



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Pasienters opplevelser etter å ha gjennomgått
hjerteinfarkt**

Patients' experiences after a myocardial infarction

Christina Røsand Videhult

Totalt antall sider inkludert forsiden: 68

Molde, 08.04.2016



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

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

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Ingunn Pernille Mundal

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

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

Dato: 29.03.2016

Forord

«Jeg kom ansikt til ansikt med døden... jeg takker Gud for at jeg fortsatt er i live, fordi i en slik situasjon blir du veldig bevisst på ditt liv, på dine handlinger og dine feil. Jeg er bestemt på å prioritere mine verdier i livet, først skal jeg prioritere helse og familie.»

(Høgskolen i Molde 2012)

Antall ord: 11820

Sammendrag

Bakgrunn: Hjerte- og karsykdommer er den hyppigste dødsårsaken blant befolkningen i dag, både nasjonalt og globalt. Om lag 12000 hjerteinfarkt ble registrert i norske sykehus i 2012. Likevel viser studier at dødeligheten synker i alle aldersgrupper. Det forventes en stigning blant antall syke, både på bakgrunn av at flere overlever akutt sykdom og fordi befolkningen blir eldre. Å oppleve akutt og kritisk sykdom kan føre til både fysiske og psykososiale utfordringer.

Hensikt: Hensikten med litteraturstudien var å belyse pasienters opplevelser av hverdagen etter å ha gjennomgått et hjerteinfarkt.

Metode: Dette er en systematisk litteraturstudie, basert på 7 kvalitative og 5 kvantitative forskningsartikler.

Resultat: Pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt opplever både fysiske og psykososiale utfordringer. De fysiske utfordringene er i hovedsak knyttet til fatigue, brystsmerte og pustevansker. De psykososiale utfordringene er knyttet til det at livet blir snudd opp ned i forbindelse med et hjerteinfarkt der angst og frykt, stress og depresjon, å ikke kunne stole på sin kropp er noen av beskrivelsene. Studien viser også at oppfølging, informasjon og sosial støtte har stor betydning for pasientenes opplevelse.

Konklusjon: Fatigue etter et hjerteinfarkt er en av de store utfordringene for mange pasienter. Det er derfor viktig å identifisere pasienter som er i risikozonen for å få fatigue og sette inn individtilpassede tiltak i riktig tid. Måten pasientene blir fulgt opp på i tiden etter et hjerteinfarkt er viktig for at de skal kunne komme tilbake til et normalt liv.

Nøkkelord: Hjerteinfarkt, Pasienter, Opplevelser, Utfordringer, Mestring.

Abstract

Background: Cardiovascular disease is the most frequent cause of death among the population today, both nationally and globally. Approximately 12,000 heart attacks were recorded in Norwegian hospitals in 2012. Nevertheless, studies show that the mortality rate declines in all age groups. It is expected that the number of sick people will increase, both because more people survive acute illness and because the population gets older. To experience acute and critical illness can lead to both physical and psychosocial challenges.

Aim: The aim of this study was to investigate the experiences of patients who have had a myocardial infarction.

Method: A systematic literature study based on 7 qualitative and 5 quantitative research articles

Results: Patients who have had a myocardial infarction experience both physical and psychosocial challenges. The physical challenges are primarily related to fatigue, chest pain and breathing difficulties. The psychosocial challenges are related to the fact that life gets turned upside down in connection with a heart attack where fear and anxiety, stress and depression, not being able to rely on their body are some of the patients' descriptions. The study also shows that follow-up, information and social support is very important for the patients' experience.

Conclusion: Fatigue after a myocardial infarction is one of the major challenges for many patients. It is therefore important to identify patients who are at risk of getting fatigue and provide them with individualized support at the proper time. The way patients are followed up in the period following a myocardial infarction is important for them to be able to come back to a normal life.

Keywords: myocardial infarction, patients, experiences, challenges, coping

1.0	Innledning	1
1.1	Avgrensning og begrepsavklaring	1
1.2	Hensikt	2
1.3	Problemstilling	2
2.0	Teoribakgrunn	3
2.1	Hjerteinfarkt	3
2.1.1	Symptomer og tegn	3
2.1.2	Komplikasjoner	3
2.1.3	Medisinsk behandling	Error! Bookmark not defined.
2.1.4	Hvem rammes?	4
2.1.5	Endring av forekomst:	4
2.2	Stress ved akutt og kronisk sykdom	4
2.3	Krise og krisereaksjoner ved endret livssituasjon	5
2.4	Konsekvenser av akutt og kritisk sykdom	5
2.5	Mestring	5
2.5.1	Mestringsstrategier	Error! Bookmark not defined.
2.6	Antonovskys teori om salutogenese	6
2.6.1	Antonovskys syn på betydningen av sosial støtte	7
2.7	Dorothea Orems egenomsorgsteori	Error! Bookmark not defined.
3.0	Metode	8
3.1	Inklusjon og eksklusjonskriterier	8
3.2	Datainnsamling	9
3.2.1	Søk i OVID Medline	11
3.2.2	Søk i CINAHL	12
3.2.3	Søk i British Nursing database	12
3.3	Etisk vurdering	13
3.4	Kvalitetsvurdering	14
3.5	Analyse	15
4.0	Resultat	17
4.1	Opplevelse av fatigue	17
4.1.1	Opplevelse av pustevansker og brystmerter	18
4.2	Angst og frykt - en alltid tilstedeværende følgesvenn	19
4.3	Å ikke kunne stole på sin kropp-opplevelse av å ha blitt et endret menneske	20
4.4	Forventninger og krav gir stress og depresjon	21
4.5	Betydningen av oppfølging og informasjon	22
4.5.1	Betydningen av sosial støtte	23
4.6	Å akseptere en endret situasjonen -opplevelse av mestring	24
5.0	Diskusjon	26
5.1	Metodediskusjon	26
5.1.1	Datainnsamling og litteratursøk	26
5.1.2	Kvalitetsvurdering og etisk vurdering	27
5.1.3	Analyse	28
5.2	Resultatdiskusjon	29
5.2.1	Fatigue- en overveldende følelse	29
5.2.2	Brystmerter utløste frykt og angst hos pasientene	30
5.2.3	Angst og frykt- en alltid tilstedeværende følgesvenn	30
5.2.4	Livet er blitt snudd opp ned	31
5.2.5	Støtte og informasjon gir økt trygghet	33
6.0	Konklusjon	35
6.1	Forslag til videre forskning	35

Referanseliste.....	36
----------------------------	-----------

Vedlegg 1 - Søkehistorikk

Vedlegg 2 – Liste over inkluderte artikler

Vedlegg 3 – Kvalitetsvurdering av artikler

1.0 Innledning

Hjerte- og karsykdommer er et stort folkehelseproblem. Når vi ser på alle aldersgrupper samlet, er hjerte- og karsykdommer den sykdomsgruppen som fører til flest dødsfall både i Norge og på verdensbasis. I vestlige land dør om lag 40 % av disse sykdommene, og det er flest menn som rammes (Jacobsen 2012).

I følge Folkehelseinstituttet (2014), ble det i 2012 registrert om lag 12 000 hjerteinfarkt i norske sykehus. Likevel er det en gunstig utvikling i forhold til dødeligheten i alle aldersgrupper, og i aldersgrupper over 65 år har nye tilfeller av hjerteinfarkt gått ned.

Nedsatt dødelighet skyldes flere faktorer, som forebygging, sunnere levekår, bedre medisinsk behandling og færre nye sykdomstilfeller, generelt. Det er også store ulikheter i helse for ulike sosiale grupper. Forekomst av dødelighet og sykdom er markant mindre hos mennesker med høyere lønn og utdanning (Ingstad 2013).

Etter 40-årsalderen er man betraktelig mer utsatt for hjertesykdom, på grunn av økende forekomst av aterosklerose i koronararteriene. Studier viser også at kvinner kan ha andre symptomer på hjerteinfarkt enn menn, noe som kan forårsake forsinket behandling for kvinner (Almås, Stubberud og Grønseth 2011).

Undersøkelser viser at flere overlever et akutt hjerteinfarkt. Antall syke i befolkningen forventes derfor å stige, også på bakgrunn av at befolkningen blir eldre (Folkehelseinstituttet 2014).

Å leve videre etter å ha gjennomgått et hjerteinfarkt kan by på ulike utfordringer, og dette er en pasientgruppe vi som sykepleiere vil møte på, både i sykehjem, kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten (Almås, Stubberud og Grønseth 2011). Det kan derfor være både nyttig og lærerikt å vite noe om pasientenes erfaringer. På bakgrunn av dette ønsket jeg å undersøke hvilke opplevelser pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt står overfor i hverdagen.

1.1 Avgrensning og begrepsavklaring

I oppgaven har jeg valgt å anvende begrepet «pasienter» som i denne sammenhengen innebærer kvinner og menn- både de som fortsatt er innlagt i sykehus og de som er

utskrevet, og i kortere og lengre tid etter gjennomgått hjerteinfarkt. Jeg ønsket å kartlegge både fysiske og psykososiale utfordringer pasientene måtte møte på, sett ut i fra pasientens eget perspektiv. Jeg har valgt pasientperspektivet, fordi jeg mener at vi som sykepleiere kan lære noe av pasientenes erfaringer, og dermed yte bedre helsehjelp. I forhold til avgrensning, så ville jeg undersøke pasientenes erfaringer, både mens de fortsatt var innlagt i sykehus, og i tiden etter at de var kommet hjem, hvor pasientene skulle finne tilbake til hverdagen. Etter å ha gjort noen prøvesøk besluttet jeg i tillegg å inkludere både kvinner og menn, i alle aldre, for å åpne opp for flere funn.

1.2 Hensikt

Hensikten med litteraturstudien var å belyse pasienters opplevelser av hverdagen etter å ha gjennomgått et hjerteinfarkt.

1.3 Problemstilling

Hvordan opplever pasienter hverdagen etter å ha gjennomgått et hjerteinfarkt?

2.0 Teoribakgrunn

I de etterfølgende avsnittene vil teoribakgrunnen til oppgaven beskrives.

2.1 Hjerteinfarkt

Hjerteinfarkt er en iskemisk hjertesykdom som oppstår når en eller flere koronararterier tilstoppes. Som regel skyldes en koronar okklusjon trombedannelse i en koronararterie som er forsnevret og forkalket, noe som typisk oppstår ved ruptur av ateromatøst plakk. Endotelet vil da få en skade, noe som fører til at trombocytene kleber seg til rupturstedet. Slik dannes en trombose. Tromben dannes sekundært til aterosklerosen. En iskemisk tilstand vil derfor oppstå på grunn av manglende blodtilførsel til hele, eller deler av hjertet. Hjertemuskelen får dermed ikke tilført oksygenrikt blod, og vil da dø (Jacobsen 2012). Hvor stort et hjerteinfarkt er, avhenger av hvor på hjertet skaden er skjedd, og antall muskelceller som har blitt skadet (Nasjonalforeningen for folkehelsen 2014).

2.1.1 Symptomer og tegn

De vanligste symptomene er ofte sterke, klemmende brystmerter, av varierende intensitet. Ofte stråler disse smertene ut mot venstre arm og oppover mot hals og kjeve. Dyspné, svimmelhet, kvalme og brekninger, er også vanlige tegn. I tillegg opplever noen pasienter blodtrykksfall, og de fleste blir også bleke, kaldsvette og engstelige. I noen tilfeller kan et hjerteinfarkt forekomme uten symptomer (Jacobsen 2012). Symptomer kan også vise seg mindre tydelige eller annerledes hos kvinner, som refererer til uttalt tretthet, ryggmerter, magesmerter, og nummenhet i hendene. Kvinner rapporterer også at de ikke nødvendigvis opplevde brystmerter som det mest uttalte symptomet, i motsetning til hva menn erfarer. For kvinnene kan dette føre til forsinket behandling, fordi det kan være vanskeligere å stille diagnose (Almås, Stubberud og Grønseth 2011).

2.1.2 Komplikasjoner

Ved et hjerteinfarkt vil det alltid være fare for komplikasjoner, både tidlig og sent i forløpet. Rytmeforstyrrelser, hjertesvikt, hjerteruptur, kardiogent sjokk og embolier perifert, er ofte tidlige komplikasjoner (Jacobsen 2012). Fare for plutselig død er størst de første timene, men risikoen er kraftig redusert etter et par døgn. Komplikasjoner som kan oppstå senere er hjertesvikt, arytmier og hjerteaneurisme (Almås, Stubberud og Grønseth 2011).

2.1.3 Hvem rammes?

I følge Almås, Stubberud og Grønseth (2011), kan visse risikofaktorer føre til utvikling av koronarsykdom, som for eksempel inaktivitet, forhøyet kolesterol, hypertensjon, røyking, diabetes og overvekt. Fysisk og psykisk belastning som fører til stress, kan også være en risikofaktor. I tillegg kan kjønn, alder og familiær disposisjon spille en rolle. Hjertesykdom blir ofte sett på som en mannssykdom fordi det er flest yngre og middelaldrende menn som rammes. Likevel er det egentlig bare en forskyvning i forhold til alder, fordi kvinner ofte blir rammet av hjertesykdom 10-15 år senere enn menn (Almås, Stubberud og Grønseth 2011).

2.1.4 Endring av forekomst

I perioden fra 1970 frem til 2010 har det vært en merkbar nedgang i dødelighet i forhold til hjerte- og karsykdommer. Årsaken til den kraftige reduksjonen kan være medisinske og teknologiske fremskritt, der hjertekirurgi, trombolytisk behandling, angioplastikk og percutan intervensjon er eksempler på behandlingsmetoder som har blitt utviklet og utført i denne perioden (Folkehelseinstituttet 2012).

2.2 Stress ved akutt og kronisk sykdom

I følge Knutstad (2010), er stress en prosess som kan virke belastende på en persons ressurser. En emosjonell stressrespons, som kan være sinne, angst eller for eksempel frykt, utløses av en ytre påkjenning, som i denne sammenhengen kalles stressor. Disse oppfattes av vårt sanseapparat, og kan for eksempel føre til høyt blodtrykk, rask puls, hjertebank, søvnløshet og muskelspenninger. Hvis vi utsettes for stress, vil det føre til at det oppstår psykobiologiske mekanismer i kroppen vår, som inkluderer det endokrine systemet, immunsystemet og det autonome nervesystemet. Man skiller mellom to typer stress - akutt stress, som oppstår hvis vi utsettes for noe som skjer plutselig, og kronisk stress, hvor man blir nødt til å forholde seg til mindre eller større belastninger over en lengre periode (Knutstad 2010).

Knutstad (2010) hevder videre at måten vi oppfatter stressoren på, påvirkes av to forhold. På den ene siden avhenger det av hvilke erfaringer vi har fra før, og hva vi har lært i forhold til det som måtte utløse stressoren, og på den andre siden handler det om vår opplevelse av å ha kontroll over den. En kortvarig, tilpasset stressreaksjon, som for eksempel kamp-eller-flukt reaksjonen, betegnes som en positiv side ved stress. Mens stress

over lengre tid, hvor kroppen er i en konstant beredskapsposisjon, kan påføre kroppen en negativ effekt. Knutstad (2010) poengterer at situasjoner som oppleves som stressende alltid vil finnes, og at de er kilder til individets vekst og utvikling.

2.3 Krise og krisereaksjoner ved endret livssituasjon

Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug (2008) hevder at endret livssituasjon som følge av alvorlig sykdom, kan innebære en krise for den som rammes. Man kan da bli nødt til å se sin tilværelse ut ifra en ny synsvinkel. For mange vil det kanskje bli nødvendig å finne andre verdier i livet, og andre måter å leve på. Slike situasjoner kalles grensesituasjoner. Ved alvorlig sykdom, eller endret livssituasjon, er det ikke så uvanlig at man finner ut at man har brukt mye tid på uvesentligheter. Men, selv om situasjonen medfører smerte og lidelse, kan det for noen likevel komme noe godt ut av det. Det kan føre til nye erfaringer som igjen fører til at man velger å leve annerledes enn det man har gjort tidligere. I en krise konfronteres man med sin sårbarhet, og mange kan få behov for å finne eksistensiell mening. Det kan da være av stor betydning at noen kan hjelpe til med å sette ord på situasjonen, slik at man får sortert tankene og gjenvunnet fotfestet. En endret livssituasjon kan også føre til aktualisering av åndelige behov, fordi situasjonen stiller eksistensielle spørsmål (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug 2005).

I følge Almås, Stubberud og Grønseth (2011), er et hjerteinfarkt er en alvorlig og livstruende tilstand, som ofte kommer akutt og uten forvarsel. Det kan derfor oppleves truende for pasienten. Den umiddelbare følelsen kan være redsel for plutselig død, og bekymringer rundt det at man kanskje må leve med en kronisk sykdomstilstand. Akutt hjertesykdom kan føre til endret selvbilde og usikkerhet knyttet til framtiden og yrkeslivet. Pasienten kan også oppleve endret rolle i forhold til familie. For pasienten kan dette føre til en følelsesmessig krise, og mange kan oppleve endret mestringsevne. Hvordan pasienten opplever eller responderer på akutt sykdom, påvirkes av pasientens holdninger, erfaringer, tro, og for eksempel, personlige verdier (Almås, Stubberud, Grønseth 2011).

2.3.1 Mestring

Knutstad (2010) mener at mestring handler om måten et individ møter en belastende livssituasjon på. De generelle sidene ved mestring omhandler at man tilpasser seg, utvikler seg, og lærer nye ferdigheter. De utfordrende sidene ved mestring oppstår derimot hvis et

menneske opplever noe problematisk- noe som er vanskelig å håndtere, som for eksempel sykdom. Å mestre hverdagen hvis man er rammet av sykdom, handler om å håndtere den følelsesmessige prosessen, ved å flytte sin oppmerksomhet fra «gammelt» til «nytt» liv. Det krever at man lager seg nye forventninger og mål (Knutstad 2010).

2.4 Konsekvenser av akutt og kritisk sykdom

Stubberud (2013), beskriver menneskets grunnleggende behov som fysiske, psykososiale, åndelige og seksuelle behov. I tillegg beskrives behovene som primære, universelle, allmennmenneskelige, eller fundamentale. Psykososiale behov handler om menneskets psyke, altså det mentale eller sjelelige. Han mener videre at fysiske og psykososiale faktorer påvirker hverandre, og at de sammen utgjør en helhet i hvert enkelt menneske. Ved akutt og kritisk sykdom påvirkes våre psykososiale behov, samtidig som våre psykososiale behov kan påvirke vår sykdomstilstand. Det å gjennomgå et akutt hjerteinfarkt, kan for eksempel påvirke et individs psykososiale behov, mens å leve med psykososial belastning over lengre tid kan utløse et hjerteinfarkt. (Stubberud 2013). Han hevder videre, at det i sykepleiefaget er tradisjon for å ha en helhetlig forståelse for mennesket som individ, og ikke skille kropp og sjel. De fysiske og psykiske komponentene påvirker hverandre, og sammen fungerer de som en helhet for hvert enkelt menneske (Stubberud 2013). Ved akutt og kritisk sykdom må de grunnleggende behovene ivaretas generelt, for at individet skal oppleve at de psykososiale behovene blir ivaretatt. Et menneske kan likevel oppleve velvære på tross av sykdom, motgang og svikt i funksjonsevnen. Det er viktig å utvikle gode handlingsmønstre som fremmer helse, samtidig som det kan bli nødvendig å endre gamle vaner i takt med nye krav til egenomsorgshandlinger (Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug 2005).

2.5 Antonovskys teori om salutogenese

I følge Antonovsky (2012), er det en sammenheng mellom stress, helse og velvære. Hans teori om salutogenese handler om å se helse som en helhet, med fokus på hva som fremmer god helse og gir mennesket økt mestring og velvære. Antonovsky (2012) er opptatt av begrepet opplevelsen av sammenheng. Han hevder at opplevelsen av sammenheng avgjør hvordan hver enkelt av oss håndterer livets utfordringer, og at det er en sammenheng mellom opplevelse av sammenheng og opplevelse av helse. Han sier også at det å være løsningsorientert og vise evne til handling, igjen kan være avgjørende for

opplevelsen av sammenheng. Videre hevder Antonovsky (2012) at menneskets måte å håndtere en anspent tilstand på, når det utsettes for en stressfaktor, påvirker utfallet for den enkelte, i forhold til om det blir patologisk, nøytralt, eller helsebringende (Antonovsky 2012).

2.5.1 Antonovskys syn på betydningen av sosial støtte

Sosial støtte har, i følge Antonovsky (2012), en sykdomsforebyggende og helsefremmende effekt i forhold til mestring av stress og sykdom. Han legger vekt på betydningen av å bruke det sosiale nettverket man har. Å oppleve at man har en nær relasjon til et menneske, kan ifølge Antonovsky (2012), virke spenningsoppløsende. I tillegg kan det bidra til at man velger mer hensiktsmessige mestringsstrategier. Noen ganger utsettes vi for stressfaktorer som kan være utfordrende. Spesielt hvis stressfaktoren er av alvorlig, akutt eller kronisk grad, som ved akutt og kronisk sykdom. Nære, emosjonelle bånd, og kvaliteten på den sosiale støtten karakteriseres som spesielt viktig, og kan være god hjelp (Antonovsky 2012).

3.0 Metode

I følge Dalland (2010), er en metode en beskrivelse på hvordan man bør gå til verks for å hente inn og etterprøve kunnskap. Valget av metode begrunnes av at den vil belyse spørsmålet på en faglig og god måte, og at den vil gi gode data til undersøkelsen.

Den avsluttende oppgaven for bacheloreksamen i sykepleie, skal utgjøres av en systematisk litteraturstudie (Høgskolen i Molde 2015). Ifølge Forsberg og Wengstrøm (2013), innebærer en systematisk litteraturstudie å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning som systematisk blir innhentet innenfor et ønsket forskningsområde. Forutsetningen for at en systematisk litteraturstudie skal kunne gjennomføres, er at det finnes tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som kan være underlag for analyse og konklusjon.

I de etterfølgende underkapitlene vil jeg gjøre rede for min fremgangsmåte i denne litteraturstudien.

3.1 Inklusjon og eksklusjonskriterier

For å avgrense litteratursøket ble inklusjons- og eksklusjonskriterier definert. Siden hensikten med den systematiske litteraturstudien var å undersøke hvordan pasienter opplever hverdagen etter å ha gjennomgått et hjerteinfarkt, ble både menn og kvinner i alle aldre inkludert i litteratursøket. Det var også derfor artikler med pasientperspektivet ble brukt. Problemstillingen for litteraturstudien er kvalitativ og derfor ble artikler basert på kvalitativ metode inkludert, siden de kvalitative metodene gjør det mulig, i større grad, å fange opp meninger og opplevelser (Dalland 2010). Artikler basert på kvantitativ metode ble også inkludert, siden de to metodene utfyller hverandre og gir en bedre forståelse av det som blir studert (Jacobsen 2013). Kvantitativ metode har som målsetning å gjøre om innhentet informasjon til målbare enheter som kan analyseres. Artiklene som skulle inkluderes i studien måtte være skrevet på engelsk, norsk, svensk eller dansk. Dette for å gjøre analysen av artiklene enklere. I utgangspunktet var det bestemt at de inkluderte artiklene skulle være publisert innenfor en tidsperiode på fem år siden den systematiske litteraturstudien skulle være basert på artikler fra nyere forskning. For å sikre at relevante artikler i forhold til hensikten med litteraturstudien ble inkludert, ble tidsperioden for søket

utvidet til å inkludere artikler fra 2005 og fremover. Med dette som bakgrunn ble følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier valgt:

Inklusjonskriterier:

- Menn og/eller kvinner som hadde gjennomgått hjerteinfarkt
- Kvalitative og kvantitative forskningsdesign
- Språk: norsk, dansk, svensk og engelsk
- Pasientperspektiv
- Publisert fra 2005 eller senere
- Artikler fra tidsskrifter med nivå 1 eller 2
- Etisk vurderte og godkjente artikler
- Alle aldre

Eksklusjonskriterier:

- Sykepleier- eller pårørendeperspektiv
- Reviewartikler
- Artikler publisert før 2005

3.2 Datainnsamling

Metoden som er blitt brukt i den systematiske litteraturstudien skal være så tydelig beskrevet at andre som leser oppgaven skal kunne gjenta den (Høgskolen i Molde 2015). Systematiske søk i forskjellige databaser ble gjennomført i henhold til beskrivelsen i dette kapitlet.

Prøvesøk ble gjennomført både for å undersøke om det var tilstrekkelig med forskning på temaet, men også for å bli kjent med tilgjengelige databaser og lære om søkemetodikken. Prøvesøkene ble utført i OVID Medline, CINAHL, British Nursing Index og SveMed+. Etter prøvesøkene viste det seg at det var en hel del forskningsartikler å finne på dette temaet. Ved videre søk ble det besluttet å bruke databasene OVID Medline, CINAHL og British Nursing Index, siden søk i disse databasene ga flest relevante treff på artikler som kunne gi svar på hensikten med studien.

For å kunne strukturere hovedsøket ble et PICO skjema brukt. I følge Nordtvedt et al. (2012), brukes PICO skjemaet til å dele opp spørsmålet på en strukturert måte, der hver og en av bokstavene i PICO er betegnelser som ofte er med når kliniske spørsmål blir stilt. For denne litteraturstudien ble P, som står for Patient eller Problem, og O, som står for Outcome eller utfall på norsk, brukt. I, som står for Intervention eller tiltak på norsk, ble ikke brukt siden det ikke var aktuelt å se etter tiltak i studien. C, som står for Comparison eller sammenligning ble heller ikke brukt siden det ikke var aktuelt å se på en sammenligning av tiltak (Nortvedt et al. 2012).

Søkeordene som ble brukt i studien ble formulert med utgangspunkt i studiens hensikt, basert på bakgrunnsteori.

P – Patient, Problem, Population (Nortvedt et al. 2012)

Siden hensikten med studien var å undersøke erfaringer som pasienter som hadde gjennomgått hjerteinfarkt hadde, ble søkeordene «myocardial infarction» og «patient» valgt under kategorien: P. Trunkeringstegn ble brukt for å få med alle varianter av ordene. Å bruke trunkeringstegn betyr at man skriver begynnelsen på et ord, eller ordets stamme, og deretter legger til et trunkeringstegn, for eksempel «*». Det betyr da at søket inkluderer alle ord som starter med de første bokstavene før trunkeringstegnet (Nordtvedt et al. 2012).

O – outcome (Nortvedt et al. 2012)

Hensikten med studien var å kartlegge erfaringer hos pasienter som hadde gjennomgått hjerteinfarkt. På bakgrunn av dette ble følgende hovedsøkeord valgt: «experience». For å begrense antall treff ble søkeordene «physical», «psychosocial», «psychological», «coping» og «challenge» valgt under kategorien O.

P - Patient/Person/Problem Hvem er pasienten? Hva er problemet?	O – Outcome Hvilket resultat/utfall er av interesse?
Patient* Myocardial*	Experience* Physical* Psycholog* Psychosocial Coping Challenge*

Søkene ble gjennomført med en kombinasjon av søkeordene. I følge Nortvedt et al. (2012), kombineres søkeordene med hjelp av kombinasjonsord, eller boolske operatører. De vanligste boolske operatorene er OR og AND. OR utvider søket til å inkludere treff på artikler som inneholder enten det ene søkeordet, eller det andre søkeordet. AND begrenser søket til å inkludere treff i artikler der begge søkeordene er inkludert (Nortvedt et al., 2012).

3.2.1 Søk i OVID Medline

De fleste søkene ble gjennomført i databasen OVID Medline og de første søkene ble utført 13.07.2015. I søk 1-8 ble søkeordene brukt enkeltvis, uten boolske operatører. Søkene ble gjort i fritekst som inkluderte tittel, sammendrag og hele teksten i artikkelen (Nortvedt et al. 2012). Begrensninger, «limits» på engelsk, ble satt for å begrense antall treff.

Begrensningene som ble brukt var språk: engelsk, publiseringsdato: 2005-nå, «current» på engelsk. Søkene med enkeltvise søkeord ga mange treff. For å begrense antall treff ytterligere ble den boolske operatoren AND brukt, for å kombinere flere søkeord (Nortvedt et al. 2012). Søk på kombinasjonen Myocardial* og (AND) Experience* ga fortsatt mange treff. For å begrense antall treff ytterligere ble tre søkeord kombinert med hjelp av den boolske operatoren AND. Beskrivelse av søk som resulterte i inkluderte artikler:

- Søk 12 - Myocardial* AND Experience* AND physical ga 195 treff. Listen med abstracts ble raskt lest over for å identifisere interessante abstracts. De abstract som virket interessante, 67 stykker, ble markert i listen og lest nøye igjennom. Fra listen med abstracts ble 12 artikler lest og 2 av disse artiklene viste seg å være interessante, knyttet til hensikten med studien Andersson, Borglin og Willman (2013) og Alsén, Brink og Fredriksson-Larsson (2013).
- Søk 13 - Myocardial* AND Experience* AND challenge ga 146 treff. Listen med abstracts ble raskt lest over for å identifisere interessante abstracts. 38 abstracts virket interessante og ble markert i listen og lest nøye igjennom. Fra listen med abstracts ble 9 artikler lest og 1 av disse artiklene viste seg å være interessant knyttet til hensikten med studien, Berg et al. (2013).
- Søk 14 - Myocardial* AND Experience* AND Psycholog* ga 341 treff. Listen med abstracts ble raskt lest over, for å identifisere interessante abstracts. 92 abstracts virket interessante, og ble markert i listen og lest nøye igjennom. Fra

listen med abstracts ble 16 artikler lest og 5 av disse artiklene viste seg å være interessante, knyttet til hensikten med studien, Dudas, Fors og Ekman (2014), Asplund, Junehag og Svedlund (2013), Alsén et al. (2010), Asplund, Junehag og Svedlund (2014) og Carlsson og Kristofferzon og Löfmark (2008). Selv om den siste artikkelen er 8 år gammel, ble den vurdert som meget relevant i forhold til funn, og derfor inkludert.

Det andre søket i OVID Medline ble gjennomført 23.02.2016, i forbindelse med at søk i andre databaser, CINAHL og British Nursing Index, ble gjennomført.

- Søk 16 - Myocardial* AND Psychosocial* ble brukt for å øke antall treff sammenlignet med søk 15, og resultatet ble 342 treff. Listen med abstracts ble raskt lest over. 20 abstracts virket interessante, og ble markert i listen og lest nøye igjennom. Fra listen med abstracts ble 4 artikler lest, og 1 av disse artiklene viste seg å være interessant, knyttet til hensikten med studien, Bierlein, Maggie (2015).

3.2.2 Søk i CINAHL

Søk i databasen CINAHL ble gjennomført 23.02.2016. Erfaringene fra søkene i OVID Medline ble tatt hensyn til i søkene i CINAHL. Begrensingene som ble brukt var språk: engelsk, publiseringsdato: 2011-nå, «current» på engelsk.

- Søk 17 - Myocardial* AND Experience* AND Psycholog* ble brukt, og resulterte i 29 treff. Samtlige abstracts ble lest nøye igjennom, og fra listen med abstracts ble 8 artikler lest. 2 av disse artiklene viste seg å være interessante i forhold til hensikten med studien, Bao, Haikun et al. (2015) og Barley, Elizabeth A. et al. (2014).

3.2.3 Søk i British Nursing database

Videre søk etter artikler ble gjort i databasen British Nursing database 23.02.2016. Erfaringene fra søkene i OVID Medline og i CINAHL, ble tatt hensyn til i søkene. Begrensingene som ble brukt var publiseringsdato: 2005-nå, «current» på engelsk.

- Søk 20 – Myocardial* AND coping* ble brukt for å åpne opp for flere treff, og resulterte i 19 treff. Listen med abstracts ble raskt lest over for å identifisere interessante abstracts. 12 abstracts virket interessante og ble markert i listen og lest

nøye igjennom. Fra listen med abstracts ble 4 artikler lest, og 1 av artiklene viste seg å være relevant for hensikten med studien, Alsen, Pia et al. (2015).

Sammen med de 11 artiklene fra OVID Medline og CINAHL, var det totalt 12 relevante artikler i forhold til hensikten med studien. En liste over søkehistorikken, med resultat, finnes i vedlegg 1.

3.3 Etisk vurdering

I følge Dalland (2010), må forsøk eller forskning med mennesker skje i overensstemmelse med spesielle retningslinjer for hva som er akseptabelt. De viktigste retningslinjene er de som er formulert i Nürnbergkoden og Helsinkideklarasjonen, som i hovedsak er knyttet til medisinske forsøk. Forskningsetiske retningslinjer innenfor samfunnsvitenskapelige fag er blitt etablert med Nürnbergkoden og Helsinkideklarasjonen som grunn (Dalland 2010). Norge, har som flere andre land, opprettet komiteer for medisinsk forskningsetikk. Oppgaven til komiteene er å gi råd og veilede i forskningsetiske spørsmål, ut fra etiske normer og verdier (Dalland 2010). Informert, frivillig samtykke er et begrep som ofte brukes i etiske vurderinger av medisinske studier. Det betyr at de som er involvert i studien gjør dette med vitende og vilje, og på et fritt og selvstendig grunnlag. Den som er involvert i studien må ha mulighet til fritt å velge om han eller hun ønsker å delta, og det må gis informasjon om at vedkommende har rett til å trekke seg fra studien når som helst, og uten forklaring (Dalland 2010). Dalland (2010) beskriver også at det å ha kjennskap til hva taushetsplikt innebærer, er viktig for de som jobber med forskning. Informantene må kunne stole på at sensitiv, personlig informasjon blir anonymisert, og ikke brukt til noe annet enn det som er nødvendig for forskningsarbeidet.

I arbeidet med å analysere artiklene til denne studien, ble det gjort en etisk vurdering for å sikre at etiske normer og regler hadde blitt etterfulgt i studiene knyttet til artiklene. Av de 12 valgte artiklene hadde samtlige mottatt godkjenning fra ulike regionetiske komiteer fra de land der studiene hadde blitt gjennomført. De 12 valgte artiklene fulgte prinsippene i Helsinkideklarasjonen, og i de studier der personer var direkte involvert, enten gjennom intervju, eller spørreskjemaer, ble det gitt informert samtykke og informasjon om taushetsplikt, samt mulighet for å trekke seg. Med dette som grunnlag ble samtlige 12 artikler vurdert til å følge etiske retningslinjer.

3.4 Kvalitetsvurdering

De 12 utvalgte artiklene til litteraturstudien ble lagt inn i en tabell, se vedlegg 2, som er basert på forslaget i retningslinjer til Bacheloroppgaven (Høgskolen i Molde, 2015). Vurdering av artiklenes kvalitet ble blant annet lagt inn i tabellen.

Samtlige artikler var skrevet på engelsk. 8 av artiklene var basert på studier i Sverige, 1 fra Danmark, 1 fra England, og 2 av artiklene var basert på studier utført i USA, Spania og Australia. 10 av artiklene var ikke eldre enn 5 år, 1 artikkel var 6 år gammel, fra 2010, og 1 var 8 år gammel, fra 2008. I Nortvedt et al. (2012) er det listet databaser som inneholder enkeltstudier av god kvalitet, der blant annet databasene som ble brukt for denne litteraturstudien, OVID Medline og CINAHL, er nevnt. For å sikre at de utvalgte artiklene holdt et godt nok nivå, ble de tidsskrifter som artiklene var publisert i, kontrollert i Database for statistikk for høgre utdanning (Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste 2016). Etter kontroll viste det seg at samtlige artikler var publisert i godkjente tidsskrifter, der 7 artikler var publisert i tidsskrifter med Nivå 1, og 5 artikler var publisert i tidsskrifter med Nivå 2, som også er av høyeste vitenskapelige nivå.

I følge Nortvedt (2012), er bruk av sjekklister for å vurdere kvalitet på forskningsartikler, et godt hjelpemiddel for å forenkle arbeidet. Av de 12 valgte forskningsartiklene, var 7 kvalitative og 5 kvantitative. For å vurdere kvaliteten på de valgte artiklene ble sjekklister for kvalitative og kvantitative forskningsartikler fra Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten brukt (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014). Sjekklister er basert på internasjonale tilsvarende sjekklister for kvalitetsvurdering (Nortvedt 2012). For å kunne forenkle vurderingen av artiklene i forhold sjekklister, ble artiklene lagt inn i en tabell sammen med sjekklister, se vedlegg 3. Spørsmålene i sjekklister kan besvares enten med ja eller nei. I tabellen ble et ja lagt inn som et 1-tall og et nei som et 0-tall. I følge Willman, Stoltz og Bahtsevani (2006), kan en gradering av artiklenes kvalitet gjøres gjennom å telle antall spørsmål som er besvart med ja og dividere med antall spørsmål som da gir et prosenttall. Graderingen blir basert på prosenttallet, og i denne litteraturstudien er en 3-gradert skala brukt, der Grad 1 tilsvarer 80-100%, Grad 2 tilsvarer 70-79%, og Grad 3 tilsvarer 60-69%. Prosenttallet ble beregnet for hver artikkel og dermed gradert. Samtlige

artikler fikk grad 1, se vedlegg 3. Graderingen ble også ført inn i oversiktstabellen over artiklene, se vedlegg 2.

3.5 Analyse

I følge Evans (2002), skal analyse og sammenstilling av data fra publiserte forskningsartikler gjennomføres i henhold til fire faser: 1. Innsamling av data, 2. Identifisere nøkkel- eller hovedfunn, 3. Sammenligning og gruppering av funn i tema eller kategorier og 4. Beskrivelse av funn som en samlet enhet. Analysemetoden som Evans (2002) beskriver, har store likhetstrekk med den «hermeutiske sirkel» som Jacobsen (2013) beskriver for analyse av kvalitative forskningsdata.

I den første fasen ble data samlet inn gjennom å søke etter forskningsartikler i databaser. 12 artikler ble funnet, etisk vurdert og kvalitetsvurdert. Artiklene ble nummerert, uavhengig av vurdering fra 1-12.

I den andre fasen skal hovedfunn identifiseres, og i denne studien ble dette gjort gjennom å lese artiklene nøye, og markere funn som var relevante for litteraturstudiets hensikt i teksten (Evans 2002). Funnene ble deretter plukket ut og skrevet ned i en liste i et separat dokument. Hvert og ett av funnene ble tildelt en fargekode som ble brukt for å markere funnene i teksten ved neste gjennomlesing.

I den tredje fasen skal funnene sammenlignes og grupperes (Evans 2002), og i denne studien ble dette gjort gjennom først å legge til nummeret på den artikkelen funnet hadde blitt markert i, til listen over funn. Deretter ble antall artikler der et funn hadde blitt markert, talt opp. Antallet artikler som et funn ble markert i, ga en indikasjon på viktigheten av funnet. Funnene ble deretter sortert inn i temaer som beskrives nærmere i litteraturstudiets resultatdel.

I den fjerde fasen skal man, i følge Evans (2002), beskrive hvert identifiserte tema med referanse til originalartiklene. Dette er beskrevet i studiens resultatdel, der blant annet sitater, eller eksempler fra forskningsartiklene er blitt lagt til, for å gi en bedre beskrivelse av funnene.

4.0 Resultat

Resultatene i studien belyser pasienters opplevelser av hverdagen etter å ha gjennomgått et hjerteinfarkt. De viser at pasientene møter på både fysiske og psykososiale utfordringer.

Figur 1 viser en grafisk fremstilling av hovedfunnene i litteraturstudien.

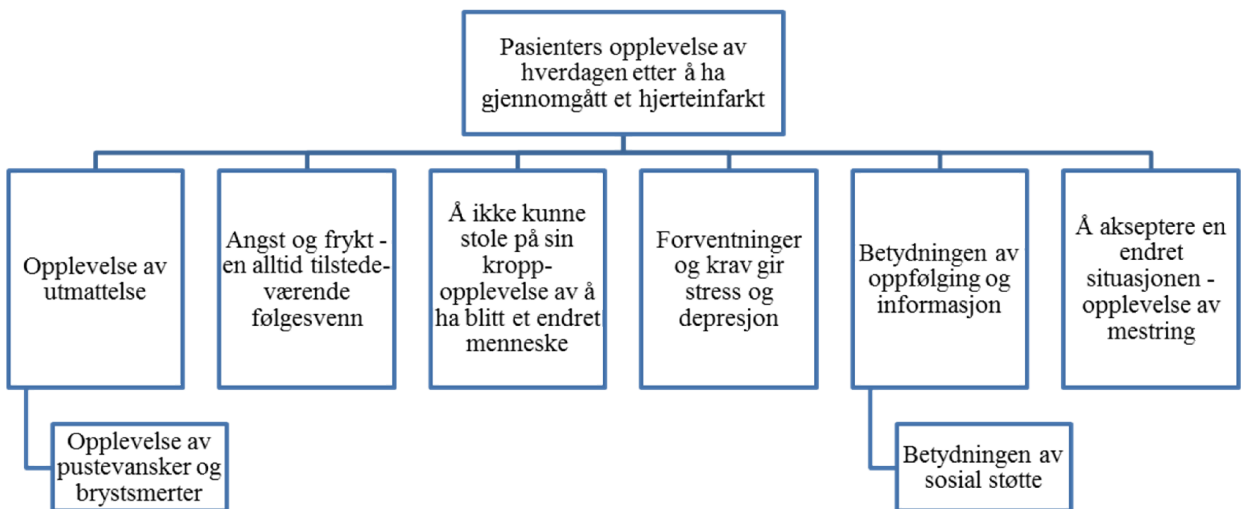


Fig 1. Fremstilling av hovedfunn i litteraturstudien

4.1 Opplevelse av fatigue

I følge Berg et al. 2013, Andersson, Borglin og Willman 2013, Dudas, Ekman og Fors 2014, Asplund, Junehag og Svedlund 2013, Alsén et al. 2010, Asplund, Junehag og Svedlund 2014, Alsén, Brink og Fredriksson-Larsson 2013, Alsén et al. 2015 og Carlsson, Kristofferzon og Löfmark 2008, opplevde pasientene utmattelse, på fagspråk kalt fatigue. Flere pasienter rapporterte om en overveldende følelse av å være utslitt, og at det var det som plaget dem mest av alt. Utmattelse hadde også negativ innvirkning på pasientenes opplevelse av livskvalitet, og det kom frem at utmattelse i etterkant av hjerteinfarkt førte til dårligere forutsetninger for rehabilitering (Alsén et al. 2010).

Andre pasienter beskrev hvordan utmattelse forhindret dem i å utføre aktiviteter på samme måte som de hadde vært vant til. Den konstante mangelen på energi, førte til at mange ikke kunne være sammen med venner og familie på samme måte som tidligere, og flere var for utmattet til at de kom seg tilbake til arbeidslivet. Noen beskrev at i perioder kunne utmattelsen helt ta over deres liv. Enkelte uttrykte at de var nødt til å be familie og venner

om hjelp til å utføre oppgaver for dem, og at de følte det belastende å være avhengige av andre (Andersson, Borglin og Willman 2013).

I en artikkel kom det frem at flere kvinner slet med å gjenoppta sitt seksualliv etter hjerteinfarkt på grunn av utmattelse som hovedårsak til dette. Igjen, førte dette til stress og depressive symptomer, og kvinnene mente at utmattelsen derfor påvirket deres opplevelse av livskvalitet (Berg et al. 2013).

Tap av energi ble av noen beskrevet som å kjøre med håndbremsen på, fordi de ønsket å være aktive, men utmattelsen hindret dem - bare det å være, var mer enn nok. Det å føle seg utmattet, ble for noen satt i sammenheng med latskap. De ga seg selv skylden for at de følte seg trøtte, og mente at de nok bare hadde blitt mer late enn før hjerteinfarkt. Samtidig følte noen på en usikkerhet i forhold til hva de kunne utsette seg for. Det å få oppfølging, som å delta på hjerteskolet og i treningsgrupper, viste seg å være hensiktsmessig i forhold til utmattelse. Likevel rapporterte flere at utmattelse etter hjerteinfarkt var et ukjent tema for mange sykepleiere. På grunn av manglende kunnskap, både om utmattelse og mestringsstrategier hos sykepleierne, fikk ikke pasientene den hjelpen de hadde behov for (Alsén, Brink og Fredriksson-Larsson 2013).

Enkelte pasienter rapporterte at de opplevde søvnproblemer som følge av utmattelsen, og at de hadde fått et større behov for søvn og hvile (Carlsson, Kristofferzon og Löfmark 2008). Noen beskrev også at de hadde blitt engstelige for å sove, fordi de var redde for ikke å våkne opp igjen (Alsén, Brink og Fredriksson-Larsson 2013).

4.1.1 Opplevelse av pustevansker og brystmerter

Flere av artiklene viser at mange pasienter plages av pustevansker, som kortpust og tungpust, i tillegg til brystmerter, etter å ha gjennomgått hjerteinfarkt (Berg et al. 2013, Dudas, Ekman og Fors 2014, Asplund, Junehag og Svedlund 2014, Alsén et al 2015, Carlsson, Kristofferzon og Löfmark 2008 og Barley et al. 2014).

I tillegg til pustevansker, beskrev mange pasienter brystmerter som det mest vanlige symptomet, og også som det mest dominerende. Brystmertenes intensitet varierte. De ble beskrevet både som klemmende og huggende, med og uten utstråling til arm og rygg. Opplevelsen av brystmerter utløste frykt og angst hos flere av pasientene, blant annet for

å få et nytt hjerteinfarkt (Dudas, Ekman og Fors 2014). Noen forklarte også at opplevelse av pustevansker begrenset dem i forhold til fysisk aktivitet (Asplund, Junehag og Svedlund 2014).

Brystsmerter, og vanskeligheter med å puste i forbindelse med seksuell aktivitet, ble beskrevet av noen kvinner. Og frykten som ble utløst av disse opplevelsene begrenset dem (Berg et al. 2013).

Flere av pasientene oppga at deres opplevelse av hvor bra eller dårlig de hadde det etter hjerteinfarkt, var avhengig av blant annet forekomst av brystsmerter (Barley et al. 2014).

4.2 Angst og frykt - en alltid tilstedeværende følgesvenn

De fleste pasientene opplevde å bli rammet av angst og frykt i etterkant av hjerteinfarkt (Berg et al. 2013, Andersson, Borglin og Willman 2013, Dudas, Ekman og Fors 2014, Asplund, Junehag og Svedlund 2013, Asplund, Junehag og Svedlund 2014, Alsén, Brink, og Fredriksson-Larsson 2013, Alsén et al. 2015, Carlsson, Kristofferzon og Löfmark 2008 og Barley et al. 2014). Frykt, ble av noen, omtalt som en alltid tilstedeværende følgesvenn, hvor de stadig ble konfrontert med sin frykt. Tanker om at livet var sårbart kunne plutselig dukke opp, helt uten forvarsel. Å bli oppmerksom på at man ikke var udødelig, og at man ikke nødvendigvis var garantert å ha en fremtid, utløste hos noen, frykt for å få et nytt hjerteinfarkt, som denne gangen kunne ende fatalt. Spesielt de som hadde barn, beskrev en uttalt dødsangst, fordi de fryktet en situasjon hvor de kanskje ikke kom til å være tilstede for sine barn. Noen sa også at de engstet seg for barnas helse, og fryktet at det kunne være en risiko for at de også kunne bli rammet av et hjerteinfarkt når de ble voksne. Dette førte til at de la ned ekstra arbeid på å planlegge for en mulig uforutsigbar fremtid, hvor de skrev testamente og så over sine livsforsikringer. For noen ble frykt også utløst av at de ikke hadde fått noen forklaring på hvorfor de hadde blitt rammet av hjerteinfarkt. Flere engstet seg også for at sykdomstilstanden de befant seg i skulle føre til økonomiske vanskeligheter. De fryktet at de ikke skulle klare å utføre sitt arbeid like effektivt som før. Noen var arbeidsledige, og de engstet seg for at de kanskje var mindre attraktive på arbeidsmarkedet enn før (Andersson, Borglin og Willman 2013).

En annen kilde til angst, var frykten for å være fysisk aktiv, for eksempel i forhold til seksuelt samliv. Noen følte prestasjonsangst i forhold til sin partner, og de engstet seg for at de ikke kunne ha et normalt samliv igjen. Enkelte følte seg derfor verdiløse. Derimot var det noen som ikke følte angst i forbindelse med fysisk aktivitet, og de viste til at deres seksualliv ikke hadde endret seg (Berg et al. 2013 og Andersson, Borglin og Willman 2013)

Angst og frykt kunne også oppleves i forbindelse med sykehuskontroller i etterkant av hjerteinfarkt. Noen mistenkte da at noe var feil. I tillegg var noen redd for at de skulle miste kontrollen, fordi de opplevde at deres eksistens var avhengig av sykepleierne (Dudas, Ekman og Fors 2014).

Andre, spesielt i tiden rett etter hjerteinfarkt, beskrev at de var engstelige for å forlate huset. Enkelte unngikk å være alene, holdt seg unna fysiske aktiviteter, og reiste aldri langt fra sykehuset. De var redde for å få et nytt hjerteinfarkt, og noen fryktet at de snart kom til å dø. De bekreftet også at de skammet seg over sin angst, som for enkelte hadde vokst ut av proporsjoner (Carlsson, Kristofferzon og Löfmark 2008).

For noen kunne opplevelsen av å ha gjennomgått et hjerteinfarkt oppleves så belastende, at det resulterte i en krise (Alsén, Brink og Fredriksson-Larsson 2013). Enkelte fryktet at de psykiske belastningene et hjerteinfarkt førte med seg skulle føre til enda et hjerteinfarkt (Asplund, Junehag og Svedlund 2014)

4.3 Opplevelsen av ikke å kunne stole på sin kropp- å ha blitt et endret menneske.

Flere artikler beskriver dette temaet (Berg et al. 2013, Andersson, Borglin og Willman 2013, Dudas, Ekman og Fors 2014, Asplund, Junehag og Svedlund 2013, Asplund, Junehag og Svedlund 2014, Alsén, Brink og Fredriksson-Larsson 2013, Alsén et al. 2015, Carlsson, Kristofferzon og Löfmark 2008 og Barley et al. 2014). Noen beskrev at de følte seg forandret etter hjerteinfarkt, og at de ikke lenger kunne stole på sin kropp, fordi hjertet muligens kunne stoppe når som helst. Å ha mistet kontroll over tankene sine, var det også noen som erfarte. Kroppen fremsto som ukjent og svak, og de vaktet hvert et

signal den ga fra seg (Andersson, Borglin og Willman 2013). Enkelte slet med å tilpasse seg, og mente at livet var uforutsigbart, og at det aldri ville bli det samme igjen (Berg et al. 2013, Dudas, Ekman og Fors 2014). Psykiske reaksjoner kunne plutselig oppstå, som førte til tap av kontroll. Noen følte på irritasjon og sinne (Alsén et al. 2015). De fleste klarte etterhvert likevel å akseptere sitt nye liv (Asplund, Junehag og Svedlund 2013). I en artikkel mente noen at deres liv etter hjerteinfarkt hadde endret seg til det verre, mens halvparten mente at livet hverken hadde endret seg til det verre, eller til det bedre (Barley et al. 2014).

4.4 Forventninger og krav gir stress og depresjon

I følge Berg et al. 2013, Andersson, Borglin og Willman 2013, Dudas, Ekman og Fors 2014, Asplund, Junehag og Svedlund 2014, Alsén, Brink og Fredriksson-Larsson 2013, Alsén et al. 2015, Bao et al. 2015, Carlsson, Kristofferzon og Löfmark 2008 og Barley et al. 2014, opplevde pasientene krav og forventninger fra omverdenen i tiden etter hjerteinfarkt. I en annen artikkel ble det hevdet at opplevd hjerteinfarkt, uavhengig av alder, førte til opplevelse av stress i pasientenes hverdag (Andersson, Borglin og Willman 2013). Det kom frem at det å gjennomgå et hjerteinfarkt kunne føre til posttraumatisk stress, og at stressende minner rundt hjerteinfarkt økte faren for å oppleve dette. Å starte på jobb for tidlig, viste seg også å øke risikoen for posttraumatisk stress (Alsén et al. 2015)

Pasientene opplevde også hverdagslivet som en rekke av urimelige krav, som ble alt for vanskelige å håndtere. Kravene kom, for eksempel, fra arbeidsgivere som forventet at de skulle komme tilbake til jobb tidligere enn de var rede for, sosialkontor og helsevesen, familie og venner. Fordi pasientene prøvde å oppfylle disse kravene, fikk de mindre tid til å hente seg inn og til å rehabilitere seg. Dette førte til økt stress i en hverdag hvor de allerede strevde for å få tilbake fotfestet. Noen refererte også til at leger og hjerterehabiliteringsteam sørget for flere kontrolltimer, opplysningskurs og fysioterapi. Og det opplevdes som stressende og krevende å skulle kombinere dette med familieliv og jobb, i tillegg til å måtte forholde seg til de fysiske og psykososiale konsekvensene hjerteinfarkt hadde påført dem. Krav i forhold til livsstilsendringer førte også til stress. (Andersson, Borglin og Willman 2013) Pasientene selv, mente at stress ikke var bra for

dem, og at det kunne være en forklaring til at de hadde fått et hjerteinfarkt (Dudas, Ekman og Fors 2014).

En artikkel viste også at det var forskjell mellom kjønn i forhold til stress. Kvinnene rapporterte at de følte seg mer stresset enn mennene, muligens fordi de hadde andre krav til sin rolle i familien, i tillegg til jobb. Det kom også frem at kvinner hadde dårligere forutsetninger for rehabilitering enn menn, og dødeligheten for kvinnene var høyere. Begge kjønn var tynget av stressfaktorer, men de opplevde dem forskjellig (Bao et al. 2015). Det viste seg også at kvinner oftere ble rammet av depresjon i etterkant av hjerteinfarkt, enn hva menn ble (Bierlein et al. 2015).

4.5 Betydningen av oppfølging og informasjon

Pasientene hadde ulike erfaringer i forhold til oppfølging fra helsepersonell (Berg et al. 2013, Andersson, Borglin og Willman 2013, Asplund, Junehag og Svedlund 2013, Alsén et al. 2010, Asplund, Junehag og Svedlund 2014, Alsén, Brink og Fredriksson-Larsson 2013, Alsén et al. 2015, Bao et al. 2015 og Carlsson, Kristofferzon og Löfmark 2008). I en artikkel kom det frem at sykepleiere burde ha større fokus på å identifisere angst og utmattelse hos pasientene. Kvinnene i artikkelen følte behov for informasjon, og de ønsket også at samme informasjon ble gitt til deres partnere (Berg et al. 2013). Andre pasienter følte at de ikke hadde fått noen informasjon om hvordan de kunne forebygge et nytt hjerteinfarkt. Ingen i hjerterehabiliteringsteamet hadde spurt dem om de trengte noe, eller om hva som var viktig for dem. De opplevde at fysioterapitreeningen var tilpasset eldre mennesker, og at det ikke var tatt hensyn til at noen var yngre. Profesjonell støtte ble ansett som meget viktig, for at pasientene skulle lykkes med sine livsstilsendringer. Likevel erfarte flere at støtten ikke var individtilpasset, og dermed klarte de ikke å oppnå målene de hadde satt seg. Det var også noen som mente at de hadde fått den beste oppfølgingen som fantes innen helsesystemet. "I would have broken down totally unless she, the nurse, had been there; I can say she is really terrific" (Asplund, Junehag og Svedlund 2013, 26).

De som var mest fornøyde, var pasienter som hadde deltatt i en medisinsk forskningsstudie, noe som førte til at de fikk flere konsultasjoner, og mulighet til å ringe hjerteklinikken når de måtte ønske det. Noen hadde også mottatt god informasjon i grupper. Noen beskrev informasjonen de hadde fått som upersonlig og omfattende, og de

hadde for eksempel ikke fått informasjon om at psykososiale konsekvenser kunne oppstå i etterkant av et hjerteinfarkt (Asplund, Junehag og Svedlund 2013). En artikkel tok for seg viktigheten av å få støtte så tidlig som mulig etter hjerteinfarkt, og at dette hadde stor betydning for pasientenes opplevelse av mestring. Dette førte til at de dro bedre nytte av hjerterehabiliteringen. Sykepleietiltak for å støtte pasientene etter hjerteinfarkt og avlastning i forhold til utmattelse, ble ansett som meget viktig (Alsén et al. 2010). Betydningen av å ha deltatt på hjerteskoole og fysisk gruppetrening ble omtalt som positive tiltak. Likevel følte pasientene at sykepleierne visste for lite om utmattelse. Noen ga uttrykk for usikkerhet etter hjerteinfarkt, og hadde mange spørsmål som de ønsket svar på. Tiden på sykehuset, hvor de eventuelt hadde mulighet til å spørre, var ofte begrenset. Og spørsmål dukket gjerne opp etter at de hadde kommet hjem, da de skulle prøve å finne tilbake til sitt hverdagsliv. Det kom også frem at de ikke fikk noe tilbud om støtte fra sykepleiere mens de var i sin rehabiliteringsfase. Både kvinner og menn som deltok i et hjerterehabiliteringsprogram, erfarte trygghet og klarte å gjøre noen livsstilsendringer. De følte også trygghet etter konsultasjon hos kardiologen, og de satte pris på sykepleierne, fordi de sto for kontinuitet, sikkerhet og praktisk hjelp (Carlsson, Kristofferzon og Löfmark 2008)

To artikler omhandlet også betydningen av å ha en mentor - en person med samme erfaring som dem selv. Mentoren hadde selv gjennomgått et hjerteinfarkt, og delte sine erfaringer med pasientene. Dette var et frivillig tilbud. Pasientene satte pris på oppmuntringen de hadde fått gjennom sin rehabiliteringstid, og satte pris på at mentorene delte sine erfaringer med dem. For mange betydde det mye å ha kontakt med noen som visste hvordan de hadde det, og selv om de var ukjente for hverandre i begynnelsen, hadde flere utviklet et gjensidig vennskap. Det kom likevel frem at opplevelsen av livet, etter å ha gjennomgått et hjerteinfarkt, ikke var særlig annerledes for de med eller uten mentor (Asplund, Junehag og Svedlund 2013).

4.5.1 Betydningen av sosial støtte

Betydningen av sosial støtte ble belyst i flere artikler (Berg et al. 2013, Asplund, Junehag og Svedlund 2013, Asplund, Junehag og Svedlund 2014, Alsén, Brink og Fredriksson-Larsson 2013, Alsén et al. 2015 og Carlsson, Kristofferzon og Löfmark 2008).

I en annen artikkel kom det frem at de fleste satte pris på støtten de fikk av sin familie, mens noen mente at den var overvurdert. De fleste sa likevel at støtten fikk dem til å føle

trygghet. Både slektninger, voksne barn og barnebarn hadde bidratt til at de følte seg bedre (Asplund, Junehag og Svedlund 2013).

Det kom også frem at noen unngikk det sosiale livet de hadde hatt før de ble rammet av infarkt, og at dette kunne settes i sammenheng med at de følte seg utmattet. En kvinne beskrev at hun følte sorg ved at venner hadde forandret seg, eller holdt seg unna, fordi vennene hadde vært nervøse for å prate om hjerteinfarkt (Asplund, Junehag og Svedlund 2014). De som ikke hadde hatt sosial støtte, sa at de kunne kjenne seg ensomme og i tvil (Alsén et al. 2015).

4.6 En endret situasjon – aksept og opplevelse av mestring

Opplevelse av mestring ble beskrevet i flere artikler (Dudas, Ekman og Fors 2014, Asplund, Junehag og Svedlund 2013, Alsén et al. 2010, Asplund, Junehag og Svedlund 2014, Alsén, Brink og Fredriksson-Larsson 2013, Alsén et al. 2015 og Carlsson, Kristofferzon og Löfmark 2008)

Mange følte seg forandret etter hjerteinfarkt, og de slet med å tilpasse sin nye situasjon. Noen opplevde utfordringer i forhold til å snakke med sin partner om hvordan de hadde det (Berg et al. 2013). Utmattelse og stress viste seg også å være en utfordring i forhold til å oppleve mestring (Alsén et al. 2015 og Bao et al. 2015). Det kom også frem at negativ tankegang påvirket opplevelse av mestring på en negativ måte. De som hadde benyttet seg av en mentor, syntes at det hadde bidratt til å mestre hverdagslivet etter hjerteinfarkt. Det hadde også bidratt til at de forlot huset, og noen hadde også vært på utenlandsreiser. Enkelte følte at hvis de klarte å snakke om sin tilstand, var det beste medisinen mot bekymringer. Det å ha tilgang til støtte, både av helsepersonell, mentor, familie og venner, førte til opplevelse av mestring. Mange beskrev det første året etter hjerteinfarkt som vanskelig, men opplevde mestring i større grad etter det. De følte seg ydmyke over å ha fått en ny sjanse i livet, og satte pris på det de hadde rundt seg. Det å leve i nuet og gripe de mulighetene som oppsto, kunne for en del føre til at de prioriterte annerledes enn de hadde gjort før hjerteinfarkt (Andersson, Borglin og Willman 2013). Episoden med hjerteinfarkt ble sett på som en mulighet til å starte sitt liv om igjen. De så muligheter, og viste vilje til å gjøre livsstilsendringer (Dudas, Ekman og Fors 2014). Noen refererte til at de hadde et realistisk syn på sin tilstand, og at de aksepterte at slik var det. Å gjennomgå et

hjerterinfarkt hadde for noen ført til at de ikke tok noe for gitt. Flere hevdet til og med at hjerterinfarkt hadde vært en positiv erfaring (Asplund, Junehag og Svedlund 2013, Alsén, Brink og Fredriksson-Larsson 2013). Det viste seg også at de som hadde en positiv tankegang var mindre utsatt for å få et nytt hjerterinfarkt, og de hadde også mindre brystmerter (Alsén et al. 2010). Noen følte seg til og med friskere enn de hadde gjort før de fikk hjerterinfarkt, og de opplevde å ha en sterk fysisk helse. Spesielt de som hadde sluttet å røyke. De uttrykte også at man selv må ville gjennomføre livsstilsendringer, men at det kostet. For noen var det skikkelig tungt å måtte slutte å røyke, og ikke alle klarte det. Det var noen som nevnte at de var mer bevisst på sitt kosthold. Enkelte, derimot, ønsket ikke å gjøre noen endringer, og fulgte ikke rådene de fikk. De bestemte seg for å være «sin egen herre.» En grunn de oppga for dette, var at de opplevde det stressende med alle krav. De sa at de likevel var forøyde med sitt liv, på tross av at de ikke hadde endret på noe. Flere var fornøyde med sin rehabilitering, og selv om de hadde fått noen fysiske plager, aksepterte de sin situasjon. Enkelte beskrev at hjerterinfarkt hadde lært dem å prate om følelser, og noen nevnte at en ytre kraft hjalp dem til å endre sine vaner til det bedre. Flere sa at de følte håp for fremtiden (Carlsson, Kristofferzon og Löfmark 2008).

5.0 Diskusjon

I følge retningslinjene for Bacheloroppgaven (Høgskolen i Molde 2015), skal oppgaven inkludere en diskusjonsdel som omhandler drøfting av metoden som er brukt og resultat fra litteraturstudien.

5.1 Metodediskusjon

Fremgangsmåten for litteraturstudien vil bli gjennomgått i dette avsnittet, med hensikt å belyse styrker og svakheter av metoden for datainnsamling, etisk vurdering, kvalitetsvurdering og analyse (Høgskolen i Molde 2015).

5.1.1 Datainnsamling og litteratursøk

I begynnelsen av arbeidet med litteraturstudien ble det lagt ned en del tid på å finne gode inklusjons- og eksklusjonskriterier. I de første prøvesøkene hadde jeg begrenset søkene til å gjelde aldersgruppen unge voksne. Men, det viste seg etterhvert, at det å begrense aldersgruppen til unge voksne var ganske begrensende i forhold til treff på nye forskningsartikler. Etter diskusjon med veileder ble det bestemt å fjerne begrensingen til unge voksne, for å kunne åpne opp for muligheten til flere treff. Dette viste seg å være et godt valg, siden antall treff på relevante artikler økte betraktelig. Det å se på en bredere aldersgruppe, er på den ene siden en styrke for studien, siden det gir resultater som dekker et bredere spekter i alder. Men, på den andre siden kan det også betraktes som en svakhet, siden det er risiko for at resultatene dekker et for stort område, og derfor blir upresise.

Først ble et P(IC)O skjema laget. Jeg brukte en god del tid, både på å utarbeide P(IC)O skjemaet, men også for å lære meg selve søkeprosessen. Jeg var blant annet på veiledningstime med en bibliotekar, der jeg fikk mange gode tips vedrørende relevante databaser og utarbeidelse av PICO-skjema. I ettertid ser jeg at dersom jeg hadde valgt å trunkere søkeordet Experience på -c* istedenfor på -e* kunne det ha gitt flere treff.

Beskrivelsene av søkemetoder i Nortvedt et al. (2012) har i tillegg vært til god hjelp i mine forberedelser av søkene. Både det at jeg benyttet muligheten til å få veiledning av en bibliotekar, og at jeg har brukt relevant bakgrunns litteratur, har vært en styrke i forhold til

litteratursøkene. Men, selv om jeg hadde forberedt søkene godt, merket jeg at jeg hadde begrenset erfaring med å søke. Dette førte til at det tok en del tid før jeg lærte meg hvordan jeg både skulle gjennomføre, og lagre søk og resultater. Det kan også være en svakhet med studien, siden det er mulig at en del relevante artikler er blitt oversett under arbeidet med søkene.

Det at 7 artikler er kvalitative og 5 er kvantitative kan være en svakhet med studien siden problemstillingen er kvalitativ. Men det kan også være en styrke siden de kvantitative artiklene hjelper til å underbygge funnene i de kvalitative artiklene.

12 artikler ble funnet og vurdert som relevante for studiens hensikt. To av artiklene var eldre enn 5 år, en fra 2008 og en fra 2010. Det kan være en svakhet siden det er anbefalt i retningslinjene for Bacheloroppgaven (Høgskolen i Molde 2015) at de inkluderte forskningsartiklene ikke være eldre enn 5 år. Men, siden de to nevnte eldre artiklene inkluderte informasjon som svarte godt på studiens hensikt ble de tatt med i analysearbeidet.

8 av artiklene er basert på studier gjennomført i Sverige, 1 i Danmark, 1 i England og 2 av artiklene dekker USA, Australia og Spania, samlet. Det at så mange av artiklene er fra Sverige, ser jeg som en styrke, siden studien da også gir et bilde av hvordan pasienter i andre Skandinaviske land, som Norge, opplever det å ha gjennomgått et hjerteinfarkt.

5.1.2 Kvalitetsvurdering og etisk vurdering

I følge Nortvedt et al. (2012), kan kvaliteten på vitenskapelige artikler vurderes både gjennom å sjekke tidsskriftene de var publisert i, gjennom Databasen for statistikk for høgre utdanning (Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste 2016), og gjennom bruk av sjekklister for vurdering av kvalitativ og kvantitativ forskning (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2016). Det er en styrke for studien at tidsskriftene som artiklene er publisert i, enten er nivå 1 eller 2, hvilket betyr at de er autoriserte publiseringskanaler i følge Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (2016). Det er også en styrke for studien at samtlige 12 artikler, etter gjennomgang med hjelp av sjekklister for kvalitet, ble gradert til høyeste kvalitetsgrad 1. Det at jeg har meget begrenset erfaring med å vurdere

forskningsartikler med hjelp av sjekklister, er en mulig svakhet med studien siden det kan ha medført til feiltolkninger, og dermed feil kvalitetsgradering av artiklene.

Det at samtlige 12 artikler har mottatt godkjenning fra ulike etiske komiteer i de forskjellige land der undersøkelsene er blitt gjennomført, er en styrke for studien. I tillegg er det nevnt i de fleste artiklene at de følger Helsinkideklarasjonen. For de kvalitative undersøkelsene, der pasienter har vært involvert, er det beskrevet at det er blitt gitt informert samtykke og informasjon om taushetsplikt, og mulighet for å trekke seg fra undersøkelsene. Dette er også noe som jeg ser som en styrke med de inkluderte artiklene.

Av de 12 artiklene som er brukt i studien er 7 kvalitative og 5 kvantitative. I følge Jacobsen (2013), er de to metodene, kvalitativ og kvantitativ forskningsdesign forskjellige, men de er ikke i konflikt med hverandre. Jacobsen (2013) mener heller at de to metodene utfyller hverandre. Jeg mener derfor at det er en styrke for litteraturstudien at det er inkludert både kvalitative og kvantitative artikler, fordi funnene i de kvantitative artiklene er med på å underbygge funnene i de kvalitative artiklene.

5.1.3 Analyse

Jeg brukte de fire fasene, som er beskrevet av Evans (2002), i analyseprosessen, for å strukturere arbeidet med å analysere artiklene. Selve analysearbeidet med artiklene er den mest omfattende delen med litteraturstudien, og siden det er mye data som skal håndteres og sorteres er det viktig at data håndteres på en strukturert måte. Jeg mener derfor at det er en styrke for litteraturstudien at en vel utprøvd og anbefalt metode er blitt brukt for det omfattende analysearbeidet. I ettertid ser jeg at jeg burde ha vært mer strukturert gjennom å bruke mer tid på å velge ut informasjon knyttet til hvert og et av mine funn fra artiklene, og samlet de i separate dokumenter. I stedet for, har jeg brukt mye tid på å gå tilbake til artiklene for å finne tilbake til funnene som hadde blitt fargekodet. Dette ser jeg på som en svakhet med analysearbeidet, siden det er mulig at noen funn ikke har kommet frem tydelig nok i resultatdelen av studien.

Det at jeg har skrevet oppgaven på egen hånd har vært en fordel i forhold til planleggingen av arbeidet med litteraturstudien. Men, det har vært en svakhet ikke å ha en partner å

diskutere de ulike delene i oppgaven med. Ulike aspekt blir kun sett ut i fra et synspunkt, og slik kan det være en mulighet for at funn har blitt oversett eller feiltolket.

Gjennom analysearbeidet har jeg sett at jeg ikke har notert noen funn knyttet til bruk og bivirkninger av medisiner etter et hjerteinfarkt. Det er mulig at dette hadde kommet frem tydeligere dersom andre søkeord hadde blitt brukt. Men, det kan jo også være sånn at mangelen på funn knyttet til dette skyldes at det er blitt gjort begrenset med ny forskning på temaet.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Fatigue- en overveldende følelse

Flere av pasientene i studien beskrev at de følte seg utmattet i etterkant av hjerteinfarkt, og at det var en overveldende følelse (Alsén et al. 2010). I følge Almås, Stubberud og Grønseth (2011), er det ikke uvanlig å oppleve kronisk tretthet i forbindelse med hjertesykdom. Fatigue kan også føre til depresjon, og omvendt. At fatigue kan settes i sammenheng med depresjon kom også frem i resultatet, hvor en pasient oppga at utmattelsen hadde påført henne depressive symptomer (Berg et al. 2013). Utmattelse og tretthet beskrives som fatigue på fagspråk. Det blir sett på som et symptom, eller et isolert fenomen, som sammen med andre symptomer er en sammensatt tilstand. Det anses også som et klinisk syndrom. I følge Almås, Stubberud og Grønseth (2011), er fatigue kulturavhengig, det vil si, enkelte språk har ikke ord som beskriver fenomenet. For å karakterisere tilstanden i det norske språket anvendes ord som, for eksempel, kraftløshet, mangel på energi, utmattelse og tretthet. Fatigue brukes ofte i helsefaglig sammenheng om noen som ikke makter å utføre de aktivitetene som hører til i hverdagen. (Almås, Stubberud og Grønseth 2011). Dette stemmer godt overens med mine funn fra artiklene, hvor pasientene beskrev at de følte seg så utmattet at de hadde problemer med å utføre ulike gjøremål (Andersson, Borglin og Willman 2013). Flere rapporterte at utmattelse etter hjerteinfarkt var et ukjent tema for sykepleierne, og at de derfor ikke fikk den hjelpen de hadde behov for (Alsén, Brink og Fredriksson-Larsson 2013). Med tanke på hvor mange som beskrev at de var rammet av fatigue, viser dette at det kan være behov for å øke kunnskap om fatigue etter hjerteinfarkt blant sykepleiere, slik at pasientene får tilfredsstillende informasjon og oppfølging. Personlig hadde jeg litt kunnskap om temaet fra før, fordi jeg hadde praksis på et sykehus hvor jeg var på en gruppe for hjerte-lunge pasienter. I tillegg hadde jeg ved tidligere anledninger lest om at fatigue kan oppstå etter

store påkjenninger, som det kan være å gjennomgå et hjerteinfarkt. I ettertid var det uansett overraskende å se hvor ofte fatigue etter hjerteinfarkt gikk igjen i studien. Sånn i forhold til studiens hensikt, synes jeg at mine funn er med og bidrar til å belyse hvordan pasienter opplever sin hverdag etter å ha gjennomgått et hjerteinfarkt.

5.2.2 Brystsmerter utløste frykt og angst hos pasientene

Pasientenes livskvalitet i studien var avhengig av hvor plaget de var av brystsmarter (Barley et al. 2014). Det er viktig å kartlegge pasientens brystsmarter, og det er viktig å informere pasientene om hva som kan forverre eller lindre smerten. Brystsmertene ledsages ofte av angst (Almås, Stubberud og Grønseth 2011). Dette stemmer med funnene mine i studien, hvor flere beskrev at de ble rammet av angst og frykt på grunn av brystsmertene, blant annet for å få et nytt hjerteinfarkt (Dudas, Ekman og Fors 2014). Jeg tenker at sykepleier har en viktig rolle ved å støtte og informere pasienten. Dette kan ha en beroligende virkning. Funnene i forhold til dette temaet var kanskje ikke så overraskende, men det var likevel en tankevekker å lese om hvor hvordan brystsmertene påvirket pasientenes liv. I så måte synes jeg at også disse funnene er med på å besvare min hensikt.

5.2.3 Angst og frykt- en alltid tilstedeværende følgesvenn

Mange pasienter i studien opplevde å bli rammet av angst og frykt etter hjerteinfarkt (Andersson, Borglin og Willman 2013). Almås, Stubberud og Grønseth (2011) tar også for seg dette temaet. De skriver at hjertesykdom kan utløse redsel for plutselig død, noe som også kom fram i studien. I følge Mekki (2010), kan alvorlig angst og frykt virke handlingslammende, mens angst og frykt i mer moderat grad kan skjerpe sansene i krevende situasjoner. Dette kan mobilisere til handling. Slik kan angst og frykt også være til nytte. Ved slike tilfeller kan det være vanskelig å merke noe på pasienten, spesielt hvis pasienten selv ikke uttrykker seg verbalt i forhold til hvordan det oppleves. Som helsepersonell er det viktig å være klar over at pasienters opplevelse av angst kan være veldig individuelle. Mine funn viser også, at opplevelsen av frykt og angst forekom i varierende grad. Hos noen hadde angsten vokst ut av proporsjoner (Carlsson, Kristofferzon og Löfmark 2008), og hos andre hadde angsten blitt så belastende at det førte til en krise (Alsén, Brink og Fredriksson-Larsson 2013). Manglende forklaringer og informasjon fra sykepleiere om hvordan de skulle forholde seg til sykdommen, hadde utløst angst og frykt (Andersson, Borglin og Willman 2013). I følge Mekki (2010), er det helt vanlig at

pasienten opplever angst i forbindelse med sykdom og sykehusinnleggelse, og hver enkelt pasient må tas på alvor. Pasientene i studien, som for eksempel opplevde mangel på informasjon, er et bevis på at det kanskje bør settes enda mer fokus på å informere og trygge pasientene. Mekki(2010) skriver videre at angst og frykt som opptar alt for stor plass i pasientens hverdag, kan bli et handikap for pasienten. Disse kan ha behov for behandling.

At pasienter opplever angst og frykt i forbindelse med hjertesykdom kommer også frem i bakgrunnsteorien. Almås, Stubberud og Grønseth (2011) beskriver at angst og frykt kan føre til en følelsesmessig krise, og at mange kan oppleve endret mestringsevne. Dette kom også frem i litteraturstudien, hvor flere av pasientene beskrev lignende opplevelser etter sitt hjerteinfarkt. Enkelte mente at angsten hadde påvirket deres mestringsevne på en negativ måte (Carlsson, Kristofferzon og Löfmark 2008). Mine funn i studien stemmer også med noen erfaringer jeg har fra praksis. Pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt er ofte engstelige for hva de kan gjøre i forhold til fysisk aktivitet, noe som også pasientene i studien viste til. Jeg har også erfart at pasienter opplever angst og frykt, både på grunn av brystmerter, smerter fra operasjonssåret og på grunn av bekymringer de har rundt sin situasjon. Min erfaring er at disse pasientene alltid føler seg tryggere om man er til stede for dem, både fysisk og gjennom behov for samtale, hvis pasienten føler for det. Jeg tenker at dette sier noe om at sykepleier har en viktig oppgave i sin yrkesutførelse i forhold til angst og frykt hos pasienten. Men, jeg har erfart at det i praksis ikke alltid er like enkelt å være tilstede for pasienten så mye som man ønsker, fordi det til tider kan være travelt i en sykehusavdeling. I tillegg kan arbeidsdagen være uforutsigbar, på grunn plutselige endringer i pasientenes sykdomstilstand. Det var interessant og lærerikt å se i studien hvordan pasientene opplevde sin situasjon etter hjerteinfarkt. Funnene belyser hensikten med studien, ved at de forteller noe om hvordan pasientene har det i etterkant.

5.2.4 Livet er blitt snudd opp ned

Mine funn fra studien beskriver at pasientene opplevde krav og forventninger fra omverdenen etter hjerteinfarkt. Flere opplevde at de følte seg forandret, og at de ikke lenger kunne stole på sin kropp. Noen slet med å tilpasse seg sin nye situasjon, og at det å mestre sin situasjon kunne være utfordrende (Berg et al. 2013, Andersson, Borglin og

Willman 2013, Dudas, Ekman og Fors 2014, Asplund, Junehag og Svedlund 2013, Alsén et al. 2010, Asplund, Junehag og Svedlund 2014, Alsén, Brink og Fredriksson-Larsson 2013, Alsén et al. 2015, Bao et al. 2015, Carlsson, Kristofferzon og Löfmark 2008 og Barley et al. 2014). I følge Stubberud (2013), kan personer som utsettes for langvarig negativt stress, utvikle somatiske sykdommer, som blant annet hjerte- og karsykdom. Over tid kan også pasienten utvikle depresjon (Stubberud 2013). Funnene mine fra studien viser at pasientene hadde slike erfaringer. Noen refererte, for eksempel til at de selv opplevde at stress ikke var bra for dem, og at det kunne være en forklaring til at de hadde fått hjerteinfarkt (Dudas, Ekman og Fors 2014). I følge Bunkholdt (2010), er stress en ytre hendelse som individet ikke har erfaring med, og det kreves en stor innsats for å mestre stress (Bunkholdt 2010). Mine funn viste at pasientene var påvirket av en sammenheng mellom stress, depresjon og fatigue. Med tanke på hvordan faglitteraturen beskriver temaet, stemmer dette godt overens med pasientenes erfaringer i studien.

Enkelte opplevde at kroppen fremsto som ukjent og svak, men at de likevel etter hvert klarte å akseptere sitt nye liv (Asplund, Junehag og Svedlund 2013). Dette temaet beskrives også av Nordtvedt og Skaug(2005), som sier at for mange vil det kanskje bli nødvendig å finne andre verdier i livet, og andre måter å leve på. Noen finner ut at de har brukt mye tid på uvesentligheter, noe som også pasientene i studien beskriver. Nordtvedt og Skaug (2005) hevder også at det kan komme noe godt ut av smertefulle situasjoner, og at det kan føre til at man velger å leve annerledes. Funnene mine i resultatdelen viser at flere pasienter har erfart akkurat dette. Episoden med hjerteinfarkt ble sett på som en mulighet til å starte sitt liv om igjen, og de så muligheter til å gjennomføre livsendringer (Dudas, Ekman og Fors 2014).

I følge Almås, Stubberud og Grønseth(2011), har sykepleier en viktig rolle i forhold til å styrke pasientens ressurser til egen mestring. De beskriver viktigheten av pasientens eget ansvar i forhold til å forebygge forverring, tilbakefall og rehabilitering etter sykdom. De legger også vekt på at det er viktig å veilede og støtte pasienten, slik at det blir enklere å håndtere sin sykdomstilstand i hverdagen (Almås, Stubberud og Grønseth 2011). I resultatdelen viser mine funn at noen pasienter erfarte at det var manglende kunnskap blant helsepersonell i forhold til mestringsstrategier, og at de derfor ikke fikk den oppfølgingen de hadde behov for (Alsén, Brink og Fredriksson-Larsson 2013). Det var likevel ulike erfaringer rundt dette, og flere følte at de hadde blitt oppfulgt av sykepleierne, og at dette

hadde ført til opplevelse av mestring (Carlsson, Kristofferzon og Löfmark 2008). Mine funn, sammen med teori fra faglitteraturen, viser at sykepleier har en sentral rolle i å støtte pasienten til å oppnå mestring. Funnene mine viser også at pasienter som hadde et positivt syn på sin sykdomstilstand, også hadde en bedre opplevelse av mestring (Alsén et al. 2010). Dette kan settes i sammenheng med Antonovskys syn på mestring, fordi han er opptatt av opplevelsen av sammenheng. Han hevder at opplevelsen av sammenheng er avgjørende for hvordan et menneske opplever og håndterer sin situasjon (Antonovsky 2012).

I praksis opplevde jeg at sykepleierne var gode på å motivere pasientene, og jeg erfarte at dette var noe de bevisst la vekt på. De fleste pasientene skal hjem etter sykehusinnleggelse, og da er det viktig at de opplever mestring av sin situasjon i så stor grad som mulig.

Disse overstående temaene kan bidra til å belyse hvordan pasienter opplever sin hverdag etter et hjerteinfarkt.

5.2.5 Støtte og informasjon gir økt trygghet

Mange av funnene mine fra studien viser at det er ulike opplevelser rundt det å få informasjon og støtte etter å ha gjennomgått et hjerteinfarkt (Berg et al. 2013, Andersson, Borglin og Willman 2013, Asplund, Junehag og Svedlund 2013, Alsén et al. 2010, Asplund, Junehag og Svedlund 2014, Alsén, Brink og Fredriksson-Larsson 2013, Alsén et al. 2015, Bao et al. 2015 og Carlsson og Kristofferzon og Löfmark 2008). I en artikkel kom det frem at noen pasienter ikke hadde fått informasjon om hvordan de kunne forebygge et nytt hjerteinfarkt, og at ingen i hjerterehabiliteringsteamet hadde spurt dem om det var noe de trengte hjelp til. De opplevde at rehabiliteringen ikke var anpasset til pasientenes alder, og at støtten og informasjonen de fikk ikke var individtilpasset (Andersson, Borglin og Willman 2013). Flere hevdet også at de ikke hadde fått informasjon om at psykososiale konsekvenser kunne oppstå i etterkant av hjerteinfarkt (Asplund, Junehag og Svedlund 2013). I følge Almås, Stubberud og Grønseth (2011), trenger pasienten informasjon om at det kan være helt normalt at depressive tanker oppstår i etterkant av et hjerteinfarkt. Noen kan ha behov for medikamentell behandling for dette i en periode, men det er viktig å informere om at dette ikke er uttrykk for pasientens mentale kompetanse. Pasienten trenger å få styrket sin egenomsorg, slik at det blir lettere for pasienten å leve med sykdommen. Informasjon i forhold til å gjenkjenne symptomer, og hvordan de skal leve med disse i hverdagen, er også viktig (Almås Stubberud og Grønseth

2011). Denne kunnskapen er en kontrast i forhold til mine funn, hvor noen av pasientene beskriver sine erfaringer som en kontrast til dette. I sykepleiepensumet beskrives det også at hjertesykdom ofte vil påvirke pasientenes seksualliv på grunn av frykt, psykisk stress og manglende kunnskap hos pasientene. Det legges vekt på at sykepleier har en viktig rolle i forhold til å undervise pasienter om sykdommens innvirkning på seksuallivet (Almås, Stubberud og Grønseth 2011). I resultatet av studien viser mine funn at noen slet med å forholde seg til seksuell aktivitet etter hjerteinfarkt, og at de opplevde stress og angst på grunn av det. De savnet informasjon fra sykepleierne rundt dette temaet (Berg et al. 2013). I følge Eide og Eide (2010), skal informasjonen tilpasses pasientens behov. Både tilpasningen av informasjon og selve formidlingen av den, krever omtanke fra sykepleieren. Det er viktig at informasjonen kommer frem, og at pasienten får med seg det som er viktig. I tillegg skal pasienten føle seg ivaretatt på en god måte. Av sykepleieren krever dette både forberedelser og omtanke (Eide og Eide 2010). Mine funn avslører at det finnes noen utfordringer i forhold til å støtte og informere pasienter etter at de har gjennomgått et hjerteinfarkt. Mange ga uttrykk for at de savnet informasjon og oppfølging etter hjerteinfarkt. I løpet av min sykehuspraksis reflekterte jeg iblant over dette. Jeg opplevde at pasientene i stor grad fikk informasjon rundt sin sykdomstilstand på rom hvor de lå sammen med flere, og at de andre pasientene også hørte hva som ble sagt. Slike situasjoner kan bidra til at pasientene ikke tør å spørre hvis det er noe de lurer på, og legene har mange pasienter som venter på informasjon. Som sykepleiestudent opplevde jeg også enkelte ganger at pasientene spurte meg om ting de lurte på, som oftest i en hjelpesituasjon uten andre til stede, eller etter at legevisitten hadde forlatt rommet. Noen kom kanskje på i ettertid det de ville spørre om. På hjerte-lunge gruppen, hvor jeg hadde praksis, hadde fysioterapeuten en sentral rolle i forhold til å rehabilitere pasientene. Jeg antar at han kanskje derfor kom dem nærmere, at det ble rom for veiledning og informasjon, og at pasientene fikk mulighet til å spørre, hvis det var noe de lurte på.

Mine funn fra studien og egne erfaringer, viser at behovet for støtte og informasjon er stort. Jeg finner derfor de ovenstående temaene interessante i forhold til min hensikt med studien, som var å belyse pasienters erfaringer etter å ha gjennomgått hjerteinfarkt.

6.0 Konklusjon

Hensikten med litteraturstudien var å belyse pasienters opplevelse av hverdagen etter å ha gjennomgått et hjerteinfarkt. Resultatet viser at pasientene møter på både fysiske og psykososiale utfordringer. Det var overraskende mange som refererte til at de ble rammet av fatigue etter hjerteinfarkt, og flere slet med brystmerter og kortpust. Viktigheten av å få informasjon, støtte og oppfølging var tydelig, og mange beskrev sine erfaringer rundt dette. Flere hevdet at de hadde fått livet snudd opp ned, og at de ikke lenger kunne stole på sin kropp. Mange opplevde også å bli plaget av angst og frykt, og noen beskrev at de opplevde urimelige krav og forventninger fra flere kanter. Det var også flere som beskrev sin opplevelse i forhold til det å måtte legge om livsstilen, og at de hadde fått et nytt og annerledes syn på livet etter hjerteinfarkt. De pasientene som fikk individtilpasset informasjon og oppfølging, viste til at de opplevde større grad av mestring. I tillegg følte de seg mer ivaretatt, enn de som beskrev sine erfaringer rundt informasjon og støtte som mangelfulle.

6.1 Forslag til videre forskning

Det kunne ha vært interessant å gjennomføre en klinisk studie der man ser nærmere på betydningen av individtilpasset informasjon og oppfølging. Slik kunne man få mer informasjon om hvordan det kan påvirke pasienters opplevelser, av for eksempel fatigue, i tiden etter hjerteinfarkt. I tillegg kunne man ha undersøkt pasienters erfaringer og opplevelser i forhold til bruk av medikamenter etter hjerteinfarkt, siden det ser ut til å være lite forskning rundt dette.

Referanseliste

Almås Hallbjørg, Dag-Gunnar Stubberud, Randi Grønseth. 2011. *Klinisk sykepleie 1. 4.* utg. Oslo: Gyldendal akademisk

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

Alsén, Pia, Eva Brink, Ulla Fredriksson-Larsson. 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*. 8:20836.

Alsén, Pia, Eva Brink, Lars-Olof Persson, Yvonne Brändström og Björn W. Karlson. 2010. Illness Perceptions After Myocardial Infarction - Relations to Fatigue, Emotional Distress, and Health-Related Quality of Life. *Journal of clinical nursing*, Vol. 25, No. 2, pp E1-E10

Andersson, Ewa Kazimiera, Gunilla Borglin og Ania Willman. 2013. The Experience of Younger Adults Following Myocardial Infarction. *Qualitative Health Research*. 23(6): 762–772.

Antonovsky, Aaron. 2012. *Helsens mysterium, den salutogene modellen*. 1. utg. Oslo: Gyldendal akademiske

Asplund, Kenneth, Lena Junehag, Marianne Svedlund. 2014. Perception of illness, lifestyle and support after an acute myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring sciences*, 28; 289-296.

Asplund Kenneth, Lena Junehag og Marianne Svedlund. 2013. A qualitative study: perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction. *Intensive & critical care nursing*, 30, 22—30.

Barley, Elizabeth A., Zoe Fortune, Geraldine A. Lee, Anthony Manna, Rachel Phillips, Alison Smith, Andre' Tylee et al. 2014. UPBEAT study patients' perceptions

of the effect of coronary heart disease on their lives: A cross-sectional sub-study. *International Journal of Nursing Studies*, 51 (2014) 1500–1506.

Bao, Haikun, John F. Beltrame, Héctor Bueno, Emily M. Bucholz, Gail D’Onofrio, Mary Geda, Harlan M. Krumholz et al. 2015. Sex Differences in Perceived Stress and Early Recovery in Young and Middle-Aged Patients With Acute Myocardial Infarction. *Health Services and Outcomes Research*, 2015; 131:614-623.

Berg, Selina K, Margrethe Herning, Pernille P Johansen og Lene H Söderberg. 2013. Women’s experiences of sexual health after first-time myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3532–3540.

Bierlein, Maggie, Emily M. Bucholz, Héctor Bueno, Gail D’Onofrio, Rachel P. Dreyer, James Fox, Mary Geda et al. 2015. Return to Work After Acute Myocardial Infarction - Comparison Between Young Women and Men. *Circulation. Cardiovascular Quality and Outcomes*, 9: S45-S52.

Bunkholdt, Vigdis. 2010. *Psykologi, en innføring for helse- og sosialarbeidere*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget AS

Carlsson, Marianne, Marja-Leena Kristofferzon, Rurik Löfmark. 2008. Managing consequences and finding hope – experiences of Swedish women and men 4–6 months after myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22; 367-375.

Dalland, Olav. 2010. *Metode og oppgaveskriving*, 4. Utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dudas, Kerstin, Andreas Fors og Inger Ekman. 2014. Life is lived forwards and understood backwards – Experiences of being affected by acute coronary syndrome: A narrative analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 51 (2014) 430–437.

Eide, Hilde og Tom Eide. 2010. *Kommunikasjon i relasjoner, samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Evans, David. 2002. Systematic Reviews of interperative research: interperative data

synthesis of processed data. *Australian journal of advanced nursing*. 20(2):22-26

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

Folkehelseinstituttet. 2014. *Folkehelse rapporten 2014*. 1. utg. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt

Høgskolen i Molde. 2012. Presentasjon ved forelesning i «Sykepleie til pasienter med hjerteinfarkt og angina pectoris», side 2, 14.08.2012.

Høgskolen i Molde. 2015. Retningslinjer for bacheloreksamen i sykepleie. Avdeling for helse og sosialfag. Molde: Høgskolen i Molde.

Ingstad, Kari. 2013. *Sosiologi i sykepleie og helsearbeid*. 1. utg. Oslo: Gyldendal akademisk

Jacobsen, Dag Ingvar. 2013. *Forståelse, Beskrivelse og Forklaring- innføring i metode for helse- og sosialfagene*. 2.utg. Oslo: Høyskoleforlaget

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

Knutstad, Unni. 2010. *Sentrale begreper i klinisk sykepleie, Sykepleieboken 2*. 3. utg. Oslo: Akribe AS

Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt, Eli-Anne Skaug. 2005. *Grunnleggende sykepleie 3*. 1. utg. Oslo: Gyldendal akademisk

Nasjonalforeningen for folkehelsen. 2014. *Hjerteinfarkt*. Oslo: Erik Tanche Nilssen AS

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2014. Tema: Sjekkliste for vurdering av

forskningsartikler. <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-avforskningsartikler> Lest: 03.03.2016

Nordtvedt, W. Monica, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victorica Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb kunnskapsbasert*. En arbeidsbok. Oslo: Akribe.

Mekki, Tone Elin. 2010. *Sykepleieboken 1*. 3. utg. Oslo: Akribe AS

Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. 2016. Database for statistikk om høgre utdanning. <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringsskanaler/Forside> Lest: 01.03.2016

Stubberud, Dag-Gunnar. 2013. *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. 1. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Willman, Anita, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbasert omvårdnad, en bro mellom forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

Vedlegg 1 – Søkehistorikk

#	Dato	Database	Søkeord	Limits	Antall treff	Leste abstracts	Leste artikler	Inkluderte artikler
1	13.07.2015	OVID Medline	Myocardial*	English 2005-current	5160	0	0	0
2	13.07.2015	OVID Medline	Experience*	English 2005-current	8365	0	0	0
3	13.07.2015	OVID Medline	Patient	English 2005-current	8011	0	0	0
4	13.07.2015	OVID Medline	Coping	English 2005-current	4032	0	0	0
5	13.07.2015	OVID Medline	Physical*	English 2005-current	6583	0	0	0
6	13.07.2015	OVID Medline	Challenge*	English 2005-current	9682	0	0	0
7	13.07.2015	OVID Medline	Psycholog*	English 2005-current	2847	0	0	0
8	13.07.2015	OVID Medline	Psychosocial	English 2005-current	5733	0	0	0
9	13.07.2015	OVID Medline	1 AND 2	English 2005-current	5019	0	0	0
10	13.07.2015	OVID Medline	1 AND 2 AND 3	English 2005-current	1758	0	0	0
11	13.07.2015	OVID Medline	1 AND 2 AND 4	English 2005-current	30	20	5	0
12	13.07.2015	OVID Medline	1 AND 2 AND 5	English 2005-current	195	67	12	2 (Art 2, 7)
13	13.07.2015	OVID Medline	1 AND 2 AND 6	English 2005-current	146	38	9	1 (Art 1)
14	13.07.2015	OVID Medline	1 AND 2 AND 7	English 2005-current	341	92	16	5 (Art 3, 4, 5, 6, 11)
15	13.07.2015	OVID Medline	1 AND 2 AND 8	English 2005-current	50	8	3	0

16	21.01.2016	OVID Medline	1 AND 8	English 2005-current	342	20	2	1 (Art 9)
17	21.01.2016	CINAHL	1 AND 2 AND 7	English 2005-current	29	29	8	2 (Art. 10, 12)
18	21.01.2016	British Nursing Index	1 AND 2 AND 7	2005-current	36	22	5	0
19	21.01.2016	British Nursing Index	1 AND 2 AND 4	2005-current	8	8	0	0
20	21.01.2016	British Nursing Index	1 AND 4	2005-current	19	19	4	1 (Art. 8)

Vedlegg 2 – Liste over inkluderte artikler

Artikkel 1	
Forfattere	Berg, Selina K, Margrethe Herning, Pernille P Johansen, Lene H Søderberg.
År	2013
Land	Danmark
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing
Tittel	Women's experiences of sexual health after first-time myocardial infarction
Hensikt	Å undersøke kvinners opplevelse av seksuelle problemer etter et hjerteinfarkt
Metode/Instrument	Kvalitative intervjuer ble gjennomført med 11 pasienter som var representative for populasjonen. Utskriftene fra intervjuene ble analysert med hjelp av Ricoeur's tolkningsteori , som består av tre nivåer: naiv lesing, strukturert analyse, og kritisk tolkning og diskusjon.
Deltagere/Frafall	11 (11 kvinner)
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> • Redsel for å starte med seksuell aktivitet igjen • Pasientene følte seg forandret etter hjerteinfarkt med frykt og utmattelse som påvirket sexlivet • Partner - vanskeligheter med å kommunisere, forventninger fra mannen om sex, mangel på sexlyst, mer intimitet i forholdet • Støtte – fra mannen, veiledning fra helsepersonell, venner • Hjertesykdommens påvirkning på sexlivet – symptomer i forbindelse med seksuell aktivitet, utmattelse, redsel, høy puls, pustevansker • Relasjoner – viktighet av å ha et seksualliv, endret/uendret seksualliv, uventede forandringer i seksuallivet <p>Kvinnene uttrykte at angst og utmattelse hadde en stor innvirkning på deres seksualliv. Man så også et økt ønske om å ha et velfungerende seksualliv.</p>
Etisk vurdering	Studien fulgte anbefalingene fra Helsinkideklarasjonen og ble

	godkjent av Etat for databeskyttelse (J.nr. 2007-58-006). Studien ble godkjent av den regionale etiske komité på forespørsel.
Kvalitetsvurdering	Nivå 2 Grad I – 100%

Artikkel 2	
Forfattere	Andersson, Ewa Kazimiera, Gunilla Borglin, Ania Willman.
År	2013
Land	Sverige
Tidsskrift	Qualitative Health Research
Tittel	The Experience of Younger Adults Following Myocardial Infarction
Hensikt	Målet med studien var å belyse erfaringene mennesker under 55 år hadde i løpet av det første året etter et hjerteinfarkt.
Metode/Instrument	Kvalitativ studie med intervjuer. 17 intervjuer ble analysert ved hjelp av en fenomenologisk-hermeneutisk metode for å tolke intervjuetekster.
Deltagere/Frafall	17 (11 menn og 6 kvinner)
Hovedfunn	<ol style="list-style-type: none"> 1. Energi: stadig mangel 2. Frykt/redsel: en stadig følgesvenn 3. Krav: stadig til stede 4. Trusler: en upålitelig kropp og sinn; 5. Utsikter: livet vil aldri bli det samme.
Etisk vurdering	Fulgte etiske retningslinjer i henhold til Helsinkideklarasjonen. Verbal og skriftlig informasjon til deltakerne og mottatt samtykke fra alle deltakere. Deltakerne ble forsikret om taushetsplikt og de fikk informasjon om muligheten til å trekke seg når som helst uten å måtte oppgi en grunn. Siden intervjuene inneholdt sensitive spørsmål var en sosialarbeider på standby i tilfelle deltakerne trengte assistanse.
Kvalitetsvurdering	Nivå 2 Grad I – 100%

Artikkel 3	
Forfattere	Dudas, Kerstin, Andreas Fors, Inger Ekman.
År	2014
Land	Sverige
Tidsskrift	International Journal of Nursing Studies
Tittel	Life is lived forwards and understood backwards – Experiences of being affected by acute coronary syndrome: A narrative analysis
Hensikt	Å utforske pasienters erfaringer med akutt koronar sykdom under sykehusoppholdet
Metode/Instrument	En kvalitativ intervjustudie gjennomført på pasienter under sykehusoppholdet
Deltagere/Frafall	12 (7 menn og 5 kvinner)
Hovedfunn	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vanskelig å håndtere den akutte og overveldende fasen <ul style="list-style-type: none"> ○ Utbrudd av livstruende symptomer ○ Frykt og angst ○ Å bli tatt på senga ○ Oppleve livet som et farlig eventyr 2. Streve for å få en følelse av indre sikkerhet og mestring <ul style="list-style-type: none"> ○ Søke etter og håndtere årsaken og dens forklaring ○ Opprettholde en personlig forklaring ○ Håndtere bekymring og usikkerhet ○ Være klar for å vurdere livsmønster
Etisk vurdering	Etisk godkjenning mottatt fra det regionale etiske rådet i Göteborg, Sverige (DNo. 275-11).
Kvalitetsvurdering	Nivå 2 Grad I – 100%

Artikkel 4	
Forfattere	Junehag, Lena, Kenneth Asplund, Marianne Svedlund.
År	2013
Land	Sverige
Tidsskrift	Intensive & critical care nursing
Tittel	A qualitative study: perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction.
Hensikt	Å beskrive individers oppfatning av psykososiale konsekvenser av et hjerteinfarkt og deres tilgang til støtte ett år etter hendelsen.
Metode/Instrument	Kvalitativ studie med intervjuer.
Deltagere/Frafall	20 (14 menn og 6 kvinner)
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> • Å ha og akseptere et forandret liv <ul style="list-style-type: none"> ○ Å føle angst ○ Å ikk stole på kroppen ○ Å ha uønsket ensomhet og tvil • Å måtte håndtere situasjonen <ul style="list-style-type: none"> ○ Å ha innsikt og håndtere livet i hverdagen ○ Å «glemme» eller akseptere situasjonen ○ Å være fornøyd eller misfornøyd med oppfølgingen. • Å ha tilgang til støtte <ul style="list-style-type: none"> ○ Støtte fra familien ○ Støtte fra en mentor ○ Å ha eller ikke ha støtte ○ Å ha hjerteinfarkt som en ledsager
Etisk vurdering	Den regionale etiske komité ved Umeå Universitet ga tillatelse (09-100 M) til denne studien, som var basert på prinsippene i Helsinkideklarasjonen (1964). Skriftlig tillatelse til å rekruttere pasienter ble gitt av lederne for hjerteavdelingen ved tre sykehus. Alle deltakere og mentorer fikk muntlig og skriftlig informasjon om at deres deltakelse var frivillig, og at de hadde rett til å trekke seg når de ønsket det, uten forklaring. De ble også informert om konfidensialitet og forsikret om at de ikke ville kunne bli identifisert i rapporten.

Kvalitetsvurdering	Nivå 1 Grad I – 100%
--------------------	-------------------------

Artikkel 5	
Forfattere	Alsén, Pia, Eva Brink, Lars-Olof Persson, Yvonne Brändström, Björn
År	W. Karlson.
Land	2010
Tidsskrift	Sverige Journal of clinical nursing
Tittel	Illness Perceptions After Myocardial Infarction - Relations to Fatigue, Emotional Distress, and Health-Related Quality of Life
Hensikt	Målsettingen med studien var å undersøke sykdomsoppfatning og dens relasjon til helsereelatert livskvalitet, utmattelse og angst blant pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt.
Metode/Instrument	Kvantitativ kohort studie. Deltakerne i studien svarte på spørreskjemaene i løpet av den første uken på sykehuset og 4 måneder etter hjerteinfarkt. Spørreskjemaene som ble brukt var: 1. Spørreskjema for sykdomsoppfatning, 2. Spørreskjema for utmattelse (flerdimensjonal), 3. Spørreskjema for sykehusangst 4. Spørreskjema for depresjon, 5. Spørreskjema for forkortet helseundersøkelse.
Deltagere/Frafall	204 (145 menn og 59 kvinner)
Hovedfunn	Pasientens sykdomsoppfatning endret seg over tid, fra en mer akutt til en mer kronisk oppfatning av sykdom. Tiltro til personlig kontroll (mestring) og behandlingskontroll gikk ned over tid. Videre hadde utmattelse en negativ påvirkning på mental og fysisk helsereelatert livskvalitet. Sykepleietiltak som er rettet mot å styrke pasientens positive sykdomsoppfatning, samt for å lindre utmattelse, vil være av stor betydning.
Etisk vurdering	Studien var godkjent av forskningsetisk komité ved Universitetet i Gøteborg (Dnr: 333-02). Deltakerne deltok frivillig og hadde gitt sitt samtykke til å delta i studien
Kvalitetsvurdering	Nivå 1

	Grad I – 87%
--	--------------

Artikkel 6	
Forfattere	Asplund, Kenneth, Lena Junehag, Marianne Svedlund.
År	2014
Land	Sverige
Tidsskrift	Scandinavian Journal of Caring sciences
Tittel	Perception of illness, lifestyle and support after an acute myocardial infarction
Hensikt	Målsettingen med undersøkelsen var å beskrive individenes oppfatning om sin livsstil og støtte ett (1) år etter hjerteinfarkt, med og uten mentorstøtte.
Metode/Instrument	Kvalitativ beskrivende design der data ble hentet inn gjennom individuelle intervjuer.
Deltagere/Frafall	20 (14 menn og 6 kvinner). 11 av deltakerne i studien ble tildelt en mentor.
Hovedfunn	<ul style="list-style-type: none"> • Å leve i en rammet kropp <ul style="list-style-type: none"> ○ Å ha kroppslige begrensinger – tidlig i rehabiliteringsfasen ble det beskrevet redusert fysisk aktivitet, inklusive svakhet, og redusert utholdenhet. Det var flere som opplevde at den fysiske styrken hadde kommet tilbake ett år etter hjerteinfarkt. ○ Å stole på hjertet – flere av deltakerne i undersøkelsen var bekymret for at de skulle få et nytt hjerteinfarkt, spesielt i den tidlige rehabiliteringsfasen. Ett år etter hjerteinfarkt hadde dette endret seg, der noen forklarte at de gradvis følte seg bedre. • Å være i stand til å beholde eller endre livsstil <ul style="list-style-type: none"> ○ Kampen for å oppnå det normale livet – noen av deltakerne i undersøkelsen forklarte at de slet med å komme seg tilbake til sitt vanlige og normale aktivitetsnivå. Flere av klarte å akseptere den nye situasjonen. Deltakerne ønsket å leve sitt liv som de

	<p>gjorde før hjerteinfarkt.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Å være sin egen herre – noen av deltakerne hadde klart å følge rådet om å leve som normalt. • Å være i stand til å håndtere hendelsen <ul style="list-style-type: none"> ○ Å ha innsikt om hva du skal gjøre – deltakerne i undersøkelsen så hjerteinfarkt som et vendepunkt og endret rutiner i hverdagen. ○ Å skape et nytt liv – Flere av deltakerne opplevde at livet hadde fått en dypere mening, og de var takknemlige for sin andre sjanse. Og flere av deltakerne opplevde at livet generelt sett hadde forbedret seg.
Etisk vurdering	Studien var gjennomført i henhold til retningslinjene i Helsinkideklarasjonen og godkjent av den regionale etiske komité ved Umeå Universitet (09-100M). Deltakerne deltok frivillig og hadde gitt sitt samtykke til å delta i studien
Kvalitetsvurdering	Nivå 1 Grad I – 90%

Artikkel 7	
Forfattere	Alsén, Pia, Eva Brink, Ulla Fredriksson-Larsson.
År	2013
mestrLand	Sverige
Tidsskrift	International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being
Tittel	I've lost the person I used to be - Experiences of the consequences of fatigue following myocardial infarction
Hensikt	Utmattelse har vist seg å være det mest hyppige og plagsomme symptomet etter hjerteinfarkt, og som påvirker helse-relatert livskvalitet negativt. Målet med denne studien var derfor å utforske personers opplevelser av konsekvenser av utmattelse og deres strategi for å håndtere det 2 måneder etter hjerteinfarkt.
Metode/Instrument	Kvalitativ metode basert på konstruktivistisk metodikk. Metoden legger vekt på å undersøke prosesser snarere enn å studere

	betydningen av fenomenet.
Deltagere/Frafall	18 (13 menn og 5 kvinner)
Hovedfunn	1. Ufrivillige tanker, 2. Sikkerhet erstattet med spørsmålstegn, 3. Kjøring med håndbremsen på, 4. Bare å være er nok. 5. Personlig utfordring, 6. Usikkerhet, 7. Redusert motivasjon, 8. Vanskeligheter med å kontrollere sine tanker. En deltaker i undersøkelsen sa: "Utmattelse har forandret meg mye, jeg har aldri vært sånn. Det er derfor jeg knapt kjenner igjen meg selv."
Etisk vurdering	Regionaletisk komité i Göteborg (720-10) godkjente studiet. Deltakerne ble informert både muntlig og skriftlig om målet med studien og prosedyrer. Både skriftlig og muntlig samtykke ble innhentet fra de som ønsket å delta i studien.
Kvalitetsvurdering	Nivå 1 Grad I – 90%

Artikkel 8	
Forfattere	Alsen, Pia, Eva Brink, Ulla Fredriksson-Larsson, Björn W Karlson.
År	2015
Land	Sverige
Tidsskrift	Journal of clinical nursing
Tittel	Fatigue two months after myocardial infarction and its relationships with other concurrent symptoms, sleep quality and coping strategies
Hensikt	Å utforske nivå av utmattelse to måneder etter hjerteinfarkt og undersøke sammenheng med andre samtidige symptomer, søvnkvalitet og mestringsstrategier .
Metode/Instrument	Kvantitativ kohort studie. Deltakerne i studien svarte på fem forskjellige spørreskjemaer vedrørende utmattelse, depresjon, helseplager (symptomer), søvnkvalitet og mestringsstrategier.
Deltagere/Frafall	142 (110 menn og 32 kvinner)
Hovedfunn	<ol style="list-style-type: none"> 1. Symptomer på stress 2. Kortpusthet (tungpusthet)

	<p>3. Isolasjon</p> <p>4. Invadering</p> <p>5. Endring av verdier i livet</p> <p>Sammenlignet med data fra andre studier, blant annet utmattelse 4 måneder etter hjerteinfarkt, viser data at utmattelse etter hjerteinfarkt er lavest to måneder etter hjerteinfarkt.</p>
Etisk vurdering	<p>Regionaletisk komité i Gøteborg (720-10) godkjente studiet.</p> <p>Deltakerne ble informert om studiets hensikt og prosedyrer både skriftlig og muntlig og ble gitt tilstrekkelig tid til å vurdere deltakelse i løpet av den første uken på sykehuset. Datainnsamlingen ble utført av kvalifiserte forskningssykepleiere. Skriftlig samtykke ble innhentet fra de som ønsket å delta.</p>
Kvalitetsvurdering	<p>Nivå 2</p> <p>Grad 1 - 87%</p>

Artikkel 9	
Forfattere	Bierlein, Maggie, Emily M. Bucholz, Héctor Bueno, Gail D'Onofrio, Rachel P. Dreyer, James Fox, Mary Geda, Harlan M. Krumholz, Judith H. Lichtman, John A. Spertus, Kelly M. Strait, Weiwei Zhang, Xiao Xu, Xue Du.
År	2015
Land	USA, Spania og Australia
Tidsskrift	Circulation. Cardiovascular Quality and Outcomes
Tittel	Return to Work After Acute Myocardial Infarction - Comparison Between Young Women and Men
Hensikt	Undersøke eventuelle kjønnsforskjeller i antall pasienter som var tilbake i arbeid 12 måneder etter et hjerteinfarkt
Metode/Instrument	Kvantitativ metode. Baseline ble etablert gjennom standardiserte pasientintervjuer og gjennomgang av pasientjournaler i forbindelse med sykehusoppholdet. Intervjuer av pasientene ble gjennomført via telefon 12 måneder etter hjerteinfarkt.
Deltagere/Frafall	1680 (962 kvinner og 718 menn)

Hovedfunn	Studien viser at at i en pasientpopulasjon (18-55 år) er det mindre sannsynlighet for at kvinner er tilbake i arbeid 12 måneder etter hjerteinfarkt sammenlignet med menn. Studien viser også at kvinners økte risiko for å ikke komme tilbake til arbeid, i stor grad kan forklares med forskjeller i demografiske, yrkesmessige, psykososiale og helsemessige faktorer.
Etisk vurdering	Godkjenning for undersøkelsen ble innhentet ved styret for hver deltakende institusjon. Deltakende pasienter ble informert og samtykke ble hentet inn for å delta i undersøkelsen.
Kvalitetsvurdering	Nivå 1 Grad I – 80%

Artikkel 10	
Forfattere	Bao, Haikun, John F. Beltrame, Héctor Bueno, Emily M. Bucholz, Gail D’Onofrio, Mary Geda, Harlan M. Krumholz, Judith H. Lichtman, Nancy P. Lorenze, Erica Spatz, John A. Spertus, Kelly Strait, Xiao Xu.
År	2015
Land	USA, Spania og Australia
Tidsskrift	Health Services and Outcomes Research
Tittel	Sex Differences in Perceived Stress and Early Recovery in Young and Middle-Aged Patients With Acute Myocardial Infarction
Hensikt	Hensikten med denne studien var å se på kjønnsforskjeller i opplevd stress hos unge og middelaldrende pasienter som hadde opplevd et hjerteinfarkt. Samt å vurdere hvilke faktorer som kan bidra til denne forskjellen.
Metode/Instrument	Kvantitativ metode. Baseline ble etablert gjennom pasientintervjuer, gjennomgang av pasientjournal, fysiske målinger og analyser av blodprøver. Tilstanden tidlig i rehabiliteringsfasen ble kartlagt gjennom intervjuer av pasientene.
Deltagere/Frafall	3572 (2397 kvinner og 1175 menn)
Hovedfunn	Opplevd stress ved baseline, etter sykehusinnleggelse, var en risikofaktor som ga dårlig forbedring hos unge og middelaldrende

	pasienter med akutt hjerteinfarkt. Det var vesentlige kjønnsforskjeller, der kvinner viste mindre forbedring enn menn 1 måned etter hjerteinfarkt, selv etter justering for opplevd stress ved baseline.
Etisk vurdering	Komitéen for menneskelige undersøkelser ved Yale University, USA, hadde godkjent studien, og alle deltakerne hadde gitt sitt samtykke.
Kvalitetsvurdering	Nivå 1 Grad I – 87%

Artikkel 11	
Forfattere	Carlsson, Marianne, Marja-Leena Kristofferzon, Rurik Löfmark.
År	2008
Land	Sverige
Tidsskrift	Scandinavian Journal of Caring Sciences
Tittel	Managing consequences and finding hope – experiences of Swedish women and men 4–6 months after myocardial infarction
Hensikt	Hensikten med studien var å beskrive erfaringene i hverdagen til kvinner og menn 4-6 måneder etter hjerteinfarkt og deres forventninger til fremtiden.
Metode/Instrument	Kvalitativ studie basert på semistrukturerte intervjuer. Intervjuene ble gjennomført 4-6 måneder etter hjerteinfarkt.
Deltakere/Frafall	39 (20 kvinner og 19 menn)
Hovedfunn	<p>1. Håndtering av konsekvensene av et hjerteinfarkt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Helseproblemer - Deltakerne opplevde mer utmattelse, kortpusthet og brystmerter enn før hjerteinfarkt. • Livsstilsendringer – De fleste i gruppen refererte til røyking og stress, men noen av dem refererte også til kosthold og fysisk aktivitet. • Emosjonelle endringer – Ved tidspunktet for intervjuet, hadde følelsen av dødsangst blitt redusert blant pasientene. Men, noen pasienter uttrykte følelser av irritasjon, sinne, utålmodighet, rastløshet, at de ble lett rørt til tårer og følte seg deprimert.

	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeid og sosiale aktiviteter – de fleste av pasientene som var arbeidsledige følte at de var lei av å være hjemme, og de følte stress ved at de ble holdt utenfor samfunnet.. • Helsetjenesten og det private nettverket – Flere av pasientene som deltok i oppfølgingsprogram etter hjerteinfarkt følte seg tryggere, og de fikk støtte til å fortsette med sine livsstilsendringer. <p>2. Finne en mening i det som har skjedd.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Positive konsekvenser av et hjerteinfarkt - Både kvinner og menn beskrev at de hadde fått en ny sjanse. Kvinner hadde fått et bedre liv, eller «fått livet tilbake» etter hjerteinfarkt. • Verdier i livet - Pasientene satte pris på sitt sosiale liv med familie og venner, så vel som sin egen helse, og de rettet mer oppmerksomhet mot disse aspektene etterpå. • Håp - Noen håpet på et sunt, normalt og aktivt liv, mens andre ønsket å leve lenge nok til å være med sine barn, og se sine barnebarn vokse opp. Noen håpet på å få seg en jobb og utvide sin vennekrets.
Etisk vurdering	Regionetisk komité ved Uppsala universitet hadde godkjent studien (Dnr 99085-40) og studien var i henhold til retningslinjene i Helsinkideklarasjonen.
Kvalitetsvurdering	Nivå 1 Grad I – 90%

Artikkel 12	
Forfattere	Barley, Elizabeth A., Zoe Fortune, Geraldine A. Lee, Anthony Manna, Rachel Phillips, Alison Smith, Andre' Tylee, Paul Waltersa.
År	2014
Land	England
Tidsskrift	International Journal of Nursing Studies
Tittel	UPBEAT study patients' perceptions of the effect of coronary

	heart disease on their lives: A cross-sectional sub-study
Hensikt	Å undersøke pasientenes oppfatning av effekten av koronar hjertesykdom og å identifisere mulige faktorer for tilpasning
Metode/Instrument	Kvantitativ studie. Studien ble gjennomført som en delstudie knyttet til den pågående kohortstudien UPBEAT i London i England.
Deltakere/Frafall	548 (394 menn og 153 kvinner)
Hovedfunn	22% av deltakerne (120 personer) rapporterte at livet var bedre og 37% av deltakerne (200 personer) sa at det var verre. Forklaringene til de pasientene som sa at det var «bedre» ble kategorisert som: «Å leve sunnere,» «Anerkjennelse av dødelighet» og «Stressreduksjon». For de som sa «verre» var kategoriene: «Begrensinger i livsstil», «Anerkjennelse av dødelighet», «Tap og byrde». Pasienter som hadde rapportert symptomer på angst, lavere funksjonell status og selvrapporterte brystmerter, var knyttet til den gruppen som sa at de hadde det «verre».
Etisk vurdering	Studien mottok etisk godkjenning gjennom Bexley og Greenwich forskningsetiske komité (REC referanse Nummer: 07 / H0809 / 38)
Kvalitetsvurdering	Nivå 2 Grad 1 – 87%

Vedlegg 3 – Kvalitetsvurdering av artikler

Kvalitativ forskningsartikler

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING		Art 1	Art 2	Art 3	Art 4	Art 6	Art 7	Art 11
1	Er formålet med studien klart formulert?	1	1	1	1	1	1	1
2	Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	1	1	1	1	1	1	1
3	Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	1	1	1	1	1	1	1
4	Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	1	1	1	1	1	1	1
5	Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	1	1	1	1	1	1	1
6	Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	1	1	1	1	1	1	1
7	Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	1	1	1	1	0	0	0
8	Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?	1	1	1	1	1	1	1
9	Er etiske forhold vurdert?	1	1	1	1	1	1	1
10	Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?	1	1	1	1	1	1	1
	Sum	10	10	10	10	9	9	9
	Score	100 %	100 %	100 %	100 %	90 %	90 %	90 %
	Grad	1	1	1	1	1	1	1
	Nivå tidsskrift	2	2	2	1	1	1	1

Kvantitative forskningsartikler

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN KOHORTSTUDIE		Art 5	Art 8	Art 9	Art 10	Art 12
1	Er formålet med studien klart formulert? ☐ Populasjonen som studeres ☐ Tiltaket som gis ☐ Sammenligningen som gjøres ☐ Utfallene som vurderes	1	1	1	1	1
2	Ble personene rekruttert til kohorten på en tilfredsstillende måte? Foreligger det seleksjonsskjevhet? ☐ Var kohorten representativ for en definert befolkningsgruppe? ☐ Var det noe spesielt med personene i kohorten? ☐ Ble alle personene som burde vært inkludert tatt med?	1	1	1	1	1
3	Ble eksposisjonen presist målt? a) Foreligger det måleskjevhet? ☐ Ble det brukt subjektive eller objektive målemetoder? ☐ Er målemetodene pålitelige (valide)?	1	1	1	1	1
4	b) Foreligger det klassifiseringsskjevhet? ☐ Ble det brukt samme prosedyre for å klassifisere personene til de ulike eksponeringsgruppene? ☐ Er målemetodene gyldige (valide)?	1	1	1	1	1
5	Ble utfallet presist målt? a) Foreligger det måleskjevhet? ☐ Ble det brukt subjektive eller objektive målemetoder? ☐ Er målemetodene gyldige (valide)?	1	1	1	1	1
6	b) Foreligger det klassifiseringsskjevhet? ☐ Er det etablert et godt system for å fange opp alle sykdomstilfeller/utfall? ☐ Ble samme målemetode brukt i alle gruppene? ☐ Var personene i kohorten og/ eller de som vurderte utfallet blindet mht. hvem som var eksponert (- og spiller det noen rolle?)	1	1	1	1	1
7	(a) Har forfatterne identifisert alle viktige konfoundere (forvekslingsfaktorer/effektforvekslere) i studiens design og/ eller analyse? Nevn noen som du tenker er viktig, som ikke er med i studien.	0	0	0	0	0
8	(b) Har forfatterne tatt hensyn til kjente, mulige konfoundere (forvekslingsfaktorer/effektforvekslere) i studiens design og/ eller analyse? ☐ Se etter restriksjoner i design el. teknikker, for eksempel stratifisering, regresjons- eller sensitivitetsanalyse, som er benyttet for å korrigere eller justere for konfoundere. ☐ Er det andre viktige konfoundere som forfatterne burde tatt hensyn til?	0	0	0	0	0
9	Ble mange nok av personene i kohorten fulgt opp? ☐ Var det få som falt fra? ☐ Var fratallet likt fordelt i ulike eksponeringsgrupper? ☐ Er det slik at personer som faller fra skiller seg fra de som blir fulgt opp og analysert i studien?	1	1	1	1	1
10	Ble personene fulgt opp lenge nok? ☐ Positive eller negative utfall må ha hatt lang nok tid til å ha oppstått. ☐ Vurderer du oppfølgingstiden som lang nok?	1	1	1	1	1
11	Hva er resultatet i denne studien? ☐ Hva er hovedkonklusjonen? ☐ Kan du oppsummere resultatene i en setning? ☐ Er det gjort rede for forholdet mellom insidens blant de eksponerte/ ikke eksponerte (ratio)? ☐ Hvor sterk er assosiasjonen mellom eksposisjon og utfall?	1	1	1	1	1
12	Tror du på resultatene? ☐ Store effekter er vanskelige å se bort fra! ☐ Kan resultatene skyldes skjevhet, tilfeldige feil eller konfundering? ☐ Har designen og metodene i studien så mange feil at resultatene ikke kan stoles på? ☐ Vurder mot Bradford Hill-kriteriene (f eks tidsrelasjon, dose-respons, biologisk gradient, konsistens)	1	1	1	1	1
13	Kan resultatene overføres til praksis? ☐ Vurder om personene i denne studien er annerledes enn personene du forholder deg til i praksis. ☐ Er de lokale forholdene forskjellig fra stedet der studien fant sted?	1	0	1	1	1
14	Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene fra andre tilgjengelige studier?	1	1	1	1	1
15	Hva er implikasjonene av denne studien for praksis? ☐ En observasjonstudie gir sjelden tilstrekkelig robust evidens for å anbefale endringer av praksis eller helsepolitiske beslutninger ☐ For noen spørsmål kommer den eneste evidensen fra observasjonsstudier ☐ Anbefalinger fra observasjonsstudier er alltid sterkere når de får støtte av annen evidens	1	1	0	1	1
Sum		13	12	12	13	13
Score (% av maks)		87 %	80 %	80 %	87 %	87 %
Grad		1	1	1	1	1
Nivå tidsskrift		1				