



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

**Pasienters erfaringer etter å ha gjennomgått
hjerteinfarkt**

Patients` experiences after a myocardial infarction

Anja Nogva og Fredrikke Pettersen

Totalt antall sider inkludert forsiden: 59

Molde, 07.04.2016



Høgskolen i Molde
Vitenskapelig høgskole i logistikk

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

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

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input 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: Bente Dale Malones

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

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

Dato: 29.03.2016

Antall ord: 12 098

*«It`s not the future that you`re afraid of,
It`s repeating the past that makes you anxious.»
(ukjent forfatter)*

Sammendrag

Bakgrunn: Hjerteinfarkt tilhører sykdomsgruppen hjerte- og karsykdommer som forårsaker halvparten av dødsårsakene i Europa. Forebygging og behandling har siden 1980-90 tallet bedret seg, noe som har ført til at dødeligheten er redusert betraktelig i Norge. På tross av det er det fortsatt et stort folkehelseproblem her i landet, hvor 10-15 000 personer rammes av hjerteinfarkt årlig, noe som innebærer omkring 40 tilfeller daglig.

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse pasienters erfaringer etter gjennomgått hjerteinfarkt.

Metode: En systematisk litteraturstudie, basert på 11 kvalitative forskningsartikler

Resultat: Frykt, angst og redsel preger hverdagen, tap av energi, livsstilsendringer, endringer i det intime forholdet, behov for informasjon og støtte

Konklusjon: Personer som blir rammet av hjerteinfarkt opplever frykt, angst og redsel for å gjennomgå et nytt hjerteinfarkt og for å dø. Mange opplever unormal fysisk/psykisk trøtthet og utmattelse, endringer i livsstil og det intime forholdet. Disse konsekvensene preger deres hverdag i ettertid. Hvor livet ofte blir sett på som skjørt og uforutsigbart. De rammede har behov for informasjon og støtte. Personer som har gjennomgått hjerteinfarkt og deres pårørende bør få mer fokus og bedre oppfølging i tiden etter de er utskrevet fra sykehus. Informasjon og oppfølging er viktige virkemidler for å redusere negative opplevelser og konsekvenser.

Nøkkelord: Hjerteinfarkt, koronar hjertesykdom, opplevelser, erfaringer, pasienter

Abstract

Background: Myocardial Infarction belongs to the disease group cardiovascular disease that causes half of causes of death in Europe. Prevention and treatment have since 1980-90 figure improved, which has led to mortality has decreased significantly in Norway. Despite this there is still a major public health problem in this country, where 10 to 15 000 people affected by Myocardial Infarction annually, which constitutes around 40 cases daily.

Purpose: The purpose of this study was to illuminate the patients experiences after a Myocardial Infarction

Method: A systematic literature study based on 11 qualitative research articles.

Results: Fear and anxiety characterize everyday life, loss of energy, lifestyle changes, changes in the intimate relationship, the need for information and support

Conclusion: People who are afflicted by Myocardial infarction experience fear, anxiety, and fear to undergo another Myocardial Infarction and of dying. Many people experience abnormal physical/mental fatigue and exhaustion, changes in lifestyle and the intimate relationship. These consequences characterize their everyday life in the future. Where life is often seen as fragile and unpredictable. Those affected have a need for information and support. People who have undergone Myocardial infarction and their families should receive more focus and better follow-up period after they are discharged from hospital. Information and monitoring are important means to reduce the negative experiences and consequences.

Keywords: myocardial infarction, coronary heart, heart attack, heart infarct, cardiovascular stroke, cardiovascular infarct, experience, patient

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Studiens hensikt.....	1
2.0	Teoribakgrunn	2
2.1	Hjerteinfarkt	2
2.1.1	Symptomer	2
2.1.2	Risikofaktorer.....	3
2.1.3	Behandling	3
2.2	Å oppleve en alvorlig livshendelse	4
2.3	Mestring i en krise	4
2.4	Kommunikasjon og informasjon	5
3.0	Metode	6
3.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	6
3.2	Datasamling	7
3.3	Kvalitetsvurdering	8
3.4	Etiske vurderinger	9
3.5	Analyse	10
4.0	Resultat	12
4.1	Frykt for et nytt hjerteinfarkt	12
4.2	Tap av energi	14
4.3	Krav om livsstilsendringer	15
4.4	Det intime forholdet	16
4.5	Behov for informasjon og støtte	18
5.0	Diskusjon	20
5.1	Metodediskusjon	20
5.1.1	Datainnsamling	20
5.1.2	Søkestrategi	22
5.1.3	Kvalitetsvurdering og etiske overveielser	23
5.1.4	Analyse.....	24
5.2	Resultatdiskusjon.....	26
5.2.1	Pasienter opplevde frykt og angst	26
5.2.2	Tap av energi.....	27
5.2.3	Livsstilsendringer.....	29
5.2.4	Opplevelsen av det intime forholdet	30
5.2.5	Pasientene har behov for informasjon og støtte	32
6.0	Konklusjon	34
6.1	Forslag til videre forskning	35
	Referanseliste	36

Vedlegg 1: P(IC)O- skjema

Vedlegg 2: Oversikt over søkehistorikk

Vedlegg 3: Oversikt over inkluderte artikler

Vedlegg 4: Oversikt over hovedfunn, nøkkelfunn, antall artikler og tema

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hjerte- og karsykdommer forårsaker halvparten av dødsårsakene i Europa (Verdens Helseorganisasjon 2016). Denne sykdomsgruppen er et stort folkehelseproblem, hvor over 320 000 pasienter fikk behandling ved sykehus i Norge i 2014 (Folkehelseinstituttet 2015).

Dødeligheten blant personer med hjerteinfarkt gikk betydelig ned her til lands på 1980- og 90 tallet. Noe som er usikkert om skyldes bedre forebygging eller bedre behandling (Folkehelseinstituttet 2016). Færre blir også rammet av hjerteinfarkt og antall liggedøgn på sykehus har blitt redusert (Mølstad og Andersen 2002). På tross av dette er det fortsatt 10-15 000 personer som rammes av hjerteinfarkt årlig, noe som vil si omkring 40 tilfeller daglig (Norsk Helseinformatikk 2015). Helseundersøkelser fra 2000-2003 viser at 16 prosent av mennene og 7 prosent av kvinnene på 75 år har gjennomgått et hjerteinfarkt, noe som gir en indikasjon på hvor mange som lever etter å ha gjennomgått et hjerteinfarkt (Folkehelseinstituttet 2016).

Vi valgte dette temaet ut ifra at vi syntes det kunne være interessant, siden begge har familie som har gjennomgått hjerteinfarkt og fordi det er aktuelt for sykepleiefaget. Dette er en stor pasientgruppe og som sykepleier vil man møte pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. For å kunne ivareta pasientene på best mulig måte er det viktig at sykepleiere har kunnskap om sykdommen og hvordan den rammer pasientene. Ved å undersøke hvilke opplevelser/erfaringer pasienter har etter å ha gjennomgått et hjerteinfarkt får vi et bedre innblikk i hvordan de opplever livet i ettertid. Vi som sykepleiere har da et bedre utgangspunkt til å kunne imøtekomme pasientene og deres individuelle behov.

1.2 Studiens hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien er å belyse pasienters erfaringer etter gjennomgått hjerteinfarkt.

2.0 Teoribakgrunn

2.1 Hjerteinfarkt

Et hjerteinfarkt oppstår som regel på grunn av at en koronararterie eller en forgreining av den er okkludert av en trombe (Eikeland, Haugland og Stubberud 2013, 207-245). Denne trombosedannelsen opptrer vanligvis i forbindelse med ruptur eller overflattisk skade av et aterosklerotisk plakk hvor endotelet blir skadet slik at trombocytene kleber seg til det skadde området. Det vil si at trombosen dannes sekundært til aterosklerosen. Dette fører til at deler av hjertemuskelen ikke får nok oksygen (iskemi) og vevet begynner å nekrotisere (Eikeland, Haugland og Stubberud 2013, 207-245; Jacobsen et al. 2013, 36-86).

Hjerteinfarkt tilhører sykdomsgruppen koronare hjertesykdommer, som også kalles iskemiske hjertesykdommer. Dette er et samlebegrep på hjertesykdommer som skyldes redusert blodtilførsel til hele eller deler av hjertet. Denne gruppen av sykdommer omfatter angina pectoris, ustabil angina pectoris, hjerteinfarkt og noen arytmier (Jacobsen et al. 2013, 36-86).

2.1.1 Symptomer

Ved et hjerteinfarkt vil det vanligvis oppstå en klemmende brystsmerte som stråler ut i venstre arm (Eikeland, Haugland og Stubberud 2013, 207-245). Man vil ofte kjenne de samme brystsmertene som ved angina pectoris, men ved et hjerteinfarkt er de mer intensive og vedvarende. Smertene ved angina pectoris går vanligvis over ved inntak av nitroglyserin og hvile. Dersom de ikke gjør det og vedvarer i over fem minutter, kan dette være et symptom på at det er et hjerteinfarkt. Kvalme, brekninger og kaldsvette opptrer også vanligvis i tillegg til smertene ved et hjerteinfarkt. Det må tas i betraktning at det kan være individuelle forskjeller, hvor smertene som oppstår kan variere i styrke og lokalisering (Jacobsen et al. 2013, 36-86). Noen kan kjenne at brystsmertene bare oppleves som et lett ubehag i brystet, mens andre kan oppleve at brystsmertene også stråler opp mot halsen og kjeven (Eikeland, Haugland og Stubberud 2013, 207-245; Jacobsen et al. 2013, 36-86). Disse forskjellene kan også vises mellom de ulike kjønnene. Menn har ofte typiske symptomer, mens kvinner ofte har uklare symptomer som fordøyelsesproblemer, oppkast, nummenhet i hendene og uvanlig trøtthet (Eikeland, Haugland og Stubberud 2013, 207-

245). Det sikreste kliniske tegn på hjerteinfarkt er allikevel en kombinasjon av brystmerter og brekninger (Jacobsen et al. 2013, 36-86).

Hvis man gjennomgår et stort hjerteinfarkt oppstår det dyspné eller lungeødem, dette er på grunn av venstresidig hjertesvikt. Hjertesvikt oppstår ved arytmier, og arytmiene kan også forårsake bevisstløshet og hjertestans. En kan også oppleve et stumt hjerteinfarkt, et slikt infarkt oppstår uten symptomer (Jacobsen et al. 2013, 36-86).

2.1.2 Risikofaktorer

Risikofaktorene deles inn i to grupper. Disse gruppene kalles modifiserbare og ikke modifiserbare faktorer, hvor de modifiserbare er de vi kan gjøre noe med. Dette er blant annet; røyking, overvekt, fysisk aktivitet, hypertensjon, hyperkolesterolemi, diabetes og stress (Eikeland, Haugland og Stubberud 2013, 207-245). Betydelige fysiske- eller psykiske påkjenninger som gir stress øker utskillingen av adrenalin og andre stresshormoner, dette fører til kontraksjon av årene og høyere blodtrykk. Stress øker også antagelig trombocyttenes klebrighet og kan relateres til mange tilfeller av akutt hjerteinfarkt (Eikeland, Haugland og Stubberud 2013, 207-245; Jacobsen et al. 2013, 36-86). De ikke-modifiserbare risikofaktorene derimot, er de vi ikke kan gjøre noe med. De innebærer alder, familiær disposisjon og kjønn (Eikeland, Haugland og Stubberud 2013, 207-245).

2.1.3 Behandling

De akutte tiltakene ved hjerteinfarkt tar sikte på å lindre smertene med morfin. Morfin kan gis flere ganger, helt til pasienten er smertedekt. Noen reagerer med kvalme på morfinbehandling, og man kan da gi kvalmestillende. For å begrense størrelsen på infarktget får pasienten oksygen via nesekateter, og for å avlaste hjertet gis glyserylnitrat rutinemessig ved infusjon det første døgnet. Før innleggelse på sykehus kan pasienten få dette under tungen eller som spray. Acetylsalisylsyre gis for å hindre at trombocytterne kleber seg sammen og tetter koronararterien. Reperfusjonsbehandling er behandling som prøver å gjenåpne det tilstoppede karet, og dette skal gjøres snarest mulig. Denne behandlingen gjøres enten medikamentelt eller med perkutan koronar intervensjon (PCI) (Jacobsen et al. 2013, 36-86).

2.2 Å oppleve en alvorlig livshendelse

Sykdom, traumer, katastrofer eller dødsfall er alvorlige livshendelser som kan føre til tap av mening og sammenheng. Når slike ting oppstår kan en se livet som annerledes, man blir mindre trygg og forutsigbar. Personen blir rammet av en krise. Traumatiske kriser oppstår i forbindelse med sykdommer, ulykker og voldshandlinger. Det er en betegnelse som brukes om fysiske-, psykiske- eller sosiale belastninger som er så store at en person blir merket. En krise beskrives gjennom fire faser: sjokkfase, reaksjonsfase, bearbeidelses- eller reparasjonsfasen og nyorienteringsfasen. Når de alvorlige livshendelsene opptrer uforberedt er krisereaksjonen som oftest sterkest (Eide og Eide 2010).

2.3 Mestring i en krise

I følge Hummelvoll (2014) er mennesket stor evne til å kunne tåle stress og tilpasse seg endrede livssituasjoner i perioder med store påkjenninger, sykdom og svikt i helsen. Dette er antakelig en forutsetning for at et menneske skal kunne klare å bevare helsen. Man vil da være rustet til å møte nye påkjenninger hvis man makter å komme seg gjennom vanskelige og pressende livssituasjoner. I følge Taylor (1983) sitert i Hummelvoll beskrives teorien om kognitiv adaptasjon. Denne forteller noe om tilpasningen til mennesket når man står ovenfor noe truende.

1. Man søker etter mening med hendelsen
 2. Man forsøker å gjenvinne mestring av livssituasjonen
 3. Man arbeider for å ta vare på og øke selvaktelsen
- (Hummelvoll 2014, 37)

Når et menneske skal finne en måte å takle problemer på, kalles det for en mestringsstrategi (Hummelvoll 2014). Man skiller mellom to typer mestringsstrategier, problemorientert mestring og emosjonelt orientert mestring. Problemorientert mestring vil si at en person klarer å mestre situasjonen selv, og holder seg aktivt og direkte til situasjonen eller problemet. Emosjonelt orientert mestring er strategier som endrer opplevelsen av en situasjon og ikke selve situasjonen (Kristoffersen 2012, 133-189).

2.4 Kommunikasjon og informasjon

En av sykepleiernes viktigste oppgaver er å gi informasjon og veiledning til pasienten og deres pårørende. Når man blir rammet av sykdom har man behov for kunnskap og informasjon om sykdommen, prognosen, behandling, bivirkning av medisin, psykiske reaksjoner, støtteordninger og treningsprogrammer. Man må finne ut hvilken informasjon pasienten har behov for, og hva vedkommende er i stand til å ta imot. Målet med informasjonen er at pasienten skal bli mest mulig selvhjulpen, og mestre situasjonen er i. Det er viktig å tenke gjennom måten man informerer på. Kontroll over informasjon kan føre til at noen blir usikre, og derfor informerer uten å tenke seg om. En forteller da alt en vet, uavhengig om pasienten har behov for akkurat den informasjonen, og uavhengig om pasienten er i stand til å huske. Tilpasset informasjon krever at sykepleier er omtenkstom, og at pasienten skal høre, forstå og huske det som er nødvendig. Dette krever forberedelser og omtanke (Eide og Eide 2010).

For å innlede og bygge opp en god relasjon til et annet menneske er det viktig at man stiller spørsmål på en god måte. En skal kunne samle mest mulig informasjon, slik at en kan yte god hjelp. Når man skal ha samtale med en pasient må man være konkret og tydelig. Når noe er uklart kan det være nødvendig å utforske, for å få en klar oversikt over følelser, problemer, oppfatninger, relasjoner eller forventninger. Det som er uklart for sykepleier er som oftest uklart for pasienten, og ved å stimulere til å utforske uklarheter kan være nødvendig for å få tilstrekkelig informasjon. Utforsking er en viktig utfordring både i enkeltsamtale og i hele hjelpeprosessen (Eide og Eide 2010)

3.0 Metode

Metoden skal ifølge Høgskolen i Molde (2015) sine retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie beskrives tydelig slik at andre skal kunne gjenta undersøkelsen. Fremgangsmåten i denne litteraturstudien gjør vi rede for i dette metodekapittelet. I følge Forsberg (2013, 29-38) innebærer en systematisk litteraturstudie å ha en klart formulert hensikt og deretter systematisk søke, kritisk vurdere og til slutt sammenligne funnene ut i fra valgt emne.

3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Før vi startet arbeidet med datainnsamling leste vi oss opp på temaet vi hadde bestemt oss for. Vi formulerte en hensikt og utarbeidet inklusjons- og eksklusjonskriterier med utgangspunkt i den.

Inklusjonskriterier:

- Artikler med kvalitativ forskningsdesign
- Ha gjennomgått hjerteinfarkt
- Artikler med pasientperspektiv
- Kvinner og menn
- Alle aldre
- Artikler etter år 2010
- Artikler på Norsk, Svensk, Dansk eller Engelsk
- Artikler fra fagfelleurderte tidsskrift med nivå 1 eller 2
- Etske hensyn ivaretatt

Eksklusjonskriterier:

- Artikler med kvantitativt design
- Artikler med pårørende- og sykepleieperspektiv
- Artikler før år 2010

3.2 Datasamling

Ut i fra hensikten utarbeidet vi et P(IC)O-skjema i samarbeid med bibliotekar. Et PICO skjema er ifølge Nortvedt et al. (2012) et skjema som representerer en måte å dele opp spørsmålet på, slik at det struktureres på en hensiktsmessig måte og gjør søket i databasene så presist som mulig. Her satte vi opp søkeordene på norsk og på engelsk. Hver av bokstavene representerer bestemte elementer som ofte er til stede ved kliniske spørsmål. Bokstaven «P» står for pasient eller problem, det vil si hvilken type pasient eller problem spørsmålet gjelder. Vi satte her ordene MYOCARDIAL INFARCT*, CORONARY HEART, HEART ATTACK*, HEART INFRACT*, CARDIOVASCULAR STROKE* og CARDIOVASCULAR INFARCT*. Bokstaven «O» står for Outcome og omhandler utfallet eller endepunktet av tiltaket vi ønsker å vurdere. Her satte vi ordet EXPERIENC*. Vi ekskluderte «I» (intervensjon) og «C» (comparison/sammenligne), da dette ikke var relevant for vår hensikt og sto dermed igjen med PO-skjema (vedlegg 1). For å søke på stammen av søkeordene våre benyttet vi oss av trunkeringstegn (*). Dette gjør man ved å skrive begynnelsen på ordet etterfulgt av trunkeringstegn. Ved å gjøre dette får man med alle varianter av ordet. For eksempel vil ordet Experienc* gi treff på experiences og experienced. For å utvide søket brukte vi «OR» mellom søkeordene i «P», man kombinerer da alle alternativene innenfor et element. Deretter avgrenset vi søket med «AND» slik at søkeresultatet inneholdt elementer både fra «P» og «O». Vi innstilte søkene til «advanced search» for å få de så nøyaktig som mulig (Nortvedt et al. 2012).

OID Medline

Vi hadde til sammen to søk i denne databasen. I disse søkene benyttet oss av MeSH-termer (Medical Subject headings) for å få opp nærliggende begreper og synonymer til søkeordet (Nortvedt et al. 2012). Alle artikler som ble inkludert i denne litteraturstudien ble funnet i disse søkene (vedlegg 2).

- **07.11.2015**

Før veiledningstime med bibliotekar gjorde vi et prøvesøk i denne databasen. Vi brukte søkeordene HEART ATTACK*, REHABILITAT*, EXPERIENCE* OG QUALITATIVE*. Limits: 2010-current, Språk; dansk, engelsk, norsk, svensk. Vi fikk da 12 treff og inkluderte 2 artikler av forfatterne Andersson, Borglin og Willman (2013) og Søderberg et al. (2013).

- **09.12.2015**

Dette søket ble gjort etter veiledningstime med bibliotekar og ble vårt hoved-søk. Her tok vi utgangspunkt i søkeordene i P(IC)O-skjemaet som er beskrevet ovenfor. Limits: artikkel, kvalitative artikler, språk (dansk, engelsk, norsk, svensk), årstall (2005- current). Som inklusjonskriterie hadde vi artikler publisert etter år 2010, men i dette søket utvidet vi ned til år 2005 for å se om vi fikk flere treff enn i det forrige søket. Vi fikk da 133 treff, hvor vi leste 79 abstrakt og 26 hele artikler. Av disse har vi inkludert 8 artikler (Askham et al. 2009; Eriksson, Asplund og Svedlund 2010; Fors, Dudas og Ekman 2013; Fredriksson-Larsson, Alsen og Brink 2013; Junehag, Asplund og Svedlund 2013; Rogerson et al. 2012; Simmonds et al. 2013; Zuh, Ho og Sit 2011).

- **14.03.2016**

Vi hadde lagret søket vi utførte den 09.12.2015 og gjentok dette. Vi fikk da 136 treff og fant en artikkel som var relevant for vår hensikt. Den ble inkludert i vår litteraturstudie (Petricek et al. 2014).

OID PsycInfo

09.12.2015 overførte vi søket vi gjorde i OVID Medline til OVID PsycInfo. Her fikk vi 79 treff, men fant ingen nye artikler (vedlegg 2).

ProQuest

Vi gjorde et søk i denne databasen den **10.12.2015**. Dette søket ga oss ingen nye artikler.

3.3 Kvalitetsvurdering

Etter våre søk i databasene satt vi igjen med til sammen 26 forskningsartikler som vi mente var relevante. Disse delte vi inn i to bunker, slik at vi hadde en bunke hver. Vi leste grundig gjennom artiklene hver for oss for å forsikre oss om at de var relevante for vår hensikt. De som ikke var det ekskluderte vi. Deretter kvalitetsvurderte vi våre artikler ved hjelp av sjekklister for kvalitative forskningsartikler fra Kunnskapssenteret for helsetjenesten (2015)

sine nettsider. Etter at vi hadde kvalitetsvurdert hver vår bunke ved hjelp av sjekklisterne byttet vi, slik at artiklene ble kvalitetsvurdert av oss begge. Disse sjekklisterne inneholdt elleve spørsmål som det skulle krysses av ja, uklart eller nei på. Vi laget et eget rangeringssystem med utgangspunkt i sjekklisterne og rangerte artiklene til dårlig, middels eller god. Dersom 0-7 spørsmål i sjekklisterne var ja svar ble forskningsartiklene vurdert til dårlig kvalitet, 8-9 ja svar ble vurdert til middels kvalitet og 10-11 ja svar ble vurdert til forskningsartikler med god kvalitet. Vi valgte å inkludere forskningsartikler av middels- og god kvalitet i vår litteraturstudie og ekskludere de av dårlig kvalitet. Etter å ha ekskludert de som ikke var relevante for vår hensikt og kvalitetsvurdert artiklene, satt vi igjen med 11 forskningsartikler som alle ble vurdert til god kvalitet.

Vi undersøkte deretter om artiklene var tatt inn i et fagfellevurdert tidsskrift. Vi brukte da NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste 2016) sin Database for statistikk om høgre utdanning (DBH). Dette gjorde vi ved å gå inn på biblioteket via høgskolen i Molde sin nettside og videre til Vitenskapelige publiseringskanaler. Der søkte vi opp tidsskriftet hver artikkel er publisert i. Alle våre 11 artikler var i fagfellevurderte tidsskrifter.

3.4 Ethiske vurderinger

Ifølge Høgskolen i Molde (2015) sine retningslinjer for bacheloroppgaven i sykepleie skal det i denne litteraturstudien vurderes om etiske hensyn er ivaretatt i hvert enkelt studie og egne etiske overveielser skal beskrives. Jacobsen (2010) beskriver at man ved å utføre en undersøkelse kan risikere å krenke noen i sitt ønske om å kartlegge noe, dette på grunn av at man ofte bryter inn i privatlivet til enkeltmennesker. Det finnes derfor ulike etiske retningslinjer, hvor Helsinkideklarasjonen står sentralt innen helse og medisin. Deltakeren skal delta frivillig i undersøkelsen, ha tilstrekkelig informasjon om undersøkelsen, ha krav på privatliv og krav til å bli korrekt gjengitt. I tillegg finnes det ulike nasjonale og regionale etiske komiteer som skal godkjenne enkeltstudier i tilfeller der ikke alle etiske krav kan garanteres, for eksempel dersom total anonymisering ikke kan garanteres.

I vår vurdering av om etiske hensyn er ivaretatt har vi derfor vektlagt om det er gjort rede for om deltakerne er frivillig med i undersøkelsen, har fått skriftlig og/eller muntlig informasjon om undersøkelsen, om deltakerne er ordrett transkribert, om studien er vurdert

av etisk komite og om studien er i tråd med Helsinkideklarasjonen (Jacobsen 2010). I alle våre 11 artikler kom det frem at de var godkjent av en etisk komite, hvor det i fem av artiklene i tillegg sto at studien var i tråd med Helsinkideklarasjonen. I flere av artiklene ble det også nevnt at skriftlig og/eller muntlig samtykke ble gitt (5 artikler), deltakerne var informert muntlig og/eller skriftlig (8 artikler), de kunne trekke seg uten å oppgi grunn (4 artikler) og at deltakerne fikk garanti om taushetsplikt/anonymitet (3 artikler). Etske hensyn var dermed ivaretatt i alle våre inkluderte forskningsartikler (vedlegg 5).

3.5 Analyse

Evans (2002) beskriver hvor viktig det er å være systematisk i analysearbeidet. Videre beskriver han fremgangsmåten for å syntetisere funn fra forskning gjennom fire ulike faser.

Fase 1 innebærer at man samler inn studier i databaser gjennom bestemte inklusjons- og eksklusjonskriterier (Evans 2002). Etter å ha gjort dette, samt kvalitetsvurdert våre artikler satt vi igjen med 11 artikler som vi mente var relevant for vår hensikt og nummererte de alfabetisk etter forfatterens etternavn fra 1-11 (vedlegg 3).

Fase 2 går ut på å identifisere nøkkelfunnene ved at artiklene leses gjentatte ganger. Deretter skal nøkkelfunnene samles (Evans 2002). Vi delte artiklene i to bunker. Deretter leste vi gjennom hver vår bunke og noterte ned nøkkelfunn fra hver artikkel i hvert sitt dokument. Deretter byttet vi slik at hver av oss hadde lest og notert fra hver artikkel. Etterpå gikk vi sammen og sammenlignet nøkkelfunnene vi hadde notert.

Fase 3 handler om å identifisere felles temaer ut i fra nøkkelfunn i artiklene og vurdere gyldigheten av de aktuelle funnene. Deretter skal funnene kategoriseres i grupper og undergrupper av de ulike temaene (Evans 2002). Ut ifra nøkkelfunnene vi hadde notert fra hver artikkel, kunne vi identifisere at flere kunne settes sammen i grupper og danne kategorier. Vi fikk i alt fem kategorier og ga hver kategori en farge.

I **Fase 4** av analysen skal fenomenet beskrives ved å formulere tema med referanser tilbake til de originale studiene (Evans 2002). Vi markerte funnene i selve artiklene etter hvilken fargekategori de tilhørte, disse ble våre hovedfunn. Vi formulerte overskrifter til hver

fargekategori ut i fra hva vi syntes passet best for å presentere våre funn. Dette ble vår resultatpresentasjon. Vi laget deretter et skjema for å få oversikt over hvilke nøkkelfunn som hører til under hver fargekategori (hovedtema), og antall artikler som presenteres under hver fargekategori (vedlegg 4).

4.0 Resultat

I denne litteraturstudien er hensikten å belyse pasienters erfaringer etter gjennomgått hjerteinfarkt. For å prøve å besvare hensikten har vi tatt utgangspunkt i 11 kvalitative forskningsartikler. På tvers av disse artiklene har vi valgt å inkludere de funnene som kom tydeligst frem og samlet disse under fem hovedtemaer.

4.1 Frykt for et nytt hjerteinfarkt

I alle våre forskningsartikler var opplevelse av frykt, angst og redsel gjennomgående funn. Hos de fleste dreide dette seg i hovedsak om frykt og angst for å gjennomgå et nytt hjerteinfarkt og for å dø. De så på sykdommen som uforutsigbar, noe som igjen førte til tanker om hvor skjørt livet er og om at et hjerteinfarkt plutselig kan ramme dem igjen (Andersson, Borglin og Willman 2013; Askham et al. 2009; Eriksson, Asplund og Svedlund 2010; Fors, Dudas og Ekman 2013; Fredriksson-Larsson, Alsen og Brink 2013; Junehag, Asplund og Svedlund 2013; Petricek et al. 2014; Rogerson et al. 2012; Simmonds et al. 2013; Søderberg et al. 2013; Zuh, Ho og Sit 2011). Noen følte at de var nærmere sitt andre hjerteinfarkt enn sitt første og ved å være klar over denne risikoen uttrykte flere deltakere at de ikke lenger tok noe for gitt. Dette førte ofte til at de ikke la store planer, men tok hver dag som den kom (Eriksson, Asplund og Svedlund 2010; Junehag, Asplund og Svedlund 2013).

«The concern is always there, that it will happen again. As soon as there is something you feel in your chest or...what is this now? Now there was a twinge in that way» (Junehag, Asplund og Svedlund 2013, 26).

Noen beskrev denne frykten som det å ikke kunne være en del av livet og planene til deres barn eller barnebarn. Andre med mindreårige barn relaterte frykten til det å ikke kunne ivareta deres ansvar som foreldre og se barna vokse opp (Andersson, Borglin og Willman 2013; Fors, Dudas og Ekman 2013; Petricek et al. 2014).

I have come to realize that I'm no longer immortal...it has been the biggest thing to switch (pause) from living life as immortal to suddenly realizing that you. (Pause) Shit, I wasn't so damned far from being on the wrong side and leaving it all, the children and everything... (Andersson, Borglin og Willman 2013, 765)

Våre funn viste også at flere kunne kjenne fysiske symptomer. Dette førte til frykt for at de var nær døden. Ofte var dette brystmerter som oppsto ved aktivitet eller stress og resulterte i at mange unngikk hverdagslige aktiviteter (Fors, Dudas og Ekman 2013; Junehag, Asplund og Svedlund 2013; Søderberg et al. 2013, Zhu, Ho og Sit 2011). Noen uttalte også at frykten kunne oppstå helt uten forvarsel og uten at den var knyttet direkte til smerter. Dette ble beskrevet som en indre angst som var vanskelig å mestre og som i enkelte tilfeller kunne vokse helt ut av proporsjoner, hvor de bekymret seg for alt og alle. Noen mente den beste måten å mestre sine bekymringer på var å snakke om dem, mens andre foretrakk teknikker som meditasjon og pusteøvelser (Junehag, Asplund og Svedlund 2013; Simmonds et al. 2013).

The chest pain was really severe and I couldn't tolerate it. I thought I was dying, so I thought about how to arrange my funeral...Heart attacks threaten my life. That is why I am scared whenever I have chest pain (Zuh, Ho og Sit 2011, 478).

En deltaker beskrev sin forståelse av sykdommen som arvelig og at hun hadde liten innflytelse på sykdommen (Askham et al. 2009). Flere deltakere fortalte også at de hadde nær familie og venner som hadde gjennomgått hjerteinfarkt og dødd brått. De fryktet derfor at dette også ville skje med dem (Petricek et al. 2014; Zhu, Ho og Sit 2011). I Andersson, Borglin og Willman (2013) var det noen som ga uttrykk for at de var bekymret for helsen til sine barn og fryktet at de også skulle ende opp med et hjerteinfarkt.

Like etter utskrivelse fra sykehus følte mange frykt over å miste kontrollen. Dette resulterte i at de måtte være i nærheten av andre mennesker eller der hvor helsepersonell var lett tilgjengelig (Andersson, Borglin og Willman; Askham et al. 2009; Fors, Dudas og Ekman 2013, Junehag et al. 2013). Dette ble av en deltaker beskrevet som en helt absurd følelse, hvor vedkommende måtte ha kontroll på hvor absolutt alle sykehusene var lokalisert (Junehag, Asplund og Svedlund 2013). Det kom også frem funn som viste at frykten opplevdes størst i den første fasen av bedringsprosessen og at den avtok i takt med at de lært å akseptere og til dels mestre den (Askham et al. 2009; Junehag, Asplund og Svedlund 2013).

The first two weeks were not good at all; I was and (remain) unhappy about being in the house on my own. I am very insecure. Of course I can't refuse my husband to go

to work and the children have to go to school, but honestly, I rather they stayed at home... (Askham et al. 2009, 1357).

Frykten og usikkerheten ikke bare påvirket privatlivet, men at det også hadde innvirkning på manges tanker om arbeidslivet (Andersson, Borglin og Willman 2013; Eriksson, Asplund og Svedlund 2010). Flere fryktet at de ikke skulle klare å gjøre jobben med samme effektivitet og de som var arbeidsledig i tiden da de fikk et hjerteinfarkt fryktet at de var mindre attraktive på arbeidsmarkedet (Andersson, Borglin og Willman 2013).

4.2 Tap av energi

I nesten alle våre studier kom det frem at de fleste opplevde tap av energi i etterkant av et hjerteinfarkt, noe som i en eller annen form preget hverdagen deres i negativ retning. Dette viste seg i form av unormal fysisk og mental trøtthet, samt energiløshet med en følelse av total utmattelse (Andersson, Borglin og Willman 2013; Askham et al. 2009; Fredriksson-Larsson, Alsen og Brink 2013; Junehag, Asplund og Svedlund 2013; Rogerson et al. 2012, Söderberg et al. 2013; Zhu, Ho og Sit 2011). En deltaker uttalte «I am tired from doing nothing, I just sit around the house really and I am tired anyway. I feel drained really like a flat battery» (Askham et al. 2009, 1356).

Mange beskrev energitapet som at de hadde mistet sitt tidligere liv og at de ikke kunne gjenkjenne seg selv mot den personen de engang var (Eriksson, Asplund og Svedlund 2010; Fredriksson-Larsson, Alsen og Brink 2013). Deltakere i Fredriksson-Larsson, Alsen og Brink (2013) beskrev at positive tanker om fremtiden ble byttet ut med spørsmål om hvorfor de var så trøtt, hvor vil lenge de ville føle tap av energi og hvordan det ville påvirke fremtiden deres.

Flere uttalte at aktiviteter måtte tilpasses etter energinivået i langt større grad enn tidligere og beskrev det som en evig kamp for å komme tilbake til hverdagen. Dette førte til at mange unngikk hverdagslige aktiviteter (Andersson, Borglin og Willman 2013; Askham et al. 2009; Fredriksson-Larsson, Alsen og Brink 2013; Junehag, Asplund og Svedlund 2013; Rogerson et al. 2012; Söderberg et al. 2013; Zhu, Ho og Sit 2011). I tillegg påvirket energiløsheten

det sosiale livet med venner og familie, og noen unngikk å være sosial på grunn av at de var usikre på hvor mye som skulle til før de følte seg helt utmattet (Andersson, Borglin og Willman 2013; Junehag, Asplund og Svedlund 2013; Søderberg et al. 2013). Opplevelsen av utmattelse førte også til at spontane aktiviteter ble redusert og foregikk i et roligere tempo (Andersson, Borglin og Willman 2013; Fredriksson-Larsson, Alsen og Brink 2013).

You don't have the strength, nothing is fun; absolutely nothing is fun. (pause) You can't make your self do things as you don't have the strength; you simply feel that everything is shit (Andersson, Borglin og Willman 2013, 765).

Dette gjorde også at noen følte de ikke var i stand til å takle konflikter eller utsette seg for lange perioder i støyende miljøer hjemme eller på jobben. Andre beskrev også perioder hvor trøtthet og utmattelse tok helt over livet, noe som periodevis var umulig å håndtere. Dette førte til at flere følte seg svak, noe som igjen ga en følelse av håpløshet (Andersson, Borglin og Willman 2013; Junehag, Asplund og Svedlund 2013). I Anderson, Borglin og Willman (2013) uttrykte noen deltakere at dette påvirket deres evne til å håndtere selv det minste husarbeid eller aktiviteter.

4.3 Krav om livsstilsendringer

I flere av våre studier kom det frem at det å gjennomgå et hjerteinfarkt innebar en livsstilsendring hos de fleste deltakerne, noe som ga flere ulike opplevelser. Mange var klar over risikofaktorene som kunne forverre deres hjertesykdom både i forhold til røyk, alkohol, stress, kostholdsvaner og aktivitet. På tross av dette var det fåtall som klarte å gjøre en livsstilsendring (Andersson, Borglin og Willman 2013; Askham et al. 2009; Eriksson, Asplund og Svedlund 2010; Fors, Dudas og Ekman 2013; Fredriksson-Larsson, Alsen og Brink 2013, Rogerson et al. 2012; Simmonds et al. 2013; Zhu, Ho og Sit 2011). Deltakerne beskrev ulike grunner til at de ikke klarte å gjøre disse endringene. Blant annet kunne flere deltakere rapportere hindringer for å holde seg fysisk aktive. Hindringene kunne være usikkerhet med tanke på type aktivitet, mengde og intensitet i forhold til det å være rammet av hjertesykdom. Inaktivitet kunne resultere i at helsen ble forverret. Andre årsaker kunne være fysisk og mental utmattelse, smerter ved aktivitet og manglende kunnskap og støtte

(Askham et al. 2009; Fredriksson-Larsson, Alsen og Brink 2013; Rogerson et al. 2012; Zhu, Ho og Sit 2011).

Hard, it was very hard not having the strenght. As the children put it, «it`s Aunty and fast food». I always loved cooking, but it`s frustrating now. So as they (the children) say, «it`s lucky that Aunty and pizza parlors are there so we have something to eat» (Andersson, Borglin og Willman 2013, 765).

Flere uttrykte ønske om å endre sitt kosthold etter å bli rammet av hjertesykdom, men igjen var det blandet forståelse og meninger om vekt, matvalg og hjertesykdom (Askham et al. 2009 og Zhu, Ho og Sit 2011). En deltaker beskrev det slik: «Of course I know that I am overweight and that`s not okay, I don` t think it is enough to give you a heart attack» (Askham et al. 2009, s. 1356).

Studiene viser også at å gjennomgå et hjerteinfarkt for enkelte ble sett på som en mulighet til å starte livet på nytt. Disse var villige til å tilegne seg kunnskap om sykdommen for å hindre at sykdommen skulle forverres. Å gjennomgå et hjerteinfarkt ble dermed en motivator for endring av livsstil (Eriksson, Asplund og Svedlund 2010; Fors, Dudas og Ekman 2013). I artikkelen til Zhu, Ho og Sit (2011) fortalte en deltaker at han røykte 40 sigaretter daglig og visste at dette var skadelig, likevel klarte han ikke å slutte før han hadde blitt rammet av sykdommen.

Flere i studien til Askham et al. (2009) uttrykte også at de visste at røyk var helseskadelig, men likevel var det flere som ikke klarte å knytte det til deres hjertesykdom. De fortalte at de ikke så nødvendigheten eller trodde at det ikke var rett tidspunkt for dem å slutte på. Noen følte også at det ikke fikk nok støtte fra sykehuset til å slutte med røyk.

4.4 Det intime forholdet

Våre funn viste at det å gjennomgå et hjerteinfarkt hos mange påvirket det intime forholdet på en eller annen måte, og ga dermed ulike opplevelser (Andersson, Borglin og Willman 2013; Eriksson, Asplund og Svedlund 2010; Junehag, Asplund og Svedlund 2013;

Simmonds et al. 2013; Söderberg et al. 2013). Konsekvensene av dette var hos flere et tema som det var vanskelig å prate med partneren om, og som kunne føre til misforståelser og misforhold i forventningene til den andre parten med tanke på intimitet og seksualitet. Dette til tross for at de hadde levd et langt liv sammen (Söderberg et al. 2013). Dette førte hos noen til usikkerhet i parforholdet (Eriksson, Asplund og Svedlund 2010; Söderberg et al. 2013).

Flere kvinnelige deltakere mente dette misforholdet kom av at de i større grad hadde behov for nærhet og omsorg. Hos noen var dette en positiv forandring, mens andre følte at dette ble misoppfattet av partner, som tok det som et tegn på ønske om seksuell kontakt (Söderberg et al. 2013). Flere mannlige deltakere derimot rapporterte at sykdommen hadde ført til en følelse av å være kastret og dermed tap av maskulinitet. Erektile dysfunksjoner ga de i tillegg en følelse av at de var ubrukelige, noe som igjen førte til dårlig selvbilde, mindreverdighetsfølelse og emosjonelle forandringer (Simmonds et al. 2013).

...just loads of things build up – you don't feel like a man and then the worst thing of all is when you don't feel like a man «downstairs»... I always had that cheeky boy sort of thing but now I'm scared to get into a relationship because I can't perform. So what is the point, I think «what's the point?» And then I get depressed (Simmonds et al. 2013, 3)

Noen fortalte at de følte frykt og angst i forhold til anstrengelse, spesielt i ekteskapelige aktiviteter. Emosjonelle følelser og lyst var til stede, men frykten for å håndtere fysiske påkjenninger ved seksuell aktivitet førte til at de undertrykte disse følelsene og lystene. Det at de ikke hadde et normalt seksualliv og det å ikke kunne være i stand til å gjennomføre et samleie kunne hos noen deltakere føre til en følelse av verdiløshet (Andersson, Borglin og Willman 2013; Simmonds et al. 2013)

I was of course afraid that I would have another heart attack and feared doing certain things...well,, I was afraid to have intercourse so to speak...at the beginning, there was this fear of exerting myself and stuff like that, followed by the fear of not being able to get an erection (Andersson, Borglin og Willman 2013, 766).

Noen få deltakere rapporterte at det å gjennomgå et hjerteinfarkt ikke påvirket deres seksualliv og at det dermed var uendret. Andre nevnte at seksuallivet ikke hadde vært høyt prioritert før hjerteinfarkt heller. De som mente hjerteinfarkt ikke påvirket seksuallivet mente det kom av at de så på forholdet som et fellesskap og hadde et godt samhold. De mente de forstod hverandre i forholdet ved å gjøre ting sammen (Eriksson, Asplund og Svedlund 2010; Söderberg et al. 2013).

4.5 Behov for informasjon og støtte

Behovet for informasjon og støtte var funn som kom frem i alle våre artikler. Støtte fra partner, familie og nære venner kom frem som svært viktig og avgjørende for deltakernes opplevelse av tiden og bedringsprosessen etter et hjerteinfarkt. Dette innebar både emosjonell støtte, støtte til livsstilsendringer og det å mestre hverdagen (Askham et al. 2009; Junehag, Asplund og Svedlund 2013, Petricek et al. 2014, Rogersson et al. 2012). En av deltakerne beskrev behovet for støtte slik: «Without my wife`s support to exercise, there is no way I would`ve got to the level I am now» (Rogersson et al. 2012, 5).

I en studie kom det frem at halvparten av deltakerne ikke fikk noen form for støtte fra sine nære relasjoner. De mente derfor at støtte utenfra hadde vært gunstig for deres bedringsprosess. (Askham et al. 2009). Det viste seg også at noen ikke ønsket å søke støtte fra familie og venner i frykt for å være til bry eller gjøre seg for avhengige (Andersson, Borglin og Willman 2013; Askham et al. 2009; Zhu, Ho og Sit 2011).

I never seek help actively. I always handle it myself. Like this time, I had a severe pain that night. My husband just slept beside me, but I didn`t call him. The pain was really severe at that night. «Ouch», I was murmured because of pain. Then, he woke up. I didn`t call him. I was afraid to disturb his rest so that he would be very tired next morning (Zuh, Ho og Sit 2011, 480).

Mange følte også at de ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon og støtte fra helsevesenet. De skulle ønske de hadde fått mer informasjon og konkrete forklaringer i forhold til hva som er normale reaksjoner og symptomer i tiden etter hjerteinfarkt, slik at de lettere kunne

mestre sykdommen. Informasjon om livsstilsendringer og medikamentell behandling ble også nevnt (Askham et al. 2009; Junehag, Asplund og Willman 2013; Eriksson, Asplund og Svedlund 2010, Zuh, Ho og Sit 2011).

I hope nurses can tell me about the condition of my disease – how dangerous and severe is it? Let me know my condition so that I can make changes myself. For instance, I don't know how to prevent the recurrence of the attack...I hope they can tell me what I should do now. Especially about my diet – how should I select my food? How can i prevent the illness from getting worse? (Zuh, Ho og Sit 2011, 480).

Flere deltakere fikk skriftlig informasjon på sykehuset, men funn viste at den ofte ikke ble lest på grunn av at de opplevde energiløshet i tiden etter hjerteinfarkt. Mange mente informasjonsmåten ikke var optimal, men det var delte meninger om hvilken som kunne være mest nyttig (Askham et al. 2009; Junehag, Asplund og Svedlund 2013; Søderberg et al. 2013; Zhu, Ho og Sit 2013). I en studie kom det frem at noen deltakere hadde fått en informasjonsvideo i tillegg til skriftlig informasjon og at de mente de hadde hatt bedre utbytte av den enn om de bare hadde fått skriftlig informasjon (Askham et al. 2009). En deltaker beskrev sin opplevelse av informasjonen som ble gitt: «Well, you get a paper (discharge information) and such tings...however, ...it might be good to talk to somebody, get advice...to manage my eating habits» (Junehag, Asplund og Svedlund 2013, 26).

Individuell tilpasset informasjon var noe som flere ga uttrykk for at de mente kunne vært gunstig og som de skulle ønske de hadde fått (Andersson, Borglin og Willman 2013; Fors, Dudas og Ekman 2013; Fredriksson-Larsson, Alsen og Brink 2013). Noen syntes også det var vanskelig å forklare partner om sin sykdom og ytret ønske om at også de hadde fått informasjon (Søderberg et al. 2013).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

I dette kapittelet skal vi i henhold til Høgskolen i Molde (2015) sine retningslinjer for bachelor i sykepleie drøfte litteraturstudiets fremgangsmåte ved å diskutere styrker og svakheter ved søkestrategi, kvalitetsvurdering og analyse.

5.1.1 Datainnsamling

Vi bestemte oss for temaet hjerteinfarkt og leste oss deretter opp på temaet for å se hva som kunne være en interessant hensikt. Ut ifra faglitteraturen vi leste fant vi mye faktaopplysninger om hjerteinfarkt og om sykepleiefaglige oppgaver, men vi følte at pasienters opplevelser og erfaringer kom lite frem. Vi bestemte oss derfor for å belyse det i vår hensikt.

For å spesifisere våre søk startet vi før selve datainnsamlingen med å utarbeide inklusjons- og eksklusjonskriterier. Som inklusjonskriterie valgte vi artikler med kvalitativt forskningsdesign og ekskluderte derfor artikler med kvantitativt forskningsdesign. Valg av undersøkelsesdesign store konsekvenser for undersøkelsens gyldighet og pålitelighet (Jacobsen 2013). Hvilket forskningsdesign som egner seg best avhenger av hvilken type kjernespmåsmål som stilles. I vår hensikt ønsker vi å få kunnskap om erfaringer og holdninger, kjernespmålet blir da «hvordan oppleves det?» og foretrukket design blir da kvalitative metoder (Nortvedt et al. 2012). Kvalitativ design går i dybden ved å få fram så mange nyanser og detaljer som mulig, samt at det forsøker å få en helhetlig forståelse av forholdet mellom personen og den konteksten vedkommende befinner seg i. Kvantitativt forskningsdesign inneholder ofte spørreskjemaer med faste svaralternativer, noe som kan gjøre at det kan bli vanskelig å få tak i hele spekteret av hva hver enkelt egentlig opplevde (Jacobsen 2013). Dette ble derfor ett av våre eksklusjonskriterier.

I vår litteraturstudie har vi pasientperspektiv som inklusjonskriterie. Pårørende- og sykepleieperspektiv ble derfor eksklusjonskriterie. På tross av dette har vi valgt å inkludere

en artikkel som inneholder både pasient- og pårørende perspektiv. Vi mener dette ikke svekker kvaliteten på vår studie, da vi har ekskludert pårørendeperspektivet i vår resultatdel.

Vi valgte å inkludere alle kjønn og aldersgrupper da vi ønsket å få frem et helhetlig bilde av alle pasienters opplevelser og erfaringer. Dette ser vi som en styrke i vår litteraturstudie. Samtidig ser vi i ettertid at dette kan være en svakhet da ulike kjønn og aldersgrupper ofte innebærer ulike krav og verdier, noe som igjen kan gi ulike opplevelser og erfaringer. Vi kan derfor ha gått glipp av viktige funn som gjelder spesielt for et kjønn eller en aldersgruppe.

Som ett av våre inklusjonskriterier hadde vi at artiklene ikke skulle være eldre enn fem år, altså ikke før år 2010. Artikler før år 2010 ble derfor eksklusjonskriterie. Vi vet at det kan være en svakhet å inkludere eldre artikler, da forskning er ferskvare som ofte endres over tid. Vi valgte likevel å inkludere en artikkel fra år 2009, da denne var bare ett år eldre enn vårt inklusjonskriterie. Vi vurderte den også som relevant i forhold til vår hensikt. Det var heller ikke signifikant forskjell i funnene fra denne og andre artikler. I tillegg la vi merke til at forskningsartiklene vi har inkludert i denne litteraturstudien hadde brukt artikler som var eldre enn fem år i sin referanseliste. Vi undersøker i denne litteraturstudien erfaringer etter gjennomgått hjerteinfarkt og mener at det er noe som ikke forandrer seg over så kort tid.

For at vi skulle klare å lese og forstå artiklene satte vi også som inklusjonskriterie at artiklene skulle være på norsk, svensk, dansk eller engelsk. Alle våre forskningsartikler var skrevet på engelsk. Selv om vi begge har grunnleggende skriftlig og muntlig erfaring i engelsk, har vi lite erfaring i å studere forskningsartikler. Vi opplevde også at flere av forskningsartiklene tilsynelatende var skrevet med et eget fagspråk som til tider var vanskelig å tolke, samt at engelske ord og setninger kan ha en annen betydning på norsk. Det må derfor tas høyde for feiltolking i vår oversettelse av forskningsartiklene, noe som kan være en svakhet i vår litteraturstudie. For å ikke miste essensen i innholdet, har vi har valgt å beholde språket i de inkluderte sitatene fra våre forskningsartikler. Dette ser vi som en styrke, da den som har blitt undersøkt har krav på fullstendig gjengivelse og sitater ofte kan få en helt annen betydning hvis de blir tatt ut av en større kontekst (Jacobsen 2013).

5.1.2 Søkestrategi

Vi utarbeidet søkeord med utgangspunkt i vår hensikt. Deretter gjorde vi et prøvesøk i søkemotoren OVID og databasen Medline (vedlegg 2). Det så for oss ut til at det var mye forskning på dette området, men etter hvert som vi leste gjennom overskrifter og abstrakt viste det seg at det var få artikler som besvarte vår hensikt.

Vi bestilte derfor veiledningstime hos bibliotekar, som hjalp oss med å utarbeide P(IC)O skjema ved å finne flere synonymer gjennom SweMed og via nøkkelord i artikler (vedlegg 1). Hun viste oss hvor det var hensiktsmessig å sette trunkeringstegn i de engelske søkeordene, samt kort om hvordan vi utførte søk i andre søkemotorer og databaser. Hun hjalp oss også å utføre hovedsøket i OVID Medline (vedlegg 2), men på tross av det fant vi heller ikke nok forskning som besvarte vår hensikt. For å se om vi kunne få flere treff utvidet vi årstallet vi hadde satt som limits etter våre inklusjonskriterier fra år 2010 ned til år 2005 etter anbefaling fra bibliotekar. Grunnen til det er at forskning ofte går i «bølger» og det kunne hende det var mye forskning på området som var publisert bare et par år før. Noe det viste seg at det ikke var, da vi ikke fikk betydelig flere treff ved å gjøre det. Vi fant likevel en artikkel fra år 2009 som vi valgte å inkludere i vår litteraturstudie, den blir omtalt i metodediskusjonens punkt «datainnsamling». Siden vi ikke fikk betydelig flere treff ved å utvide publikasjonsår, utvidet vi i tillegg søkeordene som omhandlet hjerteinfarkt til søkeord som omhandlet koronar hjertesykdom. Det viste seg at flere av artiklene som hadde koronar hjertesykdom som tittel, inneholdt opplevelser og erfaringer til personer som hadde gjennomgått hjerteinfarkt. I de artiklene det var mulig hentet vi kun ut funn som omhandlet personer som hadde gjennomgått hjerteinfarkt. Ved å sammenligne disse artiklene med artiklene som kun omhandlet hjerteinfarkt, viste funnene også at det ikke var noen betydningsfull forskjell i deres opplevelser og erfaringer. Vi valgte derfor å inkludere disse artiklene.

Vi ser på veiledningstimen hos bibliotekar som en styrke i vår litteraturstudie, da vi fikk utarbeidet nøyaktige og gode søkeord som kunne bidra til at vi fant mer relevant forskning i forhold til vår hensikt. I ettertid ser vi også at dersom vi hadde fått veiledning med bibliotekar tidligere i forløpet så hadde vi gjort en grundigere og mer strukturert jobb før selve datainnsamlingen. Dette hadde også spart oss for mye tid.

Vi gjorde også søk i databasene OVID PsychInfo og ProQuest. I OVID PsycInfo kopierte vi søket fra OVID Medline og fikk 79 treff. Vi leste gjennom alle overskriftene, samt flere abstrakt (vedlegg 2). De artiklene som kunne være relevante for vår hensikt viste seg å være de samme artiklene som vi hadde inkludert i studien fra søket i OVID Medline, i alt seks artikler (Askham et al. 2009; Eriksson, Asplund og Svedlund 2010; Junehag, Asplund og Svedlund 2013; Rogerson et al. 2012; Söderberg et al. 2013; Zuh, Ho og Sit 2011). Vi inkluderte derfor ingen artikler fra dette søket. I databasen ProQuest fikk opp over 25 000 treff og klarte ikke å begrense søket. Vi valgte derfor å ikke inkludere artikler fra søket i denne databasen.

Vi har ikke tilstrekkelig kompetanse innen søk etter forskningsartikler i databaser og ser at bruk av kun en database kan være en svakhet i vår litteraturstudie. Dersom vi hadde hatt mer erfaring med å søke innen de ulike databasene hadde vi kanskje funnet flere relevante artikler for vår hensikt. Dermed hadde vi kanskje sluppet å tatt med artikler som også omhandlet koronar hjertesykdom. Samtidig mener vi at vi har lagt grundig arbeid i artiklene fra vårt hovedsøk, noe som gjør at vi har god kjennskap til innholdet i hver artikkel. Det kan også tenkes at det er lite forskning på området hjerteinfarkt og opplevelser. Siden forskjellen i opplevelser hos personene som hadde gjennomgått hjerteinfarkt og personene som hadde koronar hjertesykdom heller ikke var signifikant, mener vi dette ikke har stor betydning for kvaliteten på vår litteraturstudie.

5.1.3 Kvalitetsvurdering og etiske overveielser

Vi kvalitetsvurderte alle forskningsartiklene ved hjelp av standardiserte sjekklister for vurdering av kvalitative forskningsartikler fra Kunnskapssenteret for helsetjenesten (2015). Alle våre inkluderte artikler ble vurdert til god kvalitet. Dette kan komme av at vi har relativ liten kunnskap i det å kvalitetsvurdere forskningsartikler og ser at dette kan betraktes som en svakhet i vårt litteraturstudie. Ved at begge kvalitetsvurderte alle artiklene mener vi at dette styrker troverdigheten til i våre vurderinger. Det å bruke standardiserte skjemaer fra samme sted gir også grunnlag for samme type vurdering. Samtidig ser vi at dersom vi hadde brukt andre sjekklister i tillegg, hadde dette kanskje gitt en bedre kvalitetsvurdering.

Alle våre 11 artikler var tatt inn i fagfellevurderte tidsskrifter gjennom publiseringskanalen Database for statistikk om høgere utdanning (DBH/NSD 2016). Dette ser vi på som en styrke i litteraturstudien, da det viser at artiklene er kvalitetssikret av andre eksperter på fagfeltet (Nortvedt et al. 2012).

Av våre 11 artikler er fire utenfor Skandinavia: Australia, England, Kroatia og Kina. Spesielt Kroatia og Kina er land som vi vet er svært ulik Norge med tanke på både kultur og helse, noe som kan være en svakhet for vår litteraturstudie. Vi valgte likevel å inkludere disse artiklene, da vi ikke studerer helsesystemet eller behandling, men pasienters individuelle opplevelser. Vi så også at funnene ikke var nevneverdig ulike funnene fra artiklene som var fra Skandinavia (Sverige, Danmark og Færøyene).

Vi har i denne litteraturstudien fulgt Jacobsen (2010) sine beskrivelser av hvordan etiske vurderinger tas og vektlagt om etiske hensyn er ivaretatt i hver enkelt artikkel. Det at flere etiske hensyn var ivaretatt og gjort rede for i alle våre artikler ser vi på som en styrke.

Vi har valgt å inkludere forskningsartikler som i utgangspunktet har en «spisset» hensikt. Vi kunne likevel identifisere flere funn som var relevante for vår hensikt og mener derfor at dette ikke er av stor betydning for vår litteraturstudie.

5.1.4 Analyse

Vi tok utgangspunkt i Evans (2002) fire faser i vårt analysearbeid. Dette ga oss en mal på hvordan vi skulle gå frem, noe som bidro til at analysearbeidet vårt ble systematisert og dermed mer oversiktlig. Dette er noe vi ser på som en styrke i litteraturstudien. Det å nummerere våre artikler fra 1-11 alfabetisk etter forfatterens etternavn viste seg å være gunstig både i forhold til det å skrive opp artiklene som kilder senere i arbeidet og for å få oversikt over funn.

Vi gikk gjennom alle artiklene og noterte nøkkelfunn fra hver artikkel hver for oss, for å deretter samles igjen og sammenligne våre notater. Dette var et veldig tidskrevende arbeid og forskjellen i det hver av oss hadde notert som nøkkelfunn var liten. I ettertid ser vi derfor at vi kanskje heller skulle brukt den tiden på andre deler av oppgaven. Samtidig var det

enkelte nøkkelfunn en av oss hadde oversett og vi sikret dermed at vi fikk med alle aktuelle funn fra hver artikkel. Dette mener vi derfor at er en styrke i denne litteraturstudien.

Etter at vi hadde identifisert nøkkelfunnene i artiklene så vi at flere av de kunne settes sammen og danne kategorier på tvers av studiene. Vi laget derfor en oversikt over hvilke nøkkelfunn som hørte til hver kategori. Noen av nøkkelfunnene våre kunne plasseres under flere av disse kategoriene og gjorde arbeidet med inndelingen utfordrende. Samtidig ser vi på dette som en styrke i litteraturstudien vår, da dette tyder på at våre nøkkelfunn er sterke.

Vi fikk i alt fem kategorier og ga hver kategori en farge, disse merket vi direkte inn i artiklene. Etter hvert som vi hentet ut funn markerte vi også dette direkte i artikkelen med en egen farge under funnet vi hentet ut. Alt dette mener vi gjorde arbeidet vårt mye lettere og ga oss en god oversikt over de ulike temaene i hver artikkel. Ved å gjøre det på denne måten ble det enklere å finne tilbake til funn og sitater som vi skulle bruke i vår resultatdel. Vi fikk også en god oversikt over hvilke sitat og funn vi hadde brukt og ikke brukt. Dette ser vi på som en styrke i denne litteraturstudien.

Vi laget skjema som presenterte hvilke nøkkelfunn som hørte til under hver fargekategori (hovedtema) og antall artikler som presenterte hver fargekategori. Det gjorde det både lettere for oss å danne et bilde av hvor mange artikler våre funn presenterte, samt å få en rask oversikt for den som skal lese vår litteraturstudie (Vedlegg 4).

5.2 Resultatdiskusjon

I følge Høgskolen i Molde sine retningslinjer for bacheloroppgave i sykepleie (2015) skal vi i denne delen av vår litteraturstudie diskutere resultat opp imot hensikt, teoribakgrunn, relevant forskning og ny faglitteratur. Vi vil også diskutere resultatene opp mot egne erfaringer og konsekvenser dette kan få for praksis.

5.2.1 Pasienter opplevde frykt og angst

De fleste så på livet etter å ha gjennomgått hjerteinfarkt som noe uforutsigbart og skjørt. De hadde tanker om at det kunne ramme dem igjen og at dette kunne føre til døden, noe som resulterte i at frykt og angst ble en stor del av deres hverdagsliv (Andersson, Borglin og Willman 2013; Askham et al. 2009; Eriksson, Asplund og Svedlund 2010; Fors, Dudas og Ekman 2013; Fredriksson-Larsson, Alsen og Brink 2013; Junehag, Asplund og Svedlund 2013; Petricek et al. 2014; Rogerson et al. 2012; Simmonds et al. 2013; Søderberg et al. 2013; Zhu, Ho og Sit 2011). Det å gjennomgå et hjerteinfarkt er en alvorlig livshendelse som kan føre til at vedkommende ser livet som annerledes ved at det blir mindre trygt og forutsigbart (Eide og Eide 2010). Dette kan ofte føre til at sentrale verdier og behov i livet oppleves som truet (Kristoffersen 2012, 133-189). Dette oppleves som en krise og kalles en traumatisk krise (Eide og Eide 2010). Det å kunne være en del av livet til sine barn og barnebarn eller ivareta ansvaret som foreldre var hos noen sentrale verdier. Ved at disse sentrale verdiene opplevdes som truet oppsto det dermed frykt (Andersson, Borglin og Willman 2013; Fors, Dudas og Ekman 2013; Petricek et al. 2014).

Flere kunne kjenne fysiske symptomer, ofte i form av brystmerter som oppsto i forbindelse med fysisk aktivitet eller stress. Dette førte til frykt for å dø (Fors, Dudas og Ekman 2013; Junehag, Asplund og Svedlund 2013; Søderberg et al. 2013; Zhu, Ho og Sit 2011). Siden symptomene på et begynnende hjerteinfarkt er brystmerter, vil det ikke være unaturlig å kjenne på frykt ved smerter. Samtidig kan det også i dette funnet tenkes at psykisk stress i form av for eksempel angst er årsaken til smertene. Eikeland, Haugland og Stubberud (2013, 207-245) støtter opp om dette, da psykisk stress øker adrenalinnivået og nivået av andre stresshormoner, slik at årene kontraherer og blodtrykket øker. Dette fører til økt arbeidsbelastning på hjertet og kan gi anginasmerter.

Frykten ble i våre funn beskrevet som størst i den første fasen av bedringsprosessen og at den avtok i takt med at de hadde lært å akseptert og til dels mestre den (Askham et al. 2009; Junehag, Asplund og Svedlund 2013). Vår bakgrunnsteori støtter dette funnet ved at en traumatisk krise beskrives gjennom fire faser: sjokkfase, reaksjonsfase, bearbeidelses-/reparasjonsfase og nyorienteringsfasen (Eide og Eide 2010).

Sykepleiere skal hjelpe pasientene å ivareta deres psykiske behov, som i dette tilfellet er oppmuntring og veiledning til å mestere situasjonen som akutt og kritisk syk. Det finnes tilbud om lærings- og mestringssenter for å redusere frykt og angst hos pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt, men dette blir opplyst om i varierende grad. Pårørende kan også få tilbud om å delta sammen med pasienten, noe som også bidrar til at tryggheten øker og muligheten til å mestre hverdagen og tiden fremover blir bedre (Eikeland, Haugland og Stubberud 2013, 207-245). Det kan tenkes at flere pasienter ikke får tilstrekkelig informasjon om at det finnes et slik tilbud, noe som kanskje skyldes at det å være sykepleier ofte innebærer tidspress og det kan dermed bli liten tid til hver pasient. Informasjon kan dermed bli bortprioritert eller glemt. Tidspress kan også føre til at vi ikke er så oppmerksomme på pasientens behov og at vi ikke gir rom for samtaler hvor pasientene for eksempel kan få svar på spørsmål.

Ved at sykepleiere har kunnskap om hvor store konsekvenser frykt og angst kan ha på tiden etter, samt hvordan det kan oppleves, kan dette bidra til at sykepleier forstår viktigheten i å prioritere tid og er bevisst på å videreformidle kunnskap og informasjon. Dette kan bidra til at pasienter lærer å mestre og blir tryggere i sin hverdag. Opplevelsen av frykt og angst vil dermed bli redusert.

5.2.2 Tap av energi

Opplevelse av unormal fysisk/mental trøtthet og energiløshet var et funn som kom sterkt frem i resultatet til denne litteraturstudien. Flere beskrev det som en evig kamp for å komme tilbake til hverdagen, hvor mange også unngikk hverdagslige aktiviteter. De opplevde at aktivitetene måtte tilpasses etter energinivået og noen måtte ta i bruk strategier for å i det hele tatt mestre hverdagen (Andersson, Borglin og Willman 2013; Askham et al. 2009;

Fredriksson-Larsson, Alsen og Brink 2013, Junehag, Asplund og Svedlund 2013, Rogerson et al. 2012; Söderberg et al. 2013; Zhu, Ho og Sit 2011). Det å gjennomgå et hjerteinfarkt vil oppleves som et tap dersom endringene har ført til et tap av noe som er betydningsfullt. Tap av sentrale verdier er særlig belastende og kan være både i form av psykisk helse og i form av fysiske funksjoner som følge av skade eller sykdom (Eide og Eide 2010 og Kristoffersen 2012, 133-189). Det å ha energi og overskudd til å mestre hverdagsaktiviteter er en sentral verdi hos de fleste og det kan derfor være naturlig at pasienter opplever det å ha unormal trøtthet og energiløshet som et tap. Disse antagelsene om at energiløshet kan oppleves som et tap støttes av funn i våre artikler hvor de beskriver det som om de har mistet sitt tidligere liv og personen de engang var (Eriksson, Asplund og Svedlund 2010; Fredriksson-Larsson, Alsen og Brink 2013).

Funnene våre viste også at energiløsheten førte til at spontane aktiviteter ble redusert og foregikk i et roligere tempo. Dette påvirket deres sosiale liv med venner og familie, hvor noen uttrykte at de unngikk å være sosial fordi de var usikre på hvor mye som skulle til før de følte seg helt utmattet (Andersson, Borglin og Willman 2013; Fredriksson-Larsson, Alsen og Brink 2013; Junehag, Asplund og Svedlund 2013; Söderberg et al. 2013). De aller fleste mennesker har behov for nærhet og fellesskap med andre. Dette er ofte en forutsetning for å kunne oppleve livet som meningsfylt ved at det gir en følelse av anerkjennelse, trygghet, tilhørighet og fellesskap. Samtidig er det å føle at en blir verdsatt og det å få bekreftelser på seg selv viktig for en personlig velvære (Smebye og Helgesen 2012, 41-66).

Tap kan også utløse en sorgreaksjon som det ofte er vanskelig å slippe inn på seg. Hvis man ikke bearbeider denne reaksjonen kan man som konsekvens av dette utvikle en depresjon. Dette blir kalt en tilpasningsforstyrrelse og er en form for depresjon som er knyttet direkte til en traumatisk hendelse (Eide og Eide 2010; Snoek og Engedal 2013). De mest karakteristiske tegnene ved en depresjon er både søvnforstyrrelser, vedvarende trøtthet (Hummelvoll 2014). Kan det tenkes at også sorgreaksjonen kan føre til at opplevelsen av utmattelse blir forsterket og at man på den måten kommer inn i en vond sirkel?

Ut ifra våre funn ser det ut som energiløshet og unormal trøtthet er en vanlig konsekvens etter å gjennomgått et hjerteinfarkt. Gjennom sykepleiestudiets faglitteratur og praksis ser det for oss ut til at disse konsekvensene ikke har blitt tilstrekkelig belyst. Dersom sykepleiere hadde hatt mer kunnskap om disse konsekvensene, kunne det bidratt til at pasientene hadde

blitt mentalt forberedt på at dette er en vanlig opplevelse etter å ha gjennomgått et hjerteinfarkt. Vi kunne også informert om at det finnes lærings- og mestringssenter hvor pasienten kan lære om forskjellige mestringsstrategier for at de bedre skulle kunne klare å komme tilbake til sin tidligere hverdag. Vi kunne også ha informert pårørende om denne konsekvensen og dermed bidratt med å legge til rette for at krav ble redusert i hverdagen. Vi kunne da kanskje ha redusert omfanget av denne opplevelsen, og unngått at de eventuelt hadde gått inn i depresjon.

5.2.3 Livsstilsendringer

Våre funn viser at å gjennomgå et hjerteinfarkt for de fleste innebærer en eller annen form for livsstilsendring (Anderson, Borglin og Willman 2013; Askham et al. 2009; Eriksson, Asplund og Svedlund 2010; Fors, Dudas og Ekman 2013; Rogerson et al. 2012; Simmonds et al. 2013, Zhu, Ho og Sit 2011). Det å velge en bestemt livsstil kan beskrives som et forsøk på å realisere mål og verdier en har. Valgene en person tar er ofte rettet mot å mestre bestemte situasjoner, dekke bestemte behov, løse bestemte problemer eller dempe et ubehag. Valgene man tar vil virke positivt eller negativt inn på helsetilstanden (Kristoffersen 2012, 197-240). Ifølge Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (2016) betegnes koronare hjertesykdommer som livsstilssykdommer. Å ha en livsstilssykdom innebærer at ens atferd og levevaner påvirker ens helsetilstand (Kristoffersen 2012, 197-240). For at man skal kunne unngå et nytt hjerteinfarkt er det derfor ikke uventet at man etter et hjerteinfarkt opplever å måtte endre sin livsstil.

Det viste seg at de fleste var oppmerksomme på risikofaktorene som kunne forverre deres hjertesykdom, men at bare et fåtall klarte å gjennomføre en livsstilsendring. Det var ulike årsaker til at de ikke klarte å endre livsstilen sin, hvor de vanligste var: fysisk/mental utmattelse, smerter ved aktivitet og manglende kunnskap og støtte. Noen lot være å gjøre endringer i det hele tatt som konsekvens av dette (Andersson, Borglin og Willman 2013; Askham et al. 2009; Eriksson, Asplund og Svedlund 2010; Fors, Dudas og Ekman 2013; Rogerson et al. 2010; Zhu, Ho og Sit 2011). For å gjennomføre en livsstilsendring må man være mottakelig og i stand til å ta til seg relevant helseinformasjon. Vedkommende må også ha eller få motivasjon til å gjennomføre de endringene som kreves. Det er da avgjørende hvilken mestringsforventning personen har, noe som innebærer evne til å sette seg konkrete

mål og ha en tydelig forventning til å kunne gjennomføre målene som blir satt. Vedkommende må ha tro på og positive forventninger til at en er i stand til å gjøre handlinger som er nødvendig for å mestre fremtidige situasjoner og nå målene en har satt seg (Kristoffersen 2012, 133-189).

En del av sykepleiernes oppgaver og ansvar er å gi informasjon, veilede og motivere pasientene. Det er også vårt ansvar å vurdere om pasienten er mottagelig og i stand til å ta til seg informasjonen som blir gitt. Ut i fra funnene kan det tenkes at informasjonen blir gitt på et tidspunkt hvor pasienten ikke er mottagelig eller at pasientene ikke får tilstrekkelig informasjon. Som en konsekvens av dette vil pasientene ha for liten kunnskap om sin sykdom noe som igjen har stor betydning for bedringsprosessen. Dette kommer også frem i Askham et al. (2009) hvor en deltaker uttaler at han er klar over at han er overvektig og at det ikke er greit, men at han ikke tror dette er avgjørende for om han kommer til å gjennomgå ett nytt hjerteinfarkt. Hvilke personlige egenskaper pasientene har til å tilegne seg denne informasjonen ser også ut til å være av betydning, da flere av våre studier uttaler at enkelte så på det å gjennomgå et nytt hjerteinfarkt som en sjanse til å starte på nytt. Disse var villige til å tilegne seg kunnskap om sykdommen for å hindre at sykdommen skulle forverres (Eriksson, Asplund og Svedlund 2010 og Fors, Dudas og Ekman 2013). Vi har erfart at flere pasienter er villige til å gjøre endringer den første tiden etter gjennomgått hjerteinfarkt. Ettersom tiden går faller de ofte tilbake til gamle vaner, som en konsekvens av at de ikke får tilstrekkelig oppfølging over lengre tid. Dette kan tyde på at oppfølgingen i ettertid ikke er tilstrekkelig. Hvis pasientene hadde fått denne oppfølgingen, kan det tenkes at antall tilbakefall av hjerteinfarkt hadde redusert.

5.2.4 Opplevelsen av det intime forholdet

Alle mennesker har behov for fysisk nærhet og kroppskontakt med andre, men dette trenger ikke nødvendigvis å inkludere seksualitet (Gamnes 2012, 71-102). Endringer i det intime forholdet var noe flere opplevde etter et gjennomgått hjerteinfarkt (Andersson, Borglin og Willman 2013; Eriksson, Asplund og Svedlund 2010; Junehag; Asplund og Svedlund 2013; Simmonds et al. 2013; Söderberg et al. 2013).

Flere kvinner mente at de etter å ha gjennomgått et hjerteinfarkt i større grad hadde behov for nærhet og omsorg, og ikke nødvendigvis seksuell kontakt. Dette ble ofte misoppfattet

av partner, som tok det som et tegn på ønske om seksuell kontakt (Søderberg et al. 2013). Det å gjenoppta seksuallivet etter et hjerteinfarkt kan være en utfordring (Eide og Eide 2010). Det kan være på grunn av både unødvendig frykt, stress og mangel på kunnskap, men det kan også komme av at lysten til seksuell aktivitet er borte (Eikeland et al. 2013 og Gamnes 2012, 71-102). Grunnen til manglende lyst kan komme av indirekte konsekvenser som bekymring for videre utvikling av sykdommen eller smerte, men også egen/partners holdning og forståelse av endret livskvalitet har betydning for personens seksualitet. Selv om den seksuelle lysten er borte kan man ha økt behov for nærhet på andre måter enn ved samleie (Gamnes 2012, 71-102).

Noen følte frykt og angst i forhold til anstrengelse, spesielt i ekteskapelige aktiviteter. De beskrev derimot at emosjonelle følelser og lyst var til stede, men frykten for å håndtere fysiske påkjenninger ved seksuell aktivitet førte til at de undertrykte disse følelsene og lystene (Andersson, Borglin og Willman 2013; Simmonds et al. 2013). I følge Gamnes (2012, 71-102) kan det å oppleve seksuell dysfunksjon i noen tilfeller ha sammenheng med andre fysiske eller psykiske plager. Eikeland, Haugland og Stubberud (2013, 207-245) beskriver videre at det å gjennomgå et hjerteinfarkt vil påvirke seksuallivet på grunn av unødig frykt, psykologisk stress og manglende kunnskap. Flere mannlige deltakere rapporterte i vår studie om at sykdommen hadde ført til erektil dysfunksjon, som igjen ga dem en følelse av å miste sin maskulinitet, følelse av ubrukelighet og dårlig selvbilde (Simmonds et al. 2013). I samfunnet har menn og kvinner ulike roller, menn har ofte instrumentelle roller, mens kvinner har mer følelses- og relasjonsorienterte roller (Smebye og Helgesen 2012, 41-66). Det er derfor ikke unaturlig at kvinner og menn opplever behovet for seksualitet etter gjennomgått hjerteinfarkt forskjellig. Opplevelsen av og erfaringene med seksualitet blir dermed også forskjellig (Eikeland, Haugland og Stubberud 2013, 207-245)

Det å ikke ha et normalt seksualliv og det å ikke være i stand til å gjennomføre et samleie kunne hos noen føre til en følelse av verdiløshet (Andersson, Borglin og Willman 2013). I følge Gamnes (2012, 71-102) kan manglende fysisk kontakt føre til at en føler seg avvist eller verdiløs. Verdens helseorganisasjon (WHO 2016) beskriver også i en rapport at seksuell helse er noe berikende som fremmer personlig utvikling, kommunikasjon og kjærlighet. I følge Gamnes (2012, 71-102) hevder noen at seksuell aktivitet i form av samleie

er av betydning både for fysisk og psykisk helse og velvære. Andre mener derimot at de kan leve et godt liv uten samleie i enten kortere eller lengre perioder av livet.

I vår praksis har vi et inntrykk av at seksualitet er et tema som blir lite omtalt. Dette på tross av at det er en vesentlig del av manges liv, uansett alder. Mange pasienter kvier seg også for å søke råd og veiledning på dette området, som igjen kan resultere i unødige samlivsproblemer (Eikeland, Haugland og Stubberud 2013, 207-245). I vår faglitteratur har vi observert at dette temaet blir viet stor plass i forhold til mange andre temaer, hvor blant annet Eikeland, Haugland og Stubberud (2013, 207-245) understreker viktigheten med å hjelpe pasienten til å bearbeide opplevelsen etter hjerteinfarkt for å kunne gjenoppta seksuallivet. Likevel ser vi at de andre temaene blir belyst i mye større grad både i undervisning og praksis. Det ser derfor ut til at dette er et tema som fortsatt er tabubelagt, noe som i sin tur kan få store konsekvenser for pasientene og deres parforhold. Ved at sykepleiere er mer bevisst på konsekvensene det å gjennomgå et hjerteinfarkt har for pasientens intime forhold, kan sykepleier åpne for å snakke om dette temaet hvis det er ønskelig. Sykepleier kan informere pasienten om at dette er vanlige konsekvenser og dermed bidra til at de er mer forberedt, sånn at det kanskje blir lettere å snakke om når problemene eventuelt oppstår. Dette er ofte et tema som kan være vanskelig å prate med partneren om, og som kan føre til misforståelser og misforhold i forventningene til den andre parten med tanke på intimitet og seksualitet. Dette til tross for at de har levd et langt liv sammen (Søderberg et al. 2013). Noen mener også at dette fører til usikkerhet i parforholdet (Eriksson, Asplund og Svedlund 2010; Søderberg et al. 2013). Ved å være klar over dette kan sykepleier også være mer bevisst på å åpne for at partner blir informert om påvirkningen et hjerteinfarkt kan ha på forholdet i ettertid.

5.2.5 Pasientene har behov for informasjon og støtte

I funnene våre kom det fram at behovet for informasjon og støtte i en eller annen form var avgjørende for hvordan personer opplevde og mestret tiden etter å ha gjennomgått et hjerteinfarkt (Andersson, Borglin og Willman 2013; Askham et al. 2009; Eriksson, Asplund og Svedlund 2010; Fors, Dudas og Ekman 2013; Fredriksson-Larsson, Alsen og Brink 2013; Junehag, Asplund og Svedlund 2013; Petricek et al. 2014; Rogerson et al. 2012; Simmonds et al. 2013; Søderberg et al. 2013; Zhu, Ho og Sit 2011). Støtte fra familie i form av emosjonell støtte, støtte til livsstilsendringer og til det å mestre hverdagen viste seg å være

viktig for opplevelsen av bedringsprosessen til de fleste (Askham et al. 2009; Junehag, Asplund og Svedlund 2013; Petricek et al. 2014; Rogersson et al. 2012), men noen ønsket ikke denne støtten i frykt for å være til bry (Andersson, Borglin og Willman 2013; Askham et al. 2009; Zhu, Ho og Sit 2011). I en av våre artikler kom det frem at noen ikke fikk den støtten de hadde behov for fra sine nære relasjoner, og mente at støtte utenom familie hadde vært gunstig (Askham et al. 2009). Det er en klar sammenheng mellom sosial støtte fra nettverk og helse/sykdom. Personer som har mye støtte i sitt nettverk blir raskere frisk igjen etter sykdom. Støtten gjør at en hendelse ikke oppleves så belastende og man har et sikkerhetsnett som man kan falle tilbake på i vanskelige situasjoner. Ved at man får denne støtten, er det med på å hindre at belastninger utvikler seg videre til sykdom, psykiske problemer eller redusert mestringsevne. Man opplever tilhørighet og føler seg verdsatt. Å ha et godt sosialt nettverk øker dermed motstandskraften uavhengig av stress og belastninger, noe som igjen øker livskvaliteten (Kristoffersen 2012, 133-189).

I følge våre funn opplevde flere at de ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon og støtte fra helsevesenet. Dette dreide seg i hovedsak om mengde og type informasjon (Askham et al. 2009; Junehag, Asplund og Svedlund 2013; Eriksson, Asplund og Svedlund 2010), hvor flere funn rapporterte om ulike informasjonsmåter som opplevdes som lite optimale (Askham et al. 2009; Junehag; asplund og Svedlund 2013; Søderberg et al. 2013, Zhu, Ho og Sit 2013). Det å få individuell tilpasset informasjon var også funn som flere mente kunne være gunstig (Andersson, Borglin og Willman 2013; Fors, Dudas og Ekman 2013; Fredriksson-Larsson, Alsen og Brink 2013). En sentral del av det å være helsepersonell er å gi hjelpende informasjon. Dette innebærer å formidle kunnskap som pasienten har behov for og er i stand til å ta imot, med andre ord tilpasse informasjonen til den enkelte pasient. Som syk har man ofte et stort behov for informasjon og støtte. Dette kan være i forhold til sykdommen, prognoser, behandling og normale reaksjoner, samt praktiske forhold som støtteordninger, treningsprogrammer og lignende. Det er allikevel viktig at helsepersonell har kontroll over informasjonen og ikke informerer ukritisk, men tilpasser informasjonen sånn at pasienten opplever å bli ivaretatt på en god måte. For at pasienten skal oppleve å bli det er det viktig at vedkommende både hører, forstår og husker det som er nødvendig, samt at informasjonen oppleves relevant. Et viktig mål er at pasienten skal kunne mestre situasjonen bedre og bli så selvhjulpen som mulig, som helsepersonell må man derfor vurdere i hvilken grad pasienten er i stand til å ta imot informasjonen på det aktuelle tidspunktet (Eide og Eide 2010). For å fremme pasientens egenomsorg er også samarbeid

med pårørende en viktig del (Eikeland, Haugland og Stubberud 2013, 207-245). Dette kommer også frem i vår studie hvor noen syntes det var vanskelig å forklare partneren om sin sykdom, og hadde derfor et ønske om at de også hadde blitt informert (Søderberg et al. 2013).

Informasjon, veiledning og støtte er en viktig oppgave for sykepleiere. Dette er også noe som blir lagt stor vekt på i sykepleiestudiet. Ut ifra funnene kan det tolkes som at informasjonen som blir gitt allikevel ikke er optimal. Som også nevnt tidligere har vi gjennom praksis erfart at sykepleiere jobber under tidspress, noe som kan føre til at informasjon ikke blir høyt nok prioritert. Det kan også tenkes at det ikke foreligger gode nok rutiner på hvordan og når informasjon skal gis. Funnene viser også at pasienter etter gjennomgått hjerteinfarkt har behov for emosjonell støtte utenfor familien, noe det ser ut til at flere ikke har. Vi kan derfor stille spørsmål til om oppfølgingen i etterkant er god nok. Ved at pasientene ikke får den informasjonen, veiledningen og støtten vedkommende har behov for, får dette fysiske og psykiske konsekvenser for vedkommende. Personer som rammes av hjerteinfarkt er en stor pasientgruppe, det er derfor viktig at sykepleiere har mye kunnskap og erfaring på området.

6.0 Konklusjon

Ut fra denne litteraturstudien kommer det frem at personer som blir rammet av hjerteinfarkt opplever mange konsekvenser som preger deres hverdag i ettertid. Livet blir ofte sett på som skjørt og uforutsigbart. Frykt, angst og redsel er vanlige reaksjoner i tiden etter. Dette dreier seg i hovedsak om frykt for å gjennomgå et nytt hjerteinfarkt og for å dø. Frykten viser seg å være størst i den første fasen av bedringsprosessen og avtar i takt med at personene lærer å mestre den. Flere kan oppleve unormal fysisk/mental trøtthet og energiløshet. Dette gjør at mange sliter med å mestre hverdagen på samme nivå som de har gjort tidligere, noe som hos mange også går ut over deres hverdagsaktiviteter og sosiale liv. Dette oppleves for mange som et tap.

Å gjennomgå et hjerteinfarkt innebærer ofte endringer på ulike områder i livet og kan være utfordrende for den som er rammet. Flere opplever å måtte gjøre en livsstilsendring som

fører til utfordringer i ulik grad avhengig av hvilken mestringsevne vedkommende har. Endringer i det intime forholdet er også vanlig, både i forhold til nærhet, omsorg og seksualitet.

Vi mener det er viktig for praksis at kunnskap og bevissthet økes rundt konsekvenser som kan oppstå etter et gjennomgått hjerteinfarkt. Et hjerteinfarkt oppleves som en traumatisk krise og påvirker pasienten på flere aspekter i livet. Personer som har gjennomgått hjerteinfarkt og deres pårørende bør få mer fokus og bedre oppfølging i tiden etter de er utskrevet fra sykehus. Informasjon og oppfølging er viktige virkemidler for å redusere negative opplevelser og konsekvenser for pasienten i tiden etter å ha gjennomgått et hjerteinfarkt. Siden liggetiden i sykehus er relativt kort, bør alle pasientene få tilbud om informasjon i tiden etter utskrivelse via poliklinikker på sykehus, og tilbud om lærings- og mestringssenter. Ved å øke bevisstheten rundt konsekvensene for pasientene og betydningen sykepleierens oppgaver har for deres opplevelse, kan sykepleiere bedre imøtekomme hver enkelt pasient i denne pasientgruppen og deres behov.

6.1 Forslag til videre forskning

Hjerteinfarkt er et folkehelseproblem i Norge. Det er derfor viktig at det blir forsket ytterligere på pasienters erfaringer. Gjennom vårt litteraturstudie har vi observert at det foreligger lite forskning på opplevelser av oppfølging etter gjennomgått hjerteinfarkt.

Referanseliste

- Andersson, Eva Kazimiera, Gunilla Borglin og Ania Willman. 2013. «The experience of younger adults following myocardial infarction». *Qualitative Health Research*. 23(6): 762-772
- Askham, Jórun, Lisa Kuhn, Kirsten Frederiksen, Patricia Davidson, Karen-Leigh Edward og Linda Worrall-Carter. 2009. «The information and support needs of Faroese women hospitalised with an acute coronary syndrome». *Journal of Clinical Nursing*. 19: 1352-1361
- Database for statistikk om høgre utdanning (DBH/NSD). 2016. Tema: *Publiseringskanaler*. Lest 15.03.2016. <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Eide, Hilde og Tom Eide. 2010. *Kommunikasjon i relasjoner-samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2 utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Eikeland, Anne, Trude Haugland og Dag-Gunnar Stubberud. 2013. «Sykepleie ved hjertesykdommer» I *Klinisk sykepleie bind 1*. red. Hallbjørg Almås, Dag-Gunnar Stubberud og Randi Grønseth. 4.utg. 207-245 Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Eriksson, Monica, Kenneth Asplund og Marianne Svedlund. 2010. «Couples` thoughts about and expectation of their future life after the pasien`s hospital discharge following acute myocardial infarction». *Journal of Clinical Nursing*. 19: 3485-3493
- Folkehelseinstituttet. 2015. Tema: *Hjerte- og karsykdommer – faktaark med helsestatistikk*. Lest 10.03.2016 <http://www.fhi.no/artikler/?id=70806>
- Fors, Andreas, Kerstin Dudas og Inger Ekman. 2013. «Life is lived forwards and understood backwards – Experiences of being affected by acute coronary syndrome: a narrative analysis». *International Journal of Nursing Studies*. 51: 430-437
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengström. 2013. *Att göra systematiska litteraturstudier – värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 3.utg. 29-38. Stockholm: Natur och Kultur.
- Fredriksson-Larsson, Ulla, Pia Alsen og Eva Brink. 2013. «I`ve lost the person I used to be – Experiences of the consequences of fatigue following myocardial infarction». *International Journal of Qualitative Studies on Health Well-being*. 8: 20836
- Gannes, Siv. 2012. «Nærhet og Seksualitet» I *Grunnleggende sykepleie - pasientfenomener og livsutfordringer bind 3*. red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug. 2. utg. 71-102. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

- Hummelvoll, Jan Kåre. 2014. *Helt – ikke stykkevis og delt – Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. 7. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Jacobsen, Dag Ingvar. 2013. *Forståelse, beskrivelse og forklaring – innføring i metode for helse- og sosialfagene* 2.utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Jacobsen, Dag, Sverre Erik Kjeldsen, Baard Ingvaldsen, Trond Buanes og Olav Røise. 2013. «Hjertesykdommer» I *Sykdomslære – Indremedisin, kirurgi og anestesi*. 2.utg. 36-86. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Junehag, Lena, Kenneth Asplund og Marianne Svedlund. 2013. «A Qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction». *Intensive and Critical Care Nursing*. 30: 22-30
- Høgskolen i Molde. 2015. *Retningslinjer for avsluttende bachelor oppgave*. Avdeling for helse og sosialfag. Molde: Høgskolen i Molde.
- Kristoffersen, Nina Jahren. 2012. «Livsstil og endring av livsstil» I *Grunnleggende sykepleie – pasientfenomener og livsutfordringer bind 3*. red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug. 2. utg. 197-240. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kristoffersen, Nina Jahren. 2012. «Stress og mestring» I *Grunnleggende sykepleie – pasientfenomener og livsutfordringer bind 3*. red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug. 2. utg. 133-189. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kunnskapssenteret. 2015. Tema: *sjekklister for vurdering av forskningsartikler*. Lest 09.12.2015 <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL). 2016. Tema: *Livsstilssykdommer*. Lest 22.03.2016. <https://www.lhl.no/klinikkene/feiring/hjerteloftet/livsstilssykdommer/>
- Mølstad, Per og Kjell Andersen. 2002 (20. Mai). «Reduksjon i dødelighet etter akutt hjerteinfarkt» *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 13 (122): 1271-5. Lest 05.04.2016 <http://tidsskriftet.no/article/544303/>
- Nordtvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb kunnskapsbasert- en arbeidsbok*, 2 utg. Oslo: Akribe forlag
- Norsk Helse Informatikk. 2015. Tema: *Akutt hjerteinfarkt – en oversikt*. Lest 10.11.2015 <http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/hjerte-kar/hjerteinfarkt-oversikt-1515.html>

- Petricek, Goranka, Josip Buljan, Gordana Prljevic, Patricica Owens og Mladenka Vrcic-Keglevic. 2014. «Facing the diagnosis of myocardial infarction: A qualitative study». *European Journal of General Practice*. 21: 19-25
- Rogerson, Michelle C, Barbara M. Murphy, Stephen Bird og Tony Morris. 2012. «"I don't have the heart": a qualitative study of barriers to and facilitators of physical activity for people with coronary heart disease and depressive symptoms». *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 9: 140
- Simmonds, Rosemary L, Andre Tylee, Paul Walters og Diana Rose. 2013. «Patients' perceptions of depression and coronary heart disease: a qualitative UPBEAT-UK study». *BMC Family Practice*. 14: 38
- Smebye, Kari Lislerud og Ann Karin Helgesen. 2012. «Kontakt med andre». I *Grunnleggende sykepleie – pasientfenomener og livsutfordringer bind 3*. red. Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug. 2. utg. 41-66. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Snoek, Jannike Engelstad og Knut Engedal. 2013. *Psykiarti – kunnskap, forståelse, utfordringer*. 3 utg. Trondheim: Akribe Forlag
- Søderberg, Lene H, Pernille P. Johansen, Margrete Herning og Selina K. Berg. 2013. «Women's experiences of sexual health after first-time myocardial infarction». *Journal of Clinical Nursing*. 22: 3532-3540
- Verdens Helseorganisasjon (WHO). 2016. Tema: *Cardiovascular diseases – data and statistics*. Lest 10.03.2016. <http://www.euro.who.int/en/healthtopics/noncommunicable-diseases/cardiovascular-diseases/data-and-statistics>
- Verdens Helseorganisasjon (WHO). 2016. Tema: *Sexual and reproductive health*. Lest 22.03.2016. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/definingsexualhealth/en/
- Zhu, Lixia, Shuk Ching Ho og Janet Wing Hung Sit. 2011. «The experiences of Chinese patients with coronary heart disease». *Journal of Clinical Nursing*. 21: 476-484

Vedlegg 1

P(IC)O-skjema

P	I	C	O
Hjerteinfarkt* Koronar hjertesyk*			Opplive* Erfare*
myocardial infarct* coronary heart heart attack* heart infarct* cardiovascular stroke* cardiovascular infarct*			experienc*

Vedlegg 2

Oversikt over søkehistorikk

Søk	Dato	Database	Antall treff	Leste titler	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
<p>1 Myocardial Infarction OR heart attack* AND experience* AND qualitative OR Qualitative Research</p> <p>LIMIT: yr= 2010 – Current AND language (danish or english or norwegian or swedish)</p>	07.11.2015	<p>OID Medline</p>	42	42	7	5	2
<p>2 Myocardial Infarction OR myocardial infarct* OR coronary heart OR heart attack* OR heart infarct* OR cardiovascular stroke* OR cardiovascular infarct* AND experienc*</p> <p>LIMIT: yr= 2005 – Current AND language (danish or english or norwegian or swedish) AND qualitative (maximizes specificity)</p>	09.12.2015	<p>OID Medline</p>	133	133	79	26	8
<p>3 Myocardial Infarction OR myocardial infarct* OR coronary heart OR heart attack* OR heart infarct* OR cardiovascular stroke* OR cardiovascular infarct* AND experienc*</p>	09.12.2015	<p>OID PsykInfo</p>	79	79	23	6	0

	LIMIT: yr= 2005 – Current AND language (danish or english or norwegian or swedish) AND qualitative (maximizes specificity)							
4	Myocardial Infarction OR myocardial infarct* OR coronary heart OR heart attack* OR heart infarct* OR cardiovascular stroke* OR cardiovascular infarct* AND experienc* LIMIT: yr= 2005 – Current AND language (danish or english or norwegian or swedish) AND qualitative (maximizes specificity)	14.03.2016	OVID Medline	136	136	1	1	1

Vedlegg 3

Oversikt over inkluderte artikler

Artikkel 1	
Forfattere	Andersson, Eva Kazimiera, Gunilla Borglin and Ania Willman
År	2013
Land	Sverige
Tidsskrift	Qualitative Health Research
Database	OVIDMedline
Tittel	<i>The Experience of Younger Adults Following Myocardial Infarction</i>
Hensikt	Belyse betydningen av opplevelsen hos yngre mennesker (under 55 år) i løpet av første året etter gjennomgått hjerteinfarkt.
Metode/Instrument	<p>Det ble brukt en fenomenologisk-hermeneutisk metode utviklet av Lindseth og Norberg (2004) for å tolke intervjuetekstene, hvor tre metodiske skritt ble brukt som en del av i denne metoden; naiv lesing, tematisk strukturell analyse og omfattende forståelse.</p> <p>Samlet inn data ved bruk av narrative intervjuer.</p> <p>Tre åpne intervju spørsmål ble i forkant testet og diskutert med mennesker som hadde gått gjennom et hjerteinfarkt.</p> <p>Den ene forfatteren gjennomførte så to pilotstudier i for å teste egnetheten av spørsmålene.</p> <p>De fleste av intervjuene fant sted i deltagerens hjem, med unntak av to, som ble foretatt andre steder (arbeidsplass, privat sykehusrom).</p>
Deltakere	17 deltagere (6 kvinner og 11 menn) i alderen 23-53 år.
Frafall	0
Hovedfunn	Opplevelsen hos yngre personer (under 55 år) som har gjennomgått et hjerteinfarkt kan tolkes som en hverdagslig kamp for å gjenopprette balansen i livet, som innebærer en eksistensiell, fysisk og følelsesmessig kamp for å gjenvinne fotfestet i dagliglivet. Mangel på energi og dens innvirkning på

	det komplekse samspillet mellom midtlivsfasen kombinert med urimelige krav fra arbeidsgivere og helsepersonell virket å farge opplevelsen til deltagerne.
Etisk vurdering	De etiske retningslinjene i Helsinkideklarasjonen er fulgt og studiet er godkjent av Regional Ethical Review Board i Lund i Sverige. Det ble innhentet både verbalt og skriftlig informert samtykke fra alle deltagerne. Deltagerne ble informert om at de hadde rett til å trekke seg når som helst uten å oppgi grunn og ble forsikret i forhold til taushetsplikt. På grunn av at intervjuer kan fremkalle sensitive spørsmål, var også en sosialarbeider tilgjengelig for rådgivning.
Kvalitet	Fagfellevurdert: Nivå 2 Vurdert til god

Artikkel 2	
Forfatter	Askham, Jòrun, Lisa Kuhn, Kirsten Frederiksen, Patricia Davidson, Karen-Leigh Eswaerd og Linda Worrall-Carter
År	2009
Land	Færøyene / Danmark
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing
Database	OVIDMedline
Tittel	<i>The information and support needs of Faroese women hospitalised with an acute coronary syndrome.</i>
Hensikt	Belyse behovet for informasjon og støtte hos Færøyske kvinner etter hjemkomst fra sykehus etter akutt koronar hjertesykdom.
Metode/Instrument	Semistrukturerte intervju.
Deltakere	8 deltakere i en alder fra 48-70 år. 7 av deltakerne hadde gjennomgått hjerteinfarkt, mens 1 hadde ustabil angina.
Frafall	0
Hovedfunn	Å bli diagnostisert med akutt koronar hjertesyndrom ble beskrevet som traumatisk og nedbrytende.

	Den første fasen av bedringsprosessen var beskrevet som følelsesladet og mye psykisk stress. Dette på grunn av liten forståelse og kunnskap om sykdommen, både blant pasientene selv og deres nærmeste. Det var også vanskelig å komme tilbake til det livet de en gang hadde.
Etisk vurdering	Etisk godkjenning ble innhentet fra University Research and Ethics Committees og fra leder i Færøyenes kliniske nettsted. Studien ble utformet etter Helsinkideklarasjonen.
Kvalitet	Fagfellevurdert: Nivå 2 Vurdert til god

Artikkel 3	
Forfatter	Eriksson, Monica, Kenneth Asplund og Marianne Svedlund
År	2010
Land	Sverige
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing
Database	OVIDMedline
Tittel	<i>Couples` thoughts about and expectation of their future life after the pasient`s hospital discharge following acute myocardial infarction.</i>
Hensikt	Beskrive og tolke par sine tanker og forventninger med tanke på fremtiden etter utskrivelse fra sykehus etter å ha gjennomgått et akutt hjerteinfarkt.
Metode/Instrument	Individuelle intervju, analysert i to faser ved å bruke innholdsanalyse.
Deltakere	15
Frafall	0
Hovedfunn	Funn ble delt inn i to kategorier: <ol style="list-style-type: none"> 1. Aktiv tilnærming Deltagerne hadde en positiv holdning til bedringsprosessen og så på hjerteinfarkt som en tankevekker. 2. Vent og se tilnærming til fremtiden.

	<p>Deltakerne hadde en følelse av usikkerhet og la ikke store planer for fremtiden, men tok en dag av gangen.</p> <p>Resultatene avslører forskjeller i tanker og forventninger i parforholdet og til fremtiden.</p>
Etisk vurdering	<p>Studiet er tilpasset prinsippene til Helsinkideklarasjonen og Research Ethics committee ved universitetet i midt Sverige. Alle deltakerne ble informert om at deltakelsen var frivillig og at de kunne melde seg av studiet om de ønsket det, uten å måtte avgi forklaring.</p>
Kvalitet	<p>Fagfellevurdert: Nivå 2</p> <p>Vurdert til god</p>

Artikkel 4	
Forfatter	Fors, Andreas, Kerstin Dudas og Inger Ekman
År	2013
Land	Sverige
Tidsskrift	International Journal of Nursing Studies
Database	OVIDMedline
Tittel	<i>Life is lived forwards and understood backwards – Experiences of being affected by acute coronary syndrome: a narrative analysis</i>
Hensikt	Å undersøke pasienters erfaringer etter akutt koronarsyndrom under sykehusoppholdet og etter utskrivelse fra sykehus.
Metode/Instrument	Fenomenologisk hermeneutisk tilnærming
Deltakere	<p>Deltakerne ble valgt ut fra to koronare avdelinger på universitetssykehuset i Sverige. Både kvinner og menn var med i studiet, og en bred aldersgruppe.</p> <p>12 deltakere var med, 5 kvinner og 7 menn på en alder fra 45-72 år. Alle deltakerne hadde under sykehusoppholdet blitt behandlet for hjerteinfarkt eller ustabil angina. Hvor 7 hadde gjennomgått hjerteinfarkt.</p>
Frafall	0

Hovedfunn	Funnene i studien viser at de allerede på sykehus, danner sin egen forståelse av sykdommen og forbereder seg til den fremtidige helsen. Funnene indikerer også at pasientene konstruerer personlige modeller for å forklare deres sykdom, som vedvarer gjennom sykehusoppholdet og i tiden etter. Personsentrert behandling viser seg også å være positivt.
Etisk vurdering	Studien ble godkjent av den regionale etiske komité og fulgte prinsippene til Helsinkideklarasjonen. Pasientene ble også informert om at hvis de hadde problemer med å diskutere noe kunne de melde seg fra studiet, uansett tidspunkt.
Kvalitet	Fagfellevurdert: Nivå 2 Vurdert til god

Artikkel 5	
Forfatter	Fredriksson-Larsson, Ulla, Pia Alsen og Eva Brink
År	2013
Land	Sverige
Tidsskrift	International Journal of Qualitative Studies on Health Well-being
Database	OVIDMedline
Tittel	<i>I've lost the person I used to be – Experiences of the consequences of fatigue following myocardial infarction.</i>
Hensikt	Hensikten med studiet var å belyse personers erfaringer med tanke på konsekvenser av utmattelse/tretthet, og deres strategi for å takle det to måneder etter hjerteinfarkt.
Metode/Instrument	Intervju ble brukt og analysert ved å bruke konstruktiv årsaks-teori metode
Deltakere	18 deltakere, 5 kvinner 13 menn. Hvis de var eldre enn 75 år eller var rammet av en alvorlig sykdom ble de ekskludert fra studiet.
Frafall	0
Hovedfunn	Funnene viste at tretthet etter hjerteinfarkt har betydning for hvordan deltakerne fungerte i hverdagen. Å takle hverdagen med tretthet er en personlig utfordring og dette studie viste at noe må gjøres for å støtte disse pasientene. Pasienter burde også bli

	invitert til å diskutere tanker og følelser om den reduserte funksjonen i det daglige livet.
Etisk vurdering	Studiet ble godkjent av den regionale etiske komité i Gøteborg. Alle deltakerne ble informert om studiet både skriftlig og muntlig.
Kvalitet	Fagfellevurdert: Nivå 1 Vurdert til god

Artikkel 6	
Forfattere	Junehag, Lena, Kenneth Asplund og Marianne Svedlund
År	2013
Land	Sverige
Tidsskrift	Intensive and Critical Care Nursing
Database	OVIDMedline
Tittel	<i>A Qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction</i>
Hensikt	Beskrive den enkeltes oppfatning av de psykososiale konsekvensene ved et akutt hjerteinfarkt og deres tilgang til støtte et år etter hendelsen.
Metode/instrument	Kvalitativ intervjustudie.
Deltakere	20 deltakere, hvor 14 var menn og 6 var kvinner, som hadde opplevd sitt første hjerteinfarkt. Alle bodde på landsbygda. 11 deltagere ble tilbudt kontakt med en mentor og 9 ble ikke det. Mentorene var personer som hadde gjennomgått et hjerteinfarkt tidligere (1-10 år).
Frafall	0
Hovedfunn	Deltakerne opplevde psykososiale konsekvenser bestående av angst og frykt for å bli rammet på nytt. De fleste verdsatte å ha en mentor, og noen av de uten mentor hadde ønsket at de hadde fått organisert støtte. Deltakerne var

	ofte mer misfornøyd enn fornøyd med oppfølgingen gitt under rehabiliteringen.
Etisk vurdering	Den regionale etiske komiteen ved Umeå universitet ga tillatelse til studien, som dannet prinsippene sine i Helsinki erklæringen (1964). Skriftlig tillatelse til å rekruttere pasienter ble gitt av styremedlemmer i coronary omsorg ved tre sykehus. Alle deltakere og mentorer fikk skriftlig og muntlig informasjon, hvor de også ble informert om at de kunne trekke seg når de måtte ønske, uten noen forklaring. De ble også informert om at enkeltpersoner ikke skulle kunne identifiseres.
Kvalitet	Fagfellevurdert: Nivå 1 Vurdert til god

Artikkel 7	
Forfattere	Petricek, Goranka, Josip Buljan, Gordana Prljevic, Patricica Owens og Mladenka Vrcic-Keglevic
År	2014
Land	Kroatia
Tidsskrift	European Journal of General Practice
Database	OVIDMedline
Tittel	<i>Facing the diagnosis of myocardial infarction: A qualitative study</i>
Hensikt	Utforske opplevelser til pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt
Metode/instrument	Semi-strukturerte individuelle intervju. Transkribert.
Deltakere	30, 16 menn og 14 kvinner med hjerteinfarkt som primærdiagnose. Gjennomgått hjerteinfarkt innen 2-5 siste år. Alder fra 45-65 år. Fra ulike sosiale statuser og klasser.
Frafall	0
Hovedfunn	Pasienter som hadde gjennomgått hjerteinfarkt følte de hadde nærkontakt med døden. Opplevelse av livstruende og

	livsendrende hendelse. Pasienter som ikke sto ovenfor en livstruende situasjon forventet en umiddelbar emosjonell støtte og få mulighet til at deres tanker og bekymringer skulle bli hørt og diskutert.
Etisk vurdering	Etisk godkjent av The Etical Board of the Zagreb University School og Medicine. Skriftlig informert samtykke.
Kvalitet	Fagfellevurdert: Nivå 1 Vurdert til god

Artikkel 8	
Forfatter	Rogerson, Michelle C, Barbara M. Murphy, Stephen Bird og Tony Morris
År	2012
Land	Australia
Tidsskrift	International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity
Database	OVIDMedline
Tittel	<i>"I don't have the heart": a qualitative study of barriers to and facilitators of physical activity for people with coronary heart disease and depressive symptoms</i>
Hensikt	Hensikten med denne studien var å utforske hindringer og tilrettelegge for fysisk aktivitet hos pasienter koronar hjertesykdom med depressive symptomer.
Metode/Instrument	Semistrukturerte intervju
Deltakere	15 deltakere (12 menn og 3 kvinner) med en alder fra 47-75 år. 5 hadde gjennomgått hjerteinfarkt 5 var PCI behandlet, 3 bypass operert, 2 var hjerteklaffoperert.
Frafall	0
Hovedfunn	Deltakerne i studien rapporterte flere hindringer og tilretteleggelser av aktiviteter. Hindringene kunne være: negativ holdning til helsen, livsstilsendringer som resultat av akutt koronar hendelse, ikke humør, liten motivasjon til å utføre trening, følte seg fysisk redusert eller redd for å gjøre øvelser, de

	følte at de hadde for lite kunnskap om trening og oppfattet flere ytre hindringer. Tilrettelegging inkluderte det å ha grunn for å trene, være i stand til å identifisere de psykososiale fordelene med trening, og ha positiv sosial støtte og bruke psykiske strategier. Inaktive deltakere rapporterte flere hindringer og mindre tilretteleggelser enn de aktive deltakerne.
Etisk vurdering	Godkjenning fra Victoria University Human Research Ethics Committee og Melbourne Health's Mental Health Research and Ethics Committee.
Kvalitet	Fagfellevurdert: Nivå 2 Vurdert til god

Artikkel 9	
Forfatter	Simmonds, Rosemary L, Andre Tylee, Paul Walters og Diana Rose
År	2013
Land	England
Tidsskrift	BMC Family Practice
Database	OVIDMedline
Tittel	<i>Patients' perceptions of depression and coronary heart disease: a qualitative UPBEAT-UK study</i>
Hensikt	Hensikten med denne studien var å studere primæromsorg, samt pasienters oppfatning av sammenheng mellom fysisk helse og mental helse. Studien skal belyse pasienters erfaring med å leve med depresjon, koronar hjertesykdom og deres egne selvhjelpene strategier og holdninger til primæromsorg i forhold til depresjon.
Metode/Instrument	Dybdeintervju, tematisk analyse og en prosess med konstant sammenligning.
Deltakere	30, 11 kvinner og 19 menn
Frafall	0
Hovedfunn	Erfaringene og behovene til pasienter med koronar hjertesykdom og depresjon er forskjellige. De inkluderer også psykososiale problemer med tanke på tap av helse og kontroll. Det finnes

	forskjellige behov for pasienter som er rammet av koronar hjertesykdom og depresjon. Tilnærming av behandling henger sammen med personlig støtte og gir mulighet for pasienter til å oppnå mål i forhold til liv og helse.
Etisk vurdering	Baxley og Greenwich etiske komite ga etisk godkjenning til studiet. Godkjenning ble også gitt av NHS trust research governace offices i Sørøst og vest London. Deltakerne ga samtykke.
Kvalitet	Fagfellevurdert: Nivå 1 Vurdert til god

Artikkel 10	
Forfattere	Søderberg, Lene H, Pernille P. Johansen, Margrete Herning og Selina K. Berg
År	2013
Land	Danmark
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing
Database	OVIDMedline
Tittel	<i>Women`s experiences of sexual health after first-time myocardial infarction</i>
Hensikt	Undersøke kvinners opplevelse av seksuelle problemer etter et hjerteinfarkt.
Metode/instrument	Kvalitativ forskningsmetode med fenomenologisk hermeneutisk tilnærming inspirert av Riceour (1988). Brukt semi-strukturert intervjuguide. Alle intervju foregikk på et kontor på sykehuset eller i deltakerens hjem, hvor to sykepleierforskere var til stede og den ene var primær intervjuer. Intervjuene ble tatt opp på bånd og analysen ble gjort av begge intervjuerne separat.
Deltakere	Deltakere ble identifisert gjennom sykehusenes databaser ved to sykehus. 11 deltakere mellom 49-64 år.
Frafall	0
Hovedfunn	Kvinnene i opplevde at de var engstelige for å gjenoppta seksuell aktivitet. Kvinnene følte seg forandret etter å ha

	gjennomgått hjerteinfarkt, hvor angst og tretthet påvirket deres seksuelle mønstre. Hjertesykdommen hadde innflytelse på deres sexliv og forholdet til partner kan bli påvirket. Fire temaer dukket opp; partneren, støtte, hjertesykdommens innflytelse på sex og forholdet. Noen trengte støtte fra helsepersonell eller deres nettverk for å tørre å ha seksuell aktivitet igjen.
Etisk vurdering	Deltakerne ble informert om studien via post, deretter verbalt. De fikk tid til å reflektere om de ønsket å delta før skriftlig informert samtykke ble gitt. De ble informert om at alle data ble behandlet konfidensielt og ble forsikret anonymitet. Deltakerne ble også informert at de kunne trekke seg fra studien til enhver tid. Studien fulgte anbefalingene fra Helsinkideklarasjonen II (World Medical Association 2002) og ble godkjent av Data Protection Agency. I følge nasjonal lovgivning ble studien ikke vurdert av den etiske komite, da det er kun intervensjonsstudier som rapporteres – denne praksisen ble bekreftet av den regionale etiske komite på forespørsel.
Kvalitet	Fagfellevurdert: Nivå 2 Vurdert til god

Artikkel 11	
Forfattere	Zhu, Lixia, Shuk Ching Ho og Janet Wing Hung Sit
År	2011
Land	Kina
Tidsskrift	Journal of Clinical Nursing
Database	OVIDMedline
Tittel	<i>The experiences of Chinese patients with coronary heart disease</i>
Hensikt	Utforske erfaringer til pasienter med koronar hjertesykdom i Kina
Metode/instrument	Ansikt til ansikt semi-strukturerte intervju.

Deltakere	11 deltagere som var diagnostisert med koronar hjertesykdom for minst en måned siden. 7 menn og 4 kvinner. 7 hadde opplevd hjerteinfarkt, 4 angina pectoris
Frafall	0
Hovedfunn	Tre hovedtemaer ble identifisert; å erfare enn livstruende sykdom, strategier for å tilpasse seg livet med koronar hjertesykdom og behov for informasjon med tanke på livsstilsendringer. Hjelpesøkende atferd.
Etisk vurdering	Etisk godkjent av Human Subject Ethics Committee of the University. Godkjenning for å få tilgang til pasienter ble gitt av Fujian province, Kina. Skriftlig informert samtykke.
Kvalitet	Fagfellevurdert: Nivå 2 Vurdert til god

Vedlegg 4

Oversikt over hovedfunn (fargefunn), nøkkelfunn, antall artikler og tema

Hovedfunn (Fargefunn)	Nøkkelfunn	Antall artikler	Tema
Frykt	<ul style="list-style-type: none">- Redsel- Bekymring- Angst	8 av 11	Frykt for et nytt hjerteinfarkt
Energiløshet	<ul style="list-style-type: none">- Trøtthet (unormal)- Utmattelse- Søvn	8 av 11	Tap av energi
Livsstilsendringer	<ul style="list-style-type: none">- Kosthold- Aktivitet- Røyk- Alkohol- Overvekt	8 av 11	Livsstilsendringer
Intim kontakt	<ul style="list-style-type: none">- Seksuell dysfunksjon- Nærhet- Kroppskontakt- Parrelasjoner- Intimitet- Samleie	5 av 11	Endringer i det intime forholdet
Informasjon og støtte	<ul style="list-style-type: none">- Familie/venner- Gruppeterapi/selvhjelpsgrupper- Rehabilitering- Kommunikasjon med helsepersonell- Kunnskap- Individuell tilpasset behandling- Oppfølging	11 av 11	Behov for informasjon og støtte