

BSYBAC_5
Bacheloroppgave i Sykepleie



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 5. Mai 2022

Kandidatnummer: 5109 & 5129

Psykososiale konsekvenser etter gjennomgått hjerteinfarkt



Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn: Hjerteinfarkt rammer mange mennesker hvert år, og kan gi store konsekvenser da pasienters livssituasjon kan endres. Det kan medføre psykososiale konsekvenser som angst og redsel, samt at disse pasientene har økt behov for støtte og informasjon. Hvordan disse pasientene opplever og erfarer det å ha gjennomgått hjerteinfarkt, kan påvirkes av sykepleierens forståelse og handlinger.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å belyse pasienters psykososiale erfaringer og opplevelser relatert til gjennomgått hjerteinfarkt. Videre ønsker vi å undersøke hvilke sykepleietiltak som kan ivareta disse pasientenes behov.

Metode: Vi har gjort en litteraturbasert oppgave, der vi har analysert fem kvalitative studier etter analysemodellen til Friberg (2017). Vi sorterte analysert data i nye hovedkategorier og underkategorier. Resultatene ble dermed analysert ut fra en ny synsvinkel, som også inkluderte annen relevant teori.

Resultat: Resultatene viser at mange pasienter har opplevd angst og redsel som psykososial konsekvens av gjennomgått hjerteinfarkt. Pasientene var redde for at det skulle skje igjen, og engstelige for å dø. De erfarte endringer i livet, både på godt og vondt. Det kommer også frem at de fleste pasientene opplevde sosial støtte som svært verdifullt. Til slutt belyses relevant informasjon som viktig, samtidig som informasjonen noen av pasientene mottok var mangelfull og dårlig.

Nøkkelord: Hjerteinfarkt, psykososiale konsekvenser, erfaringer, opplevelser, angst, redsel, livsforandringer, sosial støtte, informasjon.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema	4
1.2 Problemformulering.....	4
1.3 Hensikt.....	5
2.0 TEORIKAPITTEL	6
2.1 Opplevelsen av et hjerteinfarkt.....	6
2.2 Pasienters behov etter akutt sykdom	6
2.3 Betydningen av gode relasjoner i etterkant av kritisk sykdom.....	8
3.0 METODE	9
3.1 Valg av metode.....	9
3.2 Litteratursøk.....	9
3.2.1 Valg av søkestrategi	9
3.2.2 Valg av databaser	10
3.2.3 Valg av søkeord	11
3.2.4 Valg av artikler	11
3.3 Analyse	12
4.0 RESULTATER	14
4.1 Psykososiale konsekvenser av hjerteinfarkt	15
4.1.1 Redselen for nye symptomer, gjentakelse og døden.....	15
4.1.2 Når angsten tar over hverdagen	16
4.2 Livsforandringer på godt og vondt	16
4.2.1 Endringer i livet – opplevelser og erfaringer	16
4.2.2. To utfall -vanskelighet med å akseptere sykdommen og en positiv holdning	17
4.3 Betydningen av støtte i etterkant av et hjerteinfarkt.....	18
4.3.1 Familien – en viktig faktor for å komme seg videre i livet.....	18
4.3.2 Mange trenger noen å dele følelser med	18
4.3.3 Behov for informasjon – en kilde til mestring.....	19
5.0 DISKUSJON	20
5.1 Metodediskusjon.....	20
5.2 Resultatdiskusjon.....	21
5.2.1 Tap av det vante liv	22
5.2.2 Mer enn bare ord.....	23
6.0 Avslutning	26
LITTERATUR	28

OBLIGATORISKE VEDLEGG:	30
Vedlegg 1: Søkelogg	30
Vedlegg 2: Litteraturmatrise	31

Antall ord: 7466

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom studiet har vi bemerket oss at fokuset er større på det medisinske enn på det psykososiale relatert til sykdom. Derfor ønsket vi å se nærmere på psykososiale konsekvenser etter gjennomgått alvorlig sykdom. Vi valgte hjerteinfarkt fordi det er et tema vi syntes er interessant. I tillegg vil svært mange pasienter på sykehus, i hjemmesykepleien og på sykehjem, ha sammensatte sykdommer der hjertesykdom er en stor del av sykdomsbildet (Ørn & Brunvand, 2016). Hjerte og karsykdommer er en av de største årsakene til sykdom og død i vår del av verden, samt den hyppigste dødsårsaken i Norge (Ørn & Brunvand, 2016). Ifølge Norsk hjerteinfarktregisters rapport fra 2020 (Govatsmark et al., 2021) ble det registrert 11 043 hjerteinfarkt på sykehusene i Norge. Kunnskap om hvordan disse pasientene opplever livet etter gjennomgått hjerteinfarkt, vil være svært viktig for å kunne utøve helhetlig sykepleie og ivareta disse pasientenes behov.

1.2 Problemformulering

Pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt, har gjennomgått et traume. De fleste får tilstrekkelig medisinsk oppfølging, men sitter gjerne igjen med ulike erfaringer når det kommer til den psykososiale opplevelsen. Mange kan oppleve redsel for at det skal skje igjen, angst ved lignende symptomer og depresjon over ny livssituasjon. Menneskers totale livssituasjon kan forandre seg på grunn av sykdom, og det kan gå ut over livskvaliteten. Når sykdom og dårlig helse forstyrrer det vante livet kalles det livslidelse (Eriksson, 2012). Kunnskap om hvordan pasienter etter gjennomgått hjerteinfarkt opplever situasjonen, kan bidra med viktig informasjon som kan forbedre sykepleieutøvelsen. Sykepleierens forståelse og handlinger spiller en viktig rolle for å skape tiltak som kan forebygge pasientens lidelse. På bakgrunn av dette, vil det være svært viktig med økt fokus og forståelse for pasienters erfaringer og opplevelser etter gjennomgått hjerteinfarkt. Det vil kunne bidra med kunnskap som kan forebygge og forhindre uønskede psykososiale opplevelser, som angst, redsel og depresjon, samt kunnskap som vil ivareta pasientens behov.

1.3 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse pasienters psykososiale erfaringer og opplevelser relatert til gjennomgått hjerteinfarkt. Videre ønsker vi å undersøke hvilke sykepleietiltak som kan ivareta disse pasientenes behov.

2.0 TEORIKAPITTEL

2.1 Opplevelsen av et hjerteinfarkt

Hjerteinfarkt blir i Ørn & Brunvand (2016) forklart som myokardceller som nekrotiserer på grunn av oksygenmangel. Et hjerteinfarkt kan oppstå fordi en koronararterie plutselig tilstoppes fullstendig, eller fordi en forsnevret koronararterie ikke klarer å tilføre nok blod til at hjertemuskelceller kan overleve. Ved hjerteinfarkt oppstår det intense og vedvarende smerter. Symptomene varer lenge og kommer selv om pasienten ligger helt i ro (Ørn & Brunvand, 2016). Når den akutte fasen er over, rettes behandlingen mot å forhindre nye hjerteinfarkt. Derfor er det viktig at vi ikke bare forebygger og behandler de akutte komplikasjonene, men også forstår betydningen av å undervise og veilede pasienten slik at nye tilfeller ikke oppstår. Etter hjerteinfarkt er risikoen for å få et nytt hjerteinfarkt økt. Risikoen avtar i løpet av det første året, men øker igjen med alderen (Ørn & Brunvand, 2016).

Ifølge Norsk hjerteinfarktregisters rapport (Govatsmark et al., 2021) var det 30% av de 11043 pasientene som hadde hjerteinfarkt i 2020, som hadde hatt et hjerteinfarkt tidligere. I rapporten oppgir 32% at de ikke fikk noe særlig informasjon om hva de kunne gjøre dersom et tilbakefall skulle forekomme i hjemmet. 39% av pasientene oppgav at informasjonen de fikk ikke inneholdt nok om hvilke plager og konsekvenser en kunne oppleve i ettertid, og var dermed ikke forberedt. Rapporten viser også at 40 % av pasientene som hadde gjennomgått hjerteinfarkt oppgav angst og depresjon tre måneder etter utskrivelse (Govatsmark et al., 2021).

2.2 Pasienters behov etter akutt sykdom

Livslidelse er den lidelsen som relaterer seg til alt som innebærer det å leve, og det å være menneske i relasjon til andre mennesker. Sykdom, dårlig almenntilstand og pasientsituasjonen, påvirker hele menneskets livssituasjon. Det vante livet blir endret og mer eller mindre tatt i fra en. Mennesket står da ovenfor en lidelse som omfatter hele dens livssituasjon. Livslidelse kan innebære mye, deriblant tap av muligheten til å delta på ulike sosiale sammenkomster (Eriksson, 2012).

[Kandidatnummer: 5109 & 5129]

Akutt og kritisk sykdom, som hjerteinfarkt, får ifølge Stubberud (2013) konsekvenser både for pasientens psykososiale og fysiske behov. Psykososiale behov omhandler menneskets psyke, altså det mentale og det som kan beskrives som menneskets sjeloliv. For mange kan sykdom oppleves som en krise. Pasientens psykososiale behov omhandler behovet for kontakt med andre mennesker, altså fellesskap, pasientens reaksjoner, følelser og opplevelser. De har behov for å mestre situasjonen en befinner seg i. Det kan blant annet innebære å ha motivasjon til å mestre sykdommen, føle på trygghet, velvære og tilfredshet, samt oppleve fravær av lidelse. Det kan også innebære å oppleve gode relasjoner, og det å få individuell og målrettet sykepleie (Stubberud, 2013).

Hvordan pasienten opplever det å være akutt og/eller kritisk syk henger sammen med hvilke behov en kan ha i en slik tilstand, samt ulike psykososiale reaksjoner. Det kan veksle mellom håp og håpløshet, samt trygghet og utrygghet. Endringer i kroppen kan påvirke det psykososiale som gjør at det kan dukke opp eksistensielle spørsmål. Havik (1989, 1992) beskriver i Stubberud (2013) eksistensielle spørsmål, som eksempelvis kan være; hvorfor pasienten ble rammet av sykdom, hvordan livet vil bli i fremtiden og om dette er slutten på livet. Det blir for mange naturlig å vurdere videre hva som oppleves viktig. Det kan være familie, helse, venner eller arbeid. Dette er en prosess som kan føre til opplevelse av angst, utrygghet, depresjon eller sinne, reaksjoner som er vanlige ved en traumatisk krise.

Hjerteinfarkt oppleves truende fordi det ofte oppstår uten forvarsel, og kan skape redsel for å dø. Det fører også med seg bekymringer for yrkeslivet, familien og fremtiden (Stubberud, 2013).

Etter gjennomgått hjerteinfarkt er fysisk aktivitet svært viktig, fordi hjerte skal trenes opp igjen. Trening er med på å redusere dødeligheten for hjertesyke pasienter med 20 %, samtidig som det er viktig for å redusere risikofaktorer for hjerteinfarkt. Stabile hjerteinfarkt pasienter bør komme i gang med fysisk aktivitet så fort som mulig, helst allerede en uke etter infarkt. Risikoen for hjerterelaterte hendelser ved trening er veldig liten, sammenlignet med risikoen for å få hjerte- og karsykdommer dersom man ikke er fysisk aktiv og trener (Lein, 2012).

2.3 Betydningen av gode relasjoner i etterkant av kritisk sykdom

Pasienter som har vært gjennom krise har ofte behov for støtte, medmenneskelighet og noen å dele følelser og tanker med. Kriser beskrives i Eide & Eide (2008) som en fellesbetegnelse på alvorlige og vanskelige livssituasjoner. God kommunikasjon og tilstrekkelig med informasjon er viktige faktorer for at pasienter skal kunne bearbeide reaksjoner, mestre sykdom og krise, og for kunne forstå situasjonen. Tilstrekkelig og relevant informasjon vil gi kunnskap om selve sykdommen, behandlingen og fysiske konsekvenser. Samtidig er det også viktig at pasientene får informasjon om psykososiale konsekvenser som kan oppstå. Det er viktig at den som hjelper tar seg tid til å lytte til pasienten, slik kan det skapes trygghet, som gjør det lettere for pasienten å dele tanker i den sårbare situasjonen (Eide & Eide, 2008). Ifølge lov om pasient- og brukerrettigheter (1999, §3-2), skal pasienten ha den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i helsehjelpen og sin helsetilstand. Det innebærer at pasienten informeres om mulige bivirkninger og risikoer. Ut fra dette forstår vi at pasienten også skal få informasjon som omhandler psykososiale konsekvenser i etterkant av sykdom, da dette også omhandler pasientens helsetilstand.

Folkehelseinstituttet (2015) viser til forskning som sier at sosial støtte har en gunstig effekt på psykisk helse, livskvalitet og mestring. Det konkluderes også med at sosial støtte er med på å styrke mestringsevnen når en møter belastende og krevende livshendelser. Også i Eide & Eide (2008) nevnes et godt sosialt nettverk og støtte fra pårørende, som en viktig del av det å mestre kriser. Pasienter vil ofte ha forventninger til sine pårørende om at de stiller opp og gir støtte. Ergo kan det oppleves vanskelig å være pårørende. I tillegg kan det være utfordrende å møtet egne reaksjoner, og de føler at de ikke gir tilstrekkelig støtte til sin kjære. Det er derfor viktig at den som hjelper, tar vare på og stiller opp for begge parter, slik at de som familie har gode forutsetninger for å kunne mestre situasjonen sammen (Eide & Eide, 2008).

3.0 METODE

Metode blir beskrevet i Dalland (2017) som en fremgangsmåte for å komme frem til ny kunnskap, men også til å etterprøve kunnskap. Hvilken metode en nytter avhenger av hva en ønsker å undersøke, eller hvilket spørsmål eller problemstillinger en ønsker å belyse. I empiriske studier brukes hovedsakelig kvantitativ eller kvalitativ metode, eller eventuelt en blanding av disse metodene. Kvantitativ metode gir data som kan omgjøres til målbare enheter, og vil kunne gi et bredt overblikk i form av generelle punkter. Kvalitativ metode gir data i form av opplevelser og meninger, denne metoden er gunstig å bruke dersom en ønsker en dypere forståelse (Dalland, 2017).

3.1 Valg av metode

Vi har gjort en litteraturbasert oppgave, som ifølge Lyckhage (2017) er når en bruker allerede gjennomført og publisert forskning for å svare på en problemformulering. Altså vil datainnsamlingen bestå av gjennomgang av allerede publisert forskning om temaet. Når man skriver en litteraturbasert oppgave, kan man ta utgangspunkt i ulike typer litteratur. Vi har brukt vitenskapelige artikler og Fribergs (2017) metode for analyse av vitenskapelige artikler. Når vi bruker tidligere forskning til å besvare problemformuleringen og hensikten, er det viktig at vi analyserer og vurderer artiklene vi bruker på en kritisk og selvstendig måte (Segesten, 2017).

3.2 Litteratursøk

3.2.1 Valg av søkestrategi

Vi benyttet oss av strukturert litteratursøk som søkestrategi. Det innebar inklusjons- og eksklusjonskriterier som avgrenset søkeresultatet, og gjorde det enklere å finne artikler som egnet seg for oppgaven vår (Dalland & Trygstad, 2017). Vi brukte kriterier som vist i *tabell 1* for å avgrense søket.

Tabell 1

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">• Pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt• Nyere forskning - artikler publisert mellom 2012 og 2022• Artikler med tilgang til full tekst• Artikler fra europeiske land• Kvinner og menn, alle aldrer.	<ul style="list-style-type: none">• Kvantitative artikler• Pårørendeperspektiv• Sykepleieperspektiv• Artikler uten fagfelle vurdering

Optimalt ønsket vi at alle artiklene våre skulle være fra skandinaviske land, fordi deres helsesystem deler flere likhetstrekk med det norske helsesystemet. På bakgrunn av det valgte vi ut fire skandinaviske artikler, men valgte også å inkludere en artikkel som avviker fra kriteriet, fordi vi syntes resultatet i artikkelen var relevant for oppgaven. Artikkelen er fra Kroatia og dukket opp fordi vi brukte Europa som geografisk avgrensning i søket vi gjorde i Cinahl. I søkene vi gjorde i Medline fikk vi få treff og brukte ikke geografisk avgrensning. Likevel så vi etter om artiklene var fra skandinaviske land når vi leste sammendragene.

Alle artiklene våre tar utgangspunkt i et pasientperspektiv. For å få en helhetlig vurdering av pasienters opplevelser, valgte vi å inkludere alle kjønn i alle aldre. Som resultat av denne inklusjonen kunne vi oppnå bredde i forståelsen av hjerteinfarkt.

3.2.2 Valg av databaser

Vi benyttet oss av databaser som inneholder relevant forskning for sykepleiefaget. Databasene vi brukte var Cinahl og Medline, som var tilgjengelige gjennom universitetsbiblioteket. Vi forsøkte også å nytte Svemed+, men syntes at Cinahl og Medline var lettere å bruke. Ettersom vi syntes vi fant relevante artikler i Cinahl og Medline, bestemte vi oss for å kun nytte disse databasene. Cinahl er en bibliografisk database med referanser til engelskspråklig litteratur både om sykepleie, men også andre helsefaglige områder. Medline er den største databasen i verden når det kommer til medisinske publikasjoner, som da også inkluderer sykepleie.

3.2.3 Valg av søkeord

Vi valgte å gjøre hver våre selvstendige søk med ulike søkeord og i ulike databaser. Dette for å få flest mulig relevante artikler. Vi brukte begge “boolesk söklogik” som teknikk for å kombinere søkeordene. «Boolesk söklogik» innebærer blant annet bruk av “AND” og “OR”, der “AND” brukes for å sette sammen søkeord, og “OR” brukes for å gi treff på synonymer (Östlund, 2017). En brukte da Cinahl som database, og søkeord som stemi og la til “OR” for å få synonymer som heart attack og myocardial infraction. Videre ble det lagt til “AND” og søkeorda experience og psychosial. Dette gav 329 treff. Ved å legge til inklusjonskriteriene som beskrevet ovenfor resulterte det i 21 artikler.

Den andre brukte databasen Medline og samme søketeknikk som beskrevet ovenfor. Her ble det gjort flere søk men ikke alle gav treff der vi brukte noen av artiklene. Søkeordene som ble brukt i det ene søket var stemi med synonymene myocardial infarction og heart attack og søkeordet patients experiences med synonymene perceptions, attitudes, views og feelings, samt søkeordet psychosocial. Dette gav 646 treff, og gikk ned til 13 treff med avgrensningene. I det andre søket ble det brukt søkeordet myocardial infarction med synonymet heart attack og søkeordet patient reflections med synonymet thoughts, samt søkeordet qualitative study. Dette gave 14 treff, og gikk ned til tre artikler med nevnte avgrensninger. Under «Valg av artikler» forklarer vi hvordan vi fant artikkelen fra 2009 ved å gjøre ett sekundærsøk. Søkeordene vi brukte for å finne igjen artikkelen i Medline var; patients experience, myocardial infarction med synonymet heart attack, samt søkeordet hospital discharge. Det ble brukt fagfelleverderte artikler og publikasjoner etter 2008 som avgrensning. Dette resulterte i 39 treff i Medline. Vi brukte ikke flere avgrensninger da vi visste spesifikt hvilken artikkel vi lette etter. Videre leste vi også sammendragene til andre artikler som dukket opp i dette søket, men fant ikke flere artikler vi syntes var relevante. Vedlegg (1) viser utfylt søkehistorikk, med søkeord og databaser.

3.2.4 Valg av artikler

Til å svare på hensikten valgte vi ut fem artikler som anvendte en kvalitativ metode. Det vil si at artiklene ønsker å fange opp opplevelser og meninger, som ikke lar seg måle med tall

(Dalland, 2017). Dette samsvarer med oppgavens hensikt, da vi ønsket å undersøke pasienters psykososiale erfaringer og opplevelser relatert til gjennomgått hjerteinfarkt. Vi vurdert derfor at artikler med kvalitativ metode belyste problemstillingen og gav best resultat, da de går mer i dybden på hvordan enkelt pasienter opplevde gjennomgått hjerteinfarkt.

Da vi skulle starte å søke etter artikler ønsket vi å undersøke pasienters erfaringer etter gjennomgått hjerteinfarkt, mens de var inneliggende på sykehuset. Etter hvert som vi leste artikler fant vi ingen som samsvarte med den hensikten og problemformuleringen vi hadde. Vi leste så noen artikler som undersøkte pasienters opplevelser etter gjennomgått hjerteinfarkt, da de var kommet hjem fra sykehuset. Vi bestemte oss derfor for å endre pasientarenaen fra sykehus til hjem. Likevel brukte vi en av artiklene vi fant før vi endret pasientarena.

Vi gjorde ett sekundærsøk der vi fant den ene artikkelen ved å studere referanselisten til de valgte artiklene våre (Östlund, 2017). Samtidig fant vi den også i Medline, som styrket validiteten. Vi valgte å inkludere den til tross for kravet om at artiklene ikke skulle være eldre enn ti år. Artikkelen ble inkludert fordi den er med på å underbygge flere tema i resultatdelen, samtidig som resultatene viser mye av det samme som de valgte artiklene. Derfor vurderte vi at artikkelen fremdeles var relevant.

Når vi så skulle velge ut artikler, vurderte vi i hvilken grad de svarte på hensikten vår. Vi så da på hvilken metode forskerne hadde brukt, og vurderte resultatene deres mot vår hensikt. Da vi skulle vurdere artiklenes gyldighet og troverdighet vurderte vi om artiklene hadde brukt IMRaD-struktur, som er en norm for oppbygging av forskningsartikler (Dalland & Trygstad, 2017). For å videre undersøke troverdigheten til artiklene, så vi at tidsskriftene hadde relevans innenfor sykepleiefaglig forskning og at det var en troverdig kilde.

3.3 Analyse

I Friberg (2017) beskrives analyse som et arbeid der vi går fra å se på artikkelen som en helhet, for deretter å dele den opp i deler, og til slutt sette delene sammen til en ny helhet. Prosessen innebærer å se på likheter og ulikheter i studiene for å kunne skape nye temaer. Friberg (2017) understreker at det er viktig at man hele tiden har hensikten i bakhode når man

[Kandidatnummer: 5109 & 5129]

analysere artiklene, slik at man ikke går seg vill i analyse prosessen. Derfor valgte vi å skrive hensikten ned på en lapp, slik at vi hele tiden ble påminnet oppgavens hensikt.

Når vi analyserte artiklene, brukte vi Fribergs (2017) analysemodell. Modellen innebærer tre steg; først lese gjennom studiene flere ganger og prøve å forstå innholdet og sammenhengen, så dokumentere i en oversiktstabell, og til slutt finne likheter og ulikheter mellom de ulike artiklenes resultater. Vi leste først gjennom artiklene flere ganger hvor vi prøvde å oversette dem, og forstå hva de handlet om. Fokuset var spesielt på artiklenes resultat. Videre prøvde vi å avdekke hvilke hovedkategorier artiklene la frem, og sammenlignet de med hensikten vår for å finne frem til den informasjonen vi trengte. Vi strekte under det vi syntes var relevant. Så dokumenterte vi inn i litteratormatrisen (vedlegg 2), blant annet hensikt, perspektiv, metode og analyse, utvalg og hovedfunn. Ved å føre inn i en slik tabell, hadde vi i større grad oversikt over artiklene før vi analyserte videre. Vi sammenlignet så funnene fra artiklene og dannet oss tre hovedkategorier med temaer som gikk igjen. Vi fargekodet kategoriene og brukte markeringstusjer for å skille de ulike funnene i artiklene fra hverandre. Til slutt samlet vi resultatene til de tre hovedkategoriene ved å skrive de ned i en notatblokk. Der skilte vi artiklene med tilhørende kategorier, for så å sette det sammen til en helhet. Ved å gjøre det på denne måten klarte vi enklere å sammenligne funnene fra de ulike artiklene og skille mellom likheter og forskjeller (Friberg, 2017).

4.0 RESULTATER

Gjennom analysen av artiklene kom det frem data i tre hovedkategorier og syv underkategorier. Dataene fra artiklene har hjulpet oss å besvare oppgavens hensikt. Under har vi laget en tabell (tabell 2) som fremstiller hoved- og underkategoriene.

Tabell 2

Hovedkategorier:	Underkategorier
Psykososiale konsekvenser av hjerteinfarkt	<ul style="list-style-type: none">• Redselen for nye symptomer, gjentakelse og døden.• Når angsten tar over hverdagen
Livsforandringer på godt og vondt	<ul style="list-style-type: none">• Endringer i livet – opplevelse og erfaringer• To utfall -vanskelighet med å akseptere sykdommen og en positiv holdning
Betydningen av støtte i etterkant av kritisk sykdom.	<ul style="list-style-type: none">• Familien – en viktig faktor for å komme seg videre i livet• Mangen trenger noen å dele følelser med• Behov for informasjon – en kilde til mestring

4.1 Psykososiale konsekvenser av hjerteinfarkt

4.1.1 Redselen for nye symptomer, gjentakelse og døden.

I alle artiklene kommer det frem at mange pasienter har opplevd angst og redsel som psykososial konsekvens av gjennomgått hjerteinfarkt, og særskilt redsel for nye symptomer og for at hjerteinfarkt skal gjenta seg (Eriksson et al., 2009; Fålund et al., 2016; Junehag et al., 2014; Petriček et al., 2017; Simoný et al., 2017). I fire av artiklene forteller pasientene at de kjente på angst og redsel i rehabiliteringsfasen. Angsten kom av redselen for at nye symptomer skulle oppstå og at det skulle føre til ett nytt hjerteinfarkt og en eventuell død (Eriksson et al., 2009; Junehag et al., 2014; Petriček et al., 2017; Simoný et al., 2017).

Pasientene hadde blitt informert om at det var en mulighet for at de kunne få ett nytt hjerteinfarkt, og var derfor svært engstelige for at det skulle skje. De opplevde at de psykiske reaksjonene kom uten forvarsel etter at de kom hjem fra sykehuset, og det resulterte i følelsen av å miste kontroll over livet (Junehag et al., 2014). I følge Petriček et al (2017) fortalte flere av pasientene at angsten økte dersom symptomene ble verre, eller dersom det oppstod nye symptomer. Pasientene i artikkelen til Simoný et al (2017) beskrev det å gå gjennom ett hjerteinfarkt som en brutal og skremmende hendelse, som førte til at angsten for at det skulle skje igjen eller at de skulle dø, oppstod. De følte at livet var mye skjørere en tidligere og hvert enkelt symptom gjorde dem redde og sårbare.

I artikkelen til Fålund et al (2016) er pasientene som blir intervjuet fremdeles på sykehuset. Noen av pasientene kjente fremdeles på symptomer som blant annet brystmerter. Symptomene påminnet dem hjerteinfarkt, og de var ble svært engstelige. Pasientene, men også deres pårørende, var bekymret for at de skulle reise hjem på tross av symptomene. De bekymret seg for å ikke kjenne igjen et eventuelt nytt hjerteinfarkt. Dette førte også til redsel for å ikke vite hva de skulle gjøre under en slik situasjon. Pasientene oppgav at de følte en sammenheng mellom det å gjennomgå ett hjerteinfarkt og det å føle på angst og motløshet (Fålund et al., 2016).

4.1.2 Når angsten tar over hverdagen

I alle artiklene kommer det frem at angsten for symptomer, et nytt hjerteinfarkt og døden, påvirket livskvaliteten til pasientene etter gjennomgått hjerteinfarkt (Eriksson et al., 2009; Fålund et al., 2016; Junehag et al., 2014; Petriček et al., 2017; Simoný et al., 2017).

Pasientene i artikkelen til Fålund et al (2016) bekymrer seg for tiden fremover når de kommer hjem fra sykehuset. De frykter at de ikke skal kunne leve slik de gjorde før på grunn av angsten, og da spesielt at det vil hindre dem i å utøve fysisk aktivitet som tidligere.

I fire av artiklene der pasientene har vært hjemme en stund, opplever pasientene at angsten begrenser dem svært mye i det daglige. Flere av pasientene oppgir at angsten hindrer dem i hverdagslige aktiviteter og da spesielt ved fysisk aktivitet. De turte ikke å være fysisk aktive slik de hadde vært tidligere, fordi de var redde for at det kunne fremkalle eller forverre symptomer. Dette gjorde at det var vanskelig for pasientene å komme tilbake til sitt normale liv og begrenset også deres sosiale muligheter. (Eriksson et al., 2009; Junehag et al., 2014; Petriček et al., 2017; Simoný et al., 2017).

4.2 Livsforandringer på godt og vondt

4.2.1 Endringer i livet – opplevelser og erfaringer

Det kommer frem i samtlige artikler at pasientene hadde kjent på en merkbar endring i livet etter gjennomgått hjerteinfarkt (Eriksen et al., 2009; Fålund et al., 2016; Junehag et al., 2014; Petriček et al., 2017; Simoný et al., 2017). Hverdagslivet var påvirket av fysiske, psykiske og sosiale endringer. Sykdommen førte til en ukjent og usikker situasjon hvor de følte at livet var blitt både sårbart og endret for alltid (Simoný et al., 2017). Under prosessen med å forstå at livet har endret seg rapporterte flere pasienter om endring i deres identitet. Pasientene hadde ulik tilnærming av tilfredshet med sitt nye jeg. Noen tilpasset seg bra til en «ny normal», mens andre hadde vanskeligheter med å tilpasse seg, og var i en kontinuerlig søking etter den nye normalen (Petriček et al., 2017). Det å leve så normalt som mulig ble ansett som et viktig mål for å kunne tilpasse seg hverdagens aktiviteter ved hjemreise (Fålund et al., 2016).

Resultatene i alle artiklene viste at pasientene opplevde endringer i hverdagen på flere måter. Den fysiske tilstanden var forverret, noe som førte til at de følte seg mindre tilfredsstillt med livet de var i stand til å leve nå (Eriksson et al., 2009; Fålund et al., 2016; Junehag et al., 2014; Petriček et al., 2017; Simoný et al., 2017). De kjente på ett fysisk handikapp, der de følte seg begrenset i flere situasjoner (Simoný et al., 2017). For å etablere en ny hverdag var det viktig for pasientene i Petriček et al (2017) å vite at deres kropp enda var funksjonell.

4.2.2. To utfall -vanskelighet med å akseptere sykdommen og en positiv holdning

Det kommer frem i tre av artiklene at det å akseptere sykdommen var en utfordring (Petriček, et al., 2017; Simoný et al., 2017; Junehag et al., 2014). Noen dager var sykdommen glemt, mens andre dager var tanken på å leve med hjerteinfarkt vanskelig å ta innover seg, og det gjorde dem engstelige. Noen av pasientene motstod sykdommen og dens konsekvenser, fordi de ikke ønsket å være begrenset av sykdommen eller en byrde for familie og venner (Petriček, et al., 2017). Andre ønsket ikke å bli påminnet sykdommen, og en pasient uttalte; «I don't want to have anything to do with this thing» (Junehag et al., 2014). Når de opplevde symptomer fra hjerteinfarkt prøvde de å overse og unngå dem i håp om at de skulle forsvinne av seg selv. De prøvde å unngå virkeligheten fordi det skremte dem (Simoný et al., 2017). Pasientene i artikkelen til Petriček et al (2017) uttrykket ett behov for selvrefleksjon, og spurte seg selv hva de hadde gjort galt for å havne i denne situasjonen.

I Fålund et al (2016) så pasientene deres hjerteinfarkt som ett vendepunkt i livet, og som en mulighet til å gjøre endringer. Å gjennomgå ett hjerteinfarkt var også relatert til ett positivt utfall. Dette inkluderte muligheten for å øke sin indre styrke og se på den lyse siden av livet, ettersom det en dag vil være for sent (Fålund et al., 2016). En pasient i artikkelen til Petriček et al (2017) sier at han opplevde flere positive endringer etter hjerteinfarkt, han sluttet å røyke, han begynte å gå turer, og familien fikk ett sterkere samhold. Det kommer også frem i Eriksson et al (2009) at endringer i pasientenes liv gjorde at de nå tenkte mer på hva de hadde og hva som betydde noe i livet. Endring til et mer positivt syn på livet var viktig for pasientene i Fålund et al (2016).

4.3 Betydningen av støtte i etterkant av et hjerteinfarkt

4.3.1 Familien – en viktig faktor for å komme seg videre i livet

I fire av artiklene kommer det frem at familien til pasientene har vært viktig for dem i tiden etter hjerteinfarkt. Familien var der for pasientene og hjalp dem på veien tilbake til den normale hverdagen. For de fleste var familien støttende, oppmuntrende og hjelpsomme, og en viktig del av det daglige livet. Familiens støtte hjalp pasientene med å klare å tilpasse seg den nye tilværelsen og gå videre i livet (Eriksson et al., 2009; Fålund et al., 2016; Junehag et al., 2014; Petriček et al., 2017). I Fålund et al (2016) sin artikkel forteller pasientene at det tror støtten fra familien vil være svært viktig for framtidige forandringer, rehabiliteringsfasen og sin psykiske helse.

En pasient i artikkelen til Petriček et al (2017) forteller at familien noen ganger behandlet han som syk og sårbar, og fortalte han hva han kunne gjøre, og ikke kunne gjøre. Dette syntes han var ubehagelig, da han ønsket å bli sett på som frisk og normal. Både i artikkelen til Petriček et al (2017) og i artikkelen til Eriksson et al (2009) nevner pasientene at de så på noen pårørendes overbeskyttende holdninger som negativt, fordi det hindret dem i å være seg selv slik det var før sykdommen.

4.3.2 Mange trenger noen å dele følelser med

I artikkelen til Junehag et al (2014) fikk omtrent halvparten av pasientene utdelt en mentor som selv hadde gjennomgått et hjerteinfarkt. Mentoren var en person pasienten ikke kjente til fra før. Pasientene som hadde en mentor så på det som veldig verdifullt å ha en å snakke med som viste forståelse for situasjonen, og de opplevde det som enklere å prate om erfaringer og opplevelser med en fremmed. Det ble også sett på som verdifullt å alltid ha noen som var tilgjengelige. Pasientene opplevde at de tidligere ble kvitt psykiske problemer enn andre, fordi de forstod at det eneste som hjalp mot psykiske reaksjoner, var å prate med noen om det, i deres tilfelle mentoren de hadde fått tildelt.

Flere av de uten mentor oppgav at de ønsket at de hadde hatt en mentor eller en annen kontaktperson å prate med etter utskrivelse fra sykehuset. De følte at de hadde taklet

situasjonen dårligere enn de pasientene som hadde mentor. Noen av pasientene uten mentor hadde selv oppsøkt arrangerte møter med andre post-hjerteinfarkt-pasienter for å ha noen å prate med om situasjonen (Junehag et al., 2014). Også i artikkelen til Simonÿ et al (2017) fremstilles det som verdifullt og givende for pasientene å snakke om opplevelser og erfaringer sammen med pasienter som har gjennomgått det samme. Det gjorde at de fikk større forståelse for situasjonen de var i. Artikkelen til Fålund et al (2016) trekker også frem det å kunne prate med venner som har gjennomgått hjerteinfarkt, psykiatere eller helsepersonell, som viktig for å kunne opprettholde fysisk og psykisk velvære etter utskrivelse.

4.3.3 Behov for informasjon – en kilde til mestring

Det kommer frem i Petriček et al (2017) at pasientene la vekt på innhentning av informasjon som noe positivt, fordi de hjalp dem med å tilpasse seg, og mestre hjerteinfarkt. De uttrykket videre to typer informasjonsbehov. Det første var ett behov for generell kunnskap om hjerteinfarkt, som inkluderte årsaker, forløpet, mulige komplikasjoner, behandling og selvhjelpsprosedyrer. Den andre var et behov for informasjon om «min sykdom», altså pasientens spesielle hjerteinfarkt.

Ifølge pasientene i Junehag et al (2014) var informasjonen de mottok omfattende, men upersonlig. Informasjonen handlet vanligvis om medisinske problemstillinger. De oppgav mangel på informasjon om psykososiale konsekvenser, som at bekymringer er en normal reaksjon. En pasient sier at dersom han hadde vært klar over dette, hadde han kanskje håndtert situasjonen bedre. Det kommer også frem i Eriksson et al (2009) at pasientenes retur til det vanlige livet hjemme, var preget av mangel på klare instruksjoner når det kom til fysisk aktivitet, medisiner og hvordan håndtere egne følelser.

5.0 DISKUSJON

5.1 Metodediskusjon

I metodekapittelet har vi forsøkt å gi en beskrivelse av arbeidet vårt, som har ledet frem til resultatene. Her vil vi diskutere i hvilken grad vår fremgang vil styrke eller svekke resultatene i oppgaven. En svakhet med vår oppgave er at vi er uerfarne med søk i vitenskapelige databaser, og vi ser i etterkant at mer metodekunnskap kunne ført til en grundigere kvalitetssjekk av artiklene. Dette kan ha bidratt til å svekke oppgavens validitet.

Vi har brukt Friberg (2017) sin modell for litteraturbasert oppgave som metode, med fem kvalitative forskningsartikler. Etter å ha analysert artiklene våre grundig og reflektert rundt sterke og svake sider, mener vi at de fem artiklene vi har valgt svarer på oppgavens hensikt og fremstår som troverdige. Samtlige av artiklene var skrevet på engelsk. Derfor kan vi i oversettelses prosessen ha misforstått eller tolket noe feil, og med det kanskje dannet oss en litt annen forståelse enn det som var ment. Likevel brukte vi mye tid på å oversette og analysere artiklene og tror derfor ut fra våre fagkunnskaper og forutsetninger, at vi har tolket artiklene på en slik måte at vi har fått frem det viktigste.

Vi valgte kun å bruke kvalitative studier, da det vi ville undersøke var pasienters opplevelser og erfaringer. Dette kommer frem i slike studier, der det blir gjort intervjuer som går i dybden og får frem en utvidet forståelse. Derfor svarer kvalitative studier best på hensikten med vår oppgave. På den andre siden kunne vi også ha nyttet en kvantitativ artikkel for å få en større forståelse rundt omfanget av pasienters opplevelse. Alle forfatterne i samtlige artikler hadde helsevitenskapelig bakgrunn og flere av dem jobbet på sykehus innen avdeling for hjertesykdom. Dette sier noe om deres forutsetninger for å kunne forske på temaet, samt om grunnlaget for å vurdere artiklenes gyldighet. Alle artiklene er publisert i helsevitenskapelige tidsskrifter, som er med på å styrke artiklenes validitet. Vi ønsket å bruke artikler fra skandinaviske land, for å ta utgangspunkt i helsesystem som var mest mulig likt det vi finner i Norge, og pasienter som i størst grad har like forutsetninger som norske. Derfor valgte vi artikler fra Sverige, Danmark og Norge. Til tross for dette har vi som nevnt tidligere, med en artikkel fra Kroatia. Vi valgte å ta den med fordi vi vurderte innholdet i artikkel som relevant for oppgaven. Samtidig tar det norske helsevesenet stadig imot pasienter fra andre land. Ved å inkludere denne artikkelen vil det kunne gi oss en bredere innsikt i erfaringer og opplevelser

til pasienter som kommer fra andre land, som gjerne har ett helsesystem som er noe ulikt det vi har i Norge. Artikkelen gjorde at vi fikk en bredere pasientgruppe. Deltakerne i samtlige artikler inkluderer både kvinner og menn i alderen 40-90 år, som har gjennomgått hjerteinfarkt. Om det forekommer eventuelle forskjeller mellom de pasientene som kommer ikke frem i artiklene, da det fokuseres på den samlede erfaringen til pasienter i ulike alders- og kjønnsgrupper.

Når vi startet på oppgaven ønsket vi kun artikler der pasientene fremdeles var på sykehuset, eller nettopp var utskrevet. Det viste seg å være vanskelig å finne artikler som svarte på hensikten vår dersom vi kun inkluderte pasienter med nylig gjennomgått hjerteinfarkt. Ved å utvide søket til pasienter som hadde gjennomgått hjerteinfarkt for ett eller flere år siden, fant vi flere artikler som besvarte hensikten. Pasientene i artiklene hadde likevel stort sett samme tanker og opplevelser, som blant annet inkluderte en bekymring for fremtiden, og redsel for gjentakelse. Det er kun i artikkelen til Fålund et al (2016) at pasientene som intervjues fremdeles var på sykehuset. Ved å inkludere denne artikkelen fikk vi ett mer omfattende perspektiv over ett lengre pasientforløp. Dette er likevel i liten skala og det kunne vært interessant å gjøre en større studie hvor en hadde fulgt noen pasienter fra sykehus, og hvordan det går etter hjemkomst eller videre møte med helsevesenet.

Artiklene vi valgte oss ut er publisert mellom 2014 og 2017, med unntak av Erikssons artikkel fra 2009. At artiklene er relativt nye gjør resultatene mer relevante og sjansen for at de er foreldet mindre. Erikssons artikkel fra 2009 inkluderte vi som tidligere nevnt fordi den var med på å underbygge resultatene fra de fire andre artiklene. Resultatene i Erikssons artikkel fra 2009 samstemte godt overens med resultatene vi fant i de andre artiklene som var publisert mellom 2014 og 2017. Derfor tenkte vi at innholdet var relevant og gyldig selv om artikkelen var over 10 år gammel.

5.2 Resultatdiskusjon

Hensikten med denne oppgaven var å belyse pasienters psykososiale erfaringer og opplevelser relatert til gjennomgått hjerteinfarkt. Videre ønsket vi å undersøke hvilke sykepleietiltak som kan ivareta disse pasienters behov. Resultatene i denne litteraturbaserte oppgaven drøftes i lys av teori og egen refleksjon.

5.2.1 Tap av det vante liv

Rapporten til Norsk hjerteinfarktregister (Govatsmark et al., 2021) viser at 40% av pasientene som hadde gjennomgått hjerteinfarkt oppgav angst og depresjon tre måneder etter utskrivelse. Dette ser vi også i samtlige artikler der pasientene har opplevd psykososiale konsekvenser som redsel og angst, og da særskilt redselen for nye symptomer og for døden (Eriksson et al., 2009; Fålund et al., 2016; Junehag et al., 2014; Petriček et al., 2017; Simoný et al., 2017). Psykososiale konsekvenser er gjennomgående i alle artiklene. I de fire artiklene hvor pasientene har vært hjemme en stund, kommer det frem at pasientene opplever de psykososiale konsekvensene som ett hinder i hverdagen (Eriksson et al., 2009; Junehag et al., 2014; Petriček et al., 2017; Simoný et al., 2017). Det sosiale livet ble begrenset og de turte ikke lenger å være like aktiv som tidligere. Eriksson (2012) beskriver dette som en livslidelse der det vante livet blir endret, og resulterer deriblant i tap av muligheten til å være sosial. Her ser vi at resultat og teori samsvarer, og vi forstår at sykepleierens fokus på helhetligsykepleie bør stå i sentrum, der viktigheten av å se hele mennesket kan være avgjørende for pasientopplevelsen.

På den andre siden kommer det frem i Fålund et al (2016) at flere pasienter så på hjerteinfarkt som ett vendepunkt i livet. Vi forstår ut fra artiklene at flere kan oppleve hjerteinfarkt som noe positivt og at noen kan se på det som en mulighet til å gjøre endringer i livet. Det samsvarer med funn i Eriksson et al (2009) som viser at flere pasienter ble mer bevisst på hva som hadde betydning. Dette beskrives som en normal reaksjon, der det for mange blir naturlig å stille eksistensielle spørsmål, samt vurdere hva som er viktig i livet (Stubberud, 2013). Det kan derfor tenkes at det er ønskelig fra pasientene å få informasjon om slike opplevelser, da en gjerne ikke forbinder positive endringer med et hjerteinfarkt.

Samtidig som flere pasienter opplevde en positiv endring var det imidlertid mange som opplevde det som en utfordring å akseptere sykdommen (Petriček, et al., 2017; Simoný et al., 2017; Junehag et al., 2014). De ønsket ikke å bli påminnet sykdommen og tanken på å leve etter hjerteinfarkt gjorde dem engstelige. Dersom det oppstod symptomer fra hjerteinfarkt prøvde de å overse dem for å unngå virkeligheten (Simoný et al., 2017). Hvilke behov en har ved kritisk sykdom henger sammen med hvordan pasienten opplever det. Det kan endre seg

mye og veksle mellom håp og håpløshet (Stubberud, 2013). Ut fra dette kan vi forstå at pasientene kan veksle mellom det å oppleve noe positivt, samtidig som de senere kan oppleve det som en utfordring å akseptere sykdommen. Det vil være variasjoner i pasienters opplevelser og erfaringer, og derfor vil mer kunnskap om dette temaet kunne styrke sykepleierens posisjon i behandling og oppfølging av slike pasienter. Samtidig forstår vi at det vil være viktig å ikke la sykepleierens kunnskaper ta over pasientens følelser og erfaringer, og la pasienten få rom til å uttrykke seg.

Som nevnt tidligere erfarte flere pasienter at de ikke turte å være like aktive som før. Angsten hindret dem i hverdagslige aktiviteter, og da spesielt ved fysisk aktivitet. Dette kom av redselen for å fremkalle eller forverre symptomer (Eriksson et al., 2009; Junehag et al., 2014; Petriček et al., 2017; Simoný et al., 2017). I motsetning kommer det frem i Lein (2012) at fysisk aktivitet etter gjennomgått hjerteinfarkt er svært viktig. Det viser seg at risikoen for hjerterelaterte hendelser ved trening er veldig liten, sammenlignet med risikoen for å få hjerte- og karsykdommer dersom man ikke trener. Fysisk aktivitet bør derfor starte så fort som mulig (Lein, 2012). På bakgrunn av dette kan vi forstå at det er mangel på informasjon som omhandler pasientenes muligheter og begrensninger når det kommer til blant annet fysisk aktivitet ved retur til det daglige livet. Slik vi oppfatter artiklene, er ett mulig resultat av dette, redsel og begrensninger i hverdagslivet. Her vil sykepleierens pedagogiske rolle være sentral i forebygging av mulig inaktivitet og livslidelse.

5.2.2 Mer enn bare ord

Støtte fra både helsepersonell og pårørende, samt informasjon om det som vil møte pasientene i etterkant av hjerteinfarkt, er gjennomgående viktig i teori og resultat. Stubberud (2013) beskriver deler av pasienters psykososiale behov som behovet for menneskelig kontakt. Som tidligere nevnt kan pasienter som har gjennomgått krise ofte ha et behov for å snakke med noen utenfor familien, da for eksempel helsepersonell eller en som har vært gjennom det samme. I studien til Junehag et al (2014) fikk halvparten av pasientene utdelt en mentor, en som selv hadde gjennomgått hjerteinfarkt som pasienten ikke kjente fra før. Pasientene i denne studien vurderte det som verdifullt å ha noe å snakke med som forstod hva de gikk gjennom. Noen av pasientene som ikke hadde mentor, ønsket de hadde hatt noen å prate med. Også pasientene i studien til Simoný et al (2017) og Fålund et al (2016) så på det som givende

å prate med noen om erfaringer og opplevelser. Resultatene fra artiklene samsvarer med teorien om at mennesker som har gjennomgått kritisk sykdom som hjerteinfarkt har behov for kontakt med, og støtte fra andre mennesker. De har også et behov for å kunne dele og uttrykke følelser og opplevelser for å kunne mestre situasjonen på best mulig vis (Stubberud, 2016; Eide og Eide, 2008).

Familie og pårørende trekkes frem som viktige faktor i rehabiliteringsfasen etter hjerteinfarkt. Både Folkehelseinstituttet (2014) og Eide og Eide (2008) påpeker at god støtte fra pårørende kan ha en gunstig effekt på psykisk helse, livskvalitet og mestring. Til tross for dette kommer det frem i to av artiklene at pårørende også kan være en hindring i rehabiliteringen dersom de fremtrer på feil måte. Eide og Eide (2008) presiserer at det er viktig at helsepersonell også ivaretar pårørende og underviser dem i hvordan de skal ivareta sine kjære. Dette fordi det kan være en overveldende og vanskelig situasjon også for dem. I artikkelen til Petriček et al (2017) og Eriksson et al (2009) kan det forstås som at dette har vært en mangel da de pårørende har en negativ innvirkning på pasientene ved å være overbeskyttende, og hindre pasientene i å leve som før. I lys av dette og det vi nevner over, kan det tenkes at det å sørge for at pasienten har tilgjengelige og støttende pårørende, er en viktig del av helhetlig sykepleie til pasientene som har gjennomgått hjerteinfarkt. Eventuelt hjelpe dem med å komme i kontakte med en mentor eller en kontaktperson som noen av pasientene i studien til Junehag et al (2014) får tildelt. På denne måten sørges det for at alle får muligheten til å prate med noen om psykososiale konsekvenser.

Mangelfull og dårlig informasjon er ett problem som går igjen. Rapporten til Norsk hjerteinfarktregister (Govatsmark et al., 2021) viser at pasienter opplevde å få lite informasjon i forhold til tilbakefall, men også mangelfull informasjon om plager og konsekvenser i etterkant av hjerteinfarkt. Tilstrekkelig og betydningsfull informasjon trekkes av Eide og Eide (2008) frem som en viktig faktor for at pasientene skal kunne bearbeide, mestre og forstå sykdommen og situasjonen en går gjennom. I tillegg er det nødvendig for at pasienten skal føle seg trygg, og være forbered på reaksjoner og andre psykososiale konsekvenser som kan oppstå. Tilstrekkelig informasjon er også noe en pasient har rett på å få (pbrl, 1999, §3-2). På bakgrunn av dette forstår vi at sykepleieren er pliktet til å gi relevant og tilfredsstillende informasjon.

[Kandidatnummer: 5109 & 5129]

I forkant av oppgaven forventet vi at mangelfull og dårlig informasjon var et tema som ville gå igjen. Likevel var det kun i artiklene til Junehag et al (2014) og Eriksson et al (2009) det kom frem at informasjonsmangel var et problem. Artikkelen til Petriček et al (2017) nevner også informasjon som viktig, men sa ikke noe spesifikt om kvaliteten på informasjonen pasientene fikk. Likevel kan det på bakgrunn av Norsk hjerteinfarktregisters rapport (Govatsmark et al., 2021) forstås at informasjon som hjerteinfarktpasienter får er mangelfull, spesielt når det kommer til det psykososiale, og at det her er et forbedringspotensial. Det kan dermed tenkes at et større fokus på psykososiale konsekvenser av sykdom, blant annet under utdanning og på arbeidssstedet, ville gjort helsepersonell tryggere på dette området. Det ville da vært mer naturlig å ta opp temaet og prate sammen med pasienter om det.

6.0 Avslutning

Hensikten med denne litteraturbaserte oppgaven var å belyse psykososiale erfaringer og opplevelser relatert til gjennomgått hjerteinfarkt, for så å undersøke hvilke sykepleietiltak som kan ivareta disse pasienters behov. Resultatene viser at det er flere faktorer som har betydning for hvordan pasienter opplever og erfarer livet etter hjerteinfarkt. Mange pasienter opplever i tiden etter, angst, redsel, og store livsforandringer. Pasientene har også erfart at sosial støtte og informasjon er vesentlige faktorer i rehabiliteringsfasen. Angsten kom i hovedsak av redselen for gjentakelse og død, men også mangelfull informasjon blir nevnt som en fremtredende årsak. Dette førte til at pasientene opplevde at de ble hindret i hverdagen. Likevel viser også resultatene at noen pasienter så på hjerteinfarkt som et vendepunkt og en mulighet til å gjøre endringer i livet. Familien og ellers sosial støtte fra helsepersonell eller noen som selv har gjennomgått hjerteinfarkt, ble i resultatene fremstilt som spesielt viktig.

Funnene våre i denne litteraturoversikten har gitt oss et inntrykk av at oppfølgingen etter gjennomgått hjerteinfarkt kan forbedres. Sykepleiere har en sentral rolle i rehabiliteringsfasen til pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt. Som sykepleier er en ansvarlig for informasjonen man gir, og kan med riktig informasjon kanskje redusere angst og redsel. En kan også sørge for at pasienten har riktig og tilstrekkelig sosial støtte. På bakgrunn av funnene våre vil vi forslå noen sykepleietiltak, som vi mener kan bidra til at pasienters opplevelse og erfaringer relatert til gjennomgått hjerteinfarkt forbedres.

- Psykososiale utfordringer som angst og redsel er fremtredende i resultatdelen som konsekvenser av hjerteinfarkt. For å forebygge slike reaksjoner er det viktig med økt fokus på informasjon og veiledning av disse pasientene. Vi mener derfor at det bør legges mer vekt på psykisk helse på arbeidsplasser, men også gjennom utdanningen. Dersom dette blir gitt mer plass og oppmerksomhet, vil det være lettere å praktisere blant pasienter. Ved å ha mer kunnskap og fokus på psykisk helse, er vi bedre rustet til å hjelpe pasienter, slik at vi kan forhindre psykososiale konsekvenser som angst og redsel.
- Sosial støtte kommer frem som en viktig faktor for pasientene i resultatdelen. Samtidig viser også teorien at god sosial støtte har gunstig effekt på livskvaliteten og

mestring. Vi mener at sykepleieren har en sentral rolle i å sikre pasienter sosial støtte. Det kan innebære å sikre at pasienten har familie eller venner som vil opptre som støttede, og finne alternativer dersom pasienter ikke har et støttende nettverk.

Mentorer eller kontaktpersoner blir nevnt i en artikkel som alternativer til sosial støtte. Sykepleiere bør på bakgrunn av det tilby og oppmuntre pasienter til å motta slik støtte, da det kommer frem i oppgaven at dette er av viktig betydning for pasienter etter gjennomgått hjerteinfarkt.

- I resultatet kommer det frem ulike opplevelser knyttet til informasjon, samtidig som vi forstår ut ifra egne erfaringer og teorien, at riktig informasjon er svært viktig etter gjennomgått sykdom eller krise. Her har sykepleieren en betydelig rolle for å dekke pasientens behov. Vi mener at ett viktig tiltak er økt fokus på relevant og tilstrekkelig informasjon til pasienten. Dette innebærer å inkludere informasjon om følelsesmessige reaksjoner og andre psykososiale konsekvenser, som det kommer frem i resultatdelen at pasientene uttrykker mangel på. Informasjon om trening vil også være viktig, da vi ser fra resultatdelen at flere pasienter ikke tør å være fysisk aktive, som et resultat av mangelfull informasjon om viktigheten av trening.

LITTERATUR

Dalland, O. (2017). Hva er metode? I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (6.utg. s. 149-164). Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. & Trygstad, H (2017) Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving* (6.utg. s. 149-164). Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2008). Kommunikasjon i relasjoner. (2. utg.). Gyldendal Akademisk.

Eriksson, K. (2012). Det lidende menneske (2.utg.). Munksgaard.

Eriksson, M., Aspelund, K. & Svedlund. (2009). Patients´and Their Partners´ Experiences of Returning Home after Hospital Discharge Following Acute Myocardial Infarction. *European journal of cardiovascular nursing*, 8(4), 267-273. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2009.03.003

Folkeinstuttet (2015, 26, juni) *Fakta om sosial støtte og ensomhet*.
<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/sosial-stotte-og-ensomhet---faktaar/>

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (3. Utg. s. 141-151). Studentlitteratur AB

Fålund, N., Fridlund, B., Schaufel, M, A., Schei, E. & Norekvål, T, M. (2016). Patients´goals, resources, and barriers to future change: A qualitative of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction. *European journal of cardiovascular nursing*, 15(7), 495-503. DOI: 10.1177/1474515115614712

Govatsmark, R, E, S., Halle, K, K., Berge, V, B., Sneeggen, S. & Bønaa, K, H. (2021) Årsrapport 2020: *Med plan for forbedringstiltak*. Norsk hjerteinfarktregister.
<https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2022-01/Norsk%20hjerteinfarktregister%20%C3%85rsrapport%202020%20nov21.pdf>

Junehag, L., Asplund, K. & Svedland M. (2014). A qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction. *Intensive & critical care nursing*, 30(1), 22-30. DOI: 10.1016/j.iccn.2013.07.002

Lein, Marthe. (2012, 27. Mars). *Trening etter hjerteinfarkt*. Norsk Helseinformatikk.
<https://nhi.no/forskning-og-intervju/trening-etter-hjerteinfarkt>

Östlund, L. (2017). Informationsöking - en process. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (3. Utg. s. 59-82). Studentlitteratur AB.

Pasient-og brukerretighetsloven. (1999). Lov om pasient-og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Petriček, G., Buljan, J., Prljević, G & Vrcić-Keglević, M. (2017). Perceived needs for attaining a «new normality» after surviving myocardial infarction: A qualitative study of patients' experience. *The European journal of general practice*, 23(1), 35-42. DOI: 10.1080/13814788.2016.1274726

Lyckhage, E, D. (2017) Kunskap, kunskapsändning och kunskapsutveckling. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (3. Utg. s. 25-35). Studentlitteratur AB.

Segesten, K. (2017). Användbara texter. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (3. Utg. s. 49-58). Studentlitteratur AB.

Simonö, C, P., Dreyer, P., Pedersen, B, D. & Birkelund, R. (2017). It is not just a Minor Thing – A Phenomenological – Hermeneutic Study of Patients 'Experiences when afflicted by a Minor Heart Attack and Participating in Cardiac Rehabilitation. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(2). 232-240. DOI: 10.1111/scs.12334

Stubberud, D, G. (2013) Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D, G. Stubberud, *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (s. 13-37) Gyldendal.

Ørn, S. & Brunvand, L. (2016). Hjerter- og karsykdommer. I S, Ørn. & E, B, Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 163-198). Gyldendal Akademisk

OBLIGATORISKE VEDLEGG:**Vedlegg 1: Søkelogg**

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
21/3	CINAHL	(Stemi or myocardial infarction or heart attack) AND experience AND psychosocial	“Full text” Årstall 2012-2022 “Peer reviewed” Geographic substeset: Europe	Antall treff: 21	Leste abstrakt: 16	Leste artikler: 10	Antall valgte artikler: 2
21/3	MEDLINE	(Stemi or myocardial infarction or heart attack) AND (patients experiences or perceptions or attitudes or views or feelings) AND psychosocial	“Scholarly (Peer reviewed)” “Full text” Årstall 2012-2022	Antall treff: 13	Leste abstrakt: 8	Leste artikler: 5	Antall valgte artikler: 1
23/3	MEDLINE	(Myocardial infarction or heart attack) AND (patient reflections or thoughts) AND qualitative study	“Scholarly (Peer reviewed)” “Full text” Årstall 2012-2022	Antall treff: 3	Leste abstrakt: 3	Leste artikler: 2	Antall valgte artikler: 1
25/3	MEDLINE	(Myocardial infarction or heart attack) AND (patients experience) AND (hospital discharge)	“Scholarly (Peer reviewed)” Årstall 2008-2022	Antall treff 39	Leste abstrakt: 5	Leste artikler: 2	Antall valgte artikler: 1

Vedlegg 2: Litteraturmatrise

Forfatter(e) År Tidsskrift Land	Artikkel- tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
Charlotte P. Simony, Pia Dreyer, Birthe D. Pedersen og Regner Birkelund 2017 Scandinavian journal of caring sciences Danmark	It is not just a Minor Thing - A Phenomenological-Hermeneutic Study of Patients' Experiences when afflicted by a Minor Heart Attack and Participating in Cardiac Rehabilitation	Å få en større forståelse for hvordan pasienter rammet av et hjerteinfarkt opplever sin livssituasjon når de fulgte hjerterehabilitering	Pasient perspektiv	Fokusgruppeintervjuer og individuelle intervjuer ble gjennomført med 11 pasienter som var påmeldte hjerterehabiliteringsprogrammet. En trefaset tolkning inspirert av Paul Ricoeurs tolkningsteori ble brukt.	Totalt elleve pasienter deltok i undersøkelsen. Ni menn og to kvinner mellom 59 og 87 år.	Tre hoved tema dukket opp gjennom intervjuene: Vanskeligheter med å akseptere sykdommen, forståelse for at live har blitt skrøpelig og det at livet nå er endret.

Forfatter(e) År Tidsskrift Land	Artikkel-tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
Goranka Petriček, Josip Buljan, Gordana Prljević & Mladenka Vrcić-Keglević 2017 The European journal of general practice Kroatia	Perceived needs for attaining a 'new normality' after surviving myocardial infarction: A qualitative study of patients' experience	Å utforske pasienter med hjerteinfarkts opplevelse av livet, utfordringer de møter på i prosessen med å akseptere deres tilstand, og innstillingen og tilbakestillingen av deres personlige mål.	Pasient perspektiv	Det ble gjennomført 30 semistrukturerte, individuelle intervjuer. «The grounded theory» metoden ble brukt, og «Atlas.ti» kvalitativ dataanalyseprogramvare ble brukt til å analysere resultatene.	32 pasienter med en primærdiagnose av hjerteinfarkt ble rekrutterte.	Tre hovedtemaer og forklaringsmodeller kom frem fra dataanalysen: En god tilpasning – den nye normaliteten, mistilpasning- et kontinuerlig søk etter en ny normalitet og opplevde behov i jakten på en ny normalitet. Det å overvinne angsten står sentralt som ett viktig behov for

[Kandidatnummer: 5109 & 5129]

						å kunne nå en ny normalitet.
--	--	--	--	--	--	------------------------------

Forfatter(e)) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel-tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater
Junehag, L., Aspelund, K. & Svedlund, M. 2014 Intensive & critical care nursing Sverige	A qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction	Hensikten med denne studien var å beskrive individens oppfatning av de psykososiale konsekvensene av et akutt hjerteinfarkt og tilgangen de fikk til støtte ett år etter hendelsen	Pasient perspektiv	Kvalitativ tilnærming basert på individuelle intervju. Ett år etter hendelsen ble de 20 deltakerne intervjuet. Intervjuene ble gjennomgått trinn for trinn ved bruk av kvalitativ innholdsanalysemetode.	Denne studien inkluderte 20 deltakere som bodde på landsbygda og hadde gjennomgått sitt første hjerteinfarkt. Deltakerne beskrev deres oppfatning av de psykososiale konsekvensene av et hjerteinfarkt og om støtten de fikk. Elleve av deltakeren ble tilbudt en kontaktperson.	Funnene presenteres i tre temaer, med 11 undertemaer. Å ha et annet liv, å måtte håndtere situasjonen og ha tilgang til støtte. Etter hjerteinfarkt opplevde deltakerne psykososiale konsekvenser, bestående av angst og frykt, blant annet for at det skulle skje igjen. De fleste satte pris på kontaktpersonen og de uten ønsket at de hadde fått tilbud om organisert støtte. Deltakerne var i større grad misfornøyde med oppfølgingen de hadde fått.

Forfatter(e)) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel-tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater
Fållun, N., Fridlund, B., Schaufel, M. A.,	Patients' goals, resources, and barriers to future change: A qualitative	Hensikten med denne studien var å identifisere	Pasient perspektiv.	En kvalitativ studie som baserer seg på intervju med pasienter	20 pasienter som nylig har gjennomgått et	Intervjuene avdekket at erfaringene etter gjennomgått hjerteinfarkt var

[Kandidatnummer: 5109 & 5129]

Schei, E. & Norekvål, T. N. 2016 European journal of cardiovascular nursing Norge	study of patients reflections at hospital discharge after myocardial infarction.	mål, reassureres og hindringer fremover for pasienter som utskrives fra sykehus etter å ha gjennomgått hjerteinfarkt		som nylig har gjennomgått hjerteinfarkt. Alle intervjuene ble gjennomført før utskriving fra sykehus. Intervjuene ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.	hjerneinfarkt som er innlagt på et universitetssykehus i Norge og ble intervjuet før det ble utskrevet	komplekse og mangfoldige ved utskrivelse. Pasientene fremhevet fremtidige bekymringer og forventninger i forhold til mental og fysisk helse.
--	--	--	--	--	--	--

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel-tittel	Hensikten med studien	Perspektiv (sykepleier/pasient/pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultater
Eriksson, M., Asplund, K. & Svedlund, M. 2009 European journal of cardiovascular nursing Sverige	Patients' and their partners' experiences of returning home after hospital discharge following acute myocardial infarction.	Hensikten med denne studien var å beskrive pasientens og hans/hennes partners opplevelser etter utskriving fra sykehus etter akutt myokard infarkt.	Pasient og pårørende perspektiv.	En kvalitativ studie som baserer seg på intervju med pasientene og deres pårørende noen uker etter utskrivelse fra sykehuset. Dataene ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.	Det var 15 par som deltok i studien. Parene deltok i individuelle intervju 4-8 uker etter utskriving fra sykehus.	Resultatene presenteres ved hjelp av tre hovedkategorier og ti underkategorier som beskriver pasienten og dens partners opplevelse. Pasientene opplever at det å komme hjem bryr på bekymringer og engstelighet og endringer i livssituasjonen. Pasientene forteller også om viktigheten av partneren sin verdfull støtte, og det å slippe å være alene.