



# Bacheloroppgave

**SAE00 Sykepleie**

**Pasienterfaringer etter gjennomgått hjerteinfarkt**

**Patient experiences after myocardial infarction**

**Kandidatnummer 19 og 20**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 62**

**Molde, 12.12.19**



**Høgskolen i Molde**  
Vitenskapelig høgskole i logistikk

## 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 type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <b>betrakte som fusk</b> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i URKUND, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input type="checkbox"/>

# Personvern

## Personopplysningsloven

Forskningsprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger iht. Personopplysningsloven skal meldes til Norsk senter for forskningsdata, NSD, for vurdering.

Har oppgaven vært vurdert av NSD?  ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

- Hvis nei:

Jeg/vi erklærer at oppgaven ikke omfattes av Personopplysningsloven:

## Helseforskningsloven

Dersom prosjektet faller inn under Helseforskningsloven, skal det også søkes om forhåndsgodkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK, i din region.

Har oppgaven vært til behandling hos REK?  ja  nei

- Hvis ja:

Referansenummer:

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Ragnhild Sættem

## 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

Dato: 12.12.19

**Antall ord: 10628**

### **Den siste glede.**

En mann som følte seg litt slapp og dårlig  
ble undersøkt av legen, doktor Stø.  
På mannens spørsmål.: “Er det svært alvorlig”  
Lød legens svar.: “De er så god som død”

Men vil De leve, må De ikke drikke  
en dråpe alkohol av noe slag,  
og røke må De selvsagt heller ikke,  
og heller ikke mere ha en arbeidsdag.

Hva kvinner anbelanger, må De sky dem  
og unngå all affekt. Det er hårdt,  
men jeg må også konsekvent forby Dem,  
teater, kino, bøker, spill og sport.

En regel De må nøye overholde  
er den: Spis aldri mat som smaker godt  
Dietten blir: En avkøkt fiskebolle,  
og ett glass vann pr dag. Har De forstått?

“Ja takk” sa mannen tappert. ” Men jeg vil at  
det ikke her på noe legges skjul.  
så svar meg kjære doktor, er det tillatt  
for meg å ha et juletre til jul?”

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** I Norge rammes rundt 13 000 mennesker av hjerteinfarkt hvert år. Antallet førstegangstilfeller går nedover, men i årene fremover antas det at antallet mennesker som vil leve med hjerte- og karsykdommer kommer til å stige.

**Hensikt:** Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvilke erfaringer pasienter har etter gjennomgått hjerteinfarkt.

**Metode:** Systematisk litteraturstudie med 12 kvalitative studier.

**Resultat:** Tap av energi, endringer i seksualitet, bekymring, frykt og redsel, behov for støtte og informasjon

**Konklusjon:** Gjennom litteraturstudien vår kommer det frem at de som har gjennomgått et hjerteinfarkt erfarer ulike konsekvenser som påvirker hverdagen i etterkant. Mange av pasientene erfarer uttalt utmattelse og tretthet samt endringer i seksualiteten. Flere opplever at de bekymrer seg for fremtiden, for nytt hjerteinfarkt og for familien. De fleste så et økt behov for støtte, både fra familie, venner og mentor. Behovet for informasjon var stort, og det var ulike erfaringer i forbindelse med om de følte de fikk nok informasjon, og om informasjonen var tilpasset hver enkelt.

**Nøkkelord:** Hjerteinfarkt, erfaringer, pasienter

## **Abstract**

**Background:** In Norway, about 13,000 people are affected by myocardial infarction each year. The numbers of first-time infarctions is declining, but in the years to come, it is expected that the number of people who will live with cardiovascular disease will increase.

**Purpose:** The purpose of this study was to elucidate what experiences patients have after having a heart attack.

**Method:** Systematic literature study with 12 qualitative studies.

**Results:** Loss of energy, changes in sexuality, worry and fear, need for support and information.

**Conclusion:** Through our literature study, it emerges that those who have undergone a heart attack experience various consequences that affect their everyday life. Many experienced pronounced fatigue and changes in sexuality. Many felt that they were worried about the future, a new heart attack and the family. Most saw an increased need for support from family, friends and mentors. The need for information was great, and they experiences different satisfaction regarded if they received enough information, and if the information was tailored to them.

**Keywords:** Myocardial infarction, heart attack, heart infarction, experience, patient.



## **Innholdsfortegnelse**

<b>1.0</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Hensikt.....	1
<b>2.0</b>	<b>Teoribakgrunn</b> .....	<b>2</b>
2.1	Hjerteinfarkt .....	2
2.1.1	Symptomer.....	2
2.2	Krise og mestring .....	2
2.3	Joyce Travelbee.....	3
2.4	Sykepleierens pedagogiske funksjon.....	4
<b>3.0</b>	<b>Metode</b> .....	<b>6</b>
3.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	6
3.2	Datainnsamling .....	7
3.2.1	Utarbeiding av PO-skjema.....	7
3.2.2	Databaser .....	7
3.2.3	Litteratursøkningsstrategi .....	7
3.3	Kvalitetsvurdering .....	8
3.4	Etiske hensyn .....	9
3.5	Analyse .....	10
<b>4.0</b>	<b>Resultat</b> .....	<b>12</b>
4.1	Opplevelsen av fatigue .....	12
4.2	Frykten for å gjenoppta den seksuelle aktiviteten .....	14
4.3	Frykten og bekymringen for fremtiden.....	15
4.4	Behovet for støtte fra omgivelsene.....	16
4.5	Behovet for informasjon .....	17
<b>5.0</b>	<b>Diskusjon</b> .....	<b>20</b>
5.1	Metodediskusjon .....	20
5.1.1	Inklusjon av artikler.....	20
5.1.2	Datainnsamling .....	21
5.1.3	Kvalitetsvurdering og etiske hensyn .....	21
5.1.4	Analyse .....	22
5.2	Resultatdiskusjon .....	23
5.2.1	Sykepleierens rolle i mestring av fatigue.....	23
5.2.2	Sykepleierens rolle i samtale om seksualitet.....	24
5.2.3	Sykepleierens rolle i møte med frykt og bekymring .....	27
5.2.4	Sykepleierens rolle i tilrettelegging for støtte fra familie, venner og mentor ...	29
5.2.5	Sykepleierens rolle i formidling av informasjon og veiledning.....	30
<b>6.0</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>33</b>
6.1	Forslag til videre forskning .....	33
	<b>Litteraturliste</b> .....	<b>34</b>

**Vedlegg 1** - P(IC)O-skjema

**Vedlegg 2** - Søkeshistorikk

**Vedlegg 3** - Oversikt over inkluderte artikler

**Vedlegg 4** - Oversikt over funn fra artikler

# 1.0 Innledning

## 1.1 *Bakgrunn for valg av tema*

I Norge rammes rundt 13 000 mennesker av hjerteinfarkt hvert år. Over halvparten av de som rammes er menn (Govatsmark m.fl. 2019). Antallet førstegangstilfeller av hjerteinfarkt går stadig nedover i Norge. Til tross for dette, er det mange i Norges befolkning som lever med hjerte- og karsykdommer. I årene fremover antas det at antallet mennesker med hjerte- og karsykdommer vil stige ytterligere. Man blir eldre nå enn tidligere, og siden man oftest rammes av hjerteinfarkt etter fylte 60 år, forventes det at antallet nye tilfeller av hjerteinfarkt vil øke når fødselskullene fra etterkrigsgenerasjonene blir eldre (Folkehelseinstituttet 2018).

Vi valgte et pasientperspektiv i litteraturstudien vår, da vi mener at pasienter selv sitter på mye kunnskap man ikke får tilgang til, dersom man ikke tar seg tid til å innhente denne kunnskapen. Sykepleiere har en sentral rolle i forbindelse med helsefremmende og forebyggende arbeid, for å styrke pasientens mestringskompetanse gjennom opplæring, undervisning, konkret informasjon og veiledning. Sykepleiere utgjør en stor del av helsepersonellet i helsetjenesten, og er også den gruppen som møter pasientene i vant miljø i størst grad, som er en fordel i lærings- og mestringsarbeid. For at man som sykepleier skal kunne gjennomføre god veiledning og undervisning må man etablere gode relasjoner og ha kunnskap om de ulike faktorene som har innvirkning på læringsprosessen (Kristoffersen 2016c, 355-361). Det er viktig at pasientenes erfaringer aksepteres, da det vil være en medvirkende faktor til at det skapes kunnskap som er praksisrelevant (Natland, Tveiten og Knutsen 2017). Vi valgte dette temaet da det er noe som interesserer oss, og som i aller høyeste grad er aktuelt for oss i arbeidslivet fremover.

## 1.2 *Hensikt*

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvilke erfaringer pasienter har etter gjennomgått hjerteinfarkt.

## **2.0 Teoribakgrunn**

### **2.1 Hjerteinfarkt**

Hjerteinfarkt er en av de hyppigst inntreffende sykdommene, og rammer ofte de som i utgangspunktet er friske. Det er høy dødelighet, og er en av de hyppigste dødsårsakene i verden. Det rammer ofte brått, men i bunnen har de som rammes ofte en sykdom som fører til forkalkning og innsnevring av koronararterier (Govatsmark m.fl. 2019).

Hjerteinfarkt omtales ofte som en iskemisk hjertesykdom. Det vil si at hele hjertet eller deler av det, får redusert blodtilførsel. Hjerteinfarkt skyldes at en eller flere koronararterier tettes, som ofte oppstår ved trombedannelse i en forsnævret og forkalket koronararterie. Endotelet skades av ateromatøse plakk, så trombocytene kleber seg til det skadde området, og det dannes en trombe. Hjerteinfarkt kan i mange tilfeller knyttes til betydelige psykiske eller fysiske påkjenninger (Jacobsen m.fl. 2017, 78-79).

#### **2.1.1 Symptomer**

De vanligste symptomene ved et hjerteinfarkt er brystmerter, som ikke lar seg lindre ved hvile eller medikamenter, og som varer over 20 minutter. Smertene kan oppleves som klemmende, snørende eller stikkende. Smertene er vanligvis lokalisert midt i brystet, med stråling ut i venstre arm og opp i kjeve og hals. Man kan også oppleve kvalme og brekninger. Mange blir engstelige, kaldsvetter og blir bleke. For kvinner kan symptomene oppleves mer diffuse, slik som kaldsvette, slitenhet, søvnforstyrrelser, nummenhet i hender, oppkast og fordøyelsesplager. Noen kan ha stumt hjerteinfarkt, det vil si uten symptomer (Eikeland, Stubberud og Haugland 2017, 245; Jacobsen m.fl. 2017, 78).

### **2.2 Krise og mestring**

Alvorlige livshendelser som medfører store endringer i livet, kan føre til at man går inn i en krise, der man mister meningen og sammenhengen i livet. Kriser deles ofte inn i livskriser og traumatiske kriser. Livskriser oppstår gradvis, og er en del av vår livssyklusen vår. En traumatisk krise består gjerne av fysiske, psykiske eller sosiale belastninger som medfører påvirkning av livet i korte eller lengre perioder. Når man opplever slike alvorlige

belastninger, er det også en fare for at det kan oppstå nye kriser underveis i bearbeidelsen av den traumatiske krisen (Eide og Eide 2013, 166-167).

Etter et hjerteinfarkt, er det viktig at man erkjenner at mennesket er en helhet, med en totalopplevelse som må tas på alvor. Det er normalt å få en emosjonell reaksjon etter å ha gjennomgått et hjerteinfarkt, og de fleste greier fint å bearbeide denne, men noen opplever å få vedvarende psykiske problemer i etterkant. De aller fleste som rammes av hjerteinfarkt har evnen til å mestre de psykososiale utfordringene som oppstår i etterkant, men noen reagerer sterkere, og mestrer ikke dette like godt som andre. Personlighet, sosial støtte, tidligere erfaringer og eventuelle andre problemer på samme tid, kan være avgjørende for hvordan man tilpasser seg, og mestrer etter hjerteinfarkt (Mæland 2006, 45).

Mestring defineres som en skiftende atferdsmessig og kognitiv anstrengelse for å håndtere eller redusere ytre og/eller indre påkjenninger. Mestringen tilpasses påkjenningen, så utfordringen og påkjenningen har et dynamisk forhold (Dahl 2014, 37). Enkeltmenneskets reaksjon på krise er individuell, og sykepleieren står ofte overfor en utfordring i å møte personer i krise, og til å bidra i lindring av lidelsen. Det er viktig for sykepleiere å iverksette tiltak for å hindre lidelser, og å ivareta enkeltmenneskets grunnleggende behov (Kristoffersen og Breievne 2016, 193-195). Mestring krever og medfører tillitt til at situasjonen kan oppleves som litt kontrollerbar. Som sykepleier kan man bidra til mestring ved å lytte, gi støtte og å være en samtalepartner (Eide og Eide 2013, 56).

### **2.3 Joyce Travelbee**

Joyce Travelbee har et menneskesyn som innebærer at man forholder seg til enkeltindivider, som hver og en er enestående og uerstattelige. Travelbee anså lidelse som en del av livet, og at det ga en mulighet til personlig utvikling og vekst. Travelbee hevdet også at mennesker kan oppleve å ha god helse til tross for at de er diagnostisert med sykdom, og at mennesker uten diagnostisert sykdom kan oppleve å ha dårlig helse. Den subjektive opplevelsen av helse er avgjørende (Travelbee, referert i Kristoffersen 2016b, 29).

Travelbees definisjon av sykepleie er i stor grad knyttet til menneske-til-menneske-forhold. Lidelse og smerte er en uunngåelig del av livet, og sykepleierens oppgave er å hjelpe den lidende å finne mening i situasjonen, samt hjelpe den enkelte å mestre de erfaringene som kommer ved sykdom og lidelse (Travelbee, referert i Kristoffersen 2016b, 29-30).

Sykepleierens hensikt kan kun oppnås om man utvikler et menneske-til-menneske-forhold med den enkelte pasienten. En må jobbe for å oppnå et slikt forhold, og utviklingen skjer gjennom flere faser, blant annet det første møtet, fremvekst av identitet, empati, sympati og opprettelsen av gjensidig kontakt og forståelse. I det første møtet ser man hverandres roller, og forbinder disse med stereotyper. Når man blir bedre kjent, kommer identiteten til både pasienten og sykepleieren tydeligere frem. Empati er viktig for at man skal oppnå nærhet og kontakt, og det hjelper sykepleieren å innhente viktig informasjon om den andres indre opplevelse. Sympati vil i dette tilfellet være sykepleierens interesse for å hjelpe pasienten, sykepleieren formidler sin forståelse for pasienten. Opprettelse av gjensidig kontakt og forståelse er et resultat av interaksjonene som har ligget til grunn for menneske-til-menneske-forholdets utvikling (Travelbee, referert i Kristoffersen 2016b, 32-34).

## **2.4 Sykepleierens pedagogiske funksjon**

I pasient- og brukerrettighetsloven (1999), kapittel 3 står det at pasienter har rett til medvirkning og informasjon, og i §10 i helsepersonelloven (1999) står det at den som yter helse- og omsorgstjenester skal gi informasjon til den som har krav på det. Det vil si at det er lovfestet rett til informasjon og medvirkning i behandlingsprosessen. Pasienten har behov for utvikling av egen kompetanse i forbindelse med egen helse. Sykepleierens ansvar er å legge til rette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring hos pasienter, og å sørge for at pasienter får tilstrekkelig informasjon og hjelp. Fagpersoner, blant annet sykepleiere er kontinuerlig i relasjon med pasienten og deres nærmeste, og har muligheten til å observere om pasienten har kunnskap, ferdigheter og holdninger som gjør han i stand til å mestre, og å leve med sin helsesvikt (Tveiten 2013, 17-31).

Målet med sykepleierens pedagogiske funksjon er å styrke pasientens egne ressurser og tro på seg selv. Gjennom empowerment eller myndiggjøringsprosessen blir pasienten mer i

stand til å øke kontrollen over de faktorene som påvirker deres helse. Det aktiverer mestringsevnen og tilfredsstillende behov, samt gjør en i stand til å løse egne problemer og å skaffe seg nødvendige ressurser for å kunne ta kontroll over eget liv og arbeide mot egne mål og behov (Kristoffersen 2016c, 351-353).

### 3.0 Metode

I retningslinjene til Høgskolen i Molde (Eines m.fl. 2018) står det skrevet at avsluttende bacheloroppgave skal være en systematisk litteraturstudie. Det skal være en fordypning i temaer som omfatter sykepleie, og skal gi ny kunnskap som har påvirkning av sykepleiernes utdanning og yrkesutførelse. Begrepene kompetanse og fagutvikling brukes ofte om en an, men hovedfokuset er å øke kompetansen helsepersonellet innehar, herunder kunnskapen, holdningene og evnene som påvirker utføringen av bestemte oppgaver på en forsvarlig måte (Løvsetten 2013).

En metode er et verktøy vi tar i bruk for å undersøke noe. Det gjør oss i stand til å innhente relevant informasjon til undersøkelsen. Når man velger en metode velger man også hvordan man ønsker å gå frem videre i studien (Dalland 2014, 112). I en systematisk litteraturstudie forventes det at man besvarer hensikten gjennom å søke etter, og identifisere aktuelle forskningsartikler, velge de aktuelle artiklene og å vurdere og analysere disse (Forsberg og Wengstöm 2015, 27).

#### 3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjons- og eksklusjonskriterier hjelper oss å velge hvilke studier som skal inkluderes i studien (Forsberg og Wengstöm 2015, 174).

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Kvalitativt forskningsdesign	Kvantitativt forskningsdesign
Pasientperspektiv	Sykepleier- eller pårørendeperspektiv
Gjennomgått hjerteinfarkt	Reviewartikler
Kvinner og menn	Utgitt før 2009
Norsk, engelsk, svensk eller dansk språk	
Utgitt i 2009 eller senere	

Tabell 1: Oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriterier

Kjernespørsmålet i studien vår ble hvordan oppleves det, og med dette ønsket vi kunnskap om erfaringer og holdninger. Det førte til at det relevante studiedesignet for å besvare kjernespørsmålet var kvalitative metoder (Nortvedt m.fl. 2016, 35).

Vi ønsket kunnskap om de subjektive erfaringene pasientene hadde, og det får vi best resultat av ved kvalitative studier. Det brukes ikke-statistiske metoder når man analyserer, og datainnsamlingen gjennomføres i stor grad gjennom observasjoner, intervju og gjennom lesing av dokumenter (Nortvedt m.fl. 2016, 72).

## **3.2 Datainnsamling**

### **3.2.1 Utarbeiding av PO-skjema**

Vi skrev ned ulike formuleringer av hensikten, og slo tilslutt fast en. Vi brukte nøkkelordene i hensikten til å utarbeide et PICO-skjema, eller i vårt tilfelle et PO-skjema (vedlegg 1).

Et PICO-skjema hjelper oss til å jobbe kunnskapsbasert. Det gjør at man kan dele opp spørsmålet så man får det mer konkret og spesifisert. Det fører så til at det blir enklere å finne forskningsartikler som er aktuelle for å besvare hensikten. P står for *patient/problem*, hvilke pasienter eller pasientgrupper er aktuelle. O står for *outcome*, hvilket utfall er man på jakt etter, hva ønsker man å oppnå. Vi valgte å utelukke I og C, da disse ikke var aktuelle for problemstillingen vår. I og C står for *intervention* og *comparison*, hvilke tiltak man ønsker å vurdere og om en ønsker å sammenligne to tiltak (Nortvedt m.fl. 2016, 33).

### **3.2.2 Databaser**

Vi fikk en gjennomgang av hvordan man søker i databaser av bibliotekar, med hovedfokus på databasen Ovid Medline. Når vi begynte å søke aktivt etter forskningsartikler søkte vi i Ovid Medline, Ovid PsycINFO, Cinahl og ProQuest. Etter søket så vi at mange av forskningsartiklene gikk igjen i de ulike databasene.

### **3.2.3 Litteratursøkingstrategi**

Vi startet søket etter forskningsartikler etter vi hadde fått opplæring. Vi satt sammen på skolen og fylte ut et PICO-skjema som lå til grunn for søket vårt. Vi tok utgangspunkt i nøkkelordene våre, *hjerteinfarkt* og *erfaringer*. Vi oversatte ordene til engelsk, og fant synonymer vi kunne bruke.



Etter vi hadde søkt en del alene, fikk vi time hos bibliotekar. Vi hadde med ferdig utfylt PO-skjema, og et ønske om hjelp til å spisse oppgaven vår. Vi hadde snakket oss to i mellom om å ha fokus på bare kvinner, bare menn, eller de under en viss alder. Vi ønsket hjelp til å finne forskningsartikler som hadde deltagere under en viss alder. Bibliotekar kom med forslag om å legge til alders-limit i søket og å legge til et søkeord som omtalte de yngre. Vi hadde allerede forsøkt dette, uten særlig hell.

Når vi søkte brukte vi de samme søkeordene i de ulike databasene. Vi brukte søkeordene myocardial\*, myocardial infarction/, myocardial infarct\*, heart attack\* og heart infarct\* under patient/problem. Under O brukte vi experienc\*, og vi valgte å legge inn qualitative og qualitative research som søkeord. Vi valgte også å legge inn de samme limitene på alle søkene. Disse limitene var at artiklene var publisert i 2009 eller senere, og de måtte være publisert enten på norsk, engelsk, svensk eller dansk. Søkehistorikken vår er beskrevet i vedlegg 2. Som det kommer frem av søkeordene våre brukte vi trunkering. Det vil si at vi erstattet slutten av ordet med tegnet «\*» for å få med alle variantene av søkeordet (Nortvedt m.fl. 2016, 56). For eksempel skrev vi experienc\* med trunkering, slik at det skulle komme resultater både på experience og experiences.

Når vi fikk begrenset antall artikler ned til et overkommelig resultat, leste vi gjennom titlene på artiklene, for så å lese gjennom abstraktet til de vi syntes virket interessante og relevante. Når abstraktet var relevant for oss, lagret vi artikkelen på den aktuelle databasen. Ved en senere anledning gikk en av oss gjennom de lagrede artiklene, og undersøkte hvilke av disse vi hadde tilgang til, og hvilke vi måtte bestille via oria. Søkene gjennomførte vi stort sett når vi satt sammen, der hver av oss søkte på ulike databaser, samt at vi delte aktuelle artikler med hverandre når vi fant noe.

### **3.3 Kvalitetsvurdering**

Det publiseres mange forskningsartikler per dag, og det kan være utfordrende å finne de artiklene som er gode. Derfor er det viktig at man vurderer kvaliteten til de ulike artiklene (Nortvedt m.fl. 2016, 68-69). Når vi hadde funnet de artiklene vi ønsket å ha med i litteraturstudien vår, gikk vi gjennom dem og kvalitetsvurderte de. Dette gjorde vi ved hjelp av sjekklister fra Helsebiblioteket.no (2016).

Vi brukte sjekklister for vurdering av en kvalitativ studie. Den består av tre deler, der del A og del B, den innledende vurderingen og resultatvurdering består av totalt ni spørsmål som kan besvares med ja, nei og uklart. Dersom man svarer nei på ett av de to første spørsmålene i del A, anbefales det å ikke inkludere artikkelen i litteraturstudien. Del C er et spørsmål om resultatene kan være nyttige. Vi har valgt å gi dette spørsmålet svaralternativene som går igjen i resten av sjekklister.

I retningslinjene til Høgskolen (Eines m.fl. 2018) står det at alle artiklene vi har med skal være fagfellevurdert, som vil si at kvaliteten på artikkelen er kontrollert av andre enn forskerne selv, for å se om andre kan oppnå det samme resultatet ved samme fremgangsmåte (Nortvedt m.fl. 2016, 197). Dette sjekket vi ved å søke opp tidsskriftet artikkelen var publisert i, i NSDs register over vitenskapelige publiseringskanaler (DBH, 2019).

### **3.4 Etiske hensyn**

I følge retningslinjene til Høgskolen i Molde (Eines m.fl. 2018) står det skrevet at man i litteraturstudien skal vurdere om de etiske hensynene er i varetatt i hver enkelt av artiklene vi har valgt ut. Helsinkideklarasjonen er viktig for all medisinsk og helsefaglig forskning. Ett av punktene i deklarasjonen omhandler hensyn til individet fremfor hensynet til forskningsnytt. Det vil si at man skal veie nytte mot skade for deltagerne i forskningen. I vår oppgave har alle artiklene ikke-terapeutisk forskning, og det er desto viktigere at deltagerne ikke står i fare for å utvikle mulige skader av deltagelse (Slettebø 2017, 242-243).

I følge Dalland (2017) er etiske overveielser og ryddig bruk av personopplysninger en forutsetning for et godt samarbeid med de menneskene som bidrar med sine erfaringer og opplevelser. Deltagerne må frivillig bestemme seg for å delta, og har rett til å trekke seg fra studien uten å oppgi begrunnelse. Det er viktig at deltagerne forstår og oppfatter innholdet, og forstår betydningen eller konsekvensene av studien før de gir skriftlig og muntlig samtykke. For at deltagerne skal kunne gi samtykke, må informasjonen minst inneholde at opplysningene behandles konfidensielt, hvem har tilgang studien og hvilke metoder som skal benyttes. Informasjon om at deltagerne blir anonymiserte, for å ikke

enkelt identifisere personopplysninger er viktig (Dalland 2017, 239-241) I våre artikler har vi tatt hensyn til etiske vurderinger og at deltagerne har fått både skriftlig og muntlig informasjon om studien, og de har skrevet under samtykke til å delta.

Som studenter har vi en viss forforståelse om temaet vi ønsker å undersøke, det vil si at vi har gjort oss opp en mening om temaet. Det lar seg ikke gjøre å legge vekk denne forforståelsen vi alt har, men vi må være klar over at vi har den (Dalland 2014, 117). Vi forsøker så godt det lar seg gjøre å ikke la den være styrende i litteraturstudien vår. Vi har også forsøkt å være nøye med å referere korrekt og bruke primærkilder i oppgaven vår. Vi har vært forsiktig med å anvende sekundærkilder. I enkelt del av oppgaven vår har vi gjort det, f.eks har vi hentet sykepleieteoretiker Joyce Travelbees henvising fra Kristoffersen (2016b).

### **3.5 Analyse**

Evans (2002) har en oversiktlig analysemetode, som vi har valgt å benytte. Den består av fire faser, der den første fasen handler om å samle inn forskningsartikler, den andre fasen består av å identifisere nøkkelfunn i hver av artiklene, den tredje fasen handler om å lokalisere funn på tvers av artiklene og den fjerde fasen går ut på å samle funnene og skrive en presentasjon av resultatet.

Den første fasen i metoden er beskrevet under søkestrategi og i vedlegg 2.

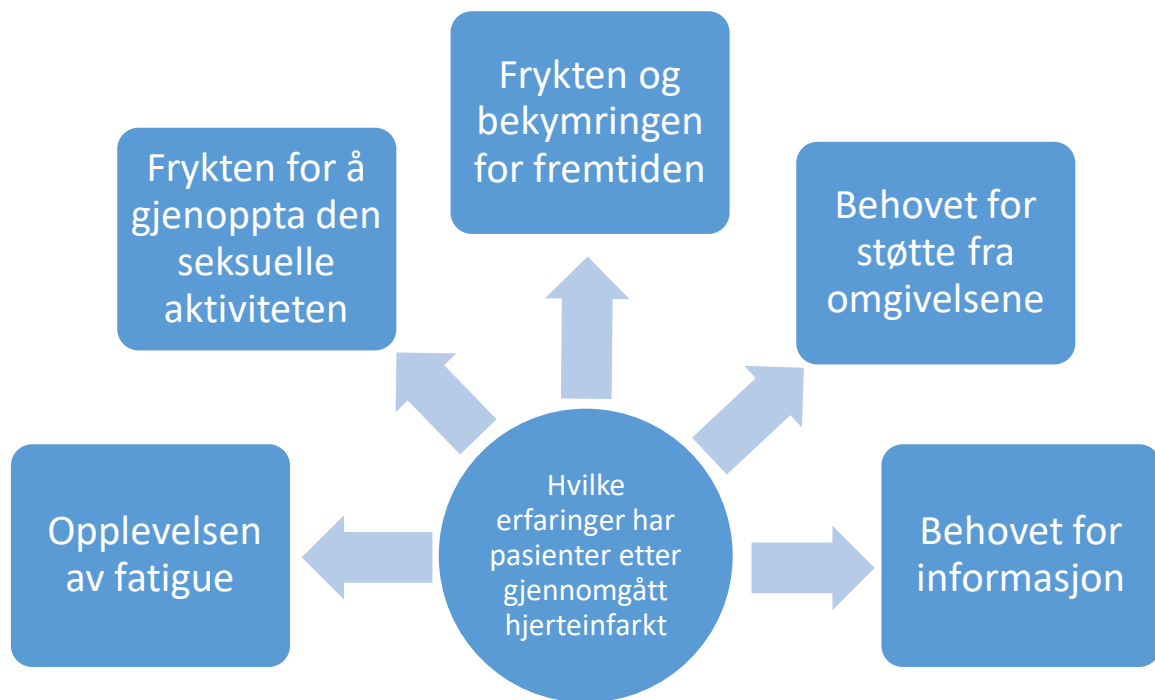
Fase to gjennomførte vi ved å lese gjennom artiklene vi ønsket å ha med. Vi jobbet på litt forskjellige måter, så en ønsket å oversette alle artiklene til norsk, for letter å forstå innholdet, mens den andre foretrakk å lese på engelsk, for å søke opp de ordene som ble for vanskelige. Vi markerte i artiklene det vi syntes var viktig.

I fase tre laget vi hvert vårt dokument i skriveprogrammet Word, med oversikt over funn fra de ulike artiklene. Etter det laget vi hver for oss et forslag til ulike tema eller kategorier, der vi f.eks. skrev energi, og skrev inn aktuelle funn fra hver av artiklene innunder overskriften. Hver artikkel hadde en egen farge, slik at vi lett kunne se hvilke artikler hvilke funn kom fra.

I den fjerde fasen sammenlignet vi de ulike kategoriene og funnene våre, og kom til enighet om hvilke vi ønsket å ta med inn i resultatpresentasjonen. Vi delte våre kategorier, og fordelte de vi ønsket å ta med mellom oss. Vi skrev hver våre forslag til hvordan vi ønsket å presentere resultatene.

## 4.0 Resultat

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvilke erfaringer pasienter har etter gjennomgått hjerteinfarkt. I dette kapittelet presenterer vi hovedfunnene fra de 12 inkluderte artiklene.



Figur 1: Oversikt over hovedfunn

### 4.1 *Opplevelsen av fatigue*

Ett av funnene i vår studie viste at fatigue var en utfordring for mange av pasientene, i ulike grad, med ulike utfordringer og ulikt omfang (Andersson, Borglin og Willman 2013; Fredriksson-Larsson, Alsen og Brink 2013; Gwaltney m.fl. 2017; Junehag, Asplund og Svedlund 2014a; Junehag, Asplund og Svedlund 2014b; Söderberg m.fl. 2013).

Fatigue opplevdes av og til som umulig å håndtere for deltagerne. Det kjentes som en ukontrollerbar og overveldende følelse. Det påvirket hverdagen og dens rutiner, og opplevdes som et problem (Andersson, Borglin og Willman 2013; Fredriksson-Larsson, Alsen og Brink 2013; Söderberg m.fl. 2013). Hverdagens aktiviteter måtte vurderes utsatt, og av og til håndterte de ikke de enkleste oppgavene (Andersson, Borglin og Willman

2013; Fredriksson-Larsson, Alsen og Brink 2013). For at hverdagen skulle gå rundt, måtte det planlegges. Dette for å unngå stress, samt å forsøke å ha nok energi til alle dagens aktiviteter (Andersson, Borglin og Willman 2013; Fredriksson-Larsson, Alsen og Brink 2013; Junehag, Asplund og Svedlund 2014b).

I'm slower, more tired. I actually don't want to live, but I don't want to hurt myself either. I want to live like normal, that's all. Before the MI, I could do three things at the same time, now I have to force myself to take a shower and go out... even if I have to crawl. (Fredriksson-Larsen, Alsen og Brink 2013, 6)

Følelser var en del av fatigue. Deltagerne opplevde frustrasjon over at de ikke hadde kontroll over egen kropp i den grad de hadde før hjerteinfarkt (Fredriksson-Larsson, Alsen og Brink 2013), samt at de ble frustrerte av at andre laget oppstyr rundt dem grunnet deres reduserte energi (Merritt, de Zoysa og Hutton 2017). Det ble av deltagerne i studien til Fredriksson-Larsson, Alsen og Brink (2013) forespeilet at helsepersonellet ikke kunne nok om fatigue, og at deltagerne følte de led på grunn av dette. Å ikke kunne gjøre ting i tempoet de var vandt til var en utfordring, og det førte til at deltagerne opplevde en følelse av tristhet og irritasjon (Fredriksson-Larsson, Alsen og Brink 2013). I begynnelsen ble den emosjonelle og kognitive kapasiteten tømt, og de hadde nok med å være alene og glede seg over å være i livet (Petriček m.fl, 2015). Den stadige mangelen på mental og fysisk energi førte til konsekvenser knyttet til sosialisering. De hadde ikke energi til å være sammen med venner og familie (Andersson, Borglin og Willman 2013; Fredriksson-Larsson, Alsen og Brink 2013; Junehag, Asplund og Svedlund 2014b).

Deltagerne erfarte å være fysisk svake, å føle seg svak, samt å ha redusert fysisk kapasitet (Gwaltney m.fl. 2017; Junehag, Asplund og Svedlund 2014a; Junehag, Asplund og Svedlund 2014b; Merritt, de Zoysa og Hutton 2017). Deltagerne i Merritt, de Zoysa og Huttons (2017) studie opplevde dette som tap av funksjoner som de selv mente samfunnet krevde av dem. De anså den fysiske utmattelsen som et tegn på aldring og følte de var svakere og «mindre i stand til». "I used to have this thing about, if I saw someone picking on someone in the street I'd step in, but now... I can't... you are not as male or as macho male as you were before..." (Merritt, de Zoysa og Hutton 2017, 596).

Deltagerne hadde en følelse av generell tretthet, søvnighet, søvnløshet og problematikk knyttet til innsovning og å sove (Gwaltney m.fl. 2017; Söderberg m.fl. 2013). Dette og den generelle mangelen på energi var også knyttet til deltageres tap av motivasjon (Fredriksson-Larsson, Alsen og Brink 2013; Gwaltney m.fl. 2017). For noen av deltagerne i studiene til Fredriksson-Larsson, Alsen og Brink (2013) og Söderberg m.fl. (2013) ble symptomene på fatigue også tolket som symptomer på depresjon.

## **4.2 Frykten for å gjenoppta den seksuelle aktiviteten**

Litteraturstudien vår viste at å gjenoppta seksuallivet medførte frykt og redsel, og at seksualitet ble sett som en viktig faktor for parforholdet, samt å oppnå en grad av normalitet i hverdagen. Mange var motiverte til å gjenoppta det seksuelle livet for å oppleve nærhet med partneren/ektefellen eller for egen eller partners nytelse (Abramsohn m.fl. 2013; Andersson, Borglin og Willman 2013; Söderberg m.fl. 2013).

I think the first couple of times you get to it after the heart attack, and it's with a lot of things and not just sex... you want to do it just to prove that you can and to feel normal again. You don't always want to be the lady that had the heart attack.  
(Abramsohn m.fl. 2013, 5)

I følge Andersson, Borglin og Willman (2013) opplevde deltagerne i studien det vanskelig å gjenoppta sexlivet. De var redde for at de ikke skulle kunne prestere seksuelt, som førte til en følelse av verdiløshet. Deres egne følelser og behov knyttet til seksualitet ble undertrykket (Andersson, Borglin og Willman 2013). Både de som hadde gjennomgått hjerteinfarkt og partneren var redd for at sex kunne være skadelig (Abramsohn m.fl. 2013). Nervøsiteten rundt dette var en av hovedgrunnene til utsettelse av gjenopptagelse (Abramsohn m.fl. 2013; Söderberg m.fl. 2013). “At first he was afraid because he thought I would have another heart attack ... and I told him I'd rather die with a smile on my face... I had to convince my husband that I wasn't going to die in bed.” (Abramsohn m.fl. 2013, 5). Hyppigheten av sex ble for mange redusert, og det oppsto en slags likegyldighet knyttet til det. Det ble ikke så viktig i perioden etter hjerteinfarkt. I stede oppsto det et større behov for nonseksuell fysisk kontakt, som mer kos, nærhet og ømhet (Abramsohn m.fl. 2013; Söderberg m.fl. 2013).

### **4.3 Frykten og bekymringen for fremtiden**

I vår studie kom det frem at deltagerne erfarte bekymring, frykt og redsel både knyttet til psykososiale forhold og praktiske sider i fremtiden (Abramsohn m.fl. 2013; Allison og Campbell 2009; Andersson, Borglin og Willman 2013; Fredriksson-Larsson, Alsen og Brink 2013; Gwaltney m.fl. 2017; Junehag, Asplund og Svedlund 2014a; Junehag, Asplund og Svedlund 2014b; McAnirn m.fl. 2015; Merritt, de Zoysa og Hutton 2017; Petriček m.fl. 2017; Petriček m.fl 2015; Söderberg m.fl. 2013).

Mange deltagerne hadde følelsesmessige reaksjoner som redsel og bekymring for eget liv og families fremtid. De var bekymret for ikke å se barnebarna vokse opp, og fryktet selv å dø. Mange deltagerne følte det som en hverdagskamp, både fysisk, emosjonelt og eksistensielt, å rette opp balansen og å gjenvinne livet. Mange var bekymret for en uforutsigbar fremtid, som ikke var garantert. Hjerte kunne stoppe uten advarsel og de kunne ikke stole på sin egen kropp. Deltagerne var også bekymret for, og fryktet at de ikke skulle klare å oppfylle foreldreansvaret overfor barna sine. De var bekymret for barnas helse og at de skulle arve hjertesykdommen (Junehag, Asplund og Svedlund 2014b; Petriček m.fl. 2015; Andersson, Borglin og Willmann 2013).

Deltagerne opplevelse av psykososiale konsekvenser besto av angst og frykt. Blant annet for et nytt hjerteinfarkt. Mange var redde for å forlate hjemmet, som førte til en følelse av mistillit til egen kropp og kroppens signaler. Mange fryktet å dø snart, og opplevde uønsket ensomhet og tvil. Deltagerne unngikk å være alene, fordi mørke tanker om livet og tilværelsen overtok, og de ble engstelige for å ikke kunne leve et langt liv. Flere hadde indre angst som var vanskelig å mestre. Dette er assosiert med økt risiko for depresjon, angst og en usikker framtid. En del deltagerne beskrev sin reaksjon på hjertebank med at de ble mer stresset og redd for å ha fått et hjerteinfarkt. Deltagerne bekymret seg for alt og alle (Abramsohn m.fl. 2013; Fredriksson-Larsson, Alsen og Brink 2013 Gwaltney m.fl. 2017, McAnirn m.fl. 2015; Merritt, de Zoysa og Hutton 2017; Söderberg m.fl. 2013).

I have come to realize that I'm no longer immortal... It has been the biggest thing to switch.. from living life as immortal to suddenly realizing that you. Shit, I wasn't so damned far from being on the wrong side and leaving it all, the children and everything. I never imagined that I would suffer an MI... And that's why I've started the thing with a will, something I never have considered before. That's not



something you should need to think about when you're thirty-five years old.

(Andersson, Borglin og Willman 2013, 764)

Det praktiske de var bekymret for var å ikke kunne oppfylle de økonomiske forpliktelsene, og yrkesaktiviteten på samme måte som før. Krav fra arbeidsgiver om å komme tilbake på jobb, samt at de var redde for å miste jobben førte til at de følte seg presset. De ble truet med omdisponering eller oppsigelser. Mange følte maktesløshet ovenfor situasjonen sin. En livstruende tilstand kan også svekke selvtilliten og fremkalle en følelse av å bli kategorisert som syk i ganske ung alder, dette kan medføre redsel, bekymring og frykt. (Allison og Campbell 2009; Andersson, Borglin og Willman 2013; McAnirn m.fl. 2015; Merritt, de Zoysa og Hutton 2017)

#### **4.4 Behovet for støtte fra omgivelsene**

Studien vår viste at å ha støtte fra familie, venner eller mentor var viktig. Denne støtten bidro til at deltagerne følte seg tryggere (Andersson, Borglin og Willman 2013; Fredriksson-Larsson, Alsen og Brink 2013; Junehag, Asplund og Svedlund 2014a; McAnirn m.fl.2015; Merritt, de Zoysa og Hutton 2017; Petriček m.fl.2015).

Deltagerne satte pris på de små samtalene og oppmuntringene, som fikk dem til å tenke mer positivt, og minnet dem på de gode ting i livet. Familie, voksne barn og barnebarn bidro til deres velvære og trivsel. Studie viste at å ha en mentor var verdifull støtte for de fleste deltageren. Å motta støtte fra likemenn fra befolkningen med lignende erfaringer, ga deltagerne muligheten til å diskutere psykososiale behov og overføre uformell kunnskap. Dette førte til at deltagerne ble mer motiverte til livsstilsendring, som hadde en sekundærforebyggende effekt for mange. De deltagerne som ikke hadde mentor ønsket å delta på organiserte møter med andre med samme erfaringer (Andersson, Borglin og Willman 2013; Fredriksson-Larsson, Alsen og Brink 2013; Junehag, Asplund og Svedlund 2014a; McAnirn m.fl.2015; Merritt, de Zoysa og Hutton 2017; Petriček m.fl.2015).

Mentroskap fra lokalbefolkning som har gjennomgått et hjerteinfarkt, og som har egne erfaringer og kunnskap, var psykososial støtte for deltagerne. Mentor påvirket deres oppfatning av sykdom og livsstil og var en verdifull støtte for de fleste (Junehag, Asplund og Svedlund 2014b). Det kommer også frem at mange deltagere følte seg forlatt, det var

ingen hjelp tilgjengelig, og de trengte støtte fra familie og venner grunnet usikkerhet. De måtte spørre om hjelp for å komme i gang (Fredriksson-Larsson, Alsen og Brink 2013).

Livet etter å ha overlevd et hjerteinfarkt ble ofte overveldende for deltagerne. De kunne ikke lengre utføre aktiviteter som før, og alle daglige oppgaver måtte planlegges. De hadde en følelsen av at alt forgikk i lavere tempo, som førte til negativ innvirkning på familielivet. De kunne ikke håndtere konflikter med barna eller familien, støyende miljø i hjemmet eller på jobb (Andersson, Borglin og Willman 2013). *“My son’s 5.... I think he knew because he was hugging me and giving me ‘heart power’, so he is obviously the reason I’m trying hard to get back to normal.”* (McAnirn m.fl. 2015, 613)

Deltagerne følte at de ikke hadde annet valg enn å be om støtte og hjelp. Dette førte til en følelse av avhengighet av andre (Andersson, Borglin og Willman 2013). Å være avhengig av andre kommer også frem i studien til Merritt, de Zoysa og Hutton (2017), yngre menn opplevde å trenge støtte og økonomisk hjelp fra foreldrene. De følte seg flau og det var pinlig. Dette var i uoverensstemmelse med hvordan livet burde være. En burde ikke være avhengig av andre i voksen alder. Avhengigheten ble likestilt med manndommen deres, som førte til frustrasjon og truet deres maskulinitet, samt minnet dem på deres fysiske sårbarhet. Medfølelse fra venner kunne føre til en følelse av nedverdiggelse for deltagerne. Men de fleste deltagerne la vekt på behov for støtte fra familien.

#### **4.5 Behovet for informasjon**

Ett av funnene våre var at deltagerne fikk forskjellig mengde og ulik type oppfølging, veiledning og informasjon av helsepersonell etter hjerteinfarkt (Andersson, Borglin og Willman 2013; Fredriksson-Larsson, Alsen og Brink 2013; Junehag, Asplund og Svedlund 2014a; Junehag, Asplund og Svedlund 2014b; Petriček m.fl. 2017; Sørderberg m.fl. 2013).

I Andersson, Borglin og Willman (2013) kom det frem at deltagerne hadde behov for informasjon om hvorfor de hadde fått et hjerteinfarkt, samt hvordan de skulle unngå å få nytt hjerteinfarkt. Det kom også frem at deltagerne opplevde det vanskelig å ta valg uten tilstrekkelig informasjon og kunnskap. Petriček m.fl. (2017) fant i sin studie at behovet for informasjon var knyttet til en normalisering av hverdagen. Det hjalp deltagerne å stabilisere situasjonen, og hadde positiv innvirkning på tilpasningen etter hjerteinfarkt.

Deltageren ønsket informasjon om hjerteinfarkt generelt, samt spesifikt om eget hjerteinfarkt.

Knowing about the disease really calmed me, helped me to relax.... I had to educate myself about the disease, read a lot and learn about it... what caused it, the possible course and consequences, how to behave... I think one has to know a lot! For instance, I learned that sugar and fat clog blood vessels and cause a heart attack. It's important to know what will help, so you know how to behave (Petriček m.fl. 2017, 39)

I Junehag, Asplund og Svedlund (2014a) var det delte meninger om informasjonen de fikk etter hjerteinfarkt. Noen var fornøyd med informasjonen, andre opplevde at de fikk mye informasjon, men at det var standardisert og upersonlig. De følte ei heller at de hadde fått tilstrekkelig informasjon om de psykologiske konsekvensene. Søderberg m.fl. (2013) fant i sin studie at deltagerne opplevde å få lite informasjon. Deltagerne ønsket også at informasjonen som ble gitt, skulle bli gitt til partneren, og ikke bare til den som hadde gjennomgått hjerteinfarkt.

Mange deltagerne hadde god tillit til legen og la vekt på legens kommunikasjonen for å mestere den nye diagnosen. Blant annet helsepersonell, var sykepleieren en av de viktigste for å vis interesse i deltageres opplevelser og behov for omsorg. Deltagerne beskriver at de ikke forventet bare medisinsk omsorg, men også emosjonell støtte. De satte pris på muligheten for at deres ideer, tanker, bekymringer og frykt ble hørt. Oppfølgingstjenesten var også høyt verdsatt. Det opplevdes viktig at helsepersonell erkjente den enkeltes historie, og ga omsorg, ikke bare behandling (Petriček m.fl. 2017).

I studien til Junehag, Asplund og Svedlund (2014a) kommer det frem at deltagerne mente at standardisert informasjon ikke var tilstrekkelig i forhold til den enkeltes behov. De følte at de trengte mer hjelp til å håndtere den eksistensielle krisen etter utskrivning.

Helsepersonell burde forberede og informere om mulige konsekvenser av hjerteinfarkt. Deltagerne ønsket å få beskjed om at opplevelsen av en eksistensielle kriser var normal og kan oppstå når en minst forventer det. Det var viktig for deltagerne at helsepersonellet hadde kunnskap om behovet for støtte både innen og utenfor familien. I Fredriksson-Larsson, Alsen og Brink (2013) og Junehag, Asplund og Svedlund (2014b) kommer det

frem at helsepersonell hadde manglende eller lite kunnskap om fatigue og hadde mindre fokus på angst og depressive symptomer. Det var mangel på innlevelse og forståelse om hva deltagerne gjennomgikk.

Mange deltagere opplevd det stressende og krevende å følge treningsprogrammer eller besøke legen (Andersson, Borglin og Willman 2013). Mange følte det overveldende og var misfornøyd. Å få kaste mye informasjon om hva man skal gjøre og hva man skal ta, gjorde det vanskelig å husk alt. Det ble en overbelastning av informasjon, og de ble forvirret av lange tilbakemeldinger (Søderberg m.fl. 2013).

## **5.0 Diskusjon**

### **5.1 Metodediskusjon**

#### **5.1.1 Inklusjon av artikler**

Vi hadde klare kriterier når vi begynte å søke, blant annet utgivelsesår av artikkelen. Forskning er ferskvare, vi anser det som en styrke at vi har en begrensning i publiseringsår. I noen tilfeller kan det anses som en svakhet, da erfaringer etter gjennomgått hjerteinfarkt, ikke nødvendigvis endrer seg over årene. Artiklene vi har inkludert i litteraturstudien vår er utgitt mellom 2009-2017.

Alle artiklene vi har inkludert i studien vår er kvalitative. Dette kan ses som en styrke, da vi i hensikten vår ønsket å få svar på erfaringer og opplevelser. Det kan også være en svakhet, da vi kan ha gått glipp av relevante resultat fra kvantitative studier, som gir en mer overordnet oversikt over omfanget, samt relevant statistikk. Da kjernes spørsmålet vårt lar seg best besvare ved hjelp av kvalitative studier, som går mest i dybden, og får frem nyanser og erfaringer valgte vi å ha fokus på denne type studie (Nortvedt m.fl. 2016, 35).

Vi hadde ingen begrensning på hvor i verden studiene skulle være utført. Vi har derfor inkludert artikler fra Danmark, Sverige, Kroatia, Storbritannia, Sveits og USA. Når vi har analysert og vurdert artiklene har vi ikke sett store forskjeller på hvordan man erfarer hjerteinfarkt i de ulike landene, men et av funnene våre tilsa at pasientene var redde for å miste jobben sin, og for den økonomiske konsekvensen av hjerteinfarkt, noe man ikke trenger å bekymre seg for i Norge, da vi har gode sikkerhetsnett. Inkludering av artikler på tvers av landene kan ses som en styrke for litteraturstudien vår, da vi får erfaringer som samstemmer til tross for ulik kultur, det kan også være en svakhet med tanke på til dels problematisk overføring til norske forhold.

Vi valgte pasientperspektiv i studien vår, da vi fant lite om pasientenes egne erfaringer i annen litteratur, og vi ønsket mer kunnskap om dette. Perspektivet er også nært knyttet til problemstillingen og hensikten vår, som omhandler nettopp pasientens egne erfaringer og opplevelser.

### **5.1.2 Datainnsamling**

Vi brukte PO-skjemaet vårt gjennom hele søkeprosessen, og når vi kom over aktuelle søkeord ble de inkludert. Vi syntes det var positivt å jobbe aktivt med PO-skjemaet, da det gjorde søkene våre systematiske og organiserte.

Vi søkte i ulike databaser, blant annet Ovid Medline, Ovid PsycINFO, Cinahl og ProQuest. Vi søkte i flere databaser, men da de samme artiklene dukket opp i de ulike databasene valgte vi å utelukke noen av databasene. De databasene vi til slutt brukte inneholder artikler om blant annet sykepleie, medisin, helse og psykologi, noe som egnet seg for å svare på vår hensikt.

Vi forsøkte å snevre inn litteraturstudien vår ved å legge inn aldersbegrensning. Det visste seg vanskelig, da vi fikk opp de samme artiklene uavhengig av kjønn og alder. Da vi la inn begrensning i søket via limits, fikk vi fremdeles opp artikler som hadde aldre over vår begrensning. Etter mange søk med ulike begrensninger, og etter time med bibliotekar følte vi ikke at vi kom særlig mye lengre enn før vi la inn begrensning. Vi forsøkte også manuelt søk, for å se om det kunne føre til flere aktuelle artikler, her gjennom å lese litteraturlisten til de aktuelle artiklene, og via Google Scholar, men til tross for forsøket fant vi ikke flere artikler som var aktuelle. Vi valgte derfor å gå bort fra innsnevringen på alder, og heller skrive mer generelt. Vi anser det som en styrke at vi har forsøkt å begrense oppgaven, og har gjort en innsats for å få det til, men det kan også være en svakhet at vi gjorde denne jobben uten å lykkes.

### **5.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske hensyn**

Vi hadde ingen erfaringer med kvalitetsvurdering av artikler på forhånd, så vi valgte derfor å forholde oss til sjekklistene publisert på Helsebiblioteket.no (2016). Vi gikk gjennom hver av artiklene hver for oss, for så å sammenligne resultatene våre. Vi hadde like svar på alle spørsmålene på sjekklisten. Vi ser på dette som en styrke i litteraturstudien vår, da alle artiklene har blitt kontrollert av to ulike individer, dog kan det være en svakhet om man tolker spørsmålene ulikt, eller misforstår spørsmålene.

Alle våre artikler er forhåndsgodkjent av etiske komiteer i respektive land. Det er en styrke i litteraturstudien vår at vi har ivaretatt etiske hensyn og var opptatt av at alle artiklene var tilstrekkelig fagfelleurdert. Vi har søkte opp alle tidsskriftene artiklene var publisert i på Norsk senter for forskningsdata (DBH.no 2019). Alle var fagfelleurdert og ni av artiklene var publisert i tidsskrifter på nivå 1, to på nivå 2 og en artikkel på nivå 0.

#### **5.1.4 Analyse**

Vi har benytte oss av Evans (2002) fire faser som hjelpemiddel i analyseprosessen vår. Vi hadde ingen erfaring med analyse fra før. Dette kan ses som en svakhet, da vi ikke med sikkerhet vet at prosessen er gjennomført korrekt. Vi jobbet på litt forskjellige måter, en måtte oversette alle artiklene til norsk, for letter å forstå innholdet, som kan føre til feil oversetting og tap av relevante funn. Vi ga alle artiklene fargekoder for å gjenkjenne funnen. Med dette systemet fikk vi god oversikt over hovedfunnene våre, og det ble enklere å lage en syntese på tvers av de forskjellige artiklene. Etter vi var ferdig med våre egne forslag, sammenlignet vi de ulike kategoriene og funnene vi hadde valgt ut, og kom til enighet om hvilke vi anså som viktigst, og ønsket å ta med inn i resultatpresentasjonen. Det kan være en styrke at vi ikke har blitt påvirket av hverandres analyseringsprosess og har identifisert funn selvstendig. Intersubjektiv gyldighet oppstår når to eller flere kommer frem til samme funn, og når en selv tolker data må man være klar over eget ståsted, kontekst og forforståelse (Dalland 2014, 59). Vi skrev hver våre forslag til resultatpresentasjoner, før vi leste gjennom hverandre sine, og tilføyde eller tok vekk det som ikke var like relevant.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

### **5.2.1 Sykepleierens rolle i mestring av fatigue**

I vår studie fant vi at fatigue var en utfordring, i ulik grad, uttrykk og omfang. Definisjonen av fatigue er tretthet, med redusert yteevne og styrke, mangel på energi, apati, kraftløshet, konsentrasjonsvansker og depresjon (Braly og Chervin 2010, referert i Bastøe og Frantsen 2016, 348). Fatigue innebærer emosjonelle, kognitive og fysiske symptomer, som i ganske stor grad kan påvirke den det gjelders hverdag (Bastøe og Frantsen 2016, 348). Utmattelsen kan ikke relateres til normale årsaker, slik som søvnighet eller mye aktivitet, og er en usynlig problematikk som kan føre til misforståelser fra omgivelsene (Espeset m.fl. 2016, 286).

Fatigue medfører at man orker mindre, som igjen fører til at man må redusere aktivitetsnivået i hverdagen. Alvorlighetsgraden kan variere, fra liten til stor innvirkning på livet (Ranhoff 2016, 360). Sykepleiere har en oppgave i å styrke pasientens egne ressurser, for at pasienten skal ta ansvar for egen helse, samt mestre sin egen livssituasjon. I en slik situasjon er man i stor grad avhengig av brukermedvirkning. Gjennom å veilede pasienten forsøker sykepleieren å styrke pasientens egenmakt og kompetanse (Kristoffersen 2016c, 350-362).

I en artikkel av Fredriksson-Larsson m.fl. (2015) står det at når man skal sette inn intervensjoner for fatigue, kan det lønne seg å fokusere på å lindre stress, samt ha fokus på egnede mestringsstrategier. Sykepleiere kan være med å lindre stress ved å fremme mestring hos pasienten. For å kunne fremme mestring må man samle inn data om forholdene som påvirker pasientens vurdering av situasjonen. Sykepleier kan sette inn tiltak som påvirker pasientens opplevelse av trussel, samt styrke pasientens mulighet til å mestre situasjonen selv. Det skilles i hovedsak mellom to hovedtyper mestringsstrategier, problemorientert mestring og emosjonelt orientert mestring. Ulike faktorer legger føringen for hvilke mestringsstrategier man velger, f.eks. opplever man situasjonen som svært truende, er det lite sannsynlig at man velger en problemorientert mestringsstrategi. Sykdom og helsesvikt blir ansett som noe man ofte bare må innfinne seg med, og det er dermed vanligere å velge en passiv strategi (Kristoffersen 2016a, 249-251).



Tiltak mot utmattelse kan inneholde blant annet fysisk trening, herunder kondisjonstrening, som bedrer den fysiske funksjonen og reduserer trøtthet. Dette kan sykepleier bidra til ved å tilpasse mengde og intensitet til den enkelte. Et annet tiltak kan være at sykepleier informerer pasienten på forhånd. Det kan forebygge bekymringen som oppstår når trøttheten inntreffer, og er med på å normalisere opplevelsen. Det kan med fordel også gis råd om atferd som regelmessig og tilpasset aktivitetsnivå, tilstrekkelig med hvile og søvn, sunn ernæring og organisering av hverdagen (Loge 2014, 289). Det er viktig for sykepleiere å huske at god helse er en subjektiv opplevelse, og at det er den enkeltes opplevelse som er avgjørende for om man opplever god eller dårlig helse (Travelbee, referert i Kristoffersen 2016b, 29).

I følge Fredriksson-Larsson m.fl. (2015) kan fatigue tolkes som et symptom på depresjon. Det kan i mange tilfeller føre til problemer med innsovning og redusert mengde dyp søvn. Ved depresjon har man ofte økt behov for søvn, som muligens kan være relatert til at man ofte kan ha oppstykket søvn (Bastøe og Frantsen 2016, 361). Somatisk sykdom, som hjerteinfarkt kan være en utløsende faktor for depresjon, eller motsatt. Depresjon fører også til redusert livskvalitet, da det er en medvirkende faktor innen motivasjon for å gjennomføre aktiviteter (Kvaal 2016, 444). Depresjon er ofte preget av dårlig selvfølelse, nedstemthet, tankekjør, energiløshet og skyldfølelse. Det er høyere forekomst av depresjonssymptomer blant de som har hjertesykdommer enn andre. En femtedel av de som har gjennomgått hjerteinfarkt tilfredsstiller ICD-10s kriterier for depressiv lidelse, og omtrent halvparten rapporterer depressive symptomer (Sørli 2014, 475). Som sykepleier har man en utfordring i å avdekke symptomer på depresjon, noe som blant annet kan gjøres ved hjelp av ulike kartleggingsverktøy. Sykepleier kan også være viktig behandling av depresjon, med både å legge til rette for den alminnelige samtalen mellom pasient og pårørende og å selv være en deltager i lindrende og bekreftende samtaler (Kvaal 2016, 446-448).

### **5.2.2 Sykepleierens rolle i samtale om seksualitet**

Studien vår viste at å gjenoppta seksuallivet medførte frykt og redsel, og at seksualitet ble sett som en viktig faktor for parforholdet, samt å oppnå en grad av normalitet i hverdagen. Mange var motiverte til å gjenoppta det seksuelle livet for å oppnå nærhet med partneren eller nytelse for seg selv eller partneren. Seksualitet berører alle, uansett alder,

livssituasjon og kjønn. Det påvirker det å være et menneske, både psykisk og fysisk. Det omhandler både følelsesmessig, intellektuell og fysisk nærhet, nytelse, ømhet, seksuell lyst og begjær. Seksuelle problemer oppstår ofte samtidig som somatiske og/eller psykiske problemer. Sykepleiere som jobber med mennesker som har sykdommer som kan påvirke seksualiteten, må være klar over sammenhengen og seksualitet må være en del av den helhetlige behandlingen (Aars 2014, 588).

Å leve med iskemisk hjertesykdom kan få konsekvenser for seksualiteten, som kan føre til redusert livskvalitet, angst og depresjon (Dickens, Cherrington og McGowan 2012). Seksuell dysfunksjon, som opptrer hyppigere hos mennesker som har gjennomgått hjerteinfarkt, enn hos de som ikke har det, har negativ påvirkning på velværet, samt det ofte ses en sammenheng mellom seksuell dysfunksjon, angst og depresjon (Kriston m.fl. 2010). For noen oppleves seksualitet som svært viktig i forbindelse med fysisk og psykisk helse, samt opplevelsen av velvære. For at samlivet skal kunne fungere over tid, har det behov for næring, man må kunne gi og ta. Problemer i samlivet kan føre til mangel på sexlyst, og gleden knyttet til å være sammen kan bli redusert. Dette kan føre til at man glir fra hverandre, eller det kan resultere i at man får et tettere og bedre forhold i etterkant (Gamnes 2016, 386).

Seksuell lyst kan indirekte bli påvirket av sykdom eller skade. Psykisk betingede dysfunksjoner kan oppstå på grunn av uoverensstemmelser mellom krav og forventinger man stiller både til seg selv og til andre, og av problematisk samliv. Dersom man frykter at man ikke skal kunne tilfredsstille partnerens sin, kan man også utvikle prestasjonsangst, som ikke er unikt for hjerteinfarktpasienter (Gamnes 2016, 391). I følge Mæland (2006, 54) finnes det ingen grunnlag for å anta at seksuelle aktiviteter medfører økt risiko etter gjennomgått hjerteinfarkt. Legemidler kan med også prege sexlivet, da blant annet betablokkere kan medføre bivirkninger som erektil- og seksuell dysfunksjon. Vanlige legemidler ved gjennomgått hjerteinfarkt er blant annet betablokkere, statiner, ACE-hemmere og antitrombotiske legemidler, som virker sekundærforebyggende ved å forebygge tilbakefall eller forverring av hjertesykdom (Eikeland, Stubberud og Haugland 2017, 249-251). Som sykepleier er en av oppgave å informere pasienten om bivirkninger fra legemidler, da det kan føre til redusering av bekymring dersom det oppstår bivirkninger.

Gamnes (2016, 394-395) sier at ved akutt sykdom, dukker det opp andre behov, som prioriteres fremfor det seksuelle behovet. Om sykdommen blir kronisk, kan behovet for tilfredsstillelse få høyere prioritering etter hvert. Dette bekreftes av deltagerne i studien vår. Å gjenoppta et aktivt seksualliv etter hjerteinfarkt kan i aller høyeste grad føre til bekymring. Det fører ofte også til større bekymring enn annen fysisk aktivitet, selv om anstrengelsen som kreves ved seksuell aktivitet er på samme nivå som annen fysisk aktivitet. Sykepleier kan informere om at det anbefales forsiktighet rundt samleie dersom den hjertesyke opplever symptomer som brystmerter i løpet av, og etter samleiet, vedvarende hjertebank eller dyspné i over 15 minutter etter endt samleie, søvnforstyrrelser i etterkant eller utslitthet dagen derpå (Gamnes 2016, 394-395).

Det oppfordres til at helsepersonell skal ta opp seksualitet med pasientene, men til tross for oppfordringen synes ofte helsepersonell at det oppleves som vanskelig. De føler ikke at de har tilstrekkelig med kunnskap om temaet (Jaarsma m.fl. 2010). For at dette skal oppleves enklere kan man for eksempel legge til rette for kurs om temaet, slik at man får økt kompetanse innen området. Når man som sykepleier skal jobbe med mennesker som har seksuell problematikk, er det svært viktig at man er profesjonell. I de yrkesetiske retningslinjene (Norsk sykepleierforbund 2019) står det blant annet at man som sykepleier har en oppgave i å ivareta pasientens integritet og verdighet, det vil blant annet si at man som pasient i møte med sykepleier har rett til medbestemmelse og rett til å ikke bli krenket. I sykepleiers møte med noen som har seksuelle problemer, må det være opp til den enkelte pasienten om de ønsker å snakke om temaet, da det kan oppleves vanskelig for mange. Sykepleier må bruke kommunikasjonsferdighetene sine. Det er viktig at man lytter og utforsker, samtidig må det være rom for pasienten til å snakke om sin egen opplevelse av seksualitet. I en slik situasjon er det essensielt at man respekterer den andre parten. For at man som sykepleier skal ta best mulig vare på både seg selv og pasienten, må man ha tilstrekkelig kunnskap. Det kan være mange faktorer som påvirker ens holdninger til seksualitet, og disse må man selv være klar over (Gamnes 2016, 398).

De seksuelle utfordringene man opplever etter gjennomgått hjerteinfarkt kan reduseres betraktelig dersom den som er syk, og eventuelt partneren, får informasjon om konsekvensene av sykdommen, og hvordan det kan påvirke seksuallivet (Gamnes 2016, 395). Pasienter opplever at sykepleier ofte vegrer seg for å snakke om seksualitet. For at man som sykepleier skal kunne hjelpe med seksuelle utfordringer må man være

tilgjengelig og åpen for temaet. Mange er usikre på sin egen seksualitet, og som sykepleier kan man i slike situasjoner fortelle om normalvariasjonene, slik at pasienten kan øke sin tillit til seg selv og sine følelser. En av oppgavene til en sykepleier er også å kunne veilede og undervise pasienten om de eventuelle endringene som kan oppstå som konsekvens av sykdommen (Jerpseth 2016, 141).

### **5.2.3 Sykepleierens rolle i møte med frykt og bekymring**

I vår studie kom det frem at pasientene erfarte bekymring, frykt og redsel i forbindelse med psykososiale og praktisk forhold i fremtiden. Alvorlige livshendelser kan medføre store endringer i livet og det kan lett oppstå en traumatisk krise (Eide og Eide 2013, 166). Enkeltmenneskets reaksjon på en livskrise er individuell, og sykepleieren står ofte overfor en utfordring i å møte disse. Derfor er det viktig for oss som sykepleiere å iverksette tiltak for å hindre lidelser, og å sørge for å ivareta enkeltmenneskets grunnleggende behov for både fysiske, psykiske og sosiale behov. Ved å tilrettelegge miljøet rundt pasientene, kan sykepleier bidra til trygghet, positive opplevelser og å hjelpe pasientene til å bearbeide sorgen, samt finne sin egne vei ut av en personlig krise (Kristoffersen og Breievne 2016, 193-195).

I følge Eikeland, Stubberud og Haugland (2017, 229-230) er hjertesykdom forbundet med plutselig død. Hjertesykdom i en akutt eller kritiske situasjon oppleves ofte som en krise. Mange kan bli deprimert og utvikle en følelse av håpløshet. Usikkerhet og bekymring kan føre til utvikling av angstlidelser hos enkelte, som et resultat av en livstruende hendelse. Dette medfører redusert selvsikkerhet og følelse av hjelpeløshet. Som sykepleier må man ta pasientens tilstand på alvor, for å hindre utvikling av permanent angstlidelse. Ved hjelp av systematiske observasjoner og kartlegging, og å bygge gode allianser med pasienten gjennom et respektfullt og likeverdig forhold, kan man lindre og støtte pasientens selvbygge gjennom terapeutiske samtaler. En kan også motivere pasienten til å finne løsninger for bedre å mestre sin frykt (Kvaal 2016, 439-449). Et annet tiltak sykepleier kan iverksette er å informere om mulige symptomer på hjerteinfarkt, for å forebygge bekymringen pasienten har for et nytt hjerteinfarkt. Symptomene inkluderer blant annet brystmerter som varer over lengre tid, og som ikke lindres ved hjelp av legemidler eller hvile, kvalme og brekninger, engstelse og kaldsvette (Jacobsen m.fl. 2017, 78).

Pasienter kan være engstelige for å leve med hjerteinfarkt og for å dø. Ved hjerteinfarkt er det normalt å få følelsesmessige reaksjoner, de fleste pasientene bearbeider vanskene, men noen blir preget av vedvarende psykiske problemer. Det er viktig å gjenkjenne slike psykologiske reaksjoner, og ha en forståelse av hva som kan ligge bak denne reaksjonen (Mæland 2006, 45). Det er viktig å ha kunnskap og forståelse for den enkeltes opplevelser, reaksjoner og mestringsevne i akutt eller kritiske sykdom (Eikeland, Stubberud og Haugland 2017, 229-230). Denne danner vi på bakgrunn av teoretisk og klinisk erfaring, samt man etablerer kontakt med enkeltpasienten, å får deres sykdomsopplevelse og reaksjoner. Sykepleier må hjelpe pasientene til å få en opplevelse av å være en hel person med sykdom, ikke bare sykdommen alene (Kristoffersen 2016d, 70).

Å leve med hjertesykdom kan innebære et liv fullt av praktiske utfordringer og begrensninger. Enkelte kan oppleve å føle seg mindre verdifull, og som en byrde for andre. Dette kan påvirke mestringsopplevelsen, kroppsopplevelsen, selvbildet og medføre tap av mening og ytterligere bekymringer (Kristoffersen 2016d, 71-79). Mestring omhandler kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å håndtere eller redusere påkjenningene man utsettes for (Dahl 2014, 37). Å fremme mestring er en sentralt oppgave for sykepleiere. Vi må være oppmerksomme for å styrke pasientens egne ressurser, som kan være nødvendig for å kunne ta ansvar for egen helse, tro på egne evner, mestre sykdomsforløpet og for å takle både gode og dårlig hendelser (Kristoffersen 2016a, 238). Det er sykepleierens ansvar å legge til rett for mestring hos den enkelte pasienten og deres nærmest. Det er viktig å kartlegge og iverksette konkrete tiltak mot de faktorene som påvirker pasientens frykt og bekymring og opplevelsen av trussel (Kristoffersen 2016a, 263-264).

Mange var bekymret for, og fryktet å ikke oppfylle omsorgsansvaret, og for å ikke kunne oppfylle økonomiske forpliktelser og yrkesaktiviteter på samme måte som før. I Norge har man i følge folketrygdloven (1997) §8 rett til sykepengene ved sykdom, og trenger dermed ikke bekymre seg for økonomiske forhold. Krav fra arbeidsgiver, samt redsel for å miste jobben førte til en opplevelse av maktesløshet ovenfor situasjonen sin. Hjerteinfarkt kan forårsake en sterk opplevelse av trussel, og konsekvensene av sykdommen kan på kort eller lang sikt gjøre det vanskelig å leve livet som før. Man må gi opp de interesser som tidligere har vært en viktig del av livet. Derfor må sykepleier vektlegge å samle inn data og kartlegge det som er relevant for enkeltpasientens behov, verdier, kultur og personlig tro.

Vi må hjelpe pasientene å håndtere egne følelser i forbindelse med sorg, frustrasjon, utilstrekkelighet og skyldfølelse. Man må også tilrettelegge slik at de får planlegge framtiden, både det juridiske og økonomiske. Vi må hjelpe så pasienten kan yte omsorg overfor barn, ta del i oppdragelsen, bevare kontakten med venner, og ta vare på sine egne interesser og hobbyer (Kristoffersen 2016a, 264-271).

#### **5.2.4 Sykepleierens rolle i tilrettelegging for støtte fra familie, venner og mentor**

Studien vår viste at støtte fra familie, venner og/eller mentor var viktig. Denne støtten bidro til at pasientene følte seg tryggere. Det er viktig at pasientene får støtte, oppmuntring og veiledning for å mestre livstruende hendelser. Deres nærmeste kan være den viktigste støtten for pasienten. Sykdom kan påvirke forholdet dem i mellom, og de kan oppleve et dypere og tettere forhold. I noen tilfeller kan familien være en psykisk og fysisk påkjenning for pasienten. Som sykepleiere må vi kunne vurdere hvordan familien påvirker pasientens tilstand. Familie kan være en god ressurs for pasienter, og gode samarbeidspartner i omsorgen, men det er viktig å være bevisst på at familiemedlemmer kan bli overbelastet (Eikeland, Stubberud og Haugland 2017, 251). Pasientens behov og situasjon går foran deres egne behov. I følge Joyce Travelbee kan helsesvikt og sykdom ramme hele familien, og sykepleier bør inkludere pasientens familie i den vanskelige prosessen, slike at de også kan forstå og aksepterer sykdommens konsekvenser (Helgesen 2016, 143-145). Familien og de nærmeste trenger omsorg, og å bli sett og møtt med forståelser for sin situasjon. Mange føler seg usynlige og ikkeeksisterende. Det er viktig at vi som sykepleier er oppmerksomme og viser respekt og interesser for å finne ut hva familien trenger og hvordan de har det, slik at de opplever å bli sett og respektert (Eikeland, Stubberud og Haugland 2017, 251).

Å ha en mentor er verdifull støtte for mange. Å motta likemenns støtte fra andre med lignende erfaringer eller opplevelser, ga mulighet for å diskutere psykososiale behov og overføre uformell kunnskap. Mentor kan påvirke oppfatningen av sykdom og livsstil. Et sosialt nettverk betyr mye for mennesker, både på godt og vondt. Det er ikke så viktig med antallet og hvor ofte man har kontakt med hverandre. Det viktigste er å ha en eller flere personer man kan stol på, og som man får støtte av ved behov. God støtte har en dempende

effekt på stressopplevelser, og en negativ opplevelse føles ikke like belastende. Sosial støtte hindrer videre utvikling til en sykdom. Det er viktig for oss som sykepleiere å vurderer pasientene individuelt, og å hjelp dem via gode samtaler, observasjon, kartlegging av sosiale nettverk, og å støtte vedkommende til å gjøre nødvendige endringer i livet. Sykepleier må også hjelpe dem å fremme deres muligheter til å mestre situasjonen. Samtaler og veiledning kan føre til at pasienten klargjøre egne ønsker, behov og tar ansvar for eget helse (Helgesen 2016, 143-153). Sykepleier kan veileder og informere om de forskjellig foreningene som finnes, blant annet landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL.no) som tilbyr støtte, rådgivning, veiledning og informere om rettigheter. Man kan også få tilbud om å delta i en interessegrupper og likemannsarbeid. Interessegruppene tilbyr et fellesskap for å utveksle erfaring, gi hverandre støtte og å skaffe og spre informasjon som er knyttet til diagnosen. Likemannstilbud er for personer som har behov for å snakke med andre som har vært i, eller er i samme situasjon. LHL-medlemmer har lokallag neste over hele landet og alle medlemmer har gjennomgått opplæring og har taushetsplikt (LHL.no).

### **5.2.5 Sykepleierens rolle i formidling av informasjon og veiledning**

Ett av funnene våre var at pasientene fikk forskjellig mengde og ulik type oppfølging, veiledning og informasjon av helsepersonell etter hjerteinfarkt.

Blant helsepersonell er sykepleiere de viktigste for å vis interesse i pasientens opplevelser og behov for omsorg. Kristoffersen (2016c, 361) sier at sykepleier utgjør den største gruppen innen helsepersonell i helsetjenesten, og at det er den gruppen som møter pasientene i deres vante miljø. Sykepleierne har ofte tettere kontakt med, og har oppfølgingsamtaler med pasienten. Sykepleierne gir mer informasjon og mer konkret veiledning som er knyttet til pasientens egenomsorg, fordi grunnleggende verdier, kunnskap og ferdigheter er en del av sykepleierens pedagogiske kompetanse. I følge Travelbees definisjon av sykepleie er man i stor grad avhengig av menneske-til-menneske-forhold i sykepleien. Lidelse og smerte er en uunngåelig del av livet, og sykepleierens oppgave er å hjelpe den lidende å finne meningen i situasjonen, samt hjelpe den enkelte til å mestre de erfaringene som kommer med sykdommen og lidelsen (Travelbee, referert i Kristoffersen 2016b, 29-30).

Som sykepleiere kan man kun oppnå et menneske-til-menneske-forhold ved å møte den enkelte pasientens behov. For å oppnå slik forhold og utvikling, må vi jobbe gjennom flere faser, blant annet det første møtet, fremvekst av identitet, empati, sympati og opprettelsen av gjensidig kontakt og forståelse. Empati er viktig for å oppnå nærhet og kontakt, og det hjelper oss å innhente viktig informasjon om pasientenes indre opplevelse (Travelbee, referert i Kristoffersen 2016b, 32-34).

Pasientene forventer ikke bare medisinsk omsorg, men også emosjonell støtte og muligheten for at deres ideer, tanker, bekymringer og frykt skal bli hørt. Det er viktig at sykepleiere erkjenner den enkeltes historie, og er bevisst på å ha mer omsorg og støtte i behandling, ikke bare medisinsk behandling. I følge pasient- og brukerrettighetsloven (1999), kapittel 3 står det at pasienter har rett til medvirkning og informasjon i behandlingsprosessen. Sykepleierens ansvar er å legge til rette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring hos pasienter, og å sørge for at pasientene får tilstrekkelig informasjon og hjelp (Tveiten 2013, 17-31). Sykepleiere har en sentrale rolle i forhold til helsefremmende og forebyggende arbeid, ved å styrke pasientens mestringskompetanse gjennom opplæring, konkret informasjon og veiledning som er knyttet til pasientens egenomsorg (Kristoffersen 2016c, 355).

Når man lever med en kronisk sykdom, f.eks livet etter hjerteinfarkt, har mange behov for mestringsstøtte. Sykepleier har en viktig rolle i formidling om at sykdommen er krevende, og krever tilpasning i levemåte både for pasienten og deres nærmeste. Det er viktig at pasientene lærer om sykdommens behandling, nåtidens og fremtidens komplikasjoner og legemidlers virkning og bivirkninger. De trenger hjelp til å mestre sykdommen. I slike situasjoner har pasienten og deres nærmeste i hovedsak behov for å forstå og lære ny kunnskap og nye ferdigheter i forhold til livsstilsendringer, og trenger støtte og oppmuntring for å opprettholde den nye atferden og vedlikeholde motivasjonen. Å gi støtte er en viktig side av helseveiledning (Kristoffersen 2016c, 354-355).

Standardisert informasjon er ikke alltid tilstrekkelig i forhold til den enkeltes behov. Informasjonen kan være omfattende, upersonlig og kan ha mest fokuset på medisinske problemer og trening. Det er lite informasjon om psykologiske konsekvenser som kan oppstå eller beskrivelse av at bekymring er en normal reaksjon. Å gjennomgå et inngrep kan påvirke de fleste. Enkelt kan tilpasse seg den nye situasjonen mens andre opplever stor



belastning. Graden av angst og uro er avhengig både av inngrepets alvorlighetsgrad, tidligere erfaringer og hvor forberedt pasienten er. Høyt stressnivå og følelsen av maktesløshet og tap av kontroll kan være en ekstra belastning for mange pasienter. Sykepleiere som møter pasienten i den perioden har et viktig ansvar for å støtte, informere og forberede pasientene på det de skal gjennomgå (Berntzen m.fl. 2017, 310). Mange sykehus sender i dag helseopplysning og informasjon skriftlig til pasientene. Det er generell standardisert informasjon. Når pasienter møter på sykehus, er det naturlig at undervisningen og veiledningen blir individuell. Mange av pasientene trenger mer støtte og kontinuerlig veiledning under sykehusoppholdet for å mestre situasjon på best mulig måte, slike at de klare seg selv etter hjemreise. Det er viktig for sykepleiere å finne ut hva pasienten selv tenker om sin situasjon og tilstand, hva de selv mener og forstår. Det er også viktig at sykepleier legger til rett for medvirkning og samhandling, samt respektere pasienten, som er ekspert på seg selv (Tveiten 2013, 158).

Alle pasienter og deres nærmeste har behov og rett til informasjon om det som angår dem selv. Mangel på informasjon kan føre til utrygghet, usikkerhet og økt lidelse (Tveiten 2013, 158). Det er viktig at sykepleier er oppmerksom på at informering er en toveiskommunikasjon. Selv om informasjon har blitt gitt, er det ingen garanti for at innholdet er forstått. Både omfang og bruk av ukjente begreper kan gjøre det vanskelig for mange å nyttiggjøre seg informasjon som gis. Derfor er dialog sentralt i sykepleiefaget (Kristoffersen 2016c, 370). Gjennom pedagogiske samtaler, respekt og innlevelsesevne for hver enkelt pasients situasjon, livserfaring og ikke minst faglig og personlig trygghet, kan sykepleieren støtte og oppmuntre til å opprettholde pasientens motivasjon og trygghet for å gjennomføre beslutninger og å mestring helseutfordringer (Kristoffersen 2016c, 360-363).

## 6.0 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvilke erfaringer pasienter har etter gjennomgått hjerteinfarkt. Vi fant at pasientene har erfaringer med fatigue, seksualitet, frykt og bekymring, behov for informasjon og støtte gjennom vår studie.

Vi fant at fatigue var en utfordring. Helsepersonellet hadde lite kunnskap om fatigue, noe som førte til at pasientene følte de fikk for lite hjelp, samt at pasientene erfarte forskjeller i hvor stor påvirkning det hadde i hverdagen. Seksualitet ble også anset som et stort tema for pasientene. De opplevde redsel i gjenopptakelsen av seksualitet, og følte at de måtte etterspørre informasjon, og at det var et behov for at sykepleiere var komfortable med temaet, og hadde relevant kunnskap som kunne videreføres til pasient og partner. Videre fant vi at pasientene følte mye frykt og bekymring rundt både den økonomiske delen av hverdagen, som ikke er like relevant i Norge, og rundt fremtiden. De erfarte at støtte fra familie, venner og mentor var viktig, og at det gjorde at de følte seg tryggere. Opplevelsen av å ha et hjerteinfarkt førte også til et behov for informasjon. Noen opplevde å få mye informasjon, som var standardisert og uten tilpassing til den enkelte, mens andre opplevde å få veldig lite informasjon, og måtte selv etterspørre eller lete etter informasjon.

### 6.1 Forslag til videre forskning

Mennesker er yngre når de rammes av hjerteinfarkt, og det hadde vært interessant dersom det ble forsket mer på hvordan pasienter under 55 år opplever å gjennomgå et hjerteinfarkt, og hvordan dette påvirker hverdagen deres.

## Litteraturliste

- Aars, Haakon. 2014. "Menns seksualitet ved somatisk sykdom" i *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom. Symptomer, diagnostikk og behandling*. red. Alv A. Dahl, Trond F. Aarre, John Håvard Loge. . 1. utg. Oslo: Cappelen Damm AS
- Abramsohn, Emily M., Carole Decker, Brian Garavalia, Linda Garavalia, Kensey Gosch, Harlan M. Krumholz, John A. Spertus, og Stacy Tessler Lindau. 2013. "'I'm Not just a Heart, I'm a Whole Person here": A Qualitative Study to Improve Sexual Outcomes in Women with Myocardial Infarction." *Journal of the American Heart Association* 2 (4): 1. doi: <http://dx.doi.org/10.1161/JAHA.113.000199>.
- Allison, Maggie og Carol Campbell. 2009. "'Maybe it could be a Heart Attack . . . but I'm Only 31": Young Men's Lived Experience of Myocardial Infarction – an Exploratory Study." *American Journal of Men's Health* 3 (2): 116-125. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1557988307308519>.
- Andersson, Ewa Kazimiera, Gunilla Borglin, og Ania Willman. 2013. "The Experience of Younger Adults Following Myocardial Infarction." *Qualitative Health Research* 23 (6): 762-772. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1049732313482049>.
- Bastøe, Liv Karin Halvorsen og Anne-Marie Frantsen. 2016. «Behovet for søvn og hvile» i *Grunnleggende sykepleie bind 2 – Grunnleggende behov*. red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nordtvedt, Eli-Anne Skaug og Gro Hjemeland Grimsbø. 347-372. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Berntzen, Helene, Hallbjørg Almås, Anne Marie Gran Bruun, Siri Dørve, Asbjørg Giskemo, Grethe Dāvøy og Petrine Eide. 2017 «Perioperativ og postoperativ sykepleie» i *Klinisk sykepleie 1*. red. Hallbjørg Almås, Dag-Gunnar Stubberud og Randi Grønseth. 5. utg. 310-327. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Dahl, Alv A. 2014. "Grunnlag for psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom" i *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom. Symptomer, diagnostikk og behandling*. red. Alv A. Dahl, Trond F. Aarre, John Håvard Loge. 31-44. 1. utg. Oslo: Cappelen Damm AS
- Dalland, Olav. 2014. *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, Olav. 2017. *Metode og oppgaveskriving*. 6.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Database for statistikk om høgre utdanning (DBH). Tema: Publiseringskanaler. <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside> Lest: 04.11.19
- Dickens, Chris, Andrea Cherrington og Linda McGowan. 2012. "Depression and Health-Related Quality of Life in People with Coronary Heart Disease: A Systematic Review." *European Journal of Cardiovascular Nursing : Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology* 11 (09): 265-275. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1474515111430928>.

- Eide, Hilde og Tom Eide. 2013. *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Eikeland, Anne, Dag-Gunnar Stubberud og Trude Haugland. 2017. «Sykepleie ved hjertesykdom» i *Klinisk sykepleie 1*. red. Hallbjørg Almås, Dag-Gunnar Stubberud og Randi Grønseth. 5. utg. 229-275. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Eines, Trude, Ragnhild Michaelsen, Cecilie Grønvik og Stine Hauvik. 2018. «Eksamen SAE00 Bacheloroppgave i sykepleie.» Molde: Høgskolen i Molde, Avdeling helse- og sosialfag
- Espeset, Kari, Lene Rektorli Anne Grete Kristiansen, Elin Margrethe Solli, Viggo Mastad og Hallbjørg Almås. 2016. «Sykepleie ved nevrologiske sykdommer» i *Klinisk sykepleie 2*. red. Hallbjørg Almås, Dag-Gunnar Stubberud og Randi Grønseth. 5. utg. 269-302. 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. 2018. *Hjerte- og karsykdommer i Norge*. Lest 14.10.19. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/>
- Folketryktdloven. *Lov om folketrygd av 28.februar 1997 nr. 19*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19>
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2015. *Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 4. utg. Stockholm: Natur & Kultur
- Fredriksson-Larsson, Ulla, Pia Alsen, og Eva Brink. 2013. "I've Lost the Person I used to be - Experiences of the Consequences of Fatigue Following Myocardial Infarction." *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 8. doi: <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20836>.
- Fredriksson-Larsson, Ulla, Pia Alsen, Bjørn 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 (15-16): 2192-2200. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12876>.
- Gannes, Siv. 2016. «Seksualitet og helse» i *Grunnleggende sykepleie bind 2 – Grunnleggende behov*. red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nordtvedt, Eli-Anne Skaug og Gro Hjemeland Grimsbø. 373-407. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Govatsmark, Ragna Elise Støre, Tormod Digre, Sylvi Sneeggen, Kari Krizak Halle og Kaare Harald Bønnaa. 2019. «Årsrapport 2018. Med plan for forbedringstiltak». Nasjonalt sekretariat for Norsk hjerteinfarktregister. Lest 14.10.19. [https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2\\_arsrapport\\_2018\\_hjerteinfarkt.pdf](https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2_arsrapport_2018_hjerteinfarkt.pdf)

- Gwaltney, Chad, Matthew Reaney, Meaghan Krohe, Mona M. Martin, Heather Falvey, og Patrick Mollon. 2017. "Symptoms and Functional Limitations in the First Year Following a Myocardial Infarction: A Qualitative Study." *The Patient* 10 (2): 225-235. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s40271-016-0194-8>.
- Helgesen, Ann Karin. 2016. «Sosial kontakt.» I *Grunnleggende sykepleie bind 3 – pasientfenomener, samfunn og mestring*. Red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt, Eli-Anne Skaug og Gro Hjelmeland Grimsbø. 141-167. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Helsebiblioteket. 2016. Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie. «Sjekkliste». <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Helsepersonelloven. Lov om helsepersonell m.v. av 02.juli 1999 nr. 64. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/>
- Jaarsma, T., A. Strömberg, B. Fridlund, S. De Geest, J. Mårtensson, P. Moons, T. M. Norekval, et al. 2010. "Sexual Counselling of Cardiac Patients: Nurses' Perception of Practice, Responsibility and Confidence." *European Journal of Cardiovascular Nursing : Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology* 9 (1): 24-29. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2009.11.003>.
- Jacobsen, Dag, Sverre Erik Kjeldsen, Bård Ingvaldsen, Trond Buanes, Olav Røise og Eivind Berge. 2017. «Hjerte- og karsykdommer». I *Sykdomslære - indremedisin, kirurgi og anestesi*. 38-123, 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Jerpseth, Heidi. 2016. «Sykepleie ved gynekologiske sykdommer» i *Klinisk sykepleie 2*. red. Dag-Gunnar Stubberud, Randi Grønseth og Hallbjørg Almås. 5. utg. 133-168. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Junehag, Lena, Kenneth Asplund, og Marianne Svedlund. 2014a. "A Qualitative Study: Perceptions of the Psychosocial Consequences and Access to Support After an Acute Myocardial Infarction." *Intensive & Critical Care Nursing* 30 (1): 22-30. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2013.07.002>.
- Junehag, Lena, Kenneth Asplund, og Marianne Svedlund. 2014b. "Perceptions of Illness, Lifestyle and Support After an Acute Myocardial Infarction." *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 28 (2): 289-296. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12058>.
- Kristoffersen, Nina Jahren. 2016a. "Stress og mestring." I *Grunnleggende sykepleie bind 3 – Pasientfenomener, samfunn og mestring*. red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt, Eli-Anne Skaug og Gro Hjelmeland Grimsbø. 237-294. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Kristoffersen, Nina Jahren. 2016b. "Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise" I *Grunnleggende sykepleie bind 3 – Pasientfenomener, samfunn og mestring*. Red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt, Eli-Anne Skaug og Gro Hjelmeland Grimsbø. 15-80. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, Nina Jahren. 2016c. "Å styrke pasientens ressurser" I *Grunnleggende sykepleie bind 3 – Pasientfenomener, samfunn og mestring*. Red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt, Eli-Anne Skaug og Gro Hjelmeland Grimsbø. 350-400. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, Nina Jahren. 2016d. "Helse og sykdom utvikling og begreper" I *Grunnleggende sykepleie bind 1 – sykepleiefag og funksjon*. Red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt, Eli-Anne Skaug og Gro Hjelmeland Grimsbø. 30-83. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, Nina Jahren og Grete Breievene. 2016. "Lidelse, mening og håp" I *Grunnleggende sykepleie bind 3 – Pasientfenomener, samfunn og mestring*. Red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt, Eli-Anne Skaug og Gro Hjelmeland Grimsbø. 187-235. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kriston, Levente, Cindy Günzler, Anja Agyemang, Jü Bengel, og Michael M. Berner. 2010. "Effect of Sexual Function on Health-Related Quality of Life Mediated by Depressive Symptoms in Cardiac Rehabilitation. Findings of the SPARK Project in 493 Patients." *The Journal of Sexual Medicine* 7 (6): 2044-2055. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01761.x>.
- Kvaal, Kari. 2016. «Angst og depresjon» i *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. red. Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette Hylen Ranhoff. 438-451. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL). Tema: Hjerte- og kar sykdommer. <https://www.lhl.no/trenger-du-hjelp/likemannsarbeid/> Lest 19.11.2019
- Loge, John Håvard. 2014. "Trøtthet og utmattelse" i *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom. Symptomer, diagnostikk og behandling*. red. Alv A. Dahl, Trond F. Aarre, John Håvard Loge. 276-292. 1. utg. Oslo: Cappelen Damm AS
- Løvsletten, Maria. 2013. «Fagutvikling i praksis». *Tidsskriftet Sykepleien* 101, no. 2: 47-49. Doi: 10.4220/sykepleiens.2013.0002
- McAnirn, Gemma, Lisa Lusk, Patrick Donnelly, og Niall McKenna. 2015. "Shocked and Guilty, but Highly Motivated: Younger Patients' Experience Post MI." *British Journal of Cardiac Nursing* 10 (12): 610–15. doi: <https://doi.org/10.12968/bjca.2015.10.12.610>
- Merritt, Christopher J., Nicole de Zoysa, og Jane M. Hutton. 2017. "A Qualitative Study of Younger Men's Experience of Heart Attack (Myocardial Infarction)." *British Journal of Health Psychology* 22 (3): 589-608. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/bjhp.12249>.

- Mæland, John Gunnar. 2006. *Helhetlig hjerterehabilitering*. 2.utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Natland, Sidsel, Sidsel Tveiten og Ingrid Ruud Knutsen. 2017. «Hvorfor skal pasienten medvirke i forskning?». *Tidsskriftet Den Norske Legeforening* 137: 210-2. Doi: 10.4045/tidsskr.16.0839
- Norsk Sykepleierforbund. 2019. «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.» <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graveholt, Lena V. Nordheim og Liv Mette Reinart. 2016. *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm
- Pasient- og brukerrettighetsloven. *Lov om pasient- og brukerrettigheter av 02.juli 1999 nr. 63*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasientrettighetsloven>
- Petriček, Goranka, Josip Buljan, Gordana Prljević, og Mladenka Vrcić-Keglević. 2017. "Perceived Needs for Attaining a 'New Normality' After Surviving Myocardial Infarction: A Qualitative Study of Patients' Experience." *The European Journal of General Practice* 23 (1): 35-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13814788.2016.1274726>.
- Petriček, Goranka, Josip Buljan, Gordana Prljević, Patricia Owens, og Mladenka Vrcić-Keglević. 2015. "Facing the Diagnosis of Myocardial Infarction: A Qualitative Study." *The European Journal of General Practice* 21 (1): 19-25. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/13814788.2014.907269>.
- Ranhoff, Anette Høyen. 2016. «Tretthet». I *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. red. Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette Høyen Ranhoff. 360-366. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Slettebø, Åshild. 2017. «Forskningsetikk.» I *Etikk i sykepleien*, redigert av Berit Støre Brinchmann, 241-257. 4. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sønderberg, 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 (23-24): 3532-3540. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12382>.
- Sørli, Tore. 2014. "Hjerte- og karsykdommer" i *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom. Symptomer, diagnostikk og behandling*. red. Alv A. Dahl, Trond F. Aarre, John Håvard Loge. 471-482. 1. utg. Oslo: Cappelen Damm AS
- Tveiten, Sidsel. 2013. *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. 2.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

## Vedlegg 1 – PICO skjema for litteratursøk

Skriv spørsmålet så presist som mulig					
Hvilke erfaringer har pasienter etter gjennomgått hjerteinfarkt?					
Sett spørsmålet inn i PICO tabellen. Ikke alle spørsmål vil inneholde elementer fra alle PICO-delene.					
<b>P</b> – Hvilken pasientgruppe eller populasjon dreier dette seg om?			Hjerteinfarktpasienter		
<b>I</b> – Hva er det med denne gruppen – tiltak eller risiko som du er interessert i?					
<b>C</b> – Sammenligner du et eller flere tiltak?					
<b>O</b> – Hvilke resultat, utfall er du interessert i?			Erfaringer		
Hva slags type spørsmål er dette? Hva dreier det seg om?					
Prognose	Diagnose	Etiologi - årsaker	Effekt av tiltak	Prevalens	Erfaringer, opplevelser m.m. <b>X</b>
Finn søkeord knyttet til dine deler av spørsmålet					
<b>P</b>		<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>	
Myocardial* Myocardial Infarct* Myocardial infarction Heart Attack* Heart Infarct*				Experienc*	
				Qualitative Qualitative Research	



## Vedlegg 2 – Søkehistorikk

	#	Søkeord	Ovid Medline	ProQuest	Cinahl	PsycInfo
P	1	Myocardial*.mp	403791	612585	85699	6600
	2	Myocardial infarction/	162172	350412	54726	2827
	3	Myocardial infarct*.mp	223088	357758	54971	5283
	4	Heart Attack*.mp	4699	178674	37560	18
	5	Heart Infarct*.mp	1010	211642	3333	1049
	6	1 or 2 or 3 or 4 or 5	406306	740510	96073	7372
O	7	Experienc*.mp	908528	1953522	389605	671098
	8	Qualitative.mp	187023	408363	147275	157905
	9	Qualitative Research	48753	228082	17134	8398
	10	8 or 9	187023	408363	147275	157905
PO	11	6 and 7 and 10	253	505	294	87
Limits	12	Limit 11 to yr="2009 - Current"	123	309	164	53
Limits	13	Limit 12 to (Danish or English or Norwegian or Swedish)	118	299	148	50
<b>Antall treff</b>			<b>118</b>	<b>299</b>	<b>148</b>	<b>50</b>
<b>Antall leste abstrakt</b>			<b>27</b>	<b>40</b>	<b>37</b>	<b>23</b>
<b>Antall inkluderte</b>			<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>

### Vedlegg 3 – Oversiktstabell over inkluderte artikler

#### Artikkel 1

<b>Forfattere</b>	Abramsohn, Emily, Carole Decker, Brian Garavalia, Linda Garavalia, Kensey Gosch, Harlan M. Krumholz, John A. Spertus og Stacy Tessler Lindau
<b>År</b>	2013
<b>Land</b>	USA
<b>Tidsskrift</b>	Journal of the American Heart Association
<b>Tittel</b>	<i>“I’m not just a heart, I’m a whole person here”</i> : A qualitative study to improve sexual outcomes in women with myocardial infarction
<b>Hensikt</b>	Å forstå kvinners seksuelle helse etter et hjerteinfarkt, samt å informere for å bedre kvinners seksuelle funksjon i gjennomsnittlig 24 måneder etter deres hjerteinfarkt.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode, med semistrukturert intervjuguide
<b>Deltagere/Frafall</b>	En del av TRIUMPH-studien, der det ble tilfeldig trukket ut kvinner i tre ulike aldersgrupper (55-64, 65-74 og 75+). 17 kvinner med partner ble intervjuet, 11 ønsket ikke å delta og 2 var for syke til å delta.
<b>Hovedfunn</b>	De fleste gjenopptok de seksuelle aktivitetene innen 4 uker etter hjerteinfarkt. Seksuelle problemer og bekymringer var utbredt, blant annet pasientens og partners frykt for å forårsake et nytt hjerteinfarkt. Noen av kvinnene fikk veiledning om seksuelle bekymringer eller om tryggheten for å gjenoppta den seksuelle aktiviteten. De fleste som diskuterte sex med fastlegen tok opp temaet selv. Strategier for å forbedre den seksuelle helsen var: behov for privatliv, pasientsentrert fokus og informasjon om timing. Kvinnene følte også at veiledning burde bli initiert av kardiologen, samt oppfulgt gjennom rehabiliteringen.
<b>Etisk vurdering</b>	Studien ble godkjent av Saint Luke’s Hospital og av universitetet i Chicago. Alle deltagerne leverte informert samtykke.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Fagfellesvurdert og nivå 1, 10 av 10 ja ved kvalitetsvurdering.

## Artikkel 2

<b>Forfattere</b> <b>År</b> <b>Land</b> <b>Tidsskrift</b>	Allison, Maggie og Carol Campbell 2009 England American Journal of Men's Health
<b>Tittel</b>	<i>"Maybe it could be a heart attack... But I'm only 31": Young men's lived experience of myocardial infarction – An exploratory study</i>
<b>Hensikt</b>	Å undersøke opplevelsen av hjerteinfarkt hos yngre menn mellom 31 til 58 år som har fått et hjerteinfarkt i løpet av 12 måneder.
<b>Metode</b>	Det ble benyttet kvalitativ metode, semistrukturert intervjuer, med åpne spørsmål.
<b>Deltagere/Frafall</b>	7 menn
<b>Hovedfunn</b>	Studien avslørte fire hovedtemaer: desillusjonering med livet, mennene følte seg skuffet over deres tidligere livserfaringer. Anspenhet og stress, de fikk ikke løst opp stresset og anspenheten de opparbeidet seg. Opprettholde fasaden, alle snakket om viktigheten med å ikke vise svakhet. Uovervinnelighet, de fant det uvirkelig at de skulle ha hatt et hjerteinfarkt.
<b>Etisk vurdering</b>	Etisk godkjenning for studien ble gitt av det lokale sykehusets etiske komite og av universitetet i Teessides etiske review komite. Mennene ble anonymisert, og alle transkripsjonene og notatene ble låst inne i et skap, og ødelagt etter studien var avsluttet.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Fagfellesvurdert, nivå 1 og 9 av 10 ja ved kvalitetsvurdering.

### Artikkel 3

<b>Forfattere</b> <b>År</b> <b>Land</b> <b>Tidsskrift</b>	Andersson, Ewa Kazimiera Gunilla Borglin og Ania Willman 2013 Sverige Qualitative Health Research
<b>Tittel</b>	<i>The experience of younger adults following myocardial infarction</i>
<b>Hensikt</b>	Å belyse betydningen av opplevelsen til yngre mennesker (<55 år) i løpet av deres første år etter et hjerteinfarkt.
<b>Metode</b>	Det ble brukte en fenomenologisk-hermeneutisk metode og intervju med deltagerne.
<b>Deltagere/Frafall</b>	19 deltagere, kun 17 deltok, 6 kvinner og 11 menn. 2 deltagere kunne ikke bli lokalisert når intervjuene skulle finne sted.
<b>Hovedfunn</b>	Kjernetemaet var en hverdagskamp for å oppnå balanse i livet, både emosjonelt, eksistensielt og fysisk. Fem viktige temaer var manglende energi, frykt, krav, kroppslige trusler og at livet aldri blir det samme igjen.
<b>Etisk vurdering</b>	Forfatterne overholdt Helsinkideklarasjonen, Og ble godkjent av Regional Ethical Review Board i Lund (Sverige). Det ble innhentet verbale og skriftlig informert samtykke fra alle deltakere, og det ble informert om deres rett til å trekke seg når som helst uten å måtte oppgi noe årsaken.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Fagfellesvurdert, nivå 2 og 10 av 10 ja ved kvalitetsvurdering.

**Artikkel 4**

<b>Forfattere</b>	Fredriksson-Larsson, Ulla, Pia Alsen og Eva Brink
<b>År</b>	2013
<b>Land</b>	Sverige
<b>Tidsskrift</b>	International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being
<b>Tittel</b>	<i>I've lost the person I used to be – Experiences of the consequences of fatigue following myocardial infarction</i>
<b>Hensikt</b>	Å utforske personers opplevelse av konsekvenser av fatigue og deres strategier for å håndtere det 2 måneder etter hjerteinfarkt.
<b>Metode</b>	En kvalitativ metode, med intervju.
<b>Deltagere/Frafall</b>	18 deltagere, 5 kvinner og 13 menn
<b>Hovedfunn</b>	Hovedtemaet ble «Jeg har mistet den jeg var». Temaet ble bygd opp av fire kategorier; ufrivillige tanker, sikkerhet byttet ut med usikkerhet, å kjøre med håndbrekket på og å bare være nok. Videre hadde deltagerne forslag til hvordan de håndterte de ulike situasjonene.
<b>Etisk vurdering</b>	Studien ble godkjent av Regional Ethical Review Board i Göteborg. Deltakerne ble informert både muntlig og skriftlig om studiemålet og prosedyrene. Skriftlig og muntlig samtykke ble innhentet fra de som ønsket å delta i studien.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Er fagfellesvurdert, nivå 1 og 9 av 10 ja ved kvalitetsvurdering.

**Artikkel 5**

<b>Forfattere</b>	Gwaltney, Chad, Matthew Reaney, Meaghan Krohe, Mona M. Martin, Heather Falvey, Patrick Mollon.
<b>År</b> <b>Land</b> <b>Tidsskrift</b>	2016 Switzerland The Patient
<b>Tittel</b>	<i>Symptoms and functional limitations in the first year following a myocardial infarction: a qualitative study.</i>
<b>Hensikt</b>	Å fremheve symptomer og funksjonelle begrensinger pasienter har opplevd i løpet av året etter hjerteinfarkt.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode, med semistrukturert intervju.
<b>Deltagere/Frafall</b>	38 deltagere, 24 menn og 14 kvinner.
<b>Hovedfunn</b>	Omtrent halvparten av alle symptomene deltagerne rapporterte var relatert til fatigue. Innunder her ble det rapportert generell tretthet, tap av fysisk energi, mental energi og motivasjon. Brystsmerter og ubehag, søvnforstyrrelser og kortpustethet ble også hyppig rapportert. I tillegg rapporterte deltagerne emosjonelle effekter, inkludert bekymring og depresjon, og negativ innvirkning på forhold og sosiale aktiviteter.
<b>Etisk vurdering</b>	Studien ble godkjent av Essex Institutional Review Board, samt at alle deltagerne leverte skriftlig informert samtykke. Deltagerne mottok betaling for deltagelsen.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Fagfellevurdert, nivå 1 og 10 av 10 ja ved kvalitetsvurdering

## Artikkel 6

<b>Forfattere</b>	Junehag, Lena , Kenneth Asplund, Marianne Svedlund
<b>År</b>	2013
<b>Land</b>	Sverige
<b>Tidsskrift</b>	Intensive and Critical Care Nursing
<b>Tittel</b>	<i>A qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction.</i>
<b>Hensikt</b>	Å beskrive individers oppfatning av de psykososiale konsekvensene av et akutt hjerteinfarkt og deres tilgang til støtte ett år etter.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode, med individuelle intervju.
<b>Deltagere/Frafall</b>	20 deltagere, 14 menn og 6 kvinner. 11 av deltagerne fikk tilbud om mentor.
<b>Hovedfunn</b>	Tre tema, å ha et annerledes liv, å måtte styre situasjonen og å ha tilgang til støtte, samt 11 undertema. Deltagerne opplevde psykososiale konsekvenser, som angst og frykt for et nytt hjerteinfarkt. De fleste med mentor verdsatte mentoren sin, og de uten ønsket organisert støtte.
<b>Etisk vurdering</b>	Studien ble godkjent av den etiske komiteen ved Umeå universitet. Den overholdt også Helsinkideklarasjonen. Alle deltagerne og mentorene mottok muntlig og skriftlig informasjon om at deltagelsen var valgfri, og at de hadde muligheten til å trekke seg når de ville, uten forklaring. Deltagerne ble også informert om at de ikke ville kunne bli identifisert.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Fagfellevurdert, nivå 1 og 10 av 10 ja ved kvalitetsvurdering.

## Artikkel 7

<b>Forfattere</b>	Junehag, Lena , Kenneth Asplund, Marianne Svedlund
<b>År</b>	2013
<b>Land</b>	Sverige
<b>Tidsskrift</b>	Scandinavian Journal of Caring Sciences
<b>Tittel</b>	<i>Perceptions of illness, lifestyle and support after an acute myocardial infarction</i>
<b>Hensikt</b>	Å beskrive individers opplevelse av livsstil og støtte ett år etter hjerteinfarkt, med eller uten mentor.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode, med semistrukturert intervju
<b>Deltagere/Frafall</b>	20 deltagere, 14 menn og 6 kvinner
<b>Hovedfunn</b>	<p>Etter et akutt hjerteinfarkt vil ofte mennesker bli mer opptatt av en sunn livsstil. Men det er de ikke alltid motivert for å opprettholde den nødvendige livsstils endringer og trenger riktig støtte for å gjøre det. Men i et lite befolkede områder er det ofte vanskelig for mennesker som er rammet av et akutt hjerteinfarkt å finne standard rehabiliteringsprogrammer. Og det trenger alternativ former for støtte.</p> <p>Denne studien beskriver mennesker opplevelser og deres oppfatninger med både en positiv og negative livssyn. Deltakerne var klar over nødvendigheten for å leve en sunn livsstil, men noen ønsket å leve som før. Det å ha en mentor med samme erfaring tolkes for mange deltakerne som verdifull.</p>
<b>Etisk vurdering</b>	Denne studien er i samsvar med prinsippene beskrevet i Erklæring om Helsingfors og ble godkjent av den regionale etisk komité ved Umeå University.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Fagfellesvurdert, nivå 1 og 10 av 10 ja ved kvalitetsvurdering.



## Artikkel 8

<b>Forfattere</b>	McAnirn, Gemma, Lisa Lusk, Patrick Donnelly, Niall McKenna, Conal Hamill og Donna Fitzsimons
<b>År</b> <b>Land</b> <b>Tidsskrift</b>	2015 Irland British Journal of Cardiac Nursing
<b>Tittel</b>	<i>Shocked and guilty, but highly motivated: Younger patients' experience post MI</i>
<b>Hensikt</b>	Var å utforske problemene som yngre pasienter (<50 år) og deres familie prøver livsstilsendringer etter hjerteinfarkt.
<b>Metode</b>	En Heideggerian fenomenologisk metodikk som benyttet semistrukturerte intervjuer ble brukt på 7 deltakere. I en periode 6–8 uker etter utskrivning fra sykehus.
<b>Deltagere/Frafall</b>	Det ble utvalgt 10 pasienter for å delta i studien, men 7 av dem ga samtykke for å delta i studien. (6 menn og 1 kvinne). 3 valgte å ikke delta grunnet familieforpliktelser.
<b>Hovedfunn</b>	Fem hovedtemaer ble identifisert: skyld, sorg, vantro, motivasjon for endring og familiestøtte og involvering i livsstilsendring. Etter hjerteinfarkt var familiens ansvar en sterk motivator for overlevelse og livsstilsendring. Deltakerne var opptatt av å leve sunnere liv, forbedre risikoprofilen og oppfordre andre til å gjøre det samme.
<b>Etisk vurdering</b>	Studien er etiske godkjent av Research and Ethics Committees Northern Ireland. Alle deltakerne fått skriftlig informasjon.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Fagfellesverdt, nivå 0 og 9 av 10 ja ved kvalitetsvurdering.

## Artikkel 9

<b>Forfattere</b>	Merritt, Christopher J, Nicole de Zoysaand Jane M. Hutton
<b>År</b>	2017
<b>Land</b>	London Storbritannia
<b>Tidsskrift</b>	The British Psychological Society
<b>Tittel</b>	<i>A qualitative study of younger men's experience of heart attack (myocardial infarction)</i>
<b>Hensikt</b>	Å forstå hvordan en gruppe menn under 45 justerte seg til og forsto og opplevd hjerteinfarkt de siste 3 -6 månedene.
<b>Metode</b>	Kvalitativt metode, med semistrukturert intervju.
<b>Deltagere/Frafall</b>	Det var 13 kvalifisert deltaker ble kontaktet som alle gikk med intervjuet, men en man opplevde stor sorg og kunne ikke delta og en annen fikk dem ikke kontakt med, en avslørt eksklusjonskriteriene under intervjuet så hans data ble fjernet og til sammen ble igjen 10 deltakere som ble utvalgt og de mennene kunne representert for Caseloadens under 45 år med hjerteinfarkt.
<b>Hovedfunn</b>	Syv overordnede tema ble identifisert. Artikkelen fokuserer på tre av de mest originale; Jeg er mindre mann, forkortede horisonter og livet mister fargen og tapet av glede fra livstilrelaterte endring og tapt av manndom. Føler seg mindre mannlig Også for mange dette har vært en Wake- up Call de tolket dette som et signal for å prioriteringer av nytt livet. De fleste mennene har vært sterke, dyktige og økonomiske uavhengige og i livets beste fase før dem fikk hjerteinfarkt, men deres dårlige helse kan påvirke menns sosiale status negativt og endre deres maktforhold.
<b>Etisk vurdering</b>	Studien ble etisk godkjent av både NHS Reseach Ethics Commitee og NHS Research and Development. Alle deltakeren ga skriftlig samtykke til å delta og intervjuer var lydspilt inn ved hjelp av en digital stemmeopptaker. Deltagerne fikk pseudonym ved transkribering.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Fagfellevurdert, nivå 1 og 10 av 10 ja ved kvalitetsvurdering.

## Artikkel 10

<b>Forfattere</b> <b>År</b> <b>Land</b> <b>Tidsskrift</b>	Petriček, Goranka, Josip Buljan, Gordana Prljević & Mladenka Vrcić-Keglević 2017 Kroatia European Journal of General Practice
<b>Tittel</b>	<i>Perceived needs for attaining a 'new normality' after surviving myocardial infarction: A qualitative study of patients' experience</i>
<b>Hensikt</b>	Å utforske hjerteinfarktpasienters erfaringer om livet med hjerteinfarkt, utfordringene de møter gjennom prosessen for å akseptere tilstanden og deres justeringer av personlige mål.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode, med semistrukturert intervju.
<b>Deltagere/Frafall</b>	30 deltagere, 16 menn og 14 kvinner. De fastlegene rekrutterte 32 pasienter med en primær diagnose av hjerteinfarkt. Men det ble brukt 30 til analysen og 2 av pasientene ikke oppfylle kravene av kvalitetssikrings kriterier.
<b>Hovedfunn</b>	Tre hovedtemaer og forklarings modeller kom frem fra den studien. En god tilpasning- den normaliteten, feiljustering- et kontinuerlig søk etter en ny normalitet og opplevde behov i jakten på en nye normalt liv. Pasienter oppfattet flere behovsområder som de følte må møte før de kunne nå staten med en ny normalitet og overvinne angsten for mulig til tilbakefall for å få en nye hjerteinfarkt og ønsker å ha kunnskap om hjerteinfarkt, generelt om MITT hjerteinfarkt, behov for forbedring både objektiv og subjektiv helsetilstanden og få bedre kontroll over sykdommen.
<b>Etisk vurdering</b>	Studien ble godkjent av Ethical board of the Zagreb University School of Medicine.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Fagfellevurdert, nivå 1 og 9 av 10 ja ved kvalitetsvurdering.

**Artikkel 11**

<b>Forfattere</b> <b>År</b> <b>Land</b> <b>Tidsskrift</b>	Petriček, Goranka, Josip Buljan, Patricia Owens og Mladenka Vrcić-Keglević 2015 Kroatia European Journal of General Practice
<b>Tittel</b>	<i>Facing the diagnosis of myocardial infarction: A qualitative study</i>
<b>Hensikt</b>	Å utforske den første opplevelsen av pasienter som har en ny diagnose av hjerteinfarkt (MI) i området fra to til fem år.
<b>Metode</b>	Tretti semistrukturerte, individuelle intervjuer ble utført. Grounded Theory-metoden ble brukt. Atlas.ti kvalitativ dataanalyseprogramvare forenklet analysen.
<b>Deltagere/Frafall</b>	30 deltakerne (16 menn og 14 kvinner) gjennomsnittsalder 45- 65 år Alle deltakerne ble informert og invitert til delta i studien via deres fastleger. En pasient nektet for å delta og alle de som var villige til å delta fikk et offisielt anmodningsbrev og signert et skriftlig samtykke
<b>Hovedfunn</b>	Det er tre hovedfunn som ble fokusert i studien av de pasienter som har fått en hjerteinfarktdiagnose og mange pasienter opplevde som et nært møte med død. Det sterke smerter og 'stille' hjerteinfarkt. forventet at etter nødvendige livreddende tiltak, deres lege ville ikke tvinge øyeblikkelig samtale, men la dem være i fred, bare for å glede seg over å være i live. pasienter forventer ikke bare medisinske behandling, men også dem hadde behov for øyeblikkelig emosjonell støtte og muligheter til å diskutere med egne ord sine ideer, tanker, bekymringer og frykt.
<b>Etisk vurdering</b>	Det etiske styret i Zagreb University School of Medicine godkjente studien. Deltakerne ga skriftlig samtykke for å være med i studien.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Fagfellesvurdert, nivå 1 og 10 av 10 ja ved kvalitetsvurdering.

## Artikkel 12

<b>Forfattere</b> <b>År</b> <b>Land</b> <b>Tidsskrift</b>	Søderberg, Lene H., Pernille P. Johansen, Margrethe Herning og Selina K. Berg 2013 Danmark Journal of Clinical Nursing
<b>Tittel</b>	<i>Women's experiences of sexual health after first-time myocardial infarction</i>
<b>Hensikt</b>	Å undersøke kvinners opplevelse av seksuelle problemer seks måneder etter en første gang hjerteinfarkt.
<b>Metode</b>	Kvalitativ metode, med semistrukturert intervju.
<b>Deltagere/Frafall</b>	11 kvinner. 35 deltagere ble forespurt, fem kom de ikke i kontakt med, seks ønsket ikke å delta, samt ti ønsket ikke å delta grunnet kronisk sykdom eller mangel på sexliv.
<b>Hovedfunn</b>	Hovedfunnet var at kvinnene var engstelige for gjenopptagelse av seksuelle aktiviteter. Herunder oppsto fire tema; partneren, støtte, hjertesykdommens påvirkning på sexlivet og forholdet.
<b>Etisk vurdering</b>	Pasientene ble bedt om å delta i studien per post, videre ble dem informerte muntlig, og de bekreftet viljen skriftlig. De hadde tid til å reflektere over deltagelse i studie før det ble gitt skriftlig informert samtykke. Alle datamateriale ble behandlet med tillit og pasienter ble forsikret anonymitet. Videre ble det understreket at tilbaketrekning fra prosjektet var mulig når som helst. Studien følger anbefalingene fra Helsingfors-erklæringen og ble godkjent av personvernetaten.
<b>Vurdering av kvalitet</b>	Fagfellevurdert, nivå 2 og 10 av 10 ja ved kvalitetsvurdering.

#### Vedlegg 4 – Oversikt over funn fra artikler

Hovedfunn	Artikkelnummer
Opplevelsen av fatigue	3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 12
Frykten for å gjenoppta den seksuelle aktiviteten	1 – 3 – 12
Frykten og bekymringen for fremtiden	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 – 11
Behovet for støtte fra omgivelsene	3 – 4 – 6 – 8 – 9 – 11
Behovet for informasjon	3 – 4 – 6 – 7 – 9 – 12