



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Pasienterfaringer knyttet til rehabilitering etter
hjerteinfarkt**

Patients' experiences of cardiac rehabilitation

Jannicke Langholm Hellesfjord og Elin Stokke Jahnsen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 69

Molde, 01.04.17



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 <u>betrakte som fusk</u> 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: Marit Sandøy og Linda Nygård

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 godkjenning.

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: 01.04.17

Antall ord: 10993

Forord

*“You gain strength, courage and confidence
by every experience in which you really stop to look fear in the face.
You are able to say to yourself,
'I have lived through this horror. I can take the next thing that comes along.'
You must do the thing you think you cannot do”*

Eleanore Roosevelt

Sammendrag

Bakgrunn: Dødeligheten av hjerteinfarkt utenfor sykehus har de siste årene gått ned. Samtidig har innleggelse for førstegangsinfarkt økt i aldersgruppen 25-44 år. Indikasjonen for å delta på hjerterehabilitering er blant annet å ha gjennomgått hjerteinfarkt. Det kan bidra til å øke den fysiske kapasiteten og evnen til å delta i daglige aktiviteter.

Hensikt: Hensikten med dette litteraturstudiet var å belyse pasienterfaringer knyttet til rehabilitering etter hjerteinfarkt.

Metode: En systematisk litteraturstudie basert på ti kvalitative og tre kvantitative forskningsartikler.

Resultat: Mange pasienter opplever angst og utrygghet etter hjerteinfarkt, og dette kan påvirke hjerterehabiliteringen. Å møte andre i samme situasjon var motiverende, og for mange var det viktig med god informasjon og støtte fra helsepersonell. Noen pasienter opplevde også utfordringer knyttet til seksualitet etter hjerteinfarkt, og savnet informasjon om dette. Livsstilsendringer er sentralt når det kommer til rehabiliteringsprosessen, og mange opplevde dette som vanskelig.

Konklusjon: Denne systematiske litteraturstudien viser at den akutte fasen av hjerteinfarkt preger rehabiliteringen i ettertid. Pasientene opplevde angst og usikkerhet knyttet til aktivitet. Informasjon og trygghet rundt seksuell aktivitet var et viktig tema. Mange beskrev viktigheten med støtte og oppfølging fra både helsepersonell og pårørende.

Nøkkelord: Hjerteinfarkt, hjerterehabilitering, pasienter, erfaringer, støtte

Abstract

Background: Mortality rate from heart attacks outside of hospitals have decreased over the last few years. At the same time the number of hospitalizations due to "first time heart attacks" have increased in the age range 25-44 years. One of the criteria's to join a cardiac rehabilitation program is that the patient has gone through a heart attack. This type of program could help increase the patients' physical capacity and ability to participate in daily activities.

Purpose: The purpose of this literature study was to examine patient experiences related to rehabilitation after a myocardial infarction.

Method: A systematic literature study based on ten qualitative and three quantitative research papers.

Results: Many patients experience anxiety and insecurity after myocardial infarction, and this may affect the cardiac rehabilitation. Meeting others in the same situation was motivating, and good information and support from health professionals was important. Some patients also experienced challenges related to sexuality after myocardial infarction, and information about this was absent. Lifestyle changes is a key subject when it comes to the rehabilitation process, and many experienced difficulties.

Conclusion: This systematic literature study shows that the critical phase of a heart attack has a significant impact on the healing process afterwards.

Patients subsequently experienced anxiety and insecurity linked to physical activity.

Information about sexual activity was important for the patients to feel secure.

Several patients described the importance of support from caregivers as well as dependents.

Key words: Myocardial infarction, cardiac rehabilitation, patients, experiences, support

Innhold

1.0	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Studiens hensikt.....	2
2.0	Bakgrunnsteori.....	3
2.1	Hjerteinfarkt.....	3
2.2	Hjerterehabilitering.....	4
2.3	Krisereaksjoner og mestringsstrategier.....	5
2.4	Informasjon ved endring i livssituasjon.....	6
3.0	Metode.....	8
3.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	8
3.2	Datainnsamling.....	9
3.3	PICO-skjema.....	9
3.4	Søkeprosessen.....	10
3.5	Kvalitetsvurdering.....	11
3.6	Etiske hensyn.....	12
3.7	Analyse.....	12
4.0	Resultat.....	14
4.1	Fysiske og psykiske påkjenninger under rehabiliteringen.....	14
4.1.1	Angst og utrygghetens påvirkning på rehabiliteringen.....	14
4.1.2	Pasientens opplevelse av livsstilsendringer som en følge av sykdommen.....	15
4.1.3	Engstelse for seksuell aktivitet – forebygging via rehabilitering?.....	17
4.2	Opplevelse av støtte i rehabiliteringen.....	18
4.2.1	Å delta på hjerterehabiliteringsgrupper.....	18
4.2.2	Opplevelsen av støtte og oppfølging.....	21
4.2.3	Viktigheten av støtte fra familie/pårørende.....	21
5.0	Diskusjon.....	23
5.1	Metodediskusjon.....	23
5.1.1	Datainnsamling.....	23
5.1.2	Kvalitetsvurdering/Etiske hensyn.....	26
5.1.3	Analyse.....	27
5.2	Resultatdiskusjon.....	28
5.2.1	Mestring av usikkerhet og fysiske påkjenninger.....	28
5.2.2	Delte erfaringer ved å delta på hjerterehabilitering.....	29
5.2.3	Viktighet med oppfølging og støtte under hjerterehabiliteringen.....	31
6.0	Konklusjon.....	34
6.1	Forslag til videre forskning.....	35
	Litteraturliste.....	36
	Vedlegg 1: Oversiktstabeller	
	Vedlegg 2: Søkehistorikk	
	Vedlegg 3: Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler	
	Vedlegg 4: Plakat fra analysen	

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hjerteinfarkt og andre iskemiske hjertesykdommer er en av de hyppigste dødsårsakene i Norge (Jacobsen et al. 2009). I 2015 ble det meldt 13397 hjerteinfarkt til Norsk hjerteinfarktregister. Av alle med diagnosen akutt hjerteinfarkt og som ble skrevet ut fra norske sykehus, indikerer de at 91% av disse ble meldt inn til registeret (Norsk Hjerteinfarktregister 2015).

Siden tidlig på 1970-tallet har den totale dødeligheten av hjerte- og karlidelser i Norge sunket. Dette gjelder alle aldersgrupper, og den forventede levealder har også økt (Norheim et al. 2009). Førstegangstilfelle av hjerteinfarkt blant eldre har gått ned. Samtidig viser det ingen nedgang blant yngre voksne, noe som kan være bekymringsfullt (Folkehelseinstituttet 2015).

Dødeligheten av hjerteinfarkt utenfor sykehus har gått ned i alle aldersgrupper. Men antall sykehusinnleggelse for førstegangs hjerteinfarkt har økt med 11 prosent, i aldersgruppen 25-44 år, fra år 2001 til 2009. Dette kommer av effektiviteten av behandlingen og at flere overlever infarktene enn før (Folkehelseinstituttet 2015). I følge Eikeland, Stubberud og Haugland (2016) øker hyppigheten av hjertesykdommer kraftig etter 40-års alderen. Dette på grunn av iskemisk hjertesykdom på bakgrunn av arteriosklerose i koronararteriene. De beskriver også nedgang i dødelighet av denne tilstanden, samtidig som det er en øking i antall tilfeller.

Dette er en pasientgruppe som stort sett bor hjemme og klarer seg selv. Som sykepleier kan vi møte disse pasientene i hjemmesykepleien, poliklinisk, på sykehjem eller ved andre institusjoner (Eikeland, Stubberud og Haugland 2016). Liggetiden på sykehus etter hjerteinfarkt er for de fleste kort, og dersom behandlingen forløper seg komplikasjonsfritt, kan pasienten skrives ut etter få dager (Mæland 2006). Indikasjonene for å delta på hjerterehabilitering er blant annet gjennomgått hjerteinfarkt eller hjertekirurgi. Dersom pasienten deltar på hjerterehabilitering kan det bidra til å øke den fysiske kapasiteten og pasientens evne til å delta i daglige aktiviteter. Det kan bidra til å redusere symptomer som

angina, slitenhet og dyspné, samt depresjon og frykt for seksualitet (Eikeland, Stubberud og Haugland 2016). Et studie gjort i Sverige i 2014 viser at kun 41 prosent av pasientene og 31 prosent av deres pårørende hadde mottatt noe informasjon om seksuell aktivitet i tiden etter hjerteinfarkt (Brännström et al. 2014). På bakgrunn av den korte liggetiden på sykehus, og hva kunnskapene vi har om den akutte fasen av et hjerteinfarkt, ønsket vi å undersøke mer om pasientenes utfordringer med å komme tilbake til hverdagen. Vi anså det derfor som interessant å få vite mer om pasientenes erfaringer og utfordringer rundt rehabiliteringen som foregår i ukene etter hjerteinfarkt.

1.2 Studiens hensikt

Hensikten med dette litteraturstudiet var å belyse pasienters erfaringer knyttet til rehabilitering etter hjerteinfarkt.

2.0 Bakgrunnsteori

2.1 Hjerteinfarkt

Hjerteinfarkt oppstår vanligvis når en koronararterie tilstoppes, og skyldes som regel trombosedannelse i en forkalket og forsnevret koronararterie. Hjerteinfarkt opptrer vanligvis etter ruptur av et ateromatøst plakk hvor endotelet skades slik at trombocytene kleber seg til det, tromben dannes sekundært til aterosklerosen. Mange tilfeller kan relateres til tidligere betydelig fysisk eller psykisk påkjenning som antakelig øker trombocyttenes klebrighet. Den plutselige koronarakklusjonen fører til at den tilhørende delen av hjertemuskulaturen ikke får tilført oksygen, noe som etter minutter fører til irreversibel skade av hjertemuskelcellene, hvor det dannes arrvev. Hvor tromben sitter avgjør størrelsen på infarkt, og vil også kunne ha innvirkning på utvikling av senskader som for eksempel hjertesvikt (Jacobsen et al. 2009 og Mæland 2006).

Diagnosen stilles ut fra symptomene pasienten har. Minst to av disse tre kriteriene kreves for å kunne stille diagnosen: typiske brystmerter eller akutt tungpusthet i mer enn 20 minutter, EKG-forandringer og blodprøver som eventuelt vil vise stigning av hjertemarkører (Jacobsen et al. 2009). Vanlige symptomer er sterke smerter i brystet, ofte med utstråling til venstre arm og/eller hals. Kvalme og brekninger er også vanlig. Kvinner kan ha atypiske symptomer, og dette kan føre til at kvinner får dårligere og for sen behandling enn menn. Symptomene kan mistolkes og det kan føre til at kvinnene derfor ikke søker helsehjelp. Hjerterytmen kan ofte være ustabil i den akutte fasen, og det kan oppstå ventrikkelflimmer med hjertestans (Eikeland, Stubberud og Haugland 2016 og Mæland 2006). En stor bekymring for mange er redselen for døden, og at man må forholde seg til å leve livet videre med en kronisk sykdom (Eikeland, Stubberud og Haugland 2016).

I følge Folkehelseinstituttet (2015) var 99 prosent av pasientene under 50 år fortsatt i live 28 dager etter innleggelsen for akutt hjerteinfarkt. For pasientene mellom 50 og 70 år var 97 prosent fremdeles i live, og 84 prosent av de over 70 år. Av de som rammes av hjerteinfarkt for første gang dør omtrent 20 prosent før de kommer til sykehuset.

2.2 Hjerterehabilitering

Den egentlige betydningen av ordet rehabilitering er “å gjenvinne verdighet” (Lie 1996, 16). Ved hjerterehabilitering er bedring av funksjoner og livskvalitet en viktig målsetting. Med dette ønsker man å bedre prognosen, bedre den mentale, kroppslige og sosiale funksjonen til pasientene, samt økt følelse av velvære og tilfredshet. Det er en fordel og ikke fokusere for mye på selve hjertesykdommen, men heller på ressursene og mulighetene til den hjertesyke. Samtidig bør også familien inkluderes, fordi hjertesykdommen ikke bare rammer pasienten selv. Rask tilbakevending til arbeidslivet blir ofte brukt som en indikator på at rehabiliteringen er vellykket, og selv om dette er gunstig for de aller fleste, gjelder ikke dette alle. Noen trenger lengre tid til å være forberedt på arbeidslivet igjen. Noen kan også ha vansker med hensiktsmessige livsstilsendringer, slik som røykeslutt, endring av matvaner eller atferd relatert til stress (Mæland 2006).

I Norge deler vi inn hjerterehabilitering i tre faser. Fase 1 starter allerede på akuttsykehuset eller som en forlengelse av oppholdet ved sykehuset, for eksempel på opptreningsinstitusjoner etter operasjon. 4-8 uker etter et hjerteinfarkt, hjerteoperasjon eller PCI er en typisk start for fase 2. Denne fasen går over mange uker, og er i regi av medisinske og kardiologiske avdelinger, hovedsakelig poliklinisk, eller lærings- og mestringssenter. I denne perioden drar mange pasienter på institusjonsopphold på ulike klinikker eller rehabiliteringsinstitusjoner. Her møter de andre i samme situasjon og lærer blant annet om veien videre etter hjerteinfarkt. Fase 3 foregår som regel i regi av pasientforeninger, og består av oppfølgingsbehandling eller vedlikeholdene behandling (Grimsmo 2009 og Eikeland, Stubberud og Haugland 2016). I dette litteraturstudiet har vi hatt fokus på å undersøke pasientenes erfaringer i fase to av hjerterehabiliteringen.

I følge Eikeland, Stubberud og Haugland (2016) er det vanligst med hjerterehabilitering tilknyttet en institusjon. Dette omfatter blant annet tilbud om opptrening ved sykehus, rehabiliteringsinstitusjoner, ved lærings- og mestringssenteret, eller i kommunal regi ved for eksempel frisklivssentraler, helsehus eller medisinske sentre. Lærings- og mestringssenteret jobber blant annet med å gi informasjon og øke pasientenes kompetanse for å håndtere sykdom og helseforandringer. Kommunale frisklivssentraler tilbyr gruppetilpasset oppfølging og veiledning. Dette omfatter blant annet hjelp til å endre levevaner gjennom samtaler, fysisk aktivitet, kostholdsveiledning og hjelp til røykeslutt.

En viktig motivasjonskilde er muligheten til å være med å bestemme over prosessen (Normann, Sandvin og Thommesen 2008).

2.3 Krisereaksjoner og mestringsstrategier

Det er normalt å få følelsesmessige reaksjoner som angst og depresjon, i etterkant av blant annet hjerteinfarkt og alvorlig sykdom. Noen kan oppleve vedvarende psykiske reaksjoner, mens de aller fleste vil være i stand til å bearbeide det de opplever som vanskelig (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011 og Eikeland, Stubberud og Haugland 2016).

Endringer og påkjenninger som normalt ikke inngår i et livsforløp, slik som sykdom og ulykker, blir betegnet som en traumatisk krise. Disse belastningene er så store at pasienten blir merket av dem, både psykisk, fysisk og sosialt. Pasienten kan oppleve angst, usikkerhet og fortvilelse ved krisesituasjoner, noe som krever at helsepersonell er oppmerksomme og viser forståelse. Hvordan pasienten har håndtert tidligere kriser er medvirkende for evnen til å mestre sykdommen (Eide og Eide 2007).

Mestringsprosessen har ulike faser, primærvurdering, sekundærvurdering og mestringsmetoder. I primærvurderingen tillegges situasjonen mening ut fra kjennetegn ved situasjonen og ut fra indre faktorer hos personen selv. En tar utgangspunkt i sin egen kognitive vurdering eller oppfatning av den aktuelle situasjonen når en forsøker å mestre en konkret situasjon. Den kognitive vurderingen kan resultere i at situasjonen oppfattes som positiv, nøytral eller belastende. En positiv eller en nøytral vurdering betegnes ikke som psykologisk stress. En belastende situasjon oppfattes som et tap, trussel eller som en utfordring (Kristoffersen 2011). Sekundærvurderingen inneholder en vurdering av mulighetene for å kunne håndtere den aktuelle situasjonen. En vil lete etter tidligere erfaringer fra liknende situasjoner og finne ut om en har tilstrekkelig med kunnskap, og de nødvendige ferdighetene (Kristoffersen 2011). I følge Bredland, Linge og Vik (2002) handler mestring om å takle utfordringer basert på pasientens tidligere erfaringer, og man må inneha overskudd til å se på sykdommen som en utfordring.

Lazarus og Folkman (1984, sitert av Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011, 145) skiller mellom problemorientert- og emosjonelt orientert mestring for å mestre situasjoner som oppleves stressende. Problemorientert mestring omfatter ulike typer aktive og direkte strategier. Personen forholder seg aktivt og direkte til det situasjonen eller problemet gjelder. Det innebærer også følelsesmessig bearbeiding av situasjoner som oppleves problematiske fordi de ikke kan endres. Dette kan være situasjoner med sykdom eller tap av nære personer, og i denne sammenhengen, hjerteinfarkt. Problemorientert mestring innebærer også å øke handlingsmulighetene ved å analysere årsaken til infarkt, definere og avgrense problemene dem opplever. Pasienten gjør en vurdering og revurdering av situasjonen de befinner seg i, og søker dermed kunnskap, informasjon, støtte og veiledning. Det er også viktig å vise initiativ til forandring, både for å forandre situasjonen eller for å forhindre et nytt hjerteinfarkt (Kristoffersen 2011).

Emosjonelt orientert mestring omfatter strategier som endrer opplevelsen av en aktuell situasjon i stedet for å endre situasjonen i seg selv. Via emosjonelt orientert mestring får man redusert ubehagelige følelser i en stressende situasjon ved å få tanker og følelser over på noe annet, eller ved å bagatellisere alvoret ved infarkt. Man unngår å søke informasjon, unngår situasjoner, bruker humor og ironi og legger ansvaret over på noen andre (Kristoffersen 2011).

2.4 Informasjon ved endring i livssituasjon

Informasjon til pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt kan være standardisert eller individuelt tilpasset. Standardisert informasjon er “ferdigpakket” undervisning med et bestemt innhold, og gjennomføres etter en bestemt plan. Pedagogisk sett er individualisert undervisning regnet som den beste metoden, da dette er tilpasset til den enkelte pasienten. Individualisert undervisning åpner også opp for toveiskommunikasjon mellom pasient og sykepleier. Dette er svært viktig, da kontakt med en behandler kan oppleves som både støttende og beroligende for pasienten. Et kompromiss mellom disse to er gruppebasert informasjon hvor de ikke følger en oppsatt plan, tilpasser seg deltakernes ønsker og reaksjoner underveis. Kommunikasjon mellom deltakerne er et viktig trinn for gjennomføring av dette (Mæland 2006).

Sykepleier har en informerende funksjon. For å formidle informasjonen til hjerteinfarktpasientene på best mulig måte, kan de ta utgangspunkt i en undervisningsmodell. Dette kan for eksempel være den didaktiske relasjonsmodellen. Den går ut på å kartlegge pasientenes forutsetninger for å ta i mot og lære av informasjonen, og det må gjøres en vurdering før behov eller problemer blir indentifisert. Realistiske mål og tilnæringsmåter blir vurdert og de må ta hensyn til rammefaktorer og tilpasse seg hjerteinfarktpasientens individuelle behov (Tveiten 2008).

3.0 Metode

Den avsluttende bachelor eksamen i sykepleie skal i følge retningslinjene til Høgskolen i Molde (2016) gjøres som et systematisk litteraturstudie. Retningslinjene sier også at vi skal inkludere 12-15 forskningsartikler. I vårt litteraturstudie har vi søkt etter kvalitative forskningsartikler ved hjelp av PICO-skjema, og de utvalgte artiklene har vi kvalitetsvurdert og analysert etter en fremgangsmåte som vi beskriver i de følgende avsnittene.

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

For å kunne avgrense dette litteraturstudiet satte vi oss noen inklusjon- og eksklusjonskriterier. Vi valgte å inkludere både kvinner og menn i vårt studie. Vi valgte heller ikke å avgrense til alder, da vi var ute etter opplevelsene fra voksne pasienter i alle aldersgrupper. Siden vi har en kvalitativ hensikt var vi i utgangspunktet ute etter kvalitativ forskning, da dette har som hensikt å belyse pasienters subjektive erfaringer, opplevelser, holdninger og oppfatninger (Nortvedt et al. 2012). Vi valgte ikke å ekskludere kvantitative artikler, fordi begge metodene sammen kan bidra til å bedre forståelsen av handling og samhandling mellom mennesker og grupper i samfunnet (Dalland 2012). Vi tok derfor utgangspunkt i følgende kriterier:

Inklusjonskriterier:

- Vitenskapelige artikler
- Kvalitative artikler
- Pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt
- Rehabilitering etter hjerteinfarkt/hjerterehabilitering
- Pasienterfaringer
- Artikler som ikke er eldre enn sju år
- Artikler fra publiseringskanaler/tidsskrifter som kan fagfelleverderes
- Kvinner og menn
- Etske hensyn er ivaretatt

Eksklusjonskriterier:

- Sykepleieperspektiv
- Pårørende perspektiv
- Review artikler
- Artikler uten etiske overveielser

3.2 Datainnsamling

Vi startet med å utarbeide et midlertidig PIO-skjema for å kunne gjøre noen prøvesøk for å se etter forskning på temaet. Vi fant fort ut at vi trengte hjelp fra noen med mer erfaring når det kommer til å søke i databaser, og avtalte time med bibliotekar. Hun hjalp oss med å forbedre PIO-skjemaet og kom med gode tips og råd for hvordan utføre gode systematiske søk og hvilke databaser som var relevante å bruke. Vi valgte å avgrense til artikler som var fem år gamle, eller nyere. Dette fordi vi ønsket å undersøke den nyeste forskningen på dette temaet. Underveis i søkeprosessen så vi at det ble vanskelig å finne nok artikler innenfor denne begrensningen, derfor valgte vi å utvide avgrensingen til sju år. Det ble derfor inkludert artikler publisert mellom år 2010-2017.

3.3 PICO-skjema

Å utarbeide et godt PICO skjema gjør at vi får en hensiktsmessig struktur på søkeordene, ved at studiens hensikt deles opp. Dette er viktig for å kunne være så presis som mulig i søkene (Nortvedt et al. 2012). PICO-skjemaet ble utarbeidet med både norske og engelske ord.

I hensikten med studiet vårt var vi ikke ute etter å sammenligne ulike tiltak eller behandlinger. Vi utarbeidet derfor et PIO-skjema. P står for pasient/problem, og er punktet hvor vi skal skrive hvilken type pasient eller pasientgrupper vi ønsker å undersøke noe om. I står for intervensjon, og går ut på hvilke tiltak eller intervensjoner vi ønsker å undersøke. O står for outcome, det er her vi skal ha søkeord som går på utfall vi er interessert i å finne ut noe om, eller eventuelle endepunkter (Nortvedt et al. 2012). Vi var i utgangspunktet ute etter kvalitative forskningsartikler, da vi var ute etter pasientenes erfaringer.

P	I	O
Hjerteinfarkt Hjerteinfarkt pasienter	Hjerterehabilitering Rehabilitering	Erfaring
Heart attack Myocardial infarction Heart attack patient*	Cardiac rehabilitation Rehabilitation	Experienc*

Tabell 1

3.4 Søkeprosessen

Ovid Medline er verdens største database innenfor områder som medisin, odontologi, preklinisk vitenskap, sykepleie m.m. (Nortvedt et al. 2012). Vi valgte derfor å bruke denne databasen for å søke etter relevante artikler, og vi gjorde følgende søk:

28.11.16 brukte vi søkeordene Myocardial infarction OR cardiac rehabilitation AND experiences, avgrenset til 2011-current. Vi fikk da 112 treff, men ikke alle treffene var like relevante for vårt studie. Vi leste 30 abstrakter, tre artikler i fulltekst, og inkluderte studiet til Holder et al. (2014).

01.02.17 gjorde vi et nytt søk i Ovid, hvor vi brukte søkeordene myocardial infarction AND physical activity AND barrier*. Avgrenset til 2011-current og engelsk. Vi fikk 23 treff, leste fire abstracts og inkluderte en artikkel (Rogerson et al. 2012).

CINAHL er en database som dekker områder som sykepleie, ergoterapi, fysioterapi og andre helsefaglige områder (Nortvedt et al. 2012). Her gjorde vi følgende søk:

27.10.16 gjorde vi et søk med søkeordene heart attack AND rehabilitation AND lifestyle. Da fikk vi 23 treff, hvorav vi leste 10 abstrakter og tre artikler i fulltekst, vi valgte å inkludere to (Junehag, Asplund og Svedlund 2013 og Baldacchino 2010).

21.11.16 gjorde vi et søk med søkeordene heart attack AND rehabilitation. Avgrenset til 2011-2016 og linked full text. Fikk 12 treff, leste åtte abstracts, fire artikler og inkluderte en artikkel (White, Bissel og Andersson 2011).

28.11.16 brukte vi søkeordene Myocardial infarction AND rehabilitation AND experience, avgrenset til år 2011-2016. Fikk 19 treff, hvor vi valgte å lese 6 abstrakter og 4 artikler i fulltekst. Vi inkluderte 3 artikler (Simony et al. 2015b, Søderberg et al. 2013 og Andersson, Borglin og Willman 2013).

28.02.17 søkte vi med ordene heart attack AND rehabilitation. Fikk da opp 235 treff. På treff nummer 1, 6 og 96 fant vi artikler vi syntes virket relevante, og valgte å inkludere disse (Lim, Sim og Han 2016, Fredriksson-Larsson et al. 2015 og McKee et al. 2014).

ProQuest er også en database hvor man kan finne vitenskapelige artikler innenfor bl.a. sykepleiefaget (Høgskolen i Molde 2016). I denne databasen gjorde vi følgende søk:

16.11.16 gjorde vi et søk hvor vi brukte søkeordene Myocardial infarction AND rehabilitation AND experience. Vi avgrenset til år 2012-2016, valgte full text og scholarly journals. Da fikk vi 11 treff, hvor vi leste seks abstracts og to artikler i fulltekst. De virket relevant for hensikten til studiet vårt, og vi valgte å inkludere dem (Jackson et al 2010 og Simony et al. 2015a).

3.5 Kvalitetsvurdering

Før vi bestemte oss for å inkludere artiklene vi fant, valgte vi å kontrollere om tidsskriftene de var publisert i kunne fagfelleverdes til nivå 1 eller 2, hvor nivå 2 er best. Dette gjorde vi ved å bruke Norsk Senter for Forskningsdata sitt register over vitenskapelige publiseringskanaler (NSD 2016). Målet med fagfellevurdering er å få kontroll og kvalitetssikring av kvalitet og viktighet av forskningen som blir publisert. Dette gjøres av andre eksperter på metoden eller fagfeltet det gjelder (Nortvedt et al. 2012). Alle artiklene som er inkludert i dette studiet er publisert i tidsskrift/kanaler som er fagfellevurdert til nivå 1 eller 2, dette står beskrevet i oversiktstabellene til artiklene (Vedlegg 1).

Vi valgte å bruke Kunnskapssenterets sjekklister for kritisk vurdering av forskningsartikler. Dette for å kvalitetsvurdere studiene vi har innhentet, for å se om vi kan stole på resultatene i de enkelte studiene. Vi har brukt sjekklisene for kvalitativt forskningsdesign på de kvalitative artiklene, og sjekklisen for kohortstudie på de

kvantitative. Se vedlegg tre for eksempel på dette, hvor vi har lagt ved sjekklisten til studiet til Junehag, Asplund og Svedlund (2013) og Lim, Sim og Han (2016).

3.6 Etiske hensyn

For å kunne gjennomførte etiske overveielser må man tenke gjennom de etiske utfordringene som kan dukke opp under arbeidet, og hvordan dette kan håndteres på best mulig måte. En forutsetning for å kunne inkludere personer i et forskningsprosjekt er ivaretagelse av disse personene, opprette og ivareta et godt forhold til informantene, da de eksponerer seg selv og kommer med opplevelser og erfaringer de har gjennomgått. Ulike forskningsetiske komiteer er opprettet for ivaretagelse av dette, de har et stort fokus på ivaretagelse og beskyttelse av forsøkspersoner/informanter. Helsinkideklarasjonen av 1964 har blant annet et krav til fremgangsmåte og kvalifikasjonene til personalet som deltar på det vitenskapelige prosjektet. Det blir også lagt vekt på at helse og integriteten til forsøkspersonene skal komme først (Dalland 2012).

Forsberg og Wengstrøm (2013) skriver om viktigheten av godkjennelse av etiske komiteer eller at etiske overveielser er gjort. Dette var et punkt som var viktig for oss da vi inkluderte artikler til vårt litteraturstudie. Å ha gjennomgått et hjerteinfarkt kan være ganske traumatisk og man kan få ulike psykiske og fysiske reaksjoner i etterkant. Derfor var det viktig for oss at deltakerne i studiene vi inkluderte var godt ivare tatt og at det etiske aspekter rundt deltakelse i studiet var tatt høyde for.

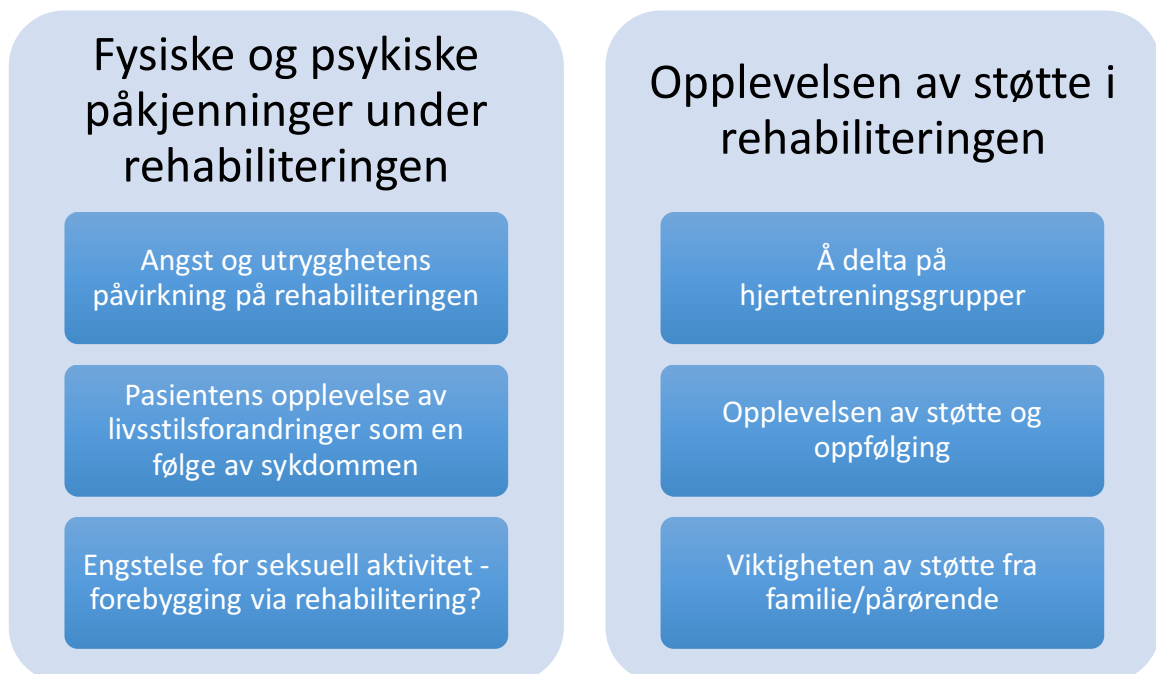
3.7 Analyse

For å kunne analysere og bearbeide datamaterialet som er samlet, må det komprimeres. Dette for å kunne få oversikt slik at de ulike delene kan undersøkes hver for seg, for deretter å syntetisere og kategorisere funnene for å gi en helhet (Retningslinjene til Bacheloroppgaven 2016). Analysen har et krav om å beskrives så detaljert at andre skal ha mulighet til å følge analyseprosessen. Dette står beskrevet i Retningslinjene for Bacheloroppgaven (2016) og det støttes også av Forsberg og Wengstrøm (2013). For å jobbe strukturert i analysearbeidet tok vi utgangspunkt i Evans (2002) fire faser. Fase en går ut på å samle relevant litteratur gjennom databasesøk og andre medier. Fase to går ut

på å finne nøkkelfunn ved å gå gjennom de ulike artiklene flere ganger og samle funnene for seg selv. Fase tre er å identifisere funn på tvers av studiene, grupper og kategorisere dem. Fjerde og siste fase går ut på å sammenfatte funnene.

Vi kom frem til de 13 artiklene vi har inkludert i vårt litteraturstudie med utgangspunkt i hensikten og inklusjonskriteriene vi hadde satt oss. Etter å sammen ha kommet frem til de inkluderte artiklene satt vi oss først ned hver for oss og leste artiklene nøye. Deretter satte vi oss sammen for å diskutere hver artikkel og dro frem hovedfunnene vi mente var relevante til vårt studie.

Vi valgte å lage oss en plakat, hvor vi enkelt fikk oversikt over hvilke av artiklene som kunne knyttes opp imot hvert tema vi hadde funnet gjennom analysearbeidet. Hovedfunnene ble identifisert og vi brukte aktivt oversiktsplakaten for å identifisere funn fra hver artikkel. Vi samlet sammen nøkkelfunn fra hver artikkel i et dokument, slik at vi kunne kartlegge likheter og ulikheter på tvers av studiene. Ut ifra dette vi bestemme hovedtema og undertema.



Tabell 2

4.0 Resultat

Hensikten med vårt studie var å belyse pasienters erfaringer knyttet til rehabilitering etter hjerteinfarkt. Under resultatet vil vi gjøre rede for de ulike funnene vi kom frem til gjennom analysen av datamaterialet vi har samlet.

4.1 Fysiske og psykiske påkjenninger under rehabiliteringen

4.1.1 Angst og utrygghetens påvirkning på rehabiliteringen

I flere av artiklene kommer det frem at hjerteinfarkt hadde vært en traumatisk opplevelse for pasientene. Mange opplevde angst, usikkerhet og frykt for å få et nytt infarkt (Junehag, Asplund og Svelund 2013, Jackson et al. 2010, Simony et al. 2015b, Andersson, Borglin og Willman 2013, Fredriksson-Larsson et al. 2015 og White, Bissel og Andersson 2011). Flere ble engstelige for å trene fordi de var redde for å overbelaste hjertet (Junehag, Asplund og Svedlund 2013, Simony et al. 2015b og Fredriksson-Larsson et al. 2015). I ett studie kommer det frem at alle deltakerne hadde blitt identifisert med moderate depressive symptomer (Rogerson et al. 2012).

En pasient uttalte:

You feel anxious regarding how much you might be capable of enduring. I was nervous concerning the amount of pressure to which I might expose myself (Simony et al. 2015b, 2585)

I studiene til Simony et al. (2015b) og Junehag, Asplund og Svedlund (2013) kommer det frem at pasientene følte usikkerhet i forhold til trening. De følte seg usikre på om hjertet kom til å tåle belastningen noe som igjen førte til angst. Pasientene hadde ingen erfaringer med å tolke signaler fra hjertet. En pasient uttalte: “At the start, I thought that you were not allowed to overwork your system because it might lead to another heart attack” (Simony et al. 2015b, 2585). De ble nølende når det kom til trening fordi de var redde for at hjertet var sårbart og fryktet å legge press på det grunnet frykt for å fremprovosere et nytt hjerteinfarkt. Tanken på dette var skremmende og gjorde de usikre. Aktiviteter som ga pulsøkning og kortpusthet førte også til usikkerhet og engstelse, og de ble redde for at det kunne være tegn på at hjertet var i fare (Simony et al. 2015b).

Flere av pasientene uttrykte et behov for ekstra støtte for å takle vanskelige følelser som usikkerhet og angst, vansker med å akseptere hjerteinfarkt og dets konsekvenser, nedstemthet og skyldfølelse. Depresjon og humørsvingninger påvirket flere av pasientene i tiden etter hjerteinfarkt. Noen fortalte også at deres familiemedlemmer hadde opplevd depresjon i tiden etter hjerteinfarkt (Jackson et al. 2010).

For noen ble hjerteinfarkt en oppvekker hvor de ble oppmerksom på sin egen dødelighet og på at fremtiden ikke var forutsigbar. De som hadde barn fikk en frykt og angst for ikke å kunne være tilstede for barna og se de vokse opp. Frykt for at barna også en gang skulle kunne gjennomgå et hjerteinfarkt gjorde dem engstelige for deres helse (Andersson, Borglin og Willman 2013).

4.1.2 Pasientens opplevelse av livsstilsendringer som en følge av sykdommen

Livsstilsendringer var et stort fokus for flere av pasientene i studiene vi har innhentet. For mange var hjerteinfarkt et vendepunkt i livet, og mange ønsket å gjøre endringer i livsstil for å forbedre livskvaliteten. Et stort ønske for de fleste var å komme tilbake til hverdagslivet slik det var før hjerteinfarkt. (Baldacchino 2010, Junehag, Asplund og Svedlund 2013, Jackson et al. 2010, Simony et al. 2015b, Holder et al. 2014, White, Bissel og Andersson 2011).

Pasientene identifiserte alvorligheten av et hjerteinfarkt og dets mulige fatale konsekvenser. Ut i fra dette planla de å endre livsstil for å forbedre livskvaliteten. De ville endre livsstil som et tiltak for å gjøre opp for sine feil. Dette var uavhengig om det var kvinner eller menn, eller om de hadde høy eller lav utdannelse. De så fremover, satte ting i riktig perspektiv og hadde fokus på seg selv. Samtidig forsøkte de å integrere endringene som var forårsaket av sykdommen, inn i livene deres. Selvinnsikten under den akutte fasen av hjerteinfarkt så ut til å ha påvirket pasientene til å snu om på livet for å styrke dem til å få kontroll over sykdommen og livene. Gjennom rehabilitering lærte de å forbedre kvaliteten av hverdagen (Baldacchino 2010 og Simony et al. 2015b).

Når det kom til livsstilsendringer var endring av kosthold et stort fokus for flere pasienter. Da spesielt i form av å kutte ting ut av kostholdet, spise mer som frukt og grønnsaker, og mindre mat som inneholdt mye fett, salt og sukker (White, Bissel og Andersson 2011). De fleste i studiet til White, Bissel og Andersson (2011) hadde opprettholdt endringene de hadde gjort i den tidlige fasen av rehabiliteringen etter hjerteinfarkt, men andre hadde lagt mindre vekt på dette. Noen pasienter hadde hatt problemer med å opprettholde endringer, i hovedsak i sammenheng med vekttap. En deltaker som tidligere hadde røyket, så mer sammenheng mellom røyking som årsak til hjerteinfarkt, og ikke overvekten som en medvirkende faktor. Mangel på motiverende støtte ble også fremhevet av de som opplevde vanskeligheter med å endre og opprettholde livsstilsendringer (Jackson et al. 2010).

De fleste av pasientene hadde et ønske om å komme tilbake til dagliglivet slik det hadde vært før hjerteinfarkt, og de fleste hadde innsett at de måtte gjøre noen endringer. Noen av de som ikke hadde hatt en mentor tilgjengelig hadde fortsatt å røyke eller startet å røyke igjen. De som ønsket å være "sin egen herre" var fornøyde med livene sine uten å måtte gi slipp på noe, som for eksempel fet mat eller røyk. Noen hadde startet med treninger etter utskrivelse fra sykehuset, men de hadde sluttet fordi de så på det som kjedelig. De av pasientene som spiste sunt, men som var overvektige hadde ikke oppnådd suksess når de prøvde å endre vanene sine. Selv om de alle visste om behovet for å endre livsstil trodde de at endringene ville ha negativ innvirkning på livene deres. Dermed mente de også at det ville være vanskeligere å opprettholde endringene (Junehag, Asplund og Svedlund 2013).

Pasientene i studiet til Junehag, Asplund og Svedlund (2013) som hadde hatt en støttende mentor, fortalte at de hadde opplevd at endrede vaner var positivt og verdifullt. De følte at de ikke skulle tillate at deres livsstil skulle ha negativ effekt på helsen. De hadde gjort flere endringer i livene sine, og blant annet hadde alle de som hadde en mentor tilgjengelig og som tidligere hadde røyket, sluttet. Dette gjaldt også en pasient som hadde røyket i over 50 år.

4.1.3 Engstelse for seksuell aktivitet – forebygging via rehabilitering?

Engstelse og utrygghet rundt seksualitet etter hjerteinfarkt preget mange av pasientene. Dette gjaldt både kvinner og menn (Søderberg et al. 2013 og Andersson, Borglin og Willman 2013). Hjerterehabilitering kan ha potensiell gunstig effekt på å gjenoppta seksuell aktivitet etter et hjerteinfarkt. Flere av de som hadde fullført hjerterehabilitering hadde gjenopptatt seksuell aktivitet eller viste økt seksuell aktivitet (Søderberg et al. 2013 og Lim, Sim og Han 2016).

Engstelse for å gjenoppta seksualitet var et overordnet tema. Partneren, støtte og hjertesykdommens innvirkning på seksuallivet og forhold/relasjoner var også viktig. Flere kvinner som hadde gjennomgått hjerteinfarkt forklarte at det kunne være vanskelig å uttrykke forventningene til partneren, kroppskontakt ble feiltolket, noe som førte til disharmoni. Fysisk anstrengelse var en kilde til angst, og for mange ble også seksuell aktivitet vanskelig. Flere beskrev følelsen av verdiløshet fordi de fryktet at de var ute av stand til å utføre seksuell aktivitet. De opplevde intimitet som vanskelig fordi fysisk kontakt ble en påminnelse av at sexlivet ikke fungerte tilfredsstillende (Søderberg et al. 2013 og Andersson, Borglin og Willman 2013).

Flere kvinner fortalte at de var forsiktige under samleie på grunn av årvåkenhet for kroppslige signaler og symptomer. Noen opplevde smerter, problemer med å puste eller hjertebank. Dette reduserte nytelsen og hyppigheten av sex. Men det var også de som fortalte at de ikke opplevde angst eller utrygghet i forbindelse med seksuell og fysisk aktivitet, og de beskrev seksuallivet som uendret (Andersson, Borglin og Willman 2013 og Søderberg et al. 2013).

Deltakerne i studiet til Søderberg et al. (2013) rapporterte at de ikke hadde fått noen verbal informasjon eller veiledning om seksualitet fra helsepersonell under sykehusoppholdet. De hadde derimot fått skriftlig informasjon som inkluderte en kort beskrivelse om trygghet rundt sex. Noen hadde også et ønske om at partnerne skulle motta informasjon om seksualitet etter hjerteinfarkt, da de følte det var vanskelig å forklare om konsekvensene de opplevde etter hjerteinfarkt, slik som tretthet.

I studiet til Søderberg et al. (2013) hadde 70% av de som hadde gjenopptatt seksuell aktivitet gjennomført hjerterehabilitering. Av de som ikke hadde gjenopptatt seksuell aktivitet hadde kun 39% gjennomført hjerterehabilitering. I studiet til Lim, Sim og Han (2016) viste 25 av deltakerne økt seksuell aktivitet, mens 47 av personene fremdeles hadde redusert seksuell aktivitet etter å ha deltatt på hjerterehabilitering. Den seksuelle aktiviteten ble påvirket av alder, impotens, andre kroniske helseproblemer, bivirkninger av medikamenter og psykologiske faktorer.

4.2 Opplevelse av støtte i rehabiliteringen

4.2.1 Å delta på hjerterehabiliteringsgrupper

Felles for de fleste av pasientene i artiklene er at de har deltatt på rehabilitering på ulikt vis. Rehabiliteringen opplevdes av de fleste som støttende og veiledende, og de fikk hjelp til å overvinne den krevende usikkerheten de satt igjen med etter hjerteinfarkt. De fikk også veiledning til å forstå hjertesykdommen og hvordan de skulle takle den. Dette gjorde de i stand til å leve en mer tilfredsstillende hverdag med fysisk aktivitet og bedre bevissthet om sine egne behov. (Simony et al. 2015a, Baldacchino 2010, Junehag et al. 2013, Rogerson et al. 2012, Simony et al. 2015b, Holder et al. 2014, Søderberg et al. 2013, Lim, Sim og Han 2016, Andersson, Borglin og Willman 2013 og White, Bissel og Andersson 2011).

De fleste som hadde deltatt på rehabilitering hadde opplevd det som positivt, på grunn av at de fikk møte andre i samme situasjon. De kunne dele erfaringer og de fikk se at de ikke var alene om å være i situasjonen de nå befant seg i. En motivasjonsfaktor var å få se andre som litt etter litt hadde greid å trene seg opp igjen, som fikk de til å tenke at de også kunne greie det. Pasientene inspirerte hverandre på en måte som hadde hjulpet dem til å ta avgjørelser om hvordan de skulle fortsette med livene sine. De fleste følte seg sterkere når de delte utfordringene med å trene til tross for usikkerheten om hva som ville skje med hjertet (Rogerson et al. 2012, Simony et al. 2015a og Simony et al. 2015b).

Gjennom rehabiliteringen hadde flere deltakere utviklet en ny tillit til at hjertet deres kunne tåle fysiske anstrengelse. En pasient hadde uttalt:

If I had not participated in the training sessions, I would not have dared to run and all that for fear that it would happen again. Then, I would not have dared to do anything. But I bicycle everyday, and I can also run down to the beach and things like that. Now I dare do it all. Participating in the training has been WONDERFUL (Simony et al. 2015b, 2585).

Pasientene utviklet trygghet under treningene, og de følte en generell lettelse over at de kan gjøre mer enn hva de først trodde da de startet på rehabiliteringen. Dette førte også til at de fikk en økt tillit til hjertet noe som gjorde det mulig å prioritere konkrete aktiviteter i hverdagen. Gjennom å delta på rehabiliteringen hadde de også lært hvordan de kan forbedre kvaliteten på hverdagen gjennom å være aktive. Det hadde også motivert dem til å fortsette med en aktiv livsstil (Simony et al. 2015b).

Noen hadde derimot opplevd rehabiliterings aktivitetene som stressende og krevende, spesielt i kombinasjon med familieliv, arbeidsforpliktelser og de fysiske og psykiske påkjenningene hjerteinfarkt hadde gitt dem. De opplevde vansker med å følge de oppsatte programmene. Dette fordi noen av konsultasjonene de skulle ha sammen med legen på teamet, ble satt opp samtidig som andre aktiviteter (Simony et al. 2015a). Andre hadde også opplevd rehabiliteringen som en standardpakke, som ikke var koordinert for tid og sted, og de følte et stort press til å delta flere ganger i uken i arbeidstiden. De oppfattet også aktivitetene foreslått av helsepersonell som mindre obligatoriske, ukoordinerte krav som motsetning til et ordentlig tilbud av tjenester. Denne gruppen følte også at gruppetreningene var mer rettet mot eldre mennesker, og ikke tilpasset en yngre pasientgruppe (Andersson, Borglin og Willman 2013). I artikkelen til Fredriksson-Larsson et al. (2015) ble det lagt vekt på skreddersydd rehabilitering til den enkelte, hvor mestring av stress og bearbeiding av kortpusthet og åndenød var viktig.

Noen av de som hadde valgt å ikke delta på hjerterehabilitering, eller i hjertesykdomsgrupper hadde opplevd rehabiliteringen som utfordrende. Selv om flere hadde hatt en suksessfull progresjon, og at rehabiliteringen hadde vært overkommelig, hadde de møtt utfordringer og strevd med å få det til på egenhånd (Jackson et al. 2010). Funn fra artikkelen til Jackson et al. (2010) indikerer også en sammenheng mellom rehabiliterings vansker og ikke-deltakelse på hjerterehabilitering. En deltaker hadde takket nei til å delta på både hjerterehabilitering og hjertesykdomsgruppe. Hun mente ressursene ikke var personlig nødvendig for henne, fordi hun var av den oppfatningen at tilstanden

ikke var alvorlig. Hun hadde i etterkant tenkt at det hadde vært enklere å gjennomføre rehabiliteringen dersom hun hadde deltatt, samt fått hjelp til å slutte å røyke.

Noen kunne ikke delta på trening på grunn av medisiner som reduserte hjertefrekvensen (Junehag, Asplund og Svedlund (2013)). Hjerteinfarkt ble også sett på som en barriere, fordi pasientene følte seg begrenset og ikke lenger hadde den samme utholdenheten som tidligere. Noen beskrev finansielle begrensninger, da aktivitetene de ønsket å gjøre kostet for mye (Rogerson et al. 2012). Studiet til Jackson et al. (2010) kom frem til at noen pasienter ikke så på det som et behov å delta på rehabilitering, da de mente de ikke ville ha noen personlig fordel av det. De fleste hadde blitt invitert til hjerterehabilitering eller hjertesykdom grupper men hadde takket nei. Årsaken til dette var at de mente de kunne rehabiliteres på egenhånd uten disse ressursene.

Noen trodde at alderen eller tilleggslidelsene deres ville begrense kapasiteten til å gjenopprette bedre helse, og at rehabilitering eller hjertesykdomsgrupper ville utgjøre liten eller ingen forskjell for dem. Noen hadde mottatt "Hjerte manualen", som var en hjemmebasert ressurs til rehabilitering. Denne bidro til økt selvtillit i rehabiliteringen (Jackson et al. 2010). Pasientene i studiet til McKee et al. (2014) nevnte flere årsaker til at de ikke ønsket å delta på rehabilitering. Eksempler på dette var at de ikke anså programmene som hjelpende for dem. Noen hadde problemer med transport, tidsproblemer eller i kombinasjon med jobb. Andre årsaker gikk på fysiske vanskeligheter, mangel på interesse, at de var for gamle eller at programmet ble sett på som for vanskelig.

Noen hadde hatt sterke ønsker om å delta på rehabilitering, og mente de ville hatt stor nytte av disse ressursene. Men på grunn av en eller flere barrierer hadde de blitt forhindret. Den primære barrieren var at de ikke hadde fått invitasjon, at hjerterehabiliterings grupper ikke var tilgjengelige, lang reisevei, uferhet eller at de ikke kunne på grunn av arbeid. Disse personene uttrykte frustrasjon på mangelen av rehabiliteringsstøtte, også inkludert de som hadde mottatt "Hjerte manualen" (Jackson et al. 2010). For noen var tungpusthet, åndenød og svake muskler et problem. Mange hadde etter hjerteinfarkt fått overfølsomhet for kulde eller varme, og dermed forhindret temperaturen de fra å gjøre aktiviteter utendørs, som de hadde gjort tidligere (Junehag, Asplund og Svedlund (2013)). Noen ble påvirket av værforholdene; kaldt, vått vær og redusert dagslys på vinteren gjorde at flere mistet motivasjonen til å trene (Rogerson et al. 2012).

4.2.2 Opplevelsen av støtte og oppfølging

Støtten gitt av rehabiliteringsteamet og/eller mentorer var viktig for de fleste av deltakerne. Personalet hadde en evne til å øke selvtilliten, gi veiledning og oppmuntring (Simony et al. 2015a, Junehag, Asplund og Svedlund 2013, Rogerson et al. 2012, Simony et al. 2015b, White, Bissel og Andersson 2011).

Pasientenes helse og progresjon ble overvåket av helsepersonell gjennom rehabiliteringen, noe som ble rapportert som viktige faktorer for at de kunne fortsette å trene (Simony et al. 2015a og Rogerson et al. 2012). De satte pris på konsultasjonene sammen med sykepleier, fordi sykepleieren veiledet dem til å håndtere usikkerheten rundt livet med et sykt hjerte. De opplevde at de kunne snakke med sykepleieren om alt, og de kunne diskutere konkrete problemer. Støtten de hadde fått under rehabiliteringen ble opplevd som omsorgsfull og støttende, og det hjalp dem til å gå videre. Det ble opplevd som ikke bare en fysisk støtte, men også som et hjelpemiddel til å redusere eksistensiell angst utløst av hjerteinfarkt (Simony et al. 2015a og Simony et al. 2015b).

En pasient uttalte:

You get this great feeling because they keep an eye on you. They keep a close check on your breathing and whether you can endure the strain when running. They were really in control of it. And they told you to slow down if it was necessary (Simony et al. 2015a, 7).

Noen hadde fått oppfølgingsstøtte, men de følte at denne ble gitt for sent, var for kort, eller at viktige behov som mentale, emosjonelle eller “kognitive” problemer ikke ble identifisert (Jackson et al. 2010). Pasientene i studiet til Andersson, Borglin og Willman (2013) rapporterte at ingen i rehabiliteringsteamet hadde spurt hva de som enkeltpersoner faktisk trengte og hva som var viktigst for dem på det aktuelle tidspunktet. De hadde uttrykt ønske om individuell rådgivning og støtte fra fysioterapeut. Noen uttalte også at en personlig trener hadde vært å foretrekke fremfor fysioterapeuten i rehabiliteringsteamet.

4.2.3 Viktigheten av støtte fra familie/pårørende

Familien blir sett på som en styrkende ressurs og som et håp for fremtiden (Baldacchino 2010, Rogerson et al. 2012, Holder et al. 2014 og Fredriksson-Larsson et al. 2015).

Flere pasienter nevner følelsen av motstand når de snakker om støtte fra pårørende. De ønsker ikke å legge belastningen og ansvaret over på sine kjære, samtidig som de fleste forstod nytten av å ha denne støtten. Noen mente at viktigheten av sin rolle i familien ble en motivasjon til å gjennomføre rehabilitering (Holder et al. 2014).

I studiet til Simony et al. (2015a) ble det ytret ønske om mer informasjon til pårørende og slektninger, slik at de kunne fått mer forståelse for situasjonen. Noen deltakere viste også mer hensyn overfor sine kjære etter å ha opplevd hjerteinfarkt. De ville være mindre til bry for familiemedlemmene, sette pris på støtten de fikk fra familien og prioritere familierelaterte mål (Holder et al. 2014). Det ble også rapportert om lite eller ingen informasjon og veiledning fra helsepersonell når det kom til seksualitet i tiden etter hjerteinfarkt. Noen hadde mottatt skriftlig informasjon, men flere av pasientene hadde ønsket seg mer informasjon gitt av helsepersonell. De etterspurte også informasjon til pårørende (Søderberg et al. 2013).

5.0 Diskusjon

Hensikten med dette litteraturstudiet var å belyse pasienters erfaringer knyttet til rehabilitering etter hjerteinfarkt. I følge retningslinjene til Høgskolen i Molde (2016), skal diskusjonen deles inn i en metodediskusjon og en resultatdiskusjon. I metodediskusjonen skal vi kritisk vurdere og drøfte de ulike delene av metoden, mens i resultatdiskusjonen skal studiens hensikt diskuteres opp i mot studiens resultat, bakgrunnsteori og eventuell ny relevant teori, samt konsekvenser for klinisk praksis.

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Datainnsamling

Da vi startet med vårt litteraturstudie hadde vi i utgangspunktet tenkt å belyse sykepleierens rolle i rehabiliteringsfasen etter hjerteinfarkt, sett fra pasientens perspektiv. Etter tilbakemeldinger på seminar 1 ble vi enige om å endre på hensikten, da det var vanskelig å vinkle oppgaven på denne måten ut i fra funn vi hadde fra databasesøkene. På grunnlag av bacheloroppgaver som var skrevet tidligere ønsker vi å utforske pasienters erfaringer av rehabiliteringen etter hjerteinfarkt. Vi ser på dette som en styrke i vårt studie, fordi erfaringene pasientene gjør seg kan brukes av sykepleiere og helsepersonell til å bedre opplevelsen til denne pasientgruppen.

Vi utførte flere prøvesøk før vi fikk utarbeidet et godt PI(C)O skjema. Dette ble som tidligere nevnt under kapitlet om datainnsamling, utarbeidet sammen med bibliotekar. Det var lenge siden vi hadde søkt etter forskningsartikler, noe som førte til at dette ble en krevende prosess, og vi har gjort mange søk før vi kom i mål med alle artiklene. I februar 2017 gjorde vi et nytt søk med andre søkeord enn i PIO skjemaet. Dette gjorde vi på bakgrunn av funnene i de andre artiklene, for å se om vi fikk mer relevant forskning. Vi valgte da å inkludere studiet til Rogerson et al. 2012. Dette kan være en svakhet ved studiet vårt, fordi vi har gått utenfor hensikten for å finne søkeord, noe som kan ha påvirket resultatet.

Vi har brukt databasene Ovid Medline, CINAHL og ProQuest. Vi gjorde også noen søk i SweMED, men det var i Ovid, CINAHL og ProQuest vi fikk flest treff som var relevante

for vårt studie. Dette er databaser vi føler oss trygge på. Disse databasene dekker blant annet sykepleie, medisin og helse, og vi ser på dette som en styrke i vårt studie (Nortvedt et al. 2012). Vi endte til slutt opp med å inkluderte 13 artikler (Vedlegg 1). Vi lagret og skrev ned søkehistorikken etter hvert som vi utførte søkene, noe som gjorde det enkelt for oss å gå tilbake til de ulike søkene. Vi har valgt å ikke beskrive alle søkene vi ikke har hatt treff på, på bakgrunn av tilbakemeldinger fra eksaminator på seminar 1. Dette kan være en svakhet fordi det ikke kommer frem av søkehistorikken at alle nøkkelordene i PIO er brukt i de ulike databasene.

Ti av artiklene i vårt studie kommer fra Europa. Det er tre fra Danmark, tre fra Sverige, en fra Irland, en Malta og to fra Storbritannia. Dette kan sees på som en styrke i vårt studie siden vi hadde som mål å holde oss innenfor Europa. Det viste seg at dette kunne bli vanskelig å finne nok artikler innenfor vår hensikt, og vi valgte derfor å inkludere artikler utenfor Europa. Vi har en artikkel fra USA, en fra Australia og en fra Korea. Dette kan sees på som en svakhet i vårt studie, fordi kulturforskjellene og organisering av helsevesenet kan være forskjellige sammenlignet med Norge. Dette kan også ha påvirket resultatet.

10 av våre artikler er av kvalitativt forskningsdesign, og tre er av kvantitativt design. Å samle data ved hjelp av kvalitativ metode skjer som regel gjennom intervju eller observasjon (Nortvedt et al. 2012). Siden vi har en kvalitativ hensikt, kan det være en svakhet at vi har inkludert tre kvantitative artikler. De kvantitative artiklene vi har inkludert er basert på spørreskjema, og vi mener at pasientenes opplevelser og erfaringer kommer frem gjennom disse. Vi har allikevel valgt å inkludere disse funnene i kvantitative artiklene samsvarer med funnene fra de kvalitative.

Ved starten av den systematiske søkingen etter relevant forskningslitteratur, hadde vi satt som et inklusjonskriterie at artiklene ikke skulle være mer enn fem år gamle. Vi så fort at dette kunne bli vanskelig, så vi valgte å utvide inklusjonskriteriene til 2010-2017. Forskning er ferskvare, og det som var nytt en dag trenger ikke å være gjeldende neste dag, noe som kan være en svakhet ved vårt studie. Dog viser det seg at funnene i de artiklene fra nyere dato er sammenlignbare med artiklene som er eldre. Vi har derfor valgt å inkludere dem da vi så på dem som relevante for hensikten til vårt studie.

Selv om hensikten ved vårt studie var å belyse erfaringer ved rehabilitering, har vi valgt å inkludere to artikler som omhandler seksualitet etter hjerteinfarkt. Dette er studiene til Søderberg et al. (2013) og Lim, Sim og Han (2016). Selv om vi i utgangspunktet ikke hadde tenkt å inkludere artikler om dette temaet, så oppdaget vi gjennom søkene vi utførte at det dukket opp flere artikler om seksualitet. Vi valgte derfor å se nærmere på noen av artiklene rundt dette temaet og vi så at det var relevant i forhold til hensikten vår. Dette kan være en svakhet da det ikke går direkte inn på opplevelsen av rehabilitering etter hjerteinfarkt. I følge Eikeland, Stubberud og Haugland (2016) kan mange oppleve seksuell dysfunksjon i rehabiliteringsfasen etter hjerteinfarkt. Det kan være på grunn av bekymringer for et nytt hjerteinfarkt under seksuell aktivitet, samt depresjon og angst. De skriver også at helsepersonell kan hjelpe pasientene med informasjon og behandling for dette. På bakgrunn av dette og våre funn, mente vi derfor det var relevant å inkludere artiklene om seksualitet etter hjerteinfarkt.

En artikkel som gikk på kostholdsendringer ved hjerterehabilitering ble også inkludert, fordi kostholdsendringer ofte er en stor del av endringene som må gjøres etter et gjennomgått hjerteinfarkt. I følge Eikeland, Stubberud og Haugland (2016) omfatter endringene pasienter må gjøre etter hjerteinfarkt, blant annet kostholdsendringer, røykeslutt, vektkontroll og fysisk aktivitet. Dette var temaer pasientene i studiet til White, Bissel og Andersson (2011) hadde fokus på. Det kan være en svakhet at studiet ikke går direkte på selve opplevelsen av hjerterehabiliteringen, men siden rehabilitering er mer enn bare trening, mente vi det var relevant å inkludere i vårt studie.

Vi har valgt å bruke en bok fra 2006 som en del av teoribakgrunn. Det kan være en svakhet at vi ikke har inkludert nyere teori. Boka til Mæland (2006) er ikke utgitt i nyere utgave, og siden den handler om temaet hjerterehabilitering valgte vi å inkludere den. Vi fant heller ikke andre bøker som gikk direkte på dette temaet, men har brukt andre teoribøker og blant annet folkehelseinstituttet for å sikre oss at informasjonen fremdeles er gjeldende.

5.1.2 Kvalitetsvurdering/Etiske hensyn

Vi har brukt mye tid på Kunnskapssenterets sjekklister, og de har vært et godt hjelpemiddel for å se om artiklene kunne inkluderes eller ikke. Dette kan være en stryke i vår studie, men en svakhet kan også være at det er lenge siden vi har brukt disse sjekklistene. Vi har heller ikke så mye erfaring med verken å kvalitetsvurdere artikler eller bruke sjekklistene.

I følge Nortvedt et al. (2012) blir IMRAD prinsippet brukt som oppbygging av forskningsartikler. Dette betyr at artikkelen skal inneholde en introduksjon, en metode, et resultat og en diskusjon. Innledningsvis har også de aller fleste artikler et sammendrag. Alle artiklene vi har inkludert er oppbygd etter dette prinsippet. Dette ser vi på som en styrke ved vårt studie.

En svakhet ved vårt studie er at ikke alle artiklene er fremstilt for en etisk komité. Bare fire studier har en fysisk etisk komité å referere til. Seks av studiene har fulgt retningslinjene til Helsinkideklarasjonen, tre er godkjent av datatilsynsutvalgskomité, fire artikler er godkjent av et review board og to er godkjent av sykehusets ledere. Vi har likevel valgt å inkludere alle artiklene på grunnlag av at forfatterne har tatt etiske overveielser og at dette er beskrevet i artiklene. I en artikkel kommer det ikke frem om den er etisk godkjent, men på grunnlag av at forfatterne har tatt hensyn til deltakerne i forhold til personvern og anonymisering samt at deltakerne måtte gi informert samtykke, valgte vi å inkludere den. Etiske overveielser og godkjennelser er grunnleggende for å kunne gjøre forsvarlig og god forskning. Dette mener vi styrker studiet vårt.

5.1.3 Analyse

For å gjennomføre analysearbeidet tok vi utgangspunkt i Evans (2002) fire faser. Ved å bruke den har vi kunnet jobbe strukturert. Den gav oss en konkret fremgangsmåte å innhente funn og kategorisere disse fra artiklene, noe vi anser som en styrke. At vi ikke brukte andre analysemetoder i tillegg kan være en svakhet. Andre metoder kunne vært like bra, eventuelt bedre.

En styrke er at vi gikk igjennom alle artiklene hver for oss i starten. Dette gjorde at vi plukket ut funn som vi personlig mente var relevante, og uten påvirkning av den andre. Etterpå satte vi oss ned sammen og diskuterte funnene våre, og ble enige om hva vi mente var viktige å ta med videre inn i resultatdelen. Dette gjorde det mindre sannsynlig at vi overså viktige og relevante funn i de ulike artiklene.

Alle studiene vi har inkludert er skrevet på engelsk. Dette gjorde at vi ble nødt til å oversette dem til norsk for å forstå helheten i dem. Til dette brukte vi et oversettelsesprogram. Dette kan være en svakhet fordi vi kan ha feiltolket eller mistet noe av betydningen i artiklene. På den andre siden kan det være en styrke at vi brukte både oversettelsene og de engelske utgavene av artiklene i analysearbeidet, for å sikre at vi hadde riktig oppfatning av hva som ble skrevet.

For å gjøre analysearbeidet oversiktlig, lagde vi oss en oversiktsplakat. Der skrev vi ned ulike tema vi så gikk igjen i flere artikler, og hver artikkel fikk en kolonne for hvert tema. Dette gjorde at vi enkelt kunne se hvilke artikler som inneholdt funn under de ulike kategoriene da vi skulle skrive resultatdelen i studiet vårt. Dette anser vi som en styrke.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Mestring av usikkerhet og fysiske påkjenninger

I vårt litteraturstudie kom det frem at flere av pasientene hadde opplevd hjerteinfarkt som traumatisk. Opplevelsene av den akutte fasen kan sitte godt i minnet, hvor smertene og redselen for å dø kan ha innvirkning på tiden etterpå. Klemmende brystmerter som oppstår i forbindelse med tilstopping av en koronararterie, oppleves mer intenst og vedvarende enn ved for eksempel Angina Pectoris (Jacobsen et al. 2009). Redselen for døden er den umiddelbare følelsen som oppstår, og at man må forholde seg til å leve videre med en kronisk sykdomstilstand er en stor bekymring (Eikeland, Stubberud og Haugland 2016). Slik vi ser det, ut ifra erfaring fra praksis med pasienter i den akutte fasen, er det ikke overraskende at våre funn viser at mange var preget i etterkant av hjerteinfarkt. Dette støttes også av Eikeland, Stubberud og Haugland (2016). De skriver at erfaringene pasientene har fått gjennom sykdomsforløpet kan ha innvirkning på rehabiliteringen i etterkant, samt evnen til å gjenoppta hverdagslivet. Våre funn viser også at mange var preget av angst og usikkerhet. De fryktet et nytt infarkt, og mange var engstelige og usikre når det kom til trening. De var usikre på om hjertet tålte belastningen, og i tillegg til at de var engstelige fordi de ikke var kjent med å tolke signaler fra hjertet. I følge Reitan (2006) må pasienten lære seg å leve med konsekvensene etter sykdommen og behandlingen, og han skal lære seg å tolke signalene fra kroppen. Til dette kreves det ofte ny mestring og læring. Pasientenes evne til mestring og problemløsning kan ofte være truet i tidlig fase av sykdommen, og bearbeiding av tap og endringer av livssituasjonen tar tid.

Når et så sentralt organ som hjertet blir truet, jo sterkere kan opplevelsen av stress bli (Kristoffersen 2011). Dette viser også noen av våre funn. For noen var rehabiliteringen stressende og krevende, og de følte press på å måtte delta på treninger. I følge Reitan (2006) er det individuelt hva som kan oppleves som stressende. Hvordan en person tolker og vurderer situasjonen er avgjørende for opplevelsen av og reaksjonen på ulike stressreaksjoner. Våre funn viser at pasientene opplevde usikkerhet og engstelse under aktiviteter som ga pulsøkning og kortpusthet. Dette fordi de var redde for at det kunne være tegn på at hjertet kunne være i fare. I følge Eide og Eide (2007) innebærer mestring å forholde seg til situasjonen og egne reaksjoner. Å forsøke å få kontroll på følelsene, få økt forståelse av situasjonen samt få oversikt over hva som kan gjøres for at sykdommen skal bli minst mulig belastende. Bredland, Linge og Vik (2002) skriver at mestring omhandler

personens erfaringer med å takle utfordringer, og håndtering av problemer og kriser. Etter å ha lest artiklene vi har inkludert, har vi fått mer forståelse for reaksjonene pasientene opplever etter hjerteinfarkt. Vi har også lært at pasientens utgangspunkt før infarkt, kan ha stor betydning for rehabiliteringen og tiden etterpå. I følge Bredland, Linge og Vik (2002) er det viktig å ha overskudd til å se på sykdommen som en utfordring, og det er en fordel å inneha evnen til å takle situasjonen.

For mange var det ikke bare fysisk aktivitet og trening som opplevdes vanskelig. Våre funn viser at mange opplevde seksuell aktivitet som vanskelig, og flere beskrev en følelse av verdiløshet. De fryktet at de skulle være ute av stand til å utføre seksuell aktivitet. I følge Mæland (2006) får noen symptomer som brystmerter eller hjertebank under seksuell aktivitet. Disse oppleves som ubehagelig eller skremmende. Usikkerheten om en mulig fare er et følsomt barometer for både de fysiske og psykiske følgene av sykdommen. Den seksuelle lysten kan være svekket i en periode, men for de fleste er dette forbigående. Dette kommer også frem i funnene i litteraturstudiet vårt. Noen hadde opplevd smerter, problemer med å puste og hjertebank, noe som førte til redusert nytelse og angstfølelse. Dorothea Orem beskriver egenomsorg som aktiviteter en person gjør på vegne av seg selv, for blant annet å fremme velvære (Cavanagh 1999). Våre funn viser at seksuell aktivitet var en viktig del av pasientenes liv. Dette temaet kan være vanskelig å snakke om, og vi mener derfor det er en viktig del av rehabiliteringen. Et at våre funn indikerer at det kan være en sammenheng mellom deltakelse på hjertetreningssgrupper og gjenopptakelse av seksuell aktivitet.

5.2.2 Delte erfaringer ved å delta på hjerterehabilitering

Normann, Sandvin og Thommesen (2008) sier rehabilitering ikke bare handler om bedring av funksjoner, men også vedlikehold av funksjoner eller forebygging av funksjonstap. Våre funn viser at pasienter som deltok på hjertetreningssgrupper eller hjertesykdomsgrupper hadde stort utbytte av dette. Å se at andre mestrer noe en selv ikke tror man kan oppnå etter hjerteinfarkt, bidro til motivasjon og gav en positiv opplevelse. Å møte andre som har opplevd tilsvarende situasjon viser seg å ha svært god effekt, og er ofte mer hensiktsmessig enn veiledning fra helsepersonell (Kristoffersen 2011). Funnene våre viser at mange lærte at de kunne forbedre livskvaliteten gjennom trening. De utviklet også trygghet og økt tillit til hjertet. I følge Mæland (2006) kan samvær med andre bedre

læringseffekten, og pasientene får anledning til å bearbeide følelser og reaksjoner via gruppesamvær. Informasjon og samtaler bør inngå som et fast innslag i organiserte treningsgrupper. I disse gruppene kan det være lettere å dele erfaringer og gi støtte til hverandre, og det faller ofte naturlig i en slik setting. Selvhjelp kan fremmes via tilrettelagt undervisning, og det kan bidra til økt perspektiv for rehabiliteringen.

Selv om funnene våre viser at mange hadde stort utbytte av å delta på organisert rehabilitering, var det noen som valgte å ikke delta. Noen mente de ikke ville ha noe utbytte av det, noen så på det som en standardpakke, og ikke tilpasset deres individuelle behov. I følge Bredland, Linge og Vik (2002) er det vanlig at motivasjon til rehabilitering ikke er tilstede. Årsakene til dette kan være dårlig kartleggingsarbeid i kombinasjon med manglende forståelse av pasientens behov. Våre funn viser at de som ikke hadde deltatt på hjerterehabilitering hadde opplevd utfordringer, og strevde med å rehabiliteres på egenhånd. Et annet funn indikerer også sammenheng mellom rehabiliteringsvansker og ikke-deltakelse på hjerterehabilitering. Normann, Sandvin og Thommesen (2008) skriver at mulighetene til å være med på å bestemme og ta styring over situasjonen og rehabiliteringsprosessen, er en motiverende faktor. Dersom en opplever at andre tar styringen, er det lett å miste motivasjonen. I følge Mæland (2006) kan et hjemmetreningsprogram være et godt alternativ, men det innebærer at pasientene må være godt instruert i treningsprogrammet på forhånd. Noen av pasientene i våre inkluderte artikler hadde mottatt en hjemmebasert ressurs til rehabilitering på egenhånd. Denne bidro til økt selvtillit.

I følge Normann, Sandvin og Thommesen (2008) er rehabilitering en prosess for omstilling eller utvikling. Funn i vårt studie viser at det var vanskelig for mange å skulle endre kosthold og livsstil, samt opprettholde dette. Mange var opptatt av å kutte ned på fete og usunne matvarer, samt ha fokus på å spise mer frukt og grønnsaker. Kristoffersen (2011) sier det er viktig at all forandring av vaner integreres i pasientens livsstil. Dette innebærer at kunnskap og støtte skal transformeres til meningsfulle og brukbare vaner. Med dette menes at undervisning og veiledning fra helsepersonell blir omformet til handlinger som pasienten selv må ta ansvar for å tilpasse sin egen hverdag. Våre funn viser også at pasientene ønsker å gjøre livsstilsendringer som innebærer røykeslutt og andre tiltak for å forbedre livskvaliteten. I følge Mæland (2006) er røykeslutt blant det viktigste av sekundærforebyggende tiltak. Til tross at de fleste er klare over risikoen ved røyking, er

det mange som har problemer med å slutte, noe som støttes av våre funn. Kristoffersen (2011) skriver også at integrering av endringer har som mål at pasienten selv tar ansvar for sin helsetilstand. Det er også viktig at pasienten fokuserer på å leve et normalt liv, med de endringene sykdommen har medført. Et av våre funn indikerer at det kan være en sammenheng mellom de som hadde en mentor/støttespiller, og de som greide å gjennomføre og opprettholde røykeslutt. Vi ser det kan være en fordel å ha en mentor, som tidligere har opplevd det samme som pasienten. Mentoren kan komme med tips og erfaringer, og hjelpe pasienten til å mestre endringer.

5.2.3 Viktighet med oppfølging og støtte under hjerterehabiliteringen

Funn i studiet vårt viser at flere pasienter hadde behov for ekstra støtte for å takle vanskelige følelser, som er en konsekvens av hjerteinfarkt. Mange opplevde depresjon og humørsvingninger. Dette påvirket også motivasjonen til å gjennomføre rehabiliteringen hos enkelte. Depresjon kan ha negativ innvirkning på pasientens livsutfoldelse, livskvalitet og livsstilsendringer (Eikeland, Stubberud og Haugland 2016). Dorothea Orem sier at sykepleie innebærer å gi psykisk og fysisk støtte. Den psykiske støtten innebærer et nærvær av forståelse, hvor sykepleieren skal lytte og komme med forslag til hjelpemetoder. Den fysiske støtten kan sees på som et fellesskap mellom pasient, sykepleier og andre støttespillere, som skal være med på å dekke pasientens egenomsorgsbehov (Cavanagh 1999). Ut ifra dette ser vi at helsepersonell har en viktig jobb ved å gi god informasjon og være en støttespiller for pasientene. Vi har begge erfaringer fra praksis, både med hjerteinfarktpasienter og andre pasientgrupper, at pasientene opplever at legen ofte kommer med mye og viktig informasjon på en gang. Mange henvender seg ofte til sykepleierne eller oss som studenter etterpå, og etterspør legens informasjon. I følge Orem må pasientene ha kunnskap om seg selv, om helse og om gjeldende kulturbestemte forventninger, for å ha evne til egenomsorg (Cavanagh 1999). Vi kan dermed tenke oss til at sykepleierne får et ansvar for å sørge for at pasientene er godt informert om hva som skal skje videre i forløpet. I en akutt fase av et sykdomsforløp kan pasientene ha nedsatt evne til å bearbeide informasjon, fordi forsvarsmekanismene kun slipper gjennom en begrenset mengde av informasjonen som blir gitt. Det er derfor viktig å tenke gjennom hva det skal informeres om og hva pasienten har behov for å vite (Reitan 2006).

Et viktig funn i vårt studie er viktigheten av å få støtte og veiledning fra helsepersonell under rehabiliteringen. Pasientene fortalte at helsepersonell hadde evnen til å øke selvtilliten, gi veiledning og oppmuntring. De fikk hjelp til å håndtere usikkerheten rundt det å leve med et sykt hjerte. Ved å kartlegge pasientens status gjennom en primærvurdering, kan sykepleieren vurdere pasientens ståsted i situasjonen. Gjennom sekundærvurderingen kan sykepleieren vurdere hvilke muligheter pasienten har til å håndtere situasjonen, og legge til rette for veien videre (Kristoffersen 2011 og Reitan 2006). Noen opplevde at de fikk for lite oppfølging, og at de ikke ble spurt om hva som var deres personlige behov. Disse uttrykte et ønske om individuell rådgivning og støtte fra fysioterapeut eller en personlig trener, da de mente dette hadde vært mer hensiktsmessig for deres rehabiliteringsprosess. I følge Mæland (2006) er det grunn til å tro at ved gripe inn tidlig, vil man kunne forebygge emosjonelle problemer hos hjerteinfarkt pasientene. Dette kan gjøres gjennom tidlig informasjon, og tilbud om regelmessige treninger eller samtaler med en behandler. Våre funn viser også at det oftest var yngre personer som ytre ønske om personlig trener fremfor gruppebasert rehabilitering. Dette fordi de mente den var mer tilpasset “eldre” pasienter. Vi mener at helsepersonell bør sørge for at programmene er tilpasset alle aldersgrupper, at hver enkelt får et individuelt program og den oppfølgingen de har behov for.

Å gi informasjon og støtte til familien er like viktig som til pasienten. Familien blir ofte sett på som en styrkende ressurs og som et motiverende håp for fremtiden. For familiene kan påkjennningene være store når pasienten endelig kommer hjem igjen (Mæland 2006). Flere av våre funn indikerer at pasientene snakker om en følelse av motstand når det kommer til støtte fra pårørende. De fleste ser nytten av å ha støtten, men de ønsket ikke å legge den belastningen over på ektefellen/pårørende. I følge Bredland, Linge og Vik (2002) er det viktig med tilstrekkelig informasjon til blant annet pasientens pårørende for at de skal kunne være en god støttespiller. Våre funn viser at flere pasienter ønsket at deres pårørende skulle fått mer informasjon for å få økt forståelse for situasjonen. Enkelte pasienter tok også mer hensyn overfor partneren, og ville være mindre til bry. Vi har mest erfaring i forhold til støtte fra familien i den akutte fasen. Slik vi anser det er det like viktig med støtte også under rehabiliteringen. Ut i fra hva vi har lært ved å lese artiklene, er pårørende en stor del av rehabiliteringsfasen til pasientene. Vi mener at det vil være gunstig om pårørende deltar på samtalegruppene, og helsepersonell må derfor legge til

rette for dette. Dette for å bedre forståelsen av viktigheten av livsstilsendringer, hjerterehabiliteringen, konsekvensene av selve hjerteinfarkt og ikke minst i forhold til den støttende funksjonen.

En studie gjort av Holme (2008) viser at mange ektefeller ønsket å delta i prosessen pasienten skulle gjennom. De savnet informasjon om blant annet kosthold, medisiner og aktivitet. Slik informasjon kunne bidra til å gjøre tiden etter sykehusoppholdet enklere. Informasjonen de fikk omhandlet den akutte fasen, og de savnet derfor informasjon om blant annet rehabilitering i etterkant. De presiserte også at det ikke var tilstrekkelig med kun muntlig informasjon. Et av våre funn viser at flere pasienter opplevde å ikke motta noe informasjon fra helsepersonell om blant annet seksualitet etter hjerteinfarkt. De hadde også gitt uttrykk for at partneren burde få informasjon, for å få mer forståelse. I følge Mæland (2006) bør kunnskap om seksuell aktivitet og hva dette betyr for hjertet være en del av et undervisningsprogram. Gamnes (2011) skriver at gjenopptakelse av seksuell aktivitet etter hjerteinfarkt kan gi større bekymringer enn ved andre fysiske anstrengelser. Informasjon om blant annet symptomer som kan oppstå og forsiktighet under seksuell aktivitet, kan være avgjørende for pasienter med hjertelidelser. Vi anser derfor at dette er et viktig tema helsepersonell må informere pasient og pårørende om. Dette fordi våre funn viser mangelfull informasjon rundt dette temaet. Eikeland, Stubberud og Haugland (2016) skriver at pasientenes reduserte seksuelle aktivitet kan ha innvirkning på partneren. Både pasient og pårørende kan ha spørsmål om temaet, men helsepersonell ikke tilstrekkelig møter dette informasjonsbehovet.

6.0 Konklusjon

Hensikten med dette litteraturstudiet var å belyse pasienterfaringer knyttet til rehabilitering etter hjerteinfarkt.

I studiet kom det frem at mange hadde varierte erfaringer med hjerterehabilitering. Mange hadde opplevd den akutte fasen av hjerteinfarkt som veldig intenst, og dette preget rehabiliteringen i ettertid. Mange opplevde angst og usikkerhet rundt aktivitet og usikkerhet med å stole på hjertet fordi de var redde for å få et nytt hjerteinfarkt. Disse aktivitetene omhandler blant annet trening og seksuell aktivitet. Noen opplevde å få mangelfull informasjon og støtte. Gjennom å delta på rehabilitering fikk mange økt livskvalitet og de ble tryggere på at hjertet tåler fysiske belastninger. De beskrev også at viktigheten av å ha støtte fra familie og pårørende var viktig for mange, og dette var en motivasjonsfaktor for å gjennomføre rehabilitering for å komme tilbake til hverdagslivet.

I dette studiet kom det også frem at flere valgte å ikke delta på organiserte rehabiliteringsprogrammer. Noen hadde håndtert omstillingen bra, mens flere av disse hadde i etterkant strevd med å mestre hjerteinfarktets konsekvenser. Det kom også frem av våre funn at yngre pasienter opplevde den organiserte rehabiliteringen som lite tilpasset deres individuelle behov.

Vi ser at helsepersonell som jobber med hjerteinfarktpasienter har en jobb å gjøre i forhold til tidlig informasjon, kartlegging av pasienter som opplever for eksempel angst og utrygghet, og seksuelle problemer. Ved å gi informasjon tilpasset den individuelles behov, samt inkludere familie og pårørende, kunne flere av pasientenes utfordringer vært forebygget. Å inkludere pårørende kan være med å øke forståelsen for pasientens situasjon med livsstilsforandringer, hjerterehabilitering, konsekvensene av hjerteinfarkt og deres nødvendige støttende funksjon.

Vi mener at kontakt med frisklivssentraler og lærings- og mestringssentre kunne avdekket pasientens behov for videre oppfølging etter deltakelse på hjerterehabilitering. Dersom sykepleieren hadde informert denne pasientgruppen om tilbud fra disse instansene, kunne kanskje mye av usikkerheten og angsten om blant annet seksualitet vært forebygget.

6.1 Forslag til videre forskning

Gjennom dette litteraturstudiet har vi sett viktighet med tidlig informasjon for å mestre endringer etter hjerteinfarkt. På bakgrunn av at vi fant lite forskning på sykepleieren rolle til å bidra til mestring i rehabiliteringsfasen, hadde det vært interessant å finne ut mer om dette. Som nevnt tidligere i studiet, møter sykepleieren denne pasientgruppen blant annet på poliklinikker, sykehjem, hjemmesykepleie eller andre institusjoner. Det hadde også vært interessant å forske mer på årsakene til at forekomsten med hjerteinfarkt er økende blant unge voksne, siden den er synkende hos eldre.

Litteraturliste

Andersson, Ewa Kazimiera, Gunilla Borglin og Ania Willman. 2013. "The experience of younger adults following myocardial infarction". *Qualitative Health Research* 23 (6). 763-772

Baldacchino, Donia. 2010. "Myocardial infarction: a turningpoint in meaning in life over time". *British Journal of Nursing* 20 (2): 107-114.

Brännström, Margareta, Marja-Leena Kristofferzon, Bodil Ivarsson, Ulrica G. Nilsson, Petra Svedberg, Ingela Thylén og SAMMI-studie gruppe. 2014. "Sexual Knowledge in Patients With a Myocardial Infarction and Their Partners". *Journal of Cardiovascular Nursing*. 29(4): 332-339

Bredland, Ebba Langum, Oddrun Anita Linge og Kjersti Vik. 2002. *Det handler om verdighet – Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Cavanagh, Stephen J. 1999. *Orems sykepleiemodell i praksis*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Dalland, Olav. 2012. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5.utg. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS

Eide, Hilde og Tom Eide. 2007. *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Eikeland, Anne, Dag-Gunnar Stubberud og Trude Haugland. 2016. "Sykepleie ved hjertesykdommer" I *Klinisk sykepleie bind 1*. red. Hallbjørg Almås, Dag-Gunnar Stubberud og Randi Grønseth. 5.utg. 229-280 Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Evans, David. 2002. "Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data". *Australian Journal of Advanced Nursing* 20(2): 22-26

Folkehelseinstituttet. 2014. Folkehelse rapporten 2014. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Lest 30.03.17

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/>

Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2013. Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvärldsforskning. 3.utg. Falkenberg: Natur og Kultur

Fredriksson-Larsson, Ulla, Pia Alsén, Björn W. Karlson og Eva Brink. 2015. "Fatigue two months after myocardial infarction and its relationships with other concurrent symptoms, sleep quality and coping strategies". *Journal of Clinical Nursing* 24. 2192-2200

Gamnes, Siv. 2011. "Nærhet og seksualitet" i *Grunnleggende sykepleie bind 3 – Pasientfenomener og livsutfordringer*. red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug. 2.utg. 71-104. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

- Grimsmo, Jostein. 2009. "Moderne aktivitetsbasert 4-ukers hjerterehabilitering med vekt på tilbakeføring til arbeidslivet". *Hjerteforum* 1 (22): 37-50
- Holder, Gerard N., William C. Young, Sheeba R. Nadarajah og Ann M. Berger. 2014. "Psychosocial experiences in the context of lite-threatening illness: The cardiac rehabilitation patient". *Palliative and Supportive Care* 13. 749-756
- Holme, Anny Norlemann. 2008. "Ektefelles behov for informasjon når partner får akutt hjerteinfarkt". *Forskning* 1 (3): 16-24
- Høgskolen i Molde. 2016. *Retningslinjer for bacheloreksamen i sykepleie*. Avdeling for helse og sosialfag. Molde: Høgskolen i Molde
- Jackson, Angela Mary, Brian McKinstry, Susan Gregory og Amanda Amos. 2010. "A qualitative study exploring why people do not participate in cardiac rehabilitation and coronary heart disease self-help groups, and their rehabilitation experience without these resources". *Primary Health Care Research & Development* 13: 30-41
- Jacobsen, Dag, Sverre Erik Kjeldsen, Baard Ingvaldsen, Trond Buanes og Olav Røise. 2009. *Sykdomslære – Indremedisin, kirurgi og anestesi*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Junehag, Lena, Kenneth Asplund og Marianne Svedlund. 2013. "Perseption of illness, lifestyle and support after an acute myocardial infarction". *Scandinavian Journal of Cardin Sciences* 28. 289-296
- Kristoffersen, Nina Jahren. 2011. "Stress og mestring" i *Grunnleggende sykepleie bind 3 – Pasientfenomener og livsutfordringer*. red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug. 2.utg. 133-196. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kunnskapssenteret. 2017. "Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning" Lest 02.02.17
<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklist-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Lie, Ivar. 1996. "Hva er rehabilitering?" i *Rehabilitering og habilitering*. 2.utg. 16-28. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Lim, Seung-Kyu, Doo sun Sim og Jae-Young Han. 2016. "The factors associated with sexual recovery in male patients with acute myocardial infarction under phase II cardial rehabilitation". *Journal of Clinical Nursing* 25. 2827-2834
- McKee, Gabrielle, Martha Biddle, Sharon O'Donnell, Mary Mooney, Frances O'Brien og Debra K. Moser. 2014. "Cardiac rehabilitation after myocardial infarction: What influences patients' intentions to attend?". *European Jouranl of Cardiovascular Nursing* 13 (4). 329-337
- Mæland, John Gunnar. 2006. *Helhetlig hjerterehabilitering*. 2.utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Norheim, Ole Frithjof, Bjørn Gjelsvik, Sverre E. Kjeldsen, Tor Ole Klemsdal, Steinar Madsen, Eivind Meland, Stein Narvesen, Anne Negård, Inger Njølstad, Serena Tonstad og

- Frøydis Ulvin. 2009. *Nasjonale Retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer*. Oslo: Helsedirektoratet. Lest 30.03.17
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/444/Nasjonal-retningslinje-for-individuell-primærforebygging-av-hjerte-og-karsykdommer-IS-1550.pdf>
- Normann, Trine, Johans Tveit Sandvin og Hanne Thommesen. 2008. *Om rehabilitering – Mot en helhetlig og felles forståelse?* 2.utg. Oslo: Kommuneforlaget AS
- Norsk hjerteinfarktregister. 2016. ”Årsrapport 2015”. Lest 12.03.17
https://stolav.no/seksjon/Hjerteinfarktregisteret/Documents/%C3%85rsrapporter/Norsk%20hjerteinfarktregister,%20%C3%A5rsrapport%202015_endelig.pdf
- Norsk Senter for Forskningsdata. 2017. ”Publiseringskanaler”. Lest 10.03.17
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb Kunnskapsbasert – En arbeidsbok*. 2.utg. Oslo: Akribe AS
- Reitan, Anne Marie. 2006. ”Mestring” i *Sykepleieboken* 2. red. Unni Knutstad og Birthe Kamp Nielsen. 2.utg. 155-179. Oslo: Akribe AS
- Rogerson, Michelle C., Barbara M. Murphy, Stephen Bird og Tony Morris. 2012. ”I don’t have the heart”: a qualitative study of barriers to and facilitators of physical activity for people with coronary heart disease and depressive symptoms”. *International journal of behavioral nutrition and physical activity* 9:140.
<http://dx.doi.org/10.1186/1479-5868-9-140>
- Simony, Charlotte P., Birthe D. Pedersen, Pia Dreyer og Regner Birkelund. 2015 (b). ”Dealing with existential anxiety in exercise-based cardiac rehabilitation: a phenomenological-hermeneutic study of patients’ lived experiences”. *Journal of Clinical Nursing* 24. 2581-2590
- Simony, Charlotte P, Pia Dreyer, Birthe D. Pedersen og Regner Birkelund. 2015 (a). ”Empowered to gain a new foothold in life – A study of the meaning of participation in cardiac rehabilitation to patients afflicted by a minor heart attack”. *International Journal Of Qualitative Studies on Health And Well-being* 10 (1): 28717
<http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v10.28717>
- Søderberg, Lene H., Pernille P. Johansen, Margrethe Herning og Selina K. Berg. 2013. ”Women’s experiences of sexual health after first-time myocardial infarction”. *Journal of Clinical Nursing* 22. 3532-354
- Tveiten, Sidsel. 2008. *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. 2.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- White, S., P. Bissell og C. Anderson. 2011. ”A qualitative study of cardiac rehabilitation patients’ perspective on making dietary changes”. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 24 (2). 122-127

Vedlegg 1: Oversiktstabeller

Artikkel 1

Forfatter År Land Tidsskrift	Charlotte P. Simony, Pia Dreyer, Birthe D. Pedersen, Regner Birkelund 2015 (a) Danmark International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being
Tittel	Empowered to gain a new foothold in life A study of the meaning of participating in cardiac rehabilitation to patients afflicted by a minor heart attack
Hensikt	Denne studien hadde som mål å undersøke hva det betyr for pasienter som blir rammet av et mindre hjerteinfarkt, å delta på et spesialisert hjerterehabiliteringsprogram
Metode /instrument	Kvalitativ studie bestående av etnografisk feltobservasjoner, semistrukturerte fokusgruppeintervjuer og individuelle intervjuer. Feltnotater og transkribert intervjuene ble tolket ved hjelp av en trefaset fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming.
Deltakere/ frafall	Ni menn og to kvinner ble inkludert. Pasientene ble inkludert dersom de ble registrert i UAP / NSTEMI-CR, snakket og forstod dansk, og ikke hadde andre tilleggslidelser.
Hovedfunn	Pasientene fulgte et spesialisert hjerterehabiliteringsprogram. <ul style="list-style-type: none">- De fikk veiledning som hjalp dem å forstå sykdommen, og takle den.- Støttet til å overvinne usikkerhet- Leve en mer tilfredsstillende hverdag- Bedre bevissthet om sine egne behov.- Vanskelig å følge hele programmet som var satt opp- Sykepleieren hjalp til å håndtere usikkerhet- Ønske om informasjon til pårørende
Etisk vurdering	Ifølge dansk lov trengte ikke denne studien å søke om vitenskapelig godkjenning på grunn av dens ikke-biomedisinske karakter. Det ble rapportert til det danske data tilsynsutvalgs komite av Region Sjælland, og deres krav til lagring av data ble fulgt. Anbefalingene fra Helsinkideklarasjonen ble fulgt, og de etiske retningslinjene for sykepleieforskning i nordiske land ble møtt. Deltakerne mottok muntlig og skriftlig informasjon om studien, og de ga skriftlig samtykke. Det ble også avtalt av deltagerne skulle være diskret om hverandre.
Vurdering av kvalitet	Tidsskrift nivå 1. God kvalitet

Artikkel 2

Forfatter År Land Tidsskrift	Donia R. Baldacchino 2010 Malta British Journal of Nursing
Tittel	Myocardial infarction: a turning point in meaning in life over time
Hensikt	Utforske pasienters oppfattning av meningen av livet gjennom de første fem årene etter et hjerteinfarkt
Metode /instrument	Beskrivende, utforskende forskningsdesign ble brukt. Det ble benyttet semi-strukturerte intervjuer. Ansikt til ansikt intervju, samt telefonintervju
Deltakere /frafall	70 pasienter (46 menn og 24 kvinner) i alderen 40-89 år.
Hovedfunn	Tre hovedfunn fremkom av dataen i den akutte fasen: <ul style="list-style-type: none"> - Prioritere verdiene i livet - Betydning av sykdommen som et vendepunkt i livet - Betydningen av sykdommen forbundet med hensikt Disse hovedfunnene kom også fram i de to første ansikt-til-ansikt intervjuene. Etter 2-3 år ble registrert forandringer – noe som kan indikere at pasientene hadde tilpasset seg sykdommen. <ul style="list-style-type: none"> - Hjerteinfarkt synes å være en erfaring – forsterke verdier i livet - Plikt til å følge rehabiliteringsprogrammet - Ønske om å endre livsstil - Integrere endringene inn i livene - Familien sett på som en styrkende ressurs og et håp for fremtiden
Etisk vurdering	Studien ble godkjent av sykehusets leder (Det lokale sykehuset i Malta) Pasientene signerte et informert samtykke til å bli intervjuet, og for å ta opp to ansikt-til-ansikt intervjuer. Pasientene fikk også tilbud om konsultasjon sykehusets psykolog eller prest, fordi intervjuene gjorde at pasientene ble påminnet hjerteinfarkt.
Vurdering av kvalitet	Tidsskrift Nivå 1. God kvalitet

Artikkel 3

Forfatter År Land Tidsskrift	Lena Junehag, Kenneth Asplund og Marianne Svedlund 2013 Sverige Scandinavian Journal of Caring Sciences
Tittel	Perceptions of illness, lifestyle and support after an acute myocardial infarction
Hensikt	Målet var å beskrive oppfatningene til personer som har gjennomgått hjerteinfarkt, hadde når det kom til livsstil og støtte, ett år etter hjerteinfarkt, med eller uten mentor.
Metode /instrument	Denne studien har et kvalitativt, beskrivende design med data samlet inn via individuelle intervjuer. Innholdsanalyse ble benyttet for å analysere dataene. Dataene ble innsamlet mellom juni 2010 og april 2011.
Deltagere /frafall	14 menn og 6 kvinner, mellom 46-73 år 11 hadde blitt tilbudt kontakt med mentor som hadde hatt hjerteinfarkt 10 år tidligere. Kriterier var alder under 75 år og hatt sitt første hjerteinfarkt
Hovedfunn	<p>Resultatene viser at i sitt første år med opptrening, deltakere med og uten mentorer hadde både lik og ulike reaksjoner på å være i stand til å gjøre endringer i livsstil. Tre temaer dukket opp fra innholdsanalysen: "å være i en lidende kropp", "å være i stand til å beholde eller endre livsstil "og" å være i stand til å administrere hendelsen".</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tungpusthet og svake muskler begrenset aktiviteten. - De med høyt aktivitetsnivå før hjerteinfarkt så ut til å takle treningen bedre, og så ikke ut til å ha psykiske reaksjoner - Samme oppfattelse av hjerteinfarktets påvirkning - Restriksjoner – nedsatt fysisk kapasitet, overfølsomhet - Tretthet og redusert fysisk aktivitet - Frykt for et nytt hjerteinfarkt - Støtte fra mentorer – bidro til trygghet - Ønske om å komme tilbake til dagliglivet - Stress på grunn av trening - Enklere å gjøre endringer i livet med støtte fra mentor
Etisk vurdering	Denne studien er i samsvar med prinsippene i den Helsinkideklarasjonen og ble godkjent av den regionale etiske komité ved Umeå universitetet. Skriftlig tillatelse til å rekruttere pasienter ble gitt av ordnede på koronar avdelinger. Alle deltakere og mentorer ble informert om at deltakelse var frivillig, de ble forsikret om konfidensialitet og retten til trekke seg fra studien uten nærmere forklaring. Deltakernes identitet er ikke blitt beskrevet, og det er umulig å identifisere enkeltpersoner i tekstene
Vurdering av kvalitet	Tidsskrift nivå 1. God kvalitet.

Artikkel 4

Forfatter År Land Tidsskrift	Michelle C. Rogerson, Barbara M. Murphy, Stephen Bird og Tony Morris 2012 Australia International journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity
Tittel	"I don't have the heart": a qualitative study of barriers to and facilitators of physical activity for people with coronary disease and depressive symptoms
Hensikt	Hensikten med denne studien var undersøke barrierene til og tilrettelegging av fysisk aktivitet for hjertepasienter med depressive symptomer.
Metode /instrument	De brukte dybde semi-strukturerte intervjuer
Deltagere /fracfall	15 deltakere (12 menn og 3 kvinner) i alderen 47-75 år.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> - Alle deltakerne i studiet hadde blitt identifisert med moderate depressive symptomer. - Hjertesykdommen var en barriere for å være fysisk aktive - Redusert aktivitetsnivå - Frykt for å skade hjertet - En deltaker mente at å ikke være i jobb var en av de største bidragsyterne til lavere fysisk aktivitet. - Mangel på interesse for trening, usikker på fordelene ved trening - Værforhold var påvirkende - Deltakere som var aktive før infarkt fortsatte å trene – trening fikk tankene over på andre ting enn stress og smerte - Viktig med støtte fra partner og familie - Motivasjon og oppmuntring fra treningspartner - Støtte fra rehabiliteringsteam – øker selvtilliten
Etisk vurdering	De har fått godkjenning fra Victoria Universitys menneskelige forskningsetiske komitee og fra Melbourne Health's Mental Health Research og Ethics Committee. Alle data de samlet inn ble behandlet konfidensielt, og det ble sørget for at alle deltakerne ikke kunne bli identifisert gjennom sitater og beskrivelser.
Vurdering av kvalitet	Tidsskrift nivå 2. God kvalitet

Artikkel 5

Forfatter År Land Tidsskrift	Angela Mary Jackson, Brian McKinstry, Susan Gregory og Amanda Amos 2010 Storbritannia Primary Health Care Research & Development
Tittel	A qualitative study exploring why people do not participate in cardiac rehabilitation and coronary heart disease self-help groups, and their rehabilitation experience without these resources
Hensikt	De ønsket å undersøke/utforske hvorfor pasienter ikke deltar i hjerterehabilitering og hjertesykdoms selvhjelpsgrupper, og disse pasientenes rehabiliterings erfaringer uten disse ressursene.
Metode /instrument	De sendte ut et brev hvor de fortalte at de var interessert i personers rehabiliterings erfaringer etter hjerteinfarkt og la ved en spørreundersøkelse til alle pasienter som ble skrevet ut fra sykehus i Lothian, de siste 6-14 mnd. Retrospektivt studiedesign.
Deltakere /frafall	De tok kontakt med 163 personer som hatt hjerteinfarkt. 74 personer gjennomførte spørreundersøkelsen de sendte ut, og 53 personer samtykket til å bli intervjuet. Av disse gjennomførte 44 personer intervjuet. 17 av disse personene var nære familiemedlemmer eller venner som spilte en stor rolle i livet til de post-hjerteinfarkt pasientene de tok kontakt med.
Hovedfunn	<p>Funnene fra intervjuene ble delt inn i tre kategorier, etter erfaringene til pasientene: "Ingen behov/ikke noe poeng", "ikke verdt det" og "ikke mulig".</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingen personlige fordeler • Flere barrierer • Nesten alle hadde blitt invitert til hjerterehabilitering og/eller hjertesykdom grupper og avslått dette. De som ikke hadde blitt invitert sa de hadde avslått invitasjonen dersom de hadde blitt invitert. • De mente de kunne rehabiliteres på egenhånd • Noen hadde fått "Hjertemanualen", en hjemmebasert rehabiliterings ressurs – bidro til økt selvtilit • Kunne vært gunstig, men opplevde negative faktorer som avgjørende for å ikke delta. • Noen mente i ettertid at deltakelse kunne ha hjulpet dem med vanskelighetene de opplevde. • Hadde et sterkt ønske om å delta, men ble forhindret • Noen var ikke invitert • Frustrasjon over mangel på støtte • Noen opplevde at oppfølgingstøtten ble gitt for sent. • Rehabiliteringsvansker: Utfordrende og krevende • Behov for støtte ved vanskelige følelser • De fleste opplevde depresjoner og humørsvingninger • Vansker med å gjøre og opprettholde livsstilsendringer
Etisk vurdering	Area NHS Etiske komitee godkjente studiemetodikken
Vurdering av kvalitet	Tidsskrift nivå 1. Meget god kvalitet

Artikkel 6

Forfatter År Land Tidsskrift	Charlotte P. Simony, Birthe D. Pedersen, Pia Dreyer og Regner Birkelund 2015 (b) Danmark Journal of Clinical Nursing
Tittel	Dealing with existential anxiety in exercise-based cardiac rehabilitation: a phenomenological-hermeneutic study of patients' lived experiences
Hensikt	Hensikten var å undersøke pasientenes livserfaringer knyttet til treningsbasert rehabilitering etter et hjerteinfarkt
Metode /instrument	For å studere pasientenes erfaringer, er det brukt en kvalitativ metode som består av etnografiske feltobservasjoner, semistrukturerte fokusgruppeintervju og individuelle intervju. Datainnsamlingen ble utført i et dansk sykehus fra våren 2012-våren 2013
Deltakere /frafall	13 kvalifiserte pasienter, men to frafall grunnet logistiske problemer og en av utenlandsk etnisk opprinnelse trakk seg fra intervjuene på grunn av språkproblemer. Ni menn og to kvinner ble til slutt inkludert i studien, og ble fulgt opp i 16-20 uker
Hovedfunn	<p>Pasientene ble oppfordret til å fortsette livet på en aktiv måte, og til å opprettholde en aktiv livsstil gjennom treningsbasert hjerterehabilitering. Selv om den nye situasjonen var både fysisk og mentalt utfordrende for pasientene, lærte de seg å nyte fysisk aktivitet når de ble fortrolig med sin nye tilstand. Treningsbasert hjerterehabilitering var oppmuntrende og en nyttig støtte i pasientenes søken etter velvære i livet.</p> <p>Tre temaer ble identifisert. Angst i forhold til trening, oppmuntring fra trening der pasientene trener sammen og økende tillit til hjertet.</p> <p>Angst i forhold til trening</p> <ul style="list-style-type: none"> - Usikre på om hjertet tåler belastningen - Ingen erfaringer med å tolke signaler fra hjertet - Engstelse ved pulsøkning, kortpusthet - Rehabiliteringen ble oppfattet som omsorgsfull og trøstende – reduserte eksistensiell angst <p>Oppmuntring fra trening sammen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Delte erfaringer - Gjensidig støtte – inspirasjon for hverandre - Følelse av mestring <p>Økende tillit til hjertet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ny tillitt til hjertet ved å delta på rehabilitering - Fikk erfaringer med hjertet - Positive resultater av treningen - Økt trygghetsfølelse - Fortsette med en aktiv livsstil – bedre kvaliteten av hverdagen
Etisk vurdering	Ifølge dansk, ble det ikke søkt om vitenskapelig tillatelse på grunnlag av studiet ikke-biomedisinske karakter. Studiet ble rapportert til den Danske datatilsynskomiteen av Regionen Zeeland, og anbefalingene fra Helsinkideklarasjonen ble fulgt. Alle deltakerne ble gitt betenkningstid for å vurdere om de ønsket å delta i studiet, før informert samtykke ble gitt. Pasientene potensielle sårbarhet ble beskyttet, og dersom de så ut til å føle seg ubekvem, måtte de komme med bekreftelse på om de fortsatt ønsket å delta.
Vurdering av kvalitet	Tidsskrift nivå 2. God kvalitet

Artikkel 7

Forfatter År Land Tidsskrift	Gerard N. Holder, William C. Young, Sheeba R. Nadarajah og Ann M. Berger 2014 USA Palliative and Supportive Care
Tittel	Psychosocial experiences in the context of life-threatening illness: The cardiac rehabilitation patient
Hensikt	Undersøke erfaringene av psykososial healing i rehabiliteringen av hjerteinfarkt pasienter.
Metode /instrument	Kvalitative skriftlige intervju pakker. Kvalitativ analyse og modell-revisjon tilnærming.
Deltakere /fracfall	Alle som var aktuelle for studiet måtte gjennom en screening; de måtte være 18 år eller eldre og ha en lege diagnostisert hjertesykdom/hendelse. Ut i fra dagens nivå av nød fikk de poeng på en skala fra 0-10, hvor de med score over 3-4 ble ekskludert fra studiet, som en forholdsregel mot potensielle bakenforliggende faktorer forårsaket av stress. De stod til slutt igjen med 10 menn og 4 kvinner som var aktuelle for studiet. Det kommer ikke frem i studiet hvor mange som ble utelatt.
Hovedfunn	<p>De fleste av deltakerne beskrev flere psykososiale fordeler etter infarkt. De fikk en økt bevissthet om deres egen dødelighet, forbedrede relasjoner med familie og venner, et mer positivt syn på livet og sunne livsstilsendringer. Relasjoner og et forbedret syn på livet var nødvendig for å kunne endre livsstilen til det bedre.</p> <p>Relasjoner og familie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Viktig med støtte fra familie - Ønsker ikke legge belastningen på sine kjære - Tok mer hensyn ovenfor familie <p>Forbedret syn på livet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Positivt syn på livet ga motivasjon - Hjerteinfarkt ble en oppvekker - Fokuserer på det som er viktig i livet - Redusere stress <p>Sunne livsstilsforandringer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tok sunne beslutninger – trening og kosttilskudd - Reduksjon av vekt <p>Støtte fra familien var oppgitt til å være primær kilde til støtte. Studiet henviser til andre studier og litteratur som viser at de som har familie og støtte i ryggen, oftere deltar på hjerterehabilitering.</p>
Etisk vurdering	Det kommer ikke frem i studiet at det er godkjent av noen etisk komite. Men alle deltakerne ble anonymisert for å beskytte identiteten, og alle måtte avgi informert samtykke før deltakelsen. Vi velger derfor å inkludere studiet på bakgrunn av at deltakernes personvern ble ivaretatt, og de måtte selv godkjenne om de ønsket å delta eller ikke.
Vurdering av kvalitet	Tidsskrift nivå 1. God kvalitet

Artikkel 8

Forfatter	Lene H. Søderberg, Pernille P. Johansen, Margrethe Herning og Selina K. Berg 2013
År	Danmark
Land	Journal of Clinical Nursing
Tidsskrift	
Tittel	Women`s experiences of sexual health after first-time myocardial infarction
Hensikt	Å undersøke kvinners erfaringer av seksuell helse etter første hjerteinfarkt.
Metode /instrument	Et kvalitativt research metode med en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming ble brukt. De brukte intervju for å innhente informasjon fra deltakerne.
Deltakere /frafall	Totalt 35 personer fikk informasjon i posten og ble kontaktet på telefon en uke etterpå. Det var ikke mulig å komme i kontakt med fem av kandidatene, seks nektet å delta uten å oppgi begrunnelse, tre hadde avtalt å delta men trakk seg etterpå. Ti kandidater var positive til å komme på intervju men trakk seg på grunn av kronisk sykdom eller manglende sex aktivitet. De stod tilslutt igjen med 11 aktuelle deltakere.
Hovedfunn	<p>Det overordnede konseptet som dukket opp fra resultatene av intervjuene var engstelse til å gjenoppta seksuell aktivitet, og det kom frem ulike temaer: partner, støtte, hjerte sykdommens innvirkning på sexlivet og forhold/relasjoner. Flere kvinner forklarte at forventningene til partneren kunne være vanskelig uttrykke etter hjerteinfarkt, at kroppskontakt ble feiltolket av partneren, noe som førte til disharmoni. Intimitet ble vanskelig fordi fysisk kontakt ble en påminnelse av at sexlivet ikke fungerte tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mottok ingen verbal informasjon eller veiledning fra helsepersonell - Forsiktighet under samleie pga. kroppslige signaler og symptomer - Smerter, pusteproblemer eller hjertebank <p>Av de som hadde gjenopptatt seksuell aktivitet hadde 70% gjennomført hjerterehabilitering. Av de som ikke hadde gjenopptatt seksuell aktivitet hadde kun 39% gjennomført hjerterehabilitering, noe som kan indikere at hjerterehabilitering kan ha en potensiell gunstig effekt på å gjenoppta seksuell aktivitet etter hjerteinfarkt.</p>
Etisk vurdering	Deltakerne ble spurt om å delta i studiet først via mail, deretter via en samtale og de skrev under på at de ønsket å delta. De fikk tid til å reflektere over om de ønsket å delta før de ga skriftlig samtykke. Studiet fulgte anbefalingene fra Helsinkideklarasjonen II, og var godkjent av Datatilsynet. Etter nasjonal lovgivning ble ikke studiet evaluert av en etisk komite da bare intervensjonsstudier blir rapportert. Forfatterne fikk bekreftelse på dette av den regionale etiske komiteen.
Vurdering av kvalitet	Tidsskrift nivå 2. God kvalitet

Artikkel 9

Forfatter År Land Tidsskrift	Seung-Kuy Lim, Doo sun Sim og Jae-Young Han 2016 Korea Journal of Clinical Nursing
Tittel	The factors associated with sexual recovery in male patients with acute myocardial infarction under phase II cardiac rehabilitation
Hensikt	Målet med studien var å vurdere prognostiske faktorer av kortsiktig seksuell bedring hos pasienter med akutt hjerteinfarkt etter fase II hjerterehabilitering i seks uker.
Metode /instrument	Observasjonsstudier, spørreskjema. kvantitativt kohort studie.
Deltakere /frafall	72 personer ble inkludert i studiet. Totalt ble det rekruttert 627 menn som var diagnostisert med akutt hjerteinfarkt, som hadde gjennomgått PCI og deltok på hjerterehabilitering. De inkluderte de som hadde gjennomført et basis spørreskjema og som fullførte hjerterehabiliteringen, samt de som hadde et normalt seksualliv før infarkt. Alle som ble inkludert kunne trene på maksimale metabolske ekvivalenter over 5, som ble beregnet ut i fra en treningstoleranse test som ble gjennomført tre uker etter infarkt. Det kommer ikke frem i artikkelen hvorfor ikke flere enn 72 av 627 menn deltok, men vi kan tenke oss at det var på grunnlag av inklusjonskriteriene.
Hovedfunn	<p>Pasientene deltok på hjemme- eller sykehusbasert fase 2 hjerterehabilitering, som bestod av modifiserte risikofaktorer, hjemme- eller sykehusbasert 6 ukers aerob trening og en utdanning og veiledningsprogram om psykiske-, yrkes-, og seksuelle aspekter av gjenoppretting/rehabilitering. De ble også oppmuntret til å trene minst tre ganger per uke. Hver trenings "resept" ble justert for å sikre endring i treningen.</p> <p>25 av personene viste økt seksuell aktivitet, mens 47 personer fremdeles hadde en redusert seksuell aktivitet etter hjerterehabilitering fase II. Den seksuelle aktiviteten er påvirket av aldring, impotens, andre kroniske helseproblemer, bivirkninger av medikamenter og psykologiske faktorer. Alder og BMI har påvirkning for å gjenvinne den seksuelle aktiviteten, eldre pasienter er mindre seksuelt aktive enn yngre pasienter på grunn av fysisk inaktivitet, flere kroniske helseproblemer, redusert libido og erektil dysfunksjon. De fant sammenheng mellom alder og BMI i forhold til gjenoppretting av den seksuelle aktiviteten. De fant ingen sammenheng mellom hjerte-/lungefunksjon og kortsiktig gjenoppretting av den seksuelle aktiviteten etter hjerteinfarkt blant pasientene som greide å opprettholde mild til moderat fysisk aktivitet under fase II av hjerterehabiliteringen</p>
Etisk vurdering	Studiet var godkjent av Chonnam National University Hospital institutional review board. Det kommer ikke frem i studiet hvorvidt deltakerne samtykket til å delta, om de fikk skriftlig informasjon etc.
Vurdering av kvalitet	Tidsskrift nivå 2. Tilstrekkelig god kvalitet

Artikkel 10

Forfatter År Land Tidsskrift	Ewa Kazimiera Andersson, Gunilla Borglin og Ania Willman 2013 Sverige Qualitative Health Research
Tittel	The Experience of Younger Adults Following Myocardial Infarction
Hensikt	Hensikten med dette studiet var å belyse betydningen av yngre personers opplevelse (under 55 år) gjennom deres første år etter hjerteinfarkt.
Metode /instrument	Fenomenologisk-hermeneutisk metode ble brukt for å analysere 17 intervjuer.
Deltakere /fracfall	17 deltakere (6 kvinner og 11 menn) i alderen 23-53 år deltok i studiet. Det ble sendt ut totalt 39 invitasjoner, og 19 personer godtok å delta, men for to personer så passet ikke tidspunktet for intervjuet. De resterende 17 ble kontaktet via telefon, hvor informasjon om samtykke ble innhentet og de fikk informasjon om deres rett til å til enhver tid trekke seg.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> - Hjerteinfarkt var en dramatisk opplevelse - Tretthet, tilstedeværelse av frykt og angst - Fysisk anstrengelse var en kilde til angst - Angst for å utføre "ekteskapelige plikter" – frykt for å være ute av stand til å utføre seksuell aktivitet, frykten for å ikke kunne gjenoppta et normalt seksualliv kunne føre til følelse av verdiløshet. - Oppfølgingsbesøk av helsepersonell - Stressende og krevende å kombinere treningsprogrammet med familielivet, arbeid - Savnet et ordentlig tilbud av tjenester - Ingen i rehabiliteringsteamet hadde spurt hva som var deres personlige behov.
Etisk vurdering	De overholdte de etiske retningslinjene til Helsinkideklarasjonen, og studiet er godkjent av det regionale etiske Review Board i Lund (Sverige). Alle deltakerne ga muntlig samtykke og skriftlig informert samtykke, de ble forsikret om taushetsplikt og informert at de når som helst kunne trekke seg, uten at de måtte oppgi grunn til dette. Forfatterne hadde også en sosialarbeider i bakhånd dersom noen av deltakerne trengte rådgivning, da intervjuet kunne fremkalle sensitive spørsmål.
Vurdering av kvalitet	Tidsskrift nivå 2. Meget god kvalitet

Artikkel 11

Forfatter År Land Tidsskrift	Ulla Fredriksson-Larsson, Pia Alsén, Björn W Karlson og Eva Brink 2015 Sverige Journal of Clinical Nursing
Tittel	Fatigue two months after myocardial infarction and its relationships with other concurrent symptoms, sleep quality and coping strategies
Hensikt	Å utforske tretthet nivået to måneder etter hjerteinfarkt, samt undersøke assosiasjoner med andre symptomer, søvnkvalitet og mestringsstrategier. Dette fordi tretthet viser seg å være det mest hyppige og belastende symptomet etter et hjerteinfarkt, og at det påvirker den helserelaterte livskvaliteten negativt
Metode/instrument	Det ble brukt en utforskende, tverrsnittstudie. Spørreskjema. Kvantitativt kohort studie.
Deltakere/fracfall	142 personer av 165 svarte på spørreskjema pakken to måneder etter hjerteinfarkt. Gjennomsnittsalderen på de som svarte var 63 år. 77% av disse var menn. Hvorfor noen valgte å ikke svare kommer ikke frem.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> - Viktig med tidlige tiltak for å forebygge blant annet tretthet. – skreddersydd rehabilitering, stressmestring. - Rehabilitering = en traumatisk opplevelse – tilstedeværelse av frykt og angst til en upålitelig kropp og endret syn på livet. - Viktig med støtte - Opplevelse av frykt for bevegelse knyttet til hjerteinfarkt kan påvirke restitusjonsfasen
Etisk vurdering	Regional Etisk Review Board i Göteborg godkjente studien. Deltakernes ble informert om studien mål og prosedyrer både skriftlig og muntlig, og ble gitt tilstrekkelig tid til å vurdere deltakelse i løpet av den første uken på sykehuset. Datainnsamlingen ble utført av kvalifiserte forsknings sykepleiere. Informert skriftlig samtykke er innhentet fra de som ønsket å delta.
Vurdering av kvalitet	Tidsskrift nivå 2. God kvalitet

Artikkel 12

Forfatter År Land Tidsskrift	S. White, P. Bissel og C. Andersson 2011 Storbritannia Journal of Human Nutrition and Dietetics
Tittel	A qualitative study of cardiac rehabilitation patients` perspectives on making dietary changes
Hensikt	Utforske hjerterehabilitering pasienters perspektiver på å endre og opprettholde endringer i kostholdet.
Metode/instrument	Kvalitative intervjuer ble brukt. Disse ble tatt opp under intervjuene.
Deltakere/fracfall	15 pasienter som hadde gjennomgått hjerteinfarkt og som hadde gjennomført hjerterehabilitering, ble inkludert. 11 menn og fire kvinner, i alderen 42-65 år.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> - Alle hadde deltatt på hjerterehabiliteringsprogram - Hjerteinfarkt hadde vært traumatisk og skremmende - Fokus på endringer av kosthold – kutte ned på usunne matvarer - Medvirkende faktorer for infarkt - Røykeslutt - Overvekt - Vansker med opprettholdelse av livsstilsendringer
Etisk vurdering	Studiet ble godkjent av “Local Health Service Research Ethics Committee”.
Vurdering av kvalitet	Tidsskrift nivå 1. God kvalitet

Artikkel 13

Forfatter	Gabrielle McKee, Martha Biddle, Sharon O'Donnell, Mary Mooney, Frances O'Brien og Debra K. Moser
År	2014
Land	Irland
Tidsskrift	European Journal of Cardiovascular Nursing
Tittel	Cardiac rehabilitation after myocardial infarction: What influences patients' intentions to attend?
Hensikt	De ønsket å identifisere aktuelle prediktorer og årsaker som påvirker hjerteinfarkt pasienters utskrivnings intensjoner om å delta på hjerterehabilitering
Metode/instrument	Langsgående prospektiv studie. Det ble brukt spørreskjema
Deltakere/fracfall	Deltakerne ble rekruttert fra fem tertiær sykehus i Dublin, Irland. Kriteriene for deltakelse var at de var innlagt på sykehus med akutt koronarsyndrom, hadde blitt diagnostisert med hjerteinfarkt og møtte kriteriene for å kunne delta i hjerterehabilitering fase 3. Totalt 1325 pasienter møtte kriteriene til å kunne delta, 47 av slo og 106 ble ekskludert fra analysen fordi de ikke hadde diskutert hjerterehabilitering på stadiet de var på eller nylig hadde deltatt på hjerte rehabiliteringsprogram. De stod tilslutt igjen med 1172 personer.
Hovedfunn	<p>Totalt 985 av deltakerne rapporterte at de planla å delta på hjerterehabilitering, mens 187 deltakere sa de ikke ville delta. Av de 187 var det 144 personer som oppga årsaken til at de ikke ønsket å delta. Den mest vanlige årsaken til å ikke delta var mangel på interesse.</p> <p>De som sa de ønsket å delta var eldre, kvinner, hadde bedre utdanning og arbeidsledige/pensjonerte.</p> <p>Årsakene til å ikke delta var</p> <ul style="list-style-type: none"> • De anså ikke programmet som hjelpende • Transportproblemer • Tids eller arbeidsproblemer • Fysiske vanskeligheter • Ikke interessert • For vanskelig • For gammel • Andre årsaker • Ubestemte <p>Når de sammenlignet de som var yrkesaktive mot de som var arbeidsledig/pensjonist, var de arbeidsledige/pensjonerte motvillige til å delta på hjerterehabilitering. Pasientgruppen med arbeidsledige/pensjonerte kan trenge mer motivasjon til å ta mer aktive grep i rehabiliteringsprosessen og til deltakelse på hjerterehabilitering.</p>
Etisk vurdering	Studiet er innenfor retningslinjene til Helsinkideklarasjonen, og godkjent av etiske komiteer. Alle deltakerne ga skriftlig samtykke til å delta i studiet.
Vurdering av kvalitet	Tidsskrift nivå 1. God kvalitet

Vedlegg 2: Søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
Heart attack AND rehabilitation AND lifestyle	27.10.16	CINAHL	23	10	3	2
Myocardial infarction AND rehabilitation AND experience Avgrenset til 2012-2016, fulltext og scholarly journals	16.11.16	ProQuest	11	6	2	2
Heart attack AND rehabilitation Avgrenset til 2011-2016 og linked fulltext	21.11.16	CINAHL	12	8	4	1
Myocardial infarction AND rehabilitation AND experience avgrenset til 2011-2016	28.11.16	CINAHL	19	6	4	3
(Myocardial infarction or rehabilitation) AND experiences avgrenset til 2011-current	28.11.16	Ovid Medline	112	30	3	1
Myocardial infarction AND physical activity AND barrier* avgrenset til 2011-current, engelsk	01.02.17	Ovid Medline	23	4	1	1
Heart attack AND rehabilitation	28.02.17	CINAHL	235	23	5	3

Vedlegg 3: Sjekklister for vurdering av forskningsartikler

Kritisk vurdering - kvalitativ forskning, undervisningsbruk

Junehag, Asplund og Svedlund (2013)

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Målgruppe: studenter og helsepersonell

Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i min praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanse:

1. Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

INNLEDENDE SPØRSMÅL

	Ja	Uklart	Nei
<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p>TIPS: • Er det oppgitt en problemstilling for studien?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>0</p>	<p>0</p>
<p>Hensikt: Undersøke hvordan pasienter ikke deltar i hjerterehabilitering og hjertesykdoms selvhjelpsgrupper, og pasientens erfaringer uten rehabilitering.</p>			
<p>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS: • Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>0</p>	<p>0</p>
<p>Studien er ikke etter erfaringer</p>			

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

	Ja	Uklart	Nei
<p>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p>TIPS: • Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>0</p>	<p>0</p>
<p>Kommentar: Et retrospektivt studiedesign ble brukt. Spørreundersøkelser og intervju</p>			
<p>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p> <p>TIPS: I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <p>• Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? • Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? • Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>0</p>	<p>0</p>
<p>Kommentar: Det ble sendt brev med spørreundersøkelse til pasienter som var blitt utskrevet av sykehus etter hjerteinfarkt de siste 6-14 mnd. Kriterier var ikke-deltakelse på hjerterehabilitering eller hjertesykdomsgrupper</p>			
<p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <p>TIPS: Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <p>• Er metoden som ble valgt god for å belyse</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>0</p>	<p>0</p>
<p>Kommentar:</p>			

<p>problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? For eksempel feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. Er måten data ble samlet inn på beskrevet (f.eks. beskrivelse av intervjuguide)? Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet? 	<p>Dybdeintervju i hjemmet til pasientene.</p> <p>Det ble brukt en intervjuguide med oversikt over viktige tema, identifisert fra litteratur og diskusjoner med andre yrkesutøvere</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	Ja	Uklart	Nei
<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p>TIPS: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? Er motstridende data tatt med i analysen? Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>0</p>	<p>0</p>
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p>TIPS: Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>0</p>	<p>0</p>
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p>TIPS: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>0</p>	<p>0</p>

<p>tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? 			
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
	<p>Kommentar: Vurdert og godkjent av den etiske komite</p>		

HVA ER RESULTATENE?

<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan du oppsummere hovedfunnene? Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien? 	<p>Ja</p> <p><input checked="" type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p>0</p>	<p>Nei</p> <p>0</p>
	<p>Kommentar: Hovedfunnene svarer på hensikten i studiet, disse kommer klart frem i ulike kategorier</p>		

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p>TIPS:</p> <p>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? Drofti hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? 	<p>Kommentar: Funnene er med på å bygge opp hensikten i vår oppgave, disse kan være med på å belyse fordelene ved deltakelse på rehabiliteringsgrupper.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Meget god!

Lim, Sim og Han (2016)

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN KOHORTSTUDIE

Målgruppe: studenter og helsepersonell

Hensikt: øvelse i kritisk vurdering

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.

Referanser:

- Guyatt G, Rennie D. User's Guides to the medical literature. A manual for evidence based clinical practice, second edition. JAMA & Archives Journals, AMA Press, 2008.
- Critical Appraisal Skills Programme. www.casp-uk.net

Dersom du skal skrive en systematisk oversikt viser vi til Håndboka "Slik oppsummerer vi forskning" (kunnskapssenteret.no)

INNLEDENDE SPØRSMÅL

	Ja	Uklart	Nei
<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p>TIPS: Formålet kan være klart formulert med hensikt på</p> <ul style="list-style-type: none"> • Populasjonen som studeres • Tiltaket som gis • Sammenligningen som gjøres • Utfallene som vurderes 	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
<p>Målet med studien var å vurdere prognostiske faktorer av kortiktig seksuell bedring hos pasienter med akutt hjerteinfarkt etter fase II hjertekirurgisk behandling i særskilt utvalgte</p>			
<p>2. Ble personene rekruttert til kohorten på en tilfredsstillende måte?</p> <p>Foreligger det seleksjonsskjevhet?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Var kohorten representativ for en definert befolkningsgruppe? • Var det noe spesielt med personene i kohorten? • Ble alle personene som burde vært inkludert tatt med? 	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
<p>Deltakerne svarte på spørreskjema, hadde hatt et normalt seksualliv før hjerteinfarkt men viste lavere seksuell aktivitet etter hjerteinfarkt</p>			

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

DETALJERTE SPØRSMÅL

	Ja	Uklart	Nei
<p>3. Ble eksposisjonen presist målt?</p> <p>a) Foreligger det måleskjevhet?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble det brukt subjektive eller objektive målemetoder? • Er målemetodene pålitelige (valide)? 	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
<p>Mann-Whitney test ble brukt for å undersøke forskjellen i gruppen. Chi-square ble utført for å evaluere sammenhengen mellom betydelige faktorer og seksuell aktivitet</p>			
<p>b) Foreligger det klassifiseringskjevhet?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ble det brukt samme prosedyre for å klassifisere personene til de ulike eksponeringsgruppene? 	<input type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0

<p>4. Ble utfallet presist målt?</p> <p>a) Foreligger det måleskjevhet?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ble det brukt subjektive eller objektive målemetoder? Er målemetodene gyldige (valide)? <p>b) Foreligger det klassifiseringskjevheter?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Er det etablert et godt <u>system</u> for å fange opp alle sykdomstilfeller/utfall? Ble samme målemetode brukt i alle gruppene? Var personene i kohorten og/ eller de som vurderte utfallet blindet mht. hvem som var eksponert (- og spiller det noen rolle?) 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td>0</td> </tr> </table> <p>De definerte gjennopprekking av seksuell aktivitet som en "alt-i-alt" subjektiv tilfredsstillelse av seksuell aktivitet</p> <table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td>0</td> </tr> </table> <p>De var ute etter å finne kjædere som påvirker den seksuelle aktiviteten etter et hierarkiforløp. BH, alder kan ha påvirkning til å gi en viss seksuell aktivitet</p>	Ja	Uklart	Nei	0	<input checked="" type="radio"/>	0	Ja	Uklart	Nei	0	<input checked="" type="radio"/>	0
Ja	Uklart	Nei											
0	<input checked="" type="radio"/>	0											
Ja	Uklart	Nei											
0	<input checked="" type="radio"/>	0											
<p>5. (a) Har forfatterne identifisert alle viktige konfoundere (forvekslingsfaktorer/effektforvekslere) i studiens design og/ eller analyse?</p> <p>Nevn noen som du tenker er viktig, som ikke er med i studien.</p> <p>(b) Har forfatterne tatt hensyn til kjente, mulige konfoundere (forvekslingsfaktorer/effektforvekslere) i studiens design og/ eller analyse?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se etter restriksjoner i design el. teknikker, for eksempel stratifisering, regresjons- eller sensitivitetsanalyse, som er benyttet for å korrigere eller justere for konfoundere. Er det andre viktige konfoundere som forfatterne burde tatt hensyn til? 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p>De har identifisert metodene som er brukt for å identifisere funnene.</p> <table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p>Den seksuelle aktiviteten er påvirket av alder, impotens, andre kroniske helseproblemer, bivirkninger av medikamenter og psykologiske faktorer.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	0	0	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei											
<input checked="" type="radio"/>	0	0											
Ja	Uklart	Nei											
<input checked="" type="radio"/>	0	0											
<p>6. Ble mange nok av personene i kohorten fulgt opp?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Var det få som falt fra? Var frafallet likt fordelt i ulike eksponeringsgrupper? Er det slik at personer som faller fra skiller seg fra de som blir fulgt opp og analysert i studien? 	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p>Ut i fra målgruppen som først ble rekruttert er frafallet høyt, men blant de som deltok i studiet var det ingen frafall</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="radio"/>	0	0						
Ja	Uklart	Nei											
<input checked="" type="radio"/>	0	0											

<p>7. Ble personene fulgt opp lenge nok?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Positive eller negative utfall må ha hatt lang nok tid til å ha oppstått. • Vurderer du oppfølgingstiden som lang nok? 	<table> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p>6- uers trening- og veiledningsprogram Vurderes å som tilstrekkelig varighet</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="checkbox"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="checkbox"/>	0	0					

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>8. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hva er hovedkonklusjonen? • Kan du oppsummere resultatene i en setning? • Er det gjort rede for forholdet mellom insidens blant de eksponerte/ ikke eksponerte (ratio)? • Hvor sterk er assosiasjonen mellom eksposisjon og utfall? 	<p>9. Hvor presise er resultatene?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se på bredden av konfidensintervallet. <p>25 av 72 viste økt seksual aktivitet etter hjertehabilitering fase II</p>						
<p>10. Tror du på resultatene?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Store effekter er vanskelige å se bort fra! • Kan resultatene skyldes skjevhet, tilfeldige feil eller konfundering? • Har designen og metodene i studien så mange feil at resultatene ikke kan stoles på? • Vurder mot Bradford Hill-kriteriene (f eks tidsrelasjon, dose-respons, biologisk gradient, konsistens) 	<table> <tr> <td>Ja</td> <td>Uklart</td> <td>Nei</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> </table> <p>Ji stoler på resultatet på bakgrunn av funn i andre studier som viser at deltakelse på rehabilitering kan bedre den seksuelle funksjonen</p>	Ja	Uklart	Nei	<input checked="" type="checkbox"/>	0	0
Ja	Uklart	Nei					
<input checked="" type="checkbox"/>	0	0					

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

	Ja	Uklart	Nei
<p>11. Kan resultatene overføres til praksis?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vurder om personene i denne studien er annerledes enn personene du forholder deg til i praksis. • Er de lokale forholdene forskjellig fra stedet der studien fant sted? 	<p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>0</p>	<p>0</p>
<p><i>Selv om studiet er fra Korea, har studier fra Europa vist at deltakelse kan bidra til økt bevisst funksjon</i></p>			
<p>12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene fra andre tilgjengelige studier?</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/></p>	<p>0</p>	<p>0</p>
<p>13. Hva er implikasjonene av denne studien for praksis?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En observasjonstudie gir sjelden tilstrekkelig robust evidens for å anbefale endringer av praksis eller helsepolitiske beslutninger • For noen spørsmål kommer den eneste evidensen fra observasjonsstudier • Anbefalinger fra observasjonsstudier er alltid sterkere når de får støtte av annen evidens 	<p><i>Studiets funn støttes av funn i andre kvalitative studier</i></p>		

Vedlegg 4: Plakat fra analysen

Temne	Engelsk Description	oppfatning Større fin nasjonalitet nødvendig	konstruksjoner	Barriere	Motivasjon	Større fra barriere	Etiske/etiske kriterier/valg	konstruksjoner for gjennomføring gjør/forbedring	konstruksjoner for gjennomføring gjør/forbedring	konstruksjoner	Temne
1	Impoverished to gain a new normal in life study of the meaning of participating in cardiac rehabilitation in patients affected by a recent heart attack		Større til et økonomisk en livsvald utvikling Saker på på konstruksjoner med gjør/forbedring			gjør/forbedring					
2	Psychological adaptation to living with a heart failure in patients with heart failure		Omkom i enkle Landsby + konstruksjoner konstruksjoner Saker		Større familie	Familien blir som på som en gjør/forbedring gjør/forbedring					
3	Acceptance of illness, lifestyle and support after an acute myocardial infarction	Engelsk for et nytt liv	Engelsk for et nytt liv gjør/forbedring gjør/forbedring	konstruksjoner gjør/forbedring							
4	Do not have the heart of a qualitative study of barriers to and facilitators of physical activity for people with coronary disease and depressive symptoms	gjør/forbedring gjør/forbedring gjør/forbedring	gjør/forbedring gjør/forbedring gjør/forbedring								
5	A qualitative study exploring why people do not participate in cardiac rehabilitation and secondary heart disease care in heart groups and their rehabilitation experience	gjør/forbedring gjør/forbedring gjør/forbedring	gjør/forbedring gjør/forbedring gjør/forbedring								
6	Dealing with existential anxiety in cardiac rehabilitation patients' lived experience	gjør/forbedring gjør/forbedring gjør/forbedring	gjør/forbedring gjør/forbedring gjør/forbedring								
7	Psychological experiences in the context of the live treatment phase in cardiac rehabilitation patients	gjør/forbedring gjør/forbedring gjør/forbedring	gjør/forbedring gjør/forbedring gjør/forbedring								
8	Women's experiences with a cardiac rehabilitation	gjør/forbedring gjør/forbedring gjør/forbedring	gjør/forbedring gjør/forbedring gjør/forbedring								
9	The factors associated with school readiness in heart patients with acute myocardial infarction under phase II cardiac rehabilitation	gjør/forbedring gjør/forbedring gjør/forbedring	gjør/forbedring gjør/forbedring gjør/forbedring								
10	The experience of heart failure following myocardial infarction	gjør/forbedring gjør/forbedring gjør/forbedring	gjør/forbedring gjør/forbedring gjør/forbedring								
11	Family has more self-reported depression and its relationships with other depressive symptoms, sleep quality and coping strategies	gjør/forbedring gjør/forbedring gjør/forbedring	gjør/forbedring gjør/forbedring gjør/forbedring								
12	A qualitative study of cardiac rehabilitation patients' perspectives on making dietary changes	gjør/forbedring gjør/forbedring gjør/forbedring	gjør/forbedring gjør/forbedring gjør/forbedring								
13	Cardiac rehabilitation and psychological outcomes in patients with heart failure	gjør/forbedring gjør/forbedring gjør/forbedring	gjør/forbedring gjør/forbedring gjør/forbedring								