

Kandidatnummer: 10096

## Hvordan kan sykepleieren gjennom undervisning og veiledning bidra til å redusere bevegelsesangst hos pasienter med nylig gjennomgått hjerteinfarkt?

Litteraturbachelor

Eksamensdato: 02.06.2022

Emnekode: HSYK3003

Antall ord: 7437

Kull: 2019

Bacheloroppgave i Sykepleie

Juni 2022



Kandidatnummer: 10096

# **Hvordan kan sykepleieren gjennom undervisning og veiledning bidra til å redusere bevegelsesangst hos pasienter med nylig gjennomgått hjerteinfarkt?**

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Juni 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet



Kunnskap for en bedre verden



# Reduksjon av bevegelsesangst hos pasienter etter gjennomgått hjerteinfarkt

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Det å bli innlagt på sykehus med hjerteinfarkt oppfattes av de fleste pasienter som skremmende og livstruende. Utgangspunktet for valg av tema var egne erfaringer fra klinisk praksis da jeg erfarte at noen av pasientene vegret seg for bevegelse og fysisk aktivitet selv om de var behandlet og klar for utskrivning. Dette er uheldig ettersom fysisk aktivitet betraktes som et sentralt sekundærforebyggende tiltak.

**Hensikt:** Å finne kunnskapsbasert støtte for at sykepleiere kan øke pasientens forståelse av egen situasjon gjennom undervisning og veiledning og at bekymringen for bevegelse og fysisk aktivitet etter nylig gjennomgått hjerteinfarkt reduseres.

**Metode:** Det ble gjennomført strukturerte litteratursøk på databasene Cinahl og Pubmed, hvor 7 relevante artikler ble tatt med i oppgaven. I tillegg ble det gjennomført håndsøk hvor 2 artikler ble inkludert. Det ble benyttet totalt 9 forskningsartikler.

**Resultat:** Forskningslitteraturen viste at bevegelsesangst i etterkant av hjerteinfarkt var å finne hos en stor andel av pasientene som deltok i de ulike studiene. I tillegg viste flere av artiklene at pasientene som opplevde bevegelsesangst følte seg dårlig informert av helsepersonellet. Attpåtil viste noen av artiklene at bevegelsesangst reduserte deltagelsen på hjerterehabilitering.

**Konklusjon:** Litteraturen viser at sykepleieren gjennom adekvat kommunikasjon og informasjon, samtidig som sykepleieren er bevisst sin rolle som veileder, kan veilede pasientene i å velge strategier som fremmer mestring og reduserer bevegelsesangst etter gjennomgått hjerteinfarkt.

*Nøkkelord: Kinesiophobia, bevegelsesangst, undervisning, veiledning, hjerteinfarkt*

## Abstract

**Background:** Being admitted to a hospital with a heart attack is perceived by most patients as frightening and life-threatening. The reason I chose the following topic was based on my own experiences from clinical practice when I experienced that some of the patients avoided early mobilization and physical activity even though they were ready for discharge. This is unfortunate as physical activity is considered a key secondary preventive measure.

**Aim:** Finding knowledge-based support so that nurses can increase the patient's understanding of their own situation through teaching and guidance and that the concern for movement and physical activity after a recent heart attack is reduced.

**Method:** Structured literature searches were performed on the databases Cinahl and Pubmed, where 7 relevant articles were included in this thesis. In addition, a hand search was conducted where 2 articles were included. A total of 9 research articles were used.

**Results:** The research literature showed that movement anxiety after a heart attack was found in a large proportion of the patients who participated in various studies. In addition, several articles showed that patients who experienced movement anxiety felt poorly informed by healthcare professionals. Additionally, some of the articles showed that movement anxiety reduced participation in cardiac rehabilitation.

**Conclusion:** The literature shows that the nurse, through adequate communication and information, at the same time as the nurse is aware of her role as a supervisor, can guide patients in choosing strategies that promote coping and reduce movement anxiety after a heart attack

*Keywords: Kinesiophobia, movement anxiety, teaching, guidance, heart attack*

## Innhold

Sammendrag .....	1
Abstract .....	2
Tabeller: .....	4
1. Innledning .....	5
1.1 Innledning til tema .....	5
1.2 Formål, problemstilling og avgrensning. ....	5
1.3 Teori.....	6
1.3.1 Hjerteinfarkt .....	6
1.3.2 Bevegelsesangst.....	6
1.3.3 Lazarus og Folkmans mestringsteori .....	7
1.3.4 Pasientens krav på informasjon og veiledning – konsekvenser for sykepleie.....	9
1.3.5 Veiledning og undervisning .....	9
1.3.6 Informasjon og kommunikasjon .....	9
2. Metode.....	10
2.1 Forklaring av metode .....	10
2.2 Inklusjons – og eksklusjonskriterier .....	10
2.3 Søkestrategi .....	11
2.4 Konseptmodell .....	11
2.5 Søketablell .....	11
2.6 Analyse av artikler.....	14
3. Resultater.....	15
3.1 Artikkelmatrise.....	15
3.2 Tematisk Resultat .....	20
3.2.1 Forekomsten av Kinesiophobia og frykt for bevegelse i etterkant av et hjerteinfarkt. ...	20
3.2.2 Betydningen av god informasjon i etterkant av et hjerteinfarkt. ....	20
3.2.3 Kinesiophobia versus hjerterehabilitering. ....	21
3.2.4 Mestring av hjerteinfarkt .....	22
4. Diskusjon .....	22
4.1 Pasientens behov for informasjon .....	22
4.2 Undervisning og veiledning .....	23
4.3 Konsekvenser av bevegelsesangst.....	25
4.4 Kinesiophobia reduserer deltagelsen på hjerterehabilitering .....	26
4.5 Forslag til videre forskning.....	27
4. 6 Metoderefleksjon .....	27
5. Konklusjon.....	28
Referanser.....	29

## Tabeller:

Tabell 1. Lazarus og Folkmans ressurser.....	8
Tabell 2. Konseptmodell.....	11
Tabell 3. Søketabell.....	12
Tabell 4. Sammenfatning av funn.....	15
Tabell 5. Artikkelmatrise.....	15



# 1. Innledning

## 1.1 Innledning til tema

Hvert år diagnostiseres ca. 12000 nordmenn med hjerteinfarkt (Peersen, 2021). Den medisinske behandlingen av et hjerteinfarkt har kommet langt, og sjansen for å overleve er relativt stor hvis man kommer seg til sykehus raskt. (Eikeland et al. 2017 s. 245). Sykepleiere jobber tett på pasientene og har et stort ansvar for blant annet behandling og informasjon. Sykepleieren er i en svært god posisjon for å gjennomføre sekundærforebyggende tiltak (Harbman, 2014). Mæland (2009 s. 121) skriver at norske sykehuspasienter generelt er fornøyd med den medisinske behandlingen som blir gitt, men de ønsker mer informasjon om deres situasjon. Faget sykepleie omfatter ulike funksjoner, hvor undervisning og veiledning er en av disse funksjonene (Kristoffersen et al, 2016). I tillegg sier NSF sine yrkesetiske retningslinjer at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2019). Det betyr i praksis at det er en av sykepleierens arbeidsoppgaver å undervise og veilede pasientene.

Studier fra Norge har vist at hjerteinfarktpasienter har dårlig risikofaktorkontroll i etterkant av hjerteinfarkt. Disse pasientene er svært risikoutsatt for nye hjerteinfarkt, hvis ikke risikofaktorene kontrolleres bedre (Harbman, 2014). Fysisk aktivitet i etterkant av et hjerteinfarkt er viktig for å gjennomføre en suksessfull rehabilitering (Kessen et al, 2020). Allikevel viser NORSTENT-studien at kun 28% av Perkutan koronar intervensjon (PCI) behandlet pasienter ved norske sykehus deltar på hjerterehabilitering (Peersen, 2020). Flere pasientgrupper som for eksempel pasienter med kroniske smerter og fibromyalgi opplever en urasjonell frykt for bevegelse (Şahin et al 2021). Dette betegnes som Kinesiophobia. Flere studier hevder at Kinesiophobia også er å finne hos en stor andel hjertepasienter. Disse hjertepasientene unngår trening spesielt når de får økt puls og blir andpusten (Bäck et al 2020). Pasienter med Kinesiophobia har vist seg å ha dårlig utbytte av hjerterehabilitering.

Som sykepleierstudent møter man mange pasientgrupper i løpet av studietiden. Jeg opplevde at flere pasienter vegret seg for mobilisering i etterkant av sykdom, spesielt hjerte relaterte tilstander. og dette resulterte i en interesse for begrepet bevegelsesangst. Inaktivitet er en betydelig risikofaktor for videre prognose, og dette er hovedårsaken til at problemstillingen: *Hvordan kan sykepleieren gjennom undervisning og veiledning bidra til å redusere bevegelsesangst hos pasienter med nylig gjennomgått hjerteinfarkt?* Denne problemstillingen er viktig å besvare for å øke kunnskapen rundt bevegelsesangst hos hjerteinfarktpasienter, og undersøke hvordan sykepleieren gjennom en veiledende og undervisende funksjon kan være med på å redusere bevegelsesangsten hos denne pasientgruppen, og dermed gi pasientene bedre livskvalitet.

## 1.2 Formål, problemstilling og avgrensning.

Formålet med oppgaven er å finne kunnskapsbasert støtte for at sykepleiere kan øke pasientens forståelse av egen situasjon gjennom undervisning og veiledning og at bekymringen for bevegelse og fysisk aktivitet etter nylig gjennomgått hjerteinfarkt reduseres.

Det finnes mange forebyggende tiltak for å redusere risikoen mot et nytt hjerteinfarkt, men i denne oppgaven er det fysisk aktivitet som er i fokus. Tiltak som kolesterolsenkende medisiner og røykeslutt er ikke viet plass i denne oppgaven. Det er

dog viktig å påpeke at i et helhetlig perspektiv spiller også disse tiltakene en viktig rolle. Som det nevnes senere i oppgaven har sykepleieren mange ulike funksjoner, men i denne oppgaven er det undervisning og veiledningsfunksjonen som i all hovedsak belyses. Begrepene STEMI og NSTEMI faller under paraplybegrepet hjerteinfarkt, og det er derfor ikke gjort et skille på disse to diagnosene i oppgaven.

Problemstillingen i denne oppgaven er: *Hvordan kan sykepleieren gjennom undervisning og veiledning bidra til å redusere bevegelsesangst hos pasienter med nylig gjennomgått hjerteinfarkt?*

## 1.3 Teori

### 1.3.1 Hjerteinfarkt

Hjerteinfarkt er en tilstand som finner sted når det er en fortetning av en av/eller flere av kransarteriene som forårsaker alvorlig iskemi i myokard, og deretter hypoksisk celledød på hjertemuskelcellene. (Wyller, 2014, s. 313). Hvor alvorlige konsekvenser et hjerteinfarkt får avhenger av hvor stor del av myokard som er rammet. STEMI (ST-elevasjon myokard infarkt) oppstår når hele kransarterien er tett. Hjerteinfarkt er transmuralt og rammer store deler av myokard og resten av hjerteveggen. Dette resulterer i en alvorlig iskemisk tilstand som vil føre til nekrotisk celledød hvis ikke tromben blir oppløst medikamentelt eller kirurgisk innen kort tid (Eikeland, et al. 2017, s. 243). Hjerteinfarkt trenger ikke å være transmuralt, da er kun deler av myokard rammet av iskemi. Dette kalles NSTEMI. Diagnostisk stilles hjerteinfarkt diagnosen basert på kliniske vurderinger, anamnese, EKG forandringer, måling av biokjemiske hjertemarkører og koronarangiografi kan si noe om hvor fortetningen ligger anatomisk. Betegnelsen akutt koronarsyndrom (AKS), benyttes som et fellesbegrep for alvorlige hjertesykdommer i kransarteriene som er et resultat av redusert perfusjon til hjerte. AKS omfatter ustabil angina pectoris, STEMI og NSTEMI.

Liggetiden på sykehus er kort i etterkant av hjerteinfarkt, og dette resulterer i at pasientene ofte ikke får den informasjonen de har behov for ved utskrivelse (Sykepleien, 2018). Pasientene kommer ofte inn til sykehuset med blålys i enten ambulansebil eller helikopter. Dette opplever de fleste pasientene som svært dramatisk.

### 1.3.2 Bevegelsesangst

I akuttfasen etter et akutt kardiologisk problem som hjerteinfarkt kan frykt være en naturlig psykologisk reaksjon (Åhlund et al. 2013). Angst hos hjerteinfarktpasienter er kjent, og ifølge Kessen et al. (2020) opplever ca. 28% av ACH (Acute cardiac hospitalization) pasienter angst i etterkant av det hjerteinfarkt. Videre skriver hun at utvikling av angst er en svært alvorlig risikofaktor for pasienter med alvorlige hjerterelaterte tilstander. Ifølge Kessen et al. (2020) er bevegelsesangst eller Kinesiophobia en urasjonell frykt for bevegelse. Şahin et al. (2021) beskriver Kinesiophobia som en urasjonell og inngripende frykt for bevegelse, og fysisk aktivitet som bunner i frykten for ny skade eller smerter. Eikeland et al. (2017, s. 229) beskriver at mange pasienter forbinder hjertesykdom med død og vil naturligvis dermed føre til økt frykt og redsel. Graden av Kinesiophobia måles ved bruk av TSK (Tampa scale of kinesiophobia). TSK er et spørsmålsark som pasientene selv skal fylle ut. Pasientene skal ved bruk av tall (1,2,3,4) rangere hvor enig de er i 17 påstander. For eksempel «Im afraid I might injury my self if i exercise». TSK er opprinnelig en amerikanskspåklig

undersøkelse, men ble i 2008 oversatt og validert på norsk (Haugen et al. 2008). Haugen et al. (2008) fant at TSK var lett å forstå for pasientene, og hadde både validitet og reliabilitet. Men, pasientgruppen som ble benyttet i denne artikkelen var ikke hjertesyrke pasienter. Derfor kan man stille spørsmål ved hvor relevant TSK er i denne oppgaven. Allikevel, benytter (Bäck et al. 2020, Brunetti et al. 2017, Şahin et al. 2021 og Keessen et al. 2020) TSK som scoring på Kinesiophobia hos hjertepasienter. Jeg velger derfor å tolke det dit at TSK som scoringsverktøy for Kinesiophobia i det norske helsevesenet gir et tilstrekkelig og godt bilde av Kinesiophobia hos den norske hjerteinfarktpasienten.

I denne oppgaven vil definisjonen Kinesiophobia bli brukt sammen med bevegelsesangst og avvikende adferd relatert til fysisk aktivitet.

### 1.3.3 Lazarus og Folkmans mestringsteori

Richard Lazarus og Susan Folkman er anerkjente forskere på stressteorier, vurderingsteorier og mestringsteorier. I denne oppgaven har jeg valgt å ta utgangspunkt i Lazarus og Folkmans teori om mestring (coping). Lazarus og Folkman (1984, s. 141) beskriver mestring som konstante kognitive og adferdsmessige forsøk på å overkomme spesifikke eksterne og interne krav, som vurderes som belastende for personens ressurser. Ressurser er personens evne til å benytte sine ressurser til å imøtekomme ulike krav (Lazarus & Folkman, 1984. s. 158). Jeg skal forklare ressurser senere i kapitlet.

Lazarus og Folkman beskriver endringsprosessen i mestring som ikke tilfeldig. Denne prosessen omhandler konstante vurderinger og revurderinger av endringer i den aktuelle personens forhold til det aktuelle miljøet personen befinner seg i. Videre skriver de at endring kan være et resultat av mestringsforsøk direkte mot de miljømessige forholdene, eller mestring direkte mot personens forståelse av det aktuelle, eller mestringsstrategier som endrer personens oppfatning av det aktuelle.

Lazarus og Folkman skiller mellom to typer mestring: Emosjonsfokusert og problemfokusert mestring (Lazarus & Folkman, 1984 s. 150). Emosjonsbasert mestring handler om situasjoner hvor det har blitt gjort vurderinger som tilsier at det er ingenting som kan gjøres for å redusere/endre farefulle eller utfordrende miljømessige forhold. Emosjonsfokusert mestring handler for Lazarus og Folkman heller om hvordan man kan akseptere og leve med den aktuelle situasjonen (Haugen, 2018, s.261).

Emosjonsfokusert mestring kan beskrives som strategier hvor unnvikelse, emosjonelt ubehag og distansering er på den ene siden, mens på den andre siden handler det også om å innhente positive erfaringer fra negative hendelser (Lazarus & Folkman, 1984. s. 150). Noen emosjonsbaserte mestringsstrategier tar utgangspunkt i å endre hvordan en situasjon utfolder seg uten å endre hvordan den faktiske objektive situasjonen er (Lazarus & Folkman, 1948. s. 150). For eksempel: «Jeg har andre ting å bekymre meg for». Altså, frykten forsvinner ved å endre betydning av det aktuelle. Emosjonelle mestringsstrategier benyttes for å opprettholde håp og optimisme i en stressende situasjon. Videre skriver Lazarus & Folkman at denne prosessen kan føre til redusert realitetsorientering. Slike mestringsstrategier endrer som sagt ikke realiteten, og derfor er sjansen for selvbedrag stor.

Problemfokuserte mestringsstrategier handler i all hovedsak om å identifisere og definere problemet, finne alternative løsninger og deretter bestemme om alternativene er bedre enn det aktuelle problemet (Lazarus & Folkman, 1984. s. 152).

Problemorienterte mestringsstrategier inkluderer også strategier som er rettet mot det indre. (Lazarus & Folkman, 1984. s. 152). Disse indre strategiene er spesifikke mot motivasjon og/eller kognitive endringer som for eksempel redusere egoistiske involveringer, utvikle nye adferder og lære seg nye ferdigheter.

Lazarus & Folkman (1984. s. 154) sier at emosjonelle mestringsstrategier ofte kan være sett samtidig som en person har ervervet seg problem-orienterte mestringsstrategier, og vice-versa. Det betyr i praksis at man ikke trenger å velge mellom emosjonelle eller problemorienterte mestringsstrategier. Derimot kan man i flere tilfeller se et mønster hvor man i starten av et opplevd traume (som et hjerteinfarkt for eksempel) benytte seg av emosjonelle-mestringsstrategier som for eksempel fornektelse eller prate ned alvorligheten av det aktuelle. Etter hvert vil den aktuelle personen etter stor sannsynlighet bevege seg videre til en problemorientert-mestringsstrategi som et resultat av for eksempel behandling og informasjon. (Lazarus og Folkman, 1984. s. 155)

Som nevnt i innledningen i dette kapitlet beskriver Lazarus og Folkman (1948, s. 141) mestring som «konstante kognitive og adferdsmessige forsøk på å overkomme spesifikke eksterne og interne krav som vurderes som belastende for personens ressurser». Det er derfor viktig å se på hvilke ressurser som fremmer mestring kontra de ressursene som motarbeider mestring. Jeg har valgt å sette disse inn i en tabell.

Tabell 1

Ressurser som fremmer mestring	Ressurser som motarbeider mestring
Helse og energi	Personlige begrensninger
At personen er positivt overbevist	Miljømessige begrensninger
Evne til å løse problemer	Trussel nivå
Sosiale ferdigheter	
Sosial støtte	
Materielle ressurser	

Mestring, ifølge Lazarus & Folkman, defineres som sagt av konstante endringer av kognitive og adferdsmessige forsøk på å endre eksterne og interne krav som er vurdert til å enten belaste eller overskride personens ressurser. Videre skiller de mellom emosjonsbasert mestring og problembasert mestring. Mestring har altså to funksjoner som i mange tilfeller påvirker hverandre (Lazarus & Folkman, 1948. s.179). Dette kan vise seg i et eksempel:

1. Hvordan man kan håndtere eller endre en stressende/ubehagelig situasjon med å identifisere problemet, og sammenligne problemet med alternative løsninger for å så deretter bestemme seg for hva som er best. Problemet eller alternativet?  
(Problembasert-mestring)

2. Regulere den emosjonelle responsen på situasjonen. (Emosjonsbasert-mestring)

En persons evne til å mestre ser ut til å bestemmes i en vis grad ut ifra hvilke ressurser/personlige egenskaper personen har.

### 1.3.4 Pasientens krav på informasjon og veiledning – konsekvenser for sykepleie

Som sykepleier er man pliktig å sette seg inn i de lovverkene som regulerer sykepleietjenesten (Norsk sykepleierforbund, 2019). Utøvelsen av sykepleie reguleres av flere lover, men mest sentral er pasient – og brukerrettighetsloven. Pasient – og brukerrettighetsloven skal sørge for at alle pasienter får lik tilgang på helsetjenester, like rettigheter til alle pasienter og brukere samt sørge for at kvaliteten som tilbys er forenelig med det som omtales som god kvalitet av helsetjenesten (Pasient – og brukerrettighetsloven, 2021, § 1-1). Sykepleieren er lovpålagt å gi tilstrekkelig og god informasjon til pasientene, slik at pasientene blir bevisst sin helsesituasjon (Pasient – og brukerrettighetsloven, 2021, § 3-2). Dette innebærer også informasjon om risikoer og bivirkninger i forhold til behandlingen som blir gitt. I tillegg til at pasientene har rett på tilstrekkelig og god informasjon, har de også rett til å bli informert på en måte som er lett å forstå (Pasient – og brukerrettighetsloven, 2021, § 3-5). Informasjonsformen skal ifølge loven være forståelig og tilpasset den aktuelle pasienten. Attpåtil skal sykepleieren etter beste evne forsikre seg om at informasjonen er forstått av pasienten. Eide og Eide (2016, s. 292) beskriver det å gi hjelpende informasjon som måten man formidler kunnskap som den aktuelle pasienten har behov for og er i stand til å ta imot.

### 1.3.5 Veiledning og undervisning

Det finnes mange ulike definisjoner på veiledning, men jeg har valgt å ta utgangspunkt i denne definisjonen. «*En formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at fokuspersonens mestringskompetanse styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier*» (Tveiten, 2013, s.21).

Tveiten sin definisjon på veiledning omhandler veiledningsbegrepet som en prosess, som starter og avsluttes (Tveiten, 2013, s.21). Ansvarsforholdet under veiledningsprosessen er delt mellom veilederen og mottakeren for veiledning. Veilederen er ansvarlig for å starte prosessen, men mottakeren er ansvarlig for å gjennomføre prosessen, for eksempel gjennom endring av tanker eller handlinger.

Det er mange fellestrekk mellom veiledning og undervisning og begge disse fenomenene har felles mål. (Tveiten, 2013, s. 36). Målet er læring. Tveiten skiller undervisning og veiledning ved å si at undervisning handler om å formidle kunnskap, mens veiledning handler om at personen som veiledes oppdager hva hen allerede kan, og hva hen skal lære. Det er viktig å påpeke at det er veilederen som bestemmer når eventuell undervisning skal foregå i veiledningen.

### 1.3.6 Informasjon og kommunikasjon

En syk person har ofte et stort ønske og behov for informasjon relatert til sin tilstand (Eide & Eide, 2016, s. 292-293). Informasjon og veiledning er en av de viktigste oppgavene rent kommunikativt man har som helsepersonell. God informasjon krever omtanke, og kan være veldig krevende å gjennomføre for begge parter.

Informasjonsgiveren bør være godt forberedt før en samtale og huske på å gi fullstendig informasjon. Dette uten å overbelaste pasienten med for mye ny informasjon.

Informasjonen som blir gitt skal også komme på riktig tid, slik at pasienten er forberedt på hva som skal skje fremover. Det er viktig at informasjonsgiveren informerer på et forståelig språk og bevisst prøver å unngå avanserte medisinske fagterminologier.

Pasientinformasjon er i stor grad en enveis kommunikasjon med formidling av et

budskap, men det er veldig viktig at dette skjer i dialog med pasienten og at pasienten har mulighet til stille spørsmål hvis noe er uklart. Informasjon innebærer det å informere, opplyse eller fortelle et budskap til en annen gjennom en form for kommunikasjon (Rossen, 2018).

Det å være tilstrekkelig informert betyr blant annet å tilegne seg kunnskap. I sykehussammenheng er informasjon ofte betinget med bedre stresskontroll og kunnskap om kosthold og trening (Oterhals et al. 2006). Mæland (2009 s. 121) skriver at norske sykehuspasienter ønsker mer informasjon.

Ettersom informasjon blir brukt gjennom ulike kommunikasjonskanaler er det viktig å definere hva kommunikasjon er. Kommunikasjon er en felles samhandling mellom to personer (eller flere) der informasjon sendes fra en person til en annen (Haugen, 2018, s. 214). Travelbee (2005, s. 136-137) skriver at kommunikasjon er en prosess som inkluderer en avsender, en mottaker og et budskap. Både Haugen og Travelbee definerer kommunikasjon svært likt. Videre definerer Haugen (2018, s. 216- 220) ulike kommunikasjonskanaler. Han nevner blant annet: Stemmen, øynene, ansiktsuttrykk, gester og kroppsbevegelser, berøring og avstand. Kommunikasjon er alltid en kombinasjon av flere kanaler.

## 2. Metode

### 2.1 Forklaring av metode

Denne oppgaven er en litteratur oppgave, hvor hovedvekt av innholdet er hentet fra litteratur søk i databasene CINAHL og PubMed. I tillegg er det lagt vekt på ulike teoretiske aspekter som er gjort rede for i kapitel 1. Litteratursøket startet med å finne MESH-terms som var aktuell for min problemstilling. Når det ble funnet gode søkeord, ble de satt inn i en konseptmodell. (se kap. 2.4). Det ble oppdaget raskt at det var vanskelig å finne artikler, desto mer avgrenset søkene ble.

I tillegg til å gjennomføre strukturerte søk, ble det gjennomført 2 håndsøk som resulterte i 2 artikler som jeg har valgt å legge til i Artikkelmatrikse. Søkemetoden for håndsøkene er beskrevet nederst i tabell 3.

Jeg har også valgt å benytte meg av annen litteratur som kommer i tillegg til artiklene som er kommet frem i litteratursøket. Jeg har valgt å henvise til sidetall løpende i tekst ved bruk av pensumlitteratur, men ikke ved bruk av forskningslitteratur.

Metode og oppgaveskriving av Dalland (2018) er brukt som inspirasjon under hele skriveprosessen.

### 2.2 Inklusjons – og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene i søket er først og fremst at artiklene er relevante for min problemstilling. I tillegg ønsker jeg kun fagfelleverderte artikler, og artikler som ikke er eldre enn 10 år. Eksklusjonskriteriene mine er i hovedsak eldre artikler, og artikler som ikke er relevant for problemstillingen. Artikler som ikke er skrevet på norsk eller engelsk er ekskludert. For å avgjøre om artikkelen var relevant for min problemstilling tok jeg utgangspunkt i disse punktene av Thiedemann (2020, s. 90):

- Er informasjonen i artiklene relevant for min problemstilling?
- Er tidsskriftet artikkelen er publisert i fagfelleverdert?

- Er artikkelen skrevet de siste årene?
- Hvem er artikkelen skrevet for?

### 2.3 Søkestrategi

I denne oppgaven er det i hovedsak benyttet to databaser, Cinahl og Pubmed. Søket startet med å finne relevante søkeord/mesh-terms og sette de inn i en konseptmodell for å strukturere søket. Det ble benyttet avanserte søk på begge databasene. Svært avgrensede søk ga få artikler, det virker derfor som at det ikke er så mye forskning på dette fagfeltet. Eksempelvis hadde søket «Kinesiophobia» på Cinahl kun 111 artikler. Det ble gjort flere søk med kombinasjonsordene «AND» og «OR». «OR» var et kombinasjonsord som gjorde søkene lite spesifikke med et fåtall artikler. Etter å ha lest abstrakt ble artiklene vurdert dit at de ikke var aktuelle. Derfor vil søketabellen inneholde få søk med kombinasjonsordet «OR». Videre startet jeg med å lese sammendrag/abstract av de aktuelle artiklene for å avgjøre om de var relevante eller ikke. Jeg benyttet meg av Evans analysemodell for å analysere innholdet i artiklene. Se 2.6.

### 2.4 Konseptmodell

Tabell 2 Konseptmodell

Konsept 1: Hjerteinfarkt	Konsept 2: Bevegelsesangst	Konsept 3: Sykepleier	Konsept 4: Informasjon og veiledning
Søkeord:	Søkeord:	Søkeord:	Søkeord
Myocardial Infarction	Kinesiophobia	Nurs*	Patient education
Coronary disease	Fear of movement		Information
Coronary artery disease	Physical activity		

Det ble gjort et forsøk på å søke med OR innad i de ulike konseptene, for detter å kombinere konseptene med hverandre med AND. Dette resulterte i færre resultater enn å søke mindre spesifikt. Søketabellen viser at det ikke har blitt benyttet OR i søkene. Grunnen til dette er fordi dette førte til færre artikler. De artiklene som ble funnet ble vurdert som relevante, og derfor ble det ikke lagt større vekt på bruken av OR i søkeprosessen.

### 2.5 Søketabell

Tabell 3 Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	11.4.2022	S1	MH «Myocardial infarction»		48 840	

		S2	MH «Kinesiophobia»		111	
		S3	S1 AND S2	Utgitt mellom 2015-2022	1	A
<b>PubMed</b>	18.4.2022	S1	Myocardial Infarction			
		S2	Kinesiophobia			
		S3	S1 AND S2	Utgitt mellom 2015-2022	4	A
<b>PubMed</b>	18.4.2022	S1	Fear of movement			
		S2	Coronary disease			
		S3	S1 AND S2	Utgitt mellom 2015-2022	11	F
<b>Cinahl</b>	19.4.2022	S1	MH «Kinesiophobia»		111	
		S2	Coronary artery disease		44 488	
		S3	S1 AND S2	Utgitt mellom 2015-2022	1	A
<b>Cinahl</b>	19.4.2022	S1	Fear avoidance		1086	
		S2	Myocardial infarction		48 840	
		S3	S1 AND S2	Utgitt mellom 2013-2022	1	A
<b>Cinahl</b>	19.4.2022	S1	MH «Patient education»		83 752	
		S2	MH «Myocardial infarction»		48 840	
		S3	Nurse		313 115	
		S4	S1 AND S2 AND S3	Utgitt mellom 2013-2022	39	E
<b>Cinahl</b>	19.4.2022	S1	MH «Myocardial infarction»		48 840	
		S2	Nurse		313 115	
		S3	MH «Physical Activity»		46 996	
		S4	S1 AND S2 AND S3		11	C

Håndssøk:

Følgende artikler ble funnet gjennom et håndssøk:



1. Keessen, P., Latour, C., van Duijvenbode, I., Visser, B., Proosdij, A., Reen, D., & Scholte Op Reimer, W. (2020). Factors related to fear of movement after acute cardiac hospitalization. *BMC cardiovascular disorders*, 20(1), 495.

<https://doi.org/10.1186/s12872-020-01783-9>

Artikkelen er funnet ved å gjennomføre søk på Google Scholar med søkeordene «Fear of movement» AND «Cardiac disease». Artikkelen er publisert av *BMC Cardiovascular Disorders* og er i følge register for vitenskapelige publiseringskanaler fagfelleurdert. I tillegg er artikkelen skrevet i 2020 som er innenfor 10-årsgrensen jeg har benyttet i det strukturerte litteratursøket.

2. Kjersti Oterhals, Berit R Hanestad, Geir E Eide, Tove A Hanssen, The Relationship between In-Hospital Information and Patient Satisfaction after Acute Myocardial Infarction, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, Volume 5, Issue 4, 1 December 2006, Pages 303–310, <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2006.01.004>

Denne artikkelen er fagfelleurdert, men er utenfor 10-årsgrensen jeg benyttet i det strukturerte søket. Allikevel finner jeg innholdet som relevant og velger derfor å benytte den i oppgaven.

#### **Valgte artikler:**

1. Bäck, M., Caldenius, V., Svensson, L., & Lundberg, M. (2020). Perceptions of Kinesiophobia in Relation to Physical Activity and Exercise After Myocardial Infarction: A Qualitative Study. *Physical Therapy*, 100(12), 2110–2119. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa159>
2. Bäck, M., Cider, Å., Herlitz, J., Lundberg, M., & Jansson, B. (2016). Kinesiophobia mediates the influences on attendance at exercise-based cardiac rehabilitation in patients with coronary artery disease. *Physiotherapy theory and practice*, 32(8), 571–580. <https://doi.org/10.1080/09593985.2016.1229828>
3. Brunetti, N. D., Guerra, A., Ieva, R., Correale, M., Santoro, F., Tarantino, N., & Di Biase, M. (2017). Scared for the scar: fearsome impact of acute cardiovascular disease on perceived kinesiophobia (fear of movement). *Clinical cardiology*, 40(7), 480–484. <https://doi.org/10.1002/clc.22682>
4. Şahin, H. B., Kalaycıoğlu, E., & Şahin, M. (2021). The effect of cardiac rehabilitation on kinesiophobia in patients with coronary artery disease. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* (2587-1250), 67(2), 203–210. <https://doi.org/10.5606/tftrd.2021.5164>
5. Åhlund, K., Bäck, M., & Sernert, N. (2013). Fear-Avoidance Beliefs and Cardiac Rehabilitation in Patients with First-Time Myocardial Infarction. *Journal of Rehabilitation Medicine (Stiftelsen Rehabiliteringsinformation)*, 45(10), 1028–1033. <https://doi.org/10.2340/16501977-1219>
6. Doležel, J., & Jarošová, D. (2019). Educational Process in Patients After Myocardial Infarction. *Central European Journal of Nursing & Midwifery*, 10(2), 1026–1034. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2019.10.0010>
7. Harbman, P. (2014). The development and testing of a nurse practitioner secondary prevention intervention for patients after acute myocardial infarction: A prospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(12), 1542–1556. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.04.004>

8. Keessen, P., Latour, C., van Duijvenbode, I., Visser, B., Proosdij, A., Reen, D., & Scholte Op Reimer, W. (2020). Factors related to fear of movement after acute cardiac hospitalization. *BMC cardiovascular disorders*, 20(1), 495. <https://doi.org/10.1186/s12872-020-01783-9>
9. Oterhals, K. Hanestad, B. R. Eide, G. E. Hanssen, T.A. (2006) The Relationship between In-Hospital Information and Patient Satisfaction after Acute Myocardial Infarction, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, Volume 5, Issue 4, Pages 303–310, <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2006.01.004>

## 2.6 Analyse av artikler

Jeg har sjekket alle artikler opp mot NSDs kanalregister. Publiseringskanalen «Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation», for studien av Şahin et al. (2021), kom ikke opp i kanalregisteret. Artikkelen ble funnet gjennom et strukturert søk på Cinahl, hvor det står at tidsskriftet er Peer Reviewed. Jeg har derfor valgt å inkludere artikkelen selv om jeg ikke har funnet tidsskriftet på NSD. Det var såpass vanskelig å finne artikler som var rettet mot pasienter med hjertesykdom, og funnene av Şahin et al. (2021) stemmer overens med funnene om bevegelsesangst i for eksempel Brunetti et al. (2017). Studien fremstår derfor som troverdig.

Her er linken til kanalregistret jeg har benyttet:

<https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste.action;jsessionid=7XdEMF3hhbobCARR1hOh7VB.undefined?xs=International+journal+of+nursing+studies&tv=true>

For å analysere artiklene som er nevnt ovenfor har jeg benyttet Evans analysemodell. Evans analysemodell tar utgangspunkt i 4 punkter.

### 1. Samle artikler.

Når det systematiske litteratursøket begynner er det viktig at man har funnet inklusjons – og eksklusjonskriterier og benytter disse i innsamlingen av artiklene (Evans, 2002). Videre er neste steg å benytte seg av ulike relevante databaser. Jeg har benyttet meg av Cinahl og PubMed. Søkene i databasene skal være strukturerte og de skal være dokumenterte slik at søket kan etterprøves. Deretter må man velge seg ut relevante artikler til problemstillingen.

### 2. Identifisere nøkkelfunn.

I det øyeblikket man har funnet en artikkel som tilsynelatende er relevant for problemstillingen, må man lese artikkelen, flere ganger for å opparbeide seg en forståelse for studien. (Evans, 2002) Nøkkelfunnene samles og presenteres i en egen tabell.

### 3. Finne temaer på tvers av studier.

Det er viktig å identifisere temaene i hver artikkel slik at man kan sammenligne funnene med hverandre (Evans, 2002). Disse temaene kan gjerne flettes inn i en tabell slik at forholdet mellom studiene enkelt kan belyses.

Tabell 4 Sammenfatning av funn

Tema	Artikler
<b>Myocardial infarction</b>	1, 2, 5, 6, 7, 9
<b>Kinesiophobia</b>	1, 2, 3, 4, 8
<b>Fear of movement</b>	1, 3, 5, 8
<b>Information</b>	6, 7, 8, 9
<b>Education</b>	6, 9
<b>Secondary prevention</b>	6, 7

#### 4. Beskrive fenomenet.

Ved å presentere artiklene i en tabell kan man på en oversiktlig måte presentere fenomenene i de ulike artiklene. Se tabell 4. Dette er også presentert i kapittel 3.2.

### 3. Resultater

#### 3.1 Artikkelmatrikse

Tabell 5 Artikkelmatrikse

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
<b>Bäck et al. (2020)</b> <i>Perceptions of Kinesiophobia in Relation to Physical Activity and Exercise After Myocardial Infarction: A Qualitative Study</i>	Hensikten med studien er å utforske pasienters opplevelse av kinesiophobia (Bevegelsesangst) i forhold til fysisk aktivitet og trening 2-3 måneder etter et akutt hjerteinfarkt.	Dette er en kvalitativ studie.	I artikkelen kommer temaet «Hvordan mestre frykt for bevegelse etter et hjerteinfarkt» tydelig frem. Forfatterne deler dette temaet opp i to ulike prosesser. En indre prosess som handler om ambivalens, hyperårvåkenhet og usikkerhet i forhold til sin egen kropp. Og	Artikkelen viser at bevegelsesangst er å forvente hos hjerteinfarkt pasienter, og hvilke prosesser som er involvert i utviklingen av bevegelsesangst. I tillegg påpeker artikkelen flere viktige faktorer som er med på å

			en ytre prosess som omhandler en genetisk disposisjon for angst, trygghetsfølelse og informasjon. Videre skriver forfatterne at artikkelen kan brukes til å evaluere og danne nye behandlingstiltak mot bevegelsesangst.	redusere bevegelsesangst hos hjerteinfarkt pasienter.
<b>Bäck et al. (2016)</b> <i>Kinesiophobia mediates the influences on attendance at exercise-based cardiac rehabilitation in patients with coronary artery disease</i>	Hensikten med studien er å belyse faktorer som påvirker deltagelse i treningsbasert hjerterehabilitering og teste hypotesen som sier at kinesiophobia påvirker deltagelsen i treningsbasert hjerterehabilitering hos pasienter med hjerteproblematikk.	Dette er en kvantitativ studie.	STEMI pasienter var i utgangspunktet svært delaktig i hjerterehabilitering. Mens på den andre siden reduserte Kinesiophobia deltakelsen.	Denne artikkelen er relevant fordi den viser at Kinesiophobia reduserer deltagelsen på hjerterehabilitering. I
<b>Brunetti et al. (2017)</b> <i>Scared for the scar: fearsome impact of acute cardiovascular disease on perceived kinesiophobia (fear of movement)</i>	Hensikten med studien er å evaluere hvor stor grad av kinesiophobia pasienter som er innlagt med akutte kardiovaskulære tilstander opplever.	Dette er en kvantitativ studie.	Artikkelen bekrefter hypotesen om at pasienter som er innlagt for akutte kardiovaskulære tilstander kan utvikle kinesiophobia. Videre skriver forfatterne at utviklingen av kinesiophobia	Artikkelen er svært relevant for min problemstilling. Kinesiophobia må anerkjennes som et stort problem i den tidlige fasen av akutt hjerteproblematikk og

			bør overvåkes nøye.	kartlegging av kinesiophobia er ifølge artikkelen et viktig tiltak for å identifisere pasienter med økt bevegelsesangst. Forebyggende tiltak bør ifølge artikkelen være individualisert og gjennomføres i en tidlig fase av det aktuelle.
<b>Şahin et al. (2021)</b> <i>The effect of cardiac rehabilitation on kinesiophobia in patients with coronary artery disease.</i>	Hensikten med denne artikkelen er å definere nivået av kinesiophobia hos hjertepasienter. Og, se om nivået av kinesiophobia endrer seg etter hjerterehabilitering.	Dette er en observasjon og tverrsnittstudie.	Studien viser at 74,5% av pasientene som er med i undersøkelsen opplever et høyt nivå av kinesiophobia. Videre viser artikkelen at pasientene med høy grad av kinesiophobia er mer inaktive, enn de med lav grad av kinesiophobia. Etter hjerterehabilitering reduserer kinesiophobia nivået seg betraktelig.	Artikkelen er relevant for denne oppgaven fordi den belyser hvor stor andel av hjertepasienter som opplever bevegelsesangst.
<b>Åhlund et al. (2013)</b> <i>Fear-Avoidance Beliefs and</i>	Hensikten med denne artikkelen er å undersøke om pasienter som nylig har vært	Denne artikkelen er en kohortstudie.	Klinisk relevant unnvikende adferd ble oppdaget hos 48% av alle	Fysisk aktivitet er regnet som et svært viktig forebyggende

<p><i>Cardiac Rehabilitation in Patients with First-Time Myocardial Infarction.</i></p>	<p>igjennom sitt første hjerteinfarkt har utviklet unnvikende adferd relatert til aktivitet – og treningsfrykt hvor de er i den oppfatningen at det kan føre til skade.</p>		<p>pasienter ved første undersøkelse sammenlignet med 21% ved siste undersøkelse. Studien viser videre at pasienter som deltar på treningsbasert hjerterehabilitering har høyere unnvikende adferd, men på slutten av rehabiliteringen viser pasientene lite tegn til unnvikende adferd. Forfatterne konkluderer videre med at treningsbasert hjerterehabilitering er viktig, spesielt hos de med kinesiophobia.</p>	<p>tiltak for å redusere risikoen for et nytt hjerteinfarkt. Artikkelen viser at mange pasienter er svært engstelig i den akuttefasen, og det kan derfor argumenteres for at sykepleieren spiller en svært viktig rolle i å informere og veilede disse pasientene om viktigheten av fysisk aktivitet i etterkant av et hjerteinfarkt. Derfor er artikkelen relevant for denne oppgaven.</p>
<p><b>Doležal, &amp; Jarošová (2019)</b> <i>Educational Process in Patients After Myocardial Infarction.</i></p>	<p>Hensikten med studien er å fastslå effekten veiledning og undervisning om risikofaktorer og endringer i livsstil hos hjerteinfarkt pasienter</p>	<p>Klinisk intervensjonsstudie</p>	<p>Pasienter som fikk veiledning av sykepleier innen 3 dager etter hjerteinfarkt viste at de hadde bedre kunnskap om sin egen helse. Denne veiledningen ble gjentatt etter 6 måneder, og 12 måneder.</p>	<p>Artikkelen er relevant for min problemstilling fordi den understreker viktigheten av at sykepleieren tar seg tid til å gi riktig informasjon til riktig tid hos hjerteinfarkt pasientene</p>

<p><b>Harbman (2014).</b> <i>The development and testing of a nurse practitioner secondary prevention intervention for patients after acute myocardial infarction: A prospective cohort study</i></p>	<p>Hensikten med studien er å evaluere effekten av sekundærforebyggende tiltak hos hjerteinfarkt pasienter. Disse tiltakene er gjennomført av en sykepleier.</p>	<p>Dette er en kohortstudie.</p>	<p>Resultatene i denne studien viser at en sykepleier kan trygt og effektivt drive med forebyggende intervensjoner rettet mot hjerteinfarkt pasienten. Pasientene som fikk spesialiserte intervensjoner fra sykepleieren viste større evne til å nå satte behandlingsmål, sammenlignet med de som fikk standard behandling.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant fordi den viser viktigheten av at sykepleieren tar seg tid til å gi god veiledning raskt etter at hjerteinfarkt er over. I tillegg viser denne artikkelen at denne måten å jobbe virker spesielt godt på fysisk aktivitet i etterkant av hjerteinfarkt . Dette er relevant for min problemstilling .</p>
<p><b>Keessen et al. (2020).</b> <i>Factors related to fear of movement after acute cardiac hospitalization.</i></p>	<p>Hensikten med artikkelen er å undersøke hvilke faktorer som er relatert til kinesiophobia etter en akutt hjerte relatert sykehusinnleggelse. I tillegg undersøker artikkelen behovet for støtte pasientene har relatert til fysisk aktivitet og hjerte rehabilitering.</p>	<p>Dette er en kvalitativstudie.</p>	<p>Artikkelen viser at individuell informasjon og støtte fra helsefagarbeidere er det viktigste etter en sykehusinnleggelse. Funnene i denne artikkelen viser viktigheten av å utvikle og benytte tidlige prosedyrer for veiledning og pasient edukasjon i etterkant av hjerte relaterte sykehusinnleggelser.</p>	<p>Artikkelen er relevant for min problemstilling fordi den viser at pasientene ønsker individuell informasjon før sykehusutskrivelse. Denne informasjonen inneholder blant annet viktigheten av fysisk aktivitet.</p>

<p><b>Oterhals et al. (2006)</b>  <i>The Relationship between In-Hospital Information and Patient Satisfaction after Acute Myocardial Infarction</i></p>	<p>Hensikten med artikkelen er å utforske og beskrive forholdet mellom informasjon og tilfredshet med helsehjelpen i etterkant av et hjerteinfarkt.</p>	<p>Dette er en tverrsnittsstudie.</p>	<p>Generelt var pasientene i studien fornøyd med helsehjelpen de mottok, men det viser seg at jo mer informasjon pasientene får desto mer fornøyd var pasientene med sykehusoppholdet. Men det viser seg at det ble gitt for lite informasjon om mulige fremtidige komplikasjoner for pasientene.</p>	<p>Artikkelen er relevant for min problemstilling siden jeg ønsker å undersøke hvordan undervisning og veiledning kan redusere risikoen for bevegelsesangst. Informasjon er viktig i begge disse begrepene.</p>
--	---	---------------------------------------	---	---

### 3.2 Tematisk Resultat

#### 3.2.1 Forekomsten av Kinesiophobia og frykt for bevegelse i etterkant av et hjerteinfarkt.

Hele 74,5% av deltakerne i studien til Şahin et al. (2021) opplevde ifølge TSK en høy grad av kinesiophobia. Pasientene med høy grad av Kinesiophobia var mye mer inaktive enn de med lav grad av kinesiophobia. Alle deltakerne i studien deltok på 30 økter med spesialisert hjerterehabilitering. Hjerterehabiliteringen reduserte forekomsten av kinesiophobia ned til 34,6%. Brunetti et al. 2017 viser at 83% av deres deltakere i studien hadde en høy grad av kinesiophobia, hvorav 67% av disse var innlagt for første gang på et sykehus. Kessen et al. (2020) viser at 43,5% av deltagerne opplevde en høy grad av kinesiophobia. I tillegg finner Åhlund et al. (2013) at avvikende adferd relatert til fysisk aktivitet var å finne hos 48% av pasientene ved undersøkelsestart. Bäck et al (2020) fant at ca. 25% av alle deltagerne opplevde en høy grad av Kinesiophobia. Bäck et al (2020), Brunetti et al. (2017), Bäck et al. (2016) og Şahin et al. (2021) har alle benyttet det validerte instrumentet TSK for å vurdere pasientenes opplevelse av Kinesiophobia. Det kan være hensiktsmessig å påpeke at definisjonen «Høy grad av Kinesiophobia» er noe vag, da forfatterne for de ulike artiklene har ulik definisjon på hva høy grad av Kinesiophobia er. Men, samtlige artikler definerer høy grad av Kinesiophobia når pasientene scorer over 30 på TSK. Det er altså ikke et standardisert lavt, moderat og høyt nivå av Kinesiophobia.

#### 3.2.2 Betydningen av god informasjon i etterkant av et hjerteinfarkt.

Pasienter med høy grad av kinesiophobia opplevde utydelig informasjon rundt hvor mye fysisk aktivitet de kunne gjøre ved utskrivelse fra sykehuset (Kessen et al. 2020). Dette resulterte i at pasientene ble usikre og redde. Bäck et al. (2020) viser til informasjon



som er gitt på en god og forståelig måte har en positiv effekt på fysisk aktivitet. Utydelig informasjon derimot førte til økt usikkerhet. Dette samsvarer med funnene i Kessen et al. (2020). Flere pasienter fortalte at ved fysisk aktivitet følte de at de opplevde en ny akutt hjertelatert hendelse, pasientene hadde lite kunnskap om hva som var normalt og ikke. Oterhals et al. (2006) skriver at 12% av pasientene var misfornøyd med informasjonen de fikk.

Harbman (2014) viste at en sykepleier som gjennomførte en sekundær forebyggende intervensjon hos hjerteinfarktpasienter hadde god effekt på å øke blant annet pasientenes fysiske aktivitet. Dette stemmer godt med funnene i Doležel & Jarošová (2019) som presiserer at pasienter som fikk edukasjon av en sykepleier i etterkant av et hjerteinfarkt økte statistisk sett antall fysiske minutter pr uke i motsetning til de som ikke var med i edukasjonsprogrammet. 1 måned etter oppstart av edukasjonsprogrammet hadde deltakerne økt sitt aktivitetsnivå med 35 minutter pr uke. Pasienter med lav grad av kinesiophobia følte seg sett og støttet av helsepersonellet (Kessen et al, 2020). I tillegg opplevde de at informasjonen som ble gitt var tydelig og lett å forstå.

Deltakerne ble delt inn i to grupper hvor det ble gjort et skille mellom pasienter med lav grad av kinesiophobia og høy grad av kinesiophobia (Kessen et al. 2020). Det var en del temaer som gikk igjen hos de ulike gruppene. Hos de med høy grad av kinesiophobia var temaene dårlig opplevelse av helsevesenet, negative tanker og negativitet rettet mot fysisk aktivitet. Hos de pasienten med lav forekomst av kinesiophobia var temaene forståelse av viktigheten av fysisk aktivitet og sosial støtte fremtredende.

### 3.2.3 Kinesiophobia versus hjerterehabilitering.

Åhlund et al. (2013) skriver at avvikende adferd relatert til frykt endrer seg over tid både for gruppen som deltok på hjerterehabilitering og kontrollgruppen. Hvis man skal sammenligne disse gruppene kan man se i artikkelen at gruppen som deltok på hjerterehabilitering hadde større grad av avvikende adferd enn kontroll gruppen ved utskrivelse av sykehuset. Etter 4 måneder ble det gjennomført nye målinger for avvikende adferd som viste at det var en signifikant reduksjon i avvikende adferd hos hjerterehabiliteringsgruppen. Studien viser at det var en mye større andel deltakere som gjennomført høy intensitetstrening etter 4 måneder i hjerterehabiliteringsgruppen, sammenlignet med kontrollgruppen.

Bäck et al. (2016) skriver at hjerteinfarktpasienter hadde i utgangspunktet stor sannsynlighet for å delta på hjerterehabilitering, men økt kinesiophobia reduserte allikevel deltagelsen. Kinesiophobia ble i all hovedsak påvirket av generell helse og muskel utholdenhet. Det finnes ingen stor forskjell på Kinesiophobia hos pasienter som legges inn med akutt koronar syndrom (AKS) og akutt hjertesvikt, men det viser seg at pasienter med stabil hjertesvikt har lavere kinesiophobia enn de som opplever en akutt hjertelatert hendelse (Brunetti et al. (2017). Videre viser artikkelen at Kinesiophobia er relatert til alder og utdanningsnivå. (Şahin et al. 2021) viser på den andre siden av det er ingen sammenheng mellom nivå av kinesiophobia og alder.

Generell helse og god muskel utholdenhet øke sjansen for at pasientene deltok på hjerterehabilitering, selvrappert angst og alvorlighetsgrad av sykdom reduserte sjansen for deltagelse på hjerterehabilitering (Bäck et al. 2016).

Flere pasienter rapportere at det var for lang tid mellom utskrivelse og oppstart av hjerterehabilitering (Kessen et al, 2020).

### 3.2.4 Mestring av hjerteinfarkt

Bäck et al. (2020) skriver at hvordan pasienten mestrer frykt for bevegelse i etterkant av hjerteinfarkt kan sees i sammenheng med det de beskriver som internale og eksterne prosesser. Pasientene beskrev informasjon som en svært viktig del av deres mestingsprosess. Dette stemmer overens med Oterhals et al. (2006) som fant i sin studie at pasientenes oppfatning av informasjonen som ble gitt hadde stor påvirkning på pasientenes evne til mestring. Hjerterehabilitering kan være med på å hjelpe pasientene med å mestre tiden etter hjerteinfarkt. Men noen pasienter opplevde hjerterehabilitering som stressende.

## 4. Diskusjon

### 4.1 Pasientens behov for informasjon

Personer som opplever akutt sykdom har ofte et stort behov og ønske om å bli tilstrekkelig informert om sin tilstand (Eide & Eide, 2016, s. 292). Det å være tilstrekkelig informert betyr i mange sammenhenger å ha økt sin forståelse eller kunnskap for det aktuelle (Oterhals et al. 2006). Som nevnt i 1.3.6 er informasjon noe som blir overført ved å benytte seg av ulike kommunikasjonskanaler. Kommunikasjon skal være rettet mot mottakeren og sørge for en effektiv og målrettet dialog som skal oppleves som positiv for pasienten (Håkonsen, 2018, s. 221)

Hvordan skal denne informasjonen kommuniseres over til pasientene? På den ene siden kan man benytte standardiserte sekundærforebyggende retningslinjer (Harbman, 2014), men ifølge (Pasient – og brukerrettighetsloven, 2021, § 3-5) skal informasjonen være tilpasset den aktuelle pasienten og man er lovpålagt som helsepersonell etter beste evne å sørge for at informasjonen som er gitt blir forstått. Travelbee (2005, s. 140) sier at sykepleieren kan gjennom kommunikasjon finne frem til den sykes individuelle behov. Det kan derfor tenkes til at Travelbee mener informasjonen som kommuniseres skal være tilpasset den aktuelle pasienten.

Pasient og brukerrettighetsloven skal sørge for at alle pasienter uavhengig av sykehus får det samme helsetilbudet, men ifølge Peersen et al. (2020) varierer rutineene rundt utskrivelse mellom de ulike sykehusene i Norge. Her kan man tenke seg at rutineene rundt informasjon om utskrivelse og videre behandlingsforløp også varierer. Disse rutineene står dermed i direkte strid med Pasient – og brukerrettighetsloven. På den andre siden kan det tenkes at ulike rutiner kan fremme individualiserte løsninger rettet mot den enkelte pasient.

Det er ingen klar sammenheng mellom informasjon og tilfredshet, men det later til at tilfredsstilte pasienter er mer mottakelig for å takke ja til medisinsk behandling (Oterhals et al. 2006). Det kan derfor argumenteres for at tilfredsstilte pasienter også vil være mer mottakelig for informasjon om fysisk aktivitet, og deltagelse på hjerterehabilitering i etterkant. Målet med informasjonen vil være å gjøre pasientene klar over viktigheten av fysisk aktivitet i etterkant av et hjerteinfarkt.

Sykepleieren er i en god posisjon til å kunne informere pasientene, og ifølge Doležel & Jarošová (2019) spiller sykepleieren en svært sentral rolle i pasient edukasjonen som gjennomføres etter et hjerteinfarkt.

Otherhals et al. (2006) beskriver viktigheten av at informasjonen som kommuniseres er «adekvat» og det kan derfor tenkes til at informasjonen bør være faglig forankret i et «enkelt» språk. Det betyr at informasjonen skal omhandle for eksempel patofysiologien bak et hjerteinfarkt, men forklart på en slik måte at mannen i gata kan forstå budskapet. Lazarus & Folkman (1984, s. 154) skriver at en person som nylig har opplevd å bli diagnostisert med en sykdom søker og evaluerer informasjon som igjen kan resultere i økt angst. Pasienten blir med andre ord fanget i en problemfokuset mestring som kan øke hans emosjonelle strategier rundt ulike unnvikende adferder. I lys av Otherhals et al. (2006) beskrivelse av adekvat informasjon kan man argumentere for at det er avgjørende at sykepleieren er klar over at informasjon som ikke er skreddersydd den enkelte pasient kan resultere i økt angst hos pasienten. Dette er uheldig. Kanskje det er dette standardiserte retningslinjer kan føre til?

Lazarus & Folkman beskriver mestring som ulike indre og ytre prosesser, og det kan derfor tenkes at man som sykepleier gjennom god kommunikasjon og adekvat informasjon kan være med på å starte denne endringsprosessen som skal til for å mestre det aktuelle. Ifølge Mæland (2009 s.121) er norske pasienter fornøyd med den medisinske behandlingen de får, men de ønsker mer informasjon. Videre skriver Mæland at for mange pasienter er usikkerheten og uvissheten verre enn de fysiske plagene.

#### 4.2 Undervisning og veiledning

Som sykepleier har man en rekke ulike funksjoner (Kristoffersen et al. 2016 s. 17). Disse funksjonene omfatter blant annet helsefremming, lindring og undervisning og veiledning. Dette er bare noen av funksjonene en sykepleier må beherske. Er det mulig å inneha så mange funksjoner, og samtidig gjennomføre disse oppgavene effektivt og til pasientens beste?

Harbman (2014) viser til at en sykepleier som er videreutdannet innen blant annet rådgivning kan sees på som ideell til å gjennomføre forebyggende tiltak rettet mot hjertesyke pasienter. Sykepleieren som gjennomførte denne forebyggende intervensjonen jobbet på en pasientsentrert måte hvor pasientens preferanser og prioriteringer er i sentrum. Det kan påpekes at dette stemmer overens med Tveitens (2014, s. 22) beskrivelse av veiledning hvor hun sier at dialogen som benyttes i veiledningen skal være sentrert rundt fokuspersonen, som i dette tilfellet er pasienten. Videre sier Tveiten at veiledningsdialogen skal inneholde kunnskap som er et av kriteriene for at undervisning skal oppstå. Det later derfor til at kommunikasjon, kunnskap og bevissthet rundt fenomenet dialog er viktig for å oppnå en suksessfull veiledning.

Som nevnt i 1.3.5 er målet med undervisning og veiledning læring, men for at læring skal oppstå må pasientens mestringskompetanse styrkes. Mestring kan ifølge Tveiten (2014, s. 22) innebære å være bevisst det aktuelle og ha tilgang til egne ressurser og benytte disse ressursene på en hensiktsmessig måte. Mestring, ifølge Lazarus & Folkman, beskrives som konstante endringer av kognitive og adferdsmessige forsøk på å endre eksterne og interne krav som er vurdert til å enten belaste eller overskride personens ressurser. Lazarus og Folkman eksemplifiserer disse ressursene som for eksempel helse og energi, positive tanker og sosiale ferdigheter (Lazarus og Folkman, 1984 s. 159-164).

Tveiten på den andre siden skriver at mestringskompetanse kan inneholde ulike aspekter som for eksempel holdninger, følelser, ferdigheter og ulike typer kompetanse som fokuspersonen hadde fra tidligere (Tveiten, 2014 s. 22). Det kan argumenteres for at Tveitens mestringskompetanse er tilnærmet lik Lazarus og Folkmans definisjon på ressurser som fremmer mestring.

Bäck et al. (2016) skriver at mestring av bevegelsesfrykt i etterkant av et hjerteinfarkt er en dynamisk prosess. Dette hevder Tveiten (2014 s. 21) at veiledning også er. Lazarus og Folkman (1984) beskriver mestring som en prosess som ikke er tilfeldig. Videre skriver Lazarus og Folkman at endring kan oppstå ved for eksempel å benytte seg av en mestringsstrategi som endrer personens oppfatning av det aktuelle. Her kan det argumenteres for at veiledning kan være et viktig verktøy for å oppnå en positiv mestringsstrategi hos pasienter etter nylig gjennomgått hjerteinfarkt, og som samtidig lider av bevegelsesangst. Når Tveiten (2014, s. 22) skriver at mestringskompetansen skal styrkes kan det tolkes dit at fokuspersonen gjennom bevisstgjøring og trening erverver seg en salutogen tilnærming til det aktuelle. Igjen, her kan det tenkes til at god veiledning kan være et nyttig verktøy for å oppnå en helsefremmende tilnærming og benytte seg av positive mestringsstrategier.

Pasienten som veiledes har selv de beste forutsetningene for å gå den riktige veien, men det er veilederens ansvar å legge til rette for at dette kan skje (Tveiten, 2014 s. 23). Kessen et al. (2020) skriver at flere av deltagerne i deres studie følte de fikk uspesifikk informasjon rundt fysisk aktivitet og dette resulterte i økt usikkerhet ved utskrivelse av sykehuset. Hvis en tar utgangspunkt i Tveiten (2013) sin definisjon på veiledning som en istandsettingsprosess hvor veilederen skal legge til rette for å øke pasientens mestringskompetanse kan det tenkes at helsepersonellet ikke har gitt tilfredsstillende veiledning til pasienten i denne studien.

I studien til Harbman (2014) gjennomførte en sykepleier 5 samtaler med pasientene hvor den første samtalen ble gjennomført før utskrivelse og den siste ble gjennomført 3 måneder etter utskrivelse. Studien viser at pasienter som fikk en sekundærforebyggende intervensjon av en sykepleier oppnådde behandlingsmål raskere enn pasientene som fikk «normal» behandling. Doležal & Jarošová (2019) skriver at pasientene trenger støtte av helsepersonell også etter utskrivelse av sykehuset for å sikre en permanent livsstilsendring. Noe som det kan tenkes til at de fikk i Harbman (2014) sin studie. Harbman (2014) skriver at pasienter som har blitt undervist av en sykepleier om røyking, blodtrykksbehandling og fysisk aktivitet har lavere mortalitet i etterkant av hjerteinfarkt enn de som ikke har blitt undervist. I tillegg skriver Harbman at sykepleierintervensjoner tidlig i sykdomsforløpet som tar for seg viktigheten av fysisk aktivitet kan redusere utviklingen av kinesiofobia. Peersen et al. (2021) konkluderer i sin studie med at det er viktig å sette fokus på sekundærforebyggende tiltak og poliklinisk oppfølging ved sykehus. Pasienter trenger mer informasjon ved utskrivelse av sykehuset (Otherhals et al. 2006) og denne informasjonen skal ifølge Kessen et al. (2020) være skreddersydd.

Man kan derfor argumentere for at økt fokus på veiledning og pasientundervisning er et svært viktig profylaktisk tiltak som vil hvis gjort riktig ha svært helsefremmende resultater.

Avslutningsvis kan man tilføye at det er viktig å være klar over at organisatoriske faktorer virker inn (som for eksempel turnus og deltidsstillinger). Dette er nødvendigvis ikke den enkelte sykepleier sitt ansvar. Det må presiseres at dette ikke er en del av

problemstillingen, men det er viktig å se helheten i gjennomføringen av sykepleie på ulike sengeposter. Det kan tenkes til at dette også er et ledelsesansvar, og at det må bygges en kultur for å gjennomføre god veiledning ute på avdelingen.

#### 4.3 Konsekvenser av bevegelsesangst

Som nevnt i 3.2.1 viser litteraturen til at en relativt stor andel av hjerteinfarktpasienter opplever bevegelsesangst i etterkant av hjerteinfarkt. Generelt vil angst alltid være en uhensiktsmessig og urasjonell reaksjon (Håkonsen, 2018 s. 297). Disse reaksjonene er ofte basert på en overvurdering av «faren» og en undervurdering av seg selv. Typiske symptomer på angst er hjertebank, pasientene blir klamme og svette, og får ofte anstrengt pust (Håkonsen, 2018 s. 301). Hjerteinfarktpasienter kan ofte oppleve takyarytmi som for eksempel atrieflimmer og atrieflutter mens hjerteinfarkt pågår (Eikeland et al. 2017 s. 248). Pasientene vil ofte være sirkulatorisk påvirket, slik at bleke og klamme pasienter er normalt ved hjerteinfarkt. Av egen erfaring vet man at fysisk aktivitet øker hjertets frekvens, øker pustearbeidet og ved hard fysisk aktivitet vil man begynne å svette. Derfor kan man argumentere for at symptomene på angst, hjerteinfarkt og fysisk aktivitet kan minne om hverandre. Selvfølgelig er det flere forskjeller, men for en pasient som nylig har gjennomgått et hjerteinfarkt kan de kroppslige reaksjonene på angst, hjerteinfarkt og trening være relativt lik. Ifølge Håkonsen (2018, s. 300) vil en pasient med angst (dette gjelder også bevegelsesangst) velge ut informasjon ut ifra tidligere erfaringer eller nåværende erfaringer som stemmer overens med pasientens forestillinger.

Bäck et al. (2016) skriver at hjerteinfarktpasienter hadde i utgangspunktet stor sannsynlighet for å delta på hjerterehabilitering, men økt kinesiofobia reduserte deltagelsen. Videre skriver hun at et stort antall hjertesyke pasienter opplever frykt for bevegelse i etterkant av hjerteinfarkt. Denne pasientgruppen unngår konsekvent fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet er både helsefremmende og forebyggende, men det er også en viktig del av rehabilitering og behandling i etterkant av sykdom (Skaug, 2011, s. 271). Bäck et al. (2016) skriver at avvikende adferd relatert fysisk trening kan være en naturlig reaksjon i en akutfase av hjerteinfarkt. Det er i det øyeblikket frykten blir urasjonell, og inngripende at det blir et problem. Pasientene som ikke er i stand til å mestre denne frykten er i risiko for å utvikle kinesiofobia (Bäck et al, 2020). Noen pasienter ifølge Bäck et al. (2020) prøver å utfordre frykten for bevegelse ved å gjennomføre de aktivitetene de frykter, mens noen pasienter blir fanget i en ond sirkel med bevegelsesangst Dette uavhengig om de hadde stor glede av aktiviteten før hjerteinfarkt. Ifølge studien til Åhlund et al. (2013) er den beste måten å overkomme frykt på å konfrontere den. Bäck et al. (2016) viser til en studie som konkluderer med at Kinesiofobia er et hinder for deltagelse på hjerterehabilitering. Et av målene med hjerterehabilitering er å redusere risikoen for reinnleggelse (Eikeland et al. 2017 s. 274). Videre hevder Eikeland at sykepleierintervensjoner har vist seg å ha positiv effekt på pasientene på rehabilitering. Det samme hevder Harbman (2014). Det kan da argumenteres for at sykepleierens funksjon i rehabiliteringsforløpet er avgjørende for at pasientene skal oppnå et helsefremmende resultat. Både Eikeland et al. (2017 s. 274) og Bäck et al. (2020) hevder at hjerterehabilitering er bygget opp av 3 faser hvor den første fasen varer ca. 2 uker. Denne fasen er mest relevant for problemstillingen. Denne fasen innebærer blant annet undervisning og veiledning i risikofaktorer (Eikeland et al. 2017 s. 274). Brunetti et al. (2017) skriver at Kinesiofobia må tas på alvor i en tidlig fase etter

et hjerteinfarkt for å kunne identifisere utsatte pasienter, og tilby individualiserte forebyggende tiltak.

For å konkludere later det til at konsekvensen av Kinesiophobia er lavere deltagelse på hjerterehabilitering, og som presentert i 3.2.3 har hjerterehabilitering positiv effekt på høyintensitetstrening. Og som nevnt tidligere er fysisk aktivitet viktig for å forebygge et nytt hjerteinfarkt (Eikeland et al. 2017 s. 274).

#### 4.4 Kinesiophobia reduserer deltagelsen på hjerterehabilitering

Bäck et al. (2016) benytter seg av en modell som resulterer i to ulike måter å håndtere en akutt sykdom på: Konfrontere det aktuelle eller unngå det aktuelle. I lys av problemstillingen i oppgaven, kan man tenke seg til at fysisk aktivitet er et bedre alternativ, enn et nytt hjerteinfarkt selv om bevegelsesangsten kan være svært inngripende og intens. Pasientgruppen i denne oppgaven vil i de fleste tilfeller være mottagelig for forandring, da de aller fleste opplevde hjerteinfarkt som et stort traume og ønsker å redusere risikoen for at et nytt oppstår. Lazarus & Folkman (1984) skriver at evnen til å løse problemer fremmer mestring, og det kan derfor argumenteres for at hvis pasienten konfronterer frykten for bevegelse vil dette kunne resultere i at pasienten mestrer bevegelsesfrykten bedre. Dette vil ifølge Lazarus & Folkman være problemorientert mestring. Åhlund et al. (2013) skriver også at den beste måten å overkomme en frykt på er å konfrontere den. I tillegg er det nevnt i 1.3.3 at mestring kan oppstå direkte mot personens forståelse av det aktuelle. Det kan derfor argumenteres for at gjennom undervisning og veiledning kan man endre pasientenes forståelse til en måte som fremmer mestring.

På den andre siden kan en tenke seg til at hvis en hjertepasient neglisjerer viktigheten av fysisk aktivitet i etterkant av hjerteinfarkt kan dette i noen tilfeller være en effektiv unnvikende strategi, men hvis pasienten har fått tilstrekkelig med informasjon av en sykepleier om hvorfor fysisk aktivitet er viktig vil pasienten kun bedra seg selv. Det kan i så fall tenkes til at dette er en lite effektiv mestring strategi på sikt. Emosjonsbasert mestring er ofte effektivt i en tidligfase av akutt sykdom, men det later til at gjennom informasjon og veiledning kan man forflytte seg over til en problembasert mestringsstrategi som vil være mer effektiv for pasientene. Hvis pasientene konfronterer frykten for bevegelse vil det ofte resultere i raskere rehabilitering, i motsetning til å unngå bevegelse som kan resultere i depresjon, angst og uførhet (Bäck et al. 2016). Kessen et al. (2020) skriver at flere pasienter med høy grad av kinesiophobia opparbeidet seg en passiv mestringsstrategi med en unnvikende adferd mot fysisk aktivitet. Disse pasientene følte at de hadde fått utilstrekkelig med informasjon hos helsepersonellet. Dette stemmer overens med (Bäck et al. 2016).

(Şahin et al. 2021) skriver at hjerterehabilitering reduserer dødelighet hos hjertepasienter, og det kan derfor argumenteres for at det er svært viktig at helsepersonell informerer pasienter på en slik måte at pasientene ønsker deltagelse på hjerterehabilitering. Europeiske retningslinjer for forebyggende tiltak mot hjerteinfarkt hevder at personsentrert kommunikasjon og aktiv pasientdeltagelse er avgjørende for å utvikle en god sykepleier-pasient relasjon (Bäck et al. 2020). Gode relasjoner mellom sykepleier og pasient øker sannsynligheten for at pasienten takker ja til rehabilitering. Travelbee (2005, s. 140) oppfordrer sykepleiere til å bli kjent med pasienten som individ, og se mennesket bak begrepet «pasient». Videre sier Travelbee at hvis sykepleieren kjenner individet vil man enklere vite når man bør kommunisere og eventuelt hva som

bør kommuniseres. Det å kjenne individet kan resultere i et menneske til menneske forhold som er ifølge Travelbee (2005, s. 142) et viktig verktøy for å oppfylle sykepleiens mål og hensikt.

Flere pasienter hevder det er for lang tid mellom utskrivelse og oppstart av hjerterehabilitering, og at dette resulterer i økende usikkerhet rettet mot fysisk aktivitet (Kessen et al. 2020). Og vi vet at Kinesiophobia reduserer deltagelsen på hjerterehabilitering (Bäck et al. 2016). Det kan tenkes til at usikkerhet fører til en lite effektiv mestringsstrategi og reduserer deltagelsen på hjerterehabilitering. Det later til at usikkerhet øker kinesiophobia hos hjertepasienter. Ifølge studien til Harbman (2014) kan det tenkes til at løsningen kan være intervensjoner gjennomført av en sykepleier, hvor sykepleieren følger opp pasienten både in-hospitalt og etter utskrivelse. Dette er også i tråd med Travelbees teori om menneske til menneske forhold i samhandlingen mellom sykepleier og pasient.

#### 4.5 Forslag til videre forskning

Helt kort ønsker jeg å komme med noen forslag til videre forskning på dette temaet.

- Forskning på sykepleieintervensjoner rettet mot bevegelsesangst hos hjerteinfarktpasienter i norske sykehus må til.
- Få utviklet et validert verktøy til norske sykehus for å vurdere bevegelsesangst hos hjertepasienter.
- Forskning på hvor godt pasienter med bevegelsesangst blir fulgt opp i etterkant av utskrivelse fra sykehus.
- Effekten av hjerterehabilitering hos pasienter med påvist bevegelsesangst.

#### 4.6 Metoderefleksjon

Begrepet Kinesiophobia defineres som en urasjonell frykt for bevegelse. Håkonsen (2018, s. 253) definerer frykt som en normal reaksjon på noe som oppleves som truende og farlig. Videre definerer Håkonsen angst som en urasjonell fryktreaksjon på noe som man ikke nødvendigvis vet hva utløser. Litteraturen som er brukt i denne oppgaven bruker definisjonen urasjonell frykt når det snakkes om kinesiophobia. Derfor har jeg valgt å bruke det norske ordet «bevegelsesangst» og kinesiophobia om hverandre.

Artikkelen til Oterhals et al. (2006) er publisert i 2006, men etter egen vurdering av innholdet fremstår studien som relevant.

I tolkningen av Lazarus & Folkman (1984) er det benyttet originallitteratur som er skrevet på engelsk. Det er oversatt og tolket etter beste evne.

Samtlige forskningsartikler er skrevet på engelsk, og de er oversatt og tolket etter beste evne. Flere artikler er skandinaviske, men det var vanskelig å finne artikler som omhandlet Kinesiophobia i norske sykehus.

Noen av studiene i denne oppgaven bruker begrepet akutt hjertesyrke pasienter, hvorav begreper som hjertesvikt og ustabil angina pectoris er inkludert. Dette styrker oppgaven etter min mening da det belyser at det ikke bare er hjerteinfarktpasienter som opplever bevegelsesangst.

## 5. Konklusjon

I denne litteraturoppgaven har jeg forsøkt å svare på problemstillingen «Hvordan kan sykepleieren gjennom undervisning og veiledning redusere bevegelsesangst hos pasienter med nylig gjennomgått hjerteinfarkt? Utgangspunktet var egne erfaringer fra klinisk praksis og behovet for å finne kunnskapsbasert støtte for at sykepleiere kan øke pasientens forståelse av egen situasjon, og at bekymringen for bevegelse og fysisk aktivitet etter nylig gjennomgått hjerteinfarkt dermed kan reduseres. Litteraturen viser at sykepleieren gjennom målrettet kommunikasjon og veiledning, og på en pasientsentrert fremgangsmåte, kan man gi pasienten kunnskapen og erfaringen som pasienten trenger for å endre sin mestringskompetanse. Denne kunnskapen kan sees på som ressurser i Lazarus & Folkmans definisjon på mestring. Med andre ord kan sykepleiere hjelpe pasientene med å mestre sin bevegelsesangst, ved at pasientene velger en vei som fremmer mestring i stedet for å hindre mestring. Sykepleieren må starte veiledningsprosessen hos pasientene, og gjennom undervisning, adekvat kommunikasjon og informasjon veilede pasientene i å selv velge positive mestringsstrategier. Sykepleieren er i en svært god posisjon for å drive med sekundærforebyggende intervensjoner rettet mot pasienter med hjerteinfarkt som uhensiktsmessig engster seg for å være fysisk aktive. For å oppsummere resultatene later det til at sykepleieren gjennom adekvat kommunikasjon og informasjon, samtidig som sykepleieren er bevisst sin rolle som veileder, kan veilede pasientene i å velge strategier som fremmer mestring og reduserer bevegelsesangst. På tross av at redsel for å bevege seg virker til å være noe som angår mange pasienter etter gjennomgått hjerteinfarkt var det forholdsvis lite sykepleiefaglig forskning på området. Dette taler for at det er behov for økt fokus på tematikken, både i forskningen og i klinisk praksis.



## Referanser

- Bäck, M., Caldenius, V., Svensson, L., & Lundberg, M. (2020). Perceptions of Kinesiophobia in Relation to Physical Activity and Exercise After Myocardial Infarction: A Qualitative Study. *Physical Therapy*, 100(12), 2110–2119. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzaa159>
- Bäck, M., Cider, Å., Herlitz, J., Lundberg, M., & Jansson, B. (2016). Kinesiophobia mediates the influences on attendance at exercise-based cardiac rehabilitation in patients with coronary artery disease. *Physiotherapy theory and practice*, 32(8), 571–580. <https://doi.org/10.1080/09593985.2016.1229828>
- Brunetti, N. D., Guerra, A., Ieva, R., Correale, M., Santoro, F., Tarantino, N., & Di Biase, M. (2017). Scared for the scar: fearsome impact of acute cardiovascular disease on perceived kinesiophobia (fear of movement). *Clinical cardiology*, 40(7), 480–484. <https://doi.org/10.1002/clc.22682>
- Dalland, O. (2018). Metode og oppgaveskriving. (6.utgave, 3.opplag). Gyldendal Norsk Forlag.
- Doležel, J., & Jarošová, D. (2019). Educational Process in Patients After Myocardial Infarction. *Central European Journal of Nursing & Midwifery*, 10(2), 1026–1034. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2019.10.0010>
- Eide, H. & Eide, T. (2016) *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning og etikk* (2.utg). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eikeland, A. Stubberud, D-G. Haugland, T. (2017). Sykepleie ved hjertesykdommer. Almås, H (Red). *Klinisk sykepleie 1* (5.utgave, bind 1, s. 229-281).
- 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.
- Harbman, P. (2014). The development and testing of a nurse practitioner secondary prevention intervention for patients after acute myocardial infarction: A prospective cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(12), 1542–1556. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.04.004>
- Haugen, A. J., Grøvle, L., Keller, A., & Grotle, M. (2008). Cross-cultural adaptation and validation of the Norwegian version of the Tampa scale for kinesiophobia. *Spine*, 33(17), E595–E601. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e31817c6c4b>

Håkonsen, K.M. (2018) *Psykologi og psykiske lidelser* (5.utg). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ingstad, K. (2013) *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid* (1.utg). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Keessen, P., Latour, C., van Duijvenbode, I., Visser, B., Proosdij, A., Reen, D., & Scholte Op Reimer, W. (2020). Factors related to fear of movement after acute cardiac hospitalization. *BMC cardiovascular disorders*, 20(1), 495.  
<https://doi.org/10.1186/s12872-020-01783-9>

Kristoffersen, N.J. Nortvedt, F. Skaug, E-A. Grimsbø, G.G. (2016). *Hva er sykepleie? Sykepleie – fag og funksjoner*. Grimsbø, G. G (red.) *Grunnleggende sykepleie – sykepleie – fag og funksjon* (3.utgave, bind 1, s. 16-29). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, N.J & Breievne G. (2017). Lidelse, mening og håp. Grimsbø, G.H. (red), *Grunnleggende sykepleie bind 3* (3. utgave, bind 3, s. 237-295). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lazarus, S. R. & Folkman, S. (1984) *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.

Mæland, J.G. (2009). *Forebyggende helsearbeid – i teori og praksis* (2.utgave, 4 opplag). Universitetsforlaget AS.

Norsk sykepleierforbund (2019) *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF.no.  
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Oterhals, K. Hanestad, B. R. Eide, G. E. Hanssen, T.A. (2006) The Relationship between In-Hospital Information and Patient Satisfaction after Acute Myocardial Infarction, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, Volume 5, Issue 4, Pages 303–310,  
<https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2006.01.004>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (2021). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-2021-05-07-31). Lovdata.no. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL\\_3#%C2%A73-2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#%C2%A73-2)

Peersen K, Munkhaugen J, Olsen SJS, Otterstad Je, Sverre E. (2021). Rehabilitering og sekundærforebygging etter hjerteinfarkt ved sykehus. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0349>

Rossen, Eirik: *informasjon* i *Store norske leksikon* på snl.no. Hentet 6. mai 2022 fra <https://snl.no/informasjon>

Şahin, H. B., Kalaycıoğlu, E., & Şahin, M. (2021). The effect of cardiac rehabilitation on kinesiophobia in patients with coronary artery disease. *Turkish Journal of Physical*

*Medicine & Rehabilitation* (2587-1250), 67(2), 203–210.  
<https://doi.org/10.5606/tftrd.2021.5164>

Skaug, E-A. (2011) Aktivitet. I Skaug, E-A (Red). *Grunnleggende sykepleie bind 2: Grunnleggende behov* (2.utave, bind 2, s. 269-301). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Sykepleien.no (2018, 16.februar) *Overlever utblokkingen – men hva så?* Sykepleien.no.  
<https://sykepleien.no/2018/02/overlever-utblokkingen-men-hva-sa>

Thiedemann, I.J. (2020) *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk skriving* (2.utg). Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (2005). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (1.utgave, 4. opplag). Gyldendal Norsk Forlag.

Tveiten, S. (2013) *Veiledning – mer enn ord...* (4.utg). Fagbokforlaget.

Wyller, V. B. (2014). *Hjertesykdommer SYK 1* (3.utg) Cappelen Damm AS.

Åhlund, K., Bäck, M., & Sernert, N. (2013). Fear-Avoidance Beliefs and Cardiac Rehabilitation in Patients with First-Time Myocardial Infarction. *Journal of Rehabilitation Medicine (Stiftelsen Rehabiliteringsinformasjon)*, 45(10), 1028–1033.  
<https://doi.org/10.2340/16501977-1219>.

