. 183). Det kan skildrast frå det som opplevast etter ein lang dag eller hard innsats (Romsland mfl., 2015, s. 108) og kan kome når som helst uavhengig av aktivitetsnivå. (Alsén mfl., 2008, s. 462).

Det er beskrevet i artikkelen til Alsén og Eriksson (2015, s. 530) og Brink (2009, s. 128) at pasientane ikkje greier å handtere fatigue då dei ikkje forstår årsaka til det. Og at det var det vanskelegaste problemet å handtere etter hjerteinfarkt. På grunn av dette beskriver pasientane eit fomlande forsøk på mestring som opplevast håplaut og meiningslaut (Alsén og Eriksson, 2015, s. 529). For å oppleve mestring er det viktig at pasientane har kunnskap om eigen situasjon for å forstå kva som skjer i eigen kropp (Romsland mfl., 2015, s. 111). Dette vil styrke pasientane til å handtere situasjonen, som er ei av begrepa i Antonovskys opplevelse av samanheng. Til lavare OAS til verre er oppfatninga av fatigue (Alsén og Eriksson, 2015, s. 529).

Mangel på energi er også ein betegnelse på fatigue som blir brukt av pasientar og påverkar livet i ulike aspekt. Fatiguen får konsekvensar for livsutfoldelsen, fordi den har innvirkning på pasienten sin fysiske, kognitive og psykososiale fungering (Lerdal, 2010, s. 183). Den påverkar livskvaliteten ved at den begrensar muligheta for aktivitet og deltakelse (Romsland mfl., 2015, s. 111).

Pasientar i fleire av studiane (Brink, 2009, s. 126; Alsén mfl., 2008, s. 463; Kristofferzon mfl., 2008, s. 370) kjenner på desse kroppslege restriksjonane. Menn forklarar at dei unngår å akseptere ein treigare kvardag. Kvinner var sint på seg sjølv for å ikkje ha ivaretatt sine behov før hjerteinfarkt og at dei etter infarkt ikkje klarar daglege gjeremål. Fysisk aktivitet må tilpassast yteevna til den enkelte. Styrking av muskulatur og hjertefunksjonen vil bidra til

auka utholdenheit (Romsland mfl., 2015, s. 111), og pasienten sin fysiske kapasitet og evne til å ta del i daglege aktivitetar vil auke (Holm og Almås, 2016, s. 274).

Som nemnt i kapittel 4.2 blir dei kognitive funksjonane også påverka av fatigue. Pasientane i studien til Alsén mfl. (2008, s.463) nemnar at dei slit med å konsentrere seg og at tankeprosessen blir hemma, og at det går utover emosjonar og motivasjon. Dette bekreftast av Lerdal (2010, s. 184), som visar til at fatigue er forbundet med konsentrasjonsvanskar og søvnproblem, som igjen er ein hyppig førekomst til depresjon. Når fatiguen er av psykisk karakter, bør pasienten unngå det han opplever som energikrevande eller stressande (Lerdal, 2010, s. 185).

I fleire av artiklane (Alsén mfl., 2008, s. 464; Brink, 2009, s. 126; Kristofferzon mfl., 2008, s. 369), blir det nemnt forskjellige tiltak som pasientane har beskrevet for å mestre fatigue. Det er blant anna å endre kvile- og søvnmønster, fordi dei har eit auka behov. Det er viktig å finne balanse mellom kvile og fysisk aktivitet som passer den enkelte pasienten. For nokre kan ein bevist variasjon mellom planlagte aktivitet og kvilepauser bidra til at pasienten kan delta i ønska aktivitetar gjennom dagen (Lerdal, 2010, s. 187). Til dømes å legge seg å kvile før enn skal i selskap ol. (Brink, 2009, s. 126), unngå stress og jobbe mindre (Fåln mfl., 2015, s. 498). Mange av pasientane har akseptert konsekvensane av hjerteinfarkt og kjenner at kroppen er forandra, men at den fortsatt er funksjonell (Petriček mfl., 2017, s. 36). Enkelte av pasientane i artikkelen til Alsén mfl. (2008, s. 464) prøvde å normalisere følelsen av fatigue og mange vil betrakte det å være fatigued og sliten som ein naturleg konsekvens av sjukdommen (Lerdal, 2010, s. 183).

Vi har nevnt i kapittel 4.2, fatigue at pasientar brukar negative strategiar for å handtere fatigue, ved å ignorere kroppens signal og stritte i mot. For nokre pasientar kan fysisk aktivitet føllest lystbetont, og for andre kan det føllest svært energikrevande. For mykje eller for høgt aktivitetsnivå kan føre til overanstrengelse og gje pasienten meir fatigue. Kvile og avslapping kan bidra til ein kortsiktig auke av energinivå, men langsiktig kan det bidra til å redusere energikapasiteten (Lerdal, 2010, s. 187-188). Dette blir også nemnt i artikkelen til Alsén mfl. (2008, s. 465) at søvn og kvile er ei midlertidig løysing, for fatigue er alltid der.

Som sjukepleiar må ein veilede pasienten og bidra til å utvikle planer og mestringsmåtar som er tilpassa behovet til den enkelte (Romsland mfl., 2015, s. 111-112). Og hvis ein klarar å finne faktorar som påverkar pasienten sin opplevelse av fatigue, kan en sette inn tiltak retta mot dei faktorane. Det kan være å hjelpe pasienten med enkelte gjeremål, slik pasienten kan prioritere og spare energi til anna eller viktigare aktivitet (Lerdal, 2010, s. 190).

5.2.3 Negativ mestring

Lazarus og Folkman forklarar i sin teori at det går enten positivt eller negativt når det kjem til mestring. For at ein person skal mestre ein konkret situasjon tar personen utgangspunkt i eigen oppfatning eller kognitiv vurdering av den aktuelle situasjonen. Denne vurderinga står beskrevet i kapittel 5.2.1. Det at eit hjerteinfarkt oppstår er ein belastande situasjon.

Kristoffersen (2011, s. 147) forklarar at emosjonelt orientert mestring handlar om å endre korleis pasienten oppleve situasjonen i staden for å endre sjølv situasjonen. Pasientar som har gjennomgått et hjerteinfarkt står i en sårbar situasjon som vil kunne oppfattast som eit tap, trussel eller utfordring av sentrale verdiar. I nesten alle artiklane er det nemnt at ineffektiv mestring skjer ved at pasientane enten strittar imot eller ignorerer sjukdommen. Når det skjer, klarer ein ikkje å tilpasse seg til den nye kvardagen med sjukdommen. Lazarus og Folkman (1984, s. 133) nemner at sjølv om ein handtera sjukdommen dårleg, så er det framleis ei form for mestring, men i det tilfellet negativ eller ineffektiv mestring.

Ineffektiv mestring blir ofte sett saman med ein lav OAS, og jo svakare OAS, dess verre erfarer ein fatigue. Lav OAS kan oppstå i slike situasjonar når pasientane slit med å forsona seg med sjukdommen. Petriček mfl. (2017, s. 38) og McAnirn mfl. (2015, s. 612) fortel at det oppstår ein følelse av tap, både av seg sjølv og av kontrollen over eget liv. Det kan tenkast når ein mister kontroll over eget liv så er det vanskeleg å være mottakeleg for endringar. Når ein ikkje er særleg mottakeleg til endringar, så vil ein gjerne unngå eller flykte frå problemet. Ein kan da bortforklare det, late som at det ikkje finns, benekte det eller bagatellisere problemet og dei følelsane ein måtte ha rundt situasjonen (Kristoffersen, 2011, s. 148). Kristoffersen (2011, s. 148) forklarar at slike forsvarsmekanismar vil i lengre tid være ineffektive, da følelsane ikkje er med på å oppretthalde ein normal funksjon i kvardagen.

Når pasientane ikkje forstår korleis sjukdommen oppstod, er det lett å ikkje orientere seg om konsekvensane og unngå ansvar for eigen helse, og i den prosessen vel å fortsette som før. Fålun mfl. (2015, s. 499) seier derimot at enkelte pasientar vil holde kontrollen over livet og bestemme sjølv, som kan være ei barriere for endringar. Fire av artiklane nemner at depressive symptom kan oppstå ved negativ mestring. Dette blir støtta av Grimsmo (2011, s. 199) som fortel at depresjon og angst er vanleg etter et hjerteinfarkt og det har ei negativ innvending på rehabiliteringsprosessen. Nokon syns at diagnosen er urettferdig mens andre uttrykka sinne, og Kristofferzon mfl. (2008, s. 370) skriv at slike emosjonar stel energi frå kvardagen og reduserer motivasjonen til endringar.

Enkelte pasientar forklarar at dei får nok fysisk aktivitet gjennom jobb og at dei ikkje ser kva meir dei kan gjere med tanke på livsstilsendringar (Fålun mfl., 2015, s. 499). Grimsmo (2011, s. 199) forklarar at gjennom hjerterehabilitering så blir depresjon og angst mindre uttalt. Det er fordi rehabiliteringsprosessen ofte involvera gruppe aktivitetar og pasientane ser då kva aktivitet dei klarar etter ei påkjenning som hjerteinfarkt. Når dei ser at dei framleis klarar å være i fysisk aktivitet, blir depresjonen og angsten mindre uttalt (Grimsmo, 2011, s. 199). I dagens samfunn blir det lagt stor vekt på hjerterehabilitering og trening som ein del av behandlinga etter å ha gjennomgått eit hjerteinfarkt (Grimsmo, 2011, s. 189). Artiklane rapporterer at pasientane opplev motgang og har manglande motivasjon, og da kan det være vanskeleg å begynne med livsstilsendringar.

Når ein ser samanhengen mellom mindre angst og depresjon og fysisk aktivitet, så bør vi som sjukepleiar oppfordre til å delta på eit hjerterehabiliteringsprogram tidleg etter hjerteinfarkt. Grimsmo (2011, s. 199) forklarar at det er viktig at helsepersonellet som er rundt pasienten gir god og utfyllande informasjon og gir trøyst og støtte i både individuelle samtaler og i forbindelse med aktivitetar. I de fleste rehabiliteringsprogram er det et kurs som kallas 'stressmestring' og det inkluderer undervisning, avspenning og individuelle samtaler. Viss pasienten ikkje vil delta på noko form for rehabilitering, så kan det tenkast at vedkommande sitt fast i eit av stega i kriseteorien til Cullberg (2007). Kva for eit steg pasienten kanskje sitt fast i, kjem ann på kva pasienten anser som eit problem. Da er det vår jobb som sjukepleiar og få dei til å revurdere og tenke annleis slik at dei kjem seg vidare.

5.2.4 Ein ny mulighet

Eit punkt som ble nemnt i fleire av artiklane var at hjerteinfarkt ga pasientane et «wake-up-call». I kapittel 5.2.1 forklarar vi primærvurdering. Viss pasienten innser at det er muligheter til å gjere noko i primærvurderinga, da tar dei i bruk problem orientert mestring (Kristoffersen, 2011, s. 144). Ved å innsjå at der er endringar ein kan gjere, og vil bidra til å gjere livsstilsendringar som for eksempel røykeslutt, trening, sunnare kosthald og eit nært forhold til familien (Petriček mfl., 2017, s. 37). Kristoffersen (2011, s. 143) brukar Lazarus og Folkman sin teori til å forklare mestring og psykologisk stress, og at situasjonen er kun ein påkjenning om pasienten sjølv oppfatta det slik.

I studien til McArnin mfl. (2015, s. 614) blei hjerteinfarkt sett som ein katalysator for livsstilsendringane. Cullberg sin kriseteori (2007) forklarar at om ein opplev ei krise så kan det være ein mulig kjelde til motivasjon. Dei fekk motivasjonen til å gjere nødvendige livsstilsendringar. Motivasjon er nødvendig for å kunne lære. Det er eit skille på indre og ytre motivasjon, og at ytre motivasjon må være til stede for at indre motivasjon skal oppstå (Manger og Wormnes, 2018, s. 28). Mange brukar dette vendepunktet som ein start på livsstilsendringar og for å tilpasse seg til den nye kvardagen med sjukdommen. Det vekte vilja til å overleve. I følge Antonovsky er det viktig å ha ein høg OAS for at ein skal klare å handtere situasjonar som er stressande.

Ved å ta fatt i problema og gjere beviste valg, viser pasientane sterk pasientmedvirkning. Mestring handlar om å gjere anstrengde val for å handtere ein stresset situasjon (Lazarus og Folkman, 1984, s. 134). Pasientane kan strebe etter mål og verdiar, og kan da minke dei symptoma som er depressive. Kristoffersen (2011, s. 145) skriv at den subjektive følelsen av muligheten til å lykkes er viktig når pasienten vel korleis dei vil mestre situasjonen. Viss pasienten opplev at dei kan lykkast med å mestre situasjonen, er det større sannsynlegheit for at dei vil bruke problem orientert mestring. Når ein opplev effektiv mestring, har ein som regel høg OAS, og det bidrar til ein mindre følelse av fatigue og stress (Alsén og Eriksson, 2015, s. 531). Det står skrevet meir om det i kapittel 5.2.2. I prosessen av positiv mestring, var det mange som begynte å trene og lage eit sunnare kosthald, samt slutte å røyke. Dei tok

hensyn til sjukdommen og symptoma i den nye kvardagen og planla dagens aktivitetar rundt det.

Det er ein prosess å endre tankegang og starte livsstilsendingar, og det krev at ein har sjølvtilitt. Manger og Wormnes (2018, s. 41) forklarar at om ein har oppmuntrande tankar så viser ein meir energi og ein større innsats, og at en lykkast meir enn om ein har negative tankar. Fålun mfl. (2015, s. 498) skriv at det er nokre positive utfall relatert til hjerteinfarkt, som blant anna at dei finn sin indre styrke og at dei må sjå positivt på livet. Det at pasientane er motiverte til å endre livsstilen sin er noko sjukepleiarar kan utnytte, da egen innsats frå pasienten vil være avgjerande med tanke på framtidig helse. Som sjukepleiar bør ein inneha denne kunnskapen, sidan sjukepleiarar har ei viktig rolle i rehabiliteringa til pasientane via individuelle samtaler (Grimsmo, 2011, s. 199). I desse samtalane må sjukepleiar kunne gi støtte og ros til pasienten, da det bygger opp sjølvtilitten som igjen bidrar til energi og prestasjonar. Sjukepleiar må også kunne hjelpe å sette realistiske mål saman med pasienten. Manger og Wormnes (2018, s. 41) skriv at det er lett å identifisere mål ein vil oppnå, men ein må ha mål som formidlar ei retning og det gir meir motivasjon. Fålun mfl. (2015, s. 501) skriv at ressursar, identifikasjon av ulike mål og barrierar for endring bør skje før utskriving frå sjukehuset, då det vil bidra til ein pleie som er pasientorientert og det vil fremme mestringa av kvardagen heime. Derfor bør sjukepleiarar forstå grunnlaget for motivasjon eller kva som kan begrense den.

6 Konklusjon

Hensikten med denne oppgåva var å utforske korleis pasientar erfarar å mestre livet etter eit hjerteinfarkt. Gjennom et systematiske litteratursøk, fant vi ut at pasientane har fleire eigenopplevde behov, som må oppfyllest i mestringsprosessen. Dei behova bestod av informasjon om sjukdommen og eigen helsestatus, tid til å akseptere, være til nytte og ha støtte i familie og sosiale nettverk. Eit overraskande funn var at mange av pasientane opplevde en følelse av konstant trøttheit, som er omtalt som *fatigue* i oppgåva. Denne fatiguen hadde stor innvirkning på kvardagen til pasientane, og var for mange av dei utfordrande å handtere. Grunnen til det var fordi at pasientane ikkje hadde forståelse for kvifor dei opplevde fatiguen.

Sjukepleiar kan ha ei vesentleg innvirkning på korleis pasienten vert bevist på utfordringane og korleis ein mestrar dei. Sjukepleiar bør være klar over kva som er utfordringane til pasienten og vise pasienten dei ressursane dei har. Det kan ein gjere ved å bidra til at pasienten får auka forståelegheit, handterbarheit og meningsfullheit. Pasientane erfarte at dei hadde behov i begynnelsen av mestringsprosessen, som måtte fyllast. For at sjukepleiar skal bidra til at pasientane mestrar hjerteinfarkt på ein god måte, bør ein ha kunnskap om og vere klar over dette. Sjukepleiar bør også være klar over at behova til pasienten kan endrast alt etter kva pasienten vurderar som eit behov. Pasienten har primær-, sekundær- og revurderingar undervegs i forløpet. Det er essensielt at sjukepleiar har kunnskap om kva som motiverar pasienten og kva som forhindrar denne prosessen. På denne måten kan sjukepleiar bidra til å utpeike meningsfulle og overkomelege mål, samt belyse ressursar og barrierar for kvar enkelt pasient.

Det er gjort mykje forskning på hjertesjukdom generelt og om korleis pasienten taklar hjertesjukdom. Likevel var det eit overraskande funn i kor stor grad fatigue påverkar mestringsprosessen av livet etter hjerteinfarkt. Derfor meiner vi det er behov for vidare forskning på dette temaet. Det kan være nyttig for sjukepleiar å ha kunnskap om dette for å hjelpe pasienten i den krevande situasjonen dei er i.

Litteratur

Alsén, P., Eriksson, M. (2015, September 26). Illness perceptions of fatigue and the association with sense of coherence and stress in patients one year after myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, ss. 526-533.

Alsén, P., Brink, E., og Persson, L.-O. (2008, November 12). Living with incomprehensible fatigue after recent myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing*, s. 459-468.

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ariansen, R.S, Graff-Iversen, S., Egeland G.M og Sakshaug (2014) *Hjerte- og karsjukdommar i Norge* [Internett] Oppdatert 2018. Oslo: Folkehelseinstituttet. Tilgjengeleg frå: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/> [Lest 25.april 2019].

Brink, E. (2009, Mai). Adaptation positions and behaviour among post-myocardial infarction patients. *Clinical Nursing Research*, ss. 119-135.

Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., og Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: abstrakt forlag.

Cullberg, J. (2007). *Mennesker i krise og utvikling. En psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie*. København: Hans Reitzel Forlag

Dahlum, S. (2018, juni 13). *Store Norske Leksikon*. Henta frå Kvantitativ analyse: https://snl.no/kvantitativ_analyse

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Den Norske Legeforeningen. (2012). *Den Norske Legeforeningen*. Hentet mai 1, 2019 fra <https://beta.legeforeningen.no/fag/forskning/helsinkideklarasjonen/>

Eikland, A., Stubberud, D.-G., og Haugland, T. (2016). Sykepleie ved hjertesykdom. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, H. Almås, D.-G. Stubberud, R. Grønseth, og H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie 1* (ss. 229-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Evans, D. (2002, April). Systematic reviews of interpretive reserch: interprtative data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, ss. 22-26.

Folkehelseinstituttet. (2014, oktober 04). Hentet fra Sjekklister for vurdering av forskningsartikler: <https://www.fhi.no/kk/oppsummert-forskning-for-helsetjenesten/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler/>

Forsberg, C., og Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur og Kultur.

Fållun, N., Fridlund, B., Schaufel, M. A., Schei, E., og Norekvål, T. M. (2015, Oktober 08). Patients' goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, ss. 495-503.

Garnefski, N., og Kraaji, V. (2010). Do cognitive coping and goal adjustment strategies used shortly after myocardial infarction predict depressive outcomes 1 year later? *Journal of Cardiovascular Nursing*, ss. 383-389.

Grimsmo, J. (2011). Hjerterehabilitering - et tiltak for å begrense negative følger av hjertesykdom. I A. Lerdal, og M. S. Fagermoen, *Læring og Mestring - et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (ss. 185-207). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Harden, A. (2010). Mixed-methods systematic reviews: integrating quantitative and qualitative findings. *National center for the dissemination of disability research*, ss. 1-8.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2001, januar 1). Lov om pasient- og brukerrettigheter. *Pasient- og brukerrettighetsloven - pbrl*. Norge.

Holm, H. M., og Almås, H. (2016). Sykepleie ved skader og kirurgiske inngrep i toraks. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, og H. Almås, *Klinisk Sykepleie 1* (ss. 229-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier - analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2011). Den myndige pasienten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, og E.-A. Skaug, *Grunnleggende Sykepleie Bind 3* (ss. 337-382). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2011). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, og E.-A. Skaug, *Grunnleggende sykepleie bind 3* (ss. 133-196). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2016). Helse og sykdom - utvikling og begreper. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, og G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1* (ss. 28-82). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Breievne, G., og Nortvedt, F. (2011). Lidelse, mening og håp. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, og E.-A. Skaug, *Grunnleggende Sykepleie Bind 3* (ss. 245-294). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristofferzon, M.-L., Löfmark, R., og Carlsson, M. (2008). Managing consequences and finding hope - experiences of Swedish women and men 4-6 months after myocardial infarction. *Scand J Caring Sci*, ss. 367-375.

Lazarus, R. S., og Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.

Lerdal, A. (2010). Tretthet og utmattelse. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie* (ss. 182-193). Oslo: Akribe.

Lønne, A. (2019). *Store Medisinske Leksikon*. Hentet April 15, 2019 fra <https://sml.snl.nl/salutogenese>

Manger, T., og Wormnes, B. (2018). *Motivasjon og mestring*. Bergen: Fagbokforlaget.

McAnirn, G., Lusk, L., Donnelly, P., McKenna, N., Hamill, C., og Fitzsimons, D. (2015, Desember). Shocked and guilty, but highly motivated: Younger patients' experience post MI. *British Journal of Cardiac Nursing*, s. 610-615.

Norsk hjerteinfarktregister (2017) [Internett] Tilgjengeleg frå: <https://www.kvalitetsregistre.no/registers/476/resultater/948> [Lest 25.april 2019].

Norsk Senter for Forskningsdata. (2018). *Register over vitenskaplige publikasjonskanaler*. Hentet fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/>

Norsk Sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet Juni 07, 2017 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetslova. Lov om pasient og brukerrettigheter.

Petriček, G., Buljan, J., Prljević, G., og Vrcić-Keglević, M. (2017, mars 03). Percieved needs for attaining a "new normality" after surviving myocardial infarction: A qualitative study of patients' experience. *European Journal of General Practice*, ss. 35-42.

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

Son, H., Thomas, S. A., og Friedmann, E. (2012, februar 26). The association between psychological distress and coping patterns in post-MI patients and their partners. *Journal of clinical nursing*, ss. 2392-2394.

Statistisk sentralbyrå (2019) *Pasientar på sjukehus* [Internett] Tilgjengeleg frå: <https://www.ssb.no/statbank/table/10261/> [Lest 26.april 2019].

Statistisksentralbyrå. (2018, mars 23). Henta frå Statestikk banken: <https://www.ssb.no/statbank/table/10261/tableViewLayout1/>

Strømme, H. (2017, februar 27). Litteratursøking i kunnskapsbasert praksis og forskning. *Sykepleien*.

Svartdal, F. (2018). Fagfellevurdering, i *Store norske leksikon* [Internett]. Tilgjengeleg frå: <https://snl.no/fagfellevurdering> [Lest 27.april 2019].

Svartdal, F. (2018). Mestring, i: *Store norske leksikon* [Internett]. Tilgjengeleg frå: <https://snl.no/mestring> [Lest 25.april 2019].

Ørn, S., og Brunvand, L. (2017). Hjerte- og karsykdommer. I S. Ørn, og E. Bach-Gansmo, *Sykdom og behandling* (ss. 162-200). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg 1: PIO- skjema

Patients/population/problem KVEN?	Intervention/initiativ/action KVA?	Comparison ALTERNATIVAR?	Outcome RESULTAT/EFFEKT?	
Beskriv typen pasientar (Vær spesifikk!)	Kva for tiltak vurderes? (Vær spesifikk!)	Kva slags alternativ finns til tiltaka?	Korleis kan tiltaka påverke utfallet? Kva slags utfall er interessante?	
Hjartefarkt Akutt koronar sjukdom Myokard infarkt Heartattack Acute coronary infarction Myocardial infarction	Pasient Pasient perspektiv Pasient erfaring Patient Patient perspective Patient experience Patient perception		Mestre Mestring Mastery Coping	
← AND →				

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakt (antall)	Leste artiklar (antall)	Inkludert artikkel
Hjerteinfarkt And pasient OR mestring	13.des. 2018	SveMed+	432	13	3	1: Kristofferzon m.fl., 2008.
Myocardial infarction AND patient attitudes AND coping	14.des. 2018	Cinahl Complete	7	3	1	1: Alsén og Eriksson, 2016.
Patient attitude AND coping	14.des. 2018	Cinahl Complete	7	3	3	0
Myocardial infarction AND coping	14.des. 2018	Cinahl Complete	38	14	2	1: Brink, 2009.
Myocardial infarction AND empowerment	14.des. 2018	Cinahl Complete	3	3	1	0
Myocardial infarction AND patient attitudes AND empowerment	14.des. 2018	Cinahl Complete	1	1	1	0
Myocardial infarction AND coping AND patients	14.des. 2018	Cinahl Complete	20	6	2	2: -Son, m.fl., 2012. - Garnefski og Kraaji, 2010.
Pasient	14.des 2018	Cinhal Complete	4	0	0	0
Patient AND experience OR perceptions AND rehabilitation AND myocardial infarction	12. des 2018	Cinhal Complete	12	6	3	1: McAnirn, G. m.fl. 2015
Patient AND Experience AND Rehabilitation	13. des 2018	Cinhal Complete	11	2	2	0
(Coping+ OR Experience OR perception) AND Patient AND Myocardial Infarction	14.des 2018	Cinhal Complete	125	73	27	3: -Petriček, Buljan, Prljević og Vrcić-Keglević, 2017 - Fåln, N. et al., 2015 - Alsén, Brink og Persson, 2008

Vedlegg 3: Litteratormatrise 9stk

Litteratormatrise 1: «Illness perception of fatigue and the association with sense of coherence and stress in patients one year after myocardial infarction»

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
Alsén, P. og Eriksson, M. (2016) Illness perception of fatigue and the association with sense of coherence and stress in patients one year after myocardial infarction. <i>Journal of clinical nursing</i> , 25, s. 526-533.	Å utforske samanheng mellom oppfatninga av sjukdom med fatigue (utmattelse), følelse av samanheng/mening, og stress hos pasientar som har gjennomgått hjerteinfarkt, eit år etter infarkt.	Fatigue Illness perception Salutogenesis Sense of coherence Stress.	Kvantitativ tverrsnittstudie. Rekruttert ved svensk hjertesengepost. 74 av 165 rekrutterte pasienter svarte på alle spørreskjemaene som blei sendt ut: to månadar og ett år etter infarkt, som pasienten sendte i retur når besvart. Det besto av sjølvadministrerte spørreskjema. Stegvis multi lineær regresjons analyse vart utført først med stress, så oppfattelse av samanheng/mening (SOC) og til slutt dei tre dimensjonane av SOC: handterbarheit, forståelse og mening.	Det blei funnet samanheng mellom oppfatning av sjukdom og fatigue (utmattelse), følelse av samanheng/mening og stress. Av dei tre dimensjonane av SOC var forståelse av sjukdommen det som spelte størst rolle i sjukdomsoppfatninga. For å styrke pasientar sin mestrings, bør helsepersonell informere og lære pasientane om forskjellen på forventa fatigue (utmattelse) etter hjerteinfarkt og typiske sjukdomstegn på hjerteinfarkt.	Fordi fatigue (utmattelse) er en vanlig konsekvens av sjukdommen, og kan gjere det meir utfordrande for pasienten å mestre tilværelsen etter gjennomgått hjerteinfarkt. Der opplevelsen av sjukdommen vil påverke korleis pasienten mestrar forløpet. Ein sterk opplevelse av samanheng/mening vil fungere helsefremmande ifølge faglitteratur, som vi kjem til å bruke i oppgåva vår.

Litteratormatrise 2: «Adaptation position and behavior among post-myocardial infarction patients»

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
Brink, E. (Mai, 2009) Adaptation position and behavior among post-myocardial infarction patients. <i>Clinical nursing research</i> , volume 18, number 2, s.119-135.	Korleis pasientar som har gjennomgått hjerteinfarkt erfarte å tilpasse seg til konsekvensane av infarkt eit år etter, med fokus på sinnet.	Adaptation Behaviour Myocardial infarction Self	Kvalitativ metode. 19 pasientar vart intervjuet et år etter hjerteinfarkt, med lydopptak, deretter transkribert ordrett. Intervjuet blei avslutta når det ikkje kom fram meir ny informasjon. Deltakarane var både dame og menn, som var innlagt på eit svensk distriktssjukehus, med hjerteinfarkt. Analysa forgjekk ved å finne tema for å dele opp dei ulike erfaringane. Ut i frå det laga dei en modell som beskriver mekanismen som ligger i grunn for fire ulike måtar å tilpasse seg til sjukdommen, og to ulike atferdsmønster.	<p>Dei fant fire ulike tilpassings måtar: akseptere helsetilstand, streve for helse, ignorere sjukdom og streve mot sjukdom. Som igjen har samanheng med to kjernetemaer: sjølvstyrt (self-agent) og mestring av sjukdommens konsekvensar. I tillegg fant dei to ulike atferdsmønster: sjølvmodifisering og sjølvbeskyttande atferd.</p> <p>Studien visar at der er ulike variasjonar i pasientar sine ferdigheit til å kontrollere situasjonen på etter gjennomgått hjerte infarkt.</p>	Sjølv om dette er en studie med få deltakara, har vi fått innblikk i ulike dimensjonar for positive- og negative mestringsstrategiar. Studien visar at der er ikkje bere positive sider av mestring, noko vi vil skrive om i oppgåva vår.

Litteraturmatrikse 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	Nøkkel-begrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
Fålnun, N. et al., 2015. Patients' goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> , 08 Oktober, pp. 495-503.	Å identifisere mål, ressursar og hindringar til framtidsendringar i livet til pasientar etter eit hjarteinfarkt på tidspunkt av utskrivning frå sjukehuset.	Myocardial infarction Discharge planning Lifestyle changes Patient education	Kvalitativ: intervjustudie med 20 deltakarar som har vore innlagt med myokardinfarkt på hjartemedisinsk avdeling ved eit universitetssjukehus i Noreg. Eksklusjons kriteria var nedsett kognitiv funksjon, utilstrekkeleg kunnskap om det norske språk og manglande evne til å delta i eit intervju på ein time.	Under intervjua kom det fram tre felles tema, 1. Endring til ein sunnare livsstil. Ved utskrivning, fokuserte pasientane på kortsiktige mål med tanke på fysisk aktivitet og de ville inkludere pårørande i ein endring som er langvarig. 2. Kartlegging av ein ny retning. Pasientane såg på infarkt som eit vendepunkt i livet. Dei har lært ei lekse og forstår at livet er dyrebart og er klar til å gjere ei endring. 3. Ha eit positivt syn på livet. Det positive med eit hjarteinfarkt var at pasientane hadde moglegheit til å auke sin indre styrke og dei måtte sjå på den lyse sida av livet sida ein dag så kunne det vere for seint. Pasientane meinte at moglege mestringsstrategiar inkluderte å jobbe mindre, minke stress og endre haldninga til livet.	Om pasientar tar kontroll over eiga helse vil det minske sjansen for ein ny kardiologisk hendelse. Studien viser kor viktig og innflytelsesrik familien er i endring av livsstil.

Litteraturmatrikse 4: «Percieved needs for attaining a "new normality"after surviving myocardial infarction: A qualitative study of patients' experience.»

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Petriček, G., Buljan, J., Prljević, G. og Vrcić-Keglević, M., 2017. Percieved needs for attaining a "new normality"after surviving myocardial infarction: A qualitative study of patients' experience. <i>European Journal of General Practice</i>, 03 mars, pp. 35-42.</p>	<p>Utforske pasientar sine erfaringar i livet med myokard infarkt, utfordringane dei møtte med å akseptere diagnosen og sette eigne personlege mål.</p>	<p>Qualitative study Myocardial Infarction Patient's experience Patient-centred care</p>	<p>Kvalitativ: 16 allmennlegar var valde til å rekruttere 32 pasientar som kunne delta i studien. Pasientane hadde myokard infarkt som hovud diagnose. Hovud forfattaren holdt semi-strukturerte individuelle intervju. Av dei 32 intervjuar var det 30 (16 menn og 14 kvinner) som blei brukt i analysen.</p>	<p>Tre hovud tema blei identifisert som ein fellesnemnar: 1. den gode tilpassing – den nye normaliteten. For å kunne etablere denne nye normaliteten, må pasientane akseptera at kroppen dei og kroppen deira er forskjellig men framleis funksjonell. 2. feiljustering – eit kontinuerleg søk etter den nye normalitet. For de som framleis leita etter den nye normaliteten, ble et myokard infarkt som en «imaginær» konstruksjon i staden for ein daglegdags verkelegheit. Det å ta tablettar kvar dag og følgje restriksjonar var ein konstant påminning om at dei var sjuke. 3. oppfatta behov for å søke etter den nye normalitet. Pasientane erfarte at dei hadde ulike behov for å finne den nye normaliteten, som å overkomme angst og stress om ein mulig gjentakelse av hendelsen kunne oppstå var noko av det. Dei trengte også informasjon og myokard infarkt generelt og om sitt eige infarkt.</p>	<p>Det gir ein forståelse over kva personar som gjennomgår myokard infarkt treng for å komme vidare i livet etter infarkt. Kva som skal til for å komme seg på beina og fortsette livet og lære seg å leve med restriksjonar og medisinar.</p>

Litteratormatrise 5: «Managing consequences and finding hope-experience of Swedish women and men 4-6 months after myocardial infarction»

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
Kristofferzon, M-L., Löfmark, R. og Carlsson, M. (2008) Managing consequences and finding hope-experience of Swedish women and men 4-6 months after myocardial infarction. <i>Scand J Caring sci</i> , 22, s.367-375.	Å beskrive opplevelsen av kvardagen til menn og kvinner som har gjennomgått myokard infarkt 4-6 månedar etter, og deira forventingar til framtida.	Myocardial infarction Experience in everyday life Women and men Nursing Qualitative content analysis	Kvalitativ metode. Er andre del av en studie, der den første omhandla første måneden etter utskrivning frå sjukehus etter gjennomgått hjerteinfarkt. Først fekk deltakarane eit informasjonsskriv om studien tilsendt. 1-2 veker seinare blei det utført eit semi-strukturert intervju som inneholdt spørsmål om familie, jobb, rehabilitering, helseproblem, bekymringar for nåtid og nærmaste framtid. Intervjuer kom med oppfølgingsspørsmål underveis.	To funn, vart delt i tema: 1. handterer konsekvensane av hjerteinfarkt; helseproblem, livsstilsendringar, følelsesmessige reaksjonar, jobb og sosiale aktivitetar, behov, støtte frå helsepersonell og nødvendigheita av informasjon. 2. Finne mening med det som har hendt: positive konsekvensar av hjerteinfarkt, verdiendringar og håp. Dei fleste greier å mestre den nye kvardagen, mens dei med lite støtte frå sosialt nettverk, har meir utfordringar med å mestre kvardagen. Helsepersonell kan være en stor hjelp til at pasientane tilpassar seg forandringane og må ha større fokus på kva behov pasientane har i eit kortsiktig og langsiktig perspektiv.	Å handtere konsekvensar av sjukdommen og å finne håp og mening i ettertid, er to av dei tre faktorane i Antonovskys salutogenese teori, som vi har tenkt å bruke i oppgåva vår. Og vil også være relevant til vår problemstilling av mestring,

Litteraturmatrikse 6: «*Shocked and guilty, but highly motivated: Younger patients' experience post MI.*»

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>McAnirn, G. et al., 2015. <i>Shocked and guilty, but highly motivated: Younger patients' experience post MI. British Journal of Cardiac Nursing</i>, Desember, pp. 610-615.</p>	<p>- Å avdekke ulike hindringar og problem yngre pasientar møter når dei prøvar og utføre livsstils endringar etter myokard infarkt.</p>	<p>Phenomenology Cardiac Rehabilitation Younger patient Myocardial Infarction Patient-centred care</p>	<p>-Ein fenomenologisk metodologi fra Heideggerian (psykologisk kvalitativ forskning) blei brukt til å gjennomføre studien, slik at forskaren kunne gi eit element av sjølvrefleksjon og bli ein aktiv deltakar i denne studien, i motsetning til en upartisk mottakar av informasjon.</p> <p>-For å være kvalifisert til å delta måtte deltakare være under 50 år, ha familie-ansvar og ha gjennomgått eit hjarteinfarkt for fyste gong. 7 deltakarar var kvalifiserte og i stand til å gi samtykke til å delta. Dei blei alle intervjuet, for å forsikre at alle hadde den same moglegheita til å utdjupe ulike delar av erfaringa deira. Intervjua varte mellom 23-48 minutt. Intervjua tok opp følgande tema: hjarteinfarkt og behandlinga, kjenslene før og etter utskriving, responsen til familien, økonomi, det å byrja i jobb igjen og framtida.</p>	<p>Der var fem kjensler eller tema som vart gjenteken: Skyld, sorg, vantru, motivasjon for endring, støtte frå familien og engasjement i livsstil endring.</p> <p>Pasientane opplevde ein skyldfølelse ovafor tidlegare livsstil og virkningen av hjarteinfarkt på familien. Fleire av deltakarane fortel om ei kjensle av tap eller tomheit grunna hjarteinfarkt, spesielt når dei tenkjer på infarkt og korleis det har endra livet deira.</p> <p>Pasientane uttrykte ein følelse av urettferdigheit i diagnosen deira og dei kjempa for å forstå kvifor andre kunne "komme seg unna" med å leve meir usunn enn dei gjorde. Analyse tyder på at kvar av de sju deltakarane gjennom deira erfaring har blitt følelses messig sterkare og går framover ifrå denne hendinga. Familien var ein viktig motiverande faktor når deltakarar innsåg at det livsstils endring var ikkje bere for deira eige skuld, men det ville også hjelpe familien.</p> <p>Deltakarane bekrefet at livsstils endringane var vanskeleg og krav besluttosomheit.</p>	<p>Ved å ha ei forståelse av korleis pasientane opplev ei slik hending, kan sjukepleiar bidra til ein bearbeidings prosess slik at pasientane kan takle sjukdomen og leve med den.</p>

Litteratormatrise 7: «Living with incomprehensible fatigue after recent myocardial infarction»

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
Alsén, P., Brink, E. og Persson, L.-O., 2008. Living with incomprehensible fatigue after recent myocardial infarction. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 12 November, s. 459-468.	Dette er ein rapport av ein studie av kva trøttheit betyr for pasientar som har nyleg hatt eit myokard infarkt og korleis dei mestrar konsekvensane av dette symptomet.	Fatigue Grounded theory Incomprehensible fatigue Interviews Myocardial infarction Nursing	Kvalitativ: de brukte en konstruktivistisk grunnteknologi som er ein forankra teorimetode som legg vekt på handlingar og prosessar, forutsett at folk bygger sine verkelegheiter ut i frå deira felles erfaringar. For å få gode skildringar av definisjonen av trøttheit etter koronarhendinga, blei data samla gjennom intervju med pasientar som har nyleg gjennomgått eit hjarteinfarkt. Av totalt 204 kvalifiserte pasientar som vart innlagt ved to ulike sjukehus i Sverige med hjarteinfarkt, var 19 av dei med på intervju. Potensielle deltakarar vart ekskludert viss dei var eldre enn 80 år, eller hadde kommunikasjonsproblem som demens eller slag, manglande kunnskap om det svenske språk eller hadde andre alvorlege sjukdommar.	Fleste parten av deltakarane forklarte at den faktiske kjensla av trøttheit var annleis og kontrasterte frå den «vanlege» kjensla av trøttheit dei var vand med før dei hadde hjarteinfarkt. Deltakarane rapporterte at trøttheita var urelatert til fysisk aktivitet – dei kunne sove ei god natts søvn og framleis vakne slitne. Pasientane skildra dei kroppslege restriksjonane som at kroppen kjennes tung og trøtt, nummenheit i armane og beina tunge som bly og ikkje nok styrke til å gå. Trøttheita hadde ein effekt på kognitiv funksjon og sleit med konsentrasjonen. Trøttheita har også ein negativ effekt på sosiale aktivitetar og motivasjonen. Mange følte at trøttheita var overveldane og dei rapporterte at dei tvang seg igjennom ulike aktivitetar. Dei prøvde å overkomme trøttheita med rein viljestyrke.	-Trøttheit er ein av dei mest vanlege symptoma etter eit myokard infarkt -Utdype korleis pasientane mestrar trøttheita som ledsagar eit hjarteinfarkt og korleis det er annleis enn vanleg trøttheit -Studien belysa kvifor trøttheit som følge av eit hjarteinfarkt må følgjast opp av helsepersonell og det bør gis informasjon om korleis ein kan mestre det.

Litteratormatrise 8: «Do cognitiv coping and goal adjustment strategies used shortly after myocardial infarction predict depressive outcome 1 year later?»

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans
<p>Garnefski, N. og Kraaji, V. (2010) Do cognitiv coping and goal adjustment strategies used shortly after myocardial infarction predict depressive outcome 1 year later? <i>Journal of cardiovascular nursing</i>, vol. 25, no. 5, s. 383-389.</p>	<p>Undersøke i kva grad kognitive og målsatte mestringsstrategiar som er brukt korttid etter hjerteinfarkt, kan forutsjå depressive utfall eit år etter.</p>	<p>Cognitive coping Depression Follow-up study Goal adjustment Myocardial infarction</p>	<p>Kvalitativ metode, 88 pasientar. Blei førstegongs intervjuet etter utskriving frå sjukehuset, deretter kontakta igjen eit år etter. Det blei brukt 4 ulike undersøkelsesskjema, for svare på helse relatert eller fysiske begrensingar, angst og depresjon, målsetting og kognitive mestringsstrategiar. Materialet blei så analysert ved å samanligne resultatet frå den første og andre innsamlinga av data.</p>	<p>Resultatet visar at mestringsstrategiar som består av grubling, katastrofetenking og «prøve å tenke på noko anna», ved utskriving, kan forutsjå depressive symptom eit år etter gjennomgått infarkt.</p> <p>Studien visar at når det gjeld det prospektive forholdet mellom mestringsstrategi og depressive symptom, vil det vere eit viktig å rette fokus mot og sette inn tiltak.</p>	<p>Artikkelen visar at det ikkje berre er positive måtar å mestre pasientar etter hjerteinfarkt, som vil belyst i oppgåva vår.</p> <p>I oppgåva kan vi med denne artikkelen understreke viktige med «rett» mestringsstrategi i tida etter infarkt.</p>

Litteratormatrise 9: «The association between psychological distress and coping patterns in post-MI patients and their partners.»

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans:
<p>Son, H., Thomas, S.A. og Friedmann, E. (2012) The association between psychological distress and coping patterns in post-MI patients and their partners. <i>Journal of clinical nursing, 21</i>, s. 2392-2394.</p>	<p>Å undersøke mestringsstrategier hos pasientar som har gjennomgått hjerteinfarkt og deira partnera.</p>	<p>Anxious patients and depressed patients, coping patterns, post-MI patients and their partners</p>	<p>Benytta seg av data samlet inn til en anna studie som ville undersøke langtidseffekt på psykiske reaksjoner, som angst, depresjon og mestringsstrategier, men i denne studien blir det kun fokusert på psykisk status og mestringsstrategier.</p> <p>Dei har benytta seg av tre ulike skjemaer til å analysere resultatet, som familieorientert støtte, angst og depresjon.</p>	<p>Totalt var 24% var angstprega, og 20% var deprimert. Desse pasientane brukte passive mestringsstrategiar, i staden for positive mestringsstrategiar.</p> <p>Pasientar og pårørande såg ut til å bruke same mestringsstrategiar.</p> <p>Pasientar og pårørande såg ut til å være like berørt av angst og depresjon.</p> <p>Det trengs å styrke dei psykiske faktorane hos pasientar og pårørande, som begge vil ta nytte av og forbedre mestringsstrategien deira.</p> <p>Bruk av positive mestringsstrategiar vil redusere angst og depresjon hos pasientane og pårørande.</p>	<p>Sjølvom dette er ein artikkel som har både pasient- og pårørande perspektiv, kan pasient perspektive også sjåast aleine her. Men hos mange pasientar vil pårørande være ein viktig ressurs for pasienten si mestringsstrategier, og på den måten vil denne artikkelen være relevant for vår problemstilling.</p> <p>Artikkelen viser viktigheita med å legge vekt på gode mestringsstrategiar hos pasientar som har gjennomgått hjerteinfarkt.</p>

