



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Kvinner og Hjerterehabilitering/
Women and Cardiac Rehabilitation**

Lillian Milford

Totalt antall sider inkludert forsiden: 68

Molde, 15. April. 2015



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

| Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6: | | |
|---|---|-------------------------------------|
| 1. | Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. | Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. | Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å betrakte som fusk og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. | Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. | Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. | Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider | <input checked="" type="checkbox"/> |

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Liv Bachmann

Antall ord: 12261

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjennelse.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 18.03.15

Sammendrag

Bakgrunn:

Hjerteinfarkt er en sykdom som rammet omtrent 15 000 mennesker i Norge i 2012. Statistikken viser at i 2012 var det 4852 mennesker som døde av denne sykdommen (folkehelseinstituttet 2013). Hjerteinfarkt vil på grunnlag av bedret behandling og mindre risikofaktorer i fremtiden bli en kronisk sykdom blant eldre, der majoriteten er kvinner. Kun 27 % av forskning innen hjerterehabilitering er basert på kvinner, og en tredjedel av forskningen har fokusert på kjønnsforskjeller (Haug og Løchen 2011).

Hensikt:

Hensikten med denne studien var å belyse kvinner sine erfaringer med rehabilitering etter hjerteinfarkt.

Metode:

Dette er en systematisk litteraturstudie, datamaterialet er basert på 10 kvalitative forskningsartikler og en kvalitativ og kvantitativ forskningsartikkel.

Resultat:

Kvinner som deltar i hjerterehabilitering etter hjerteinfarkt får en økt trygghetsfølelse ved fysisk aktivitet. Tryggheten blir skapt gjennom et faglig miljø med kunnskapsfulle sykepleiere og fysioterapeuter. Kvinner har andre psykososiale behov i en slik situasjon enn menn og trenger et hjerterehabiliteringsprogram som tilrettelegges etter behov. Kvinner har en tendens til å prioritere andres følelser fremfor sine egne behov, noe som kan føre til at kvinnene ikke ønsker å snakke om sin sykdom med familie og venner.

Konklusjon:

Kvinner trenger et hjerterehabiliteringsprogram som er spesielt tilrettelagt kvinners behov for psykososial støtte. Siden hjerterehabilitering også har vist seg effektivt for å forebygge nye infarkt hos kvinner, er det viktig at de i like stor grad blir henvist til et slikt program etter hjerteinfarkt.

Nøkkelord:

Kvinner, Hjerteinfarkt, Hjerterehabilitering, Erfaringer, Pasienter

Abstract

Background:

Myocardial infarction is a disease that affected approximately 15,000 people in Norway in 2012, statistics also show that 4852 people died of this disease in that year (folkehelseinstituttet 2013). Myocardial infarction will on the basis of improved treatment and less risk factors in the future become a chronic disease among the elderly, where the majority are women. Only 27% of research in cardiac rehabilitation has been based on women, and one third of research has focused on gender differences (Haug og Løchen 2011).

Aim:

The purpose of this study was to highlight women's experiences with rehabilitation after myocardial infarction

Method:

This is a systematic literature study with data based on 10 qualitative research articles and one qualitative and quantitative research article.

Results:

Women participating in cardiac rehabilitation after myocardial infarction receive an increased sense of security during physical activity. This is achieved through a professional environment with knowledgeable nurses and physiotherapists. Women have other psychosocial needs in such a situation than men and need a cardiac rehabilitation program adapted to their needs. Women tend to prioritize the needs of others above their own; this can lead to women not wanting to talk about their illness with family and friends.

Conclusion:

Women need a cardiac rehabilitation program especially tailored to women's needs for psychosocial support. Since cardiac rehabilitation has also been proven effective for preventing new myocardial infarctions among women, it is important that they are equally referred to such a program after myocardial infarction.

Keywords:

Women, Myocardial Infarction, Cardiac Rehabilitation, Experiences, Patients

| | |
|---|-----------|
| 1.0 Innledning | 1 |
| 1.1 Hensikt | 1 |
| 2.0 Teoribakgrunn | 2 |
| 2.1 Hjerteinfarkt | 2 |
| 2.2 Kvinner og Barrierer | 2 |
| 2.3 Rehabilitering og mestring | 3 |
| 2.3.1 Rehabilitering og sosiale roller | 3 |
| 2.3.2 Rehabilitering i overgangssituasjoner | 4 |
| 2.4 Verdighet..... | 4 |
| 2.5 Psykososiale behov | 5 |
| 2.6 Mestring | 5 |
| 3.0 Metode | 7 |
| 3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier | 7 |
| 3.2 Datainnsamling / Litteratursøk..... | 8 |
| 3.2.1 SveMed+ | 10 |
| 3.2.2 OVID Nursing Database | 10 |
| 3.2.3 CINAHL..... | 11 |
| 3.3 Kvalitetsvurdering..... | 12 |
| 3.4 Etisk Godkjenning..... | 13 |
| 3.5 Analyse..... | 14 |
| 4.0 Resultat | 16 |
| 4.1 Fysisk aktivitet gir økt trygghet | 16 |
| 4.1.1 Informasjon er viktig for trygghetsfølelsen..... | 18 |
| 4.2 Hjerterehabilitering gir økt selvtillit..... | 18 |
| 4.3 Mye avhenger av programmets miljø | 20 |
| 4.4 Støtte fra familie og venner er viktig | 21 |
| 4.4.1 Kvinnens rolle i hverdagen ble prioritert først..... | 23 |
| 5.0 Diskusjon | 24 |
| 5.1 Metodediskusjon | 24 |
| 5.1.1 Søkestrategi | 24 |
| 5.1.2 Kvalitetsvurdering..... | 25 |
| 5.1.3 Analyse..... | 26 |
| 5.2 Resultatdiskusjon | 28 |
| 5.2.1 Hjerterehabilitering gir økt følelse av trygghet og sikkerhet | 28 |
| 5.2.2 Det er viktig å øke selvsikkerheten på egne ferdigheter | 32 |
| 5.2.3 Mye avhenger av miljøet..... | 34 |
| 5.2.4 Det er viktig for kvinner å motta støtte under hjerterehabilitering | 35 |
| 6.0 Konklusjon | 38 |
| 6.1 Konklusjon | 38 |
| 6.2 Forslag til videre forskning | 39 |
| Referanseliste | 40 |

| | |
|---|--------------|
| VEDLEGG 1: Søkehistorie | I |
| VEDLEGG 2: Oversiktstabell | III |
| VEDLEGG 3: Tankekart | XV |
| VEDLEGG 4: Oversikt, Bruk av artikler i resultat | XVII |
| VEDLEGG 5: Tidsplan for Bacheloroppgaven | XVIII |

1.0 Innledning

Som tema til den avsluttende bacheloroppgaven i sykepleie har jeg valgt kvinner og rehabilitering etter hjerteinfarkt. Hjerteinfarkt er en sykdom som har preget vårt samfunn i generasjoner. I 2012 viser statistikken at det var omkring 15000 mennesker i Norge som fikk ischemisk hjertesykdom, og 4852 mennesker døde av denne sykdommen. Dette er en sykdomstilstand som de fleste mennesker forbinder med høy dødelighet (Statistisk sentralbyrå 2013). Hjerteinfarkt rammer oftest eldre mennesker, tidligere var hjerte- og karsykdom den sykdommen som forårsaket flest dødsfall (Folkehelseinstituttet 2013).

Undersøkelser viser det er sosioøkonomiske forskjeller blant mennesker som rammes av hjerteinfarkt. Mennesker uten høyskole- eller universitetsutdannelse har høyere risiko for dødsfall ved hjerteinfarkt. Årsaken til dette er at disse personene er i høyere grad disponert for risikofaktorer som diabetes, overvekt og røyking, og at de mosjonerer mindre i hverdagen (Folkehelseinstituttet 2013).

Med dagens aldersutvikling, redusering av risikofaktorer, samt at behandlingen er forbedret vil føre til at hjerteinfarkt i fremtiden går fra å være en sykdom som forårsaker dødsfall hos middelaldrende menn til å bli en sykdom som er kronisk hos de eldre, der flertallet vil være kvinner. Hjerterehabilitering er et effektivt program for mennesker som har hatt hjerteinfarkt. Men det viser seg at kun 27% av forskningen på dette området har omhandlet kvinner, og kun 1/3 av forskningen har omhandlet kjønnsforskjeller (Haug og Løchen 2011).

1.1 Hensikt

Hensikten med studien var å belyse kvinner sine erfaringer med hjerterehabilitering etter hjerteinfarkt.

2.0 Teoribakgrunn

Jeg har valgt å ta med teori om hjerteinfarkt , kvinner og rehabilitering, samt så har jeg tatt med teori om verdighet, eventuelle psykososiale konsekvenser og mestringsstrategier

2.1 Hjerteinfarkt

Hjerteinfarkt er en tilstand som oppstår når en av hjertets koronararterier tilstoppes slik at sirkulasjonen til den tilhørende delen av hjertemuskulaturen stanses. En slik tilstand oppstår oftest ved et ruptur av et ateromatøst plakk i koronararterien som fører til at trombocytene kleber seg til sårdannelsen og danner en trombose. Altså så dannes trombosen sekundært til aterosklerosen. Når en koronararterie tilstoppes vil dette føre til en ischemisk tilstand i hjertemuskulaturen, da muskulaturen ikke får tilført oksygenrikt blod. Dette vil føre til at hjertemuskelen dør (Jacobsen et al. 2012).

2.2 Kvinner og Barrierer

I en review-artikkel av Menezes et al. (2014) beskrives det at kvinner i mindre grad blir klassifisert til å være i risiko for å utvikle hjerte- og karsykdommer av sine leger enn menn, selv om forskjellen mellom kjønnene ikke er av signifikant verdi. Det viser seg også at kvinnene som får hjerteinfarkt i mindre grad blir henvist videre til hjerterehabilitering. I tillegg til at det er lavere henvisning til hjerterehabilitering blant kvinner, viser det seg at kvinner også har større sannsynlighet for å ikke velge å delta i et slikt rehabiliteringsprogram (Menezes et al. 2014).

En faktor som har betydning for at en kvinne velger å delta eller å vegre seg fra deltakelse i et rehabiliteringsprogram, er om de mottar støtte fra familie. Kvinner har et større behov for en slik støtte fra pårørende enn menn. Eldre kvinner kan ha mindre sosialt nettverk, som kan være en årsaksfaktor for å ikke delta i programmet (Menezes et al. 2014).

Kvinner har gjennomsnittlig høyere forekomst av depresjon etter hjerte- og karsykdom, pasienter med depressive symptomer har dobbelt så stor risiko for å ikke fullføre og trekke seg fra hjerterehabilitering.

Alder er en faktor som spiller en rolle for om kvinner velger å ikke delta i et hjerterehabiliteringsprogram. Kvinner er gjennomsnittlig 10 år eldre enn menn når de får hjerteinfarkt. Flere kvinner som får hjerteinfarkt har i tillegg komorbiditeter. Mange kvinner føler ubehag ved å delta i programmer som er dominert av menn (Menezes et al. 2014).

2.3 Rehabilitering og mestring

Med rehabilitering menes det å komme seg igjen eller å bli funksjonsdyktig igjen.

Rehabilitering skal øke mestringsfølelsen hos pasienten og da legges gjerne fokus på øvelser som er oppnåelige med gradvis øking i vanskelighetsgrad. Slik kan mestringsfølelsen bli en motiverende faktor for å fortsette med rehabilitering.

For å leve et selvstendig liv er mestring sentralt. Mestring kan imidlertid være et faremoment, og settes kun mestring i fokus kan dette føre til at fokuset i seg selv faller bort fra personers ferdigheter og funksjoner.

Skal personen fortsette med rehabilitering med mestringsfølelse, er det viktig mestringsfølelsen kan knyttes til momenter i personens liv som er viktige for individet. Enkelte mennesker tar i bruk rehabilitering for å utvikle styrke slik at de selv kan få mer overskudd i hverdagen (Langum Bredland, Linge og Vik 2002).

2.3.1 Rehabilitering og sosiale roller

Rehabilitering har også som mål at mennesker skal fungere i sosiale roller. Dette kan resultere i at personene får mer selvtillit, og kan bli i stand til å fylle dagene sine med meningsfulle aktiviteter (Langum Bredland, Linge og Vik 2002).

Vektlegges rehabiliteringen etter slike mål, kan dette øke personens motivasjon og utløse nye krefter hos personen. Denne forståelsen av rehabiliteringsbegrepet kan føre til at målet ikke blir å mestre aktiviteter i hverdagen, men at personene som deltar i rehabilitering også kan bruke oppnådde funksjoner i sine sosiale roller (Nergård 1990).

Skal man ha et slikt syn gjennom rehabiliteringsprosessen, er det viktig at det undersøkes hvilke sosiale roller personene ønsker å ha, dette vil belyse hvilke aktiviteter som er viktige å sette i fokus og å trene på. Dette vil føre til at aktivitetene og fokuset for rehabilitering blir rettet mot de målene personen ønsker å oppnå (Langum Bredland, Linge og Vik 2002).

2.3.2 Rehabilitering i overgangssituasjoner

Rehabilitering i overgangssituasjoner benyttes når større endringer i tilværelsen oppstår og er truende ovenfor personens selvstendighet i hverdagen. Slike overgangssituasjoner kan være mange forskjellige hendelser. Eksempler kan være når en person skal hjem å leve selvstendig etter et medisinsk opphold eller når en person som er i institusjon og skal tilbake til hjemmet å få et endret omsorgstilbud. Det er det viktig å danne seg en forståelse av behovet for rehabilitering i denne situasjonen (Langum Bredland, Linge og Vik 2002).

2.4 Verdighet

Om et rehabiliteringsprogram skal være vellykket er det viktig at det på blir tilrettelagt til den enkeltes behov, dette krever at det dannes et samarbeid.

Et samarbeid vil kunne gi mulighet til å skreddersy programmet til pasientens fordel slik at rehabiliteringen blir nyansert, fleksibel og kan dekke brukerens individuelle behov.

Mennesker har en subjektiv verdighet, dette er den individuelles opplevelse av sin verdighet, hva hver enkelt opplever som verdig for seg.

For å føle at sin verdighet er ivaretatt er det nødvendig at andre mennesker behandler en med verdighet (Langum Bredland, Linge og Vik 2002).

Rehabilitering har verdighet som sitt utgangspunkt og forutsetning. Dette gjelder særlig den subjektive verdigheten. Rehabilitering handler om verdier, holdninger og hvordan dette uttrykkes gjennom rehabiliteringsvirksomheten. Når man setter verdigheten til mennesker som den overordnede verdien, er det fordi dette øker mestringsevnen og viljen

hos brukeren når det arbeides mot et mål som for brukeren har en personlig verdi (Langum Bredland, Linge og Vik 2002).

2.5 Psykososiale behov

Hvordan pasienter som opplever akutt sykdom har det psykososialt, avhenger av flere faktorer. For pasienter som opplever slike lidelser, blir fremtiden usikker. Dette kan føre til uvisshet, uro, håpløshet og utrygghet. Pasienter kan stille seg eksistensielle spørsmål om liv, familie, venner og fremtid. Det er mange faktorer som spiller inn når man skal vurdere konsekvensene lidelsen får for pasienten med hensyn til personens psykososiale behov. Slike faktorer kan være lidelsens alvorlighetsgrad, alder, kjønn, personlighet, utdanning, tidligere erfaringer og behandling. I mange tilfeller av hjerteinfarkt skjer behandlingen akutt, dette kan øke risikoen for psykososiale komplikasjoner etter behandling. Hvordan mennesker reagerer etter en akutt lidelse er individuelt. Enkelte sentrale reaksjoner kan være mer fremtredende enn andre, slik som sårbarhet, avhumanisering, fremmedgjøring, utrygghet, angst og isolasjon (Stubberud 2013).

Mennesker som opplever akutte lidelser kan oppleve noe som kalles identitets- og overbelastningsangst, også kaldt reaktiv angst. Hjerteinfarkt vil skape angst for mennesker fordi hjerteinfarkt gir en viss sannsynlighet for at mennesket dør. Alvorlige diagnoser kan utløse frykt for tap av fysiske funksjoner og kan gjøre fremtiden mer usikker for pasientene mer. En tilstand som virker livstruende for personen, kan skape en urotilstand i pasienten fordi han ikke har innsikt i situasjonen eller oversikt over hans egen situasjon (Stubberud 2013).

2.6 Mestring

Mestring omhandler samspillet mellom en persons egen tolkning av en bestemt situasjon og den kognitive vurderingen personen gjør i denne situasjonen. Det er viktig å understreke at hvordan man mestrer situasjoner er meget individuelt. Mye er avhengig av hva personer opplever som stressende for seg (Kristoffersen 2012) .

Lazarus og Folkman (1984) har en definisjon på psykologisk stress som omhandler at stressreaksjoner utløses når en person erfarer en situasjon som er belastende eller farlig.

Personen vil i slike tilfeller foreta en stressvurdering. En stressvurdering vil bli foretatt når en person opplever en situasjon som fører til at personens grunnleggende behov blir truet eller ikke blir tilstrekkelig ivaretatt. En slik stressopplevelse vil variere i styrke alt etter hvor sentrale de grunnleggende behovene er som blir truet, de mest sentrale behovene vil utløse en sterkere stressreaksjon (Kristoffersen 2012).

Lazarus og Folkman (1984) definerer mestring i Kristoffersen (2012) som:

Kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige belastninger på å håndtere spesifikke indre og/eller ytre krav, som etter personens oppfatning tærer på eller overstiger hans ressurser (Kristoffersen 2012, 144).

Flere psykiske prosesser og atferder som skal fjerne, redusere, tolerere eller overvinne er tilstede når en person skal mestre en situasjon der ressursene ikke strekker til. Mestring kan utøves på mange måter, mange strategier og handlinger som blir rettet mot å håndtere indre og ytre krav og eventuelle konflikter. Mestring kan være både effektiv eller ineffektiv. Det er viktig å være bevisst på at en mestringsmetode som viser seg ineffektiv i den ene stressituasjonen, kan vise seg effektiv i en annen stressituasjon (Kristoffersen 2012).

3.0 Metode

Mulrow og Oxman (1997) beskriver en systematisk litteraturstudie ved at den utspringer fra en tydelig formulert problemstilling som skal besvares gjennom en systematisk fremgangsmetode. Dette innebærer å identifisere, velge og vurdere og deretter analysere den relevante forskningen som blir innhentet på det ønskede forskningsområde. Ifølge Forsberg og Wengstrøm (2013) er det viktig at det finnes et tilstrekkelig antall artikler med god kvalitet for å gi et grunnlag til å foreta beslutninger gjennom en systematisk litteraturstudie.

I metodekapittelet skal jeg gjøre rede for min fremgangsmåte i denne litteraturstudien.

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:

- Artikler med kvalitativt design
- Pasientperspektiv
- Kvinner med hjerteinfarkt
- Kvinners erfaringer
- Gjennomgått hjerterehabilitering
- Artikler fra 2005 til dags dato
- Språk; Norsk, Engelsk
- Oppegående pasienter
- Forskning fra vestlige land

Eksklusjonskriterier:

- Kvantitativt design
- Sykepleie-/ pårørendeperspektiv
- Menns erfaringer etter hjerteinfarkt
- Menns erfaringer med hjerterehabilitering
- Pasienter som pga sin fysiske tilstand ikke kunne delta i hjerterehabilitering

3.2 Datainnsamling / Litteratursøk

I følge retningslinjer for bacheloroppgaven ved høyskolen i Molde (2014) skal metoden skrives tydelig slik at andre skal kunne følge den og finne de inkluderte artiklene i søkehistorien. Denne litteraturstudien baserer seg på 6 systematiske litteratursøk i databaser som beskrives nedenfor.

Det var viktig før jeg startet søkeprosessen å lese meg opp på temaet, samt å utføre prøvesøk for å undersøke om det var tilstrekkelig med forskning på dette området. Prøvesøkene utførte jeg i OVID Medline, SveMed+, CINAHL og ProQuest. Det var tydelig at dette var et område som det var forsket mye på. Etter prøvesøkene så bestemte jeg meg for å benytte databasene SveMed+, OVID Nursing Database og CINAHL i mine hovedsøk, da disse databasene gav mange relevante artikler i søkene som kunne besvare min hensikt.

For å finne gode artikler og å gjøre gode søk er det nødvendig å utarbeide gode søkeord. Da jeg skulle velge ut de søkeordene jeg ønsket å benytte i litteraturstudien tok jeg utgangspunkt i bakgrunnsteori, samt studiens hensikt. Jeg fant raskt de søkeordene jeg ville bruke i søkene. For å strukturere søkeordene valgte jeg å sette dem inn i et PICO-skjema. Et PICO-skjema er i følge Nordtvedt et al. (2012) en måte å dele opp spørsmål på, der hver bokstav i PICO representerer forskjellige elementer som ofte er til stede når man stiller kliniske spørsmål.

Men det er ikke alle spørsmål som rommer alle elementene i PICO. I min hensikt ønsker jeg ikke å finne eventuelle sammenligninger, derfor har jeg ekskludert "Comparison" (C) fra mitt PICO-skjema.

P (Patient, population, problem)

Jeg ønsket å undersøke kvinner som hadde hatt hjerteinfarkt i min litteraturstudie, under "P" valgte jeg derfor søkeordene myocardial infarction, Myocardial Infarction, women, women* og female.

I (Intervention)

Kvinnene som jeg ønsket å undersøke skulle ha gjennomgått et hjerterehabiliteringsprogram etter hjerteinfarkt, derfor valgte jeg ut søkeordene under ”I” cardiac rehabilitation, Cardiac Rehabilitation, Rehabilitation.

O (Outcome)

I hensikten ønsker jeg å undersøke disse kvinnenes erfaringer, derfor valgte jeg under ”O” å bruke søkeordet Experience*, experience*.

| P | I | O |
|--|--|-------------------------|
| Hjerteinfarkt Kvinner | Hjerterehabilitering | Erfaring |
| Myocardial Infarction/ myocardial infarction women*/ Women* Female / female | Cardiac Rehabilitation / cardiac rehabilitation Rehabilitation | Experience*/experience* |

* bak søkeord betyr at man søker på stammen av ordet. ”Experience*” vil kunne resultere i treff på ” Experienced” og ”Experiences”, søket blir altså utvidet (Nordtvedt et al. 2012, 56).

Boolske operatører:

I søkeprosessen har jeg benyttet kombinasjonsord, et annet ord for dette er boolske operatører. De vanligste kombinasjonsordene er ”and” og ”or”. Når man bruker ”or” som kombinasjonsord utvider man søket fordi man ønsker at artiklene skal inneholde enten det ene søkeordet eller det andre dette vil ekspandere søket med flere resultat.

Når man benytter kombinasjonsordet ”and” velger man å avgrense søket fordi man ønsker at artiklene skal inneholde begge søkeordene og dette vil begrense søket slik at man får færre resultater. (Nordtvedt et al. 2012, 55).

3.2.1 SveMed+

Jeg valgte å bruke SveMed+ fordi denne databasen forslår MeSH termer. Medical subject headings. Dette er medisinske termer eller nøkkelord som blir benyttet av The National Library of Medicine som indikerer referanser til databasen Medline (Nordtvedt et al. 2012,196).

Jeg utførte søk i denne databasen 13.11.2014. Jeg brukte søkeord fra "I" i PIO-skjema, "Cardiac Rehabilitation". Dette søket gav 32 treff. Jeg leste 3 abstrakter. Jeg leste en artikkel, og valgte å inkludere denne artikkelen i litteraturstudien (Ulvestad et al. 2014). Jeg foretok enda et søk i denne databasen denne dagen. Da benyttet jeg samme søkeordet, valgte å begrense søket med "peer Reviewed" som betyr at de er fagfellevurdert (Nordtvedt et al. 2012, 197) og MeSH term "Myocardial Infarction" Dette søket gav 11 resultater, der jeg leste to abstrakter og en artikkel. Denne artikkelen ble inkludert i litteraturstudien (Schou et al. 2008).

3.2.2 OVID Nursing Database

I denne databasen foretok jeg to søk. Det første søket ble gjennomført 17.11.2014. Da benyttet jeg søkeord fra både "P" og "I" i PIO-skjema. Jeg benyttet søkeordet "myocardial infarction" og valgte "OR" for å utvide med "or Myocardial Infarction", dette gav 7 345 treff. Jeg valgte så å inkludere søkeordet "Female" som ble utvidet til "exp Female/ or female.mp.", dette gav 247 387 treff i databasen. Jeg valgte så å bruke søkeordet fra "I" i PIO-skjema, "Cardiac Rehabilitation", dette ble utvidet til "exp. Cardiac Rehabilitation/ or Rehabilitation". Dette gav 67 412 treff. Jeg valgte så å slå sammen søkeordene for å begrense søket med "AND", dette begrenset resultatet til 328 artikler. Jeg valgte å begrense søket med "Limits", og begrenset til "female" og "Publication year 2005- current". Dette søket med begrensinger gav 157 treff. Jeg leste 12 abstrakter og 8 av disse artiklene. To av disse ble inkludert i litteraturstudien (Day og Batten 2005 og Mendes, Roux og Ridosh 2010).

Andre søket i denne databasen ble gjennomført 14.01.2014. Jeg brukte denne gangen søkeord fra alle kategoriene i PIO-skjema. Jeg brukte først søkeordet fra "I". "Cardiac Rehabilitation", dette ble utvidet til "exp. Cardiac Rehabilitation/ or Rehabilitation" med

67 412 treff. Jeg benyttet så søkeord fra "P" i PIO- skjema "Women", som ble utvidet til "exp Women/ or women.mp." dette resulterte i 55 451 treff. Jeg benyttet så søkeordet fra "O" i PIO-skjema "Experince*", som gav 21 066 treff. Jeg brukte så "AND" mellom disse søkene og la til "Limits" til "female" og "Publication year 2005- current". Dette begrenset søket til 146 resultater. Jeg leste 7 abstrakter, 4 artikler og inkluderte 1 i litteraturstudien (Rolfe et al. 2010).

3.2.3 CINAHL

I CINAHL gjorde jeg hovedsøk 14.01.2015. Jeg brukte søkeord fra "P" og "I" i PIO-skjema. Det første søkeordet var "Cardiac Rehabilitation" som gav 3 804 treff. Jeg begrenset med søkeordet "women", slik at søket nå var "Cardiac Rehabilitation AND women". Dette søket gav 438 treff. Jeg valgte så å inkludere søkeordet "myocardial infarction", slik at søket nå var "Cardiac Rehabilitation AND women AND myocardial infarction" dette resulterte i 150 treff. Jeg leste 6 abstrakter og 4 artikler. En av disse artiklene ble inkludert i litteraturstudien (White, Hunter og Holttum 2007).

I det andre søket jeg foretok i denne databasen benyttet jeg søkeord fra "P" og "I" i PIO-skjema. Jeg søkte på "Cardiac Rehabilitation" AND "Women*" som resulterte i 450 treff. Jeg valgte å begrense søket ytterligere med "Limits". Jeg Begrenset til 2005- 2015 og female. Dette resulterte i 182 treff. Jeg leste 8 abstrakter og artikler. Jeg inkluderte 4 av disse i litteraturstudien (Davidsen et al. 2008, MacInnes 2005, Pullen, Povey og Grogan 2009 og Sutton et al. 2012)

Jeg valgte å begrense dette søket ytterligere med å tilføre enda en "limits" og begrenset til "academic journal" som gav 162 treff. Ved å begrense fant jeg den siste artikkelen jeg inkluderte i litteraturstudien (Sherwood og Povey 2011). En detaljert oversikt over søk står i vedlegg 1.

3.3 Kvalitetsvurdering

Jeg startet opp med mine artikkelsøk i november 2014. Det var svært få artikler som kunne besvare min hensikt som var innenfor tidsrammen vi hadde til våre artikler; artiklene skulle vært publisert etter 2009. Jeg bestemte meg for å utvide tidsrammen for artiklene slik at jeg kunne bruke artikler som var fra år 2005 i stedet for 2009. Dette førte til at det straks ble bedre tilgang på datamateriale til studien. I midten av januar hadde jeg innhentet tilstrekkelig med artikler og startet kvalitetsvurderingen. Jeg leste gjennom abstraktene, metodene, utvalget og resultatene i de utvalgte artiklene. Jeg endte til slutt opp med 10 kvalitative artikler og en kvalitativ og kvantitativ artikkel som kunne besvare min hensikt. Til kvalitetsvurdering av artiklene benyttet jeg skjema til kvalitetsvurdering av kvalitative forskningsartikler hentet fra nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2014). Dette skjemaet inneholder 9 kritiske spørsmål til studien som den må kunne besvare for at kvaliteten skal være god nok til å benytte i litteraturstudien. Samtlige artikler ble vurdert til ”Høy kvalitet”.

Ytterligere kvalitetsvurdering av artiklene var nødvendig for å starte å finne viktige funn. Til dette benyttet jeg Database for statistikk om høyere utdanning (Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste 2009), dette var et viktig hjelpemiddel for å bekrefte at tidsskriftene artiklene var publisert i hadde et vitenskapelig nivå.

9 av mine 11 artikler hadde vitenskapelig nivå 1 (Davidsen et al. 2008, Day og Batten 2005, Mendes, Roux og Ridosh 2010, Pullen, Povey og Grogan 2009, Rolfe et al. 2010, Schou et al. 2008, Sherwood og Povey 2011, Ulvestad et al. 2014 og White, Hunter og Holttum 2007), og to av mine artikler hadde vitenskapelig nivå 2 (MacInnes 2005 og Sutton et al. 2012).

Kun en av mine artikler hadde ISSN nummer på fremsiden (White, Hunter og Holttum 2007). Dette medførte at jeg gjorde vurderingen på bakgrunn av tittelen på tidsskriftene disse artiklene var publisert i.

Jeg har til sammen i analyseprosessen ekskludert 20 artikler fra min litteraturstudie.

Årsaken til dette er at disse kunne ikke besvare studiens hensikt til den grad jeg ønsket.

3.4 Etisk Godkjenning

Ifølge Jacobsen (2010) innebærer en undersøkelse at forskere bryter seg inn i den private sfæren til den enkelte. I slike situasjoner kan det oppstå etiske dilemma. Slike etiske dilemma kan være at det kartlegges noe som kan føre til at dem som undersøkes kan bli krenket.

Av alle de artiklene som ble innhentet som data til denne studien var 9 av forskningsstadiene fremstilt og godkjent av etisk komité. I to av artiklene kom det ikke frem at de var fremstilt for komité, men i disse artiklene kom det frem at det var tatt etiske hensyn til deltakernes anonymitet. Jeg regnet derfor disse artiklene likevel til god kvalitet, og at jeg kunne benytte dem i min litteraturstudie.

Det har gjennom hele prosessen vært viktig å overholde etiske prinsipper for forskning. For å være sikker på at mine undersøkelser ikke har brutt etiske hensyn har jeg benyttet en forskningsetisk sjekkliste under arbeidet. Sjekklisten var utenfor et spesielt fagområde, men har basert seg etter hva de nasjonale forskningsetiske komité anser som viktigst å ha avklart når man bedriver forskning (Nasjonale forskningsetiske komiteene 2014).

Når studentene ved høyskolen i Molde skal skrive den avsluttende bacheloroppgaven må man før man leverer oppgaven krysse av i egenerklæringskjema i begynnelsen av oppgavemalen. Dette gjør at studentene selv må gjøre etiske avgjørelser i prosessen. Egenerklæringskjemaet er til for at studenten selv skal kunne vise til sin oppgave som egenprodusert, at informasjonen som leveres ikke er hentet fra andre, og at henvisninger i teksten står oppført i litteraturlisten i oppgaven.

Da jeg skulle gjennomføre en systematisk litteraturstudie, er det særlige punkter jeg har lagt vekt på med tanke på det etiske perspektivet. Jeg var bevisst på metodevalg da jeg lagde hensikten, jeg skulle innhente artikler som kunne besvare kvinners erfaringer. Når man skal innhente slike data at det er kvalitative forskningsartikler som er riktig datakilde. Det har vært viktig med en kritisk tilnærming i forskningsprosessen, det har også vært viktig å behandle data objektivt slik at resultatene ble pålitelige.

For at forskningsprosessen skal bringe korrekte funn, er det viktig at man følger fasene i undersøkelsesprosessen (Jacobsen 2010). Disse fasene henger sammen, hvis det skulle

oppstå feil i en av fasene vil dette påvirke påliteligheten i hele studien. For å kunne være kritisk og objektiv til data har det vært viktig å ha en god henvisningsetikk. Det er viktig å være klar på hva jeg har hentet fra andre kilder, og hva jeg selv har produsert.

3.5 Analyse

Som hjelpemidler i en analysen valgte jeg å benytte Høyskolens retningslinjer for Bacheloroppgaven (2014), Evans (2002) metode for analyse og råd til analyse av material fra Jacobsen (2010).

Ifølge Jacobsen (2010) er det mange tilnæringsmetoder som kan benyttes når man skal analysere kvalitative data. Disse metodene har et fellestrekk, da deler av data analyseres og de forskjellige delene blir sett som en større helhet.

Kvalitativ analyse starter med en innsamling av data, i dette tilfellet er disse dataene 10 kvalitative forskningsartikler, samt en kvalitativ og kvantitativ forskningsartikkel. Når analysen av disse forskningsartiklene skal utføres, må dataene struktureres slik at man undersøker hver artikkel og dennes funn før man setter det sammen i en større helhet på tvers av studiene. En slik tilnæringsmetode ved analyse kalles også av mange hermeneutisk analyse (Jacobsen 2010).

Ifølge Evans (2002) er det fire overordnede regler for innhenting og bearbeidelse av materiale til en systematisk litteraturstudie. Disse punktene er å samle inn data, oppdage hovedfunnene, se sammenhenger på tvers av funnene i hver studie og å beskrive funnene i en samlet helhet.

Arbeidet med analysen startet da jeg hadde innhentet all data. Det var da viktig ifølge Evans (2002) å finne ut hvilken forskning som vil kunne besvare litteraturstudiens hensikt. Jeg hadde behov for kvalitativ forskning for å kunne besvare hensikten, jeg valgte ut søkeord som ville finne kvalitativ forskning. Det var få artikler som var tilgjengelige via fulltekst i de brukte databaser, dette førte til at jeg måtte utføre søk og bestille flere artikler via Bibsys for å få tilgang på ønsket data. Jeg leste gjennom artiklene flere ganger for å få

en helhetlig forståelse av studiene. Etter å ha lest dem flere ganger så jeg at det var flere tema som gikk igjen på tvers av de forskjellige studiene. For å kunne analysere data som var innhentet benyttet forfatter seg av tankekart - metoden. Jeg lagde da en tabell for hver artikkel og nummererte dem fra artikkel 1 til artikkel 11. Et eksempel på tankekartene jeg lagde, blir vist i vedlegg 3. Ved å foreta denne typen tilnæringsmetode ble det straks mer oversiktlig å finne hva som var de store funnene som ble gjort i studien. Etter jeg hadde lest gjennom tankekartene kom det klart frem at det var 4 hovedfunn som gikk igjen på tvers av studiene, samt at det var 2 svakere funn som kunne knyttes opp mot hovedfunnene. Når hovedfunnene var funnet lagde jeg et eget dokument til hvert funn. Der ble funnene som ble oppdaget i artiklene notert i stikkord og sitat med følgende referanse for å lettere finne tilbake til primærkilden i ettertid. Denne metoden følte jeg var gunstig for å systematisere, den gav god oversikt over hva funnene var, og hvordan de var forskjellige. Samtidig var det enklere å formulere samlede hovedfunn. Etter jeg hadde laget ferdig dokumentene, laget jeg et mer overordnet tankekart for hele litteraturstudien. Dette tankekartet er fremstilt i vedlegg 3. Jeg har som tydelig fremstilt i analysebeskrivelsen hatt stor hjelp av Evans (2002) fire punkter under litteraturstudien.

Dette er de 4 hovedfunnene og 2 underfunn som viste seg sterkt på tvers av de 11 forskningsartiklene.

1. Fysisk aktivitet gir økt trygghet
 - Informasjon er viktig for trygghetsfølelsen
2. Hjerterehabilitering gir økt selvtillit
3. Mye avhenger av miljøet
4. Støtte fra familie og venner er viktig
 - Kvinnens rolle i hverdagen ble prioritert først

4.0 Resultat

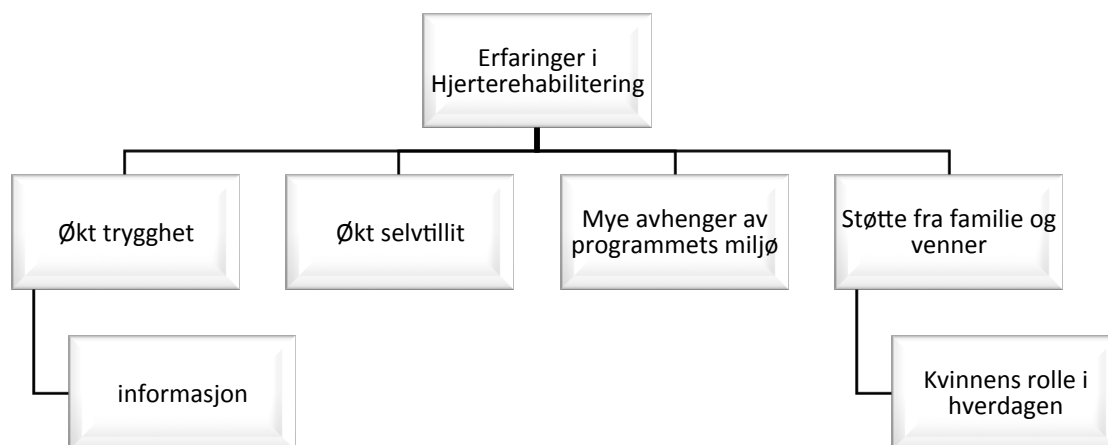


fig.1.0 En overordnet fremstilling over hovedfunn i litteraturstudien.

Resultatene i denne litteraturstudien viser at kvinner i stor grad har nytte av hjerterehabilitering, dette er et tiltak som øker trygghetsfølelsen hos kvinnene og motiverer dem til å endre sin livsstil. Samtidig viser det seg at kvinner i stor grad har et underliggende behov for å motta støtte fra familien gjennom en slik rehabiliteringsprosess.

4.1 Fysisk aktivitet gir økt trygghet

I denne litteraturstudien kommer det frem at de fleste kvinner som deltar i et hjerterehabiliteringsprogram har en økt trygghetsfølelse under fysisk aktivitet (Davidsen et al.2008, Mendes, Roux og Ridosh 2010, Pullen, Povey og Grogan 2009, Rolfe et al. 2010, Sherwood og Povey 2011, Sutton et al. 2012, Ulvestad et al. 2014 og White, Hunter og Holttum 2007).

Kvinner som deltar i et hjerterehabiliteringsprogram føler i større grad en viss form for trygghet. Tryggheten gjenspeiles i at deltakerne føler de er i trygge hender, og at motivasjon og informasjon fra sykepleiere og fysioterapeuter (kursledere) førte til at

deltakerne turte å utfordre sine barrierer. Å ha kvalifisert personell med utdanning i feltet gav deltakerne en stor trygghet. Mange deltakere satte pris på å kunne spørre kurslederne om ting de lurte på angående deres sykdom (Davidsen et al. 2008, Mendes, Roux og Ridosh 2010, Pullen, Povey og Grogan 2009, Rolfe et al. 2010, Sherwood og Povey 2011, Sutton et al. 2012 og Ulvestad et al. 2014) .

Det er veldig forskjell på å trene selv på treningssenter med det å ha noen eksperter som kan noe om hjerterehabilitering, det er kjempeviktig. Andre fysioterapeuter er sikkert flinke de og, men hvis de ikke har den ekspertisen... du føler deg i hvert fall mye tryggere når du vet det, ikke sant? (Ulvestad et al.2014,23).

Deltakerne følte seg tryggere på et hjerterehabiliteringsprogram enn på et vanlig treningssenter. Årsaken til dette er at deltakerne på et hjerterehabiliteringsprogram vil få tettere oppfølging av profesjonelle samt overvåking under treningsøktene (Mendes, Roux og Ridosh 2010, Pullen, Povey og Grogan 2009, Sherwood og Povey 2011, Sutton et al. 2012, Ulvestad et al. 2014).

If I had questions about what happened to me, if (the personnel at the WCHI) didn't know the answer, they would find out for me and let me know if I should do (the exercise) or not. So I felt safe with them ... Better than doing it alone. Maybe that's why I didn't like the gym (in the community), because it wasn't safe (Sutton et al. 2012, 1840).

Kvinner synes det var positivt at de kunne være med å velge ut øvelser de ønsket å gjøre, og at de for det meste fikk bestemme om de ønsket hjerterehabilitering på morgenen eller på ettermiddagen. Kontinuitet med faste timer til fast tid gjorde at kvinnene selv kunne planlegge sine dager rundt hjerterehabiliteringen (Rolfe et al. 2010 og Ulvestad et al. 2014).

The morning time was really nice for me. Because in the afternoons... since my husband is in the nursing home... I have to go and visit him... And then I go home... That schedule allowed me to do my work... (Rolfe et al. 2010, 337).

Kvinnene opplevde det utrygt å være avhengig av offentlig transport eller bestilling av taxi til og fra programmet. Det var viktig for kvinnene at de hadde enten mulighet for å kjøre selv eller bli kjørt av pårørende (Rolfe et al. 2010).

4.1.1 Informasjon er viktig for trygghetsfølelsen

Det viser seg igjen i mange av studiene at kvinnene satte pris på informasjon som ble utlevert på hjerterehabiliteringen, og at informasjonen var en viktig faktor for at kvinnene følte seg trygge (Day og Batten 2005, MacInnes 2005, Rolfe et al. 2010, Sutton et al. 2012, Ulvestad et al. 2014 og White, Hunter og Holttum 2007)

Kvinner som fikk atypiske symptomer på hjerteinfarkt hadde større vanskeligheter med å endre sin livsstil. Kvinnene som deltok i et generelt hjerterehabiliteringsprogram for både menn og kvinner, følte at den informasjonen som ble presentert ikke angikk dem siden de hadde hatt andre symptomer, og hadde vanskeligheter med å akseptere sin sykdom (Davidsen et al.2008 , White, Hunter og Holttum 2007).

Samtidig understreker funn fra White, Hunter og Holttum (2007) at enkelte kvinner som deltok i hjerterehabilitering ikke kunne relatere seg til svært syke deltakere.

Kvinner opplever større trygghet om de blir henvist til og får informasjon fra sin fastlege om programmet etter hjerteinfarkt (Rolfe et al. 2010).

4.2 Hjerterehabilitering gir økt selvtillit

I denne litteraturstudien kom det frem at kvinner som deltok i et hjerterehabiliteringsprogram etter hjerteinfarkt fikk økt selvtillit (MacInnes 2005, Mendes, Roux og Ridosh 2010, Pullen, Povey og Grogan 2009, Rolfe et al.2010, Schou et al. 2008, Sherwood og Povey 2011, Sutton et al. 2012, Ulvestad et al.2014 og White, Hunter og Holttum 2007).

Flere kvinner mente at å delta i hjerterehabilitering var gunstig fordi det var en motiverende faktor å se at programmet hadde vist seg nyttig for andre kvinner med samme problemstilling. Dette økte selvsikkerheten hos kvinnene (Pullen, Povey og Grogan 2009, Schou et al. 2008, Sherwood og Povey 2011, Ulvestad et al. 2014, White, Hunter og Holttum 2007).

Kvinnene som valgte å delta i hjerterehabilitering hadde et ønske om å ta kontrollen over sitt eget liv tilbake, dette kunne gjøres med å håndtere emosjoner, endre sin livsstil, bygge opp sosiale nettverk (MacInnes 2005, Pullen, Povey og Grogan 2009 og Schou et al. 2008).

Ifølge Mendes, Roux og Ridosh (2010) utviklet kvinner et fenomen som ble kalt en ”indre styrke”. Dette innebar at kvinnenes innstilling ble rettet mot sentrale minner der de hadde opplevd mestring, den ene kvinnen opplevde seksuelle overgrep som ung, og ut i fra dette fokuserte de på å overkomme denne hindringen også.

You know what it is? I’ve been through worse in my lifetime. So I survived that, I can survive this. That’s what I tell myself. You know, you have your inner voice. Your self-conscience or whatever you want to call it. I talk myself out of it
(Mendes, Roux og Ridosh 2010, 254).

Mange som har fått et hjerteinfarkt er preget av stress eller frykt for å få tilstanden flere ganger. Ifølge Mendes, Roux og Ridosh (2010) kom disse kvinnene ansikt til ansikt med sin egen mortalitet. Konsekvensen av hjerteinfarkt var at kvinnene ikke turte å gå ut av huset, og at de ikke fikk sove om nettene. Noen kvinner ble preget av dette og valgte å delta på hjerterehabilitering som en beroligende faktor, for å lære å slappe av så vel som å forebygge et nytt infarkt (Pullen, Povey og Grogan 2009).

Pullen, Povey og Grogan (2009) sier at kvinnene hadde behov for å selv kunne ta kontroll over sin tilstand, og at hjerterehabilitering var et godt verktøy til å kunne ta kontrollen over eget liv.

I Sutton et al. (2012) beskrives hjerterehabiliteringsprogrammet som skapt til å gjenskape tapt selvtillit og å gjøre kvinnene mer selvstendige:

I think it's so important to get into an exercise programme after something like heart surgery. Like very vital. And for me it was huge because... I had actually died from... my heart – I went into fibrillation. And so it was just from going up the stairs, you know, too quickly. So I became frightened of doing any type of exercise after ... I thought I was going to die. Like I found myself out of breath, I felt like I was going to die. I had this association. So I needed the confidence. I needed to be in an environment I felt comfortable in. And to learn again not to be afraid. To know that I can push myself without... without dying. And it was great (Sutton et al. 2012, 1841).

4.3 Mye avhenger av programmets miljø

Mange kvinner satte pris på et rehabiliteringsprogram som var særlig rettet mot kvinners behov (Davidsen et al. 2008, Mendes, Roux og Ridosh 2010, Rolfe et al. 2010, Sherwood og Povey 2011, Sutton et al. 2012 og Ulvestad et al. 2014).

Et miljø som særlig tilrettelegges kvinners behov fremmer tryggheten og komforten under treningen i programmet. Kvinnene kunne prate om ting med andre kvinner som befant seg i omtrent samme situasjon som dem, som kvinnene ikke følte de kunne snakke om med verken familie eller venner. De kunne gi hverandre råd og motivere hverandre (Davidsen et al. 2008, Rolfe et al. 2010, Sherwood og Povey 2011 og Sutton et al. 2012).

I thought it was great that it was only women... Because you're more comfortable with women... I mean before you went home you were showering and, you know, and you're sweaty, and you're in these... tights and your sloppy tops and stuff like that... (Rolfe et al. 2010,338).

Å tilhøre en gruppe var av fundamental verdi for kvinnene som deltok i hjerterehabilitering. Kvinnene fikk en opplevelse av at de ikke var alene, de var flere sammen i samme situasjon. At de ikke var alene om sykdommen reduserte også angst og ensomheten som disse kvinnene kunne føle (Davidsen et al. 2008 og Sherwood og Povey 2011).

Et miljø som er skreddersydd for kvinner viser seg fører til et mer avslappet miljø med mindre fokus på konkurranse, samt at enkelte kvinner føler seg mer komfortabel uten menn i en treningssituasjon (Rolfe et al. 2010, Sutton et al. 2012).

Kvinner i en slik situasjon kan oppleve at familie og venner ikke har forståelse for deres sykdom, og har samtidig problemer med å gjøre seg forstått av andre. Hjerterehabilitering var da et gunstig alternativ der de kunne møte kvinner i samme situasjon, som kunne forstå deres situasjon (Davidsen et al. 2008).

Mange kvinner var svært selvbevisste med hensyn til sin egen kropp, i tilfeller øker denne selvbevisstheten når de skulle trene sammen med menn. Å trene sammen med andre kvinner var en mulighet som mange kvinner satt pris på, kvinnene følte seg mer komfortable i miljøet (Rolfe et al. 2010).

I'm more comfortable dealing with women. So that's another thing that appealed to me about this program, was that it was a women's program... I know I shouldn't feel that way, but the reality is that I'm more comfortable in this kind of setting... I guess it's around the whole issue of feeling self-conscious and comfortable. And you tend to feel more comfortable with other women in that kind of situation (Rolfe et al. 2010, 338).

Day og Batten (2005) viser til at enkelte deltakere kan føle seg isolert om de ikke deler felles interesser med andre deltakere.

4.4 Støtte fra familie og venner er viktig

Et av de sterkere funnene gjort i denne litteraturstudien var at kvinnene hadde et stort behov for å motta støtte fra sin familie og sine venner gjennom hjerterehabiliteringsprosessen (Davidsen et al. 2008, Day og Batten 2005, Pullen, Povey og Grogan 2009, Schou et al. 2008, Sherwood og Povey 2011 og Ulvestad et al. 2014).

Det kommer frem i tre studier at kvinner setter familiens følelser fremfor sine egne, de ønsker ikke å bekymre andre med sin sykdom, mest av alt ville disse kvinnene komme tilbake til normalen (Davidsen et al. 2008, MacInnes 2005 og Schou et al. 2008).

”We don’t speak about my illness because I don’t want to burden my family with it. They don’t need to worry about this nonsense” (Schou et al. 2008, 26).

Eller denne kvinnen som var aleneboende og som ønsket seg tilbake sin tilværelse før infarkt inntraff.

”I wanted to get back to normal. I love living on my own, pleasing myself. I just wanted to get on with my life and everything being back to normal” (MacInnes 2005, 116).

Familiens støtte var sentral for at kvinnene kunne fortsette med hjerterehabilitering. Kvinnenes partnere var enten sammen med kvinnen på hjerterehabilitering eller var behjelpelige med å kjøre henne til og fra. Uavhengig gav partneren støtte til kvinnen (Rolfe et al. 2010 og Sherwood og Povey 2011).

My husband drove me all the time down to the program, because he wants me to feel well. He doesn’t want me to get sick. (laughing) ... so he always looks forward to bringing me down. And he waited around for me until I was finished... he was really supportive... it would probably be just as easy to come on my own because I could go on the subway and just come off here. But he wanted to drive me. He likes to take me everywhere. (Rolfe et al. 2010, 336).

I en studie fremheves det faktum at disse kvinnene ikke mottok en slik støtte fra sine nærmeste. Da disse kvinnene ble møtt med forventninger til den vanlige rytmen i hjemmet ble det vanskelig å legge om til et sunnere kosthold (Day og Batten 2005).

”When you got somebody (husband) in the house that likes their sausages, eggs and chips and things like that, it makes it very difficult” (Day og Batten 2005, 23).

4.4.1 Kvinnens rolle i hverdagen ble prioritert først

Kvinner setter i stor grad verdien av sine roller i hverdagen fremfor hjerterehabilitering om rollene i deres øyne er truet. Dette kunne føre til at kvinnene ikke endret kosthold eller fortsatte med trening. Resultatet av dette ble ofte fysisk og psykisk utmattelse (Davidsen et al. 2008, Day og Batten 2005 og Schou et al. 2008).

Ifølge Ulvestad et al. (2014) hadde kvinnene større sannsynlighet for å fortsette treningen om de hadde andre med seg, det vil si at om de mottok støtte i form av treningsavtaler med venner og familie, økte det treningsviljen hos kvinnene.

Ifølge MacInnes (2005) var det for enkelte kvinner en motiverende faktor å være enslig.

Well, the exercise programme would help me get back on my feet because when you live on your own you have to look after yourself. You positively have to (MacInnes 2005, 116).

Dette kommer i konflikt med funn fra Pullen, Povey og Grogan (2009) der det kommer frem at kvinner som var alene opplevde dette som en barriere mot å delta i hjerterehabilitering.

5.0 Diskusjon

Diskusjonen er delt opp i metodediskusjon der jeg skal ta for meg og vurdere min egen arbeidsprosess i denne litteraturstudien, og resultatdiskusjon der jeg skal drøfte funn i litteraturstudien opp mot teori, ny forskning og praksis.

5.1 Metodediskusjon

I metodediskusjonen skal jeg ta for meg eventuelle styrker og svakheter i litteraturstudiens arbeid. Jeg benyttet i gjennomføringen av denne litteraturstudien Retningslinjer for bachelorskriving ved høyskolen i Molde (2014). Dessuten benyttet jeg Jacobsen (2010) og Forsberg og Wengstrøm (2013) som støttelitteratur, da dette ville hjelpe til å skape en helhet i oppgaven.

Før jeg gikk inn for den aktuelle hensikten, var det viktig at jeg tilegnet meg tilstrekkelig med kunnskap på dette feltet. Siden det var lite informasjon om dette temaet i pensum måtte jeg lete etter informasjon fra eksterne kilder. Til dette brukte jeg informasjon fra Stubberud (2013), informasjon fra folkehelseinstituttet (2013), samt annen tillegglitteratur og forskning.

Jeg har inkludert en review -artikkel i teoridelen av oppgaven (Menezes et al. 2014). Denne artikkelen ville senere i forløpet bli en styrke i studien da den belyser viktigheten i temaet.

5.1.1 Søkestrategi

Jeg bestilte ikke time med spesialbibliotekar, dette er en svakhet i litteraturstudiens metode. Om jeg hadde bestilt en time hos spesialbibliotekar kunne jeg fått hjelp til å finne eventuelle andre søkeord, fått innføring i søkestrategi og andre databaser. Dette kunne ha endret min litteraturstudie ettersom jeg kunne ha fått andre funn i mine databasesøk. Jeg kunne ha mottatt hjelp til å utarbeide et PICO –skjema med flere søkeord, jeg kunne lært mer om hvordan man kan utvide søk med å trunkere søkeord.

Om jeg hadde hatt innføring i flere databaser kunne dette også resultert i et større spekter av datamateriale. Derfor ser jeg på min søkestrategi som en stor svakhet i studien. Til å

utarbeide PIO- skjemaet benyttet jeg informasjon fra Nordtvedt et al. (2012), denne boken inneholder mye viktig informasjon som er nødvendig å tilegne seg i en slik søkeprosess, til tross for at jeg ikke har hatt time hos spesialbibliotekar ser jeg på det at jeg benyttet kunnskap fra Nordtvedt et al. (2012) som en styrke i metode.

Jeg har gjennom søkeprosessen for bacheloroppgaven hatt store problemer med å finne relevant forskning som kunne besvare min hensikt i litteraturstudien. Dette medførte at jeg tidlig i prosessen valgte å inkludere kvantitativ forskning selv om dette var ugunstig i forhold til hensikten. Jeg var sent ute med å utvide publikasjonsåret på forskningsartiklene som kunne inkluderes i studien fra 2009 -2015 til 2005 -2015. Da jeg hadde gjort denne utvidelsen var det straks bedre tilgang på datamateriale. Denne utvidelsen kunne kanskje ha vært unngått jeg hadde hatt en annen fremgangsmåte i litteraturstudien. Jeg ser på utvidingen av publikasjonsåret på artiklene som en mulig svakhet i studien, da datamaterialet er eldre.

Det kommer frem i Haug og Løchen (2011) at kun 27% av forskningen på dette området er basert på kvinner, derfor anser jeg det som en styrke, fordi dette er en del av området som er minst forsket på.

Under søkeprosessen har flere ganger søkehistorien gått bort, dette har medført mye ekstraarbeid for å kunne gjenskape historikken med å finne tilbake til historikken. Jeg har i all hovedsak skrevet ned søkehistorikken på papir mens jeg søker. Det skjedde stadig jeg glemte viktige momenter da jeg skrev, som også førte til at jeg måtte gjenta søkene flere ganger.

5.1.2 Kvalitetsvurdering

Hensikten med denne studien understreket behovet for at artiklene som ble innhentet burde ha pasientperspektiv. Under søkeprosessen var det derfor viktig at jeg søkte etter og inkluderte artikler som hadde dette perspektivet. I begynnelsen var det mange artikler som ble lest som hadde både pasient- og pårørendeperspektiv. Dette var artikler som kunne inkluderes i studien om jeg ekskluderte pårørendeperspektivet i resultatdelen av studien.

Eventuelle andre perspektiver kunne ha blitt benyttet i diskusjon. Ettersom samtlige artikler hadde pasientperspektiv, kan dette ha bidratt til en svakhet i resultatdiskusjonen. Å kun benytte pasientperspektiv kan i stor grad ha styrket resultatets kvalitet i litteraturstudien.

I begynnelsen av kvalitetsvurderingsprosessen hadde jeg 31 artikler som kunne besvare studiens hensikt. Til å vurdere kvaliteten til artiklene ble det benyttet skjema til kvalitetsvurdering fra norsk kunnskapssenter (NKS). Denne kvalitetsvurderingsprosessen gjorde raskt klart at flere av de artiklene som jeg hadde funnet, ikke var av tilstrekkelig kvalitet ettersom de ikke overholdt de etiske kriteriene som var nødvendig for at de kunne benyttes i studien, samt at de ekskluderte artiklene ikke i ønsket grad kunne besvare studiens hensikt. Årsaken til dette ligger i at det ved oppstart av søkeprosessen ble funnet få resultat i kvalitativ forskning, dette medførte at jeg inkluderte kvantitativ forskning så lenge den hadde relevante funn som kunne brukes i studien. Disse ble ekskludert da jeg utvidet til 2005- 2015, da jeg fikk tilgang på tilstrekkelig kvalitativ forskning.

Etter gjennomført kvalitetsvurdering endte jeg opp med 10 kvalitative artikler, og en artikkel som var kvalitativ og kvantitativ, der jeg ikke har benyttet den kvantitative delen av artikkelen i min studie.

5.1.3 Analyse

Til å gjøre analysen i studien benyttet jeg Evans (2002) metode for analyse. Dette har medbrakt en styrke av studiens analyse, da de fire punktene har vært til stor hjelp i arbeidet. Jeg har også benyttet annen litteratur fra Jacobsen (2010) i analysearbeidet, dette har også medbrakt en styrke i arbeidet.

Å ikke ha en partner i oppgaveforløpet har ført til at jeg har jobbet med oppgaven når det passet, det har ikke vært behov for planlegging og tilpassing til andres praksis eller timeplaner. Dette er en styrke med arbeidet. Det å gjøre en studie på egenhånd innebærer at hele prosessen blir sett på fra en vinkel, dette kan ha forårsaket konflikter med resultatbehandling og analyse. Dette er en absolutt svakhet i studien ettersom det kan lett være oversett funn og funnene kunne ha blitt tolket på en annen måte av andre.

Analyseprosessen var det mest lærerike med dette forskningsprosjektet. Jeg følte det var mest hensiktsmessig å fremstille funnene fra hver studie i form av tankekart. Det viste seg at mange av funnene kom tilbake på tvers av studiene og jeg bemerket seg disse sterke funnene. Når hovedfunnene var så gjennomgående som de var, mener jeg dette har gitt en styrke til studien. Etter å ha nummerert artiklene fra 1 til 11 og laget et tankekart til alle artiklene, bestemte jeg meg for å lage et skrivedokument til hvert hovedfunn der jeg skrev inn hvilke artikler som hadde dette funnet og litt om hva det eksakte funnet var i hver artikkel, dette gjorde det lettere å kunne formulere et stort hovedfunn som gikk på tvers av studiene. Til å formulere de endelige hovedfunnene laget jeg et samlet tankekart til slutt som kartla de forskjellige hovedfunnene sammen med svakere funn for å kunne systematisere resultatene. Å gjøre analysen på denne måten mener jeg kan ha tilført en styrke til studien. Det har vært viktig å forholde seg objektiv til den innhentede informasjonen. Dette har bidratt til at jeg har forholdt meg til og behandlet informasjonen uten å la egne interesser komme i konflikt med resultatene som kom frem. Det er en mektig oppgave å behandle informasjon gjennom en litteraturstudie, det var viktig at jeg overholdt etiske retningslinjer i form av å følge søkeprosessen og ikke ta snarveier i forskningsprosessen, da dette kunne ha påvirket de resultatene i studien.

5.2 Resultatdiskusjon

I resultatdiskusjon skal jeg diskutere funn i denne litteraturstudien opp mot bakgrunnsteori, ny litteratur og praksis.

5.2.1 Hjerterehabilitering gir økt følelse av trygghet og sikkerhet

Et hjerterehabiliteringsprogram ville i følge Clark et al. (2013) øke deltakernes compliance med trening. Dette fordi deltakerne i et slikt rehabiliteringsprogram ville motta veiledning fra kunnskapsfulle og motiverende kursledere. Når deltakere var på et slikt rehabiliteringsprogram også mottok oppmuntring, overvåking og støtte, følte de seg trygge. Dette stemmer overens med det første hovedfunnet gjort i denne litteraturstudien. Der kommer det frem at kvinner som deltar i et hjerterehabiliteringsprogram, føler seg tryggere fordi de blir tatt vare på av kursledere, dette førte til at de turte å utfordre sine barrierer (Davidsen et al. 2008, Mendes, Roux og Ridosh 2010, Pullen, Povey og Grogan 2009, Rolfe et al. 2010, Sherwood og Povey 2011, Sutton et al. 2012 og Ulvestad et al. 2014). I Langum Breland, Linge og Vik (2002) skriver de at mennesker kan ha behov for hjelp i perioder som oppleves stressende, dette kan være overganger i livets ulike faser. Kvinner som opplever hjerteinfarkt, vil oppleve dette som et truende moment for deres selvstendighet, velbefinnende og deres roller i hverdagen. En slik tilstand vil ifølge Stubberud (2013) føre til at fremtiden i deres øyne vil bli usikker, som kan fremprovosere utrygghet. Det er derfor viktig at det dannes en forståelse av rehabiliteringsbehovet hos disse kvinnene i denne situasjonen. Det viktig at denne rehabiliteringen blir tilrettelagt slik at kvinnenes verdighet blir bevart. Dette gjøres ved at det inngås et samarbeid mellom kvinnene og kurslederne slik at kvinnenes subjektive verdighet bevares (Langum Breland, Linge og Vik 2002). Om slike samarbeid blir inkludert i hjerterehabiliteringsprogrammer i fremtiden, tror jeg at kvinner vil føle seg mer ivaretatt, hvilket kan føre til at kvinnene får en økt compliance i forbindelse med recovery etter hjerteinfarkt.

Stubberud (2013) sier at pasienter som opplever akutt sykdom blir usikre på fremtiden, dette kan fremprovosere emosjoner som uro, håpløshet og utrygghet. Det er mange faktorer som påvirker hvordan man reagerer på akutt sykdom, som lidelsens alvorlighetsgrad, pasientens alder og kjønn, hvordan pasienten er personlighetsmessig, hvilke erfaringer pasienten har og hvilken behandling pasienten får. Haug og Løchen

(2011) presiserer at kvinner ofte erfarer flere psykososiale konsekvenser sammenlignet med menn i samme situasjon. Kvinnene i denne situasjonen bor oftere alene, er oftere omsorgsgiver i hjemmet kan ha flere andre helseplager, mindre nettverk og lavere utdanning. Dette kan ifølge Haug og Løchen (2011) føre til dårligere selvtillit, angst og lavere livskvalitet. Menezes et al. (2014) sier kvinner gjennomsnittlig har en økt forekomst av depresjon etter en hjerte- og karsykdom enn menn. Personer som har depressive symptomer har dobbelt så stor sannsynlighet for å ha redusert compliance og kan avslutte sin deltakelse i et rehabiliteringsprogram. I funnene fra denne litteraturstudien kommer det frem at kvinner som får atypiske symptomer på hjerteinfarkt, opplever større vanskeligheter med å endre livsstil enn de hadde gjort om de fikk typiske symptomer. Dette forklares med at kvinnene ikke kunne relatere seg til den undervisningen som ble gitt på rehabiliteringsprogrammer ettersom den ofte ble fokusert på klassiske symptomer på hjerteinfarkt. Dette kunne føre til at kvinnene følte seg unormale, eller at de ikke kunne akseptere at de hadde fått sykdommen (Davidsen et al. 2008 og White, Hunter og Holtum 2007). Dette belyser viktigheten med å tilrettelegge program slik at alle får behandling og informasjon slik at deres individuelle behov blir dekket. Det er viktig at man ikke generaliserer slike rehabiliteringsprogrammer for mye ettersom ingen mennesker er like, og alle mennesker vil ha forskjellige forløp i sin sykdomsperiode. Siden det kommer frem at kvinner gjennomsnittlig har andre psykososiale behov etter et hjerteinfarkt, er det viktig at dette tas stilling til i rehabiliteringsfasen og kvinner får tilbud om å delta i tilrettelagte programmer.

Kvinner som deltar i hjerterehabilitering, føler økt trygghet om de selv er med i utformingen av sine treningsprogram (Rolfe et al. 2010 og Ulvestad et al. 2014). I Clark et al. (2013) viser det seg om deltakere ønsker å fortsette med hjerterehabilitering hang sammen med i hvor stor grad deltakerne følte de kunne kontrollere type trening og treningens intensitet. Langum Bredland, Linge og Vik (2002) sier litt om den subjektive verdigheten, det vil si hva hver enkelt person opplever som verdig for seg. For at denne verdigheten skal bli ivaretatt, er det viktig at andre personer behandler deg slik du synes er verdig. Hvis vi skal knytte denne subjektive verdigheten opp imot selvbestemmelse i et rehabiliteringsprogram, er det viktig at rehabiliteringen bygges opp slik at det utføres etter deltakerens premisser, og at hun ikke ville følt seg presset eller mislykket om deltakeren ikke skulle nå de målene hun ønsket. I Sherwood og Povey (2011) skrives det at det var viktig at deltakerne i hjerterehabiliteringsprogrammet hadde et realistisk syn på sin

recovery og at det kom til å bli en lang prosess. Jeg mener det er viktig at kvinner som deltar i et hjerterehabiliteringsprogram skal være med i bestemmelsen av hvilke øvelser de skal gjøre. Dette kan være gunstig med tanke på at den fysiske tilstanden etter et hjerteinfarkt fører til mye ubehag i kroppen, og at fysisk aktivitet kan virke skremmende for deltakere. I Kristoffersen (2012) står det skrevet at mennesker som erfarer en situasjon som er farlig eller belastende vil foreta en stressvurdering. Slike stressvurderinger blir foretatt om en person føler deres grunnleggende behov er truet eller ikke blir tilstrekkelig ivaretatt. Videre i Kristoffersen (2012) står det at det er flere psykiske prosesser og atferder som er til stede når en person skal mestre slike situasjoner. I en slik prosess vil man naturlig være i en sårbar posisjon og om kvinnene selv får bestemme øvelser de føler seg komfortable med, kan det resultere i at deres erfaringer i hjerterehabilitering er økt trygghetsfølelse, samt at de vedlikeholder sin deltakelse i programmet. Dette vil på sikt også kunne føre til at kvinnene som velger å delta i et slikt program, reduserer sin risiko for tilbakefall.

Rolfe et al. (2010) bemerker at en potensiell barriere som kan hindre deltakelse i hjerterehabilitering, er transportmulighetene kvinnene kan benytte seg av. Siden kvinner gjennomsnittlig er eldre enn menn når et hjerteinfarkt oppstår, er det også vanligere at kvinner har flere komorbiditeter. Slike komorbiditeter kan være en barriere mot offentlig transport, eller selve transporten kan oppleves tyngre. Funn fra Rolfe et al. (2010) sier at kvinner som har komorbiditeter, føler det blir et tiltak å bestille transport i forkant av hjerterehabilitering. Samtidig blir også økonomien til kvinnene trukket inn i vurderingen av transportmulighetene, da kvinnene mener det blir dyrt å betale parkering og komplisert å finne parkeringsplasser i nærheten, slik at noen måtte være ute i god tid for å sikre seg gode plasser. Det beste for kvinnene som deltok i programmet var å kjøre selv eller å bli kjørt av pårørende. Clark et al. (2013) sier avstanden til programmet er en potensiell barriere som kunne hindre deltakelse i hjerterehabilitering. Lange avstander ble sett på som et problem for pasientene som skulle delta i hjerterehabilitering fordi de måtte ha tilgang på bil, og om de ikke hadde det måtte de benytte seg av offentlig transport. Om deltakerne hadde komorbiditeter, kunne det bli en utfordring å i tillegg måtte bestille taxi i forveien. Offentlig transport ble ofte sett på som et ugunstig transportmiddel for kvinnene som deltok i hjerterehabilitering. Kvinnene sier også i dette tilfellet at å være avhengig av familie for å bli kjørt til og fra programmet kunne by på bekymringer. Dette stemmer overens med funnene angående at kvinner setter andres følelser fremfor sine egne og

ønsker ikke bekymre andre med sin sykdom (Davidsen et al. 2008, MacInnes 2005 og Schou et al. 2008). Det kan bli en stor barriere for kvinner å delta i et hjerterehabiliteringsprogram om det er store avstander til og fra programmet, særlig om kvinnen må benytte seg av offentlige transportmiddel og lignende for å kunne møte opp til rehabiliteringen. Slike avstander kan føre til at kvinnene mister motivasjon til å delta siden et hjerterehabiliteringsprogram varer mange uker. Det er viktig at man tar dette med i fremtidige evalueringer av tilbud om rehabilitering.

Fremtidig hjerterehabiliteringstjeneste burde også fokusere på å tilrettelegge rehabiliteringstilbud. Selv om jeg ikke har tatt for meg hjerterehabilitering i hjemmet i denne litteraturstudien, er det et godt alternativ til kvinner som anser distanse som en barriere. Dette kommer frem i en ikke-randomisert kontrollert studie av Scalvini et al. (2013) der funnene viser at mennesker som får hjerterehabilitering i hjemmet i stor grad viser samme forbedringer i sin fysiske helsetilstand som mennesker som mottar hjerterehabilitering på rehabiliteringssenter. Dette virker som et helsefremmende alternativ for disse kvinnene ettersom en kan unngå reiser over lange distanser med ulike transportmidler, noe jeg mener kan bevare kvinnes subjektive verdighet slik dette er definert av Langum Bredland, Linge og Vik (2002). Et program som er strukturert slikt kan også gi andre erfaringer av hjerterehabiliteringen. Kvinner som gjerne har et større behov for den psykososiale støtten de kunne mottatt av andre kvinnelige deltakere vil i et slikt scenario ikke motta en slik støtte.

Clark et al. (2013) skriver at informasjonen som blir formidlet i forbindelse med hjerterehabilitering vil kunne oppleves som upresis og dårlig tilpasset. Kurslederne kunne bli sett på som for intense, dømmende ovenfor deltakerne og vise mangel på kulturell sensibilitet. Programmet kunne fremstå som dårlig organisert. Funn fra litteraturstudien viser at enkelte kvinner som får atypiske symptomer på hjerteinfarkt, som har et annet forløp enn andre deltakere, kunne oppleve at informasjonen som ble formidlet ikke angikk dem. Det vil si at informasjonen var dårlig tilpasset til deres sykdomsopplevelse. Denne følelsen kunne resultere med at deltakerne kunne føle seg isolert fra deler av gruppen (Davidsen et al. 2008, Day og Batten 2005 og White, Hunter og Holtum 2007). Når dette blir tilfellet, ser man tydelig at det er manglende faktorer i rehabiliteringen som disse pasientene mottar.

Dette stemmer ikke med hvordan et rehabiliteringsprogram burde struktureres ifølge Langum Bredland, Linge og Vik (2002), som presiserer at rehabilitering skal kunne hjelpe mennesker i overgangssituasjoner. Et rehabiliteringsprogram skal fremme mestring og selvtillit hos pasienten. Dette skal føre til at pasienten skal kunne fungere i sin hverdag, både når det kommer til pasientens sosiale roller, og at pasienten kan utføre dagligdagse gjøremål. Et rehabiliteringsprogram som er ustrukturert og viser flere mangler slik som nevnt ovenfor i avsnittet vil ofte etterlate kvinnene som deltar i programmet med dårlige erfaringer fra helsevesenet. Kvinnene kan føle de ikke blir tatt på alvor og at deres lidelse kan være en belastning for andre mennesker. Det er viktig at mennesker som skal hjelpe andre i rehabilitering, er respektfulle ovenfor disse personene som er i en tung fase i sitt liv.

5.2.2 Det er viktig å øke selvsikkerheten på egne ferdigheter

Det er viktig for kvinnene i en slik situasjon å lære å kjenne igjen årsaker til sykdom og på denne måten kunne ta kontroll over sin situasjon, noe de kunne gjøre gjennom hjerterehabilitering (Pullen, Povey og Grogan 2009). Clark et al (2013) sier seg enig med dette funnet da de kommer frem at om deltakere fortsetter med hjerterehabilitering eller ikke, kunne ses i sammenheng med om disse pasientene opplevde økt kontroll over sin tilstand. Den økte kontrollen førte til at pasientene så verdien i programmet og valgte å fortsette. I Langum Bredland, Linge og Vik (2002) sies det at rehabilitering skal øke mestringsfølelsen hos brukeren. Det er viktig at rehabiliteringen tar sikte på øvelser som er oppnåelige, og som er av verdi for pasienten. Når pasienten gradvis klarer å utvikle seg over tid og selv ser fremgangen, vil følelsen av kontroll og mestring øke. Når treningen gir resultater sier Clark et al. (2013) at deltakerne får større glede av programmet, og dermed blir motivert til å fortsette å delta. I Kristoffersen (2012) står det skrevet at det er flere psykiske prosesser og atferder er tilstede når en person skal klare og mestre en situasjon, og at mestring kan utøves på mange måter. Når en person selv ser fremgangen og resultater vil dette øke mestringsfølelsen. I et hjerterehabiliteringsprogram vil kvinnene som deltar kunne lære seg nye metoder for å mestre sin hverdag og samtidig motivere til fortsette sin deltakelse i programmet. Om et rehabiliteringsprogram gir deltakeren mer overskudd i hverdagen og deltakeren samtidig opplever stor glede av å delta, vil dette føre

til at hun får en positiv erfaring av deltakelsen og sannsynligheten for at treningen vedlikeholdes vil også øke om treningen gir slike resultater.

Kvinner kunne utvikle et fenomen som ble kalt ”indre styrke” (Mendes , Roux og Ridosh 2010). Denne styrken kom fra deres tidligere erfaringer i livet knyttet til hendelser som var vanskelige å overkomme. Det disse kvinnene tenkte var at om de hadde overkommet større hindringer tidligere i livet, kunne de klare overkomme et hjerteinfarkt.

I Langum Bredland, Linge og Vik (2002) sies det at om en person skal kunne leve et selvstendig liv, så er mestring en sentral del av dette livet. Om mestringen skal ha noen verdi, er det viktig at mestringen må knyttes opp imot viktige momenter som har hendt i personens liv. Nergård (1990) sier at om rehabiliteringen rettes mot slike mål, kan dette øke motivasjonen og samtidig utløse nye krefter hos personen.

Økt selvtillit var også et funn i studien (Mendes, Roux og Ridosh 2010, Pullen, Povey og Grogan 2009, Schou et al. 2008, Sherwood og Povey 2011, Sutton et al. 2012, Ulvestad et al. 2014 og White, Hunter og Holttum 2007). Kristoffersen (2012) sier det finnes mange måter mennesker kan mestre stressende situasjoner på, og at mestring kan være både ineffektiv og effektiv. Jeg mener kvinner som deltar i hjerterehabilitering vil kunne oppdage andre metoder for å mestre den stressende situasjonen de nå er preget av med å få hjelp av andre til å lære seg nye tilnæringsmetoder for mestring. Eksempler fra min virkelighet er veilederne i praksis som viser oss som sykepleiestudenter hvordan vi kan forbedre oss, med å formidle ny kunnskap som vi klarer å praktisere. Clark et al. (2013) sier seg enige med funn som kom frem i litteraturstudien, da det kom frem at kvinner ble motivert når de opplevde mestring i form av at treningen i programmet gav dem merkbare helsegevinster. Dette gjorde kvinnene mer bevisst på at recovery var oppnåelig og de ønsker å fortsette å delta i programmet.

Det har vært klart i studien at kvinner foretrekker hjerterehabilitering som er tilrettelagt for kvinner. Dette har økt deres følelse av komfort og velvære under selve treningsprogrammet (Davidsen et al. 2008, Mendes, Roux og Ridosh 2010, Rolfe et al. 2010, Sherwood og Povey 2011, Sutton et al. 2012 og Ulvestad et al. 2014). Kvinner som deltar i hjerterehabiliteringsprogram som ikke har tilrettelegging med hensyn til kjønn har i tilfeller følt ubehag ved å trene sammen med menn. Kvinner har en annen tilnærming til å bearbeide stressende situasjoner. Ifølge Clark et al. (2013) er menn mer fokusert på å

arbeide hardt for å kunne starte i sin jobb igjen, mens kvinner har et større behov for å motta støtte og danne nye relasjoner. Ifølge Sutton et al. (2012) følte kvinnene de ikke hadde fått samme erfaringer av rehabiliteringen om det var menn til stede. Kvinnene ville da blitt mer selvbevisste og rehabiliteringen hadde hatt en annen atmosfære. De satt pris på å kun trene med kvinner. Jeg mener at det er viktig å tilrettelegge et slikt program etter deltakernes behov i en slik sårbar fase i personens liv. Dette står det også skrevet om i boken "Det handler om Verdighet" av Langum Bredland, Linge og Vik (2002), der de sier at det er viktig at hvis et rehabiliteringsprogram skal være vellykket, må det tilrettelegges den enkeltst persons behov. Da er det viktig at rehabiliteringen bygger på et fleksibelt samarbeid mellom pasienten og kurslederen, siden dette kan føre til at pasienten får et skreddersydd program slik at pasienten får den rehabiliteringen som hun har mest nytte av. Om dette skal knyttes opp mot studiens hensikt, mener jeg det ville gitt kvinner flere positive erfaringer fra et slikt program dersom rehabiliteringen hadde vært tilrettelagt de behovene som er særlig viktig for å øke selvtilliten til kvinner.

5.2.3 Mye avhenger av miljøet

Haug og Løchen (2011) beskriver at kvinner har andre behov enn menn i en rehabiliteringsprosess. Kvinner har større behov for psykososial støtte, samt de har et behov for å dele sine opplevelser med likesinnede kvinner som har vært i samme situasjon. Dette viser seg igjen i funn fra studien, det kommer frem at kvinner som deltok i et hjerterehabiliteringsprogram som var tilrettelagt for å dekke kvinners behov i større grad følte seg mer komfortable under trening, og satte pris på å kunne dele sine erfaringer med andre kvinner som var i samme situasjon (Davidsen et al.2008, Rolfe et al. 2010, Sherwood og Povey 2011 og Sutton et al.2012).

Et annet funn i studien viser at kvinner satte pris å være i et rehabiliteringsprogram som var tilrettelagt for kvinner fordi dette trakk fokuset bort fra konkurranse (Rolfe et al. 2010 og Sutton et al. 2012).

I Clark et al. (2013) belyses dette funnet med særskilte forskjeller mellom menn og kvinner. Menn har en tendens til å sammenligne sine egne prestasjoner med andres, mens kvinner ikke liker å være «oppmerksomhetens senter» i en gruppe. Menezes et al. (2014) understreker at mange kvinner føler seg ubekvem i et hjerterehabiliteringsprogram som domineres av menn. Ifølge Langum Breland, Linge og Vik (2002) er det viktig at man

ivaretar en persons verdighet. I en rehabiliteringssammenheng er det viktig at kursleder klarer å tilrettelegge programmet etter personens behov. Haug og Løchen (2011) skriver at kvinner har blitt forsket minst på i sammenheng med hjerterehabilitering. Dette har ført til at de fleste hjerterehabiliteringsprogrammene bygger på informasjon som er hentet fra studier der menn har vært fokusgruppen. Menn i denne fasen av livet kan ha sterke prioriteringer om å komme seg raskt tilbake til arbeidslivet, som står i sterk kontrast til hva kvinners verdier er når deres behov for rehabilitering inntreffer ettersom kvinner gjennomsnittlig får hjerteinfarkt 10 år senere enn menn og kan ha flere komorbiditeter (Haug og Løchen 2011).

Det kommer her klart frem at kvinner i en slik situasjon ofte har andre behov enn menn i samme situasjon. Om kvinner skulle ha deltatt i et program sammen med menn som kanskje er gjennomsnittlig 10 år yngre enn dem selv, kan programmet bli for intenst og oppleves mer som en belastning enn det er til nytte. Det er viktig at slike hjerterehabiliteringsprogrammer blir organisert slik at deltakerne føler de har felles egenskaper, og at det er mulighet for at de kan skape relasjoner. Ettersom kvinner føler de ikke kan belaste familie med sykdommen, søker de gjerne rehabilitering for å kunne snakke om sin situasjon med kvinner som kan relatere seg til deres situasjon. Å ikke snakke om sykdommen kan føre til forverrede psykososiale konsekvenser, og kvinnene kan føle seg isolerte. Det er derfor viktig at kvinnene får et tilrettelagt program der de får denne muligheten. I distriktene kan det være vanskelig å gjennomføre dette i praksis og samtidig bedrive effektiv behandling med rehabiliteringsprogram.

5.2.4 Det er viktig for kvinner å motta støtte under hjerterehabilitering

Kvinner som mottar støtte fra familie og sitt sosiale nettverk, har større sannsynlighet for å fortsette sin deltakelse i et hjerterehabiliteringsprogram, sier Clark et al. (2013). Dette stemmer overens med funn gjort i denne studien da kvinner ofte har et behov for støtte fra familie og venner for å delta på hjerterehabilitering (Davidsen et al. 2008, Day og Batten 2005, Pullen, Povey og Grogan 2009, Schou et al. 2008, Sherwood og Povey 2011 og Ulvestad et al. 2014). Menezes et al. (2014) sier støtten en kvinne mottar fra familien er avgjørende for om hun deltar i et hjerterehabiliteringsprogram eller ikke. Kvinner har ofte et større behov for en slik støtte enn menn. Det er av relevans at kvinner gjennomsnittlig er

eldre enn menn ved slike tilfeller og kan ha et mindre sosialt nettverk som vil påvirke opplevelse av støtte. Det viser seg mindre sannsynlig at kvinner mottar støtte fra familie, særlig om kvinnen har omsorgen for sin partner eller forsørger andre familiemedlemmer, sier Clark et al. (2013).

Om kvinner ikke mottar støtte i rehabiliteringsprosessen fra sin nære familie i tiden etter sykdom, kan det for kvinnene resultere i forverret livskvalitet i hverdagen. Årsaken til dette kan være at disse kvinnene er mer disponert for å ikke fullføre hjerterehabiliteringen som da vil øke risikoen for reinnleggelse på grunn av tilbakefall eller komplikasjoner i forbindelse med hjerteinfarkt. I enkelte studier brukt i denne litteraturstudien kommer det frem at flere kvinner blir motivert og mottar støtte fra sin familie ved at de deltar sammen med dem i hjerterehabilitering (Rolfe et al. 2010 og Sherwood og Povey 2011). Det kan være en fordel om kvinner i fremtiden kan ta med seg familien til slike programmer. Det er viktig at kursledere har en nær relasjon til sine deltakere slik at de kan motivere til å inkludere sine nærmeste i prosessen. Dette kan føre til at færre kvinner velger å slutte på hjerterehabilitering på grunnlag av mangel på støtte eller isolasjon, og få positive erfaringer fra slike programmer.

Det er for mange kvinner et sterkt ønske å komme tilbake til den normale hverdagen etter hjerteinfarkt (Day og Batten 2005, MacInnes 2005 og Schou et al. 2008). Clark et al. (2013) sier seg enig med disse funnene da han også sier at kvinner ønsker dette. Day og Batten (2005) sier imidlertid at det er vanskelig å komme tilbake til livet før hjerteinfarkt om det ikke var normale symptomer fra episoden, særlig hvis hjerterehabiliteringen fokuserte på de klassiske symptomene. Det er viktig at rehabiliteringen blir pasientrettet slik som blir foreslått i Langum Bredland, Linge og Vik (2002), som mener at rehabilitering burde foregå i samarbeid med pasienten, der instruktøren og pasienten finner ut hvilke aktiviteter som vil hjelpe pasienten å fungere i dennes roller i hverdagen, og det er viktig å fokusere på aktiviteter som gir meningsverdi for pasienten. Dette er viktig for at pasienten skal kunne bruke sine funksjoner i sine sosiale roller (Nergård 1990).

Når informasjonen som blir utdelt på slike programmer ikke strekker til, eller er annerledes enn de ville forventet, vil det naturlig føre til at kvinner føler seg utenfor og ikke føler de har nytte av et slikt program. Det er derfor viktig at hjerterehabiliteringsprogrammer

integrerer nyere forskning basert på kvinnelige erfaringer fra tilrettelagte hjerterehabiliteringsprogrammer. Dette kan føre til at kvinner som deltar i større grad viser interesse og kjenner seg igjen i situasjonen.

Å tilhøre i en gruppe var av fundamental verdi for kvinnene, dette reduserte følelsen av ensomhet (Davidsen et al. 2008, Sherwood og Povey 2011 og White, Hunter og Holttum 2007). Clark et al. (2013) sier sosiale og gruppebaserte programmer øker sannsynligheten for at deltakerne vil fortsette å møte opp til hjerterehabilitering. Årsaken til dette er at deltakerne danner sosiale relasjoner med andre i programmet. Når disse deltakerne fikk denne relasjonen med andre, kunne de sammenligne sin situasjon med de andres, gi hverandre støtte og råd, og motivere hverandre til å fortsette med rehabilitering. Clark et al. (2013) sier deltakere så det som en fordel å delta i en gruppe siden deltakerne kom i møte med andre som var i samme situasjon. Det sies også i følge Clark et al. (2013) at deltakerne kunne sammenligne sine egne prestasjoner med andre deltakere og deltakernes progresjon virket motiverende inn på deltakernes engasjement. Videre sier Clark et al. (2013) at særlig kvinner finner det verdifullt å møte andre kvinner i samme situasjon i en gruppe, da disse kvinnene finner støtte som de ikke finner fra andre. Det ene funnet bekrefter denne uttalelsen fra Clark et al. (2013) da det kommer frem at kvinner ikke følte familien deres kunne forstå hva de gjennomgikk, men de kunne fritt diskutere med andre kvinnelige deltakere i et hjerterehabiliteringsprogram fordi de hadde samme erfaringer med sykdommen (Davidsen et al. 2008). Dette vil igjen kunne stemme overens med funnet som angikk at kvinner setter sine familiers følelser fremfor sine egne, og ikke ønsker å belaste dem med sin sykdom (Davidsen et al. 2008, Day og Batten 2005, MacInnes 2005 og Schou et al. 2008). Kvinner som føler et behov for å snakke med andre kvinner i samme situasjon som dem, vil ved å delta i et hjerterehabiliteringsprogram få utløp for sine psykososiale behov og kunne få positive erfaringer. Selvsagt vil et hjerteinfarkt innebære en særlig risiko for disse kvinnene sin fremtid, og dette kan gi en rekke psykososiale konsekvenser som kan oppstå i akutte sykdomstilfeller. Stubberud (2013) sier at å oppleve en akutt lidelse kan føre til uvisshet, uro og utrygghet. Det kan også utløse frykt for tap av fysiske funksjoner og liv. Denne påkjenningen kan føre til at kvinnene føler seg isolerte og fremmedgjorte. Det er derfor viktig at disse kvinnene møter andre med lignende erfaringer, dette kan øke sannsynligheten for at kvinnene ikke føler seg alene.

6.0 Konklusjon

Under dette kapitlet skal jeg presentere kort hva som var de store funnene i litteraturstudien og hva jeg mener det burde forskes videre på.

6.1 Konklusjon

Hjerterehabilitering gir resultat.

Hensikten med denne studien var å belyse kvinner sine erfaringer med hjerterehabilitering etter hjerteinfarkt.

Resultatene viser at kvinner i stor grad føler trygghet i hjerterehabilitering og denne tryggheten kommer fra kompetansen som instruktørene på kurset har. Å delta i rehabiliteringsprogrammer gjør at kvinnene kommer i kontakt med andre som har vært i samme situasjon som dem, dette øker motivasjonen og mestringen hos disse kvinnene. Mye av denne tryggheten avhenger av oppbyggingen av programmet. Kvinnene trenger et program som er særlig tilrettelagt deres behov.

Kvinner har ofte sterkere psykososiale reaksjoner på hjerteinfarkt. Spesielt tilrettede hjerterehabiliteringsprogram for kvinner har vist seg effektivt, dette fører til at kvinner føler seg mer komfortabel med å være i aktivitet. Å se andre kvinner klare å mestre sin tilstand kan føre til at kvinne selv blir motivert, samtidig vil slike programmer øke kvinnenens selvtillit.

Litteraturstudien viser at kvinner har et særlig behov for støtte fra sin familie og venner under rehabiliteringen. Om kvinnene ikke mottok støtte, kunne det resultere i at kvinnene trakk seg fra programmet. Kvinnene setter andres behov fremfor sine egne, noe som kunne komme i konflikt med deltakelsen dersom de følte deres roller ble truet på grunn av sin deltakelse i programmet.

Det kommer også frem i denne studien at kvinner ofte setter sine roller i hverdagen fremfor å delta i et hjerterehabiliteringsprogram. Om kvinner føler deres rolle som for eksempel husmor eller arbeidstaker blir truet av deltakelse i et slikt

hjerterehabiliteringsprogram, kan kvinner velge å prioritere sine roller fremfor å fullføre rehabilitering.

6.2 *Forslag til videre forskning*

Det kommer frem i denne litteraturstudien at kvinner prioriterer roller og ansvar i hverdagen fremfor å delta i et hjerterehabiliteringsprogram. Det er viktig at kvinner i større grad blir bevisstgjort effekten et slikt rehabiliteringsprogram har på deres allmenne helse og fysiske og psykososiale funksjon. Det er viktig at kvinner velger å delta i slike programmer ettersom dette kan hjelpe dem med å komme seg raskere, samt at det reduserer risikoen for tilbakefall. Det burde forskes videre på hva samfunnet kan gjøre for å øke kvinners bevissthet om slike programmer og fremme de positive effektene programmet kan ha for dem. Annen videre forskning burde fokusere på pårørende til kvinner som har gjennomgått hjerteinfarkt nettopp fordi kvinner har et stort behov for støtte i hjerterehabilitering.

Referanseliste

Clark, Alexander M, Kathryn M King- Shier, Melisa A Spalting, Amanda S Duncan, James A Stone, Susan B Jaglal, David R Thompson og Jan E Angus. 2013. "Factors influencing participation in cardiac rehabilitation programmes after referral and initial attendance: a qualitative systematic review and meta-synthesis." *Clinical Rehabilitation*. 27(10): 948-959. DOI: 10.1177/0269215513481046

Davidson, Patricia, Michelle Digiacomio, Robert Zecchin, Mary Clarke, Glenn Paul, Kate Lamb, Karen Handcock, Esther Chang og John Daly. 2008. "A cardiac rehabilitation program to improve psychosocial outcomes of women with heart disease." *Journal of women's health*. 17(1):123-134. <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2007.0386>

Day, Wendy og Lesley Batten. 2005. "Cardiac Rehabilitation for women: one size does not fit all." *Australian journal of advanced nursing*. 24(1):21-26. OVID Nursing database. (2009285642)

Evans, David. 2002. "Systematic Reviews of interperative research: interperative data synthesis of processed data." *Australian journal of advanced nursing*. 20(2):22-26

Folkehelseinstituttet. 2013. *Tema: hjerte- og karsykdommer- faktaark med helsestatistikk*. <http://www.fhi.no/artikler/?id=70806> (lest 12.01.2015)

Fornal, Christy. 2011. "A woman's dilemma: cardiac rehabilitation barriers." *The Kansas Nurse*. 86(4):10-13. Cinahl. (2011214128)

Forsberg, Christina og Yvonne Wengstrom. 2013. *Att göra systematiska litteraturstudier – verdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 3 utg. Stockholm: Natur & kultur

Haug, E. Mari og Maja- Lisa Løchen. 2011. "Hjerterehabilitering for alle." *Hjerteforum*. 24 (4):27-33. Svemed+. IU:12021566

Høgskolen i Molde. 2014. *Generelle retningslinjer for avsluttende bacheloroppgave i sykepleie*. Avdeling for helse- og sosialfag Bachelorgrad i sykepleie. Molde: Høgskole i Molde

Jacobsen, Dag Ingvar. 2010. *Forståelse, Beskrivelse og Forklaring- innføring i metode for helse- og sosialfagene*. 2.utg. Oslo: Høyskoleforlaget

Jacobsen, Dag, Sverre Erik Kjeldsen, Baard Ingvaldsen, Trond Buanes og Olav Risøe. 2012. *Sykdomslære – Indremedisin, kirurgi og anestesi*. 2 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, Nina Jahren. 2012. *Stress og Mestring i Grunnleggende sykepleie bind 3 –Pasientfenomener og livsutfordringer*. Red. Eli-Anne Skaug. 2 utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Langum, B, Ebba, Oddrun Anita Linge og Kjersti Vik. 2002. *Det Handler om verdighet- Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lazarus, R.S. og Folkman, S. 1984. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer

MacInnes, J.D. 2005. "The Illness perceptions of women following acute myocardial infarction: implications for behavior change and attendance at cardiac rehabilitation." *Women & Health*. 42(4):105-121. Cinahl. (2009335107)

Mendes, Beverly, Gayle Roux og Monique Ridosh. 2010. "Phenomenon of inner strength in women post-myocardial infarction." *Crit care nurs Q*. 33(3): 248-258. <http://dx.doi.org/10.1097/CNQ.0b013e3181e6d809>

Menezes, Arthur R, Carl J. Lavie, Alban DeSchutter og Richard V. Milani. 2014. "Gender, race and cardiac rehabilitation in the United States: is there a difference in care?." *The American journal of the medical science*. 348(2):146-152. DOI: 10.1097/MAJ.0000000000000306

Mulrow CD og Oxman AD. 1997. Cochrane Collaboration Handbook Glossary. Oxford: Update software.

Nasjonale Forskningsetiske komiteene. 2014. "Generelle forskningsetiske Retningslinjer." <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelle-forskningsetiske-retningslinjer/> (Lest: 15.03.2014)

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2014. *Tema: Sjekkliste for kvalitativ og kvantitativ forskning.* <http://www.kunnskapssenteret.no> (lest 09.12.2014)

Nergård, A. 1990. *En ressursorientert rehabiliteringsmodell.* Rapport fra prosjekt om rehabilitering i omsorgstjenesten ved E.C. Dahl og Brøset rehabiliteringsinstitusjoner i Trondheim. Trondheim: Trondheim Helsefaghøgskole

Nordtvedt, Monica. W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb Kunnskapsbasert – en arbeidsbok.* Oslo: Akribe AS

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. 2009. "Refeerebedømming." <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> (lest 01.02.2015)

Pullen S.A., R.C. Povey og S.C. Grogan. 2009. "Deciding to attend cardiac rehabilitation: A female perspective." *International journal of Therapy and Rehabilitation.* 16 (4): 207-217. Cinahl. (2010249271)

Rolfe, Danielle E, Erica J. Sutton, Mireille Landry, Len Sternberg og Jennifer D. Price. 2010. "Women's experience accessing a Women-Centered Cardiac rehabilitation program – A qualitative study." *Journal of Cardiovascular Nursing.* 25 (4): 332-341. <http://dx.doi.org/10.1097/JCN.0b013e3181c83f6b>

Scalvini, Simonetta, Emanuela Zanelli, Laura Comini, Margherita Dalla Tomba, Giovanni Troise, Oreste Febo og Amerigo Giordano. 2013. "Home-based versus in-hospital cardiac rehabilitation after cardiac surgery: a nonrandomized controlled study." *Physical Therapy*. 93(8): 1073-1083. <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20120212>

Schou, Lone, Birte Østergaard Jensen, Ann Dorthe Zwisler og Lis Wagner. 2008. "Women's experience with cardiac rehabilitation – participation and non-participation." *Vård I Norden*. 90 (28):24-28. Svemed+ (2010182816)

Sherwood, Sarah A og Rachel C. Povey. 2011. "Influences on women's completion of a cardiac Rehabilitation programme." *International journal of therapy and rehabilitation*. 18 (5):266-279. Cinahl. (2011181117)

Statistisk sentralbyrå. 2013. "Dødsårsaker". <http://www.ssb.no/dodsarsak> (lest: 02.11.2013)

Stubberud, Dag – Gunnar. 2013. *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Sutton, Erica J, Danielle E. Rolfe, Mireille Landry, Leonard Sternberg og Jennifer A.D. Price. 2012. "Cardiac rehabilitation and the therapeutic environment: the importance of physical, social, and symbolic safety for programme participation among women." *Journal of advanced nursing*. 68(8): 1834-1846. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06041.x>

Ulvestad, Kine, Kari Anette Bruusgaard, Birgitta Blakstad Nilsson og Elisabet Hellem. 2014. "Kvinneres opplevelser av trening under og etter hjerterehabilitering." *Fysioterapeuten*. 8(14). 20-26. Svemed+. (14103615)

Valdez - Lowe, Claudia. 2013. "Role identity and the work role after myocardial infarction." *Workplace health and safety*. 61(2):65-72. Doi: 10.3928/21650799-20130116-84

White, Joanna, Myra Hunter og Sue Holttum. 2007. "How do women experience myocardial infarction? A qualitative exploration of illness perceptions, adjustment and coping." *Psychology, Health & Medicine*.12 (3) 278-288. DOI: 10.1080/13548500600971288

Vedlegg 1: Søkehistorikk

| Søkeord | Dato | Database | Antall treff | Leste abstrakter | Leste artikler | Inkluderte artikler |
|--|------------|-----------------------|--------------|------------------|----------------|---------------------|
| Cardiac Rehabilitation | 13.11.2014 | SveMed+ | 32 | 3 | 1 | 1 |
| Cardiac rehabilitation, MeSH Myocardial infarction | 13.11.2014 | SveMed+ | 11 | 2 | 1 | 1 |
| myocardial infarction or Myocardial Infarction | 17.11.2014 | OVID Nursing Database | 7345 | 0 | 0 | 0 |
| Exp. Female/ or female. Mp. | 17.11.2014 | OVID Nursing Database | 247387 | 0 | 0 | 0 |
| Exp Cardiac Rehabilitation/ or exp Rehabilitation | 17.11.2014 | OVID Nursing Database | 67412 | 0 | 0 | 0 |
| myocardial infarction/or Myocardial Infarction and exp. Female/ or female. mp. and exp. Cardiac Rehabilitation/ or exp Rehabilitation | 17.11.2014 | OVID Nursing Database | 328 | 0 | 0 | 0 |
| myocardial infarction/ or Myocardial Infarction and exp. Female/or Female. mp. and exp. Cardiac Rehabilitation/ or exp Rehabilitation, | 17.11.2014 | OVID Nursing Database | 157 | 12 | 8 | 2 |

| | | | | | | |
|--|------------|-----------------------|-------|---|---|---|
| Limits, female, publication year 2005- current | | | | | | |
| Exp Cardiac Rehabilitation/ or exo Rehabilitation | 14.01.2015 | OVID Nursing Database | 67412 | 0 | 0 | 0 |
| Exp Women/ or women. Mp. | 14.01.2015 | OVID Nursing Database | 55451 | 0 | 0 | 0 |
| Experience*mp. | 14.01.2015 | OVID Nursing Database | 21066 | 0 | 0 | 0 |
| Exp Cardiac Rehabilitation/ or exp Rehabilitation and exp Women/ or women.mp and Experience* mp. limits, female, publication year 2005-current | 14.01.2015 | OVID Nursing Database | 146 | 7 | 4 | 1 |
| Cardiac Rehabilitation | 14.01.2015 | CINAHL | 3804 | 0 | 0 | 0 |
| Cardiac Rehabilitation and women | 14.01.2015 | CINAHL | 438 | 0 | 0 | 0 |
| Cardiac Rehabilitation and women and myocardial infarction | 14.01.2015 | CINAHL | 150 | 6 | 4 | 1 |
| Cardiac Rehabilitation and Women* | 14.01.2015 | CINAHL | 451 | 0 | 0 | 0 |
| Cardiac rehabilitation and women* limit: yr: 2005-2015, gender, female. | 14.01.2015 | CINAHL | 182 | 8 | 8 | 4 |

| | | | | | | |
|---|------------|--------|-----|---|---|---|
| Cardiac rehabilitation and women* limit: yr: 2005-2015, Gender: female, academic journal | 14.01.2015 | CINAHL | 162 | 1 | 1 | 1 |
|---|------------|--------|-----|---|---|---|

Totalt antall inkluderte artikler: 11

Vedlegg 2: Oversiktstabell artikler

| | |
|-------------------------------|---|
| Forfattere: | Daidsen, Patricia, Michelle Digiacom, Robert Zecchin, Mary Clarke, Glenn Paul, Kate Lamb, Karen Handcock, Ester Chang og John Daly. |
| År: | 2008. |
| Land: | Australia. |
| Tidsskrift | <i>Journal of women's health</i> |
| Tittel | " A cardiac rehabilitation program to improve psychosocial outcomes of women with heart disease" |
| Hensikt | Hensikten var å beskrive utviklingen av et sykepleiestyrt hjerterehabiliteringsprogram, spesielt tilrettelagt for kvinners behov etter et akutt hjerteinfarkt. |
| Metode/ instrument | Flere metoder ble brukt i denne studien, både kvantitativ metode med spørreskjema og kvalitativ metode med intervju av deltakerne i studien |
| Deltakere/ Frafall | I fase to var det 54 deltakere men 48 fullførte spørreskjema. Altså 6 deltakere falt fra/trakk seg. |
| Hovedfunn | <ul style="list-style-type: none"> - kvinner satt pris på et hjerterehabiliteringsprogram for kvinner - kvinner føler ikke de kan delta i hjerterehabilitering (HR) om dette kommer i konflikt med deres roller i hverdagen, ønsker ikke bekymre andre med sin sykdom. - Kunne snakke ut til kvinnene i HR, dette kunne redusere angst og ensomhet - Satt pris på HR-spl som kunne svare dem på spørsmål de hadde i forbindelse med sykdommen. - Kvinnene foretrakk mindre grupper fremfor større (mulig pga av dårlig hørsel) |
| Etiske vurderinger | Godkjent av humanetisk komite. |
| Kvalitetsvurdering | Nivå 1. Kom litt i konflikt med å kunne besvare min hensikt til den grad den var 50/50 kvalitativ/kvantitativ. Men funnene i den kvalitative delen var av slik god kvalitet at jeg inkluderte den delen i kvalitetsvurderingsskjema. Vurdert til "svært god" |

| | |
|-----------------------------------|---|
| Forfattere: | Day, Wendy og Lesley Batten. |
| År: | 2005. |
| Land: | Australia. |
| Tidsskrift: | <i>Journal of advanced nursing</i> |
| Tittel: | "Cardiac Rehabilitation for Women: One size does not fit all" |
| Hensikt: | Hensikten med denne studien var å undersøke kvinners persepsjon av hjerterehabilitering i deres recovery etter et hjerteinfarkt. Årsaken til at denne studien ble gjennomført var fordi tidligere forskning har hatt størst fokus på menns erfaringer og man ønske å undersøke kvinners behov. |
| Metode/ Instrument: | Dette var en kvalitativ studie med intervju som datainnsamlingsmetode. |
| Deltakere/ Frafall: | 10 kvinner som hadde erfart et eller flere hjerteinfarkt ble intervjuet. |
| Hovedfunn: | <ul style="list-style-type: none"> - kvinnene hadde problem med å gjennomføre dietten siden kvinnene i hovedsak lager mat til hele husstandene - flere deltakere følte seg isolerte ettersom de ikke hadde noe til felles med andre deltakere. - kvinnene følte hjerteinfarkt truet deres roller i hverdagen. - sterkt ønsker om å returnere til tiden før hjerteinfarkt. -vanskelig å finne veien tilbake om hjerteinfarkt hadde gitt atypiske symptomer. |
| Etiske Vurderinger | Denne studien fikk godkjenning av den regionale helse og universitet etiske komité. |
| Vurdering av Kvalitet: | Studien hadde vitenskapelig nivå 1. Denne studien kom med mange erfaringer som kvinner har i forbindelse med hjerteinfarkt og rehabilitering. Jeg vurderer denne til av "god Kvalitet" til tross for at den er publisert i 2005. |

| | |
|-----------------------------------|--|
| Forfattere: | MacInnes, J. |
| År: | 2005. |
| Land: | Storbritannia. |
| Tidsskrift: | <i>Women & Health</i> |
| Tittel: | ”The Illness perceptions of women following acute myocardial infarction for behavior change and attendance at cardiac rehabilitation” |
| Hensikt: | Hensikten med denne studien var å utforske persepsjonen av sykdom hos kvinner etter ett akutt hjerteinfarkt. Relasjonen mellom persepsjonen av sykdom og å endre helseatferd, og deltakelse i et hjerterehabiliteringsprogram etter hjerteinfarkt. |
| Metode/ Instrument: | Til denne studien ble det benyttet et kvalitativt forskningsdesign med semi-strukturerte intervju. |
| Deltakere/ Frafall: | 10 kvinner deltok i denne studien. 7 av kvinnene valgte å delta i hjerterehabilitering |
| Hovedfunn: | <ul style="list-style-type: none"> - manglende evne til å se sammenhenger med livsstilen sin og hjerteinfarkt fører til manglende evne til å endre livsstil. - Motiverende faktor for kvinnene var at de ønsket å komme tilbake til sin gamle hverdag før hjerteinfarkt (sin normale hverdag) - Særlig kvinner som bodde alene følte de måtte delta i et slikt program for å ta vare på seg selv. - At hjerterehabilitering var noe som var nyttig var mest utbredt bland de yngste deltakerne i studien |
| Etiske Vurderinger: | Denne studien ble fremstilt og godkjent av NHS trust Research ethics Committee og local research ethics committee (LREC) |
| Vurdering av kvalitet: | Denne studien hadde vitenskapelig nivå 2. Forfatter mener denne studien kunne til å besvare studiens hensikt. Det som trekker ned kvaliteten kan være at den var publisert i 2005. Ut i fra kvalitetsvurderingsskjema ble denne studien vurdert til god kvalitet. |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Forfattere: | Mendes, Beverly, Gayle Roux og Monique Ridosh. |
| År: | 2010. |
| Land: | Texas, USA. |
| Tidsskrift: | <i>Crit care nurse Q.</i> |
| Tittel: | ”Phenomenon of inner strength in women post- myocardial infarction” |
| Hensikt: | Hensikten i denne studien var å utforske faktorer som var assosiert med indre styrke i kvinner etter innleggelse av stent etter hjerteinfarkt |
| Metode/ Instrument: | Denne studien hadde et kvalitativt forskningsdesign, deltakerne i studien ble intervjuet med semi-strukturerte intervjuer. |
| Deltakere / Frafall: | 12 kvinner med historie om hjerteinfarkt deltok i studien. |
| Hovedfunn: | <ul style="list-style-type: none"> - kvinnene utviklet etter hvert et fenomen som ble kalt ”indre styrke” - Etter sykdommen følte de seg som bedre mennesker, mer empatiske - Kvinnene som deltok i hjerterehabilitering klarte å endre sin livsstil - Kvinnene ønsket etter hjerteinfarkt å komme i kontakt med andre kvinner med samme erfaringer. - Satt pris på den støtten de mottok på hjerterehabiliteringen av sykepleiere. |
| Etiske Vurderinger : | Denne studien ble godkjent av ”universety and hospital institutional review board” (universitets og sykehus institusjon vurderingsstyret) før oppstart av studien. |
| Vurdering av kvalitet: | Denne studien hadde vitenskapelig nivå 1. I kvalitetsvurderingsprosessen ble denne artikkelen vurdert til ”god kvalitet”. |

| | |
|-------------------------------|--|
| Forfattere: | Pullen, SA, RC Povey og SC Grogan. |
| År: | 2009. |
| Land: | Storbritannia. |
| Tidsskrift: | <i>International journal of therapy and rehabilitation.</i> |
| Tittel: | ”Deciding to attend cardiac rehabilitation: A female perspective” |
| Hensikt: | Hensikten med denne studien var å undersøke kvinners beslutning til å delta i hjerterehabilitering. Hvordan kvinner tenker om deres sykdom og hjerterehabilitering, og hvordan dette relateres opp i mot deltakelse i et hjerterehabiliteringsprogram. |
| Metode/Instrument: | Denne studien bygget på et kvalitativt metodevalg med semi-strukturerte intervjuer. |
| Deltakere / Frafall: | 5 kvinner valgte å delta i hjerterehabilitering og 3 kvinner takket nei til dette. |
| Hovedfunn: | <ul style="list-style-type: none"> - hvis diagnosen kom overraskende var kvinner i tvil på sin sykdom om den ikke hadde den tradisjonelle profilen. (atypiske symptomer) - kvinnene hadde et sterkt behov for støtte fra familie for å kunne fortsette å være aktive - det opplevdes som en barriere å være enslig - hjerterehabilitering hjalp kvinner å tenke fremover og å håndtere emosjoner - det var viktig for kvinnene å kunne ta kontroll over sin sykdom og helse. (hjalp å kjenne årsaker) - kvinnene satt pris på å ha en plass de kunne motta eksperthjelp. - Kvinnene lærte å mestre sin sykdom og satt pris på å kunne møte andre i samme situasjon - Hjerterehabilitering økte kvinnenes selvtillit. |
| Etiske Vurderinger | Denne studien mottok etiske godkjenning fra vertsuniversitetet og NHS institusjonen. Deltakerne gav deres samtykke. |
| Vurdering av kvalitet: | Denne studien hadde vitenskapelig nivå 1. I kvalitetssikringsprosessen ble denne artikkelen vurdert til av svært god kvalitet. |

| | |
|-------------------------------|---|
| Forfattere: | Rolfe, Danielle E, Erica J. Sutton, Mireille Landry, Len Sternberg og Jennifer A. Price. |
| År: | 2010. |
| Land: | Canada. |
| Tidsskrift: | <i>Journal of cardiovascular nursing</i> |
| Tittel: | ”Women’s experience accessing a women centered cardiac rehabilitation program – qualitative study” |
| Hensikt: | Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan prinsippet av ”tilgjengelige programmer” erfares av kvinner som deltar i WCHI –”the women’s cardiovascular health initiative” |
| Metode/Instrument: | Metoden i denne studien var kvalitativ. Kvinnene som deltok i studien ble intervjuet. |
| Deltakere / Frafall: | Det var 14 deltakere. Ingen frafall. |
| Hovedfunn: | <ul style="list-style-type: none"> - kvinner som blir henvist fra sin fastlege til hjerterehabilitering opplever færre barrierer mot deltakelse. - Transport kunne bli et problem for kvinnene, særlig om de hadde flere sykdommer. - Kvinnene opplevde det positivt å kunne velge tidspunktet for hjerterehabilitering. Dette gjorde at de kunne planlegge dagen. - Kvinnene synes det var positivt å kunne velge aktiviteter de var komfortable med å utføre. - ”bare kvinner”-miljø gav økt komfort, å kunne snakke om sin sykdom med flere kvinner som har opplevd det samme. - Mange kvinner er selvbevisste på sin egen kropp, dette forsterkes gjerne når de er i lag med menn på trening. |
| Etiske Vurderinger | Denne studien mottok etisk godkjenning fra det institusjonelle styret. |
| Vurdering av kvalitet: | Denne forskningsartikkelen har vitenskapelig nivå 1. Denne studien ble vurdert til av svært god kvalitet fra kvalitetsvurderingsskjema, samt at denne kunne benyttes i litteraturstudien på grunnlag av gode funn og den kunne bidra til besvarelsen av hensikten. |

| | |
|-------------------------------|--|
| Forfattere: | Schou, Lone, Birte Øsertgaard Jensen, Ann Dorthe Zwisler og Lis Wagner. |
| År: | 2008. |
| Land: | Danmark. |
| Tidsskrift: | <i>Vård i norden.</i> |
| Tittel: | ”Women’s experience with cardiac rehabilitation – Participation and non – participation” |
| Hensikt: | Hensikten med denne studien var å kunne beskrive erfaringene til kvinner som deltok i hjerterehabilitering, og de som valgte å ikke delta i hjerterehabilitering etter hjerteinfarkt. |
| Metode/Instrument: | Denne studien hadde et kvalitativt forskningsdesign. Deltakerne ble intervjuet. |
| Deltakere / Frafall: | 10 kvinner sa ja til å delta i studien, men når tiden kom for intervju hadde fire kvinner meldt avslag grunnet sykdom. Det var altså 6 deltakere i studien. 3 deltok i hjerterehabilitering og 3 deltok ikke i rehabiliteringen. |
| Hovedfunn: | <ul style="list-style-type: none"> - deltakerne etter hjerteinfarkt var i krise, fare for depresjon, angst følte seg isolerte og hjelpeløse. - Alle deltakerne fikk støtte fra familien. - Kvinner uten annen foreliggende sykdom hadde fordel av hjerterehabilitering, disse kvinnene klarte å endre livsstil og bygge opp sosiale nettverk. - Kvinnene ønsket ikke å bekymre sin familie med sin sykdom, ønsket å innta sine normale roller til tross for smerter etter hjerteinfarkt. |
| Etiske Vurderinger: | Denne studien var godkjent av den lokale etiske komité og ble utført etter retningslinjer fra helsinkideklarasjonen. Alle kvinnene ble informert om hensikten i studien og gav skriftlig samtykke. |
| Vurdering av kvalitet: | Denne artikkelen har vitenskapelig nivå 1. Denne studien ble vurdert til god kvalitet i kvalitetssikringsprosessen. |

| | |
|-------------------------------|--|
| Forfattere: | Sherwood A. Sarah og Rachel C. Povey. |
| År: | 2011. |
| Land: | Storbritannia. |
| Tidsskrift: | <i>International journal of Therapy and rehabilitation.</i> |
| Tittel: | ”influences on women’s completion of a cardiac rehabilitation programme” |
| Hensikt: | Hensikten med denne studien var å undersøke eventuelle faktorer hos både pasienten og selve hjerterehabiliteringsprogrammet som kunne påvirke kvinners valg til å fortsette med programmet eller avslutte det. |
| Metode/Instrument: | Til denne studien ble det benyttet et kvalitativt tverrsnittstudiedesign med semi-strukturerte intervjuer av to forskjellige grupper. De som deltok i programmet og de som ikke deltok. |
| Deltakere / Frafall: | Det var 5 kvinner som deltok i hjerterehabilitering og 5 kvinner som ikke deltok. Totalt 10 deltakere i studien. |
| Hovedfunn: | <ul style="list-style-type: none"> - Det var viktig at deltakerne hadde nok kunnskap om sin sykdom. Dette kunne påvirke deltakelsen. - Det var viktig at kvinene hadde en realistisk holdning mot recovery, å vite at dette var en lang prosess. - Rehabiliteringen var verdifull, støtte og informasjon fra fagfolk og å tilhøre i en gruppe. - Satt pris på å dele sine erfaringer med andre kvinner i samme situasjon. -> økte sjansen for å mestre. |
| Etiske Vurderinger | Etisk godkjent av vertsuniversitetet og NHS institusjonen. Deltakerne gav skriftlig samtykke. |
| Vurdering av kvalitet: | Denne artikkelen hadde vitenskapelig nivå 1. Ble vurdert til svært god kvalitet i kvalitetssikringsprosessen ettersom denne kunne bidra i besvarelsen til denne litteraturstudien. |

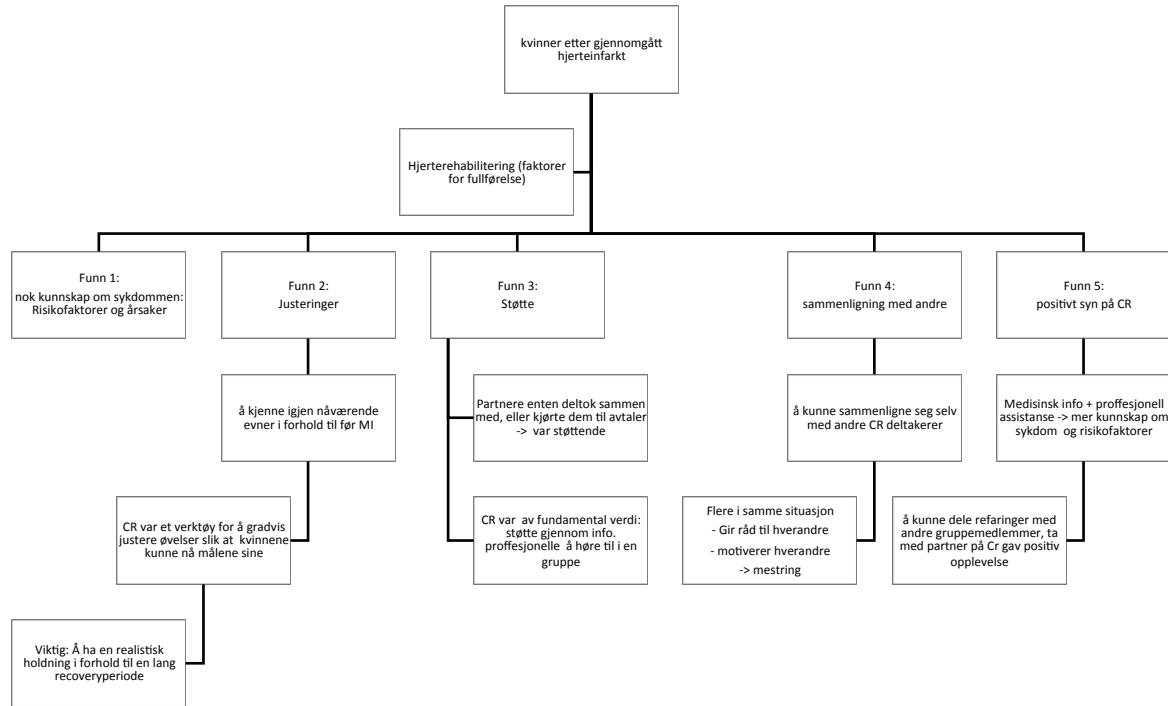
| | |
|-------------------------------|--|
| Forfattere: | Sutton J. Erica, Danielle E. Rolfe, Mireille Landy, Leonard Sternberg og Jennifer A.D. Price. |
| År: | 2012. |
| Land: | Canada. |
| Tidsskrift: | <i>Journal of advanced nursing</i> |
| Tittel: | ”Cardiac rehabilitation and the therapeutic environment: the importance of physical, social and symbolic safety for programme participation among women”. |
| Hensikt: | Hensikten med denne studien var å undersøke kvinners opplevelse av trygghet under hjerterehabilitering |
| Metode/Instrument: | I denne studien ble det benyttet et kvalitativt forskningsdesign, deltakerne ble intervjuet med semi- strukturerte intervjuer med varighet fra 30- 90 minutter. |
| Deltakere / Frafall: | Det var 14 deltakere i studien, ingen frafall. |
| Hovedfunn: | <ul style="list-style-type: none"> - kvalifisert personell øker den fysiske tryggheten til deltakerne. - Viktig å føle seg komfortabel under trening. Å bygge relasjoner med andre kvinner i samme situasjon. - Føler seg tryggere i disse omgivelsen enn på et vanlig treningssenter - Et program med bare kvinner økte komforten, mindre fokus på konkurranse. |
| Etiske vurderinger: | Sykehusets etiske komité for forskning godkjent denne studien. Pseudonym ble benyttet for å beskytte anonymiteten til deltakerne. |
| Vurdering av kvalitet: | Denne artikkelen hadde vitenskapelig nivå 2, og ble vurdert til av svært god kvalitet i kvalitetssikringsprosessen da denne studien kunne delta i å besvare litteraturstudiens hensikt. |

| | |
|-------------------------------|--|
| Forfattere: | Ulvestad A. Kine, Kari Anette Bruusgaard, Birgitta Blakstad Nilsson og Elisabet Hellem. |
| År: | 2014. |
| Land: | Norge. |
| Tidsskrift: | <i>Fysioterapeuten</i> |
| Tittel: | ”kvinner opplevelse av trening under og etter hjerterehabilitering” |
| Hensikt: | Hensikten var å utdype forståelsen om hva kvinner opplever som viktigst i en hjerterehabiliteringsprosess i fase 2, hva som kan styrke troen på egen kropp og hva som skal til for at kvinnene skal å trene etter hjerteinfarkt. |
| Metode/Instrument: | Dette var en kvalitativ studie med fokusgruppeintervju, data ble analysert gjennom systematisk tekstkondensering. |
| Deltakere / Frafall: | Det ble i alt spurt 10 kvinner om de ønsket å delta i studien, 7 takket ja. Før intervjuene meldte 3 avslag, slik at det var 4 kvinner som deltok i hjerterehabiliteringen til denne forskningen. |
| Hovedfunn: | <ul style="list-style-type: none"> - Trygghet gjennom faglig kompetanse og tett oppfølging. - Ufarliggjøring gjennom identifisering og alminneliggjøring - Kvinnene fikk økt trygghet på hjertets tålegrense, overrasket over hvor mye de kunne belaste det etter hjerteinfarkt. - Kvinnene fikk redusert frykt for å bevege seg. - Økt selvtillit og mestringsfølelse - Felles erfaringer med andre kvinner førte til at kvinnene ikke følte seg alene. - Trygghet å se andre klare å mestre sin sykdom. |
| Etiske Vurderinger: | Det kom ikke frem i studien at den var godkjent av etisk komité, men det kommer tydelig frem i studien at det tas etiske hensyn under forskningen. Å delta i programmet og studien var frivillig og kvinnene kunne når som helst forlate programmet. |
| Vurdering av kvalitet: | Denne artikkelen har vitenskapelig nivå 1. Innholdsmessig kunne materiale fra denne studien være med å besvare litteraturstudiens hensikt og problemstilling. Siden det ikke kom frem at studien var fremstilt for etisk komité valgte jeg å se på den av god kvalitet. |

| | |
|-------------------------------|---|
| Forfattere: | White, Joanna, Myra Hunter og Sue Holttum. |
| År: | 2007. |
| Land: | Storbritannia. |
| Tidsskrift: | <i>Psychology, Health & Medicine.</i> |
| Tittel: | ” How do women experience myocardial infarction? A qualitative exploration of illness perceptions, adjustment and coping” |
| Hensikt: | Hensikten med denne studien var å undersøke tilpasning av kvinners opplevelse av deres hjertesykdom, hvordan dette påvirker relasjonen til andre og mestringsstrategier. |
| Metode/Instrument: | Denne studien hadde et kvalitativt forskningsdesign, det ble utført intervjuer av kvinner som hadde gjennomgått hjerteinfarkt for første gang- kvinnene mottok et oppfølgende telefonintervju 2 måneder etter første intervju. |
| Deltakere / Frafall: | Det var 5 kvinner som deltok i studien. |
| Hovedfunn: | <ul style="list-style-type: none"> - kvinnene som deltok i hjerterehabilitering følte dette gav positiv innflytelse på selvbildet og det økte selvtilliten. - Mange hadde stor nytte av avslapningsøvelser. - Kvinnene synes det var motiverende å se at programmet hadde virket for andre. - Kvinnene synes at programmet hadde mislyktes i å imøtekomme individuelle behov. |
| Etiske Vurderinger | Kvinnene i denne studien gav deres skriftlige samtykke til at deres informasjon ble benyttet. Det kom ikke frem at denne forskningen fikk etisk godkjenning fra komité. Men det kommer frem at forskerne har vist etiske hensyn der de har beskyttet deltakernes anonymitet med bruk av pseudonymer |
| Vurdering av kvalitet: | Denne artikkelen har vitenskapelig nivå 1. Forskningen omhandlet ikke bare kvinner som deltok i hjerterehabilitering, dette førte til jeg kun kunne benytte deler av artikkelen, den delen som omhandlet kvinner som hadde vært i rehabiliteringen etter hjerteinfarkt. Etter kvalitetsbedømming ble denne artikkelen vurdert til god kvalitet. |

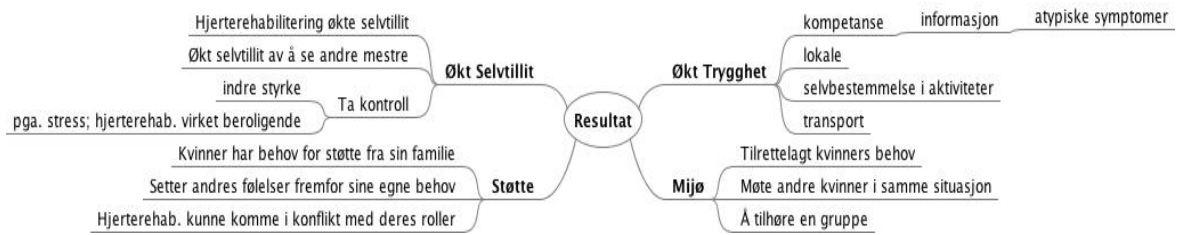
Vedlegg 3: Tankekart 1 & 2

Tankekart 1:



Dette er et eksempel på hvordan jeg analyserte hver enkelt artikkel

Tankekart 2:



Dette tankekartet viser en oversikt over hvordan jeg knyttet sammen funnene fra hver artikkel på tvers av studiene, og lagde en helhet som kunne presenteres i resultat. I vedlegg 4 viser jeg hvilke artikler som kunne bidra med funn til resultatene.

Vedlegg 4: Oversikt- Bruk av artikler i Resultat.

| Artikkel nr. | Artikkel Referanse |
|--------------|-------------------------------|
| 1 | Daidsen et al. 2008 |
| 2 | Day og Batten 2005 |
| 3 | MacInnes 2005 |
| 4 | Mendes, Roux og Ridosh 2010 |
| 5 | Pullen, Povey og Grogan 2009 |
| 6 | Rolfe et al. 2010 |
| 7 | Schou et al. 2008 |
| 8 | Sherwood og Povey 2011 |
| 9 | Sutton et al. 2012 |
| 10 | Ulvestad et al. 2014 |
| 11 | White, Hunter og Holttum 2007 |

Økt Trygghet:

- **Å føle seg trygg under trening**
(1,1,4,4,4,5,5,5,6,6,6,6,6,8,8,8,9,9,9,9,10,10,10,10,11)
- **Informasjon** (1,2,3,6,6,9,10,11,11,11)

Fremme selvsikkerhet og selvstendighet

- **Økt selvtillit av å se andre mestre** (5,7,8,9,9,10,11)
- **Hjerterhabilitering gav økt selvtillit og kontroll**
(3,3,4,4,4,4,5,5,5,5,6,7,7,8,9,10,11)

Støtte fra familie og venner

- **Kvinner har et behov for støtte fra familie for å delta i programmet**
(1,1,2,2,3,3,5,6,6,7,7,7,8,10)
- **Setter verdien av deres roller fremfor rehabilitering** (1,2,2,2,3,3,5,7)

Et miljø tilrettelagt for kvinner

- **Økt komfort, å møte kvinner i samme situasjon**
(1,1,1,2,4,6,6,6,6,6,6,8,8,9,9,9,10)
- **Å tilhøre en gruppe** (1,1,6,8,9)

Vedlegg 5:

Tidsplan for bacheloroppgaven

| | |
|---|-----------------------------------|
| Navn Lillian Milford | Dato 25.09.2014 |
| Adresse Storgata 63, Kristiansund | Veileders Navn Liv Bachmann |
| Telefon 942 79 871 | Telefon |
| e-post lillian.milford@stud.himolde.no | e-post liv.bachmann@himolde.no |

Foreløpig tittel på bacheloroppgaven: Kvinner og hjerteinfarkt

| Tidsplan | Seneste dato | Gjennomført |
|---|--------------|-------------|
| Start på arbeidet | 08.09.2014 | 08.09.2014 |
| Idé /prosjektskisse (husk obligatorisk veiledning!) | 11.11.14 | 15.11.2014 |
| | | |
| Bakgrunn/litteratur og metodebeskrivelse klart for fremlegg på litteratur- og metodeseminar | 21.11.14 | 21.11.2014 |
| Detaljert metodebeskrivelse for datasamling (søkestrategi og analyse) | 19.12.14 | 22.01.2015 |
| Datasamling klar | 19.12.14 | 14.01.2015 |
| Databearbeiding/resultat klar | 12.01.14 | 20.02.2015 |
| Diskusjon klar | 23.02.14 | 21.03.2015 |
| Første utkast til bacheloroppgave klar (husk obligatorisk veiledning!) | 10.03.14 | 23.03.2015 |
| Innlevering av bacheloroppgaven | 25.03.14 | 25.03.2015 |
| Tidspunkt for eksaminering | 13.04.15 | 13.04.2015 |
| | | |