

10184

Trygghet til pasienter med angst etter hjerteinfarkt

Hvordan kan sykepleier med hjelp av trygghet bidra til å redusere opplevelse av angst hos pasienter som nylig har gjennomgått hjerteinfarkt?

Antall ord: 7661
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2022

10184

Trygghet til pasienter med angst etter hjerteinfarkt

Hvordan kan sykepleier med hjelp av trygghet bidra til å redusere opplevelse av angst hos pasienter som nylig har gjennomgått hjerteinfarkt?

Antall ord: 7661
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Akutt hjerteinfarkt er en livstruende hjertesykdom som kan oppleves svært skremmende og uforutsigbar. Det rammer ca. 14000 nordmenn hvert år. Svært mange pasienter får en opplevelse av angst i etterkant både under innleggelse på sykehus og etterpå. Sykepleier spiller en sentral rolle for pasientens opplevelse av å være innlagt med akutt hjerteinfarkt.

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse opplevelsen av angst hos pasienter etter gjennomgått hjerteinfarkt mens de er innlagt i sykehus, og konsekvensene av dette. Samtidig, vil jeg undersøke hvordan sykepleier kan bidra til økt trygghet hos disse pasientene. Oppgaven har som mål å besvare følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleier med hjelp av trygghet bidra til å redusere opplevelsen av angst hos pasienter som nylig har gjennomgått hjerteinfarkt?»

Metode: Et litteraturstudium. Baserer seg på ni utvalgte forskningsartikler supplert med kunnskap fra pensumlitteratur fra sykepleiestudiet.

Resultat: En stor andel av pasienter opplever angst etter hjerteinfarkt og angsten påvirker prognosene. Tillitsfull relasjon, god kommunikasjon, informasjon og tilstedeværelse er hovedfaktorene som gir trygghet. Korte sykepleieintervensjoner som undervisning og informering, forebygget utvikling av angst etter utskrivelse.

Konklusjon: Opplevelsen av angst etter hjerteinfarkt påvirker prognosene og øker risikoen for komplikasjoner. Å skape trygghet hos denne pasientgruppen er viktig. Tillitsskapende relasjon, god kommunikasjon, informasjon og tilstedeværelse, øker pasienters opplevelsen av trygghet og samtidig reduseres opplevelsen av angst. De psykososiale behovene hos inneliggende pasienter etter nylig gjennomgått hjerteinfarkt, bør få økt fokus blant sykepleiere.

Nøkkelord: Trygghet, Angst, Hjerteinfarkt

Abstract

Background: Acute myocardial infarction (MI) is a life-threatening heart disease that can be experienced as very frightening and unpredictable. It affects approx. 14,000 Norwegians every year. A lot of patients experience anxiety in the aftermath both during hospitalization and afterwards. Nurses plays a significant role in patients experience of being admitted to the hospital.

Aim: The main aim is to shed light on the association between anxiety and complications in patients with recently diagnosed MI and also to investigate how nurses can contribute to increase the feeling of safety in these patients. The thesis aims to answer the following problem:

“How can nurses’ contribution to feeling safe reduce the experience of anxiety in patients who have recently experienced a myocardial infarction?”

Method: A literature study. Based on nine selected research articles supplemented with knowledge from curriculum and literature from the nursing core.

Result: A large proportion of patients experience anxiety post MI and the anxiety affects the medical prognosis. Trusting relationship, good communication, information and presence are the main factors that provide feeling of safety. Short nursing interventions such as teaching and information before discharge from hospital, prevented anxiety.

Conclusion: Experience of anxiety after a MI affects the prognosis and increases the risk of complications. To increase the feeling of safety in this patient group is highly recommended. Trusting relationship, good communication, information and presence, increases patients experience of feeling safe. At the same time the experience of anxiety reduces. The psychosocial needs of patients during hospitalization due to MI should get increased focus among nurses.

Key words: Feeling safe, anxiety, myocardial infarction

Innhold

1.	Innledning.....	1
1.1.	Introduksjon til tema	1
1.2.	Teori.....	2
1.2.1.	Hva er hjerteinfarkt?	2
1.2.2.	Angst som en normal reaksjon.....	2
1.2.3.	Psykososiale konsekvenser av å være akutt syk	3
1.2.4.	Pasienters behov for tillit og trygghet	3
1.2.5.	Alle pasienter har krav på informasjon	4
1.2.6.	Kommunikasjon i relasjoner	4
1.2.7.	Travelbees interaksjonsteori – relevansen for sykepleien.....	5
1.3.	Formål og problemstilling	7
2.	Metode	8
2.1.	Beskrivelse av metode	8
2.2.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	8
2.3.	Søkestrategi	8
2.4.	Søketabell	9
2.5.	Vurdering og utvelgelse av artikler	12
2.6.	Analyse.....	13
3.	Resultater	14
3.1.	Artikkelmatrise	14
3.2.	Presentasjon av resultater	19
3.2.1.	Sykepleiers rolle for opplevelse av trygghet.....	19
3.2.2.	Hvordan påvirker angst prognoser etter hjerteinfarkt.....	20
3.2.3.	Intervensjoner for å forebygge angst.....	20
4.	Diskusjon	21
4.1.	Hvordan påvirker angst prognoser etter hjerteinfarkt?	21
4.2.	Sykepleiers rolle for opplevelse av trygghet.....	22
4.3.	Intervensjoner for å forebygge angst	24
4.4.	Styrker og svakheter	25
4.5.	Konklusjon	26
	Referanser.....	27

Tabeller

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterer	8
Tabell 2 Konsepttabell	9
Tabell 3 Søketabell	9
Tabell 4 Hovedtema med nøkkelfunn	13
Tabell 5 Artikkelmatrise.....	14

1. Innledning

1.1. Introduksjon til tema

Akutt hjerteinfarkt er en livstruende sykdom som trenger behandling raskt. Hjertesykdom er en av de vanligste sykdommene som medfører innleggelse på sykehus (Stubberud, 2016). Hvert år rammes rundt 11000-14000 nordmenn av denne sykdommen (Folkehelseinstituttet, 2021). I 2020 døde 1 581 nordmenn av akutt hjerteinfarkt. De siste årene har sannsynligheten for overlevelse etter behandling for hjerteinfarkt økt gradvis (Helsedirektoratet, 2020). I 2019 var sannsynligheten for å være i live 30 dager etter utskrivning fra sykehus på 93,9 prosent. Hjerteinfarkt oppstår ofte akutt og uten noen forvarsel (Eikeland et al., 2020, s. 245). Dette kan gjøre at det oppleves utrygt for pasienten. De er ikke forberedt på at det skjer og det kan oppleves veldig overveldende. I en studie gjort av Alexandri et al. (2017) ble forekomsten av angst etter akutt hjerteinfarkt beskrevet høy og kan nå opptil 70%.

Under praksis på hjertemedisinsk avdeling erfarte jeg at en del pasienter var engstelig under innleggelsen. Det var ikke stort fokus på trygging på sengeposten. I tillegg ble det erfart at de fysiske behovene ble prioritert over de psykiske. I de Europeiske retningslinjene for behandling av hjerteinfarkt handler punkt 4.2 om lindring av smerte, pustevansker og angst (Ibanez et al., 2018). Her står det at angst er en normal respons på smerten og omstendighetene rundt et hjerteinfarkt. Dermed er trygghet for pasienter veldig viktig. Jeg ble overrasket over hvor lite fokus sykepleierne hadde på angst og trygghet til pasientene på avdelingen. En del av de yrkesetiske retningslinjene for sykepleie forteller at man skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). Det vil si at man ikke skal skille mellom kropp og sjel, men ha et helhetlig syn på mennesket som person. Derfor er det interessant å utforske videre på dette temaet da jeg synes det er et viktig tema som det bør bli belyst mer om.

1.2. Teori

I dette kapitlet blir det presentert det faglige grunnlaget for denne oppgaven. Det blir definert sentrale begrep som blir brukt i problemstillingen og annet relevant teori for oppgaven.

1.2.1. Hva er hjerteinfarkt?

Hjerteinfarkt oppstår når det skjer tromboosedannelse i tilknytning til en aterosklerotisk stenose i en av koronararteriene på hjertet (Wyller, 2019, s. 250–251). Resultatet av dette blir alvorlig iskemi og celledød i det vevet som denne åren forsyner. Akutt hjerteinfarkt får konsekvenser for sirkulasjonssystemet til pasienten. Symptomer som de fleste opplever er brystmerter, ubehag, dyspne, utrygghet og angst. Behandling av symptomer er avgjørende for pasientens prognose. Hjerteinfarkt kan forårsake flere komplikasjoner som kan være alvorlige (Eikeland et al., 2020, s. 243–244). Dette ut ifra hvilken type hjerteinfarkt, størrelsen og lokalisasjon. Hjerteinfarkt blir delt inn i to typer; Non ST-elevasjons myokardinfarkt (NSTEMI) og ST-elevasjon-myokardinfarkt STEMI. NSTEMI omhandler når ekkokardiogrammet (EKG) viser ST-depresjoner, negativ T-bølge eller EKG kan se helt normalt ut. Det er denne typen som er mindre alvorlig. STEMI er den typen som er mest alvorlig, hvor EKG viser ST-elevasjoner eller en nyoppstått venstre grenblokk. Pasienten er mest utsatt i den akutte fasen. En komplikasjon kan være hjertearytmier som ses opptil 95% av pasientene og er en vanlig dødsårsak. I tillegg kan pasientene utvikle varierende grader av hjertesvikt.

Hjerteinfarkt krever akutt behandling og innleggelse på sykehus (Eikeland et al., 2020, s. 245–247). Tidlig og riktig behandling gjør at mest mulig av hjertemuskelen bevares. Overlevelsen øker og 60-80% av vevsødeleggelsen skjer i de første 4-6 timene etter smertene setter inn. Akutt behandling som først blir gjort er under transport til sykehus. Der gis MONA-behandling som er morfin, oksygen, glyseroltrinitrat og acetylsalisylsyre. De fleste ambulanser har også mulighet til å ta EKG prehospital som hjelper på diagnostisering. På sykehus får de reperfusjonsbehandling ved hjelp av angiografi der de kan gjennomgå en primær perkutan koronar intervensjon (PCI). I tillegg til medikamentell behandling.

1.2.2. Angst som en normal reaksjon

Helsedirektoratet (2017) definerer angstlidelser som «en samlebetegnelse for tilstander hvor hovedsymptomet er angst (irrasjonell frykt), enten forbundet med bestemte objekter eller situasjoner, eller i en mer ubestemt form preget av vedvarende bekymringer». Angst og frykt er begreper som ofte blir brukt om hverandre (Hummelvoll, 2020, s. 153–154). Forskjellen mellom disse to er at frykt er kroppens svar på reelle trusler utenfor oss selv, mens angst er en indre uro som ikke har en kjent årsak og ikke er knyttet opp mot et bestemt ytre objekt. Hummelvoll (2020, s. 153-154) fremlegger at angst truer individets trygghetsfølelse. I tillegg er angst en personlig opplevelse som lett kan overføres til andre. Å få angst som en normal reaksjon er ikke nødvendigvis det samme som å ha en medisinsk angstdiagnose.

En pasient som får akutt hjerteinfarkt, opplever ofte stor angst og utrygghet (Stubberud, 2016). Angst er en nødvendig og normal reaksjon på en situasjon som truer for fysisk og psykisk skade. Denne type angst kan skyldes smertefulle og ubehagelige prosedyrer, undersøkelser og behandlingsmetoder som blant annet PCI. Behandlingen kan være skremmende og oppleves belastende. Opplevelsen kan forsterkes om pasienten ikke har oversikt eller innsikt i situasjonen.

1.2.3. Psykososiale konsekvenser av å være akutt syk

Når en pasient blir innlagt på sykehus, får det ikke bare konsekvenser for pasientens fysiske behov, men også de psykososiale behovene (Stubberud, 2016). Pasientens opplevelse av å være innlagt og symptomer kan få konsekvenser for opplevelsen av kontroll, tilfredshet, velvære og trygghet. Mennesket sine grunnleggende behov kan deles inn i fysiske, åndelige, seksuelle og psykososiale behov. De psykososiale behovene har med menneskets psyke å gjøre, altså det sjelelige og mentale. Det tar utgangspunkt i hvordan pasienten opplever å være syk. Stubberud (2016) deler psykososiale behov i en emosjonell og en relasjonell del. Den emosjonelle delen handler om behovet for trygghet, tilfredshet og velvære, behovet for å være orientert og oppleve kontroll med eget liv og behovet for å få individuell og målrettet sykepleie. Den relasjonelle delen handler om behovet for sosial kontakt, følelsesmessig støtte, behovet for gode relasjoner og meningsfylt sosialt engasjement.

Fysiske og psykososiale faktorer påvirker hverandre og fungerer sammen som en helhet. Somatisk sykdom påvirker mennesker psykisk og motsatt. Akutt hjerteinfarkt vil for eksempel påvirke pasientens psykososiale behov, mens det å leve med psykiske lidelser over tid kan være en risiko for å få hjerteinfarkt. Opplevelsen av å være akutt syk avhenger om hvilke psykososiale reaksjoner som pasienten har og den kan endres hele tiden. Dette er en prosess som også kan utløse utrygghet, angst og sinne, som er vanlige ved en traumatisk krise (Stubberud, 2016).

1.2.4. Pasienters behov for tillit og trygghet

Tillit og trygghet er grunnleggende for at det skal utvikle seg en god relasjon mellom mennesker (Helgesen, 2017). Det at en person er trygg betyr at det er en person man kan stole på, at en ikke utsetter deg for fare, ubehageligheter eller vanskeligheter (Trygg, u.å.). Det å være trygg på noen betyr at man er sikker på at man stoler på dem. Trygghet kan være vanskelig å definere da det er veldig individuelt til hva opplevelse av trygghet er for hvert menneske. Moesmand og Kjøllesdal (2004) skriver at trygghet kan defineres som å føle tillit, anerkjennelse, støtte og mestring. De skriver også at akutt sykdom kan gjøre at pasienten føler at han kan miste kontroll da det som er kjent plutselig blir ukjent. Da er det viktig at sykepleieren viser forståelse og opptrer rolig og balansert. De fremlegger at man må forstå viktigheten med å fremstå faglig dyktig, ærlig og pålitelig. Dette gjør det lettere for pasienten å stole på sykepleieren.

Som menneske har man et grunnleggende behov for trygghet (Gustafsson, 2021). Gustafsson (2021) skriver at trygghet er en følelsesmessig tilstand hvor man opplever fred, ro, beskyttelse og sikkerhet. Hun henviser til Maslows trygghetsbehov som handler om et ønske av forutsigbarhet overfor miljø og en hverdag som vi kan kontrollere og påvirke. Boken henviser også til doktor og professor emerita Kerstin Segesten sin betydning av trygghet, som beskriver at trygghet handler om å være utenfor fare og å ha følelse av fred og ro, stillhet og det å ha tillit. Trygghet kan være både en tilstand og en følelse. Tilstandene kan knyttes til å ha tro på egne evner, selvtillit og mot. Følelsene kan være tillit, ro, glede og varme. Tilstandene kan knyttes til resiliens. Store Norske Leksikon definerer resiliens som en psykologisk motstandskraft som handler om å håndtere stress og påkjenninger som kan true ens helse (Skre, 2021). «Mennesker er sosiale vesener, og relasjoner til andre er viktig for opplevelsen av trygghet» (Gustafsson, 2021, s. 94). Gustafsson (2021) skriver at tillit er grunnleggende for trygghetsopplevelse og det å ha en tillitsfull relasjon til pasienten skaper trygghet.

Hun understreker at det er i en trygg relasjon at man føler seg sikre på en person og at man stoler på at de vil oss vel. Nærhet er viktig for trygghetsopplevelsen og en fysisk tilstedeværelse av et annet menneske er viktig for at man kan føle seg trygg. Nærhet kan også dreie seg om at man vet at noen er i nærheten som er tilgjengelig for behov for hjelp. Hvordan væremåten til en sykepleier er, kan enten være positivt eller negativt for trygghetsopplevelsen til pasienten (Gustafsson, 2021). Hvis en sykepleier møter en pasient med omsorg, varme og omtanke, kan man legge til rette for en trygg og tillitsfull relasjon.

1.2.5. Alle pasienter har krav på informasjon

Alle pasienter har krav og rett på informasjon (Stubberud, 2016). Det er lovpålagt at pasienter har rett til informasjon om innhold i helsehjelpen sin og til den informasjonen som han trenger for å få innsikt i sin helsetilstand (Pasient- og brukerrettigheter, 1999). De har og krav til informasjon om prosedyrer og undersøkelser, behandlingstiltak og behandlingsforløp. Helsepersonell har et lovfestet krav til å gi informasjon til den som har rett på det (Helsepersonelloven, 1999). For at en pasient skal få kunne oppleve forutsigbarhet og kunne ha kontroll over varigheten på den stressende opplevelsen, er informasjon viktig (Stubberud, 2016). Stubberud (2016) henviser til Sørli og Bergsvik som hevder at informasjonen som gis på hjerteavdeling på sykehus ofte kan være fokusert på standardiserte retningslinjer istedenfor pasientens individuelle behov.

Når man informerer pasienter og deres pårørende og gir kunnskap, øker forståelsen for dem. Da reduseres uroen og følelsen av trygghet, kontroll og sammenheng styrkes (Gustafsson, 2021). For mye informasjon og informasjon som er uforståelig eller negativ, kan skape frykt, uro og fortvilelse. Det er derfor viktig at man har en relasjon til pasienten slik at man klarer så langt som mulig å holde en balansegang.

1.2.6. Kommunikasjon i relasjoner

Kommunikasjon er det mest grunnleggende vi har for å skape en relasjon til hverandre. Eide og Eide (2017, s.17) definerer kommunikasjon i relasjoner som «utveksling av verbale og nonverbale tegn og signaler mellom to eller flere personer». Begrepet kommunikasjon kommer fra latin og betyr å gjøre noe felles (Eide & Eide, 2017). Begrepet relasjon kommer fra latin som betyr at noen står i forbindelse med en annen. Som helsepersonell bruker man begrepet relasjon om kontakt eller forbindelse mellom mennesker. Da er det snakk om forhold mellom helsepersonell og pasienter, pårørende og kollegaer.

Tillit er grunnleggende i kommunikasjon mellom mennesker (Eide & Eide, 2017). Som helsepersonell innebærer det å vise tillit til andre å slippe kontrollen, gi fra seg makt og ta risiko. Gode kommunikasjonsmetoder er hjelpemidler som hjelper pasienten til å styrke følelsen av trygghet. I møte med mennesker i krise og som opplever noe stressende er det å vise menneskelighet, forståelse og varme viktig. En måte å gjøre dette på er ved aktiv lytting. Aktiv lytting innebærer å være aksepterende til stede og anerkjenne den andre parten sine tanker og følelser. Det betyr ikke bare å være åpen og lyttende, men å stille åpne spørsmål og vise at man hører og forstår. Eide og Eide (2017) fremlegger at det er i den første fasen i en samtale at man legger grunnlaget for kontakten og trygghet. Ved å møte pasienten lyttende og åpen og med tydelig og klar informasjon oppnår man raskere kunnskap om hva pasienten har behov for og kontakt. I denne fasen er det viktig å ikke se pasienten som et objekt, men et menneske.

Helsepersonell sin kommunikasjon kan bidra til å skape positive følelser som håp, mening, tillit og trygghet. Det er ikke alltid stor jobb som ligger bak, men et oppmuntrende ord, et vennlig smil eller en myk berøring er det som skal til. I neste underkapittel kommer jeg innpå Travelbee sin sykepleieteori som også sier noe om kommunikasjon.

1.2.7. Travelbees interaksjonsteori – relevansen for sykepleien

Sykepleieteorien som er valgt for denne oppgaven er Travelbee sin teori som sykepleiens mellommenneskelige aspekter. Valget ble gjort på grunn av hennes fremstilling av viktigheten av en trygg relasjon er gjort på en god måte. Travelbee (1999) presenterer sykepleie som en interaksjonsprosess som har fokus på utvikling av relasjoner mellom sykepleieren og pasient. Teorien handler om at mennesket er et unikt individ som er likt, men også ulikt andre mennesker. Travelbee definerer sykepleie som «en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s. 29). Hun hevder i sin teori at en menneskets opplevelse av lidelse og sykdom er viktigere for en sykepleier å forholde til, enn en diagnose eller den objektive opplevelsen som sykepleieren foretar (Travelbee, 1999).

Travelbee hevder at et menneske-til-menneske-forhold er noe som må etableres for at sykepleiens hensikt skal oppnås (Travelbee, 1999). Ifølge henne kan dette forholdet bare eksistere mellom konkrete mennesker og ikke mellom rollene som pasient og sykepleieren. Dette forholdet etableres gjennom noen interaksjonsfaser; det innledende møtet, framvekst av identiteter, empati og sympati og medfølelse. Det innledende møtet er når en sykepleier møter en person for første gang og dette møtet er preget av at de ikke kjenner hverandre. Man får et første inntrykk og en «følelse» om hvordan hverandre er gjennom observasjoner, vurderinger og inntrykk. Etter denne fasen kommer framvekst av identiteter. Her kommer identiteten til hver part gradvis frem og man begynner å etablere et bånd. I denne fasen begynner sykepleieren og den syke å knytte seg til hverandre og vil betrakte hverandre mer som individer og ikke kategorier. Når disse fasene er etablert vil det oppstå empati (Travelbee, 1999). «Empati er en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer» (Travelbee, 1999, s. 193). Det å knytte seg til den andre og oppleve nærhet, er å føle empati. Resultatet av den empatiske prosessen er sympati og medfølelse. Denne fasen innebærer at sykepleieren ønsker å lindre plager hos den syke. Man blir i stan til å forstå den andres plager og ønsker å lindre eller avhjelpe situasjonen (Travelbee, 1999). «Sympati og medfølelse vil si at en oppriktig føler at den andres ulykke og plager angår en, kombinert med et ønske om å hjelpe vedkommende som har det vondt» (Travelbee, 1999, s. 200). Travelbee (1999) skriver om at ved fravær av sympati og medfølelse i sykepleieprosessen innvirker ikke bare på det fysiologiske, men også det psykiske og kan ha stor betydning for pasientens evne til å bekjempe sykdom. Resultatet av denne fasen er imidlertid tillit mellom partene.

Når alle disse fasene er gjennomgått har man etablert gjensidig forståelse og kontakt, altså et menneske-til-menneske-forhold. Gjensidig forståelse og kontakt består av tanker, holdninger og følelser som kommuniseres mellom sykepleieren og pasient. Det dreier seg om hvordan man oppfatter hverandre på og hvordan man opptrer overfor hverandre. Her etableres det trygghet som er et steg videre fra tillit (Travelbee, 1999).

Travelbee (1999) sier i sin teori at kommunikasjon er en forutsetning for å etablere menneske-til-menneske-forhold. Den interaksjonen som skjer mellom sykepleieren og pasient skjer ved hjelp av kommunikasjonen. Hun fremlegger at kommunikasjon er en gjensidig prosess som sykepleieren bruker for å søke og gi informasjon og som pasient bruker for å få hjelp. «Det er gjennom kommunikasjon at sykepleier formidler omsorg for den hun har ansvar for» (Travelbee, 1999, s. 137). Kommunikasjon skjer kontinuerlig når mennesker møtes, både verbalt og nonverbalt.

1.3. Formål og problemstilling

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse opplevelsen og konsekvensene av angst hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt mens de er innlagt på sykehus. Samtidig ønskes det å undersøke hvordan sykepleier kan bidra til økt trygghet hos disse innlagte pasientene. Sykepleierens mål er å redusere risiko for og å forebygge opplevelse av angst hos pasientene under og etter innleggelse. Litteraturstudiet avgrenses til pasienter over 18 år som er innlagt på hjerteavdeling. Trygghet er et behov som er viktig til mange pasientgrupper, men jeg har valgt å avgrense til pasienter som opplever angst etter nylig gjennomgått hjerteinfarkt. Med utgangspunkt i dette har jeg formulert problemstillingen slik;

«Hvordan kan sykepleier med hjelp av trygghet bidra til å redusere opplevelse av angst hos pasienter som nylig har gjennomgått hjerteinfarkt?»

2. Metode

2.1. Beskrivelse av metode

I dette kapitlet blir det beskrevet hvilken metode som er brukt. Inklusjons- og eksklusjonskriterier blir presentert i en tabell. Søkestrategi blir beskrevet og søkehistorikk blir presentert i en søketabell. Hvordan utvelgelsen av artikler ble gjort blir beskrevet og til slutt kommer en analyse av utvalgte forskningsartikler. Metode er redskapen vi bruker i møte med noe vi vil undersøke (Dalland, 2010). Denne oppgaven tar utgangspunkt i litteraturstudium som metode. Litteraturstudium baserer seg på systematiske søk, kritisk gransking, analysering og valg av relevant teori innen det temaområdet man har valgt (Forsberg & Wengström, 2013).

For denne oppgaven ble det funnet 9 artikler som hadde relevans til problemstillingen. Av disse var to kvalitative studier, tre kohortstudier, to randomisert kontrollert studier og to oversiktsartikler.

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 1 Inklusjons- og eksklusjonskriterer

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Fagfellevurderte artikler publisert i vitenskapelige tidsskrift godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD)	Artikler publisert før 2012
Artikler publisert i årene 2012-2022	Andre hjertesykdommer
Engelsk eller skandinavisk språk	Pasienter utenfor sykehus
Artiklene må inneholde tema om hjerteinfarkt eller trygghet	
Pasienter innlagt på sykehus	

Dette er inklusjons- og eksklusjonskriteriene som ble brukt for å avgrense søkene. De ble valgt på grunnlag av retningslinjer for bacheloroppgaven og av kriterier som er selvvalgt. Alle artiklene er fagfellevurdert og tidsskriftene er godkjente av NSD. De er publisert innenfor de ti siste årene. Alle har engelsk språk og de inneholder tema om angst og hjerteinfarkt eller pasienters oppfatning av trygghet. Artiklene skal ha relevans for sykepleiefaget og for problemstillingen som er laget.

2.3. Søkestrategi

I denne oppgaven ble det hovedsakelig brukt to databaser for å gjennomføre søk; Cinahl og Pubmed. Det ble prøvd ut noen andre databaser som Medline og Svemed+, men det ble ikke funnet noen relevante artikler der. Søkeord som ble brukt er tatt utgangspunkt i problemstillingen og satt opp i en konsepttabell og som vist i søketabell ble det bruk ulike kombinasjoner.

Tabell 2 Konsepttabell

Konsept/element 1: Angst og hjerteinfarkt	Konsept/element 2: Trygghet	Konsept /element 3: Sykehus	Konsept /element 4: Sykepleie
<u>Søkeord:</u>	<u>Søkeord:</u>	<u>Søkeord:</u>	<u>Søkeord:</u>
Anxiety after myocardial infarction	Feeling safe	Hospital, inpatient, Inpatient	Nurs*
Anxiety and Myocardial infarction, acute myocardial infarction	Safety	Inhospital complication	Care, acute care
	Psychological effects		Patient experience, patient perception, patient participation

2.4. Søketabell

Tabell 3 Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	30.03.2022	S1.	«Patient participation»		15593	
		S2.	«Feeling safe»		439	
		S3.	S1 AND S2		22	
		S4.	S1 AND S2	Peer Reviewed År 2012-2022	22	1(A)
	22.04.2022	S1	«Patient experience»		5334	
		S2	(MH «Myocardial Infarction+»)		47958	
		S3	«Hospital»		443334	
		S4	S1 AND S2 AND S3		10	
		S5	S1 AND S2 AND S3	Linked full text År 2012-2022 Peer reviewed	3	

		S6	(MH «Anxiety+»)	Linked full text År 2012-2022 Peer reviewed	11665	
		S7	S1 AND S2 AND S6	Linked full text År 2012-2022 Peer reviewed	0	
		S8	S2 AND S3 AND S6	Linked full text År 2012-2022 Peer reviewed	14	2 (D,E)
Pubmed	30.03.2022	S1	(Anxiety) AND (acute myocardial infarction) AND (complication)		238	
		S2	(Anxiety) AND (acute myocardial infarction) AND (complication)	År 2002-2022	167	
		S3	Anxiety	År 2012-2022	153124	
		S4	Anxiety after myocardial infarction	År 2012-2022	322	
		S5	In-hospital complications	År 2012-2022	648713	
		S6	S4 AND S5	År 2012-2022 Full text	71	2 (B,C)
	22.04.2022	S1	(Feeling safe) AND (Hospital) AND (Nurs*)	ÅR 2012- 2022 Full text	316	
		S2	(Patient perception) AND (feeling safe)	ÅR 2012- 2022 Full text	181	
		S3	(Patient perception) AND (feeling safe) AND (care)	ÅR 2012- 2022 Full text	120	

		S4	(Patient perception) AND (feeling safe) AND (care)	ÅR 2012-2022 Full text Alder 65+	22	1 (F)
	26.04.2022	S1	(Feeling safe) AND (inpatient)		120	
		S2	(Feeling safe) AND (inpatient)	Full text År 2012-2022	82	
		S3	(Feeling safe) AND (inpatient hospitalization)	Full text År 2012-2022	38	
		S4	((Feeling safe) AND (inpatient hospitalization)) AND (nurse)	Full text År 2012-2022	7	1 (G)
	02.05.2022	S1	((psychological effects) AND (inhospital)) AND (acute care)		22	
		S2	((psychological effects) AND (inhospital)) AND (acute care)	År 2012-2022 Full text	14	1 (H)
		S3	((psychological effects) AND (inhospital)) AND (myocardial infarction)		15	
		S4	((psychological effects) AND (inhospital)) AND (myocardial infarction)	År 2012-2022 Full text	6	1 (I)

Inkluderte artikler:

- A. Wassenaar, A., Schouten, J., & Schoonhoven, L. (2014). Factors promoting intensive care patients' perception of feeling safe: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(2), 261–273. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.07.003>
- B. Wen, Y., Yang, Y., Shen, J., & Luo, S. (2021). Anxiety and prognosis of patients with myocardial infarction: A meta-analysis. *Clinical cardiology*, 44(6), 761–770. <https://doi.org/10.1002/clc.23605>
- C. Li, P., Lu, X., Kranis, M., Wu, F., Teng, C., Cai, P., Hashmath, Z., & Wang, B. (2020). The association between anxiety disorders and in-hospital outcomes in

patients with myocardial infarction. *Clinical cardiology*, 43(6), 622–629.
<https://doi.org/10.1002/clc.23358>

- D. Lasiter, S., & Duffy, J. (2013). Older adults' perceptions of feeling safe in urban and rural acute care. *The Journal of nursing administration*, 43(1), 30–36.
<https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182786013>
- E. Sararoudi, R. B., Motmaen, M., Maracy, M. R., Pishghadam, E., & Kheirabadi, G. R. (2016). Efficacy of illness perception focused intervention on quality of life, anxiety, and depression in patients with myocardial infarction. *Journal of Research in Medical Sciences*, 21, 1–7.
- F. Langvik, E., & Hjemdal, O. (2015). Symptoms of depression and anxiety before and after myocardial infarction: The HUNT 2 and HUNT 3 study. *Psychology, Health & Medicine*, 20(5), 560–569.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2014.989864>
- G. Mollon D. (2014). Feeling safe during an inpatient hospitalization: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 70(8), 1727–1737.
<https://doi.org/10.1111/jan.12348>
- H. Fernandes, A. C., McIntyre, T., Coelho, R., Prata, J., & Maciel, M. J. (2017). Brief psychological intervention in phase I of cardiac rehabilitation after acute coronary syndrome. *Revista portuguesa de cardiologia : orgao oficial da Sociedade Portuguesa de Cardiologia = Portuguese journal of cardiology : an official journal of the Portuguese Society of Cardiology*, 36(9), 641–649.
<https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.01.005>
- I. AbuRuz M. E. (2018). Perceived control moderates the relationship between anxiety and in-hospital complications after ST segment elevation myocardial infarction. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 11, 359–365.
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S170326>

2.5. Vurdering og utvelgelse av artikler

Ved utvelgelse av artiklene ble først overskriftene brukt for å vurdere om de var relevant til problemstillingen. Etterpå var det abstraktet som ble vurdert i forhold til relevans. De artiklene som da ble plukket ut ble sjekket med sjekklister fra Helsebiblioteket (2016) for kvalitative studier, kvantitative studier og oversiktsartikler. Det ble valgt ut to kvalitative-, fem kvantitative- og to oversiktsartikler for å få ulike synspunkt og data for problemstillingen. Kvalitativ metode har som mål å forske på meninger og oppfatninger som er relevant for å utforske hva trygghet vil si for pasienter og hva som er trygghet for pasienter (Dalland, 2010). Kvantitativ metode setter søkelys på å skaffe informasjon og gjøre det om til målbare enheter som gir mulighet til å finne prosent og gjennomsnitt. Disse artiklene hjelper med å strukturere data på en oversiktlig måte slik at det blir lettere å få oversikt. Det ble valgt ut to oversiktsartikler da disse type artikler tar opp og vurderer kritisk forskning som allerede er publisert. De er ment til å gi en oppsummering av forskning innenfor et felt. I tillegg ble Norsk senter for forskningsdata (2022) benyttet for å kontrollere om artiklene var publisert i tidsskrifter som er godkjent vitenskaplige.

2.6. Analyse

Analysen av artiklene som er funnet blir gjort ved hjelp av Evans (2002) sin analysemodell. Modellen består av fire steg for analysering. Trinn 1 går ut på å samle data og finne et utvalg av artikler. Dette er vist i kapitlene over. Trinn 2 går ut på å identifisere hovedfunnene, trinn 3 går ut på å relatere disse funnene til de andre artiklene og siste trinn går ut på å sette funn sammen for å beskrive et fenomen. Da trinn 1 blir beskrevet i kapitlene over vil jeg ta for meg trinn 2-4 i dette kapitlet.

Trinn 2: Identifisere hovedfunn

For å gjøre det litt mer oversiktlig ble alle artiklene skrevet ut og de ble lest gjennom flere ganger nøye. De viktigste funnene som ble identifisert er presentert i artikkelmatrise i kapittel 3.1.

Trinn 3: Relatere temaer på tvers av studier

Under dette trinne ble nøkkelfunnene trukket fram basert på likheter og ulikheter og sortert i hovedtemaer. Fra hovedtemaene ble det videre dannet undertema. Dette gjorde at funnene fra artiklene ble mer oversiktlig. Dette ble gjort ved å lese resultatdelene grundig og ved å lage notater underveis.

Tabell 4 Hovedtema med nøkkelfunn

Hovedtema	Undertema	Knyttet til artikkel
Sykepleiers rolle for opplevelse av trygghet	<ul style="list-style-type: none">• Kommunikasjon og informasjon• Relasjonsbygging• Tillit• Personlig tilnærming• Tilstedeværelse av sykepleier og pårørende• Kontroll• Kunnskap og kompetanse	<ul style="list-style-type: none">• A,D,G• G• D,G• A,D,G• A,D,G• A,G• A,D,G
Angst og hjerteinfarkt	<ul style="list-style-type: none">• Dårlig prognose• Ingen påvirkning på utfall	<ul style="list-style-type: none">• B,E,H,I• C,F
Intervensjoner for å forebygge angst	<ul style="list-style-type: none">• Undervisning og informering• Mestringsstrategier	<ul style="list-style-type: none">• E,H,I• H

Trinn 4: Beskriv fenomenet

Analysen resulterte i tre hovedtemaer. Disse vil bli utdypet i kapittel 3.2. presentasjon av resultater. Resultatene som er beskrevet, er kun de som er relevant for problemstillingen.

3. Resultater

Totalt ni forskningsartikler er inkludert i denne oppgaven, hvorav to er oversiktsartikler. I dette kapitlet blir resultatene av analysering av disse presentert. Først blir artiklene nærmere presentert i en artikkelmatrise. Deretter vil resultatene fra analyseringen bli presentert tematisk i underkapitler.

3.1. Artikkelmatrise

Tabell 5 Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
Wassenaar, A., Schouten, J., & Schoonhoven, L. (2014). Factors promoting intensive care patients' perception of feeling safe: A systematic review. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 51(2), 261–273. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.07.003	Å systematisk beskrive faktorene som fremmer pasientens oppfatning av å føle seg trygg på en intensivavdeling.	Oversiktsartikkel. Metodisk kvalitet ble vurdert av to forfattere ved hjelp av QualSyst-verktøyet. Data fra de inkluderte studiene ble trukket ut i et tilpasset dataekstraksjons skjema.	Analyse av faktorene i disse studiene resulterte i fire overordnede temaer som fremmer intensivpasienters oppfatning av trygghet. Disse temaene var: sykepleie, pasientproblemer, pårørende og teknologisk støtte. Sykepleie ble oftest beskrevet som en viktig faktor for å fremme pasientens trygghetsfølelse på en intensivavdeling. Pårørende var bindeleddet mellom intensivpasienter og ansatte.	Denne studien er relevant for min oppgave fordi den forteller om pasientenes oppfatning av trygghet under innleggelse.

<p>Wen, Y., Yang, Y., Shen, J., & Luo, S. (2021). Anxiety and prognosis of patients with myocardial infarction: A meta-analysis. <i>Clinical cardiology</i>, 44(6), 761–770. https://doi.org/10.1002/clc.23605</p>	<p>Denne studien hadde som mål å gi en oppdatert og omfattende evaluering av sammenhengen mellom angst og kort- og langtidsprognoser hos pasienter med MI (myocardial infarction)</p>	<p>Denne studien var en metaanalyse av prospektive studier. De sammenlignet de kliniske resultatene mellom MI-pasienter med og uten angst. De inkluderte alle tilgjengelige studier fra januar 2000 til oktober 2020.</p>	<p>Som konklusjon ga studien sterke bevis på at økt angst var assosiert med dårlig prognose hos pasienter med MI.</p>	<p>Denne studien er relevant da den viser prognosene angst gir for pasienter med hjerteinfarkt</p>
<p>Li, P., Lu, X., Kranis, M., Wu, F., Teng, C., Cai, P., Hashmath, Z., & Wang, B. (2020). The association between anxiety disorders and in-hospital outcomes in patients with myocardial infarction. <i>Clinical cardiology</i>, 43(6), 622–629. https://doi.org/10.1002/clc.23358</p>	<p>Hensikten med studien er å undersøke hvordan angstlidelser påvirker utfallet av hjerteinfarkt hos innlagte pasienter på sykehus</p>	<p>De gjennomførte en retrospektiv kohortstudie på pasienter med en hoveddiagnose av hjerteinfarkt med og uten angstlidelser. Totalt 129 305 primære sykehusinnleggelser for AMI (acute myocardial infarction) ble identifisert. Av de var det 35 237 med STEMI og 94 068 NSTEMI. Av disse hadde 13 112 (10,1 %) angst (7,9 % i STEMI og 11,0 % i NSTEMI).</p>	<p>Etter matching av tilbøyelighets-skår hadde angstgruppen en lavere forekomst av sykehusdødelighet, hjertestans, kardiogent sjokk og ventrikulær arytmi enn ikke-angstgruppen. I NSTEMI-undergruppen hadde angstgruppen signifikant lavere dødelighet på sykehus hjertestans og kardiogent sjokk. I STEMI-undergruppen ble det ikke funnet noen forskjeller i utfall på sykehus mellom de matchede gruppene.</p>	<p>Relevant for oppgaven min fordi den er motsigende med at angst negativt påvirker de som har hatt et hjerteinfarkt.</p>

<p>Lasiter, S., & Duffy, J. (2013). Older adults' perceptions of feeling safe in urban and rural acute care. <i>The Journal of nursing administration</i>, 43(1), 30–36. https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182786013</p>	<p>Hensikten med denne studien var å identifisere faktorer som påvirket innlagte voksne med alder over 65 oppfatning av å føle seg trygge og å identifisere forskjeller i oppfatninger mellom landlige og urbane kontekster</p>	<p>Databasert teoriutvikling ble brukt for å identifisere den grunnleggende sosiale prosessen med å føle seg trygg i akuttbehandling.</p>	<p>Pasientene følte seg trygge når sykepleiere ga tilsyn, var forutsigbare, ga personlig omsorg og var villige til å være talsmann for dem.</p>	<p>Denne studien er relevant for min oppgave da den sier noe om hvordan sykepleiere gir trygghet for pasienter.</p>
<p>Sararoudi, R. B., Motmaen, M., Maracy, M. R., Pishghadam, E., & Kheirabadi, G. R. (2016). Efficacy of illness perception focused intervention on quality of life, anxiety, and depression in patients with myocardial infarction. <i>Journal of Research in Medical Sciences</i>, 21, 1–7.</p>	<p>Denne studien ble designet for å undersøke mulige effekter av kort, praktisk, lett implementerbar og sykdomsoppfatning persepshjonsforbedrende intervensjon på livskvalitet, angst og depresjon hos iranske MI-pasienter.</p>	<p>En randomisert kontrollert studie av 48 nylig innlagte MI-pasienter ble utført (24 i intervensjonsgruppen og 24 i kontrollgruppen). Intervensjonsgruppen ble opplært til å forstå sykdommen av en psykisk helserådgiver i tre økter på en halv time i tre påfølgende dager.</p>	<p>Gjennomsnittlig varighet for tilbakevending til arbeid var 28,7 ± 8,1 dager i intervensjonsgrupper og 46 ± 7,6 dager i kontrollgruppen, som var statistisk signifikant. Dessuten var poengsummen for angst, depresjon og sykdom signifikant redusert i intervensjonsgruppen. Gjennomsnittlig livskvalitet subskala viste en signifikant reduksjon etter 3 måneder i kontrollgruppen.</p>	<p>Denne studien er relevant for min oppgave da den viser hvordan informasjon kan forbedre livskvaliteten til hjerteinfarkt pasienter etter hjemreise</p>

<p>Langvik, E., & Hjemdal, O. (2015). Symptoms of depression and anxiety before and after myocardial infarction: The HUNT 2 and HUNT 3 study. <i>Psychology, Health & Medicine, 20</i>(5), 560–569. https://doi.org/10.1080/13548506.2014.989864</p>	<p>Det spesifikke målet med denne studien er å identifisere symptomer på depresjon som en uavhengig risiko for å ha en MI. Det andre målet med denne studien er å utforske symptomer på angst og depresjon målt før og etter en MI for å bestemme langtidseffekt en av å ha en MI.</p>	<p>Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag (HUNT) er en av de største helsestudiene som noen gang er utført og er grundig beskrevet av Holmen og medarbeidere (2003). HUNT 2 ble utført i 1995–1997, med fokus på utviklingen av helsehistorien til 65 049 mennesker. HUNT 3 ble fullført i 2008, og 48 289 personer deltok. Dataene ble samlet inn gjennom spørreskjemaer, intervjuer, kliniske undersøkelser og blod- og urinprøver.</p>	<p>Nivået av depressive symptomer ved HUNT 2 var en signifikant og uavhengig faktor for MI ved HUNT 3, mens symptomer på angst ikke var det. Nivå av angst og depresjon ved HUNT 3 ble best forutsagt av angst og depresjon i utgangspunktet. Å ha en MI hadde bare en marginal effekt på nivåene av angst og depressive symptomer ved HUNT 3. I MI-gruppen var tiden siden MI ikke en signifikant prediktor for angst og depresjon.</p>	<p>Denne studien er relevant da den sier noe om sammenhengen mellom angst og depresjon og hjerteinfarkt</p>
<p>Mollon D. (2014). Feeling safe during an inpatient hospitalization: a concept analysis. <i>Journal of advanced nursing, 70</i>(8), 1727–1737. https://doi.org/10.1111/jan.12348</p>	<p>Hensikten med denne artikkelen er å utforske de kritiske egenskapene til konseptet å føle seg trygg.</p>	<p>Åtte-trinns konseptanalysemetoden til Walker og Avant ble brukt til å analysere konseptet med å føle seg trygg. Bruk og definerende egenskaper, samt identifiserte forhistorier, konsekvenser og empiriske</p>	<p>Å føle seg trygg er definert som en følelsesmessig tilstand der oppfatninger av omsorg bidrar til en følelse av trygghet og frihet fra skade. Fire egenskaper ble identifisert: tillit, ivaretagelse, tilstedeværelse og kunnskap.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for min oppgave da den sier noe om hva det er å føle seg trygg.</p>

		referanser, presenteres.		
<p>Fernandes, A. C., McIntyre, T., Coelho, R., Prata, J., & Maciel, M. J. (2017). Brief psychological intervention in phase I of cardiac rehabilitation after acute coronary syndrome. <i>Revista portuguesa de cardiologia : orgao oficial da Sociedade Portuguesa de Cardiologia = Portuguese journal of cardiology : an official journal of the Portuguese Society of Cardiology</i>, 36(9), 641–649. https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.01.005</p>	<p>Målet var å evaluere effekten av en kort psykologisk intervensjon på sykehuset for å fremme kognitiv og emosjonell tilpasning etter akutt koronar sykdom (ACS)</p>	<p>121 pasienter med ACS, innlagt på en koronaravdeling, ble randomisert til en eksperimentell gruppe (EG) og en kontrollgruppe (CG). Portugisiske versjoner av HADS og BIPQ ble brukt til å måle emosjonelt velvære og sykdomserkjenner. To økter på 1 t og 15 min ble gjennomført 2-3 dager under sykehusinnleggelse, og en 20-minutters oppfølgingsøkt fant sted én måned etter utskrivning.</p>	<p>Intervensjonen hadde betydelige effekter på angst, depresjon og sykdomserkjenner. Angst og depresjon ble betydelig redusert og sykdomserkjenner forbedret seg betydelig i EG sammenlignet med kontrollgruppen. For EG ble disse endringene opprettholdt eller forsterket ved 1- og 2-måneders oppfølging, mens det for CG var en forverring i psykososial tilpasning.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for min oppgave da den studerer hvordan en psykologisk intervensjon under innleggelse kan forbedre opplevelsen av angst.</p>
<p>AbuRuz M. E. (2018). Perceived control moderates the relationship between anxiety and in-hospital complications after ST segment elevation myocardial infarction. <i>Journal of</i></p>	<p>Målene for denne studien var som følger: 1) å sjekke om angst var en uavhengig faktor for komplikasjoner på sykehus etter akutt hjerteinfarkt;</p>	<p>Dette var en prospektiv observasjonsstudie blant 500 pasienter med en bekreftet diagnose av hjerteinfarkt med ST-segment elevasjon rekruttert fra tre private sykehus i Amman, Jordan.</p>	<p>To hundre og femtifem pasienter hadde lave angstskårer og 245 pasienter hadde høye angstskårer. Pasienter med høye nivåer av PC hadde lavere nivåer av angst enn de med lav PC. Dessuten var</p>	<p>Denne er relevant for min oppgave da den sier noe om sammenhengen mellom resiliens (PC) og angst med tanke på komplikasjoner.</p>

<p>multidisciplinary healthcare, 11, 359–365. https://doi.org/10.2147/JMDH.S170326</p>	<p>og 2) å sjekke om «perceived control» (PC) modererer forholdet mellom angst og komplikasjoner på sykehus etter akutt hjerteinfarkt.</p>	<p>Angst ble målt ved Anxiety-underskalaen til Hospital Anxiety and Depression Scale, og PC ble målt med den arabiske versjonen av Control Attitude Scale-Revised.</p>	<p>interaksjonen mellom angst og PC en signifikant faktor for komplikasjoner.</p>	
--	--	--	---	--

3.2. Presentasjon av resultater

3.2.1. Sykepleiers rolle for opplevelse av trygghet

Flere studier pekte på flere egenskaper og tilnærminger som sykepleieren bør ha som fremmer trygghet hos pasienter (Lasiter & Duffy, 2013; Mollon, 2014; Wassenaar et al., 2014). Både Lasiter og Duffy (2013), Mollon (2014) og Wassenaar et al. (2014) fremhevet at sykepleiere spiller en sentral rolle i pasienters opplevelse av trygghet. Mollon (2014) skriver at følelse av trygghet er et overordnet behov for pasienter under innleggelse på sykehus og er en viktig og medvirkende faktor til velvære og bedringsprosess etter sykdom.

Tre artikler peker på viktigheten av god kommunikasjon og informering som faktor for opplevelse av trygghet (Lasiter & Duffy, 2013; Mollon, 2014; Wassenaar et al., 2014). Wassenaar et al. (2014) skriver at sykepleiere som tok seg tid til å kommunisere, gi informasjon og forklarer hva som foregikk med pasienten, minket følelse redsel og utrygghet. Lasiter og Duffy (2013) fremhever at pasienter følte seg trygge når sykepleierne forklarte alt som foregikk og hvorfor, og når de forklarte alt i detalj. Mollon (2014) skriver at kunnskap og kompetanse er en faktor som fremhever følelse av trygghet. Pasienter føler seg trygge når sykepleiere er gode til å svare på spørsmål og når de informerer godt, underviser og forklarer. Trygghet ble også relatert til å få informasjon og kunnskap om pasientenes situasjon og helse-relatert status.

Andre egenskaper og faktorer som ble fremhevet i studiene var viktigheten av en god relasjon og tillit hvor sykepleierne hadde en personlig tilnærming til pasientene. En personlig tilnærming fra sykepleieren, samtidig med kontinuerlig støtte, positiv oppmerksomhet og sympati under behandling, ble oppfattet som trøstende og resulterte i en følelse av trygghet (Wassenaar et al., 2014). Lasiter og Duffy (2013, s.34) skriver det slik:

«Nurses who interacted with the study participants on a personal level made them feel safe»

Resultater fra to artikler fremhever at tillit er viktig for pasientene sin følelse av trygghet (Lasiter & Duffy, 2013; Mollon, 2014). I studien til Lasiter og Duffy (2013), kommer frem at pasienter følte seg trygge når sykepleiere var tilgjengelig og når de kunne stole på deres kompetanse, ferdigheter og profesjonalitet.

Mollon (2014, s.1730) skriver:

«Trust is a leading value in the nurse-patient relationship... Trusting relationship enhance feelings of safety»

En siste viktig egenskap som ble funnet var tilstedeværelse av både sykepleier og pårørende. I studien til Wassenaar et al (2014) ble det funnet ut at pasienter følte seg trygge når sykepleiere var i nærheten og passet på dem. De fant i tillegg ut at pasienter følte seg trygge under tilstedeværelse av pårørende. Lasiter og Duffy (2013) fremhever at pasienter følte seg trygge når sykepleiere sjekket innom dem jevnlig, var oppmerksomme og kunne forutse pasientenes behov. I Resultater fra studien til Mollon (2014) er tilstedeværelse av sykepleier og pårørende trukket frem som viktige faktorer for opplevelse av trygghet.

3.2.2. Hvordan påvirker angst prognoser etter hjerteinfarkt

Flere studier peker på sammenhengen mellom angst og hjerteinfarkt og hvordan de påvirker hverandre (AbuRuz, 2018; Fernandes et al., 2017; Langvik & Hjemdal, 2015; Li et al., 2020; Sararoudi et al., 2016; Wen et al., 2021). Resultater fra fire artikler peker på at angst gir en dårligere prognose for hjerteinfarktpasienter (AbuRuz, 2018; Fernandes et al., 2017; Sararoudi et al., 2016; Wen et al., 2021). Funnene i en artikkel viste at pasienter med mer angst var mer sannsynlig å utvikle komplikasjoner (AbuRuz, 2018). Wen et al. (2021, s.761) skriver:

«Numerous studies have shown that emotional distress, especially depression and anxiety, plays an adverse role in the prognosis of MI (myocardial infarction)»

Resultatene viser også at angst er utbredt hos pasienter etter de har opplevd hjerteinfarkt (AbuRuz, 2018; Fernandes et al., 2017; Sararoudi et al., 2016; Wen et al., 2021). AbuRuz (2018) skriver at forekomsten av angstsymptomer etter akutt hjerteinfarkt er høy og kan nå opptil 70–80 %.

Resultater fra to artikler viser at angst ikke påvirker prognosene til pasientene etter hjerteinfarkt og at angst utgjør liten risiko for komplikasjoner (Langvik & Hjemdal, 2015; Li et al., 2020). Lie et al. (2020) fant ut i sin studie at pasienter med angstlidelser hadde en positiv kortsiktig prognose i form av lavere dødelighet på sykehuset, hjertestans, kardiogent sjokk og ventrikulære arytmier. Langvik og Hjemdal (2015) presenterte at pasientene rapporterte mindre symptomer på angst etter å ha hatt hjerteinfarkt.

3.2.3. Intervensjoner for å forebygge angst

Flere studier utførte intervensjoner for å forebygge angst hos pasienter som var innlagt på sykehus med hjerteinfarkt (AbuRuz, 2018; Fernandes et al., 2017; Sararoudi et al., 2016). I tre studier ble litt av intervensjonene gjennomført ved hjelp av informering og undervisning (AbuRuz, 2018; Fernandes et al., 2017; Sararoudi et al., 2016). Intervensjonene som ble gjennomført i studien til Saraoudi et al. (2016) resulterte i at gjennomsnittet av angst og depresjon ble betydelig redusert sammenlignet med kontrollgruppen. I studien til Fernandes et al. (2017) resulterte den korte psykologiske intervensjonen under innleggelse i mindre angst og depresjon. I den siste studien viste resultatene at pasienter som hadde høyere «perceived control» (PC) opplevde lavere nivåer av angst (AbuRuz, 2018).

4. Diskusjon

I dette kapitlet diskuteres min problemstilling; «Hvordan kan sykepleier med hjelp av trygghet bidra til å redusere opplevelse av angst hos pasienter som nylig har gjennomgått hjerteinfarkt?» i lys av tidligere presentert teori og resultater fra forskning sammen med egne erfaringer. Kapitlet er strukturert etter funnene i resultatkapitlet. Implikasjoner for sykepleie vil bli belyst underveis.

4.1. Hvordan påvirker angst prognoser etter hjerteinfarkt?

Hjerte- og karsykdommer, spesielt iskemiske hjertesykdommer, er den ledende årsaken til død og lidelser globalt (Wen et al., 2021). I Norge er hjertesykdommer de sykdommene som utgjør flest innleggelses på sykehus (Stubberud, 2016). Hjerteinfarkt er en tilstand som oppstår ofte akutt og helt uten forvarsel (Eikeland et al., 2020, s. 245). Dette gjør at det føles veldig utrygt og en del av pasienten opplever angst i forbindelse med sykdommen. I en artikkel skrevet av Alexandri et al. (2017) viser resultatene at over 70% av pasientene opplevde angst etter nylig gjennomgått hjerteinfarkt. Til tross for at angst er en normal og nødvendig reaksjon på at kroppen går gjennom noe akutt og traumatisk, kan det på den andre siden føre til flere komplikasjoner og dårligere livskvalitet etter innleggelse (Sararoudi et al., 2016; Wen et al., 2021).

Forskningen viser likevel til motstridende funn ettersom resultater fra studien til Li et al. (2020) viser at pasientene med angstlidelser hadde et bedre utfall etter et NSTEMI-anfall enn de uten angstlidelser. Pasientene opplevde mindre komplikasjoner etter gjennomgått hjerteinfarkt. I tillegg viste resultater fra Langvik og Hjemdal (2015) sin studie at angst ikke hadde noe innvirkning på risiko for nytt hjerteinfarkt. Dette kan vise at opplevelse av angst og angstsymptomer ikke påvirker prognoser etter gjennomgått hjerteinfarkt. Likevel var pasientene som var med i undersøkelsen til Li et al. (2020) allerede diagnostisert med angstlidelser før innleggelse. Undersøkelsesmetoden til Langvik og Hjemdal (2015) ble utviklet spesielt for å skille mellom angst og depresjon noe som kan forklare hvorfor flere pasienter følte på depresjon og ikke angst. På en annen side har Wen et al. (2021) funnet ut at angst spiller en stor rolle i forløpet. Det kan sees i sammenheng med at angstlidelser påvirker kroppen hovedsakelig ved å aktivere det sympatiske nervesystemet og resulterer i et høyt nivå av katekolaminer i kroppen (Li et al., 2020). Li et al. (2020) fremhever deretter at et høyt nivå av katekolaminer øker kortisolutskillelsen noe som igjen øker risikoen for iskemiske hjertesykdommer. Med andre ord vil det å oppleve angst etter gjennomgått hjerteinfarkt kunne føre til et nytt hjerteinfarkt. Dette støttes av Stubberud (2016) som skriver at det å leve med psykiske lidelser over tid kan være en risiko for hjerteinfarkt. Resultatene i Wen et al. (2021) sin studie viste at hjerteinfarkt-pasienter med angst hadde en 27 % større risiko for dårligere kliniske resultater enn de uten angst. Dette kan en i tillegg finne støtte hos AbuRuz (2018) som skriver at angst øker risikoen for sykkelighet og dødelighet grunnet iskemiske og arytmiske komplikasjoner. I tillegg har Wen et al. (2021) funnet ut i sine studier at angst påvirker også de langsiktige prognosene hos hjerteinfarkt pasienter. Pasientene hadde en 27% større risiko på å utvikle komplikasjoner etter utskrivelse. Dette var komplikasjoner som hjertestans, nytt hjerteinfarkt og nye innleggelses for brystmerter, STEMI og ventrikulære arytmier.

Dette underbygger at opplevelse av angst under innleggelse utgjør en risiko for senere komplikasjoner. Derfor er det viktig at man som sykepleier kan bidra til å minke opplevelse av angst under innleggelsen og dermed forebygge for senere komplikasjoner.

4.2. Sykepleiers rolle for opplevelse av trygghet

Alle mennesker har et grunnleggende behov for trygghet (Gustafsson, 2021). Trygghet handler om å være utenfor fare og å ha følelse av fred og ro. Dette betyr at dersom pasienter føler seg trygge og opplever å være utenfor fare, har de mindre opplevelse av angst. Det å være akutt syk påvirker de psykososiale behovene mennesker har, hvor behovet for trygghet inngår (Stubberud, 2016). Det å være akutt syk er en prosess som kan utløse angst og sinne og en følelse av utrygghet. En faktor som er viktig for pasienters opplevelse av trygghet er en god relasjon mellom sykepleier og pasient (Helgesen, 2017). For å få en god og trygg relasjon er tillit viktig. Gustafsson (2021) skriver at det å ha en tillitsfull relasjon skaper trygghet og at det er i en trygg relasjon man stoler på at den andre parten vil oss vel. Dette kan en finne støtte hos Mollon (2014) sin studie der hans forskning viser at tillit er en ledende faktor i et godt sykepleie-pasient-forhold. Når sykepleieren ikke oppfyller pasientenes forventninger om behandling og sykepleieren sin oppførsel, begynner pasientene å utvikle mistillit og å føle seg utrygge. Dette underbygges i Travelbee sin sykepleieteori. Relasjonens betydning for tillit og trygghet er stor (Travelbee, 1999). Hun sier at et menneske-til-menneske-forhold må etableres for at sykepleiers hensikt skal oppnås. Relasjonen som oppstår mellom pasient og sykepleieren er grunnleggende for at pasienten skal ta til seg omsorgen og behandlingen sykepleieren gir. Travelbee (1999) understreker at en slik relasjon kan bare oppstå mellom konkrete mennesker og ikke mellom rollene sykepleier og pasient. Dette bekreftes av Wassenaar et al. (2014) og Lasiter og Duffy (2013) som har funnet ut i sin studie at pasienter føler seg trygge når sykepleiere har en personlig tilnærming i relasjonen deres. Wassenaar et al. (2014) skriver at når omsorg ble oppfattet som upersonlig, hadde pasienter negative opplevelser som usikkerhet, frykt og angst. Upersonlig omsorg inngikk at sykepleiere behandler pasientene som objekter og ikke mennesker. Lasiter og Duffy (2013) skriver at pasientene i sin studie følte seg trygge når sykepleiere behandlet de som mennesker og unike personer. Med andre ord vil det å ha en tillitsfull og god relasjon hvor sykepleiere behandler pasienter som unike individer og mennesker bidra til at pasienter føler seg trygge. Dette vil minke følelse av angst.

For at en slik relasjon skal oppstå er kommunikasjon en stor faktor (Eide & Eide, 2017; Travelbee, 1999). Eide og Eide (2017) fremhever at kommunikasjon er grunnleggende for å utvikle en relasjon mellom mennesker. Den interaksjonen som skjer mellom sykepleieren og pasient, skjer ved hjelp av kommunikasjonen (Travelbee, 1999). Det er vist i tre studier at god og trygg kommunikasjon er en forutsetning for at pasienter føler seg trygge (Lasiter & Duffy, 2013; Mollon, 2014; Wassenaar et al., 2014). Funnene fra disse studiene stemmer godt over ens med egne erfaringer fra praksis. Under praksis ble det erfart at dersom det oppstod kommunikasjonstrøbbel utgjorde det brist i relasjonen med pasientene. Det resulterte i at pasientene ble utrygge og usikre på den behandlingen som ble gitt. Pasientene opplevdes som frustrerte og engstelig som igjen gjorde at det oppstod komplikasjoner under innleggelsen. Komplikasjonene kunne være arytmier og forverret brystsmerter. Det er derfor viktig at sykepleiere har kunnskap om hva dårlig eller manglende kommunikasjon kan føre til.

For det første skriver Wassenaar et al. (2014) at dårlig kommunikasjon ikke bare skaper angst, men påvirker også prognoser etter utskrivelse. Pasientene uttrykte at når sykepleiere var rolig og trygge på seg selv, kompetente, informerte godt og var flink til å lytte, følte de at sykepleiere kommuniserte godt. Dette underbygger Eide og Eide (2017) i sin bok, hvor det står skrevet at i møte med pasienter som opplever en krise og er i en stressende situasjon, er aktiv lytting viktig. Det vil si at det å være aksepterende til stede og anerkjenne den andre parten sine tanker og følelser fører til at pasienten føler seg trygg. For det andre kommer det frem i studiene at kompetanse og kunnskap er faktorer for god kommunikasjon (Lasiter & Duffy, 2013; Mollon, 2014; Wassenaar et al., 2014). Pasienter uttrykte at når sykepleiere er kompetente og trygge i faget sitt, føler de at de kan stole på sykepleierne og får tillit til dem (Mollon, 2014; Wassenaar et al., 2014). Dette innebar hvordan sykepleiere svarte på spørsmål og hvordan de forklarte arbeidsoppgavene som ble gjort til pasientene. Med andre ord betyr dette at det å ha god kunnskap om faget og at man har god kunnskap om jobben sin, ha noe å si for opplevelse av trygghet hos pasienter.

En stor faktor pasientene uttrykte som skapte trygghet, var informasjon (Lasiter & Duffy, 2013; Mollon, 2014; Wassenaar et al., 2014). For det første har alle pasienter rett på informasjon og helsepersonell har et lovfestet krav til å gi informasjon til den som har rett på det (Helsepersonelloven, 1999; Pasient- og brukerrettigheter, 1999). For det andre er det ofte at man føler man mister kontroll og oversikt når en går gjennom noe så akutt som hjerteinfarkt. Da vil informering hjelpe med forutsigbarhet og å få tilbake kontrollen (Stubberud, 2016). Wassenaar et al. (2014) har funnet ut i sin studie at pasienter følte seg trygge når sykepleiere informerte om hva som skjedde med dem. Dette hjalp dem med å få tilbake kontrollen. Dette kan en finne støtte hos Lasiter og Duffy (2013) som fant ut i sin studie at pasientene følte på trygghet når sykepleiere forklarte og informerte om det som skjedde med dem i detalj. Videre har Mollon (2014) kommet fram til i sin studie at når sykepleiere gir kunnskap om pasienten sin situasjon og helserelevanter status minker følelsen av angst og usikkerhet til pasientene. På en annen side kan for mye og feil informering skape angst og utrygghet. Wassenaar (2014) fant i sin studie at hvis informasjonen som sykepleiere ga var uferdig, uintelligent eller negativ, opplevde pasientene angst. Gustafsson (2021) skriver også at dersom informasjonen er uforståelig eller negativ, kan dette skape frykt, uro og fortvilelse. Dette ble også erfart under praksis. Dersom pasientene fikk en dårlig nyhet eller at informeringen var uklar, ble pasientene oppfattet som engstelige og urolige. Dette vil si at til tross for pasienters krav på informasjon, er det viktig at sykepleieren har god nok kunnskap om pasientens situasjon og behandling slik at informeringen blir god.

Den siste store faktoren som pasientene følte skapte trygghet, var tilstedeværelse (Lasiter & Duffy, 2013; Mollon, 2014; Wassenaar et al., 2014). Først og fremst skriver Gustafsson (2021) at nærhet er viktig for trygghetsopplevelsen. Nærhet innebærer fysisk tilstedeværelse av et annet menneske og det kan dreie seg om å vite at noen er tilgjengelig for behov for hjelp i nærheten. Dette kan en finne støtte hos studien til Wassenaar et al. (2014) der pasientene uttrykte følelse av trygghet når sykepleieren var til stede og kikket innom dem. I tillegg følte pasientene seg trygge når de visste at sykepleierne var i nærheten og hadde kontroll. Lasiter og Duffy (2013) fant ut i sin studie at pasientene følte seg trygge når sykepleierne var oppmerksomme, kikket innom dem og kunne forutse behovene deres. Mollon (2014) resulterte til i sin studie at tilstedeværelse av et annet menneske under innleggelse er linket til konseptet av å føle seg trygg. Videre viser funnene at sykepleiere som var lett tilgjengelig og kunne ivareta pasienters behov i tide, spilte en stor rolle for at pasientene følte seg trygge.

Dette underbygger viktigheten av at sykepleiere er til stede og har god kontakt med pasientene. Likevel er det ikke alltid god tid til dette.

Erfaringer fra praksis viser at når en har ansvar for flere pasienter og tiden er knapp, blir det nedprioritert å være ordentlig til stede for pasientene. Man må bruke tiden på å få gjort andre arbeidsoppgaver og på dokumentasjon. I tillegg kan innleggelsestiden til pasientene være bare noen få dager. Måten sykepleien på sengeposten er organisert på spiller også inn på at det er vanskelig å få fulgt opp pasienten under hele innleggelsen grunnet turnus og ulike stillingsandeler. På en annen side viser studiene at tilstedeværelse av pårørende er nokså viktig (Mollon, 2014; Wassenaar et al., 2014). Når pårørende var til stede følte pasientene seg trygge (Wassenaar et al., 2014). Pårørende kunne funke som tolker for pasientene i kommunikasjonen. Tilstedeværelse av pårørende ga pasientene trøst og pasientene følte seg forstått, trygg og det fremmet empowerment. Dette kan en finne støtte i studien til Mollon (2014) hvor funnene viser at tilstedeværelse av familie spiller stor rolle i trygghetsfølelsen hos pasientene. Å ha familie til stede ved sengekanten som gir en beroligende berøring, var veldig verdifullt og trøstende for pasientene.

4.3. Intervensjoner for å forebygge angst

Forskning viser at det å oppleve angst under innleggelsen og etter utskrivelse gjør at pasienter sliter med å opprettholde den normale hverdagen sin i etterkant (Fernandes et al., 2017; Sararoudi et al., 2016). Forskning viser også at å oppleve angst og andre psykiske påkjenninger, som depresjon, utgjør en risiko for å utvikle nytt hjerteinfarkt og andre komplikasjoner både på sykehus og i etterkant (AbuRuz, 2018; Fernandes et al., 2017; Sararoudi et al., 2016; Wen et al., 2021). Med andre ord vil det å redusere angst og å forebygge opplevelse av angst etter utskrivelse være viktig. Som sykepleier, spiller man en stor rolle for pasientene under innleggelse og man er den som står pasienten nærmest i forhold til behandling (Stubberud, 2016). Det er diskutert i underkapitlet over hva en sykepleier kan gjøre for å få pasienter til å føle seg trygge. Funnene i studiene til AbuRuz (2018), Fernandes et al. (2017) og Sararoudi et al. (2016) viser andre måter som også kan være med å redusere og forebygge angst. Intervensjonene som er gjort i disse studiene handler om informering, undervisning og styrkning av pasienters ressurser. Dette er også noe som inngår i pasienters trygghetsfølelse da det handler om informering og å ha kontroll over situasjonen de er i. For det første viser funnene i studien til Saraoudi (2016) at sykdomsoppfatningen til pasientene spiller en stor rolle for bedringsprosessen etter utskrivelse. Studien resulterte i at intervensjonsgruppen kom seg fortere tilbake i jobb, fikk bedre fysisk helse, redusert opplevelse av angst og depresjon og bedre sykdomsoppfatning enn kontrollgruppen. Dette viser viktigheten med å gi god informasjon. I tillegg viste studien at det å bedre sykdomsoppfatningen til pasientene gjorde at de følte seg mer forberedt på å forlate avdelingen og rapporterte høyere intensjoner til å delta på hjerterehabilitering. Med andre ord kan bedre sykdomsoppfatning forebygge komplikasjoner og redusere angst hos pasientene. Når man informerer pasienter og øker deres kunnskap, øker forståelsen for dem (Gustafsson, 2021). Da reduseres uroen og følelsen av trygghet, kontroll og sammenheng styrkes. Dette kan en også finne støtte hos studien til Fernandes et al. (2017) hvor resultatet viste at undervisning om akutt koronarsyndrom og adaptiv atferd samt kognitive atferdsmessige mestringsstrategier resulterte i reduisering av psykiske belastninger hos pasientene. Dette var en kort psykologisk intervensjon som pasientene fikk under innleggelse.

Kerstin Segesten skriver at trygghet kan være både en tilstand og en følelse hvor tilstandene kan knyttes til å ha tro på egne evner, ha mot og å ha selvtillit (Gustafsson, 2021). Dermed vil det å bygge pasientenes resiliens være viktig.

Resiliens vil si pasientenes psykologiske motstandskraft for å takle påkjenninger og stress (Skre, 2021). Dette kan en finne støtte hos studien til AbuRuz (2018). I studien ble det brukt uttrykket «Perceived control» (PC) som ble forklart som at en person stoler på at han eller hun har ressursene som kreves for å håndtere negative hendelser. Studien resulterte i at pasienter som hadde høye PC-nivåer opplevde mindre angst som viste at det å ha høy resiliens forebygget komplikasjoner etter hjerteinfarkt. PC kan endre fysiologisk respons av angst ved å øke mestringsresponsen. Med andre ord vil det si at pasienten opplever trygghet i den forstand at han eller hun har tro på egne evner og har selvtillit. Dette kan gjøre at man reduserer opplevelsen av angst og forebygger komplikasjoner.

4.4. Styrker og svakheter

En styrke ved oppgaven er at alle artikler er publisert i tidsrommet 2012-2022. Ett av studiene er utført i Norge som kan anses som en styrke (Langvik & Hjemdal, 2015). Derimot er resten av artiklene spredd rundt i verden som USA, Jordan, Iran, Portugal, Nederland og Kina. Dette kan anses som en svakhet da overføringsverdien til Norsk helsevesen kan være utfordrende. Dette valget ble gjort på grunn av vanskeligheter med å finne forskning. På en annen side er hjerteinfarkt og angst internasjonale diagnoser. Derfor er det trolig at disse definisjonene benyttes i de ulike landene inkludert i litteraturstudiet. I tillegg ble valget tatt på grunn av ved sammenligning og analyser av artiklene stemte funnene overens med hverandre. Innhold i artiklene som ikke var relevante eller overførbare til norsk helsevesen, ble ikke tatt med i litteraturstudiet. Jeg anser det også som en styrke å inkludere artikler fra hele verden da det gir et mangfoldig perspektiv på sykepleie som kan brukes til sammenlikning.

Da det var utfordrende å finne nok forskning og på grunn tidsbegrensning ble det brukt bare to søkedatabaser. Det kan sees på som en svakhet da det har en påvirkning på valg av litteratur. Samtidig ble det etterstrebet å finne så ny og oppdatert litteratur som mulig fra skolebiblioteket. I to av artiklene var pasientgruppen intensivpasienter og voksne pasienter over 65. Disse to ble tatt med på tross av dette da pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt kan også havne på intensiv/overvåkning under innleggelsen og en stor andel av pasientene er over 65 år (Lasiter & Duffy, 2013; Wassenaar et al., 2014).

Metodene på artiklene som ble valgt er forskjellige og det er både kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Dette kan sees på som en styrke da man får sett forskjellige sider av temaet. Det er også tatt med to oversiktsartikler. En svakhet er at det ble brukt den norske oversettelsen av Travelbee sin bok, noe som kan påvirke tolkningen av teorien hennes. Oppgaven er kun basert på engelskspråklige artikler noe som medfører en risiko for oversettelsesfeil. Det ble brukt ordbøker og oversettelsesprogram for å etterstrebe en presis oversettelse i den grad det er mulig.

4.5. Konklusjon

I denne litteraturstudien har jeg undersøkt problemstillingen «Hvordan kan sykepleier med hjelp av trygghet bidra til å redusere opplevelse av angst hos pasienter som nylig har gjennomgått hjerteinfarkt?». Hensikten med oppgaven var å belyse opplevelse av angst hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt mens de er innlagt på sykehus, og konsekvensene av dette. Samtidig, ville jeg undersøke hvordan sykepleier kan bidra til økt trygghet hos disse pasientene. Litteraturen jeg undersøkte, viste at en del pasienter opplever angst etter nylig gjennomgått hjerteinfarkt og at dette kan påvirke prognosene for infarkt. Effekten angst har på kroppen, og de fysiologiske reaksjonene man får, utgjør en risiko for å utvikle komplikasjoner som hjertestans, arytmier og nye infarkter. På bakgrunn av dette er det viktig å redusere opplevelse av angst hos disse pasientene.

Videre viste litteraturen at sykepleieren spiller en viktig rolle i pasienters oppfatning av trygghet. Funnene viser at ved hjelp av en tillitsskapende relasjon, god kommunikasjon, informasjon og tilstedeværelse, øker pasienters opplevelse av trygghet og samtidig reduseres opplevelsen av angst. Likevel er det en utfordring at sykepleieret er preget av lite tid, og pasientene kan ha kort liggetid. Dette gjør det utfordrende å gjennomføre de overnevnte, trygghetsskapende tiltakene. Dermed er det viktig at det blir satt av tid til gjennomføring av disse tiltakene grunnet viktigheten av forebyggingen. Litteraturen viste også at korte intervensjoner gjort under innleggelse kan ha stor innvirkning på prognoser og sykdomsmestring etter utskrivelse. Under gjennomføring av intervensjonene, spiller trygghet en stor rolle. Sykepleieren kan med hjelp av trygghet, redusere opplevelse av angst hos pasienter med nylig gjennomgått hjerteinfarkt, ved å blant annet skape en tillitsskapende relasjon. Dette gjøres ved hjelp av god kommunikasjon. Andre måter å redusere angst med hjelp av trygghet er god informering og ikke minst riktig informasjon. Innunder dette inngår også undervisning, og å dele kunnskap. Dette kan være intervensjoner som er nevnt tidligere. Det siste funnet som kan redusere angst med hjelp av trygghet, er tilstedeværelse, både av sykepleier og pårørende. Det å være til stede eller å være i nærheten, er viktig for at pasienter skal føle seg trygge.

Oppsummert er helhetlig sykepleie til pasienter med nylig gjennomgått hjerteinfarkt svært viktig, og de psykososiale behovene til pasientene under en innleggelse på sengepost bør få økt fokus. Som ferdig utdannet sykepleier, vil jeg anvende kunnskap fra denne oppgaven, og jobbe videre med problemstillingen. På denne måten kan jeg utarbeide gode tiltak for å forebygge angst hos pasienter med nylig gjennomgått hjerteinfarkt.

Referanser

- AbuRuz, M. E. (2018). Perceived control moderates the relationship between anxiety and in-hospital complications after ST segment elevation myocardial infarction. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 11*, 359–365.
<https://doi.org/10.2147/JMDH.S170326>
- Alexandri, A., Georgiadi, E., Mattheou, P., & Polikandrioti, M. (2017). Factors associated with anxiety and depression in hospitalized patients with first episode of acute myocardial infarction. *Archives of Medical Sciences. Atherosclerotic Diseases, 2*, e90–e99. <https://doi.org/10.5114/amsad.2017.72532>
- Dalland, O. (2010). *Metode og oppgaveskrivning for studenter* (4. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eikeland, A., Stubberud, D.-G., & Haugland, T. (2020). Sykepleie ved hjertesykdommer. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5., s. 229–276). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *The Australian Journal of Advanced Nursing: A Quarterly Publication of the Royal Australian Nursing Federation, 20*(2), 22–26.
- Fernandes, A. C., McIntyre, T., Coelho, R., Prata, J., & Maciel, M. J. (2017). Brief psychological intervention in phase I of cardiac rehabilitation after acute coronary syndrome. *Revista Portuguesa de Cardiologia, 36*(9), 641–649.
<https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.01.005>
- Folkehelseinstituttet. (2021, juni 10). *Tall fra Dødsårsaksregisteret for 2020*.
<https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/dodsarsaksregisteret/tall-fra-dodsarsaksregisteret-for-2020/>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier* (3.). Natur & Kultur.

- Gustafsson, S. R. (2021). Trygghet. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende Sykepleie Bind 2* (4. utg., s. 93–107). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helgesen, A. K. (2017). Sosial kontakt. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende Sykepleie 3* (3. utg., s. 141–163). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helsebiblioteket. (2016, juni 3). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.no; Helsebiblioteket.no.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2017, april 14). *Angst*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/angst-og-depresjon/angst>
- Helsedirektoratet. (2020, september 17). *Hjerteinfarkt—Overlevelse 30 dager etter innleggelse*.
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/hjerte-og-karsykdommer/overlevelse-30-dager-etter-innleggelse-for-hjerteinfarkt>
- Helsepersonelloven. (1999, juli 2). *Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64)*.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>
- Hummelvoll, J. K. (2020). *Helt—Ikke stykkevis og delt (7.)*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ibanez, B., James, S., Agewall, S., Antunes, M. J., Bucciarelli-Ducci, C., Bueno, H., Caforio, A. L. P., Crea, F., Goudevanos, J. A., Halvorsen, S., Hindricks, G., Kastrati, A., Lenzen, M. J., Prescott, E., Roffi, M., Valgimigli, M., Varenhorst, C., Vranckx, P., Widimský, P., & ESC Scientific Document Group. (2018). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, *39*(2), 119–177. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx393>
- Langvik, E., & Hjemdal, O. (2015). Symptoms of depression and anxiety before and after myocardial infarction: The HUNT 2 and HUNT 3 study. *Psychology, Health & Medicine*, *20*(5), 560–569. <https://doi.org/10.1080/13548506.2014.989864>

- Lasiter, S., & Duffy, J. (2013). Older adults' perceptions of feeling safe in urban and rural acute care. *Journal of Nursing Administration, 43*(1), 30–36.
<https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182786013>
- Li, P., Lu, X., Kranis, M., Wu, F., Teng, C., Cai, P., Hashmath, Z., & Wang, B. (2020). The association between anxiety disorders and in-hospital outcomes in patients with myocardial infarction. *Clinical Cardiology, 43*(6), 622–629.
<https://doi.org/10.1002/clc.23358>
- Moesmand, A. M., & Kjøllesdal, A. (2004). *Å være akutt kritisk syk* (2.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Mollon, D. (2014). Feeling safe during an inpatient hospitalization: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 70*(8), 1727–1737.
<https://doi.org/10.1111/jan.12348>
- Norsk senter for forskningsdata. (2022). *Søk i kanalregister | Kanalregisteret*.
<https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action?xs=Portuguese+journal+of+cardiology+&tv=true>
- Norsk Sykepleierforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 5. april 2022, fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
- Pasient- og brukerrettigheter. (1999, juli 2). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker>
- Sararoudi, R. B., Motmaen, M., Maracy, M. R., Pishghadam, E., & Kheirabadi, G. R. (2016). Efficacy of illness perception focused intervention on quality of life, anxiety, and depression in patients with myocardial infarction. *Journal of Research in Medical Sciences, 21*, 1–7.
- Skre, I. B. (2021, november 8). *Resiliens*. Store norske leksikon. <https://snl.no/resiliens>
- Stubberud, D.-G. (2016). Å ivareta pasientens psykososiale behov ved behandling av hjertesykdom i sykehus. I D.-G. Stubberud (Red.), *Sykepleie til personer med hjertesykdom* (1., s. 334–392). Cappelen Damm AS.

- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Trygg. (u.å.). Trygg. I *Den norsk akademis ordbok*. Hentet 8. april 2022, fra <https://naob.no/ordbok/trygg>
- Wassenaar, A., Schouten, J., & Schoonhoven, L. (2014). Factors promoting intensive care patients' perception of feeling safe: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, *51*(2), 261–273.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.07.003>
- Wen, Y., Yang, Y., Shen, J., & Luo, S. (2021). Anxiety and prognosis of patients with myocardial infarction: A meta-analysis. *Clinical Cardiology*, *44*(6), 761–770.
<https://doi.org/10.1002/clc.23605>
- Wyller, V. B. B. (2019). Hjertesykdommer. I *Syk* (4., s. 243–277). Cappelen Damm AS.

