

Kristine Skårhaug Holen
Matilde Helen Torvanger

Meistring etter hjarteinfarkt

8746 ord

Bacheloroppgåve i Bachelor i sjukepleie
Rettleiar: Rigmor Hammer
Mai 2022

Kristine Skårhaug Holen
Matilde Helen Torvanger

Meistring etter hjarteinfarkt

8746 ord

Bacheloroppgåve i Bachelor i sjukepleie
Rettleiar: Rigmor Hammer
Mai 2022

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



Kunnskap for en bedre verden

Samandrag

Hensikt: Hensikta med denne studien er å setje lyset på korleis pasientane erfarer å meistre livet etter eit hjarteinfarkt. Ved hjelp av denne forståinga er ønske å kunne gi betre og tilpassa sjukepleieoppfølging til den enkelte.

Metode: Systematisk litteraturstudie.

Resultat: Pasientar reagerer ulikt etter eit hjarteinfarkt. Auka behov for informasjon, tilpassa opplæring og informasjon som er formidla på ein hensiktsmessig måte viser seg å vere viktig for meistring etter eit hjarteinfarkt. Sosial støtte både individuelt og saman i gruppe auka meistring hjå pasientar. Mange opplevde fatigue og nedsett fysisk kapasitet etter hjarteinfarkt, og mange synest aktivitet var noko skummelt. Aktivitet på hjarterehabiliteringsprogram viser seg å vere positivt for meistring. Det er viktig at pasienten er ein aktiv deltakar i eigen rehabiliteringsprosess for å raskt kunne ha ein best mogleg kvardag.

Konklusjon: Ulike teoriar og synsvinklar gir innsikt i kva som fremmar meistring. Ved hjelp av ulike meistringsstrategiar kan helsepersonell gi betre individuell sjukepleie som fremmar meistringstrua hos den enkelte. Gjennom informasjon, relasjonar og høg grad av oppleving av samanheng har pasienten gode føresetnadar for å meistre livet etter eit hjarteinfarkt.

Abstract

Aim: The aim of this study is to focus on how patients experience coping after myocardial infarction. Better insight in the patient's thoughts and experiences give conditions for adapted nursing to the individual patient.

Method: Systematic literature study.

Results: Patients react in different ways after myocardial infarction. Increasing the need for information and adapted training is important for coping after myocardial infarction. Social support individually and together in a group increased coping. Many experienced fatigue and reduced physical capacity after myocardial infarction, and many thought activity was frightening. Activity on the cardiac rehabilitation program proves to be positive for coping. It is important that the patient is an active participant in their own process of rehabilitation so the patient quickly can have a better everyday life.

Conclusion: Different theories and points of view provide insight into what promotes coping. With the help of various coping strategies, health professionals can provide better individual nursing care that promotes self-efficacy to the individual. Through information, relationships and high degree of sense of coherence, the patient has good preconditions for coping after a myocardial infarction.

Innhold

1	Innleiing	10
1.1	Grunngjeving for val av tema.....	10
1.2	Hensikta med studiet og problemstilling.....	10
1.3	Omgrepsavklaring	11
1.4	Avgrensingar	11
1.5	Oppbygging av oppgåva	11
2	Teoribakgrunn	12
2.1	Hjartefarkt	12
2.2	Meistring.....	12
2.2.1	Aaron Antonovsky sin meistringsteori	12
2.2.2	Kroppskunskaping	13
2.3	Kommunikasjon og informasjon	13
3	Metode	15
3.1	Søkestrategi.....	15
3.2	Inklusjon og eksklusjonskriteriar	16
3.3	Kvalitetsvurdering	16
3.4	Etisk vurdering.....	16
3.5	Kjeldekritikk.....	17
3.6	Analyse	17
4	Resultat	19
4.1	Behov for auka kompetanse	19
4.2	Indre uro og sosial støtte.....	20
4.3	Endra kapasitet	21
5	Diskusjon	23
5.1	Metodediskusjon	23
5.2	Resultatdiskusjon	23
5.2.1	Behov for auka kompetanse	23
5.2.2	Indre uro og sosial støtte	25
5.2.3	Endra kapasitet	27
6	Konklusjon	29
7	Referansar	30
	Vedlegg	34

1 Innleiing

Innleiingsvis beskriv vi val av tema og gjer greie for kvifor tema er aktuelt sett frå eit pasientperspektiv. Vidare blir studia si hensikt og problemstilling presentert, samt ei omgrepsavklaring. Til slutt er det presentert ei oversikt over oppgåva si oppbygging.

1.1 Grunngeving for val av tema

Kvar femte nordmann lev med ein etablert hjarte- og karsjukdom eller har høg risiko for slik sjukdom. Eit fyrstegangstilfelle av hjartefarkt rammar om lag 11000 av befolkninga i Norge kvart år (FHI- Folkehelseinstituttet, 2021b). I følge Folkehelseinstituttet (2021a) er gjennomsnittsalderen for fyrstegongs hjartefarkt 77 år for kvinner og 69 år for menn. Til tross for dette er det ei bekymringsfull auke i førekomsten av akutt hjartefarkt blant yngre vaksne under 45 år (Norekvål et al., 2016, s. 191). I dag overlev fleire eit hjartefarkt enn tidlegare. Derfor er både dei samfunnsmessige, helsemessige og økonomiske betydninga av iskemisk hjartesyjukdom aukande (Ørn & Brunvand, 2019, s. 167). Med kort liggetid i sjukehuset blir eit større ansvar lagt på pasienten. Det er ei stor pasientgruppe som sjukepleiar ofte møter i sitt arbeid.

I år er det 20 år sidan hjarterehabiliteringa starta ved Volda sjukehus som i dag er blitt til eit felles lærings-og meistringssenter for Helse Møre og Romsdal. Tidlegare var det ingen tilbod for pasientopplæring til denne gruppa (Helse Møre og Romsdal, 2022). Vi har eit stort ynskje om auke kompetansen rundt kva som er viktig for den ramma og vidare setje i verk sjukepleietiltak som er av betydning for den enkelte. I regjeringa si folkehelsemelding blir det formulert at det skal skapast forutsetningar og moglegheiter for at kvar enkelt kan meistre eige liv (Meld. St. 19 (2014-2015)).

Eit hjartefarkt kjem brått. Ingen kan vere førebudd og ingen er klar for utfordringane det fører med seg. Denne systematiske litteraturstudien fokuserer på korleis pasienten sjølv opplever å meistre livet etter eit hjartefarkt. Dei mange overlevande har behov for at sjukepleiar støttar pasienten ved å styrke evna til å fremme helse, det blir kalla salutogenese (Langeland, 2018, s. 158). Ved å framheve pasientane sitt perspektiv er formålet at oppgåva skal bidra til å auke forståinga knytt til kva behov som er viktig i etterkant av eit hjartefarkt.

1.2 Hensikta med studiet og problemstilling

Hensikta med denne studien er å setje lyset på korleis pasienten erfarer å meistre livet etter eit hjartefarkt. Ved hjelp av denne forståinga er ønske å kunne gi betre og tilpassa sjukepleieoppfølging til den enkelte.

Følgjande problemstilling er valt:

Korleis meistrar pasientar livet etter eit hjartefarkt?

1.3 Omgrepsavklaring

Meistring: Å ha tilgang til ressursar, kunnskap, ferdigheiter og utstyr, samt evne til å bruke desse ressursane er det meistring handlar om. Når ein person blir utsett for sjukdom, oppstår behovet for meistring (Tveiten, 2020, s. 22). Meistringsomgrepet er nær knytt til stressituasjonar og forstyrrar det vanlege livet enten akutt eller kronisk (Lode, 2016, ss. 40-41).

Hjarteinfarkt: Det kallast hjarteinfarkt når myokardceller nekrotiserar på grunn av oksygenmangel. Dette kan oppstå fordi ein forsnevra koronararterie ikkje klarar å levere nok blod til at hjartemuskelceller kan overleve, eller fordi ein koronararterie tettast heilt (Ørn & Brunvand, 2019, s. 168).

1.4 Avgrensingar

Alle typar akutt koronar hjartesjukdom er inkludert i oppgåva. Det vil seie både NSTEMI, STEMI og ustabil angina-pectoris. Deltakarane i studiane er vaksne personar over 18 år og fokusområdet i studien er pasientar som er under oppfølging av spesialisthelsetenesta. Omgrepet pasient er brukt sidan oppgåva handlar om personar som blir gitt eller tilbudd hjelp frå helsetenesta (Helsedirektoratet, 2018). Pasientar med kognitiv svikt, kreft, lese og skrivevanskar, ustabil helse status, alvorleg psykiatrisk sjukdom, nedsett evne til fysisk aktivitet og hjertesvikt er ekskludert. Tidsavgrensinga er frå utskrivning frå sjukehus til to år etter gjennomgått hjarteinfarkt.

1.5 Oppbygging av oppgåva

Oppgåva er strukturert etter IMRaD. Teoribakgrunnen legg grunnlaget for valt problemstilling. Kapittel tre vil skildre metoden som er blitt brukt i søkeprosessen, samt vil kriterier og analyse kome fram. Resultat blir lagt fram i kapittel fire etterfølgt av kapittel fem som er diskusjonsdelen. Til slutt vil det føreligge ein kort konklusjon.

2 Teoribakgrunn

I dette kapitelet vil vi gå gjennom relevant litteratur, teori og lovverk.

2.1 Hjarteinfarkt

Den viktigaste årsaka til hjarteinfarkt er aterosklerose og arteriell trombose (Ørn & Brunvand, 2019, s. 167). Aterosklerose er forsnævring av arterien på grunn av danning av kolesterolavleiring med inflammasjon i arterieveggen, noko som kan føre til utvikling av iskemi. Arteriell trombose er blodpropp i ein arterie (Ørn, 2019, ss. 97-98).

Hjarteinfarkt kan gi intense og vedvarande smerte (Ørn & Brunvand, 2019, s. 167). Ved brystmerter som varer over 20 minutt i kvile bør ein mistenke hjarteinfarkt. Smerteopplevingane knytt til eit hjarteinfarkt kan vere mange og ulike. Pressande eller klemmande smerter bak brystveggen med utstråling til venstre eller begge armar er mest kjend. Av og til beveger strålinga seg opp mot kjeve- og hals partiet (Eikeland et al., 2017, s. 245). Dei sterke smertene kan føre til at pasienten blir klam og bleik i huda, i tillegg til kvalme og oppkast. Kvinner har meir diffuse symptom som magesmerter, dyspné og uvanleg trøttheit (Ørn & Brunvand, 2019, ss. 169-170).

Primærmålet ved behandling av akutt hjarteinfarkt er å unngå komplikasjonar i den akutte fasen. Når den akutte fasen er over, blir den vidare behandling retta mot å forhindre nye hjarteinfarkt. Det blir derfor vidare fundamentalt å ikkje berre behandle og forebygge akutte komplikasjonar (Ørn & Brunvand, 2019, s. 171).

2.2 Meistring

Eit viktig mål for menneske som lever med kronisk sjukdom eller som er under rehabilitering, er å meistre eige liv (Kristoffersen, 2016b, s. 237). Meistring er ein kontinuerleg prosess gjennom livet der evna til å lære og bearbeide erfaringar er sentralt (Kristoffersen, 2016b, s. 258). Å meistre nye utfordringar etter eit hjarteinfarkt er ein dynamisk prosess. Personar kjenner stadig på motseiande følelsar som kaos og kontroll, glede og fortvilning (Eide og Eide, s.47). Det er ein god del forskning på tema kring meistring og ulike meistringsteoriar er sentrale. Pasienten har sine rettigheter som er forankra i lovverk. Spesielt vil pasient- og brukarrettighetslova (2021) ha betydning. Vidare kjem nokre teoriar som er sentrale for denne studien.

Begrepet self- efficacy, på norsk meistringstru, er utvikla av psykologen Albert Bandura (f. 1925). Omgrepet beskriv ein person si evne til å sette seg konkrete handlingsmål, samt ha ei klar forventning om å kunne gjennomføre sine mål. Meistringstru omhandlar å ha tru på at ein sjølv er i stand til å utføre nødvendige handlingar for å meistre framtidige situasjonar (Kristoffersen, 2016a, s. 314).

2.2.1 Aaron Antonovsky sin meistringsteori

På bakgrunn av forskning, framstiller Aron Antonovsky at helse ikkje er eit spørsmål om kva vi utsetjast for, men evna til å takle det som skjer i livet (Kristoffersen, 2016c, s.

368). Relevante omgrep knytt til meistring er salutogenese, der oppleving av samanheng (OAS) er sentralt (Langeland, 2018, s. 161).

Kva som gir betre helse og kva som gjer ein frisk, er vektlagt innan det salutogene perspektivet (Finbråten, 2018, s. 97). Salutogenese blir forklart som korleis helse blir til (Kristoffersen, 2016c, s. 368). Antonovsky meiner at ein i staden for å konsentrere seg om begrensingar, svakheiter og årsak til dårleg helse, skal ein sjå etter kva som gir god helse. Salutogenese ser mennesket som eit heilt menneske og at ein er meir enn sin diagnose (Haugan & Rannestad, 2018, s. 138).

Oppleving av samanheng inneheld dei tre dimensjonane begripelighet, håndterbarhet og meningsfullheit. Den første dimensjonen begripelighet handlar om i kva grad ein opplever situasjonen som forståeleg, samhengande, strukturert og at informasjonen er klar. Den andre dimensjonen, håndterbarhet, handlar om kva ressursar ein har tilgjengeleg for å takle situasjonen ein blir satt i. Det kan være nokre ein stolar på som for eksempel ein venn, ektefelle, lege og religion. Ved sterk oppleving av håndterbarhet, føler ein seg ikkje som eit offer eller at livet har behandla ein urettferdig.

Meningsfullheit, den tredje dimensjonen, er eit motivasjonselement. Det kan vere aktivitetar som opplevast meningsfulle for pasienten (Antonovsky, 2012, ss. 39-41). Oppleving av samanheng formast når dimensjonane får virke om kvarande. Høg grad av håndterbarhet krev høg grad av begripelighet. Ein som har stor grad av oppleving av samanheng har tillit til at det finns struktur og orden, og ser ikkje på seg sjølv som eit offer men har trua på eiga meistring. Innlegging på sjukehus opplevast ofte som stressande og truande, og ein må ta utgangspunkt i pasientens meistringsressursar og tilføre dei ressursane som krevjast (Gammersvik, 2018, s. 117).

2.2.2 Kroppskunnskaping

Kroppskunnskaping er ein lærings- og meistringsteori som inneheld fire fasar: fiolett, blå, grøn og raud. I fiolett fase prøver pasienten å «flykte» frå den sjuke kroppen, ei fase prega av uvissheit kor pasienten kan reagere ved å fornekte at han er sjuk. Blå fase er prega av tap av livsutfoldelse som kan skape sinne og sorg. Pasienten kan oppleve nye hindringar i livsutfoldelsen på sentrale områder i livet og kan føle at sjukdommen styrer livet (Stubberud & Ellingsen, 2016, ss. 427-428).

I den grønne fasen oppdagar pasienten sin eigen kropp som viktigaste kjelde til kva som kan fremme rehabiliteringsprosessen. Det er ei fase som er prega av kroppslig læring, reaksjonar på sjukdommen og styrka håp. Pasienten startar her å søke etter kunnskap og er meir mottakeleg for informasjon, undervisning og rettleiing. I den røde fasen ser pasientar nye moglegheiter for livsutfoldelse og helse. Denne fasen er prega av integrert kroppskunnskap og pasienten har akseptert å leve med langvarig sjukdom. I denne fasen kan pasienten oppleve angst og usikkerheit for eventuelt re-innlegging og nye akutte hendingar. Samstundes kan pasientane fokusere på moglegheiter, tek meir sjansar, utfører eigen behandling som kan forebygge tilbakefall (Stubberud & Ellingsen, 2016, ss. 428-429).

2.3 Kommunikasjon og informasjon

Omgrepet kommunikasjon har opphav frå det latinske ordet *communicare* som betyr å gjere noko felles. Kommunikasjon mellom pasient og sjukepleiar kan definerast som utveksling av teikn og signal mellom partane. God profesjonell kommunikasjon krev at

den er personorientert og fagleg forankra. Ved å lytte for å forstå er grunnlaget større for at sjukepleiar klarer å forstå kva som er pasienten sitt eige helseprosjekt. Kommunikasjonen må vere personorientert ved at ein forstår kva som er det viktige for pasienten. Det legg grunnlaget for god, individuell tilpassa kommunikasjon og informasjon (Eide & Eide, 2019, ss. 15-17). Sjølvbestemming er kjernen i personorientert helsearbeid. I lovverket står det at «pasient og bruker har rett til å medverke ved gjennomføring av helse- og omsorgstenester» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2021, §3-1).

Alle personar har ulike måtar å meistre ein vanskeleg situasjon på. Eide og Eide (2019, s. 47) seier det er ei viktig kommunikativ oppgåve å hjelpe pasienten til å meistre situasjonen betre. Behovet for informasjon og kunnskap er ofte stort når ein blir sjuk. Informasjonen må vere fullstendig, forutsigbar og forståeleg for at pasienten skal kunne anvende den (Eide & Eide, 2019, s.218-219). For personar som er i ei rehabiliteringsfase etter funksjonsfall, kan motiverande kommunikasjon vere ein måte å hjelpe til med meistringsutfordringane. God kommunikasjon har mange aspekt. Pasientar har eit behov for sjølvbestemming, tilknytning og gode relasjonar, kompetanse og meistring (Eide & Eide, 2019, ss.55-57).

Forsking på health literacy er relativt ny og er definert på ulike måtar. Alle fokuserer på dei individuelle ferdigheitene til å kunne forhalde seg til og anvende helseinformasjon (Finbråten, 2018, ss. 89-90). Truleg er health literacy ein nøkkelfaktor for helsefremmande arbeid og ein føresetnad for å kunne meistre og ta kontroll over eiga helse. Health literacy ligg til grunne for at pasientar skal kunne ta helserelevante avgjersler (Finbråten, 2018, s. 86). I tillegg til å vere ein ressurs, inkluderer health literacy eit resultat eller mål. Sidan utvikling av kompetanse er eit mål innan health literacy er målet at den enkelte skal kunne samle inn relevant og påliteleg helseinformasjon. På den måten er det eit hjelpemiddel for å oppnå helsefremmande åtferd (Finbråten, 2018, s. 96).

3 Metode

Metoden som er brukt i denne oppgåva er basert på ein systematisk litteraturstudie. Ein systematisk litteraturstudie går ut på å svare på spørsmål ved å systematisk identifisere, velje, vurdere og analysere relevant forskning. Vidare skal ein kritisk vurdere og samanlikne litteraturen innanfor valt tema eller problemområde (Forsberg & Wengström, 2015, s. 27). Vi har funne ni forskingsartiklar som er grunnlaget for denne oppgåva. I tillegg er også relevant pensumlitteratur, lover og forskrifter, samt annan faglitteratur brukt for å danne eit breitt kunnskapsgrunnlag for å belyse valt problemstilling frå ulike hold.

3.1 Søkestrategi

Vi starta med å søke bredt for å finne grunnlaget for oppgåva vår. For å strukturere problemstillinga, brukte vi PICO-skjema. PICO-skjema representerer ein måte å dele opp spørsmålet, slik at det blir strukturert på ein hensiktsmessig måte (Nortvedt et al., 2019, s. 33). Basen av søkeord vi brukte var «myocardial infarction», «self-efficacy» og «coping». For å finne gode oversettingar frå norsk til engelsk brukte vi Universitetet i Agder si side, MeSH, som gir gode omgrep innan medisin og helsefag. For å strukturere søket har vi brukt «AND» og «OR». Ved bruk av «AND» fekk vi artiklar som for eksempel inneheld både A og B. For å finne artiklar som inne helde enten A eller B brukte vi «OR», og fekk eit breiare søk.

Når problemstillinga var fastsett i starten av januar starta vi eit meir systematisk litteratursøk. 15.01.22 søkte vi med orda «myocardial infarction» og «self efficacy» i Cinahl Complete. Dette resulterte i 33 treff og vi fann 2 relevante artiklar. Vi prøvde same søket i PubMed, men endra «self-efficacy» til eit synonymord, «empowerment», og fekk då 13 treff og ein artikkel vart valt som relevant for vår problemstilling.

I slutten av mars utvida vi basen av søkeord til fleire synonymord, inkludert «Quality of life». Dette enda med 25 treff og ein relevant artikkel den 28.03.22, og 24 treff og 5 relevante artiklar den 30.03.22. Vi søkte også i databasen Medline, men kom fram til mange av dei same artikkane vi allereie hadde funne i Cinahl Complete. Det blei også søkt i SveMed+, men det resulterte ikkje i funn av relevante artiklar. Viser til vedlegg 1 om søkehistorikk.

P	Population/problem	Myocardial Infarction
I	Intervention	Coping, Self-efficacy
C	Comparison	-
O	Outcome	Quality of life

3.2 Inklusjon og eksklusjonskriteriar

For å kome fram til dei rette artiklane brukte vi inklusjons- og eksklusjonskriteriar. Slike kriterium er til hjelp for å velje ut kva artiklar som er relevante for vår studie (Forsberg & Wengström, 2015, s. 174). Vi valte kriteria ut i frå det som kunne gi gode svar i forhold til problemstillinga.

Inklusjonskriteriar	Eksklusjonskriteriar
<ul style="list-style-type: none">◇ IMRAD-struktur◇ Fagfellevurdert◇ Artiklar publisert etter 2012◇ Engelsk eller norsk-skrivne tekstar◇ Forskingsartikkel◇ Godkjend av etisk komité◇ Pasientperspektiv	<ul style="list-style-type: none">◇ Pårørandeperspektiv

3.3 Kvalitetsvurdering

Kvalitetsvurderingar som er lagt vekt på er type studie, kvaliteten, om den har verdi i praksis og stemmer overeins med andre liknande resultat (Forsberg & Wengström, 2015, s. 112). Søkeprosessen enda med seks kvantitative artiklar, ein kvalitativ og to som inneheldt både kvalitativ og kvantitativ metode. For å vurdere kvaliteten på artiklane har vi brukt sjekklister for kvantitative og kvalitative forskingsartiklar. Desse sjekklisene har ulike spørsmål som er sentrale når ein skal vurdere forskinga som er gjort. Sjekklista til kvantitativ forskning inneheldt til saman 13 spørsmål. Vi har valt å ha hovudfokus på om forskingsspørsmåla var tydelege, om deltakarane var fordelt på ein tilfredsstillande måte, om det var likskap mellom gruppene og om resultatet kan vere til hjelp i praksis. Sjekklista for kvalitativ forskning inneheldt til saman ti spørsmål. Her var hovudfokuset om formålet var klart formulert, om utvalsstrategien var hensiktsmessig, etiske forhold, om funna var klart presentert og om resultatet kan vere til hjelp i praksis (Helsebiblioteket.no, 2016).

I tillegg er også kanalregisteret, som har oversikt over vitenskaplege forskingsartiklar brukt for å kontrollere nivået på artiklane. Åtte av våre ni artiklar er sett til nivå en eller to. Den siste artikkelen er likevel inkludert sidan andre sentrale sjekkpunkt var med og fordi enkelte artiklar ikkje er registrert i kanalregisteret. Forskingsartiklane er blitt lest både individuelt og saman for å diskutere funna frå ulike synsvinklar. For å sikre eit meir likestilt resultat mellom kjønna har vi inkludert ein artikkel med berre kvinner. Det fordi dei andre åtte artiklane hadde overvekt av menn.

3.4 Etisk vurdering

Den etiske vurderinga er svært viktig for oppgåva på grunn av sitt pasientperspektiv. Pasientar er i ein sårbar livssituasjon og rettighetene deira må derfor vernast om. Dei må visast omsorg for og bli sikra frå unødige ekstra konsekvensar. Det er eit krav at alle vitenskaplege studiar er etisk godkjend (Forsberg & Wengström, 2015, s. 132). Pasientane som samtykka til å vere med i forskinga hadde moglegheit til å trekke seg så lenge forskinga varte. Seks av studiane i denne bacheloroppgåva er vurdert av ein etisk komité

i det landet artikkelen har opphav frå. Dei tre andre har eit godt informert samtykke, der pasientane var godt informert om at studiet var frivillig og anonymt. To av artiklane er i samsvar med Helsinkideklarasjonen.

3.5 Kjeldekritikk

Dalland og Trygstad seier at alt som kan bidra til ei oppgåve, er kjelder. Ikkje alt fagstoff som blir presentert er brukbart. Derfor må kjeldene som er valt vurderast i forhold til kvalitet. Kjeldekritikk handlar om å finne den litteraturen som best belyser valt problemstilling og vidare bruke denne i oppgåva (2017, ss. 149-151).

Seks av våre artiklar er frå Europa og kan relaterast til det norske helsevesenet. Dei tre som ikkje er frå Europa har vi valt å ta med, sidan helsevesenet i desse landa er godt utvikla og kan relaterast til det norske helsevesenet. Alle artiklane vi har funnet er skrevet på engelsk. Det gjer at ord kan bli misforstått og viktige moment kan forsvinne når ein oversett teksten.

3.6 Analyse

I kapittelet analyse har vi blitt inspirert av analysemodellen til (Evans, 2002). Denne studien har flest kvantitative artiklar. Både dei kvantitative og kvalitative artiklane er analysert på same måte. Analysemodellen som er brukt har fire trinn.

Første trinn er å "finne relevante studie" (Evans, 2002). Korleis vi fann desse er beskrive under punkt 3.1 søkestrategi. Ni artiklar blei valt til å bruke i oppgåva. I løpet av eit grundig kvalitetsarbeid med bruk av inklusjon- og eksklusjonskriteria er vi trygge på at dei valte artiklane er av høg kvalitet og gir svar på problemstillinga vår. Viser til punkt 3.2 inklusjonskriteriar og punkt 3.3 kvalitetsvurdering.

Andre trinn, er i følgje Evans (2002) å samle dei viktigaste nøkkelfunna i artiklane. Kvar artikkel fekk tildelt eit tal frå 1-9 etter tidspunktet dei blei funne på. Først las vi gjennom artiklane kvar for oss og markerte hovudfunna som var relevant å ha med. Deretter gjekk vi gjennom desse i lag og kom fram til ei felles einigheit om kva hovudfunn vi ønska å fokusere vidare på. Deretter skreiv vi ut artiklane på ny og hovudfunna blei markert i kvar sin farge ut i frå kategori. Det gjorde prosessen meir oversikteleg.

Tredje trinn inneber å sjå samanhengen av nøkkelfunna på tvers av artiklane (Evans, 2002). Materialet blei sortert i ein tabell med fargekodar. Artiklane med dei same nøkkelfunna blei derfor kategoriserte på ein oversikteleg måte. Kategoriane som gjekk mest igjen i artiklane har vi valt å gi namna: behov for auka kompetanse, indre uro og sosial støtte og endra kapasitet. Nokre av kategoriane har underpunkt som høyrer til same temaet. Mange har behov for auka kompetanse med blant anna informasjon, kommunikasjon, undervisning og oppfølging. Ved sosial støtte inngår deltaking i ulike nettverk. Felles for pasientar med opplevd hjarteinfarkt er indre uro, som usikkerheit, unnvikelse, depresjon og angst. Ved endra kapasitet har pasientane erfaringar knytt til aktivitet, fatigue og søvn.

Kategoriar	Artiklar
Behov for auka kompetanse	1, 2, 3, 5, 7, 8
Indre uro og sosial støtte	1, 2, 3, 4, 6, 7
Endra kapasitet	1, 2, 3, 4, 7, 8, 9,

Fjerde trinn har i følgje Evans (2002) til hensikt å samanfatte kategoriane og beskrive forholda i den syntetiske prosessen. Tre hovudfunn skilte seg ut i alle artiklane. Desse blir vidare presentert i kapittel fire. Kategoriane er: behov for auka kompetanse, indre uro og sosial støtte og endra kapasitet.

4 Resultat

I dette kapittelet blir resultat frå forskingsartiklane presentert.

4.1 Behov for auka kompetanse

Dei fleste pasientar opplever eit auka behov for informasjon kring den nye situasjonen. For å ha moglegheiter til å meistre ein ny kvardag har den enkelte behov for auka kompetanse. Generell informasjon viser seg å ha stor betydning etter eit hjarteinfarkt. Forsking viser at undervisning om risikofaktorar, behandling av symptom, anatomi og fysiologi er viktig for pasienten (Bäck et al., 2020, Hong et al., 2021, Kavradim & Özer, 2020 og Vibulchai et al., 2016). Mange pasientar fortel at informasjon om korleis dei kan handtere symptom er viktig og derfor har behov for informasjon om anatomi og fysiologi. Pasientar har store bekymringar for å få eit nytt hjarteinfarkt i framtida. Derfor søker mange til informasjon om korleis dei kan unngå eit nytt infarkt i framtida eller korleis kjenne att symptoma (Hong et al., 2021).

Det er store forskjellar mellom pasientane si innsikt i eigen situasjon. God informasjon må tilpassast den enkelte og deira behov. Nokre pasientar er opne om symptoma sine og er trygge på å kommunisere erfaringar og bekymringar til helsepersonell. Pasientane treng at helsepersonell ser utfordringane som er viktig ved den enkelte (Vahedian-Azimir, et al., 2016). Ny informasjon kan opplevast både positivt og negativt. Pasientar som opplevde at informasjonen var tilstrekkelig synest den var til stor hjelp. Desse klarte å utfordre sine egne grenser knytt til fysisk aktivitet ved hjelp av informasjonen. På den andre sida var det pasientar som rapporterte informasjonen som uklar eller utilstrekkelig. Hos desse pasientane førte opplevinga til meir usikkerhet og auka frykt for bevegelse (Bäck et al., 2020). Måten informasjonen blir kommunisert på beskriv pasientane som ein viktig faktor.

«If I go out and walk fast so I feel my heart beating, what happens than? Nobody talked about it to me, still no one has talkes about it to me. There is no information when you get home about anything, but you are sent to the cardiac rehabilitation and a lot of examinations, but still no one sits down and says: How are you? Do you have any questions?» (Bäck et al., 2020, s. 2116).

Pasientar uttrykte at dei over tid hadde eit ønske om å vere meir fysisk aktive og delta på trening, men var usikre på korleis dei skulle tre fram. Usikkerheita handla hos mange om frykt for å overbelaste hjartet (Bäck et al., 2020).

Open og god kommunikasjon har stor betydning for pasientane. Fleire artiklar viser til at telefonsamtalar er ein god oppfølgingsmetode. Det viser seg ein betydeleg forskjell i meistringstrua til dei pasientane som har motteke telefonoppfølging samanlikna med pasientar som ikkje hadde motteke det. Pasientane fekk då moglegheit til å ringe sjukepleiar og melde om utfordringar eller komplikasjonar dei kjende på. Andre hadde på førehand avtale om faste telefonsamtalar (Kavradim & Özer, 2020, Vahedian-Azimir et

al., 2016 og Vibulchai et al., 2016). Nokre pasientar som deltok på fleire korte undervisningsøkter på sjukehuset synest det var av stor betydning. I tillegg til undervisningsøkter bestod også læringsprosessen av hefter og DVD. Pasientane delte sine opplevingar av symptom og lærte om ulike faktorar kring eit hjarteinfarkt. Mange delte erfaringa om at stress og brystmerter fører til bekymring. Større forståing for vanlege symptom og kunnskap om korleis dei kan utføre daglege aktivitetar førte til auka meistring hos den enkelte (Vibulchai et al., 2016).

4.2 Indre uro og sosial støtte

Fleira av våre artiklar belyser at lært hjelpeslausheit, angst for bevegelse, unnvikande meistringsstrategiar er vesentleg etter eit hjarteinfarkt (Bäck et al., 2020, Fuochi & Foà, 2018, Kavradim & Özer, 2020, Smallheer & Dietrick, 2019 og Vahedian-Azimir et al., 2016). Fuochi og Foà (2018) skriv i sin studie at unnvikande meistringsstrategiar er negativt assosiert med dei fysiske, miljømessige og psykologiske områda av livskvalitet hos kvinner. I artikkelen viser kvalitative data at unnvikande meistringsstrategiar er den mest rapporterte strategien, spesielt hjå deltakarar under 50 år (43%). Eldre deltakarar brukar i hovudsak religiøs meistring (22%) og unnvikande meistring (28%). Både kvantitative data og kvalitativ data viser at positiv haldning og problemorientering er viktig i begge aldersgrupper (Fuochi & Foà, 2018). Pasientar som har gjennomgått eit hjarteinfarkt er meir følsame for kroppen sine signal. Mange pasientar opplevde at dei kroppslege symptoma som vart framheva ved fysisk aktivitet var like symptoma dei opplevde ved hjarteinfarkt. Det gjer at mange kjenner frykt knytt til fysisk aktivitet, både i mindre og større former. Nokre opplevde frykt ovanfor daglegdagse aktivitetar, medan andre opplevde større frykt knytt til meir anstrengande aktivitetar (Bäck et al., 2020).

Det er ulike måtar å takle frykt på. Nokre takla symptoma på ein god måte og prøvde å konfrontere frykta ved å eksponere seg for aktivitetane dei frykta. For andre utløyste symptoma frykt for bevegelse, dei blei sittande fast og unngikk aktivitetar som dei likte før. Åtferda til pasientane var styrt av trua på å redde hjartet (Bäck et al., 2020). I studien til Smallheer & Dietrick (2019) kom det fram at meistringstru knytt til hjartesjukdommar hadde ein signifikant tilknytning med lært hjelpeslausheit. Etter kvart som meistringstrua auka, vart den lærte hjelpeslausheita redusert.

«I had been out on one of my walks and then I felt a stab in the back, it was really so bad that I almost had to stop and walk very slowly. Then you get scared. Every time something happens, I get scared. So, I take it easy, just try to take it easy and hope that it does not develop into what it was that made me have to go in by ambulance» (Bäck et al., 2020, s. 2114).

Pasientane hadde ulike ytre føresetningar og strategiar for å føle seg trygge til å utføre fysiske aktivitetar og trening. Nokre hadde med seg ein person når aktiviteten skulle utførast. Ein deltakar seier det slik: «My wife did not let me out alone, but she accompanied me and we walked in the immediate area so it was close, and I had nitroglycerin with me» (Bäck et al., 2020, s. 2116). Pasientar som utførte aktiviteten i nærleiken av heimen hadde ein nitroglyserinspray eller ein telefon tilgjengeleg (Bäck et al., 2020). Det er vist ein signifikant betring i usikkerheit, emosjonelle reaksjonar og

angst ved oppfølging via telefon. Telefonoppfølging resulterer i betre mental helse for pasientane (Kavradim & Özer, 2020, Vahedian-Azimir et al., 2016).

Sosial støtte er ein viktig del av kvardagen i tida etter eit hjarteinfarkt. Det gir høgare meistringstru, betre livskvalitet og mindre lært hjelpeslausheit (Fuochi & Foà, 2018, Smallheer & Dietrick, 2019, Vahedian-Azimir et al., 2016 og Vibulchai et al., 2016).

I Fuochi & Foà (2018) kjem det fram at sosial støtte for kvinner er ein viktig del av det å meistre etter eit hjarteinfarkt, dei treng nokre som lyttar når dei er redde. Nokre kvinner synest det var vanskeleg å føle seg støtta av andre. "I wish I had a little more love and understanding around me [...] instead of being supported I was destroyed...." (Fuochi & Foà, 2018, s. 103). Bäck et.al. (2020) seier at pårørende også kan forhindre pasientane i å gjere ulike daglegdagse aktivitetar. Å ha gode relasjonar i tida etter eit hjarteinfarkt viste ein signifikant høgare skår på meistringstru hjå intervensjonsgruppa. Den utvalde kunne være eit familiemedlem eller ein venn. Den personen deltok i pasientens opplæring og studerte det same læringsmaterialet som deltakaren (Vahedian-Azimir, et al., 2016).

"Someone said that you should not raise your hands above your head. So, the third day when I'm home, my son called and wondered what I had done today. I answered, that I had unloaded the dishwasher. Oh, he said, you should not lift your hands above the head. I thought I had done something good, but I obviously hadn't." (Bäck et al., 2020, s. 2116).

Som ein del av intervensjonen blei deltakarane introdusert for andre pasientar som har gjennomgått det same tidlegare og kome lenger i prosessen til å bli frisk. Det blei ein rollemodell for deltakarane og intervensjonsgruppa hadde signifikant høgare meistringstru. Rollemodellen sin suksess og pasienten si evne til å gjennomføre det same, blei diskutert (Vibulchai et.al., 2016). Som ein del av intervensjonen blei pasientane delt inn i grupper på 3-5 personar der dei lærte av kvarandre og delte sine erfaringar om situasjonen. Det førte til signifikante endringar i livskvaliteten hjå deltakarane i intervensjonsgruppa (Vahedian-Azimir, et al., 2016).

4.3 Endra kapasitet

Aktivitet er for mange assosiert med noko skummelt i etterkant av eit hjarteinfarkt. Til tross for det, er fysisk aktivitet ein god måte som kan bidra til meistring av kvardagen (Bäck et al., 2020, Hong et al., 2021, Kavradim & Özer, 2020, Vahedian-Azimir et al., 2016 og Vibulchai et al., 2016).

Pasientar uttrykte ambivalent tilnærming til frykt og bevegelse. Enkelte forklarte at dei ikkje var redde, men var bekymra for at eit nytt hjarteinfarkt kunne førekomme ved å utføre ulike fysiske aktivitetar. Mange protesterte mot å bruke ordet frykt og ville heller omtalast som forsiktige (Bäck et al., 2020).

"Yes, but then I am not as scared now as I was before, but at the same time it is that I feel this, there is always a sense of something that has happened that makes me feel a little uncertain as to what you can do and not do." (Bäck et al., 2020, s. 2114).

Mange av pasientane opplevde at deltaking på eit treningsbasert hjarterehabiliteringsprogram var til hjelp for å utfordre frykt for bevegelse. Pasientane er tydeleg på ulikskapane mellom å trene på sjukehus i kontrollerte former samanlikna med å trene heime. På sjukehuset gjennomførte dei treningstestar under rettleiing og justerte intensiteten etter eit individuelt tilpassa treningsprogram. For mange var det fint å trene med andre som deler liknande erfaringar. Andre synest hjarterehabiliteringa på sjukehus var stressande og opplevde at det ikkje var tilstrekkeleg tilpassa seg sjølv (Bäck et al., 2020).

"At home I am a little more careful, here (CR) I relax and exercise properly, but at home I am more careful. Here I am completely relaxed. I exercise properly, no cheating. But at home I think and cheat more, how far is it when I go shopping. Here you relax." (Bäck et al., 2020, s. 2117).

Ein intervensjon gjekk ut på at pasientane skulle gjennomføre to timar dagleg aktivitet som vart registrert ved ein FitBit som målte gangavstanden. I tillegg hadde pasienten med seg eit familiemedlem eller en venn som var deltakande eller observerte treninga. Gangavstanden var forbetra i intervensjonsgruppa samanlikna med kontrollgruppa (Vahedian-Azimir, et al., 2016). I studien til Kavradim & Özer (2020) får pasientane utdelt eit hefte med informasjon om aktivitet og trening i tillegg til individuell oppfølging via telefon. Studien viser til at intervensjonsgruppa hadde signifikant auka aktivitet. Det støttast opp av studien til Vibulchai et al. (2016) der aktiviteten vart registrert i ei treningsdagbok og tre oppfølgingssamtalar på telefon vart gjennomført. Også her skåra intervensjonsgruppa høgare på treningseffekten enn kontrollgruppa. Pasientar opplever lågast trygghet når kraftig fysisk aktivitet skal gjennomførast (Hong et al., 2021).

Endra kapasitet etter hjarteinfarkt viser seg også i andre situasjonar enn i fysisk aktivitet. Fatigue er eit stressande symptom for pasientane som er vanskeleg å meistre. Pasienten si oppleving av samanheng og dimensjonane håndterbarhet, forståelegheit og meningsfullheit viser ei negativ sjukdomsoppfatning av fatigue. Det viser seg at di lågare oppleving av samanheng, til verre er pasienten si sjukdomsoppfatninga av fatigue. Stress er også ein faktor som er nært knytt opp mot fatigue og oppleving av samanheng. Til høgare stressnivå pasienten opplev, desto verre er sjukdomsoppfatninga av fatigue som resulterer i ein lågare oppleving av samanheng (Alsén & Eriksson, 2016).

5 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Det blei tidleg bestemt at vi ønska å skrive bacheloroppgåva saman. I alle gruppeoppgåver i løpet av utdanninga har vi jobba godt saman. Derfor følte vi oss trygge på samarbeidet frå start. Begge synes det har vore best å møtes fysisk for å skrive, noko som har gjort oss samstemte gjennom eit kontinuerleg arbeid. Interessa for sjukdommar som kjem brått er eit stort interessefelt og slik fall valet naturleg på hjarteinfarkt. Ein prosjektplan blei først utarbeida. Den støtta oss i å disponere tida fram til endeleg innlevering (Dalland, 2017a, s. 196). Eit PICO-skjema blei tatt i bruk for å gjere søkeprosessen ryddig. I starten blei ikkje det systematiske litteraturstudie gjort tilstrekkeleg systematisk. Skulen sine kriteria som inklusjon- og eksklusjonskriteriar, at artiklane hadde IMRAD-struktur og årstal blei følgt. Meir utfordrande var det å skulle finne dei rette søkeorda og kombinasjonane for å finne artiklar til vår problemstilling. Mange ulike søk vart gjort. Når ein god artikkel dukka opp, hadde vi i starten ikkje oversikt over søket. Derfor måtte vi prøve å hugse det som var blitt gjort og gjere søket på nytt på ein systematisk måte. Det var tidkrevjande.

I søket etter forskingsartiklar har vi brukt fire ulike databasar som opererer med ulike nøkkelord. Fleire synonymord er brukt i søket, noko som kan vere ein svakheit då søket ikkje blir like systematisk. Vi valte å gjere det på denne måten sidan baseorda våra gav dei same resultatata i fleire av databasane, og relevante artiklar blei funnet med synonymord. Søket vårt gav flest kvantitative artiklar. Det aukar sannsynet for å gå glipp av personlege opplevingar som er vanskeleg å måle med tal (Dalland, 2017b, s. 52). Dei ni inkluderte artiklane har overvekt av menn. Difor har vi valt å inkludere ein artikkel som berre omhandlar kvinner fordi begge kjønna skal vere representert i nokså lik grad.

Relevante artiklar vart lest på nett. I startfasen prøvde vi å hugse kva som var felles ved dei ulike artiklane. Det blei svært tungvindt. Alle relevante artiklar blei derfor skreve ut på papir. Fargekodar blei brukt for å systematisere likskapane på tvers av artiklane. Felles funn i artiklane kom tydeleg fram og kategoriane for oppgåva vart valt. I løpet av gode rettleiingssamtalar med rettleiar og møter med medstudentar har vi fått tilbakemeldingar som har vore av betydning for den ferdige oppgåva.

5.2 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjonen vil funna frå artiklane bli diskutert ved hjelp av relevant litteratur, ulike teoriar og lovverk. Dei tre kategoriane inngår i kvarandre og må derfor sjåast i samanheng.

5.2.1 Behov for auka kompetanse

Når kvardagen brått blir endra av sjukdom, aukar ofte behovet for informasjon og kunnskap. Det kan vere eit auka behov for informasjon kring sjukdommen, praktiske

forhold, psykiske reaksjonar eller treningsprogram. Å gi informasjon og rettleiing blir sett på som ein av sjukepleiarane sine viktigaste oppgåver (Eide og Eide, 2019, s.218). Mange faktorar spelar inn for at informasjonen skal nå sitt potensiale slik at pasientane får eit godt utbytte med gode føresetnadar for å meistre livet.

Resultat frå forskning viser at pasientar har eit auka behov for informasjon kring den nye sjukdommen. Spesielt opplevde pasientane at informasjon og undervisning knytt til risikofaktorar, behandling av symptom samt anatomi og fysiologi var viktig (Bäck et al., 2020, Hong et al., 2021, Kavradim & Özer, 2020 og Vibulchai et al., 2016). Ved å ha kunnskap om vitale funksjonar har pasienten kompetanse til å kjenne igjen symptom på forverring av sjukdommen og eventuelle tilbakefall (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 432). I følge Vibulchai et.al. (2016) har pasientar som har fått undervisning om hjartefarkt og risikofaktorar større meistringstru enn pasientar som ikkje hadde fått undervisning om tema. Det støttast av Eide & Eide (2019, s. 219) som seier at kunnskap skapar grunnlaget for sjølvbestemming og oppleving av meistring. I den grønne fasen av kroppskunnskaping er pasienten meir open for læring og begynner å søke etter informasjon sjølv. Sjukepleiar bør her oppmuntre pasienten til å finne eigne løysingar for å endre livsstilen. Brukarmedvirkning er viktig for pasienten sin rett til å bestemme sjølv (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 431).

Ny informasjon kan oppfattast som både positivt og negativt for pasientane (Vahedian-Azimir, et al., 2016). Lau-Walker et al. (2016) poengtera at tilpassa opplæring auka sjukdomsforståelsen i løpet av dei tre første månadane etter eit hjartefarkt. Det underbyggast også i litteratur av Eide og Eide som seier at informasjonen må tilpassast til den enkelte pasient (2019, s.218). Pasientar som opplever at informasjonen var tilstrekkeleg synes den var til god hjelp. I tilfelle der pasientar opplevde informasjonen som uklar eller utilstrekkeleg, fungerte den mot si hensikt (Bäck et al., 2020 og Fuochi & Foà, 2018).

I Regjeringa si folkehelsemelding står det at kvar enkelt av oss må ta ansvar for eiga helse (Meld. St. 19 (2014-2015)). Enkel tilgang til internett gjer at pasientar blir eksponert for både god og lite truverdig informasjon. Pasientar som meistrar å søke etter relevant informasjon har stort utbytte fordi dei har føresetnadar og interesse av å lære meir. Andre pasientar kan ha vanskar med å skilje mellom truverdige og useriøse kjelder. For desse pasientane vil all informasjonen virke negativt (Finbråten, 2018, s. 87). Verdens helseorganisasjon seier at health literacy er den viktigaste faktoren for helse. Health literacy handlar om kompetansen, kunnskapen og motivasjonen den enkelte har til å forstå og bruke helseinformasjon. Pasientar kan meistre situasjonar ved å utvikle personlege ferdigheiter, ein av dei er health literacy. Når pasientar har større forståing for faktorar som påverkar helsa har dei større moglegheit til å ta gode val som fremmar eiga helse (Finbråten,2018, s.93-96). Antonovsky brukar omgrepet generelle motstandsressurar som medfører ei oppleving av indre samanheng. Om pasienten har forståing for og opplever at dei kan handtere situasjonen ved bruk av meningsfullt arbeid, kan det fungere helsefremmande. For å fremme opplevinga av samanheng kan sjukepleiar ved hjelp av samtale støtte pasienten sin motivasjon for å meistre. Det vil vere hensiktsmessig at sjukepleiar rettar fokuset mot den enkelte pasient si læring og motivasjon som utgangspunkt for undervisning og rettleiing (Kristoffersen, 2016c, s. 369).

Måten informasjonen blei formidla på blei beskrive som viktig for mange pasientar Bäck et al., 2020). Gode kommunikasjonsferdigheiter er eit hjelpemiddel til å gi betre hjelp og støtte, styrke følelsen av trygghet og stimulere til motivasjon på best mogleg måte (Eide & Eide, s.39). Pasientar hugsar informasjonen enklare om den er strukturert og har ei passeleg lengde med relevant innhald. Det skjer ofte at pasientar seier dei ikkje har blitt informert eller ikkje har oppfatta den. For at informasjonen skal oppfattast må ulike rammefaktorar vere tilrettelagt. Om sjukepleiar tydeleg formidlar at det no kjem viktig informasjon kan det hjelpe pasienten å hugse betre. Sjukepleiar må formidle nødvendig kunnskap på ein måte som pasienten er i stand til å ta imot. Informasjonen bør vere så fullstendig som mogleg, men likevel ikkje tyngje pasienten med informasjon som dei ikkje har nytte av (Eide & Eide, 2019, ss. 218-219). Det vil sei at informasjon frå sjukepleiar må tilpassast pasienten sin bakgrunn, språkkunnskap, kultur, utdanning og bakgrunnskunnskap. I §3-2 står det «Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkningar» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2021). I følge teorien til Heggdal om kroppskunnskaping har pasienten lite ressursar til å ta i mot informasjon og rettleiing frå helsepersonell når han er i filotett og blå fase. Det er først i grøn fase at pasienten er mottakeleg for informasjon, undervisning og rettleiing. Ved at sjukepleiar brukar opne spørsmål må pasienten reflektere, og ein oppmuntrar pasienten til å finne egne løysingar for å endre livsstil. Motiverande intervju er ein god didaktisk metode til å finne ressursar hos pasienten som kan føre til forandring. For å klare det treng pasienten støtte og oppmuntring i å ta kroppsslege signal på alvor (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 431).

5.2.2 Indre uro og sosial støtte

Ein måte å vedlikehalde angst på er å unnvike det som gir angst. Pasientar meiner at å unnvike det som gir angst fører til at dei ikkje får angstanfall. Då tør ikkje pasientane å teste ut kva som skjer dersom dei utsett seg for den situasjonen dei fryktar (Bugge, 2018, s. 165). I artikkelen til Fuochi og Foá (2018) kjem det fram at kvinner brukar unnvikande meistringsstrategiar, spesielt hjå deltakarar under 50 år. Frykt kjem frå ei vurdering av at noko er farleg og noko som peikar på konkrete hendingar (Håkonsen, 2014, s. 297). Frykt knytt til bevegelse opptek ein stor del av kvardagen etter eit hjarteinfarkt og blir handtera ulikt mellom pasientar. Enkelte pasientar prøvde å eksponere seg for aktivitetar dei frykta, medan andre unngikk frykta aktivitet (Bäck et al., 2020). Å hjelpe pasienten til å meistre intervensjonar og auke empowerment er ein viktig del av sjukepleie i hjarterehabilitering. Ved å delta i hjarterehabilitering er eit av måla å forebygge angst for fysisk aktivitet, og dermed auke pasientens fysiske kapasitet. For å meistre og ta kontroll over eigen sjukdom, er health literacy ein føresetnad som må styrkast. Gjennom undervisning og rettleiing er sjukepleiaren sentral i å utvikle personlege ferdigheiter slik at pasienten får større merksemd på faktorar som påverkar helse og kva som gjerast for å meistre helse- og livssituasjonen (Finbråten, 2018, ss. 86-87). Sjukepleiar kan avdekke at pasientens oppleving av frykt ofte byggjer på mangelfull kunnskap om situasjonen og feilaktige førestillingar om den. I ein slik situasjon kan sjukepleiar vere ein viktig samtalepartner, klargjere kva pasienten tenkjer og kva verdiar som er viktige for framtida (Kristoffersen, 2016b, ss. 264-265).

Pasientar med lært hjelpeslausheit forklarar ofte årsakene til sjukdomen ved at dei har manglande evne til å ta vare på eigen helse (Håkonsen, 2014, s. 75). I Smallheer & Dietrick (2019) viser resultat at personar som anga betre sosial støtte, opplevde mindre

lært hjelpeslausheit. Forsking viser at sosial støtte har ein god effekt på meistring, livskvalitet og psykisk helse og at dette kan vere helsefremmande og sjukdomsforebyggjande (Helgesen, 2016, s. 142). Ved at pasienten føler seg verdsett og opplever å ha tilhørigheit, styrkar det sosiale nettverk helsa og aukar livskvaliteten (Helgesen, 2016, ss. 144-145). Oppleving av samanheng formast når dei tre dimensjonane får virke på kvarandre. Ressursar som kan styrke pasienten si oppleving av samanheng er samfunnsordningar, sosial støtte, nettverk og intelligens. Sjukepleiar må være merksam på desse ressursane slik at pasienten har moglegheit for positiv utvikling av oppleving av samanheng. Det inneberer å gjere ein stressande situasjon forståeleg, handterbar og meningsfull. Ein må ta i bruk både kognitive og praktiske ressursar og ta utgangspunkt i den enkelte pasienten sine meistringsressursar (Gammersvik, 2018, s. 117).

Å informere pasientar individuelt og deretter i gruppe saman med andre som har gjennomgått hjarteinfarkt har vist å vere nyttig (Eikeland et al., 2017, s. 251). I Vibulchai et.al (2016) blei pasientane introdusert for ein «rollemodell», det hadde ein effekt for meistringstru hjå pasientane. I Vahedian-Azmir (2016) var det signifikante endringar hjå pasientar som hadde deltatt i grupper på 3-5 personar der dei lærte kvarandre og delte sine erfaringar om situasjonen. Å samle pasientar i grupper som metodisk og terapeutisk tilnærming kan vere ein fordel for menneske med både psykiske og somatiske lidningar (Gonzalez, 2020, s. 352). Å ha ei positiv meistringstru vil vere nyttig når målet er å endre livsstilen, det handlar om å sette seg konkrete handlingsmål. Ved å ha ei positiv forventning om eigne føresetnadar vil pasienten kunne klare å gjennomføre og nå sine mål (Kristoffersen, 2016a, ss. 314-315). Sjukepleiar må vere oppmerksam på at pasientane sin erfaringskunnskap kan gi andre svar og løysingar enn kva ein finn som fagkunnskap (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 431).

Etter ei alvorleg krise har det sosiale nettverket stor betydning og kan sjåast på som nøkkelen innan rehabilitering, empowerment og meistring (Hauken, 2018, ss. 192-193). Pårørande kan ha både ein positiv og negativ innverknad på meistring hjå pasientane (Bäck et al., 2020). Fuochi & Foà (2018) og Vahedian-Azimir, et al (2016)). Etter eit hjarteinfarkt har pasienten behov for personar som kan lytte når dei er redde. Det hender at pårørande responderer med å bli engstelege på pasienten sine vegne av daglegdagse aktivitetar. Då blir mange pasientar meir usikre (Bäck et al., 2020 og Fuochi & Foà, 2018). At pårørande får dei same livstilsråda som pasienten viser seg å ha stor betydning for pasienten sin motivasjon (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 439). Ved hjelp av samtale og observasjonar kan sjukepleiar kartlegge pasientens sosiale nettverk og eventuelle sterke og svake sider. Pasienten og sjukepleiar bør saman utarbeide eit mål for kva type sosial kontakt som er viktig. Sjukepleiar må då ta hensyn til faktorar om alder og kjønn, familiestruktur og sjukdomsforløp (Helgesen, 2016, s. 145). For å redusere opplevinga av angst og usikkerheit kan sjukepleiar gi informasjon og rettleiing kring sjukdomstilstanden og rehabiliteringsfasen. Når pasienten veit kva som er vanleg reint patiofysiologisk i rehabiliteringsprosessen, blir det enklare å ivareta eigenomsorga (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 439).

Å dele positive og negative erfaringar med pasientar i same situasjon kan opplevast motiverande. Ofte er rehabiliteringsprogram i organiserte grupper positivt for pasienten (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 439). Likevel seier Helgesen at det er viktig for den mentale helsa og sjølvoppfatninga vår at pasienten kan vere åleine. Sjølv om det er viktig å vere engasjert i samhandling med andre, er det viktig å kunne trekkje seg

tilbake når ein treng det (Helgesen, 2016, s. 151). Positiv sosial støtte kan bidra til å skape mening i livssituasjonen til pasienten (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 439). Sjukepleiar må vere klar over kva som aukar eller minskar motivasjon hjå den enkelte pasient.

5.2.3 Endra kapasitet

Pasientar som opplever fatigue etter eit hjarteinfarkt oppgir det som plagsamt (Brink et al., 2012). Menneske som opplever fatigue kjenner seg aldri heilt utkvilt. Det blir for mange ei ekstra belastning å leve eit godt liv. Fatigue blir definert som trøttheit med nedsett styrke og yteevne, kraftlaus, mangel på energi, apati, depresjon og konsentrasjonsvanskar (Bastøe & Frantsen, 2017). Det viser seg at fatigue har direkte innverknad på pasienten si grad av meistringstru (Alsén & Eriksson, 2016, Brink og Alsén et al., 2012 og Le Grande et al., 2015). Det kan sjåast i lys av teorien om salutogenese. Teorien rettar fokuset mot å gjere folk i stand til å leve best mogleg med helseutfordringane sine ved å bruke pasienten si evne til aktiv tilpassing for å meistre kvardagen (Langeland, 2018, s. 157). Kristoffersen (2016b) seier at pasienten må oppleve situasjonen som forståeleg, handterbar og meningsfull. Pasientar som har låg meistringstru opplever ein lågare oppleving av samanheng. På den andre sida har pasientar med sterk oppleving av samanheng indre håp og tillit til å finne ressursar og evnar å bruke desse. For å ikkje tape ressursar og mening over tid legg teorien vekt på fire livsområde som fokuset må rettast mot. Det vil vere viktig å ha eit bevisst livssyn, ha tette relasjonar som pasienten ser på som støttande, å vere psykisk stabil og vere aktiv i daglege aktivitetar som idrett, arbeid eller utdanning (Langeland, 2018, ss. 161-163).

Sett frå det salutogene perspektivet må sjukepleiar balansere mellom å lytte empirisk til problemet med fokuset retta mot å styrke ressursane til pasienten. Gode meistringstrategiar kan fremme meistring i krevjande situasjonar. Ein god meistringstrategi er kjenneteikna av rasjonalitet, forutsigbarheit og evna til å regulere følelsar. Andre motstandsressursar pasienten kan ta i bruk for å auke grada av oppleving av samanheng er sosial deltaking, finne ei retning som gir mening i livet enten politisk eller religiøs og rette fokuset mot materielle verdiar som er viktig for den enkelte (Langeland, 2018, ss. 161-163). Sjukepleiar må gi støtte til pasientar som har fatigue gjennom å auke deira meistringstru. Ulike søvnhygieneprinsipp kan vere til hjelp for å takle trøttheita og vil ha en positiv innverknad på den helserelaterte livskvaliteten (Brink et al., 2012). For å styrke pasientane sine meistringstrategiar rundt fatigue må helsepersonell gi tilpassa opplæring til den enkelte. På den måten vil pasientane klare å skilje mellom vanlege symptom på trøttheit og varselsignal på eit nytt hjarteinfarkt (Alsén & Eriksson, 2016). Det er av stor betydning å rette fokuset bort frå årsakene til at situasjonen er som den er, og heller fokusere på faktorar som bidreg til betring.

Pasienten si oppleving av fatigue kan påverke aktiviteten. Forholdet mellom desse er paradoksal då fysisk trening kan redusere fatigue, medan fatigue kan redusere pasienten sine ressursar til å utføre fysisk trening (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 435). Aktivitet er eit område som kan bidra til at pasientane meistrar kvardagen betre (Bäck et al., 2020, Hong et al., 2021, Kavradim & Özer, 2020, Vahedian-Azimir et al., 2016 og Vibulchai et al., 2016) Fysisk aktivitet blir av mange pasientar beskrive som ei skummel oppleving. Det fordi symptoma ved fysisk aktivitet likna på symptoma dei opplevde under hjarteinfarkt (Bäck et al. 2020). Tema har blitt grundig forska på og viser at fysisk aktivitet fremmar både den fysiske og mentale helsa. Pasientar som tidlegare ikkje har

vore fysisk aktive kan bli bekymra av dei normale fysiologiske reaksjonane som å bli andpusten og få auka hjartefrekvens i forbindelse med aktivitet (Norekvål et al., 2016, ss. 194-195).

Helsefremming gjennom fysisk aktivitet har stor betydning for å unngå tilbakefall. I løpet av det første halvåret etter eit hjarteinfarkt har grada av meistringstru stor betydning for den fysiske aktiviteten. Vidare var det pasienten sin motivasjon som spelte den største rolla eitt år etter hjarteinfarkt. Sjukepleiar kan styrke pasienten si tru på meistring gjennom motiverande samtalar (Norekvål et al., 2016, ss. 194-195). For å fremme meistring kan sjukepleiar stille opne spørsmål, vise interesse og danne rom for at pasienten får reflekter vidare. Då blir pasienten sitt behov for kontroll og sjølvbestemming tatt vare på, samtidig som den indre motivasjonen blir styrka. Sjukepleiar kan holde igjen forslag til endring og heller utfordre pasienten til å reflektere rundt kva meistringsstrategiar som er verdifulle. Slik blir grunnlaget lagt for at pasienten kan utvikle en verdibasert meistringsstrategi som er valt i utgangspunkt med eigne verdiar og prioriteringar (Eide & Eide, ss.61-62).

Rehabilitering etter eit hjarteinfarkt har stor betydning då liggetida i sjukehuset er kort (Norekvål et al., 2016, ss. 196). Mange pasientar opplevde at deltaking på eit treningsbasert hjarterehabiliteringsprogram var til hjelp for å utfordre frykt for bevegelse (Vibulchai et al., 2016). Sekundærførebyggande intervensjonar på hjarterehabilitering omfattar blant anna fysisk aktivitet. Av fysisk aktivitet er det anbefalt minst 40 minutt per dag, 5 dagar i veka. Treningsprogrammet må i tillegg vere individuelt tilpassa (Eikeland et al., 2017, s. 275). Gruppetrening saman med andre pasientar i same situasjon har vist seg å ha stor nytteeffekt (Vahedian-Azimir, et al., 2016). Mange pasientar trenar i hjarterehabiliteringsprogram den første tida etter infarkt. Sjukepleiar kan gi aktivitetsråd for å auke pasientane sin motivasjon til trening og fysisk aktivitet. Pasienten får då auka kunnskap om trening, treningseffekt og helsegevinstar. I tillegg kan pasienten få rettleiing i å bruke ei aktivitetsbok som er til hjelp i aktivitetsarbeidet (Stubberud & Ellingsen, 2016, s. 436). Raud fase pregast av integrert kroppskunnskaping, men samstundes kan mange pasientar droppe ut av for eksempel hjarterehabilitering på grunn av lav sjølvfølelse, lita tru på programmet, lang reiseveg og manglande sosial støtte. Det blir då viktig for sjukepleiar å skape motivasjon for å gjennomføre programmet (Stubberud & Ellingsen, 2016, ss. 429-431).

6 Konklusjon

For pasientar med nyleg gjennomgått hjarteinfarkt handlar det om å måtte forhalde seg til ein ny situasjon. Tida etter eit hjarteinfarkt må møtast med kunnskap og menneskeleg kontakt. For å meistre den nye situasjonen har pasienten behov for auka kompetanse og sosial støtte. Dette for å meistre den indre uroa og den endra kapasiteten som mange opplever. Pasientar har eit stort behov for tilrettelagt informasjon for å forstå symptom og få ei heilskapleg forståing for situasjonen. Det vil auke meistringstrua til den enkelte og har stor betydning sidan pasientar ofte er engsteleg for livet vidare. I tillegg vil gode relasjonar til både pårørande og sjukepleiar ha ein støttande funksjon. Mange pasientar kjenner på frykt knytt til fysisk aktivitet sidan symptoma ofte er dei same som då hjarteinfarkt inntreff. Ved auka kompetanse har pasientane betre forutsetningar for å forstå kroppslege symptom, handtere den indre uroa og ta imot og nytte seg av sosial støtte. Pasientane har då betre grunnlag for å handtere sin fatigue.

Helsepersonell har stor betydning for rehabiliteringsprosessen til den individuelle pasient. Gode kommunikasjonsferdigheiter kan bidra til riktig informasjon og rettleiing til den enkelte. Gjennom samtale kan helsepersonell bidra til å utvikle pasienten si meistringstru kring den nye situasjonen. Når pasienten får auka sin kompetanse om sjukdommen, reduserer det opplevinga av angst og usikkerheit. Alle funna i denne bacheloroppgåva må sjåast i samanheng for å få ei forståing for utfordringane pasientar står ovanfor.

Tema er dagsaktuelt med ei stor pasientgruppe. Då vi starta arbeidet med denne bacheloroppgåva var ynskje å lære meir om hjarteinfarkt hos kvinner sidan forskning har retta fokuset på menn over lang tid. Å finne artiklar om kvinner var utfordrande og vi endra derfor til artiklar som inneheldt både kvinner og menn. I alle våre artiklar var det representert ei stor overvekt av menn så vi inkluderte en artikkel som omhandla berre kvinner. Vidare anbefala vi at forskning rettar fokuserer mot kvinner og hjarteinfarkt. Kvinner og menn har ulikskapar både fysiologisk og psykologisk som må takast på alvor. Til meir individtilpassa rehabilitering ein klarer å gi, til større er sjansane for at pasienten klarer å meistre livet etter eit hjarteinfarkt.

7 Referansar

- Alsén, P., & Eriksson, M. (2016). Illness perceptions of fatigue and the association with sense of coherence and stress in patients one year after myocardial infarction. *Journal Of Clinical Nursing, 25*, ss. 526-533. <https://doi.org/10.1111/jocn.13088>
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium - Den salutogene modellen*. Gyldendal akademisk.
- Bastøe, L. H., & Frantsen, A.-M. (2017). Behovet for søvn og hvile. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 2 - grunnleggende behov* (3. utg., ss. 347-372). Gyldendal Akademisk.
- Bäck, M., Caldenius, V., Svensson, L., & Lundberg, M. (2020, March 24). Perceptions of Kinesiophobia in Relation to Physical Activity and Exercise After Myocardial Infarction: A Qualitative Study. *Physical Therapy, 100*(12), ss. 2110-2119. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa159>
- Boge, M. H. (2018). Samhandlingsreformen og rehabilitering. I Å. Gammersvik, & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (2. utg., ss. 71-85). Fagbokforlaget.
- Brink, E., Alsén, P., Herlitz, J., Kjellgren, K., & Cliffordson, C. (2012). General self-efficacy and health-related quality of life after myocardial infarction. *Psychology, Health & Medicine, 17*(3) ss. 346-355. <https://doi.org/10.1080/13548506.2011.608807>
- Bugge, P. (2018). Angstlidelser. I T. F. Aarre (Red.), *Psykiatri for helsefag* (2. utg., ss. 163-198). Fagbokforlaget.
- Dalland, O. (2017a). Bacheloroppgaven. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., ss. 191-204). Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017b). Hva er metode. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., ss. 51-61). Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O., & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (6. utg., ss. 148-165). Gyldendal Akademisk.
- Eide, H., & Eide, T. (2019). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Eikeland, A., Stubberud, D.-G., & Haugland, T. (2017). Sykepleie ved hjertesykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., ss. 229- 280). Gyldendal Akademisk.
- Evans, D. (2002, April). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing, 20*(2), ss. 22-26.
- FHI - Folkehelseinstituttet. (2021a, Oktober 27). *fhi.no*. Henta frå Forekomst av hjerte- og karsykdommer i 2020: <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/hjertekar/forekomst-av-hjerte--og-karsykdommer-i-2020/>
- FHI- Folkehelseinstituttet. (2021b, November). *fhi.no*. Henta Mars 2022 frå Hjerte- og karsykdommer: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/>
- Finbråten, H. S. (2018). Health literacy i helsefremmende sykepleie. I Å. Gammersvik, & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (2. utg., ss. 86-110). Fagbokforlaget.

- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Lettland: Natur & Kultur.
- Fuochi, G., & Foà, C. (2018). Quality of life, coping strategies, social support and self-efficacy in women after acute myocardial infarction: a mixed methods approach. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), ss. 98-107. <https://doi.org/10.1111/scs.12435>
- Gammersvik, Å. (2018). Helsefremmende arbeid i sykepleie. I Å. Gammersvik, & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (2. utg., ss. 112-134). Fagbokforlaget.
- Gonzalez, M. T. (2020). Gruppe som metode. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (ss. 352-360). Gyldendal Akademisk.
- Haugan, G., & Rannestad, T. (2018). Helsefremmende sykepleie i spesialist- og kommunehelsetjenesten. I Å. Gammersvik, & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (2. utg., ss. 135-156). Fagbokforlaget.
- Hauken, M. A. (2018). Rehabilitering i en helsefremmende kontekst. I Å. Gammersvik, & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (2. utg., ss. 179-200). Fagbokforlaget.
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Helgesen, A. K. (2016). Sosial kontakt. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3. utg., ss. 141-167). Gyldendal Akademisk.
- Helse Møre og Romsdal. (2022, mai 4). *Helse Møre og Romsdal*. Henta mai 7, 2022 frå 20 år med hjarterehabilitering og kompetansesenter: https://helse-mr.no/stabsavdelinger/samhandlingsavdelinga/lering-og-meistrings-senteret/20-ar-med-hjarterehabilitering-og-kompetansesenter?fbclid=IwAR2VM-dTS1EPGmApCxB-oyyl-V9ZBwR8Cd01hiTqJ_TsY96LCMLFhFa2t4
- Helsebiblioteket.no. (2016, juni 3). *Helsebiblioteket.no*. Henta April 5, 2022 frå Sjekklister: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Helsedirektoratet. (2018, Januar 1). *Helsedirektoratet*. Henta April 15, 2022 frå §1-3 Definisjoner: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/alminnelige-bestemmelser/definisjoner>
- Hong, Q., Mayer, H., Öztürk, B., & Eslam, R. B. (2021). Patients' Perspectives With Acute Coronary Syndrome After Percutaneous Coronary Intervention. *The Journal for Nurse Practitioners*, 17, ss. 588-593. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2021.02.006>
- Kavradim, T. S., & Özer, C. Z. (2020). The effect of education and telephone follow-up intervention based on the Roy Adaptation Model after myocardial infarction: randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(1), ss. 247-260. <https://doi.org/10.1111/scs.12793>
- Kristoffersen, N. J. (2016a). Livsstil og endring av livsstil. I G. H. Grimsbø, N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3 - Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., ss. 295-341). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016b). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3 - Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., ss. 237-294). Gyldendal Akademisk.

- Kristoffersen, N. J. (2016c). Å styrke pasientens ressurser. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvet, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3 - Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., ss. 349-406). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., & Nortvedt, P. (2016). Pasient og sykepleier - verdier og samhandling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 1 - Sykepleie -fag og funksjon* (3. utg., ss. 89-138). Gyldendal akademisk.
- Langeland, E. (2018). Salutogenese som forståelsesramme i sykepleien. I *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (2. utg., ss. 157-178). Fagbokforlaget.
- Larsen, T. B. (2018). Helsebegrepet i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik, & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (2. utg., ss. 37-49). Fagbokforlaget.
- Lau-Walker, M., Landy, A., & Murrells, T. (2016). Personalised discharge care planning for postmyocardial infarction patients through the use of the Personalised Patient Education Protocol- implementing theory into practice. *Journal of Clinical Nursing*, 25, ss. 1292-1300. <https://doi.org/10.1111/jocn.13177>
- Le Grande, M. R., Jackson, A. C., Murphy, B. M., & Thomasom, N. (2015). Relationship between sleep disturbance, depression and anxiety in the 12 months following a vardiac event. *Psychology, health & medicine*, 21(1), ss. 52-59. <https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1040032>
- Lode, K. (2016). Mestring. I A. T. Heggstad, & U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper og fenomener i klinisk sykepleie* (4. utg., ss. 40-55). Cappelen Damm Akademisk.
- Martinsen, E. W. (2020). Angstlidelser. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser - faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (ss. 115-120). Gyldendal Akademisk.
- Meld. St. 19 (2014-2015). (u.d.). *Folkehelsemeldingen — Mestring og muligheter*. Henta frå Helse- og omsorgsepartamentet: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>
- Nordtvet, M. W., Jamtveidt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2019). *Jobb kunnskapsbasert - en arbeidsbok* (2. utg.). Cappelen Damm.
- Norekvål, T. M., Erntsen, L., & Gjeilo, K. H. (2016). Helsefremming blant hjertesyrke i sykehus. I G. Haugan, & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i spesialisthelsetjenesten* (ss. 190-205). Cappelen Damm AS.
- Pasient- og brukerrrettighetsloven. (2021). *Lov om pasient- og brukerrrettigheter (pasient- og brukerrrettighetsloven)* (LOV-1999-07-02-63. utg.). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Skaug, E.-A. (2016). Aktivitet. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug, & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 2 - grunnleggende behov* (3. utg., ss. 313-346). Gyldendal akademisk.
- Smallheer, B. A., & Dietrick, M. S. (2019). Social support, self-efficacy, and helplessness following myocardial infarctions. *Critical care nursing quarterly*, 42(3), ss. 246-255. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000265>
- Stubberud, D.-G., & Ellingsen, T.-L. (2016). Sykepleierens funksjon og ansvar ved hjerterehabilitering. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesyrke* (ss. 422-446). Cappelen Damm Akademisk.
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk- Helsekompetanse og brukerrmedvirkning* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- Vahedian-Azimir, A., Miller, A. C., Hajiesmaeli, M., Kangasniemi, M., Alhani, F., Jelvehmoghaddam, H., . . . Rosta. (2016, April). Cardiac rehabilitation using the

- Family-Centered Empowerment Model versus home-based cardiac rehabilitation in patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial. *Open Heart*, 3(1). <https://doi.org/10.1136/openhrt-2015-000349>
- Vibulchai, N., Thanasilp, S., & Preechawong, S. (2016). Randomized controlled trial of a self-efficacy enhancement program for the cardiac rehabilitation of Thai patients with myocardial infarction. *Nursing & Health Sciences*, 18(2), ss. 188-195. <https://doi.org/10.1111/nhs.12243>
- Ørn, S. (2019). Sirkulasjonsforstyrrelser. I S. Ørn, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., ss. 92-111). Gyldendal Akademisk.
- Ørn, S., & Brunvand, L. (2019). Hjerter- og karsykdommer. I S. Ørn, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., ss. 163-200). Gyldendal Akademisk.

Vedlegg

Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Avgrensing	Antall treff	Leste abstract (antall)	Leste artiklar (antall)	Inkluderte artiklar (forfatter, årstal)
"Myocardial infarction" AND "Self-efficacy"	15.01.22	Cinahl Complete	Fagfelleurdert Etter 2012 Forskingsartikkel	33	7	3	Vibulchai et al. (2015). Smallheer & Dietrich (2019).
"Myocardial infarction" AND "Empowerment"	15.01.22	PubMed	Etter 2012	13	7	1	Vahedian-Azimi et al. (2015)
"Acute Coronary Syndrome" AND «Self-efficacy»	28.03.22	Cinahl Complete	Fagfellevurder Engelsk Etter 2012	25	3	1	Qin et al.(2021).
"Myocardial infarction" OR "Heart attack" AND "coping" OR "Self-efficacy" AND "Psychological Well-Being" OR "Quality of Life" OR "patient attitude"	30.03.22	Cinahl Complete	Fagfelleurdert Etter 2012 Engelsk Forskingsartikkel	24	18	8	Kavradim & Özer (2020) Fuochi & Foà (2018) Lau-Walker et al. (2016) Alsén & Eriksson (2015) Bäck et al. (2020)

Litteratormatrise 1: «*The effect of education and telephone follow-up intervention based on the Roy Adaption Model after myocardial infarction: randomised controlled trial*»

Referanse	Kavradim, T. S., & Özer, C. Z. (2020). The effect of education and telephone follow-up intervention based on the Roy Adaptation Model after myocardial infarction: randomised controlled trial. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 34(1), ss. 247-260. https://doi.org/10.1111/scs.12793
Studiens hensikt/mål	Hensikta med denne studien var å finne ut korleis oppfølging og opplæring via telefon kunne vere eit bidrag til å heve meistringstrua, livskvaliteten og nye livstilpasningar hos pasientar som har gjennomgått eit hjartefarkt. Modellen som var brukt er Roy Adaption Model.
Nøkkelomgrep	Lifestyle change, myocardial infarction, nursing, telephone follow-up, Roy Adaptation Model, self-efficacy.
Metode	<p>Metode: Metoden som er brukt er en randomisert kontrollert studie.</p> <p>Utval: Pasientar som har gjennomgått hjartefarkt blei tilfeldig fordelt i ei kontrollgruppe og ei intervensjonsgruppe som begge bestod av 33 deltakarar. Kontrollgruppa fekk den rutinemessige behandlinga, medan deltakarane i intervensjonsgruppa fekk både den rutinemessige behandlinga, individuell undervisning, eit opplæringsprogram før utskriving og tre oppfølgingssamtalar på telefon.</p> <p>Analyse: Ei ryddig analyse blei gjennomført av fleire testar. Desse var t-testen, Shapiro-Wilk testen, ANOVA-analyse og chi-square. Sannsynet for at resultatet av studien var basert på tilfeldigheter vart satt til 0,05.</p>
Resultat/konklusjon	<p>Resultat: Tre månadar etter utskriving var det ein signifikant forskjell mellom dei to gruppene. Deltakarane i intervensjonsgruppa hadde klare forbetringar knytt til meistringstru og livskvalitet, og var i tillegg meir fysisk aktive og hadde eit betre kosthald i forhold til kontrollgruppa.</p> <p>Konklusjon: Opplæring og undervisning før utskriving og oppfølging via telefon i etterkant viser seg å ha positive konsekvensar for pasientar si meistringstru og tilpassing i den nye situasjonen. Tre månadar etter utskriving var det signifikante forskjellar på studie knytt til Roy Adaptation Model i forhold til den vanlege oppfølginga. Funna i studien støttar opp viktigheita av at helsepersonell tek godt vare på personar som har gjennomgått hjartefarkt for å vidare utvikle sjukepleieomsorga som trengst.</p>
Relevans	Artikkelen gir eit godt innblikk i relativt små tiltak som er av stor betydning for pasientane. Tida i helsevesenet er knapp samstundes som pasientane treng oppfølging. Når opplæringsprogrammet og den individuelle opplæringa er gitt, er telefonsamtalar eit effektivt tiltak og vinn-situasjon for både helsepersonell og pasientar.

Litteraturmatrikse 2: «Quality of life, coping strategies, social support and self-efficacy in women after acute myocardial infarction: a mixed methods approach»

Referanse	Fuochi, G., & Foà, C. (2018). Quality of life, coping strategies, social support and self-efficacy in women after acute myocardial infarction: a mixed methods approach. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 32(1), ss. 98-107. https://doi.org/10.1111/scs.12435
Studiens hensikt/mål	Målet med denne studien var å få ei djupare forståing av korleis meistringstrategiar, meistringstru, livskvalitet og sosial støtte er eit bidrag med tilpassing hos kvinner etter eit hjarteinfarkt.
Nøkkelomgrep	Women, acute myocardial infarction, quality of life, coping, self-efficacy, social support.
Metode	<p>Metoden: Kvantitativ og kvalitativ data blei samla gjennom intervju og datasamling.</p> <p>Utval: Dei kvalitative data hadde opphav i 57 semistrukturerte intervju av kvinner som hadde gjennomgått hjarteinfarkt. Gjennomsnittsalderen er 62 i kvalitativ data og 53 i kvantitativ data.</p> <p>Analyse: Kvantitative data av kvinner som hadde opplevd hjarteinfarkt blei analysert med upara t-testar på gjennomsnitt. Denne gruppa blei samanlikna med ei kontrollgruppe som ikkje hadde gjennomgått hjarteinfarkt og parvise korrelasjonar. Kvalitative data blei gruppert og analysert av tematisk innhaldsanalyse</p>
Resultat/konklusjon	<p>Resultat: Kvantitative resultat viste klare forskjellar mellom kvinner som har opplevd hjarteinfarkt og kontrollgruppa. Førstnemnte viste lågare opplevd helse, sosial støtte, meistring, aksept og religiøs meistring. Meistringstrategiar var negativt med livskvalitet, medan for problemorientert meistring, opplevd sosial støtte og følelse av meistring var meistringstrategiar positivt.</p> <p>Konklusjon: Dei blanda metodane gir forståing for viktigheita av sosial støtte, følelse av meistringsevne og mindre unnvikande meistringstrategiar for kvinner sin tilpassing til livet etter hjarteinfarkt.8</p>
Relevans	Vi vil bruke artikkelen for å belyse eksempel på korleis kvinner opplever tida etter eit hjarteinfarkt. Helsepersonell treng kunnskap om gjennomgåande tema som ulike meistringstrategiar og sosial støtte. Artikkelen gir svar på korleis kvinner kan tilpasse seg situasjonen betre.

Litteratormatrise 3: «Randomized controlled trial of a self-efficacy enhancement program for the cardiac rehabilitation of Thai patients with myocardial infarction»

Referanse	Vibulchai, N., Thanasilp, S., & Preechawong, S. (2016). Randomized controlled trial of a self-efficacy enhancement program for the cardiac rehabilitation of Thai patients with myocardial infarction. <i>Nursing & Health Sciences</i> , 18(2), ss. 188-195. https://doi.org/10.1111/nhs.12243
Studiens hensikt/mål	Målet til denne studien var å sjå effekten av hjarterehabiliteringsprogrammet SEPCR. Studien ønska å undersøke pasientane si meistringsevne og funksjonsstatus fire veker etter hjarteinfarkt, sidan det blir betrakta som det kritiske tidspunktet for nedgang i funksjonsstatus.
Nøkkelomgrep	Cardiac rehabilitation, functional status, myocardial infarction, self-efficacy, Thailand.
Metode	<p>Metoden: Randomisert kontrollert studie.</p> <p>Utval: 66 pasientar var med i studien og blei tilfeldig plassert i eksperimentgruppa eller i kontrollgruppa. Deltakarane i eksperimentgruppa deltok i tre individualiserte undervisningsøkter og tre rådgivingssamtalar over telefon. Kontrollgruppa heldt på med daglegdagse aktivitetar og fekk opplæring i forbindelse med det.</p> <p>Datainnsamling: Data blei samla inn og analysert dag to postoperativt og fire veker etter utskriving.</p> <p>Analyse: Beskrivande statistikk blei brukt for å analysere deltakarane sin demografiske og kliniske grunneigenskapar. En uavhengig t-test blei utført for å bestemme forskjellar i meistringstru og funksjonsstatusskår i begge gruppene.</p>
Resultat/konklusjon	<p>Resultat: Fire veker etter utskriving hadde den eksperimentelle gruppa høgare meistringstru og funksjonell status enn kontrollgruppa. I tillegg hadde denne gruppa høgare score på sosial aktivitet, hushaldningsoppgåver, yrkesutdøvelse og fysisk trening enn kontrollgruppa. Desse resultatata viser at personar som har gjennomgått hjarteinfarkt kan få betre auka meistringstru og funksjonsstatus ved bruk at hjarterehabiliteringsprogrammet SEPCR.</p> <p>Konklusjon: Hjarterehabiliteringsprogrammet SEPCR som er basert på Bandura sin sosial kognitive teori er nyttig og er eit godt supplement for medisinsk behandling. Helsepersonell bør hjelpe pasientar til å engasjere seg i treningsvanar og ADL-yting så tidleg som mogleg i si hjarterehabilitering for å oppnå gode resultat.</p>
Relevans	Denne artikkelen er relevant for vår oppgåve fordi den tek for seg tema som kan bidra til at pasienten sjølv styrkar si eiga meistringstru. Helsepersonell er eit viktig støtteapparat for at pasientane tidlegast mogleg skal kome i gong med kvardagslege aktivitetar att.

Litteratormatrise 4: «Cardiac rehabilitation using the Family-Centered Empowerment Model versus home-based cardiac rehabilitation in patients with myocardial infarction: a randomized controlled trial»

Referanse	Vahedian-Azimir, A., Miller, A. C., Hajiesmaeili, M., Kangasniemi, M., Alhani, F., Jelvehmoghaddam, H., . . . Rosta. (2016, April). Cardiac rehabilitation using the Family-Centered Empowerment Model versus home-based cardiac rehabilitation in patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial. <i>Open Heart</i> , 3(1). https://doi.org/10.1136/openhrt-2015-000349
Studiens hensikt/mål	Hensikta med dette studiet er å finne ut om eit hybrid hjarterehabiliteringsprogram (CR) som brukar ein familiesentrert empowerment modell (FCEM) samanlikna med standard CR vil forbetre pasientens livskvalitet, opplevd stress og tilstandsangst hjå pasientar med hjarteinfarkt.
Nøkkomgrep	-
Metode	Metoden: Randomisert kontrollert studie Utval: 70 pasient-familie einingar blei inkludert og jamt randomisert i to grupper. Pasientane hadde ikkje tidlegare gått gjennom CR-programmer. Pasientane samtykka vel vitende om at de ville få hjarterehabilitering, men utan å vite detaljane. Alderen på deltakarane var mellom 45-85 år. Av 70 deltakarar, var 46 menn og 24 kvinner. Analyse: Alle analyser blei utført ved bruk av SPSS 22.0. Frekvens (prosent) og gjennomsnitt (SD) ble presentert for kvalitative variablar (kjønn, sivilstatus, utdanningsnivå, jobb og bustad) og kvantitative variablar (alder, kroppsmasseindeks og familiestørrelse). Andre testar som blei brukt for å analysere svara var χ^2 test, uavhengig Students t-test, Kolmogorov-Smirnov-testen, Mauchlys test. P-verdiane blei presentert på grunnlag av Greenhouse-Geisser-korreksjonen. I tillegg ble Hotellings T2-tester brukt til å evaluere forskjellane mellom intervensjons- og kontrollgruppene til ein kvar tid.
Resultat/konklusjon	Resultat: Utgangspunkta frå gruppene var like. Ejeksjonsfraksjonen (hjartets pumpeevne) var signifikant høgare i intervensjonsgruppa ved måling 2 og 3. Treningstoleranse målt som gangavstand blei signifikant forbetra i intervensjonsgruppa gjennom heile studien. Livskvalitetsresultata i FCEM-gruppa viste signifikant forbetring både i gruppa over tid og samanlikna med kontroll. Tilsvarende viste opplevde stress- og tilstandsangst-resultata signifikant forbetring både innanfor FCEM-gruppa over tid og samanlikna med kontroll. Det ble ikkje funnet noko signifikant forskjell verken innanfor eller mellom grupper for eigenskapsangst. Konklusjon: Den familiesentrerte empowerment-modellen kan vere ein effektiv hybrid hjarterehabiliteringsmetode for å forbetre den fysiske og mentale helsa til pasientar etter MI. Det er imidlertid behov for ytterlegare studiar for å validere desse funna.
Relevans	Denne studien er relevant for vår oppgåve då den seier at involvering av familien er av stor betydning for meistringsprosessen til pasienten. Studien viser betydninga av gode sosiale relasjonar som kan vere til stor støtte i ein ny kvardag.

Litteratormatrise 5: «Personalised discharge care planning for postmyocardial infarction patients through the use of the Personalised Patient Education Protocol- implementing theory into practice»

Referanse	Lau-Walker, M., Landy, A., & Murrells, T. (2016). Personalised discharge care planning for postmyocardial infarction patients through the use of the Personalised Patient Education Protocol- implementing theory into practice. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 25, ss. 1292-1300. https://doi.org/10.1111/jocn.13177
Studiens hensikt/mål	Denne studien tek sikte på å evaluere effekten av programmet «Personalized Patient Education Protocol» i ein allereie eksisterande behandlingssopplegg for pasientar som har gjennomgått hjarteinfarkt.
Nøkkelomgrep	Patient participation, patient voice, patient-centred care
Metode	Metoden: Tverrsnittsstudie. Ein tenesteevaluering ved bruk av pasientundersøking og samtalar med sjukepleiar. Utval: Ein langsgåande pasientundersøking som målte endringar i meistringstru knytt til sjukdommen, hjartekosthald, trening, angst og depresjon. Pasientgruppa bestod av 74 personar og er ein livskvalitetsstudie. Analyse: Det er brukt para t-testar som analyserte følgjene før og etter programmet Personalised Patient Education Protocol blei tatt i bruk. Sjukepleiarar ved hjarterehabiliteringsavdelinga som brukte PPED-programmet, intervjuar pasientane sine og gjor seg nye oppfatningar og erfaringar om korleis nytta til programmet var.
Resultat/ konklusjon	Resultat: Endringane frå hjarteinfarkt til tre månadar fram i tid viste at pasientane hadde signifikante endringar i sjukdomstru knytt til forståing, og livskvalitet som i generell helse. Ved å bruke programmet PPED i tillegg til den vanlege utskrivingsprosessen blei tenesta forbetra. Pasientane oppfatta programmet som stor nytteverdi og brukte programmet også etter utskriving. Konklusjon: Når programmet PPEP vart innført auka pasientengasjementet. Det er lagt til rette for ein meir brukarmedvirkning i tenesta som gjer det mogleg for helsepersonell å gi ei meir personleg tilpassa pasientopplæring. Pasientane opplevde derfor å ha ein struktur etter utskriving som gjor det enklare å følge opp dei individuelle utfordringane knytt til hjarteinfarkt.
Relevans	Studien har sin relevans til vår oppgåve fordi den inkluderer viktige faktorar som pasienten sjølv opplever som viktig for å kunne meistre sin nye kvardag. Den legg vekt på personorientert undervisning som ein nøkkelressurs.

Litteratormatrise 6: «Social support, Self.Efficacy, and Helplessness Following Myocardial Infarctions»

Referanse	Smallheer, B. A., & Dietrick, M. S. (2019). Social support, self-efficacy, and helplessness following myocardial infarctions. <i>Critical care nursing quarterly</i> , 42(3), ss. 246-255. https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000265
Studiens hensikt/mål	Hensikta med dette studiet var å undersøke sammenhengen mellom sosial støtte og følelsen av meistringsevna med lært hjelpelaushet hos individ etter AMI.
Nøkkelomgrep	Emotional outcomes, helplessness, post myocardial infarction, self-efficacy, social support.
Metode	Metoden: Beskrivande tverrsnittsstudie Utval: Personar med en diagnostisert hjarteinfarkt I innan 12 månader frå to forskjellige klinikkar i USA blei rekruttert. Til saman 75 personar var med i studien, derav 60 stk. var menn og 15 stk. var kvinner. Gjennomsnittsalderen var 58,8 år. Inklusjonskriteriane var pasientar over 18 år, innanfor kriteriane for hjarteinfarkt, kommunisere på engelsk. Personar med psykiske lidingar som depresjon var ekskludert. Standardiserte instrumenter blei brukt for å evaluere sosial støtte og følelse av meistringsevne og deira innverknad på lært hjelpelaushet. Analyse: Analyser blei utført ved bruk av Statistical Package for Social Sciences (SPSS 19,0). For å summere resultat frå dei to forskjellige klinikane blei det brukt χ^2 test, Mann-Whitney test.
Resultat/konklusjon	Resultat: Ein statistisk signifikant, direkte samanheng blei funnet mellom sosial støtte og meistringstru, og lært hjelpelaushet. Dette tydar på at individ med betre sosial støtte og meistringstru opplev mindre lært hjelpelaushet i løpet av det første året etter en AMI. Konklusjon: Ved utvikling av behandlingsplanar etter AMI, må helsepersonell vurdere å oppmuntre ein pasients støttande sosiale nettverk og meistringstru som meningsfulle intervensjonar mot negative emosjonelle utfall.
Relevans	Denne studien er relevant då den seier noko om samanhengen mellom sosial støtte, følelsen av meistringsevne og lært hjelpelaushet hjå pasientar etter hjarteinfarkt.

Litteratormatrise 7: «Perceptions of Kinesiophobia in Relation to Physical Activity and Exercise After Myocardial Infarction: A Qualitative Study»

Referanse	Bäck, M., Caldenius, V., Svensson, L., & Lundberg, M. (2020, March 24). Perceptions of Kinesiophobia in Relation to Physical Activity and Exercise After Myocardial Infarction: A Qualitative Study. <i>Physical Therapy</i> , 100(12), ss. 2110-2119. https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa159
Studiens hensikt/mål	Hensikta til studien er å utforske pasientane si oppfatning av bevegelsesfrykt i forhold til fysisk aktivitet og trening 2-3 månadar etter eit hjarteinfarkt.
Nøkkelomgrep	Behavior Therapy; Exercise; Fear of movement; Myocardial Infarction; Qualitative.
Metode	<p>Metode: Kvalitativ studie med individuelle semistrukturerte intervju</p> <p>Utval: Pasientar som hadde hatt hjarteinfarkt og fått intensivbehandling ved eit av Sveriges største sjukehus blei spurt om å vere med i studien. 21 pasientar som vart inkludert. For å bli inkludert i studien måtte pasienten snakke eller forstå svensk, ha ei markant nedgang i fysisk aktivitet etter hjarteinfarkt og ikkje ha ein psykiatrisk lidelse.</p> <p>Analyse: Intervjua blei transkribert og analysert etter ei induktiv innhaldsanalyse. Alle data blei koda med utgangspunkt i pasientidentifikasjon. Vidare var det berre ein forskar som hadde tilgang for å identifisere pasienten. Opptak med lyd og ord blei lagra i forhold til etiske retningslinjer og svensk lov. Intervjua vart transkribert ved V.C. Dataanalyse. Denne er induktiv innhaldsanalyse inspirert av Graneheim og Lundman. Pasientane sin budskap er beskrive i studien, medan den meir skjulte budskapen vart tolka.</p>
Resultat/konklusjon	<p>Resultat: Hovudtema er definert som meistring av bevegelsesangst etter eit hjarteinfarkt- ein dynamisk prosess som består av pasientane sin ein indre prosess og en ekstern prosess. Den interne prosessen var styrt av en kombinasjon av ambivalens, hypervigilans, usikkerheit rundt progresjon og unngåelsesatferd. Den eksterne prosessen var styrt av pårørende sin angst, føresetnadar for tryggleik, informasjon og det treningsbaserte hjarterehabiliteringsprogrammet. Desse er vidare beskreve i åtte kategoriar.</p> <p>Konklusjon: Å meistre sin bevegelsesangst etter eit hjarteinfarkt er ein dynamisk prosess som krev intern og ekstern støtte. Personsentrerte strategiar og nye behandlingsstrategiar for å redusere kinesiofobi må utarbeidast for å forbetre programmet rundt hjarterehabiliteringa.</p>
Relevans	Denne studien gir konkrete eksempel på kva pasientane synest er utfordrande etter eit hjarteinfarkt. Den seier at pasientar gjerne skulle hatt meir støtte og informasjon for å meistre den nye livssituasjonen.

Litteratormatrise 8: «Patients' Perspectives With Acute Coronary Syndrome After Percutaneous Coronary Intervention»

Referanse	Hong, Q., Mayer, H., Öztürk, B., & Eslam, R. B. (2021). Patients' Perspectives With Acute Coronary Syndrome After Percutaneous Coronary Intervention. <i>The Journal for Nurse Practitioners</i> , 17, ss. 588-593. https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2021.02.006
Studiens hensikt/mål	Henikta til denne studien var å undersøkje pasientars noverande kunnskap, deira læringsbehov og mestringstru for deira hjartesyke.
Nøkkelomgrep	Acute coronary syndrome, inpatient, secondary prevention, patient education, self-efficacy
Metode	<p>Metode: Beskrivande undersøking</p> <p>Utval: 36 vaksne deltakarar i alderen 31 – 74 år med første episode av ACS blei valt ut. Alle deltakarane fylte ut eit spørjeskjema før utskriving. 75% var menn og 25% var kvinner. 27 deltakarar blei diagnostisert med hjarteinfarkt med STEMI og 9 NSTEMI hjarteinfarkt. Alle har fått behandling med PCI.</p> <p>Analyse: Analyse blei utført ved bruk av SPSS versjon 23. Standardprosedyre i beskrivande og konklusjonsstatistikk ble brukt. Deltakaranes data ble beskrevet med frekvens, gjennomsnitt, median, standardavvik, område og sumindeks. Andre analysar som blei brukt er Mann-Whitney-Test, Kruskal-Wallis-test, Spearman-korrelasjonen, CPLNI og CSE. Signifikansnivået ble satt til $P < .05$. Alle deltakarane ga frivillig skriftleg informert samtykke før påmelding.</p>
Resultat/konklusjon	<p>Resultat: Resultatet viser at informasjon om risikofaktorar, symptomhandtering og anatomi og fysiologi er det som blir høgst prioritert hos deltakarane. Studien viser også at pasientane manglar tilstrekkeleg informasjon om framtidige nødssituasjonar og har lavast sjølvtilitt på å delta i fysisk aktivitet.</p> <p>Konklusjon: Konklusjonen ved denne studien er at pasientane si største bekymring var å unngå risikoen for framtidige hjarteinfarkt. Pasientane var usikre på korleis dei skulle reagere under framtidige nødssituasjonar og dette med å delta i kraftig fysisk aktivitet. Vi fant også ut at pasientane hadde tilstrekkeleg sjukdomsspesifikk kunnskap om førebyggjande livsstil og var motivert til å påverke helsestatusen deira positivt.</p>
Relevans	Denne studien er relevant fordi den omhandlar kva pasientane har behov for å lære. Den gir eit tydeleg svar på kva kunnskapsgrunnlag som er viktig å ha for å mestre den nye situasjonen.

Litteratormatrise 9: «*Illnes perceptions of fatigue and the association with sense of coherence and stress in patients one year after myocardial infarction*»

Referanse	Alsén, P., & Eriksson, M. (2016). Illness perceptions 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, ss. 526-533. https://doi.org/10.1111/jocn.13088
Studiens hensikt/mål	Studiets hensikt er å utforske samanhengar mellom sjukdomsoppfatningar av fatigue, oppleving av samanheng og stress hjå pasientar eit år etter hjarteinfarkt.
Nøkkelomgrep	Fatigue, illness perception, salutogenesis, sense of coherence, stress
Metode	<p>Metode: Tverrsnittsstudie</p> <p>Utval: Utvalet består av 74 pasientar som fortsatt opplev fatigue etter hjarteinfarkt. Av 74 deltakarar, var 52 stk. menn og 22 stk. kvinner. Gjennomsnittsalderen var 62 år. Pasientar med kognitive eller kommunikative funksjonshemmingar eller andre alvorlege sjukdomar (f.eks. kreft) ble ekskludert.</p> <p>Analyse: Beskrivande statistikk, korrelasjonar og trinnvis regresjonsanalyse ble utført. Data ble analysert ved bruk av SPSS-programvare versjon 20. Beskrivande statistikk ble brukt for å oppnå gjennomsnitt (SD). Frekvens og prosentar blei brukt for å berekne forskjellar i frekvensane til de demografiske variablane. Pålitelegheit blei testa ved bruk av Cronbachs koeffisient (Cron-bach 1951)</p>
Resultat/konklusjon	<p>Resultat: Det blei funnet sterke negative assosiasjonar mellom sjukdomsoppfatningar, fatigue, oppleving av samanheng og stress. Desto lågare oppleving av samanheng er, desto verre er sjukdomsoppfatninga av fatigue. Vidare var stress negativt assosiert med sjukdomsoppfatningar av trøtthiet og oppleving av samanheng, ved at jo høgare stressnivå, desto dårlegare oppfatning av trøttheit og lågare oppleving av samanheng. Av dimensjonane for oppleving av samanheng såg det ut til at forståing spilte den største rolla i å forklare sjukdomsoppfatningar om trøttheit eit år etter hjarteinfarkt.</p> <p>Konklusjon: Den noverande studien viste negative oppfatningar av fatigue etter hjarteinfarkt var assosiert med mindre forståing av symptom. For å styrke pasientens meistringsressursar bør helsepersonell skape moglegheit for pasientar til å få kunnskap på individnivå som la dei skilje mellom vanlege utmattelsessymptom og varselsignal for hjarteinfarkt.</p>
Relevans	Denne artikkelen er relevant for oppgåva vår då den forklarar samanhengen mellom oppleving av samanheng og fatigue. Den seier noko om at pasientar treng meir informasjon om forskjellar mellom symptom på hjarteinfarkt og symptom på fatigue.

