

Cecilie Ystmark (10216)
Marthe Stensaas Søreid (10062)

Hvordan kan sykepleier bidra til mestring av frykt for fysisk aktivitet etter hjerteinfarkt?

Antall ord: 7614
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2023

Cecilie Ystmark (10216)
Marthe Stensaas Søreid (10062)

Hvordan kan sykepleier bidra til mestring av frykt for fysisk aktivitet etter hjerteinfarkt?

Antall ord: 7614
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie
Juni 2023

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



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Hjerte- og karsykdommer er den største dødsårsaken i verden, og 85% av disse dødsfallene skyldes hjerteinfarkt eller slag. Hjerteinfarkt kan forebygges ved å redusere risikofaktorer, som eksempelvis fysisk inaktivitet. Dette kan også forebygge nye infarkt når det allerede har hendt, men belastningen på hjertet kan da for mange oppleves skremmende. Frykt for fysisk aktivitet kan betegnes som kinesiofobi, og blir en viktig faktor å håndtere i rehabiliteringsprosessen etter hjerteinfarkt.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å undersøke pasientopplevelsen og ambivalensen rundt fysisk aktivitet i etterkant av et hjerteinfarkt og diskutere hvordan sykepleier kan bidra til mestring av frykt for fysisk aktivitet.

Metode: En litteraturstudie gjennomført våren 2023 basert på ni forskningsartikler.

Resultat: Å ha gjennomgått hjerteinfarkt motiverte til livsstilsendringer som økt fysisk aktivitet, men medførte også barrierer som frykt og angst. Kinesiofobi reduserte sannsynligheten for deltakelse på hjerterehabilitering, men ble derimot også redusert ved deltakelse. Individuell tilpasning og støtte gjennom informasjon, undervisning og veiledning viste seg betydningsfullt i rehabiliteringsprosessen mot mestring.

Konklusjon: Tidlig oppdagelse av kinesiofobi og å fremme deltagelse på hjerterehabilitering er viktig for å konfrontere frykten under trygge rammer. Dette, sammen med individuell tilpasning og støtte i sykepleiers informasjon, undervisning og veiledning, kan bidra til mestring av frykt for fysisk aktivitet. Sykepleieoppfølging i balanserte former kan bidra til rehabiliteringens bærekraft og mestring av hverdagslivet i etterkant.

Abstract

Background: Cardiovascular diseases are the biggest cause of death in the world, and 85% of these deaths are caused by either a heart attack or a stroke. A heart attack can be prevented by reducing risk factors, such as physical inactivity. Reducing risk factors can furthermore prevent new infarcts if one already has occurred, but strain on the heart can then for many be experienced as frightening. Fear of physical activity can be defined as kinesiophobia, and is an important factor to overcome in the rehabilitation process after a heart attack.

Aim: The aim of this study is to investigate patient experience and ambivalence around physical activity after a heart attack and discuss how to contribute as a nurse to patients overcoming fear of physical activity.

Method: A literature study done in the spring of 2023 based on nine research articles.

Result: Going through the experience of having a heart attack motivated a change of lifestyle which included physical activity, but with that came barriers such as fear and anxiety. Kinesiophobia reduced the likelihood for participation in cardiac rehabilitation, while participation led to a reduced form of kinesiophobia. Individualization and support through information, education and guidance appeared as significant in the rehabilitation process towards coping.

Conclusion: Early discovery of kinesiophobia and participation in cardiac rehabilitation is important for confronting fear under safe and comforting circumstances. This, with individualization and support in the nurse`s information, education, and guidance, can contribute to overcoming fear of physical activity after a heart attack. Balanced nurse-led follow-up can contribute to the rehabilitation's sustainability and the coping with daily life later.

Innhold

1.Introduksjon	6
1.1. Introduksjon til tema	6
1.2. Relevans for sykepleie	6
1.3 Bakgrunnsteori	7
1.3.1 Hjerterinfarkt og aterosklerose	7
1.3.2 Angst og frykt	7
1.3.3 Kinesiofobi og fysisk aktivitet	7
1.3.4 Sykepleiers rolle, ansvars- og funksjonsområder	8
1.3.5 Informasjon, undervisning og veiledning	9
1.3.6 Egenomsorg, mestring og empowerment	10
1.3.7 Joyce Travelbee og Dorothea Orems sykepleieteorier	10
1.4 Hensikt og problemstilling	11
2.Metode	12
2.1 Beskrivelse av metode	12
2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier	12
2.3. Søkestrategi og søkehistorikk	13
2.4. Vurdering og valg av artikler	16
2.5. Analyse	16
3. Resultater	18
3.1. Artikkelmatrise	18
3.2. Presentasjon av resultater	23
3.2.1. Kinesiofobiens påvirkning	23
3.2.2. Veiledning, undervisning og møtt informasjonsbehov om fysisk aktivitet	23
3.2.3. Individuell tilpasning og oppfølging	24
3.2.4. Pasientenes opplevelse av mestring	24
4. Diskusjon	27
4.1. Identifisering av barrierer og tidlig oppdagelse av kinesiofobi	27
4.2. Håndtering av barrierer og bruk av individuelt tilpasset informasjon, undervisning og veiledning til å motivere pasienten	28
4.3. Rehabilitering, oppfølging og livet videre	30
4.4. Betydning for sykepleiepraksis	32
4.5. Styrker og svakheter	32
4.6. Konklusjon	33
Referanser	34

Tabeller

Tabell 2.1 Konsepttabell	12
Tabell 2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	13
Tabell 2.3 Søketabell	14
Tabell 2.5 Analyse av hoved- og undertemaer	17
Tabell 3.1 Artikkelmatrise	18

1. Introduksjon

1.1. Introduksjon til tema

Hjerte- og karsykdommer er den største dødsårsaken i verden (WHO, 2021). I 2019 mistet omtrent 17.9 millioner mennesker livet på grunn av hjerte- og karsykdommer, noe som vil si 1/3 av alle dødsfall globalt det året. Av disse mistet 85% livet på grunn av hjerteinfarkt eller slag (WHO, 2021). De fleste tilfeller av hjerte- og karsykdommer kan forebygges ved å minske risikofaktorer som røyking, usunne kostvaner og fysisk inaktivitet (WHO, 2021). Hjerte- og karregisteret registrerte mellom tiårsperioden 2012-2022 en 40% nedgang i hjerteinfarkt, som en stor del kan forklares av en sunnere levestandard (Folkehelseinstituttet, 2022). De siste årene har likevel nedgangen flatet ut til forventet nivå (Folkehelseinstituttet, 2022).

Fysisk inaktivitet er en av risikofaktorene til utvikling av hjerte- og karsykdommer og å holde seg fysisk aktiv blir derfor viktig i forebygging av nye hjerteinfarkt (Eikeland et al., 2013, s.215), også når det allerede har hendt. Fysisk aktivitet kan dessuten styrke psyken, til tross for frykt og angst som kan fremtre etter hjerteinfarkt (Eikeland et al., 2013, s.208). Belastning på hjertet i etterkant kan da for mange oppleves skremmende, og ambivalente følelser vil kunne komme til uttrykk i rehabiliteringsprosessen. Frykt for bevegelse etter hjerteinfarkt kan betegnes som kinesiofobi (Bäck et al., 2016) og vil være nødvendig å håndtere for å gjennomføre fysisk aktivitet i hjerterehabiliteringen.

1.2. Relevans for sykepleie

Sykepleie innebærer pleie av mennesker med ulike behov for hjelp, og et viktig utgangspunkt er å se mennesket som en helhet (Kristoffersen et al, 2016, s.27). Hjerteinfarkt grunnet fysisk sykdom vil også kunne medføre en psykisk belastende livssituasjon, noe som understreker essensen av helhetsperspektivet for god ivaretagelse av pasientens behov.

Prioriteringer er kjente utfordringer i en sykepleiers hverdag, og pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt vil kunne føle behov for hjelp både somatisk og psykososialt. I livsavgjørende situasjoner, som den akutte fasen etter hjerteinfarkt, prioriteres somatiske behov først i det standardiserte ABCDE-prinsippet. Infarktpasienter vil ha ulike behov, og det vil være forskjell fra den akutte til den rehabiliterende fasen. Pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt vil omtales som infarktpasienter videre i oppgaven.

1.3 Bakgrunnsteori

1.3.1 Hjerteinfarkt og aterosklerose

Hjerte- og karsykdommer er et felles begrep for sykdommer som rammer hjertet og blodårer (Thelle, 2023), og kransarterier er blodårer som forsyner hjertemuskelen (Helsenorge, 2020). Den vanligste årsaken til sirkulasjonsforstyrrelser i arteriene, deriblant hjerteinfarkt, er aterosklerose (Ørn et al., 2015, s.188). Aterosklerose oppstår i blodårer med høyt trykk, og åreveggen på disse vil slites mest på områder der blodet har høyest hastighet (Ørn et al., 2015, s.188). Aterosklerotisk plakk er en ansamling av fettstoffer, hvite blodceller og bindevevsfibre som dannes i en inflammasjonsprosess (Ørn et al., 2015, s.188). Dersom dette plaket revner og kommer i direkte kontakt med blodet, vil det skape trombinproduksjon, fibrinavleiring og blodplateaggregasjon som til slutt vil danne en blodpropp, også kalt trombe. Hjerteinfarkt oppstår når en slik trombe har tettet en av kransarteriene og medført nedsatt blodtilførsel til hjertet (Helsenorge, 2020).

1.3.2 Angst og frykt

Angst og frykt vil være naturlige reaksjoner på en krisesituasjon som hjerteinfarkt (Eikeland et al., 2013, s.208). Det inntreffer ofte uten forvarsel og vil kunne oppleves som en utrygg og livstruende situasjon (Stubberud, 2019, s.22). Faren for plutselig død og at et nytt infarkt kan oppstå igjen, vil kunne sette spor hos pasienten. I tillegg vil bekymringer om livet videre etter hjerteinfarkt kunne føre til endret selvilde, truende identitets- og egenverdsfølelse, og en endret mestringsevne. Dette kan bli medvirkende i både hjerterehabiliteringen og tilbake i pasientens dagligdagse liv (Eikeland et al., 2013, s.217). For at sykepleier skal kunne bidra til å forebygge angst og utrygghet, er mestring og håndtering av reaksjoner ved kritisk sykdom nødvendig (Eikeland et al., 2013, s.208).

1.3.3 Kinesiofobi og fysisk aktivitet

Frykten og angsten som infarktpasienter kan kjenne på, kan også komme til uttrykk som en barriere i utførelsen av fysisk aktivitet i rehabiliteringsprosessen. Fysisk aktivitet vil kunne gi kardiologiske symptomer som andpustenhet og økt puls (Helsenorge, 2022). Dette kan utvilsomt oppleves ekstra utfordrende for infarktpasienter. Det er kjent at det finnes kjønnsforskjeller vedrørende symptomer på hjerteinfarkt, men kjønn er ikke et fokus i denne oppgaven. Begrepet kinesiofobi var ved oppstart av denne oppgaven ukjent, men ble oppdaget under søkeprosessen. Grunnet stor relevans og betydning for problemstillingen bygger store deler av oppgaven på begrepet, og vil videre i oppgaven bli omtalt synonymt med frykt for fysisk aktivitet. Det faktum at det er et etablert begrep viser at problemstillingen er et problemområde, særlig i forbindelse med hjerteproblematikk. Kinesiofobi beskrives som en irrasjonell, kraftig og hemmende frykt, og kan medføre at pasienter utvikler en unngåelsesatferd til fysisk aktivitet i rehabiliteringen (Bäck et al., 2016). Infarktpasienter har lettere for å endre livsstil og usunne levevaner enn andre som ikke har vært alvorlig syke, men likevel er det mange som ikke klarer å motivere seg selv og konfrontere sine utfordringer, som frykt (Ørn et

al., 2015, s. 190). Fysisk aktivitet bidrar til å øke kroppens stoffomsetning, styrker dens egenskap til å omsette glukose og bidrar til å fjerne fettstoffer fra blodet (Ørn et al., 2015, s. 190). Dette vil virke forebyggende for nye infarkt. Ved å motivere og tilrettelegge for fysisk aktivitet er det også stort potensial for å bedre pasienters psykiske helse, deriblant angst (Langeland, 2020, s.169). Fysisk aktivitet er i tillegg dokumentert som betydelig for å skape empowerment og mestringsopplevelse (Hauken, 2020, s.189).

1.3.4 Sykepleiers rolle, ansvars- og funksjonsområder

Sykepleiere kan møte infarktpasienter med behov for rehabilitering på ulike steder. Hvor møtet finner sted, kan ha innvirkning på sykepleiers rolle. I denne oppgaven vil det i hovedsak omhandle møter i en rehabiliteringsfase på sykehus og oppfølging deretter. Det vil også inkludere rehabiliteringsinstitusjoner og tilbud som gjerne er knyttet til sykehuset, slik som såkalt hjerteskoole - som ofte administreres av sykepleiere. Problemstillingen spisses derfor hovedsakelig mot spesialisthelsetjenesten.

Sykepleie består av fagspesifikke funksjoner og ansvar som sammen utgjør en integrert helhet (Kristoffersen et al., 2016, s.27). Dette vil i praksis sikre ivaretagelse av pasienters behov og rettigheter. De ulike pasientrettighetene spikres både gjennom pasient- og brukerrettighetsloven og helsepersonellovens lovfestede plikter (Molven, 2014, s.5). I tillegg understrekes viktigheten gjennom samsvar med sykepleieres yrkesetiske retningslinjer. Ansvars- og funksjonsområdene skal sikre det juridiske og etiske aspektet "omsorgsfull og faglig forsvarlig helsehjelp", og bidra til helhetlig ivaretagelse av pasientene (Molven, 2014, s.127-129). I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det konkretisert at "*sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom.*" (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Sykepleie kan i stor grad forklares som å hjelpe mennesker til å ta helsefremmende valg (Kristoffersen, 2016, s.19). Helsefremming kan defineres som en prosess som setter mennesker i stand til økt kontroll over faktorer som påvirker og forbedrer egen helse (Kristoffersen, 2016, s.354). Problemstillingen i denne oppgaven legger hovedsakelig til rette for et helsefremmende perspektiv i sykepleien, med pasientens perspektiv i fokus. Etter hjerteinfarkt vil det være gunstig å ta helsefremmende valg som fysisk aktivitet, noe som også vil virke sykdomsforebyggende ved å forhindre ny sykdom eller redusere komplikasjoner som eksempelvis et nytt hjerteinfarkt (Kristoffersen, 2016, s.354). Den helsefremmende og den sykdomsforebyggende funksjonen skilr ofte inn i hverandre (Alvsvåg, 2020, s.60), og kan på mange måter anses som komplementære.

Rehabilitering som ideologi baseres på anerkjennelse av begrepet individualisme, da alle forhold som påvirker pasientens livssituasjon må vurderes i rehabiliteringsprosessen for å sikre helhet (Romsland et al., 2022, s.23). I en rehabiliteringsprosess skal sykepleier ha kompetanse til å dekke både fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov hos pasienten (Romsland et al., 2022, s.27). Begrepet rehabilitering kan benyttes om prosessen mot å mestre en ny tilværelse og å tilpasse hverdagen til et liv etter hjerteinfarkt. I helsetjenesten kan begrepet defineres som innsatsen man gjør sammen med pasienten med mål om å styrke ressurser etter sykdom (Romsland et al., 2022, s. 11). Denne oppgaven vil omhandle både det generelle begrepet rehabilitering og også spesifikt hjerterehabilitering på sykehus eller ved institusjoner tilknyttet sykehuset. I sykepleiers rehabiliterende funksjon er støtte, motivering og tilrettelegging sentrale ord

(Nortvedt et al, 2013, s.22). Målet innebærer at infarktpasienten tilegner kunnskap og handlemåter som er nødvendig for å mestre livet etter hjerteinfarkt.

Sykepleiefunksjonene henger altså unektelig sammen i et helhetlig samspill. I den rehabiliterende funksjonen spiller også sykepleiers pedagogiske funksjon innen lærings- og mestringsarbeid en stor rolle. Denne funksjonen innebærer et ansvar for at pasientene opplever trygghetsfølelse gjennom informasjon, undervisning og veiledning, slik at de kan forstå helheten av sin sykdom og situasjon og mestre konsekvenser som oppleves utfordrende (Nortvedt et al, 2013, s.22).

1.3.5 Informasjon, undervisning og veiledning

Informasjon og undervisning til pasienter i en krisesituasjon kan være utfordrende fordi pasienten vil kunne ha vansker for å oppfatte det som blir formidlet (Eikeland et al., 2013, s.221). Likevel blir det anbefalt at pasienter blir informert tidlig, men at det blir gjentatt flere ganger (Eikeland et al., 2013, s.221). Begrepene informasjon, undervisning og veiledning brukes ofte synonymt, men innebærer imidlertid forskjeller. Den største forskjellen kan i stigende rekkefølge tolkes som varierende grad av en- til toveiskommunikasjon og økende brukermedvirkning.

Informasjon er nødvendig for pasientens egen forutsigbarhet, kontroll og kognitive evaluering (Stubberud, 2019, s.76). Pasient- og brukerrettighetsloven viser til at: «*pasienten har rett til informasjon om innholdet i helsehjelpen han får, og til den informasjonen han trenger for å få innsikt i sin helsetilstand*» (Stubberud, 2019, s.76). Informasjonen skal være individuelt tilpasset, og helsepersonell skal ifølge lovverket sikre at den er forstått. For infarktpasienter vil informasjon kunne bidra til mestring av pasientsituasjonen, eksempelvis i oppstart av fysisk aktivitet i rehabiliteringen (Stubberud, 2019, s.77).

I tillegg til informasjon, blir undervisning og veiledning ofte benyttet sammen i en prosess mot å nå mål om læring, mestring og styrking av pasientens ressurser (Kristoffersen, 2016, s.369). Undervisning og veiledning er lovpålagte ansvar og en viktig del av sykepleiers funksjon. Overfor pasienten innebærer dette å møte behovet for kunnskap og forståelse som er essensielt for ivaretagelse av egen helse (Kristoffersen et al, 2016, s.19). Undervisning vil på mange måter fungere opplysende og være et viktig grunnlag for veiledning til infarktpasienter. I denne oppgaven legges det størst vekt på veiledning, da den tolkes å basere seg mer på pasientens deltakelse og brukermedvirkning. Veiledning vil i dette tilfellet omhandle et samarbeid mellom sykepleier og pasient, der sykepleier legger til rette for at pasienten ser løsninger (Tveiten, 2020, s.249). I samarbeidet er gode relasjoner en viktig faktor, og støtte som pedagogisk metode blir gjerne brukt kombinert med veiledning (Kristoffersen, 2016, s.386). Veiledningen skal sette i gang en empowermentprosess hos pasienten som kan styrke mestringskompetanse (Tveiten, 2020, s.249).

1.3.6 Egenomsorg, mestring og empowerment

Egenomsorg og mestring er to sentrale mål innen sykepleie (Kristoffersen, 2016, s.18). Egenomsorg omhandler den enkeltes omsorg for egen helse og evnen til å ivareta den gjennom helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak (Nylenna & Braut, 2022). Mestring innebærer opplevelsen av kontroll over eget liv og krefter til å møte utfordringer (Kristoffersen, 2016, s.356). Begge begrepene innebærer styrking av ressurser (Kristoffersen, 2016, s.18), og som ledd til disse to målene inngår det viktige prinsippet brukermedvirkning. Altså skal infarktpasienter involveres i vurderinger og beslutninger som gjelder seg selv i rehabiliteringsprosessen.

Sykepleier har en viktig rolle for pasienters mestring av utfordringer som frykt. Motivasjon kan anses som den mest sentrale faktoren i en rehabiliteringsprosess (Romsland et al., 2022, s.129), og motivasjonsarbeid blir med andre ord blant sykepleierens viktigste arbeidsoppgaver. Det å ha tro på seg selv er essensielt for endring og utvikling (Romsland et al., 2022, s.198). I tillegg til brukermedvirkning er støtte en viktig forutsetning for mestringsfølelse, og opplevelser som hjerteinfarkt kan ikke forventes å mestres på egen hånd. Mestringsstøtte innebærer å støtte pasienter gjennom å styrke forståelsen av deres egen rolle i mestring av sykdom, styrke evnen til å kunne foreta informerte valg og å tilegne nye helsefremmende levevaner (Kristoffersen, 2016, s.355).

Begrepet empowerment blir aktuelt når det handler om sykepleiers mestringsarbeid og pedagogiske funksjon. Empowerment kan omtales som en mestringsteori, og beskrives både som et mål og som prosessen fram mot målet (Stubberud, 2019, s.39). Empowerment fører til økt kontroll over faktorer som påvirker egen helse (Kristoffersen, 2016, s.351) og handler om å styrke pasienter til å innhente makten i eget liv (Tveiten, 2020, s.240). På lang sikt vil dette virke helsefremmende da det hjelper til hverdagsmestring, noe som blir relevant for infarktpasienter. Empowerment forstås som rammeverket for helsefremming, hvor det sentrale er tanken om at pasienten er eksperten på seg selv (Tveiten, 2020 s.239). På denne måten kommer både pasient og sykepleiers kompetanse til nytte og bidrar til brukermedvirkning.

1.3.7 Joyce Travelbee og Dorothea Orems sykepleieteorier

Innen sykepleietenkning omkring egenomsorg og mestring er både Joyce Travelbee og Dorothea Orems sykepleieteorier av betydning. Sykepleieteorier er hjelpelige i klargjøring av sykepleiefokus (Kristoffersen, 2016, s.21). Personsentrert sykepleie og individualisering ble av Travelbee sett på som en grunnleggende verdi i sykepleien (Kristoffersen, 2016, s.18), og teorien fokuserer på relasjonsbygging for å fremme god helse og mestringsopplevelse. Orems teori fokuserer på evnen til egenomsorg som grunnlag for mestringssevne, og beskriver at sykepleier kompenserer der pasientens kapasitet til egenomsorg ikke strekker til og utvikler den der det er mulig (Kristoffersen, 2016, s.18-28). Med andre ord, to tydelig helsefremmende perspektiver. Tross ulik vektlegging gir teoriene sammen et større bilde på sykepleierens fag-, ansvars- og funksjonsområde enn hva den enkelte teori gjør alene (Kristoffersen, 2016, s.28).

1.4 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke ambivalensen pasienter kan oppleve omkring fysisk aktivitet etter et hjerteinfarkt. Det er også et ønske å belyse pasientperspektivet og hvor stor betydning frykt for fysisk aktivitet kan ha for rehabiliteringsprosessen. Oppgavens hensikt kan bidra til klargjøring av sykepleiers betydning for pasienters opplevelse av mestring i etterkant av hjerteinfarkt, og følgende problemstilling er derfor valgt:

"Hvordan kan sykepleier bidra til mestring av frykt for fysisk aktivitet etter hjerteinfarkt?"

2. Metode

2.1 Beskrivelse av metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie og baserer seg derfor på fordykning i relevant fagkunnskap og teori for valgt problemstilling og analysering av allerede eksisterende forskning funnet via systematiske søk i aktuelle databaser (Dalland, 2020). Etter å ha lest litteratur om eksisterende teori og begrep innen temaet, ble videre aktuelle søkeord undersøkt. For å få en oversikt ble konsepttabell benyttet, og presenteres i tabell 2.1. Begrepene og de videre søkeordene som belyste problemstillingen ble deretter oversatt til engelsk.

Etter gjentatte systematiske søk ble resultatene nøye vurdert med kildekritisk blikk for å sikre kravene til god kvalitet og relevans.

Tabell 2.1 Konsepttabell

Konsept 1	Konsept 2	Konsept 3	Konsept 4
Mestring Egenomsorg Frykt	Fysisk aktivitet	Pasient med gjennomgått hjerteinfarkt	Sykepleier
Søkeord: "Self management" or "Management" or "Coping" or "Empowerment" "Self-care" OR "Self-care theory" "Kinesiophobia" OR "Fear of movement" OR "Fear-avoidance"	Søkeord: "Physical activity" OR "Exercise"	Søkeord: "Heart attack" OR "Myocardial infarction" OR "M.I" Søkeord: "Cardiac rehabilitation" OR "Lifestyle changes"	Søkeord: "Nurse" OR "Nurses" OR "Nursing"
Annet søkeord: "Qualitative"			

2.2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier ble definert for å kunne vurdere aktuelle artikler for problemstillingen. Disse presenteres i tabell 2.2.

Tabell 2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Diagnosen hjerteinfarkt eller hjerte- og karsykdommer	Andre diagnoser enn hjerteinfarkt og hjerte- og karsykdommer
Engelskspråklige	
Sammenheng mellom diagnosen og fysisk aktivitet	
Begge kjønn	
Kvalitative og kvantitative studier	
Fagfelleverdert	
IMRaD-struktur	
Artikler publisert etter 2012	Artikler publisert før 2013

Etter litteraturstudiens krav om forskningsartikler ble fagfellevurdering og IMRaD-struktur inkludert. IMRaD-struktur er en norm for hvordan forskningsartiklers oppbygning skal være (Dalland, 2020) og dermed et viktig kvalitetsstempel. Engelsk som språk ble også et inklusjonskriterie, i tillegg til diagnosen hjerteinfarkt. Studier med kun hjerte- og karsykdommer ble likevel ikke ekskludert, da relevansen til problemstillingen ble vurdert manuelt. Sammenheng med fysisk aktivitet ble også inkludert. Kjønnsbaserte studier innen hjerteinfarkt er absolutt diskutabile da relevante kjønnsforskjeller er kjent. Studier basert på ett kjønn var likevel ikke ønsket fokus og begge kjønn ble derfor inkludert. Både kvantitative og kvalitative studier ble inkludert. Videre ble også søkeordet "qualitative" benyttet da det ble vurdert som hensiktsmessig å inkludere flere kvalitative studier for å øke dybdeforståelsen på pasientperspektivet.

Et tidlig eksklusjonskriterium ble andre diagnoser enn hjerteinfarkt eller hjerte- og karsykdommer. Det var lite hensiktsmessig å avgrense søket til et bestemt tidsperspektiv etter gjennomgått hjerteinfarkt, da ingen av studiene hadde forskjeller av relevans. Det ble heller ikke avgrenset i alder, da det ikke var relevant til problemstillingen. Søkene ga dessuten kun funn om voksne med stort aldersspenn. Alder og kjønn kan absolutt ha innvirkende betydning i etterkant av et hjerteinfarkt, men ved fokus på frykt for fysisk aktivitet ble det konkludert med minimal betydning. Videre ble søket avgrenset til å ekskludere artikler som var eldre enn ti år for å sikre at oppgaven ikke bygde på eldre forskning.

2.3. Søkestrategi og søkehistorikk

Denne oppgaven baserer seg på datamateriale innhentet via systematiske og avgrensede søk i relevante databaser. Databasene Cinahl og Pubmed ble brukt etter anbefaling fra NTNUs universitetsbibliotek, da disse sikrer helse- og sykepleiefaglig fokus (NTNU, u.å.). Det ble brukt konsepttabell for å finne søkeord, og søkene ble manøvrert gjennom avanserte søk via de boolske operatorene OR og AND. Engelskspråklige og fagfelleverderte forskningsartikler, ikke eldre enn fra år 2013, ble avgrenset. Videre ble

det foretatt en manuell vurdering av søkeresultatene for ikke å ekskludere relevante treff. Søkeordet kinesiofobi ble oppdaget i søkeprosessen og resulterte i videre søketreff etter dette. Søkehistorikken presenteres i tabell 2.3.

Tabell 2.3 Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	14.04	S1	"Heart attack" OR "Myocardial infarction" OR "M.I"		17038	
		S2	"Physical activity" OR "Exercise"		110150	
		S3	"Self management" OR "Management" OR "Coping" OR "Empowerment"		198866	
		S4	"Nurse" OR "Nurses" OR "Nursing"		132431	
	S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	År 2013-2023 Fagfellevurdert Engelsk	11	1(C)	
	17.04	S6	S1 AND S2 AND S3	År 2013-2023 Fagfellevurdert Engelsk	82	1(A)
	18.04	S7	"Kinesiophobia" OR "Fear of movement" OR "Fear-avoidance"			
		S1 AND S7	År 2013-2023 Fagfellevurdert Engelsk	5	2(B, F)	
Pubmed	19.04	S1	"Heart attack" OR "Myocardial infarction" OR "M.I"		298,808	
		S2	"Cardiac rehabilitation" OR "Lifestyle changes"		20,231	
		S3	"Kinesiophobia" OR "Fear of movement" OR "Fear-avoidance"		3,673	
			S1 AND S3	År 2013-2023 Engelsk	15	1 (H)
			S2 AND S3	År 2013-2023 Engelsk	52	1 (G)
		S4	"Self-care theory"		10,596	
		S5	S1 AND S4	År 2013-2023 Engelsk	48	1(E)

		S6	"Qualitative"	År 2013-2023	244,141	
		S7	S1 AND S2 AND S6	År 2013-2023 Engelsk	30	2 (D, I)

Inkluderte artikler:

- A. 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. <http://doi.org/10.1093/ptj/pzaa159>
- B. Åhlund, K., Bäck, M., & Sernert, N. (2013). Fear-avoidance beliefs and cardiac rehabilitation in patients with first-time myocardial infarction. *Journal of rehabilitation medicine*, 45(10), 1028–1033. <http://doi.org/10.2340/16501977-1219>
- C. Ögmundsdóttir Michelsen, H., Nilsson, M., Scherstén, F., Sjölin, I., Schiopu, A., & Leosdóttir, M. (2018). Tailored nurse-led cardiac rehabilitation after myocardial infarction results in better risk factor control at one year compared to traditional care: a retrospective observational study. *BMC cardiovascular disorders*, 18(1), 167. <http://doi.org/10.1186/s12872-018-0907-0>
- D. Nicolai, J., Müller, N., Noest, S., Wilke, S., Schultz, J. H., Gleißner, C. A., Eich, W., & Bieber, C. (2018). To change or not to change - That is the question: A qualitative study of lifestyle changes following acute myocardial infarction. *Chronic illness*, 14(1), 25–41. <http://doi.org/10.1177/1742395317694700>
- E. Mohammadpour, A., Rahmati Sharghi, N., Khosravan, S., Alami, A., & Akhond, M. (2015). The effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem's self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial. *Journal of clinical nursing*, 24(11-12), 1686–1692. <http://doi.org/10.1111/jocn.12775>
- F. 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. <http://doi.org/10.1080/09593985.2016.1229828>
- G. Baykal Şahin, H., Kalaycıoğlu, E., & Şahin, M. (2021). The effect of cardiac rehabilitation on kinesiophobia in patients with coronary artery disease. *Turkish journal of physical medicine and rehabilitation*, 67(2), 203–210. <http://doi.org/10.5606/TFTRD.2021.5164>
- H. Dreyer, R. P., Pavlo, A. J., Horne, A., Dunn, R., Danvers, K., Brush, J., Slade, M., & Davidson, L. (2021). Conceptual Framework for Personal Recovery in Patients With Acute Myocardial Infarction. *Journal of the American Heart Association*, 10(19), e022354. <http://doi.org/10.1161/JAHA.121.022354>
- I. Coull, A., & Pugh, G. (2021). Maintaining physical activity following myocardial infarction: a qualitative study. *BMC cardiovascular disorders*, 21(1), 105. <http://doi.org/10.1186/s12872-021-01898-7>

2.4. Vurdering og valg av artikler

I søkeprosessen ble forforståelse med personlige tanker om temaet bevisstgjort og unngått. Det er enkelt å la seg påvirke til å se utfall som bekrefter egen forforståelse (Dalland, 2020), og nøytralitet i søkeprosessen ble gjort etter beste evne.

Ordlyden i overskrift og abstract ga et førsteinntrykk for aktualitet opp mot problemstillingen. Deretter ble inklusjons- og eksklusjonskriterier vurdert. For å sikre fagfellevurdering ble artiklene søkt opp på oria.no. Videre ble helsebibliotekets sjekklister benyttet for vurdering av studienes pålitelighet (Helsebiblioteket, u.å.). Det ble også tatt stilling til overføringsverdi og hvordan dette var av betydning for problemstillingen. Til sist ble det tatt stilling til grad av relevans for problemstillingen, i tråd med Evans (2002) analysemodell.

Prosessen ga til slutt ni relevante forskningsartikler. Disse tar på ulike måter for seg spørsmål og temaer som gjenspeiler oppgavens problemstilling, og bidrar til flere nyanser av analysering. Forskjellene gir et dypdykk i de ulike delene av problemstillingen som til sammen forhåpentligvis vil utgi en mer helhetlig konklusjon.

2.5. Analyse

Dataene ble analysert etter Evans' (2002) prosess for syntetisering som bygger på fire steg. Første steg i prosessen er innsamling av data (Evans, 2002), hvor det som nevnt ble brukt helsebibliotekets sjekklister for å vurdere om artiklene møtte kriteriene for å kunne brukes i oppgaven. Deretter ble steg to identifisering av hovedfunn, for så i steg tre å kategorisere overordnede tema og undertemaer på tvers av de ulike artiklene. Det fjerde og siste steget innebærer presentasjon av funnene opp mot de originale artiklene for validering av analysen (Evans, 2002). Ut fra denne prosessen ble hoved- og undertemaer identifisert, og presenteres i tabell 2.5.

Tabell 2.5 Analyse av hoved- og undertemaer

Hovedtema	Undertema	Artikler som omhandler temaene
Kinesiofobiens påvirkning	<ul style="list-style-type: none">- En barriere som tidlig bør identifiseres- Påvirker sannsynligheten for deltakelse i hjerterehabilitering- Reduseres ved deltakelse i hjerterehabilitering	A, E, F, G, H, I
Undervisning, veiledning og møtt informasjonsbehov om fysisk aktivitet	<ul style="list-style-type: none">- Opplevelse av trygghet- Klar og tydelig informasjon	A, D, E, H, I
Individuell tilpasning og oppfølging	<ul style="list-style-type: none">- Verdien av støtte	A, B, C, D, H, I
Pasientenes opplevelse av mestring	<ul style="list-style-type: none">- Identitetsendring- Opplevelse av mening- Empowerment- Egenomsorg	A, C, D, E, F, G, H, I

3. Resultater

3.1. Artikkelmatrise

Tabell 3.1 Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
A) 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. <i>Physical therapy</i> , 100(12), 2110–2119.	Målet med studien er å undersøke pasienters opplevelse av kinesiofobi i forhold til trening og fysisk aktivitet 2-3 måneder etter et hjerteinfarkt.	Studien brukte en kvalitativ metode ved å samle data gjennom individuelle intervjuer med 21 pasienter som hadde gjennomgått hjerteinfarkt. De ble screenet for Kinesiofobi ved å bruke Tampa Scale of Kinesiophobia -Heart.	Et overordnet tema var "å håndtere frykt for bevegelse etter et hjerteinfarkt - en dynamisk prosess over tid" hvor to undertemaer omhandlet pasientenes interne prosess med faktorer som ambivalens, usikkerhet og unngåelsesatferd, og eksterne prosess med faktorer som forutsetninger for trygghet, informasjon og det treningsbaserte rehabiliteringsprogrammet for hjertesykdom.	Studien er relevant for problemstillingen fordi den gir dybdeforståelse av pasientperspektivet i etterkant av et hjerteinfarkt og fordi den direkte tar for seg begrepet kinesiofobi og dens påvirkning på fysisk aktivitet etter hjerteinfarkt.

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
B) Åhlund, K., Bäck, M., & Sernert, N. (2013). Fear-avoidance beliefs and cardiac rehabilitation in patients with first-time myocardial infarction. <i>Journal of rehabilitation medicine</i> , 45(10), 1028–1033.	Målet med studien var å undersøke unngåelsesatferd hos pasienter etter førstegangs gjennomgått hjerteinfarkt og hvordan disse endres over tid. Et annet mål var å undersøke unngåelsesatferd og grad av fysisk aktivitet hos pasienter som deltok på veiledet treningsbasert hjerterehabilitering sammenlignet med en kontrollgruppe.	Metoden var en prospektiv kohortstudie som inkluderte 62 pasienter som ble fulgt over tid. Deltakerne utfylte de samme spørreskjemaene på to ulike tidspunkter: ved oppstart av studien: 1 måned etter hjerteinfarkt, og også 4 måneder etterpå	Studien viste at 48% av alle pasientene hadde klinisk relevant unngåelsesatferd ved oppstart av studien, sammenlignet med 21% ved oppfølging. Oppstartsverdiene var 62% for pasientene som deltok i treningsbasert rehabilitering, og 29% for kontrollgruppen. Ved oppfølging fire måneder etter hjerteinfarkt, var forskjellen mellom gruppene ikke lenger signifikant.	Studien måler unngåelsesatferd opp mot treningsbasert hjerterehabilitering og viser med andre ord betydningen av fysisk aktivitet og kinesiofobi gjennom tallfestede resultater.
Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
C) Ögmundsdóttir Michelsen, H., Nilsson, M., Scherstén, F., Sjölin, I., Schiopu, A., & Leosdóttir, M. (2018). Tailored nurse-led cardiac rehabilitation after myocardial infarction results in better risk factor control at one year compared to traditional care: a retrospective observational study. <i>BMC cardiovascular disorders</i> , 18(1), 167.	Hensikten med studien var å evaluere effekten av individuelt tilpasset og sykepleierledet rehabilitering hos pasienter etter akutt hjerteinfarkt. Studien evaluerte også om endringen var til fordel for pasientene i form av håndtering av risikofaktorer og bedring av livsstil.	Studien baserte seg på observasjon av 217 pasienter som deltok på hjerterehabilitering med minst to oppfølgingskonsultasjoner med sykepleier. Halvparten fikk tradisjonell rehabilitering og rutinemessige konsultasjoner med kardiolog, mens resten fikk den individuelt tilpassede rehabiliteringen.	Resultatene viste at bortsett fra kolesterolnivå, var det ingen betydelige endringer mellom pasientene i de to ulike gruppene. Pasientene i den tilpassede gruppen viste seg å ha et høyere oppmøte på fysisk trening enn den tradisjonelle gruppen.	Studien er relevant fordi det omhandler rehabilitering hos pasienter som har hatt hjerteinfarkt, og innebærer en utprøvd intervensjon av individualisert tilpasset rehabilitering for disse.

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
D) Nicolai, J., Müller, N., Noest, S., Wilke, S., Schultz, J. H., Gleißner, C. A., Eich, W., & Bieber, C. (2018). To change or not to change - That is the question: A qualitative study of lifestyle changes following acute myocardial infarction. <i>Chronic illness</i> , 14(1), 25–41.	Hensikten var å undersøke nøkkelfaktorer knyttet til livsstilsendringer etter akutt hjerteinfarkt for å forbedre fremtidige intervensjoner som fremmer livsstilsendringer. Studien ønsket å få en bedre forståelse av hva som motiverer eller hindrer pasienter i å gjøre endringer i livsstilen sin etter å ha opplevd et hjerteinfarkt.	Metoden i denne studien var kvalitativ og basert på intervjuer med 21 personer som hadde opplevd et akutt hjerteinfarkt.	Studien viste at livsstilsendringer etter hjerteinfarkt påvirkes av en kombinasjon av individuelle og sosiale faktorer som kan grupperes i faktorer som enten letter eller hindrer endringene.	Denne studien gir dybdeforståelse på pasientperspektivet av gjennomgått akutt hjerteinfarkt og viser til konkrete funn som sykepleier kan benytte i møte og samhandling med pasienter innen problemstillingen.
Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
E) Mohammadpour, A., Rahmati Sharghi, N., Khosravan, S., Alami, A., & Akhond, M. (2015). The effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem's self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial. <i>Journal of clinical nursing</i> , 24(11-12),1686–1692.	Hensikten var å se effekten av en støttende og undervisende modell basert på Orem`s egenomsorgsteori, til pasienter med hjerteinfarkt. Studien har sett på teoriens effekt på alle dimensjonene av pasientenes evne til egenomsorg og alt dette innebærer.	Studien ble gjennomført med 66 pasienter som ble fordelt i en eksperimentgruppe og en kontrollgruppe. Pasientene i eksperimentgruppen mottok undervisning, støtte og råd, mens pasientene i kontrollgruppen kun deltok.	Studiens resultater viste at etter intervensjonen var kunnskap om egenomsorg, motivasjon og ferdigheter betydelig høyere hos pasienter i den eksperimentelle gruppen, sammenlignet med både før studien og kontrollgruppen.	Denne artikkelen er relevant for problemstillingen fordi den eksemplifiserer tiltak som kan bidra til å styrke pasienters evne til egenomsorg etter hjerteinfarkt. Dette er viktig da egenomsorg også vil inkludere fysisk aktivitet.

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
F) 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. <i>Physiotherapy theory and practice</i> , 32(8), 571–580	Hensikten var å identifisere faktorer som kan forutsi hvor sannsynlig det er at pasienter med hjerte-kar-sykdom vil delta på treningsbasert hjerterehabilitering, og å teste hypotesen om at kinesiofobi påvirker valget om deltagelse.	En kvantitativ tverrsnittstudie hvor pasientene ble testet med både objektive målinger, selvrapporterte psykologiske målinger og nivået av fysisk aktivitet. En modell som inkluderte både direkte og indirekte påvirkning via kinesiofobi ble brukt for å forutsi deltagelse i treningsbasert rehabilitering.	Resultatene viste at pasienter som nylig hadde gjennomgått en koronar buypassoperasjon eller hadde en diagnose med hjerteinfarkt hadde høyere sannsynlighet for å delta, mens kinesiofobi reduserte deltagelsen.	Denne studien viste samsvar med ambivalensen et hjerteinfarkt kan medføre. Pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt ble identifisert som høyere sannsynlighet for deltagelse på treningsbasert hjerterehabilitering, mens kinesiofobi i motsatt fall reduserte sannsynligheten. Disse motstridende resultatene er svært relevant og gjenspeiler nettopp utgangspunktet for problemstillingen.
Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
G) Baykal Şahin, H., Kalaycıoğlu, E., & Şahin, M. (2021). The effect of cardiac rehabilitation on kinesiophobia in patients with coronary artery disease. <i>Turkish journal of physical medicine and rehabilitation</i> , 67(2), 203–210	Hensikten med studien var å definere graden av kinesiofobi hos hjerte- og kar pasienter, for å se om det viste seg å være en positiv endring etter hjerterehabilitering basert på fysisk trening og aktivitet. Det var også et mål å definere hvilke endringer som viste seg i forhold til kinesiofobien.	Studien inkluderte 98 pasienter med koronar arteriesykdom. Før hjerterehabiliteringen ble kinesiofobi, fysisk aktivitet og helse relatert livskvalitet målt. Etter pasientene hadde gjennomført rehabiliteringen, ble graden av kinesiofobi målt igjen.	Resultatene viste høyere grad av kinesiofobi hos de inaktive pasientene enn hos de aktive pasientene. Kinesiofobi var vanlig blant pasientene i utgangspunktet, men dette ble betydelig lavere etter rehabiliteringen. De fysiske testene målte også lavere nivå hos pasientene med høy kinesiofobi.	Studien er relevant for problemstillingen fordi kinesiofobi er et fenomen som ofte blir knyttet til og assosiert med fysisk aktivitet i rehabiliteringen til pasienter som har hatt hjerteinfarkt.

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
H) Dreyer, R. P., Pavlo, A. J., Horne, A., Dunn, R., Danvers, K., Brush, J., Slade, M., & Davidson, L. (2021). Conceptual Framework for Personal Recovery in Patients With Acute Myocardial Infarction. <i>Journal of the American Heart Association</i> , 10(19), e022354.	Hensikten var å karakterisere pasienters opplevelse av akutt hjerteinfarkt og behandling for å utvikle et nytt rammeverk for personsentrert hjerterehabilitering.	Metoden var kvalitativ og basert på dybdeintervjuer med personer som hadde opplevd et hjerteinfarkt. Intervjuene fokuserte på deltakernes erfaringer med å komme seg etter infarkt. Totalt 42 personer deltok i studien.	Studien viser at deltakerne opplevde å være en "annen person" etter å ha hatt et hjerteinfarkt, og at dette førte til både tap og gevinster som utfordret hverdagslivet. Deltakerne opplevde det som en aktiv prosess å ta ansvar for egen helse etter infarkt. Et nytt rammeverk for fremtidige intervensjoner i kardiologi for forbedring av langsiktig overholdelse av sekundærforebygging og andre aspekter av egenomsorg ble identifisert.	Denne studien gir dybdeforståelse av den truende identitetsfølelsen etter hjerteinfarkt, og viser en indirekte forklaring på kinesiofobi og hva som hindrer pasienter fra fysisk aktivitet.
Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
I) Coull, A., & Pugh, G. (2021). Maintaining physical activity following myocardial infarction: a qualitative study. <i>BMC cardiovascular disorders</i> , 21(1), 105.	Hensikten med studien var å undersøke holdninger og vurderinger til fysisk aktivitet hos pasienter som har overlevd hjerteinfarkt. Studien hadde også som mål å undersøke hvilke faktorer pasientene så på som hindrende, motiverende og tilretteleggende for å opprettholde den fysiske aktiviteten på lang sikt.	Studiens data ble samlet inn gjennom semistrukturerte en-til-en intervju. Studien inkluderte 18 personer. Alle informantene hadde gjennomgått hjerteinfarkt minst fem måneder tidligere og tolv av disse hadde tidligere deltatt på hjerterehabilitering.	Blant informantene opplyste mange at de av selve hjerteinfarkt ble motivert til livsstilsendring og økt fysisk aktivitet. Etter en stund opplyste samtidig noen at de etter en stund hadde gått tilbake til gamle vaner. Frykt og angst etter hjerteinfarkt og for at det skulle oppstå igjen ble uttrykt av noen, og dette kunne føre til at de ikke turte å forlate huset.	Denne studien er relevant for problemstillingen fordi den viser til pasientenes vurdering og holdninger til fysisk aktivitet i hjerterehabilitering. Den trekker i tillegg frem hvilke barrierer pasientene kan kjenne på når det kommer til fysisk aktivitet, og videre hvordan man kan tilrettelegge med ulike motiverende faktorer for at de skal kunne håndtere og overkomme dem.

3.2. Presentasjon av resultater

I dette kapittelet presenteres og fremstilles nøkkelfunn fra studiene i en tematisk analyse.

3.2.1. Kinesiofobiens påvirkning

Begrepet kinesiofobi viser seg gjennom flere av studiene å ha stor innvirkning på fysisk aktivitet i hjerterehabilitering. Inaktive pasienter hadde i utgangspunktet høyere grad av kinesiofobi, men graden ble betydelig redusert etter treningsbasert hjerterehabilitering (Baykal Şahin et al., 2021).

Kinesiofobi vises å øke hos pasienter som ikke får nok informasjon om den fysiske treningen (Bäck et al., 2020). To av forskningsartiklene poengterer viktigheten av at helsepersonell kan gjenkjenne og tidlig oppdage kinesiofobi (Bäck et al., 2020; Bäck et al., 2016). Kinesiofobi reduserte også sannsynligheten for oppmøte på treningsbasert hjerterehabilitering (Bäck et al., 2016). Kinesiofobien viser seg altså som en barriere når det kommer til fysisk aktivitet og de helsemessige fordelene som kommer med det (Bäck et al., 2016). To av artiklene kommer også frem til at kinesiofobi forlenger varigheten av hjerte- og karsykdommer (Baykal Şahin et al., 2021; Dreyer et al., 2021), som blir betydningsfullt for infarktpasienter.

Fysisk aktivitet etter hjerteinfarkt ble imidlertid beskrevet som et fristed eller en løsning på negative tanker vedrørende hjerteinfarkt (Coull & Pugh, 2021). I samme studie ble det samtidig beskrevet følelser av angst og frykt tilknyttet den fysiske aktiviteten, som videre påvirket treningen negativt. Orem's egenomsorgsteori viser til forbedring i pasientenes evne til egenomsorg (Mohammadpour, 2015), noe som indirekte kan føre til mindre grad av kinesiofobi.

3.2.2. Veiledning, undervisning og møtt informasjonsbehov om fysisk aktivitet

Vaner ble identifisert og repetert som en barriere i rehabiliteringsprosessen (Nicolai et al., 2018), og tidligere inaktive vaner kan for eksempel føre til at fysisk aktivitet oppleves uvant og ukomfortabelt. En av studiene peker også på at deltakerne hadde lave verdier av egenomsorgsevne (Mohammadpour, 2015), som indikerte at infarktpasienter har høyere risiko for å utvikle ineffektiv selvmestring uten undervisning, veiledning og møtt informasjonsbehov.

Et annet funn var at flere følte mangel på informasjon og kunnskap til å forstå infarktets årsak for å kunne forebygge nye (Nicolai et al., 2018). Samme studie viste at lite eller ingen oppfattelse av fordeler ved livsstilsendringer ble en essensiell barriere da de som ikke ble overbevist, var motvillige for endring. Et annet resultat viste at flere påpekte manglende hukommelse av hva som skjedde og ble sagt under sykehusinnleggelsen (Nicolai et al., 2018). Lik og tydelig informasjon om fysisk aktivitet tross forskjellige helsearbeidere viste seg utslagsgivende, og det motsatte resulterte i økning av

kinesiofobi (Bäck et al., 2020). Dette sammenfaller med et funn hvor deltakernes usikkerhet omkring fysiske grenser var en viktig faktor å håndtere for å oppnå mestring av livsstilsendring og utfordringer (Nicolai et al., 2018). To av artiklene viste at utvikling av konkrete planer og rutiner ble ansett som en viktig psykologisk faktor for å sette mål i dagliglivet, og målsetting for progresjon var hjelpsomt og fungerte på lang sikt (Nicolai et al., 2018; Coull & Pugh, 2021).

Begrepet «shared decision-making» nevnes i to av studiene (Bäck et al., 2020; Dreyer et al., 2021) og viste seg betydningsfullt innen emosjonell støtte og profesjonell veiledning i mestring av psykososiale faktorer ved hjertesykdom. En artikkel fant dessuten at pasienter foretrekker råd som er individuelt tilpasset deres behov fremfor generelle råd (Bäck et al., 2020).

3.2.3. Individuell tilpasning og oppfølging

Flere av studiene bemerker en sammenheng mellom fysisk aktivitet og individuelt tilpasset rehabilitering og oppfølging. Fire av forskningsartiklene viser til viktigheten av individuell kartlegging av interne og eksterne faktorer (Bäck et al., 2020; Ögmundsdóttir Michelsen et al., 2018; Nicolai et al., 2018; Dreyer et al., 2021). I disse artiklene er kartlegging viktig for videre evaluering av tilpassede råd, informasjon, oppfølging, mål og støtte

Et manglende tilbud av individuelt tilpasset og tilrettelagt veiledning til fysisk aktivitet i hjerterehabiliteringen ble påpekt, og i en av studiene ansett som en så stor barriere at enkelte avsto fra rehabiliteringsprogrammet (Coull & Pugh, 2021). Imidlertid viste sykepleierledet intervensjoner med individuell tilpasning til høyere oppmøte på den fysiske treningen i rehabiliteringen (Ögmundsdóttir Michelsen et al., 2018). Helsepersonellets betydning i individualisert trening ble presisert og viste at oppfølging og overvåking av helsearbeidere under fysisk aktivitet skapte økt trygghetsfølelse (Åhlund et al., 2013; Nicolai et al., 2018). I en av studiene ble også ulike former for motiverende teknikker foreslått som metode for å ivareta individualisering og tilrettelegging for mestring (Coull & Pugh, 2021).

Evaluering av pasientenes ressurser og sosial støtte viste seg viktig i individuell tilpasning og oppfølging. To av artiklene viste at mangel på støtte fra pårørende skapte økt frykt og negative barrierer knyttet til fysisk aktivitet i rehabiliteringen (Bäck et al., 2020; Nicolai et al., 2018). Støtte fra familie og venner var en viktig faktor for å opprettholde gode vaner og rutiner i den fysiske aktiviteten på lengre sikt (Coull & Pugh, 2021).

3.2.4. Pasientenes opplevelse av mestring

Opplevelsen av fysisk aktivitet etter hjerteinfarkt ble i to av artiklene beskrevet som fylt av frykt og angst, men også som fristed eller løsning (Baykal Şahin et al., 2021; Coull & Pugh, 2021). Som nevnt ble vaner, eksempelvis inaktivitet, repetert som barriere, og også beskrivelsen av endringsprosessen som ukomfortabel og frustrerende (Nicolai et al., 2018). I økning av fysisk aktivitet kan inaktive vaner altså oppleves som en mestringsbarriere. Selvbestemmelse viste seg for øvrig som en grunnleggende faktor for

å velge livsstilsendring (Nicolai et al., 2018). Deltakerne beskrev det som viktig å ta valg selv, og at press fra andre ble en negativ faktor som kunne resultere i det motsatte.

Hjerteinfarkt ble utpekt som en diagnose som økte sannsynlighet for deltakelse på hjerterehabilitering sammenlignet med andre hjertelidelser (Bäck et al., 2016). Sannsynligheten for deltakelse viste seg likevel varierende i flere av studiene. For mestringsopplevelse i hjerterehabiliteringen ble blant annet barrierer som angst og tap av trygghetsfølelse identifisert (Dreyer et al., 2021). Angst reduserte sannsynligheten for deltakelse i treningsbasert hjerterehabilitering betraktelig, indirekte via kinesiofobi (Bäck et al., 2016). Individuelt tilpasset sykepleieoppfølging førte som nevnt til et høyere oppmøte på fysisk trening, i motsetning til standard rehabiliteringsoppfølging (Ögmundsdóttir Michelsen et al., 2018).

To av artiklene viser til den såkalte «frykt-unngåelsesmodellen», som sier at konfrontasjon av frykt vil gi raskere rehabilitering enn unngåelse (Nicolai et al., 2018; Bäck et al., 2016). En artikkel peker på viktigheten av hjerterehabilitering som mulighet til å konfrontere frykten for fysisk aktivitet under trygge rammer (Åhlund et al., 2013). Motivasjon var et underliggende tema i majoriteten av artiklene, og hjerteinfarkt motiverte til forbedring av livsstil (Coull & Pugh, 2021). Likevel ble det sett en klar ambivalens da motivasjonen ville innebære fysisk aktivitet som kolliderte med kinesiofobi (Dreyer et al., 2021; Bäck et al., 2020). Konkrete tiltak for økt motivasjon viste seg eksempelvis som selvmonitorering (Nicolai et al., 2018; Coull & Pugh, 2021). Å sette mål for progresjon og opprettholdelse av en positiv holdning til fysisk aktivitet var hjelpsomt og fungerte på lang sikt (Coull & Pugh, 2021). Noen måtte justere forventninger og mål fra hvordan de var før hjerteinfarkt fordi det ble frustrerende og demotiverende da disse ofte var urealistiske. Å returnere til tidligere aktiviteter virket motiverende og medførte empowerment i rehabiliteringsprosessen (Dreyer et al., 2021).

Tre av studiene pekte på at den nevnte ambivalensen viste at pasientene gjennomgikk en intern mestringsprosess (Bäck et al., 2020; Nicolai et al., 2018; Mohammadpour, 2015). Dette innebar en prosess med selvrefleksjon som krevde selvdisiplin og viljestyrke for å oppnå tro på egen evne til å mestre livsstilsendring (Nicolai et al., 2018). Herunder styrkes den ene artikkelens fokus på egenomsorg som en sentral faktor da infarktpasienter hadde lav evne til egenomsorg ved oppstart av studien (Mohammadpour, 2015). Samme studie fant at oppfølging via en støttende intervensjonsmodell basert på Orems egenomsorgsteori kunne forbedre ikke-innlagte pasienters evne til egenomsorg og spille en viktig rolle i tiden etter deltakelse på hjerterehabilitering. Dessuten viste det seg at rehabiliteringsprosessen innebar et daglig aktivt ansvar for egenomsorg, både for å håndtere og vedlikeholde livsstilsendringene etter infarkt (Dreyer et al., 2021). Flere så for øvrig et behov for ekstra støtte i tiden etter hjerterehabiliteringen (Nicolai et al., 2018).

Opplevelser som nedprioritering av psykososiale behov ble påpekt (Nicolai et al., 2018). Flere uttrykte misnøye over at helsepersonell overså disse behovene, og kun fokuserte på diagnose, behandling, vitalparametre og legemiddelhåndtering. Et overordnet tema som kan gjenkjennes i majoriteten av artiklene var nemlig identitetsendring. Det ble beskrevet som «å føle seg som en annen person» etter hjerteinfarkt, noe som viste seg i følelser av både tap og gevinster som ga nye utfordringer i dagliglivet (Dreyer et al., 2021). Spesielt utpekte det seg at flere fant det vanskeligere å mestre de psykososiale følgene enn de fysiske, og beskrev det utfordrende at «skaden ikke synes» (Dreyer et

al., 2021). Nye følelser som frykt og tap av trygghet og selvstendighet ble påpekt (Dreyer et al., 2021). Det ble for øvrig også funnet positive følelser, som det å føle seg mer emosjonelt til stede eller sterkere relasjoner. Overordnet gjenspeilet disse seg i en opplevelse av takknemlighet for «en ny sjanse» i livet (Dreyer et al., 2021; Nicolai et al., 2018). Flere kjente også på en ny følelse av mening med livet i etterkant av hjerteinfarkt. Dette motiverte til optimisme og å gå videre med aksept for sine barrierer, men med håp for fremtiden (Dreyer et al., 2021). Majoriteten av studiene viste imidlertid et ønske om lengre og mer hjerterehabilitering- og oppfølgingstilbud.

4. Diskusjon

Dette kapittelet skal diskutere oppgavens problemstilling med bakgrunn i funnene fra forskningsartiklene og opp mot teorien fra introduksjonskapittelet. Diskusjonskapittelet har en praktisk rettet struktur lik sykepleiepraksis og sykepleieprosessen, med oppbygging basert på sykepleiers møte med infarktpasienter i kronologisk rekkefølge. Avslutningsvis vil oppgavens styrker og svakheter belyses, før det slutt vil komme en konklusjon på problemstillingen. For å presisere den videre relevansen gjennom diskusjonskapittelet er det hensiktsmessig med en gjentakelse av oppgavens problemstilling:

"Hvordan kan sykepleier bidra til mestring av frykt for fysisk aktivitet etter hjerteinfarkt?"

4.1. Identifisering av barrierer og tidlig oppdagelse av kinesiofobi

Opplevelsen av helsepersonells nedprioritering av psykososiale behov var et trist, men ikke overraskende resultat (Nicolai et al., 2018), spesielt med tanke på sentrale funn omkring opplevelser av identitetsendring og varierende grad av meningsfølelse. I den akutte fasen vil det være juridisk og etisk faglig forsvarlig å prioritere infarktpasienters behov etter ABCDE-prinsippet. Imidlertid kan tidsaspektet for *når* infarktpasientens psykososiale behov bør vurderes prioritert diskuteres. Som kjent vil psyken og somatikken kunne påvirke hverandre, både positivt og negativt, og tunge følelser vil være viktig å anerkjenne for helhetlig ivaretagelse. Studiene viser at fokus på personsentrert og individuelt tilpasset sykepleie blir viktig gjennom hele rehabiliteringsprosessen, men kanskje spesielt fra starten av.

I oppstartsfasen av rehabilitering vil det ha stor betydning om sykepleier er oppmerksom på målene om egenomsorg, mestring og empowerment. Å vektlegge Travelbees fokus på relasjonsbygging (Kristoffersen, 2016, s.18) kan dessuten bli utslagsgivende for den videre rehabiliteringsprosessen. Evnen til egenomsorg gir ifølge Orem grunnlag for mestringsevne (Kristoffersen, 2016, s.18-28), noe som kobler målene sammen og peker på sykepleiers ansvar for å kompensere for egenomsorgssvikt, og bidra til videre utvikling slik at pasienten kan oppnå mestring. Teoriene, sammen med sykepleiers helsefremmende og pedagogiske ansvar og funksjon, er derfor med på å underbygge dette punktet sykepleiefaglig.

Ambivalens ble som nevnt et klart funn fra studiene. I samsvar med dette var betydningen av tidlig oppdagelse av kinesiofobi et hovedfunn. Dette forutsetter grundig kartlegging av pasientens situasjon, opplevelse og ettervirkninger av infarkt, med helhetlig og personsentrert fokus. Dette vil trolig kreve tid og ressurser som erfaringsmessig mangler. Studiene kom med ulike forslag og tiltak for oppdagelse og kartlegging av kinesiofobi. Et konkret forslag var spesialutvikling og implementering av et nytt kartleggingsverktøy (Baykal Şahin et al., 2021). Å benytte kartleggingsverktøy er en nyttig og sentral sykepleieoppgave, og derfor et godt forslag. På den andre siden vil "enda et nytt" kartleggingsverktøy kunne fordufte blant mengdene som finnes. Et annet forslag var implementering av skala for kinesiofobi (Baykal Şahin et al., 2021), og kan

trolig anses som lettere å integrere i hverdagen. En numerisk skala kan oppleves enklere for både sykepleier og pasient, men vil også kunne redusere opplevelsen av personsentrert, individuelt tilpasset sykepleie, noe de mer omfattende kartleggingsverktøyene kan ivareta bedre. Likevel er vel noe bedre enn ingenting?

Tidlig identifisering og oppdagelse av kinesiofobi er dessuten viktig for å øke sannsynligheten for deltakelse på hjerterehabilitering (Coull & Pugh, 2021). Et hovedfunn fra studiene viste at treningsbasert hjerterehabilitering kan bidra til å overvinne tankeprosessene som ofte sees hos infarktpasienter (Coull & Pugh, 2021). På den andre siden vil håndtering av frykten relatert til fysisk aktivitet bli viktig for å faktisk delta (Coull & Pugh, 2021), noe sykepleier bør være klar over. I tillegg vil det være nyttig å fokusere på å øke positive holdninger til fysisk aktivitet. I praksis kan dette innebære å fremme konfrontasjon av frykten under trygge rammer og involvere ulike motiverende teknikker basert på individuelle behov (Coull & Pugh, 2021). Komplementært til dette kan deltakelse redusere unngåelsesatferd og øke fysisk aktivitetsnivå hos infarktpasienter (Åhlund et al., 2013). Sykepleier kan vise til dette for å motivere til deltakelse og videre opplevelse av mestring i etterkant.

4.2. Håndtering av barrierer og bruk av individuelt tilpasset informasjon, undervisning og veiledning til å motivere pasienten

Etter identifisering av barrierer og kinesiofobi må sykepleier videre bidra til pasientens håndtering av dem. Dette kan gjøres på ulike måter, og vil i hovedsak bestå av et samspill mellom sykepleiers funksjonsområder. Å overkomme frykt knyttet til fysisk aktivitet etter hjerteinfarkt er essensielt for rehabiliteringen (Coull & Pugh, 2021), og innebærer håndtering av andre barrierer, som usikkerhet. Å redusere disse barrierene er altså nødvendig for at pasienter skal kunne ta valg om livsstilsendringer, og i det hele tatt delta på hjerterehabilitering (Nicolai et al., 2018). Infarktpasienter som ikke blir tilstrekkelig informert eller overbevist om forbedring av livsstil, har også vist seg mer motvillige til endring (Nicolai et al., 2018). Et tydelig funn fra studiene var behovet for mer personalisert informasjon og undervisning om årsaker og risikofaktorer for sykdom, og fordelene med livsstilsendringer (Nicolai et al., 2018). Med andre ord vil individuell tilpasning kunne fungere hensiktsmessig når sykepleier skal tilrettelegge informasjon, veiledning og undervisning. Usikkerhet omkring fysiske grenser er en viktig faktor å håndtere, og klar og konsis informasjon om fysisk aktivitet har vist seg å være av stor betydning. I tilfeller der informasjonen er forskjellig og varierende fra ulike helsearbeidere, har graden av kinesiofobi økt (Bäck et al., 2020). På en side vil det være umulig å sikre at all informasjon infarktpasienten får blir den samme da helsepersonell er mennesker med ulik personlighet og erfaring. Likevel, dersom de organisatoriske forholdene tilrettelegger for jevnlig møter eller temadager der ansatte *sammen* holder seg faglig oppdatert, kan informasjonen videre samstemmes. Dokumentering av gitt informasjon kan også sikre dette.

I etterkant av et hjerteinfarkt viser det seg at flere pasienter manglet hukommelse om hva som hendte og ble sagt under innleggelsen (Nicolai et al., 2018). Likevel er det anbefalt at pasienter i krisesituasjoner blir informert tidlig, og at det bør gjentas flere ganger (Eikeland et al., 2013, s.221). Erfaringsmessig utdeles det ofte standardiserte

informasjonsskriv for å sikre dette, men informasjon bør dog begrenses og tilpasses hver enkelt (Stubberud, 2019, s.77). I en av studiene presiseres det at pasienter foretrekker individuelt tilpassede råd fremfor generelle (Bäck et al., 2020). Informasjonsskriv som ofte deles ut både i akuttfasen og i den videre rehabiliteringsprosessen legger sjelden til rette for dette behovet, og understreker betydningen av sykepleiers rolle og funksjoner. Et standardisert informasjonsskriv blir enveiskommunikasjon og en tydelig kontrast til sykepleieveiledning som bygger på samhandling og brukermedvirkning hvor pasienten er en aktiv deltaker i læringsprosessen (Tveiten, 2020, s.249). Også Travelbee og Orems teorier vektlegger individualisering (Kristoffersen, 2016, s.18-28), og kan derfor antas motstridende til standardiserte informasjonsskriv. Ulike informasjonsskriv vil imidlertid være gode ekstra-tiltak ved enkel og direkte informasjon, og særlig i kombinasjon med veiledning.

Fysisk aktivitet ses i sammenheng med individuelt tilpasset rehabilitering, og individuell kartlegging av interne og eksterne faktorer er av stor betydning (Bäck et al., 2020; Ögmundsdóttir Michelsen et al., 2018; Nicolai et al., 2018; Dreyer et al., 2021). Oppmøte på fysisk trening i rehabiliteringen har vist seg å være høyere hos pasienter som har fått et individualisert tilbud fremfor standardisert, og effekten ble i tillegg redusert grad av kinesiofobi (Ögmundsdóttir Michelsen et al., 2018). Individuell tilpasning vil bygge på sykepleiers kartlegging under den tidlige identifiseringen av barrierer og kinesiofobi, og understreker betydningen av at sykepleier vektlegger alle stegene i rehabiliteringsprosessen.

Mangel på individuelt tilpasset veiledning i fysisk aktivitet er også en barriere som har ført til at pasienter avslår rehabiliteringstilbud (Coull & Pugh, 2021). Manglende deltakelse på hjerterehabilitering vil medføre tap av andre positive faktorer enn fysisk aktivitet for god rehabilitering, som for eksempel støtte og veiledning. Manglende støtte fra pårørende viste seg dessuten som økt frykt og negative barrierer knyttet til den fysiske treningen i rehabiliteringen (Bäck et al., 2020; Nicolai et al., 2018). Å inkludere pårørende i både råd og undervisning om livsstilsendringer og individuell støtte er derfor tiltak som bidrar positivt for pasienten (Nicolai et al., 2018). Sosial støtte vil kunne bidra til å dempe frykt for fysisk aktivitet og bidra til opprettholdelse av nye, aktive vaner på lengre sikt (Bäck et al., 2020; Nicolai et al., 2018; Coull & Pugh, 2021). Sykepleier kan derfor forsøke å inkludere pasientens pårørende i rehabiliteringsprosessen. Dette forutsetter imidlertid en nøye vurdering av relasjonene for å sikre at inkluderingen gir positive utfall.

Ifølge lovverket har pasienter rett til informasjon og helsepersonell har plikt til å sikre at den er forstått (Stubberud, 2019, s.76). Dette er ufravikelig, selv om sykepleiers mulige tidspress kan bli en utfordring. For infarktpasienter kan imidlertid hjerteskoletilbud igjen nevnes. Hjerteskoletilbud var ikke et spesifisert funn fra studiene, men kan likevel relateres til den norske helsetjenestens tilbud. Hjerteskoletilbud fungerer som praktiske eksemplarer på motarbeiding av det kjente sykepleietidspresset. Det administreres ofte av nettopp sykepleiere - med avsatt tid til hjertepasienter og deres problematikk. Informasjon vil fungere som et grunnlag for pasienters mål om mestring og empowerment, og pasienter som ikke får tilstrekkelig informasjon om den fysiske treningen i rehabilitering har vist seg å ha mer frykt og angst i form av større grad av kinesiofobi (Bäck et al., 2020). I en rehabiliteringsprosess kan motivasjon anses sentralt (Romsland et al., 2022, s.198). Det er imidlertid individuelt hva som oppleves motiverende, og derfor hensiktsmessig å undersøke gjennom brukermedvirkning og samhandling. Et av funnene påpeker nettopp ulike motivasjonsteknikker som tiltak i veiledning (Coull & Pugh, 2021). På denne måten

har sykepleier flere verktøy å benytte i prosessen mot styrking av mestringsevne og å overvinne kinesiofobi.

Emosjonell støtte fra sykepleier og «shared-decision-making» ble poengtert som betydningsfullt i infarktpasienters rehabiliteringsprosess (Bäck et al., 2020; Dreyer et al., 2021). Støtte, oppmuntring og engasjement vil kunne styrke opplevelsen av mestring (Kristoffersen, 2016, s.386), og derfor bli avgjørende i håndteringen av barrierer og kinesiofobi. Støtte som pedagogisk metode kombinert med veiledning kan dessuten øke motivasjon til å konfrontere frykten for fysisk aktivitet (Kristoffersen, 2016, s.386). Hjerteinfarkt kan i etterkant oppleves livsomveltende, og kan ikke forventes å mestres på egen hånd (Kristoffersen, 2016, s.356). Veiledningen i rehabiliteringsprosessen vil derfor være avhengig av en god relasjon og samarbeid mellom pasient og sykepleier (Kristoffersen, 2016, s.386). Her blir sykepleiers rolle og funksjon viktig da den kan bidra til økt trygghetsfølelse (Åhlund et al., 2013). Verdien av samhandling understrekes også i samsvar med Orem og Travelbees sykepleieteorier, da begge poengterte det som essensielt for mestringsoppnåelse (Kristoffersen, 2016, s.18-28).

I veiledningen vil utvikling av konkrete planer og rutiner være en viktig psykologisk faktor for integrering av gode vaner som fysisk aktivitet i dagliglivet (Nicolai et al., 2018; Coull & Pugh, 2021). Mål for pasientens progresjon kan oppleves hjelpsomt og bidra til opprettholdelse av dem på lang sikt (Coull & Pugh, 2021). Med andre ord blir det avgjørende at sykepleier vektlegger empowerment og brukermedvirkning for å fremme hverdagsmestring. Brukermedvirkning og tanken om at "pasienten er eksperten på seg selv" vil bidra til utvikling av realistiske rutiner og mål (Tveiten, 2020). Denne tanken er god, men kan også diskuteres. I enkelte tilfeller kan det antas at manglende kunnskap og ferdigheter er medvirkende årsak til hjerteinfarkt, og pasienten kan derfor dra nytte av sykepleiers fagekspertise. Pasienters tidligere inaktive vaner eller kinesiofobi kan dessuten antas å ubevisst dras inn brukermedvirkningen under beslutningstaking ved "shared-decision-making". Likevel blir pasientens ekspertise viktig for å sikre at beslutningene integreres og passer deres liv. Det blir derfor nøye at ekspertisen balanseres og at begge parter drar nytte av hverandre for å oppnå suksess.

4.3. Rehabilitering, oppfølging og livet videre

Sykepleier vil altså spille en viktig rolle i infarktpasientens rehabiliteringsprosess, både i starten og underveis. Men, sykepleier kan også være en viktig bidragsyter til veien videre etter hjerterehabilitering og mestring tilbake i hverdagen.

Personsentrert og individuelt tilpasset sykepleie bør altså ha veid tungt gjennom hele rehabiliteringsprosessen og forhåpentligvis medført tidlig identifisering og håndtering av utfordringer. Pasientene bør gjennom informasjon, undervisning og veiledning blitt utstyrt til å håndtere og mestre sine barrierer, som kinesiofobi. Sykepleiers ansvars- og funksjonsområder under hjerterehabilitering bør gjennom samsvar med lovverk og yrkesetiske retningslinjer ha vektlagt styrking av pasientens ressurser og dermed lagt grunnlag for økt egenomsorg, mestringsopplevelse og empowerment. Også både Travelbee og Orem's teorier kan oppsummeres som å basere seg på sykepleiers tilrettelegging for dette og dermed varig opprettholdelse (Kristoffersen, 2016, s.18-28). I samsvar med studienes funn vil det etter hjerterehabilitering kreve aktive valg hver dag, resten av livet. Kontinuerlig håndtering av barrierer og kinesiofobi må integreres i

hverdagen for å kunne opprettholde nye vaner og oppnå varig mestring av kinesiofobi (Nicolai et al., 2018). Betydningen av å delta på hjerterehabilitering for å videre mestre kinesiofobi var et nøkkelfunn fra studiene, og dette avsnittet tar derfor utgangspunkt i at pasienten har deltatt.

Livsstilsendringer og etablering av nye vaner som fysisk aktivitet innebærer en kontinuerlig og langvarig prosess (Nicolai et al., 2018). I samsvar med Orems teori, poengteres dessuten viktigheten av at fremtidige intervensjoner i kardiologi ikke bare må engasjere og beholde pasienter i behandling, men også forbedre langsiktig overholdelse av sekundærforebygging og andre aspekter av egenomsorg (Mohammadpour, 2015; Dreyer et al., 2021; Kristoffersen, 2016, s.18-28). Profesjonelt ledet hjerterehabilitering ble funnet hjelpsomt for å overvinne typiske tankeprosesser for infarktpasienter (Coull & Pugh, 2021). Med andre ord presiseres betydningen av hvorvidt pasienten vil føle behov for videre rehabilitering og oppfølging. Dette påpeker viktigheten av at rehabiliteringsfasen inneholder nødvendige momenter for å overkomme frykten for fysisk aktivitet og å lære seg håndtering av egne tankeprosesser. Nøkkelen blir dermed sykepleiers pedagogiske funksjon og evnen til å tilrettelegge for varig mestring. Altså vil innhold, kvalitet og fokus på empowerment i sykepleieintervensjoner være avgjørende for behovet for videre rehabilitering og oppfølging.

Majoriteten av studiene viste at det var ønskelig med mer og lengre hjerterehabilitering- og oppfølgingstilbud. Det som likevel kan diskuteres er hvorvidt evigvarende tilbud vil virke helsefremmende i lengden, og hvordan det vil påvirke evnen til egenomsorg, mestring og empowerment. Svaret vil antakelig omhandle graden, hvor mye og hvor ofte. Målet med rehabiliteringen bør jo i utgangspunktet innebære at infarktpasienten selv evner mestring av sine barrierer og kinesiofobi, og opplever selvstendighet. For noen kan livslangt rehabiliteringstilbud høres fristende ut, uavhengig av innhold eller kvalitet, og erfaringsmessig vil det alltid være noen som ønsker tryggheten av profesjonell støtte, livet ut. Infarktpasientens opplevelse av trygghetstap (Dreyer et al., 2021) kan trolig medføre en sterk søken etter trygghet, hvor enn det kan hentes. Evigvarende rehabiliteringstilbud vil likevel kunne stride mot prinsippene bak empowermentprosessen og sykepleiers helsefremmende funksjon. Også Travelbee og Orems teorier kan totalt sett tolkes som motstridende til dette. Alle de nevnte påpeker i hovedsak at pasienten skal klare å leve med sin situasjon og oppleve at de mestrer den på egen hånd.

Det å fortsette med råd og veiledning til fysisk aktivitet hos infarktpasienter vil imidlertid bidra til opprettholdelse av de nødvendige endringene som er gjort (Coull & Pugh, 2021). Fra studiene var individuelt tilpasset sykepleieoppfølging positivt for mestring av kinesiofobi og medførte økt fysisk aktivitet og videre opprettholdelse (Ögmundsdóttir Michelsen et al., 2018). Med andre ord kan det bidra til mestring av tankeprosessene rundt frykt for fysisk aktivitet, og totalt sett øke bærekraften av hele rehabiliteringsprosessen. Sykepleier kan opprettholde en kontinuerlig oppfølgingsprosess med pasienter etter utskrivelse gjennom eksempelvis regelmessige besøk, telefonsamtaler eller digitale konsultasjoner. Ved å holde kontakten får sykepleier mulighet til å oppdage utfordringer knyttet til frykten for fysisk aktivitet som bør håndteres fremfor å utvikles, og tilby nødvendig støtte og veiledning. Sykepleieoppfølging kan også virke betryggende da det kan gi infarktpasientene bekreftelse på at de er på rett vei. I balanserte former etter behov kan sykepleieoppfølging derfor antas utslagsgivende for bærekraften av rehabiliteringsprosessen og dermed tyngstveiende i argumenteringen.

4.4. Betydning for sykepleiepraksis

Denne oppgaven vil ha betydning for sykepleiepraksis på flere måter. Den øker bevisstheten rundt begrepet og problemområdet kinesiofobi, det store omfanget av påvirkede pasienter, og understreker viktigheten av helhetlig og individuelt tilpasset sykepleie. Oppgaven viser også betydningen sykepleier kan ha for oppdagelse av kinesiofobi, og pasientens håndtering og mestring av frykten for fysisk aktivitet. I tillegg til dette presiseres rollen sykepleier kan spille i pasientens hverdagsmestring videre i livet.

4.5. Styrker og svakheter

En styrke i denne oppgaven er at flere av de analyserte studiene er gjennomført i nordiske land, noe som gir overførbarhet til det norske helsevesenet. Det har også vært positivt å være to studenter i samarbeid, med aktiv bruk av veiledning. Dette har bidratt til flere vinklinger og økt diskusjon. Det selvvalgte temaet opplevdes fengende, noe som har gjort prosessen givende og dermed styrkende.

En svakhet ved noen av studiene var fellesbetegnelsen hjerte- og karsykdom. Disse ble likevel inkludert etter manuell vurdering, da årsaken til hjerteinfarkt kom av hjerte- og karsykdommer. En annen svakhet var bakgrunn fra land med ulik helsetjeneste enn Norge. Dette ble likevel ansett som overførbart, da fokuset ikke lå på landets helsevesen, men heller på felles globale opplevelser ethvert menneske kan kjenne på. Ord og uttrykk ble oversatt til norsk, men kan være en svakhet da store deler av oppgaven bygger på psykologisk fokus og korrekt oversettelse er viktig. Følelser kan ofte lettere synonymiseres til noe annet enn det som var ment, i motsetning til somatikk hvor det generelt virker å være mindre tolkningsmuligheter.

Bak tre av studiene finnes samme forfatter, noe som kan tenkes å gi mindre nøytralitet. Likevel kan dette også være en styrke fordi denne forfatteren har gjort flere studier rundt samme tema. I tillegg er flere av studiene delvis rettet mot annet helsepersonell, men ble imidlertid vurdert overførbare da rollen i studiene også kunne relateres til sykepleiere. Oppgaven har benyttet sekundærlitteratur for sykepleieteoretikere, men dette ble ansett som anvendelig da litteraturen er grunnleggende pensumlitteratur under sykepleierutdanningen. I tillegg viser den ene studien til Orems teori (Mohammadpour, 2015.).

4.6. Konklusjon

Strukturen i diskusjonskapittelet legger indirekte til rette for et svar på problemstillingen. Innledningsvis besvares den ved at sykepleier først fokuserer på identifisering av barrierer og tidlig oppdagelse av kinesiofobi. Deltakelse på treningsbasert hjerterehabilitering spiller her en essensiell rolle. Fra første stund vil det derfor være nøye at sykepleier oppfordrer og motiverer til deltakelse, slik at pasienten tidlig kan utfordre frykten for fysisk aktivitet under trygge rammer. Deretter vil støttende og individuelt tilpasset sykepleie være viktig. Barrierer og kinesiofobi kan videre håndteres gjennom ulike metoder innen informasjon, undervisning og veiledning. Avslutningsvis handler det om at sykepleieoppfølging i balanserte former kan sikre at mestringen opprettholdes, og sørge for at infarktpasienten unngår å falle tilbake i gamle vaner, og dermed oppblomstring av kinesiofobi. Frykten for fysisk aktivitet etter hjerteinfarkt vil kunne bli en daglig barriere å håndtere. Sykepleieoppfølging kan lette hverdagsmestringen, og dessuten bli avgjørende for bærekraften av rehabiliteringslærdommen. Sykepleierens funksjoner med fokus på empowerment kan totalt sett bidra til en helsefremmende og livslang evne hos infarktpasienten til å oppleve mestring.

Referanser

- Alvsvåg, H. (2020). Helsefremming og sykdomsforebygging. Et historisk og sykepleiefaglig perspektiv. I Å. Gammersvik og T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (s. 50-70). Fagbokforlaget
- Baykal Şahin, H., Kalaycıoğlu, E., & Şahin, M. (2021). The effect of cardiac rehabilitation on kinesiophobia in patients with coronary artery disease. *Turkish journal of physical medicine and rehabilitation*, 67(2), 203–210.
<https://doi.org/10.5606/TFTRD.2021.5164>
- 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>
- Coull, A., & Pugh, G. (2021). Maintaining physical activity following myocardial infarction: a qualitative study. *BMC cardiovascular disorders*, 21(1), 105.
<https://doi.org/10.1186/s12872-021-01898-7>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utgave). Gyldendal akademisk.
- Dreyer, R. P., Pavlo, A. J., Horne, A., Dunn, R., Danvers, K., Brush, J., Slade, M., & Davidson, L. (2021). Conceptual Framework for Personal Recovery in Patients With Acute Myocardial Infarction. *Journal of the American Heart Association*, 10(19), e022354. <https://doi.org/10.1161/JAHA.121.022354>
- Eikeland, A., Haugland, T., & Stubberud, D.-G. (2013). Sykepleie ved hjertesykdommer. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie bind 1* (4. utg., s. 207-245). Gyldendal Akademisk.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), s. 22–26.
- Folkehelseinstituttet. (2022, 4. Oktober). *40 prosent nedgang i hjerteinfarkt på ti år*.
<https://www.fhi.no/nyheter/2022/40-prosent-nedgang-i-hjerteinfarkt-pa-ti-ar/>
- Harris, A. & Ursin, H. (2020). Stress og mestring i et helsefremmende perspektiv. I Å. Gammersvik og T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (s. 221-236). Fagbokforlaget.
- Hauken, M. A. (2020). Rehabilitering i en helsefremmende kontekst. I Å. Gammersvik og T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (s. 179-200). Fagbokforlaget.
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*. Hentet 19.april 2023 fra
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsenorge. (2020). *Hjerteinfarkt*. Hentet 23.april 2023 fra
<https://www.helsenorge.no/sykdom/hjerte-og-kar/hjerteinfarkt/>
- Helsenorge. (2022). *Hva fysisk aktivitet gjør med kroppen*. Hentet 28.april 2023 fra
<https://www.helsenorge.no/trening-og-fysisk-aktivitet/hva-fysisk-aktivitet-gjor-med-kroppen/>
- Kristoffersen, N. J. & Breievne, G. (2016). Lidelse, mening og håp. I N. J.

- Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3. utg, bind 3, s. 187-236). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.- A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., bind 1, s. 193-265). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Stress og mestring. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3. utg., bind 3, s. 238-286). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3. utg., bind 3, s. 15-80). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Å styrke pasientens ressurser – sykepleierens helsefremmende og pedagogiske funksjon. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3. utg., bind 3, s. 349-406). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.- A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.- A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., bind 1, s. 15-27). Gyldendal Akademisk.
- Langeland, E. (2020) Salutogenese som forståelsesramme i sykepleie. I Å. Gammersvik og T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (s. 157-178). Fagbokforlaget.
- Mohammadpour, A., Rahmati Sharghi, N., Khosravan, S., Alami, A., & Akhond, M. (2015). The effect of a supportive educational intervention developed based on the Orem's self-care theory on the self-care ability of patients with myocardial infarction: a randomised controlled trial. *Journal of clinical nursing*, 24(11-12), 1686–1692. <https://doi.org/10.1111/jocn.12775>
- Molven, O. (2014). *Sykepleie og jus* (4. utgave). Gyldendal juridisk.
- Nicolai, J., Müller, N., Noest, S., Wilke, S., Schultz, J. H., Gleißner, C. A., Eich, W., & Bieber, C. (2018). To change or not to change - That is the question: A qualitative study of lifestyle changes following acute myocardial infarction. *Chronic illness*, 14(1), 25–41. <https://doi.org/10.1177/1742395317694700>
- Norsk sykepleierforbund. (u.å.). *Folkehelse*. Hentet 24.april 2023 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/folkehelse>
- Nortvedt, P., Grønseth, R. (2013). Klinisk sykepleie -funksjon og ansvar. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie bind 1* (4. utg., s. 17-32). Gyldendal Akademisk.
- NTNU Universitetsbiblioteket. (u.å.). Fagside for medisin og helse: Databaser og artikler. Hentet 21.april 2023 fra <https://www.ntnu.no/blogger/ub-mh/finn-litteratur/databaserartikler>
- Nylenna, M. & Braut, G. S. (2022, 14. august). Egenomsorg. I *Store Medisinske Leksikon*. Hentet 29. april 2023 fra <https://sml.snl.no/egenomsorg>
- Romsland, G. I., Dahl, B. & Slettebø, Å. (2022). *Sykepleie og rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Solvoll, B.-A. (2016). Identitet og egenverd. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Pasientfenomener, samfunn og mestring*. (3. utg., bind 3, s. 105-140). Gyldendal Akademisk.

- Stubberud, D.-G. (2019). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.- G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 15-47). Gyldendal Norsk Forlag.
- Stubberud, D.-G. (2019). Pasientens psykososiale behov: konsekvenser for sykepleiers kompetanse. I D.- G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utg., s. 48-77). Gyldendal Norsk Forlag
- Thelle, D. S. (2023, 7. mars). Hjerte- og karsykdommer. I *Store Medisinske Leksikon*. Hentet 17. april 2023 fra [http://sml.snl.no/hjerte- og karsykdommer](http://sml.snl.no/hjerte-og-karsykdommer)
- Tveiten, S. (2020). Empowerment og veiledning: Sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. I Å. Gammersvik og T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (s. 237 – 258). Fagbokforlaget.
- World Health Organization. (2021, 11. Juni). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Ögmundsdottir Michelsen, H., Nilsson, M., Scherstén, F., Sjölin, I., Schiopu, A., & Leosdottir, M. (2018). Tailored nurse-led cardiac rehabilitation after myocardial infarction results in better risk factor control at one year compared to traditional care: a retrospective observational study. *BMC cardiovascular disorders*, 18(1), 167. <https://doi.org/10.1186/s12872-018-0907-0>
- Ørn, S., Brunvand, L. (2015). Hjerte- og karsykdommer. I E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling*. (s. 159- 194). Gyldendal Akademisk.
- Åhlund, K., Bäck, M., & Sernert, N. (2013). Fear-avoidance beliefs and cardiac rehabilitation in patients with first-time myocardial infarction. *Journal of rehabilitation medicine*, 45(10), 1028–1033. <https://doi.org/10.2340/16501977-1219>

