



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: **Sjukepleie, forskning og fagutvikling -
Bacheloroppgave**

Emnekode: **SYKHB3001**

Eksamensform: Prosjektoppgave

Leveringsfrist: 20.02.15 kl. 14.00

Kandidatnr.: 2

Antall ord: 8740

Hvordan møte pasienter med hjertesvikt kombinert med psykiske symptomer på en sykehus avdeling?



Bildet hentet fra:

<http://www.lhl.no/dine-rettigheter/trygderett/uforepensjon/>

Bachelor oppgave i sykepleie

Høgskolen Stord/Haugesund, avd. Haugesund, kull 2012

Antall ord: 8740

Sammendrag:

Bakgrunn:

Kronisk hjertesvikt er en alvorlig tilstand som en i Norge regner med at rundt 100 000 mennesker lider av. Det å leve med kronisk hjertesvikt innebærer en usikker, begrenset og truende livssituasjon. Dette gjør at pasientene ofte også får psykiske symptomer som angst og depresjon i løpet av hjertesvikten. Som sykepleier må en hjelpe pasientene til å finne en mening med hverdagene til tross for sykdommen og symptomene. At sykepleierne har kunnskaper om hjertesvikt og sykdomsforløpet er da vesentlig.

Problemstilling:

«Hvordan møte pasienter med hjertesvikt kombinert med psykiske symptomer i en sykehus avdeling?»

Hensikt:

Hensikten med denne studien er å øke kunnskapene om hvordan sykepleiere skal møte pasienter med hjertesvikt som også er preget av psykiske symptomer på en sykehus avdeling. Målet er også å få mer kunnskap om pasientens erfaringer, som gjør det lettere for sykepleiere å møte pasientene.

Metode:

Metoden som er brukt i oppgaven er en litteraturstudie, da dette også er kravet for bacheloroppgaven. Oppgaven er skrevet og bygget opp etter høyskolen sine retningslinjer. For å finne forskningsartikler ble det søkt i databasene; Cinahl, PubMed, Vård i Norden og SveMed. Søkeord som ble brukt er; «heart failure», «psychosocial factors», «depression», «life experience», «patients attitude», «self-care» and «trygghet». Det er presentert 5 forskningsartikler i resultatdelen, som diskuteres opp mot teori og praksiserfaringer i drøftedelen.

Resultat:

Resultatet viser at sosial støtte, aktivitet, informasjon og veiledning, positive tanker og pårørende er faktorer som pasientene selv beskriver som viktige for at de psykiske symptomene reduseres. Sykepleierne må møte pasientene ut i fra dette, og støtte og hjelpe dem til å finne mening i hverdagen.

Abstract:

Background:

Chronic heart failure is a serious condition, which in Norway we can reckon that around 100 000 people suffer from. Living with chronic heart failure means to live with an uncertain, limited and threatening situation. This leads to that the patients also are living with anxiety and depression during the heart failure. As a nurse, it is important to help the patient to find a meaning of the days, despite the disease and the symptoms. This shows that Nurses need to have knowledge about the heart failure and disease to help these patients.

Question:

“How to meet the patients with heart failure combined with psychological symptoms in a hospital section?”

Purpose:

The purpose with this study is to increase the knowledge about how the nurses shall meet patient with heart failure, who also are characterized of psychological symptoms, in a hospital section. The aim is also to get more knowledge about the patient’s experiences, which makes it easier for the nurses to meet the patients.

Method:

The design that has been used in this study is called a literature study, which is also the requirement for the bachelor thesis. The study is written and structured after the school’s guidelines. Search for research articles has been done in the databases; Cinahl, PubMed, Vård i Norden and SveMed. Keyword that has been used are “heart failure”, “psychosocial factors”, “depression”, “life experiences”, “patients attitude”, “self-care” and “trygghet”. There are presented five research articles in the result part, which is discussed against theory and practice experiences in the discussed part.

Findings:

The results of this literature study shows that social support, activities, information and guidance, positive thinking and family are factors that the patients themselves describe as important to reduce the psychological symptoms. The nurses have to meet the patients with basis on these factors, and give them support and help them to find the meaning of the life.

Innholdsliste:

Sammendrag:.....	ii
Abstract:.....	iii
1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Oppgavens hensikt	2
1.3 Problemstilling.....	2
1.4 Avgrensing og presisering av problemstillingen.....	2
2.0 Begrepsmessig rammeverk	2
2.1 Sykepleier teoretisk perspektiv	2
2.2 Kronisk sykdom	3
2.3 Hjertesvikt	3
2.4 Angst og depresjon.....	5
2.5 Kommunikasjon med eldre mennesker med hjertesvikt.....	6
2.5.1 Å møte pasienter på sykehuset	6
2.6 Informasjon og veiledning til pasienter med langtidsvarende sykdom	7
2.6.1 Informasjon til pårørende.....	7
3.0 Metode	8
3.1 Begrepet metode	8
3.2 Litteraturstudie som metode	8
3.3 Metodekritikk.....	8
3.4 Litteratursøk.....	9
3.5 Kildekritikk.....	11
3.6 Ethiske overveielser	11
4.0 Resultat	12
4.1 Presentasjon av forskningsartikler	12
4.2 Hovedfunnene i artiklene.....	14
5.0 Drøfting	15
5.1 Motivere til aktivitet.....	15
5.2 Sympati og medfølelse	17
5.3 Løpende kontakt og informasjon	19
5.4 Å snu oppmerksomheten mot det positive.....	21
5.5 Involvere de pårørende	22
6.0 Avslutning	24

Referanseliste	25
7.0 Vedlegg	28
7.1 Sjekkliste for vurdering av kvalitative forskningsartikler	28
7.2 Sjekkliste for vurdering av tversnittstudie	42

Tabell oversikt:

Tabell 1 - NYHA klassifisering av hjertesvikt	4
Tabell 2 -Søkeprosessen.....	9

1.0 Innledning

Hjertesvikt er en alvorlig men vanlig tilstand som øker med alderen. I Norge regner en med at rundt 100 000 mennesker har kronisk hjertesvikt. Hjertesvikt er vanligst i høyere aldersgrupper og om lag 75% av pasientene med hjertesvikt er over 75 år. Hypertensjon og koronarsykdom utgjør 75-80% av tilfellene ved utvikling av hjertesvikt. Ved hjertesvikt er hjertets pumpeevne svekket, slik at det ikke klarer å yte like mye som et friskt hjerte (Gullestad, 2011, s. 174).

Hjertesvikt påvirker hele mennesket og gir konsekvenser for den fysiske helsen, livsutfoldelsen og livskvaliteten. Det å leve med hjertesvikt betyr å leve med en usikker, begrenset og truende livssituasjon. Hjertesvikt er en kronisk tilstand som ikke kan fjernes, men med gode behandlingsmetoder kan den bremses (Eikeland, Haugland og Stubberud 2010, s. 223). Sykepleiere har en sentral plass i oppfølging, behandling og veiledning av pasienter med hjertesvikt (Ørn og Brunvand, 2012, s. 173).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har valgt og skrive om pasienter med hjertesvikt. Jeg har lagt vekt på pasientens psykiske symptomer da dette ofte ligger sentralt ved diagnosen hjertesvikt. Hvordan sykepleierne møter disse pasientene kan ha mye å si for pasientens opplevelse av hverdagen til tross for å ha hjertesvikt. Jeg ønsker i tillegg å få frem viktigheten med at sykepleierne kommuniserer og informerer pasientene. Grunnen til at jeg har valgt dette temaet er erfaringer som jeg har fra tidligere praksis på hjerteavdeling på Haugesund sykehus, der jeg så hvor viktig det var for disse pasientene og få god informasjon om både sykdommen og hvordan leve med den, før de ble utskrevet til hjemmet sitt. Pasientene med hjertesvikt hadde hyppige innleggelses på sykehuset, og jeg tror om disse pasientene får god nok kunnskap om hvordan de skal leve med sykdommen, kan det bremse innleggelsene. I praksis møtte jeg en pasient som var deprimert og preget av angst på grunn av hjertesvikten. For han var det viktig å komme seg opp av sengen, gå turer i korridorene og se på fotball kamp som han engasjerte seg i. Dette hjalp han til å mestre hverdagen på en positiv måte, hvor tankene hadde fokus på noe annet enn sykdommen. Å jobbe med pasienter med hjertesvikt krever at sykepleierne har kunnskap om både sykdommen og behandlingsmetodene, og dette har jeg lyst å lære mer om, når jeg i videre arbeid ønsker å jobbe med pasienter som har hjerte og karsykdommer.

1.2 Oppgavens hensikt

Hensikten med den foreliggende litteraturstudien er å belyse pasientenes egne erfaringer med å leve med hjertesvikt og psykiske symptomer. Dette kan øke kunnskapene om hvordan sykepleiere skal møte pasientene på en sykehusavdeling, og hvilke sykepleiefokus sykepleierne må ha i møtet med pasientene.

1.3 Problemstilling

«Hvordan møte pasienter med hjertesvikt kombinert med psykiske symptomer i en sykehusavdeling?»

1.4 Avgrensing og presisering av problemstillingen

Jeg vil i denne oppgaven legge vekt på pasientene og deres opplevelse, men også sykepleiernes rolle til å informere, undervise og støtte pasienten. Sykepleier-pasient møtet vil jeg avgrense til en hjerte avdeling på et sykehus. Studien vil omhandle eldre pasienter, 75 år og oppover, da det er disse pasientene som er mest utsatt for hjertesvikt. Ut ifra klassifiseringene i New York Heart Association vil jeg ha fokus på de som er i funksjonsklasse 2 og har en lett hjertesvikt. Jeg vil ta utgangspunkt i begge kjønn. Siden pårørende er en viktig ressurs for disse pasientene vil jeg også inkludere de i oppgaven. Medikamentell behandling kommer jeg ikke til å ha fokus på.

2.0 Begrepsmessig rammeverk

I denne delen hvor teori skal presenteres har jeg valgt og bruke Travellbee sitt syn på hva god sykepleie er til hovedteori. Travellbee (1999) skriver at sykepleiernes oppgave er å hjelpe enkelt individer til å forebygge eller mestre sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travellbee, 1999, s.41). Videre vil jeg belyse annen teori som er relevant for å kunne svare på problemstillingen.

2.1 Sykepleier teoretisk perspektiv

Travellbees sykepleiedefinisjon bygger på et eksistensialistisk menneskesyn og på det faktum at lidelse og smerter er en uunngåelig del av menneskelivet. Ut i fra dette består sykepleie i å hjelpe syke og lidende til å finne en mening i den situasjonen en gjennomlever (Kristoffersen, 2011, s. 216-217). Travelbee skriver at sykepleiernes mål og hensikt kun kan oppnås gjennom etableringen av et virkelig menneske-til-menneske-forhold. Hun mener at det er derfor avgjørende at pasienten og sykepleierne overvinnet det stadiet der de betrakter hverandre som

roller, ikke noe annet et sykepleier-pasient, og at de beveger seg inn i et nytt stadium der de ser hverandre, og forholder seg til hverandre som unike personer.

Travelbee (1999) skriver at menneske-til-menneske-forholdet blir målrettet bygd opp og opprettholdt av den profesjonelle sykepleieren. Forholdet finner sted mellom to mennesker, en sykepleier og en person som har behov for sykepleierens tjenester (Travelbee, 1999, s. 177). Kommunikasjon beskriver Travelbee (1999) som et av sykepleierens viktige redskaper når det gjelder og etablere menneske-til-menneske-forhold til pasienten. Kommunikasjon er en prosess der en formidler sine tanker og følelser til hverandre. Sykepleieren blir kjent med pasienten som person gjennom kommunikasjonen. Sykepleieren må da være i stand til å skille mellom sine egne og pasientens behov, og ikke overføre egne behov på pasienten. Dette er en forutsetning for å kunne planlegge og utføre en sykepleie som er i samsvar med pasientens behov (Kristoffersen, 2011, s. 219-221).

2.2 Kronisk sykdom

Hjertesvikt er en kronisk sykdom. Det har vist seg å være vanskelig å gi en god forklaring på hva kronisk sykdom er, dette på grunn av store variasjoner i sykdomspanoramaet og fordi nye sykdommer stadig dukker opp. Både opplevelser og forløp avhenger av en rekke faktorer som det er vanskelig å få full oversikt over, blant annet på grunn av at kroniske lidelser oppleves på en helt annen måte enn akutte sykdommer. En vet at kronisk sykdom er en irreversibel, konstant, tiltakende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele mennesker og deres omgivelser (Gjengedal & Hanestad, 2007, s. 11-13).

Det å bli rammet av en kronisk sykdom gjør at livet endrer seg, ikke bare for den som blir syk men også for familie og venner. Sykdommen griper inn i dagliglivet og påvirker livsutfoldelsen på en rekke områder. Å ha hyppig kontakt med helsevesenet er en av mange omstillinger den syke og dens familie må forholde seg til (Gjengedal & Hanestad, 2007, s. 10).

2.3 Hjertesvikt

Ved hjertesvikt er hjertets pumpeevne svekket, og det klarer ikke å yte like mye som et friskt hjerte. Minuttvolumet reduseres, dette skjer først ved belastning, men så også i hvile (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise, 2009, s. 46). Den vanligste typen av hjertesvikt er venstreside hjertesvikt, og det er denne tilstanden en referer til når en bruker begrepet hjertesvikt. Når venstre side av hjertet ikke klarer å pumpe nok blod ut i kroppen, påvirkes alle funksjonen i kroppen (Ørn & Brunvand, 2012, s. 173).

Årsaker:

Årsaker til hjertesvikt kan være mange, men noen av de vanligste årsakene er; Koronarsykdom, hypertensjon, klaffefeil, arytmier, lungesykdom og andre sykdommer som diabetes (Jacobsen et al., 2009, s. 47).

Symptomer:

Pasienter med hjertesvikt klager over dyspne, tretthet og redusert mulighet til å utføre dagligdagse aktiviteter. Også symptomer som søvnløshet, kronisk tretthetsfølelse, forverret kognitiv funksjon, angst, depresjon og problemer i sosiale relasjoner, er vanlig. Med hjertesvikt kan en ha stabile og akutt forverret perioder. I de stabile periodene kan pasienten leve et relativt godt liv, men når tilstanden forverres kan de trenge akutt medisinsk behandling på et sykehus (Eikeland et al., 2010, s. 223).

Alvorlighetsgraden av hjertesvikt kan klassifiseres i funksjonsklasser som er utarbeidet av New York Heart Association. Vi deler inn i 4 funksjonsklasser:

Tabell 1 - NYHA klassifisering av hjertesvikt

Funksjonsklasse I	Pasienten har hjertesvikt uten begrensninger i vanlig fysisk aktivitet. Pasienten har ingen symptomer som utmattelse, dyspne, hjertebank eller angina.
Funksjonsklasse II	Pasienten har lett hjertesvikt. Pasienten har lett begrensning i fysisk aktivitet. Pasienten er velbefinnende i hvile og ved lett fysiske anstrengelser, men større belastninger gir tydelig utmattelse, dyspne, hjertebank eller angina.
Funksjonsklasse III	Moderat hjertesvikt. Pasienten har markerte begrensninger i fysisk aktivitet. Pasienten er velbefinnende i hvile, men lett fysisk aktivitet som påkledning eller gange i lett motbakke gir utmattelse, dyspne, hjertebank eller angina.
Funksjonsklasse IV	I funksjonsklasse 4 har pasienten alvorlig hjertesvikt. Pasienten har en hjertesvikt som ikke tillater noe form for fysisk aktivitet uten av pasienten får ubehag (Eikeland et al., 2010, s. 223).

Behandling:

Tidlig diagnostisering kan være med å forsinke utviklingen av sykdommen, forbedre pasientens kliniske tilstand og bedre behandlingsresultatet. Vi har noen prinsipper ved behandling av hjertesvikt:

- Å redusere hjertets arbeid.
- Å optimalisere hjerteminuttvolumet ved å påvirke de faktorene som har innvirkning på hjertefunksjonen, som kontraktilitet, hjertefrekvens, preload og afterload.
- Å forebygge akutte forverringen av hjertesvikten, og utvikling av lungeødem.
- Gi god informasjon og kunnskap til pasienten om hans situasjon, dette vil styrke ressursene hans til å kunne leve godt med kunnskapen og behandlingen.

Når det gjelder legemiddelbehandling er den rettet inn mot pasientens symptomer og graden pasienten har av hjertesvikt. De viktigste legemidlene som brukes i behandlingen av kronisk hjertesvikt, er ACE-hemmere, betablokkere, diuretika og digitalis (Eikeland et al., 2010, s. 224-225).

2.4 Angst og depresjon

Både angst og depresjon er et utbredt problem, særlig hos gamle som har kroniske sykdommer med funksjonssvikt, og som er avhengige av hjelp fra andre. Angst og depresjon opptrer ofte samtidig i mange varianter og med overlappende overganger. Ved angst og depresjon hos eldre mennesker ser en ofte bekymringer, lavt selvbilde og en følelse av å være verdiløs i samfunnet. Både angst og depressive tilstander virker inn på de gamles livskvalitet og livsutfoldelse, og kan være med på å forverre somatiske sykdommer som hjertesvikt (Kvaal, 2010, s. 383).

Å leve med hjertesvikt er for mange forbundet med mye angst. Angsten har vist seg å være spesiell sterk når symptomene første gang viser seg, når symptomene eller behandlingen forandres, når dagene er vanskelige å gjennomgå og når tanker på fremtiden kommer frem. Angsten minker når symptomene er stabile og diagnosen bekreftes. Antallet deprimerte blant pasienter med hjertesvikt er også mange. Betydende nedstemthet og angst angående tilstanden har imidlertid vist seg å være større for pasienter med hjertesvikt sammenlignet med andre hjerte sykdommer. For å forbedre pasientens mentale helse er det viktig å oppmuntre pasienten til fysisk aktivitet, fortsette sosiale aktiviteter og beholde forholdet til familie. Det er også viktig å få fram de reaksjonene som pasientene har på sin sykdom. Slektinger må også få en del av den informasjonen som pasienten får, for å kunne være en bedre støtte. I samtaler

med pasientene bør fokuset ligge på mulighetene og ikke på begrensningene. Hjelp med å sette rimelige mål og forventninger ut i fra det stadiet hjertesvikt sykdommen befinner seg i er en viktig funksjon for sykepleierne (Mårtenson, 2005, s. 123-124).

2.5 Kommunikasjon med eldre mennesker med hjertesvikt

I møtet med pasienter med hjertesvikt er relasjonen mellom sykepleierne og pasienten viktig. Kommunikasjonen som fremmer tillit, er nødvendig for et godt samarbeid med pasienten. Sykepleierne bruker kommunikasjon som prosess for å søke og gi informasjon, og kommunikasjon er det midlet den syke og hans familie bruker for å få hjelp. Sykepleierne snakker og handler bevisst på en måte som kan føre til forandring, og kommunikasjon kan derfor være en kreativ prosess. Kommunikasjon er en kontinuerlig prosess, en overføring av meninger eller budskaper mellom individer. Disse meningene overføres både gjennom verbale og non-verbale uttrykksmidler (Travelbee, 1999, s. 136-138). Videre skriver Kirkevold (2010) at en kommunikasjon som bekrefter den gamles identitet og verdighet, skal være enkel og tydelig, ikke barnslig og nedlatende. God kommunikasjon er å unngå fremmedord, unngå å snakke om flere ting samtidig, og gi den gamle tid til å oppfatte og respondere før en går videre i samtalen. Det kan ofte være nødvendig å legge inn litt ekstra tid til samtalen, og en må være oppmerksom på når den gamle er sliten og trenger en pause (Kirkevold, 2010, s. 130). Kommunikasjon skjer mellom mennesker som er forskjellige i forutsetninger, sinnsstemning og dagsform. Omstendighetene rundt kommunikasjonen vil også variere, og derfor virke inn på det klima og den atmosfæren samhandlingen skjer innenfor. For å mestre de ulike omstendighetene er det nødvendig at deltagerne gjensidig klarer å tilpasse seg situasjonen og hverandre. Når en samarbeidsallianse skal utvikles, er en slik forståelse vesentlig å ha (Hummelvoll, 2012, s. 420-421).

2.5.1 Å møte pasienter på sykehuset

35-40% av akuttinnleggelsene på medisinsk avdeling er mennesker over 75 år. Hjerterealterte problemer som brystsmertor og hjertesvikt er en av de vanligste årsakene til innleggelsene. Sykepleierne skal ivareta både fysiske og psykososiale behov i tillegg til de andre observasjonene (Ranhoff, 2010, s. 185). I en studie av Williams, Dawson & Kristjanson (2008) kom det frem at pasientens følelse av kontroll og følelsesmessig velvære på et sykehus økte når de følte seg trygge, informerte og verdsatt. Disse personlige verdiene er viktige

faktorer som påvirker opplevelsen av det å være på et sykehus. Studien resulterte i at sykepleiere trenger mer kunnskap om hvordan pasienter og deres familie kan bidra til å i større grad være involvert i pleien (Williams, Dawson & Kristjanson, 2008).

2.6 Informasjon og veiledning til pasienter med langtidsvarende sykdom

Å gi informasjon er å formidle kunnskap som pasienten har behov for og er i stand til å ta imot. Å tilpasse informasjonen til pasientens behov krever omtanke. Pasienten skal både høre, forstå og huske det som er nødvendig, og oppleve å bli ivaretatt på en god måte (Eide & Eide, 2007, s. 292). Pasienter som lever med kronisk hjertesvikt kan ha en følelse av å vær fanget i sin sykdom, om disse pasientene har en innsikt i sykdommen og selv klarer å regulere symptomene opplever de større grad av kontroll og er mindre engstelige. Ved at sykepleierne gir informasjon, råd og veiledning kan en øke mestringen hos pasientene (Brodtkorb, 2010, s. 326). Pasientene trenger kunnskap for å gjenkjenne symptomer på sykdommen og innsikt i hvordan disse henger sammen med daglige aktiviteter og den behandlingen som gis. Å ha kunnskap om dette kan redusere angst, og bidra til at pasienten tar ansvar for sin egen tilstand og en forståelse av at behandlingen er livslang (Eikeland et al., 2010, s. 229).

2.6.1 Informasjon til pårørende

For en syk person er det ofte pårørende som utgjør den viktigste hjelpen og følelsesmessige støtten (Gro, 2010, s. 267-274). I følge pasientrettighetsloven §3-3 er det pasientens nærmeste pårørende som skal motta informasjonen om pasientens helsetilstand, og om den helsehjelpen som ytes, dersom pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det (Pasientrettighetsloven, 2013). De fleste pårørende ønsker å bli inkludert i hjelpeteamet, men trenger selv tilgjengelighet på nærvær eller kunnskap fra helsepersonellet. Dette kan innebære informasjonstilgang, opplæringstiltak, støtte til å ivareta rollen som pårørende og praktisk hjelp til pleie og omsorg. Pårørende trenger kunnskaper om symptomer, om mulig sykdomsprogresjon, om behandlingen som pasienten gjennomgår og om uforutsette hendelser som forverring av symptomer som kan oppstå (Gro, 2010, s. 267-274).

3.0 Metode

3.1 Begrepet metode

For å fremskaffe eller etterprøve kunnskap kan vi bruke en metode som forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks. Begrunnelsen for at vi velger en bestemt metode er at vi mener at den vil gi god data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte (Dalland, 2012, s. 111). Vi deler inn metodene i kvantitative og kvalitative metoder. Både kvantitative og kvalitative orienterte metoder kan bidra på hver sin måte til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler. Kvantitative metoder har en fordel med at de gir data i form av målbare enheter. De kvalitative metodene tar derimot sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2012, s. 112).

3.2 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie innebærer et systematisk søk, kritisk gjennomgang og en sammensetning av litteraturen innenfor et valgt emne eller et problemområde. Systematisk litteraturstudie bør fokusere på aktuell forskning innenfor det valgte området, og ha som mål å finne beslutningsgrunnlag for klinisk praksis (Forsberg og Wengstrøm, 2012, s. 34). I hovedoppgaver er det vanlig å bruke litteraturstudier som metode. Som alle andre oppgaver skal litteraturstudie bestå av blant annet bakgrunn, formål, spørsmålsstilling og innsamlingsmetode der litteraturen i studie er en informasjonskilde. I drøftingsdelen veier en opp litteraturdata fra resultatene man har funnet i de vitenskapelige artiklene (Olsson & Sörensen, 2006, s. 91).

3.3 Metodekritikk

En forutsetning for at man skal kunne gjøre systematisk litteraturstudier er at det finnes tilstrekkelig antall studier av god kvalitet som kan utgjøre underlag for bedømming og konklusjoner. Metoden kan ha følgende svakheter: En får kun tilgang til et begrenset antall relevante artikler, utvalget er selektivt om ekspertene velger studier som støtter deres egne synspunkter, og ekspertene kan komme frem til ulike resultater (Forsberg og Wengstøm, 2012, s. 30).

3.4 Litteratursøk

I oppgaven har jeg brukt høyskolen sine helsefaglige databaser til å finne forskningslitteratur. Jeg har søkt i databasene Cinahl, PubMed, SveMed og Vård i Norden. Disse databasene inneholder sykepleierelevant forskning. I databasen SveMed fant jeg noen artikler, men de var ikke relevante for oppgaven min. For å gjøre søket mitt større valgte jeg å skrive ordene på engelsk. Nedenfor er en tabell med oversikt over søkeprosessen.

Tabell 2 -Søkeprosessen

SØKEBASE	SØKEORD	AND/OR/NOT	ARTIKKEL	FORFATTER	ÅR	TREFF
CINAHL	Depression, heart failure, psychosocial factors	AND	Living with depressive symptoms: Patients with heart failure.	RL. Dekker, AR. Peden, TA. Lennie, MP. Scholar & DK. Moser.	2009	179 Artikkel nr. 23.
CINAHL	Heart failure, life experience, patients attitude	AND	Life experiences of security and insecurity among women with chronic heart failure	M. Burstrøm, M. Brannstrøm, K. Boman & G. Stranberg	2012	16 Artikkel nr. 2.
Vård i Norden	Trygghet	-	Manliga patienter med hjatsvikt och deras erfarenhet av att vara trygga och otrygga	M. Burstrøm,, K. Boman, G. Stranberg & C. Brulin	2007	186 Artikkel nr. 1
CINAHL	Depression, heart failure, self-care	AND/NOT	Predicting Depressive Symptoms and Self-care in Patients with Heart Failure.	L. J. Graven, J. S. Grant, D. E. Vance, R. E. Pryor, L. Grubbs & S. Karioth	2015	68 Artikkel nr. 1
PubMed	Heart failure, depression, psychosocial factors.	AND	Living with heart failure psychosocial resurces, meaning, graditude and well-being	S. Sacco, J.Park, L. Crystal. D. Suresh & D. Bliss	2014	381 Artikkel nr. 32

- I databasen Cinahl fant jeg artikkelen «Living with depressive symptoms; Patients with heart failure» som nr. 23 av 179 artikler. Jeg valgte denne artikkelen for den er relevant for å belyse problemstillingen min. Grunnen til at jeg ikke valgte de andre artiklene jeg fikk opp, var for de sammendragene jeg leste passet ikke min problemstilling.
- Jeg fortsatte søket i Cinahl og brukte søkeordene «heart failure» og «life experience» og fikk opp 116 artikler. For å knytte søket til pasientenes opplevelser la jeg til ordet «patients attitude» i det neste søket. Jeg fikk da opp 16 treff. Artikkel nr. 2 av Burstrøm et al. (2012) synes jeg passet bra da den beskrives kvinners erfaringer med trygghet og utrygghet som følger av hjertesvikt. Grunnen til at jeg valgte å ta med denne artikkelen var for den beskriver godt det temaet jeg har valgt i oppgaven. Det gjorde ikke de andre sammendragene som jeg leste gjennom.
- I databasen Vård i Norden brukte jeg søkeordet «trygghet» og fikk opp 186 søk. Jeg så overskriften på den første artikkelen og leste sammendraget. Da jeg så at denne artikkelen er av de samme forfatterne som artikkel nr. 2, Burstrøm, Boman, Strangberg og Brulin, valgte jeg å ta denne med. Jeg ekskluderte de andre artiklene på grunn av at de ikke var relevante ut i fra overskriftene og sammendragene.
- Artikkel av Graven et al. (2015) fant jeg i databasen Cinahl. Jeg opp 26 artikler på søkeordene jeg brukte. Dette var litt mange artikler, men jeg la merke til overskriften på artikkelen som lå som nr. 1. Jeg gikk inn og leste sammendraget, og synes denne passet bra til min oppgave. Jeg ekskluderte de andre artiklene på grunn av sammendragene ikke passet til min problemstilling.
- I PubMed valgte jeg artikkelen til Sacco et al. (2014) som handler om pasienters egne opplevelser av å leve med kronisk hjertesvikt, og hva som gir livet deres mening i hverdagen. Jeg fikk opp mange søk i denne databasen. Jeg valgte derfor å lese noen sammendrag og se over overskriftene til de andre artiklene, men endte opp med denne for det står mye relevant som jeg vil bruke i drøftingen min.

3.5 Kildekritikk

Kildekritikk brukes som en metode for å fastslå om en kilde er sann. Vi kan dele kildekritikk inn i to sider. Den første er litteratursøking, og den andre handler om å gjøre rede for den litteraturen en har anvendt i oppgaven (Dalland, 2012, s. 67-68). Kildekritikken skal vise at en er i stand til å forholde seg kritisk til de kildematerialene som blir brukt i oppgaven, og hvilke kriterier en har benyttet under utvelgelsen (Dalland, 2012, s. 72).

I oppgaver er det ofte nødvendig å bruke ulike typer kunnskap som f. eks primærkilder og sekundærkilder. En primærkilde er en førstehåndskilde, og kan kalles selve originalen. Et eksempel kan være fagutviklingsprosjekter. Sekundærkilder er en andrehåndskilde der materialet fra primærkilden er bearbeidet. Det kan for eksempel i noen tilfeller være bøker (Bjørk & Solhaug, 2008, s. 44).

I min oppgave har jeg valgt å bruke ulike litteratur som jeg har funnet på høyskolen sitt bibliotek, ved hjelp av hjemmesiden BIBSYS. Pensum til sykepleierutdanningen er også brukt. Jeg har prøvd å bruke mest primær bøker, men det har også vært behov for å bruke sekundær bøker. Forskningsartiklene jeg har valgt er ikke eldre enn 10 år, på grunn av mye av nyere forskning av hjertesvikt og psykiske symptomer er relevant for oppgaven. I oppgavens teoridel har jeg i tillegg tatt med en fagartikkel. Selv om det var en fagartikkel synes jeg likevel den var relevant for temaet. For å vise kritisk vurdering av forskningsartiklene har jeg anvendt sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008). (Vedlegg, 1 og 2)

3.6 Ethiske overveielser

Ethiske overveielser handler om å følge regler og at vi må tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet vårt medfører, og hvordan de kan håndteres (Dalland, 2012, s. 95). I denne oppgaven er det anvendt både pensumlitteratur og forskningslitteratur. Jeg har vært nøye med sitering, tolking og endring av teksten til det forfatteren skriver, i skriveprosessen. Det er viktig at når jeg har skrevet en kilde så skal jeg henviser til denne både i teksten og i referanselisten slik at en kan gå tilbake å se hvem som har skrevet det. Referanselisten er blitt skrevet etter HSH sine retningslinjer og ved bruk av APA-standeren.

4.0 Resultat

4.1 Presentasjon av forskningsartikler

Living with depressive symptoms; Patient with heart failure (Dekker, Peden, Lennie, Schooler & Moser, 2009).

En kvalitativ studie der målet var å beskrive pasienter med hjertesvikt sin opplevelse av å leve med depressive symptomer. Data ble samlet inn ved å bruke intervjuer, der 10 polikliniske pasienter deltok. Funnene viser at pasientene beskrev emosjonelle symptomer som tristhet og angst og i tillegg somatiske symptomer som mangel på energi og søvnvansker. Ved bruk av aktiviteter som tur gåing og sosial støtte fra helsepersonell og pårørende, klarer pasientene å beherske de depressive symptomene. Sykepleiere må informere og støtte pasientene til å snakke om noe annet enn de negative tankene, da dette kan få tankene over på noe positivt. Å oppmuntre pasienter til å delta på ulike aktiviteter som er meningsfulle, kan redusere depresjoner.

Life experiences of security and insecurity among women with chronic heart failure (Burstrøm, Brannstrøm, Boman & Strandberg, 2012).

Måle med denne kvalitative studien var å belyse kvinners opplevelse av å leve med kronisk hjertesvikt med fokus på følelse av trygghet og utrygghet. Studien ble gjennomført med gruppe intervjuer av 8 kvinner i funksjonsklassen 2 og 3. Funnene viser at tankene om nåtiden, fortiden og fremtiden kan være grunnleggende for livskvaliteten og følelsen av trygghet og utrygghet blant kvinnene. Ved å ta en dag om gangen og administrere det de klarer en gitt dag, gir kvinnene en følelse av trygghet. Derimot viser funnene at kvinnene føler en skam og skyldfølelse over at de ikke har energi til å utføre det de en gang klarte, og dette fører til usikkerhet. For helsepersonellet er det viktig at de gjør et forsøk på å forstå pasientenes syn på livet og deres tolkninger av det å leve med kronisk hjertesvikt. Dette kan være viktig for at pasienten skal få en følelse av trygghet i hverdagen.

Manliga patienter med hjartsvikt och deras erfarenhet av att vara trygga och otrygga (Burstrøm, Boman, Strandberg & Brulin, 2007).

Hensikten med studien var å beskrive hva trygghet og utrygghet innebar for menn med hjertesvikt. Det ble valgt ut 9 menn med hjertesvikt i funksjonsklassene 2 og 3. Studien ble gjennomført ved hjelp av fokusgruppeintervjuer som betyr at en gruppe ble intervjuet samtidig. Funnene i studien viser at sikkerhet for menn med hjertesvikt er av den oppfatning

at det er noe etter dette livet, sin egen evne, sosial støtte fra familie og helsepersonell og behandlingen av sykdommen. Mennene beskrev utrygghet i form av at de visste at hjertesvikt kan medføre en plutselig død. Det å dø smertefullt gjorde at mennene ble utrygge. Tryggheten i forbindelse med sykdom og behandling beskrev mennene var om de kunne stole på helsepersonellet og at helsepersonellet hadde forståelse for hver enkelt pasient. De hadde også et behov for å ha et godt samarbeid med leger, sykepleiere og kardiologer for å øke trygghetsfølelsen.

Predicting Depressive Symptoms and Self-care in patients with Heart failure (Graven, Grant, Vance, Pryor, Grubbs & Karioth, 2015)

Hensikten med denne studien var å undersøke relasjoner blant hjertesvikts fysiske symptomer, sosial støtte, sosial problemløsning, depressive symptomer, og egenomsorg atferd hos polikliniske pasienter med hjertesvikt. Det ble brukt et tverrsnitt beskrivende design, der 201 pasienter deltok. Intervjuene ble utført over telefonsamtale. Resultat viser at sosial støtte kan påvirke depressive symptomer mens sosial problemløsning kan påvirke egenomsorg hos pasienter med hjertesvikt. Det kom også frem at sosial støtte minsker effekten av symptomene på hjertesvikts alvorlighetsgrad, og vil dermed være med å redusere risikoen for at en person vil oppleve depressive symptomer. Studien konkludere med at å opprettholde optimal helse og trivsel hos personer med hjertesvikt er avgjørende for å forebygge sykkelighet og dødelighet, samt det å redusere hyppige sykehusinnleggelse. Sosial støtte kan påvirke depressive symptomer og egenomsorg atferd på en positiv måte.

Living with heart failure: Psychosocial resources, meaning, gratitude and well-being (Sacco, Park, Suresh, & Bliss, 2014).

Studien tar utgangspunkt i å utforske erfaringene til mennesker som lever med kronisk hjertesvikt, og hva som gjør at pasienter kan finne positive perspektiver i sammenheng med sykdommen. I undersøkelsen ble det ble kvalitativt rapportert for å bestemme i hvilke grad psykososiale ressurser er relevante for pasienten. Og for å finne ut om psykososiale ressurser var relatert til trivsel ble det brukt kvantitative tiltak. 111 deltakere, både menn og kvinner utførte 4 åpne spørsmål. I tillegg til de åpne spørsmålene for å identifisere psykososiale ressurser ble det gjennomført tiltak som ble koblet til trivsel, depressive symptomer og livets mening. Resultat viser at pasientene finner mange positive aspekter som gir livet mening. Sosial støtte fra familie, venner og helsepersonell hadde stor betydning og en viktig rolle i forbedring av trivsel ved hjertesvikt. Aspekter som takknemlighet, positive tanker, åndelig og

religiøst nærvær spilte også viktige roller. Resultater viser også at stressfaktorer som sykehusinnleggelse og økende avhengighet av andre ga pasientene depressive symptomer, lavere livskvalitet, glede og tilfredshet. Ved å bruke takknemlig tankegang over det positive pasientene hadde i livet, viste seg å være viktig når det kom til intervensjoner og behandling av hjertesvikt.

4.2 Hovedfunnene i artiklene

Hovedfunnene i artiklene viser at sosial støtte fra familie, venner og helsepersonell, aktivitet i form av å gå turer, positiv tenking som å ta en dag om gangen og informasjon og veiledning fra sykepleierne er betydelig for hvordan pasienten opplever å leve med hjertesvikt.

5.0 Drøfting

Personer med hjertesvikt opplever en rekke fysiske symptomer. Tretthet, dyspne, ødemer og nedsatt aktivitet er noen av symptomene pasientene må leve med. Å være avhengig av andre, økt trusler om dødelighet og hyppige sykehusinnleggelses påvirker menneskene. Disse stressfaktorene gjør at det er vanskelig å leve med hjertesvikt, og det er dermed ikke rart at psykiske symptomer som depresjon og angst ofte forekommer. I denne delen av oppgaven vil jeg ta utgangspunkt i hovedfunnene i artiklene som var sosial støtte, aktivitet, informasjon og veiledning, positive tanker og pårørende og drøfte forskningens litteraturen opp mot faglitteratur og egne praksiserfaringer.

Med utgangspunkt i problemstillingen, vil det drøftes; *Hvordan møte pasienter med hjertesvikt kombinert med psykiske symptomer i en sykehus avdeling?*

5.1 Motivere til aktivitet

Fysisk aktivitet dreier seg om å bruke kroppen, og fører til omstillinger i kretsløpet som er gunstig for hjertet. I prinsippet skjer de samme omstillingene hos hjertesyke som hos friske, men konsekvensene blir ofte mer merkbare for hjertesyke. Pasienter med hjertesvikt kan få stor forbedring av sin arbeidsevne som følge av regelmessig trening. Tidligere ble hjertesvikt regnet som en kontraindikasjon for trening. Synet på dette har endret seg, og det er nå godt dokumentert at pasienter med moderat til middels grad av hjertesvikt kan inkluderes i treningen (Østerås og Stensdotter, 2011, s. 239; Mæland, 2006, s. 74 – 110; Moholdt, Støylen, Tyni-lenne, Cider, Schaufelberger & Wisløff, 2015, s. 307).

Å leve med diagnosen hjertesvikt kan for mange pasienter oppleves som krevende. Det er ikke uvanlig å få psykiske vansker i forløpet av en hjertesvikt. Dette kan skyldes at svikten gjør at man føler seg sliten og trett, noe som kan medføre depresjoner. Hjertesvikt kan også føre til angst, som en følge av sterk engstelse for sykdommen og hva den kan føre til. Flere av deltakerne i studien til Dekker et al. (2009) beskrev at det å være i aktivitet hjalp dem med å redusere de depressive symptomene. Å gå turer i sykehus korridorer eller ute i naturen hjalp de med å få de depressive tankene bort. Daglig fysisk aktivitet er ønsket ved alle grader av hjertesvikt. Det som er viktig er at aktivitetsnivået er tilpasset den enkelte. Å være i aktivitet kan for det første bedre livskvaliteten, og for det andre har nyere studier vist at overlevelsen blir bedre. Regelmessig trening på egenhånd er derfor viktig. Pasienter med hjertesvikt i funksjonsklasse 2 har en redusert yteevne ved moderate fysiske anstrengelser. Når pasienten går raskt opp en oppoverbakke, vil dyspne forekomme. Den reduserte fysiske

presentasjonsevnen skyldes at venstre ventrikkel ikke klarer å pumpe nok arterielt blod ut i kroppen til å forsyne skjelettmuskulaturen med tilstrekkelig oksygen til at arbeidet kan utføres. Det er derfor viktig å observere pasientens funksjonsnivå og vurdere aktivitetsnivået ut i fra det (Gullestad, 2011, s. 181; Ørn og Brundvand, 2012, s. 174).

I studien til Burstrøm et al. (2012) beskrev kvinnene at opplevelsen av trygghet kom frem da pasientene gjennomførte de aktivitetene de klarte å gjøre en gitt dag. Dette kunne være alt fra husarbeid til å gå turer. For kvinnene var det viktig å ta en dag om gangen og være fornøyd over det de klarte å gjennomføre. Når symptomene som tretthet og utmattelse preget de, tok de pauser og var takknemlige for det de hadde klart å gjøre. Noen dager var det mindre, andre dager mer. Det å noen dager klare å gjennomføre mye og andre dager ingenting preget hverdagen deres på en psykisk måte. De dagene de ikke hadde energi nok til å gjennomføre gjøremål, kom skyldfølelsen og de depressive tankene frem. Helsepersonellet spilte en viktig rolle ved å prøve å forstå kvinnes syn på livet. Dette speiler igjen på egne erfaringssammenhenger fra praksis. Om sykepleierne brukte tid til å motivere pasientene til å komme seg opp av sengen å være i aktivitet i den tiden de var innlagt på sykehuset, ble det lettere for pasienten å være aktiv. Å finne mening i de aktivitetene som pasientene klarer å gjennomføre gjør at pasientene får en følelse av mestring, og tankene blir tatt bort fra det negative.

Når pasientene er innlagt på sykehus er det ofte på grunn av symptom forverring. I sykehusfasen dreier deg seg om å mobilisere pasienten fra sengeleie og til å komme seg opp i opptreningsfasen. For noen av pasientene kan selv slike øvelser bli for tunge. Derfor er det viktig at pasientene blir individuelt vurdert. Sykepleierne spiller en sentral rolle med å oppmuntre pasientene til å drive med fysisk aktivitet, da fysisk aktivitet kan redusere dødeligheten og funksjonsnivået og livskvaliteten kan opprettholdes. Sykepleierne må også informere om viktigheten med fysisk aktivitet, og hva det gjør med kroppen når pasienten har hjertesvikt. På grunn av en usikkerhet angående trening kombinert med hjertesvikt, kan noen av pasientene la være å trene. De kan være redde for å belaste kroppen, og utsette kroppen for mer arbeid enn hva de tror hjertet tåler. Om pasienten får mer kunnskap om hvorfor det er viktig å holde seg i aktivitet, vil det være lettere å opprettholde aktiviteten. Selv om det er ønskelig med fysisk aktivitet daglig som Mæland (2006) bekrefter, er det også viktig for hjertesvikt pasientene å kombinere dette med hvile. Det er viktig å ha klart for seg at hjertesvikt begrenser toleransen for fysisk aktivitet, og aktiviteten kan øke faren for arytmier. Pasientene trenger også hvile for å redusere hjertets arbeid. Dermed bør sykepleierne hjelpe

pasienten til å finne en god balanse mellom aktivitet og hvile, og avpasse kapasiteten som pasienten til enhver tid har. Noen av pasientene liker å være aktive på egenhånd, mens andre opplever det er godt å få hjelp (Mæland, 2006, s. 101; Brodtkorb, 2010, s. 325; Eikeland et al, 2010, s. 228).

5.2 Sympati og medfølelse

I studien til Graven et al. (2015) ser en at alle informantene beskriver sosial støtte som viktig for å redusere de depressive symptomene. Et godt sosialt nettverk øker personers livskvalitet og reduserer sykkelighet og dødelighet. Et støttende sosial nettverk har en direkte og positiv innvirkning på helsa, og styrker dermed helsa ved at en opplever tilhørighet og føler seg verdsatt. På den andre siden kan mangel på sosial støtte bidra til sykdom fordi en står aleine og blir overveldet av alle kravene i en situasjon. Sosial støtte har også en dempende virkning på stressopplevelsen. Støtten gjør at en hendelse ikke oppleves som så belastende, fordi en vet at støtten er der når det er nødvendig (Smebye og Helgesen, 2012, s. 45). Renolen (2008, s. 154) bekrefter dette når hun skriver at betydningen av sosial støtte oppleves kanskje ekstra tydelig når helsen svikter, eller når man blir utsatt for store påkjenninger. Ved innleggelse i sykehus kan en være i en følelsesmessig krise, noe som øker behovet for sosial kontakt. For pasientene er det viktig at personalet lytter og samhandler på en medmenneskelig måte (Smebye og Helgesen, 2012, s. 51). I følge Travelbee (1999, s. 35) går dagens sykepleie ut på å hjelpe syke mennesker med å gjenvinne helsa eller komme seg etter en akutt sykdomsfase. Sykepleiernes måte å bistå syke mennesker på er å hjelpe dem til å mestre sykdom og lidelse som erfaring. For å gjøre dette må sykepleierne etablere en tilknytning til den syke, som viser at pasienten blir forstått, og at han/hun ikke er alene.

En usikkerhet av å ikke kunne stole på å få støtte fra noen i fremtiden, preger kvinnene i studien til Burstrøm et al. (2012). En angst om en utrygg fremtid beskriver kvinnene som faktorer som påvirker deres hverdager. For at de skal oppleve en trygghet er sosial støtte fra både familie og helsepersonell viktig. Hvordan sykepleierne møter pasientene da er derfor en forutsetning. I følge Travellbee (1999, s. 188-189) oppnår sykepleiere tillit til pasientene ved å møte de på en medmenneskelig måte, der en ikke betrakter hverandre som roller, men som individer. I denne fasen begynner sykepleierne og de syke å knytte seg til hverandre og betrakter hverandre mindre som kategorier men mer som individer. Oppgaven til sykepleierne er da å fange opp hvordan pasienten som individ føler seg, tenker og oppfatter situasjonen

(Travelbee, 1999, s. 188-189). Om helsepersonellet prøver å forstå kvinnenes syn på livet og hvordan det er å leve med kronisk hjertesvikt vil være avgjørende for å øke følelsen av trygghet i hverdagen viser funnene i studien Burstrøm et al. (2012). Å ha sympati og medfølelse for andre er ikke det samme som å være høflig og elskverdig. Sympati og medfølelse er varme, godhet og en evne til å vise omsorg på et følelsesmessig nivå og kommunisert til den andre (Travelbee, 1999, s. 201).

I studien til Dekker et al. (2009) viser funnene at en viktig måte for sykepleierne å vise sosial støtte på, er å hjelpe pasientene til å holde kontakten med pårørende. Dette understøtter også Smebye og Helgesen (2012, s. 61) da de skriver at sykepleierne må støtte pasienten til å ta sosiale initiativer, og ved å formidler viktigheten av å ha kontakt med de personene som betyr noe og som er nære. Studien til Burstrøm et al. (2012) bekrefter også dette da kvinnene i studien rapporterte at det å leve med en ektefelle eller barn er en kilde til sikkerhet. Å ha noen å tilbringe natten med etter de har kommet hjem fra et sykehus opphold føltes som en trygghet. Kontakten med pårørende kommer mer om i punkt 5.5.

Å lytte kan i noen tilfeller være godt nok. Dette understreker studien til Graven et al. (2015) der pasientene mener at å ha noen de kan snakke med, og noen som kan lytte til problemene deres, utgjør en god sosial støtte. Sykepleierens funksjon handler nettopp om dette. Det å bry seg om den syke er i særlig grad forbundet med den etiske kvaliteten av pleierens tilstedeværelse. God kommunikasjon, empati og omtanke har en egenverdi der intensjon og væremåte er viktig (Nortvedt og Grønseth, 2010, s. 19). Dette vil være med å minske effekten av symptomene på hjertesvikts alvorlighetsgrad som videre vil redusere risikoen for at en person opplever depressive symptomer (Graven et al., 2015). Ut i fra dette kan vi si at det å være en god lytter kan i mange tilfeller rekke langt (Mårtenson, 2005, s. 123-124).

Informantene i studien til Burstrøm et al. (2007) beskrev også det å kunne stole på helsepersonellet og at helsepersonellet hadde tillit til de og prøvde å forstå hver enkelt pasienten gjorde at de følte en trygghet. Å ha et godt samarbeid med leger og sykepleiere ga også en følelse av å være trygg. At helsepersonellet viser støtte på den måten at de viser tillit til hver enkelt pasient, vil gjøre at pasientene føler seg mer sikker og trygg, og dette vil videre minske de psykiske symptomene. Å snakke med sykepleierne om at de lever med en alvorlig hjertesykdom, og hva som skjer med hjertet når hjertet svikter, fikk frem en trygghet. Sykepleierne har et stort ansvar. Ansvar om varsomhet å ta vare på mennesker som kan være totalt avhengige av sykepleierne. Det er derfor viktig at sykepleierne tilegner seg de kunnskapene og ferdighetene som trengs (Thorsen, 2012, s. 120).

5.3 Løpende kontakt og informasjon

God kommunikasjon er en forutsetning for at all informasjon og veiledning som sykepleiere gir til pasienten blir oppfattet på en riktig måte. Om sykepleierne ikke har kommunikasjonsferdigheter klarer de heller ikke å formidle riktig informasjon som pasienten har behov for og/eller forventer. Kommunikasjon er det virkemidlet som brukes til å oppnå forandringer i sykepleiesituasjoner. Sykepleierne ønsker alltid å påvirke mottakeren av omsorgen, og sykepleierne snakker og handler bevisst på en måte som kan føre til forandringer. Hvordan en kommuniserer med gamle mennesker på sykehuset har mye å si for formidlingen av det en vil ha fram. Å kommunisere med gamle mennesker har en forutsetning med at kommunikasjonen er på et nivå som er tilpasset situasjonen og menneskene. Den kommunikasjonen som bekrefter den gamles identitet og verdighet skal være tydelig og enkel (Travelbee, 1999, s. 137-138; Kirkevold, 2010, s. 130).

I studien til Sacco et al. (2014) brukte pasientene tid med helsepersonellet ved å både dele sine egne erfaringer angående sykdommen og behandlingen, og i tillegg fikk de en bedre forståelse av hjertesvikt. Pasientene får følelsen av en trygghet når de får ha samtaler med helsepersonellet. Dette beskriver pasientene som en av grunnene til at de viser så mye takknemlighet. Pasientene med hjertesvikt trenger mye informasjon angående sykdommen og behandlingen som de gjennomgår. Å styrke pasientens egenomsorg gjør det lettere for pasientene å leve med sykdommen. Kunnskap om sykdommen kan redusere pasientens angst, og bidra til forståelse for at behandlingen er livslang. Pasientene trenger også informasjon om hvor de kan søke hjelp ved eventuell forverring av sykdommen (Eikeland et al., 2010, s. 229).

Pasientenes beskrivelse av viktigheten med informasjon i den perioden de er innlagt på en sykehusavdeling, kan vi se i artikkelen til Williams, Dawson og Kristjanson (2008). Det å vite hva som skal skje og hva pasientene kan gjøre imens de er innlagt reduserer usikkerheten. Denne artikkelen resulterer i at sykepleierne bør i større grad finne ut hva pasienten ønsker å vite, og hvor mye pasienten ønsker av informasjon. Dette kan føre til en trygghet med å være innlagt, som videre fører til velvære. Informasjon og undervisning bør være et obligatorisk tilbud for alle pasienter med hjertesykdom. Informasjonen bør starte i sykehuset, og sykehusene bør strekke ut en hånd til hjertepasientene i denne første sårbare fasen ved å tilby oppfølgende informasjon, enten individuelt eller i grupper. Brosjyrer eller bøker er også en kilde til informasjon som pasientene bør få utdelt. Informasjon om sykdommen er oftest tilstrekkelig for å mestre de psykiske vanskene (Mæland, 2006, s. 17). Pasientenes behov for

informasjon er individuell. Men det kan ofte være slik at pasientene har de samme spørsmålene, som dermed enklere besvares i et felleskap. Noen kan også ha spørsmål som andre ikke har tenkt på, men som er like aktuelle for dem også. Dermed kan en kombinasjon av informasjon og veiledning gitt individuelt eller i grupper være gunstig. Som nevnt tidligere er det ikke nok å kun gi informasjon, men pasientene må også oppfatte og forstå den informasjonen som de mottar, og den må videre få konsekvenser for livsstilen. Grunnen til at sykepleierne informere og veileder pasienter med hjertesvikt er fordi de vil hjelpe pasientene til å selv klarer å fremme mestring ved å legge om sin livstil og sine levevaner (Høybakk, 2013, s. 217-218). Dette er viktig for at hjertesvikten skal være stabil og ikke utvikle forverring av symptomene. Usikkerhet preget deltakerne når helsepersonellet ikke hadde kunnskap om hjertesykdommen. Å snakke med helsepersonell som ikke kunne svare på spørsmål ang. sykdommen, gjorde mennene usikre, som videre kan føre til angst på grunn av å ikke ha nok kunnskap om sykdommen og behandlingen. Dette kunne være alt fra bivirkninger på medisiner til andre mulige behandlingsmetoder som å leve et sunt liv (Burstrøm et al., 2007).

Både pasienter og pårørende har behov for og rett til informasjon om det som angår dem selv. Dette understøtter også pasientrettighetsloven (2013) §3-2, der det står at pasienten skal få den informasjonen som han trenger for å få en innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Videre i §3-5 står det at informasjonen som gis skal også være tilpasset mottakerens individuelle forutsetning, som alder, modenhet, erfaring og kultur og språkbakgrunn (Pasientrettighetsloven 2013). Pasienter og pårørende er i mange situasjoner lite mottakelige for informasjon, fordi de følelsesmessig er opptatt av andre ting. Dette er spesielt om pasienten nettopp har fått vite at han/hun har en kronisk sykdom, eller i forbindelse med utskrivning fra sykehuset. Om en tar utgangspunkt i pasientens egne spørsmål og erfaringer vil informasjonen oppfattes langt bedre. Det kan derfor være lurt å stimulere personer med langvarig sykdom og deres familie til å be om veiledning og informasjon når de selv trenger det (Hopen, 2010, s. 288). Før utskrivning fra sykehuset må pasientene og pårørende både få skriftlig og muntlig informasjon og undervisning om hvordan de skal forholde seg til sykdommen. Pasientene trenger veiledning i medikamentelle og ikke-medikamentelle behandlingstiltak, som riktig ernæring, daglig vektmåling, fysisk trening, alkohol forbruk, reiser, røykeslutt og seksuell aktivitet. Det er også anbefalt at pasientene får en liste over medisinerne han skal ta, og hvordan disse virker. Dette er for å forhindre at

pasientene blir preget av redusert livsutfoldelse og livskvalitet som kan skape angst, og depresjon (Eikeland et al., 2010, s. 229).

5.4 Å snu oppmerksomheten mot det positive

Deltakerne i studien til Dekker et al. (2009) beskrev opplevelsen av negative tanker og sorg som en del av sin erfaring. Begrepene som forferdelig, tristhet, opprørthet og deprimeret brukte de til å beskrive deres humør. Å gråte var også et hyppig symptom blant deltakerne.

Deltakerne hadde også erfaring med å være sinte og frustrerte, og dette gikk ofte utover ektefelle og barn. I tillegg til tristhet og irritabilitet ble angst beskrevet. Bekymring, frykt og nervøsitet var ofte faktorer som påvirket deres nattesøvn på grunn av alle tankene. Deltakerne beskrev tanker som «Jeg er en fiasko», og «Jeg har ingenting å tilby noen mer» som noe som de tenkte på. Deltakerne la selv merke til at de ofte blåste opp problemet til verre enn hva det egentlig var. Distraksjon i form av åndelighet eller religion fikk deltakerne til å tenke på noe annet. Å be og bruke Gud å snakke med var det flere av deltakerne som beskrev som positivt. Dette støtter også studien til Sacoo et al. (2014) der deltakerne mente at betydningen av religion hjelper de til å klare å mestre hjertesvikten. Troen på og et forhold med en høyere makt kan også bidra til å avlaste stress assosiert med døden. Deltakerne indikerte at aspekter som gud, bønn og kirke gir livet deres mening. Møte med sykdom og lidelse møter ofte spørsmål om mening og skyld og hvorfor ting skjer. Religioner og livssyn gir forskjellige svar på disse spørsmålene. Helsepersonellet møter mange forskjellige mennesker, og her i Norge er kunnskap om kristendom, islam og livssynshumanisme derfor viktig bakgrunnskunnskap i møte med både personer med religiøs bakgrunn, og personer uten noe form for dette (Kristoffersen, Breievne & Nortvedt, 2012, s. 280).

Å få tankene over på noe positivt, når de først hadde negative tanker, synes informantene i studien til Dekker et al. (2009) var vanskelig. Det å bekrefte et menneskes rett til å tenke og føle, er ikke det samme som å være enig i alt som den andre gir uttrykk for. Det motsatte kan i mange tilfeller være nødvendig. Hos syke personer blir det ofte brukt uttrykk som «det er ikke verd å leve mer». Om sykepleierne da bruker den lettvinde typen av å trøste som «det kommer til å gå over», vil dette føles krenkende for pasienten, fordi sykepleierne på en måte benekter sannhetsverdien i pasientens egne tanker og følelser. I stedet kan ofte pasientene trenge en annens persons perspektiv på sin situasjon, som en motvirk. Ved at sykepleierne presenterer sitt eget perspektiv på situasjonen ved å fortelle hvordan situasjonen ser ut på en annen side,

kan det åpne mulighetene for at pasientene forstår at de mørke sidene av livet ikke er de eneste. Det at sykepleierne viser til faktiske muligheter som ligger og venter på å bli brukt, kan det bidra til at vedkommende selv etter hvert blir i stand til å tenke annerledes og forholde seg mer aktiv til sin egen situasjon (Kristofersen et al., 2012, s. 275-276).

En annen måte sykepleierne kan tilnærme seg pasientene på er undervisning. Om sykepleierne underviser pasientene som er innlagt med hjertesvikt til å gjenkjenne negative tanker, vil det bli lettere for pasienten og snakke om det, og få tankene over på det som er positivt. F. eks kan en bruke spørsmål som; «Hva slags tanker opplever du akkurat nå?» Sykepleierne kan lære pasientene til å erstatte de negative tankene med noen positive. De kan også hjelpe pasientene til å redusere de depressive symptomene ved å vurdere deres åndelige velvære, og henvise pasienter med behov for å tilegne seg åndelig omsorg, som tidligere nevnt. Deltakerne beskrev også aktiviteter som strikking, fugletitting, tv-titting, løse kryssord, lesing eller lytting til bok på bånd som nyttig for å få tankene deres bort fra negative ting og få fokuset over på noe annet. Å oppmuntre pasientene til å engasjere seg i aktiviteter som dette mens de er innlagt på sykehuset kan være med å redusere de psykiske symptomene (Dekker et al., 2009).

5.5 Involvere de pårørende

I studien til Sacco et al. (2014) kom det frem at kraften i sosial støtte hadde stor betydning for hvordan pasientene levde med hjertesvikt. Dette er også blitt nevnt tidligere i punkt 5.2. Selv om hjertesvikt i seg selv påvirker hverdagen negativt og gjorde det vanskeligere å leve, var sosial støtte fra familie og venner en god ressurs som fremmet mestring, ga en god komfort og ga livet et annet fokus for pasientene til tross for det negative hjertesvikt fører med seg. Sosial støtte fra pårørende ble også beskrevet som et grunnleggende behov, da pasientene følte behov for assistanse i hverdagen. Ut i fra dette kan vi si at pårørende har en sentral rolle i omsorgen til den syke. Det er derfor viktig at pårørende også får den støtten fra sykepleierne som de trenger, slik at de kan være en god ressurs når den syke trenger det. Grov (2010, s. 273) understøtter dette når hun skriver at pårørende trenger ofte selv tilgjengelighet på nærvær eller kunnskap fra helsepersonell for å kunne gi støtte videre. Dette kan for det første innebære informasjonstilgang, opplæringstiltak, støtte til å ivareta rollen som pårørende og praktisk hjelp til pleie og omsorg. Og for det andre trenger de kunnskap om symptomer, om mulige sykdom prognoser, om behandlingen og om uforutsette hendelser som kan oppstå. Kvaliteten på forholdet mellom pasient/familie og helsevesenet vil ha en stor betydning for livskvaliteten til den som rammes av kronisk sykdom. Når en person blir syk, påvirkes også

det sosiale nettverket til nærmeste familie. Støtte til pårørende er en indirekte støtte til pasienten. Sykepleierne må arbeide for å bevare og styrke det sosiale båndet mellom pasienten og hans pårørende. Det kan gjøres ved å informere om vedkommende sin tilstand og behov, veilede de pårørende i hvordan de kan løse sine omsorgsoppgaven, sørge for at de får være til stede i kritiske situasjoner, og gi støtte til pårørende når pasienter er kritisk syke. Som tidligere nevnt at det ikke kun er den som blir rammet av en kronisk sykdom livet endrer seg for, men også for familie og venner rundt. Sykdommen griper inn i dagliglivet og setter helt nye betingelser for livsutfoldelsen på en rekke områder (Gjengedal og Hanestad, 2007, s. 10; Smebye og Helgesen, 2012, s. 64).

Relasjonen mellom helsepersonellet og pårørende er viktig for å kunne støtte de pårørende. Travelbee (1999, s. 259-260) skriver at sykepleierne bør gå direkte inn for å bli kjent med den sykes familie. Sykepleierne bør vise oppmerksomhet overfor de besøkende på sykehuset, snakke til dem og lytte til dem. En bør være tilgjengelig om en i familien ønsker å snakke om eventuelle ting som omhandler den syke og sykdommen. Det vil bety mye for de pårørende at sykepleierne viser at de forstår hvilke påkjenninger de gjennomgår. Når sykepleiere hjelper de pårørende hjelper de også den syke, jo mer omsorg og støtte sykepleierne viser den sykes familie, desto bedre vil de makte å oppmuntre og hjelpe den som har behov for hjelp. Kirkevold (2010, s. 131-132) legger til at som sykepleier kan en støtte pårørende ved å spørre hvordan de har det, bruke tid med dem, sette seg ned å lytte til deres opplevelse, og anerkjenne innsatsen de gjør for den syke. Vi ser også i studien til Graven et al. (2015) at pasientene beskriver pårørende som en viktig støtte for at de skal klare å leve med en kronisk sykdom. Dette understøtter studien til Burstrøm et al. (2007) der mennene beskriver at å leve med noen når en er utrygg gir trygghet. Det å leve med noen å få hjelp og støtte når en trenger det, å ha kommunikasjon med familien er viktig. Om en lever alene kommer tankene om ensomhet, og en blir ofte mer bekymret. Mennene uttrykte også en følelse for å ikke være til nytte, og at de ikke kunne bestemme over sin egen kropp, som videre fører til frykt for å bli avhengig av andre. De brukte setningene som «å ligge der som en omsorgs pakke, å ikke oppleve seg selv som en hel person» som ga følelsen av å være verdiløs. Dette viser hvor viktig det er for pasientene å ha familie eller venner rundt seg som kan være til støtte, som fører til at pasientene ikke føler seg ensomme. For sykepleierne er det viktig at de ser pårørende som en god ressurs, og gir de den støtten de har behov for.

6.0 Avslutning

Oppgavens problemstilling var; «*Hvordan møte pasienter med hjertesvikt kombinert med psykiske symptomer i en sykehus avdeling?*»

Hensikten med denne oppgaven var å få mer kunnskaper om hvordan sykepleierne skal møte pasienter med hjertesvikt og psykiske symptomer når de er innlagt på sykehus. Etter å ha gått grundig gjennom faglitteratur og forskningslitteratur viser besvarelsen at det er mange faktorer som er viktige for at de psykiske symptomene skal reduseres. Pasientenes egne erfaringer kommer frem i studien, og sosial støtte, aktivitet, informasjon og veiledning, å ha positive tanker, og støtte fra pårørende uttrykker pasientene som sentrale ressurser for å oppleve hverdagen på en best mulig måte. Det å kunne stole på sykepleierne og støtte seg til de har også vist seg å være viktig. Sykepleierne må derfor ha kunnskap om sykdommen og behandlingsmetodene til hjertesvikt. Det å møte pasientene på en medmenneskelig måte som skaper tillit vil styrke samarbeidet mellom pasient/pårørende og sykepleierne.

Sykepleierne må ha fokus på pasientenes egne erfaringer og videre møter de ut i fra dette. Å oppmuntre til aktivitet, ha sympati og medfølelse i tillegg til å gi god informasjon og videreformidle kunnskap er viktige sykepleieoppgaver i møte med pasientene. Sykepleierne må også involvere de pårørende som utgjør en god støtte for pasientene. Dette innebærer å snakke med de, lytte til de og verdsette den støtten de gir. Pasientene med hjertesvikt er også plaget med negative tanker om fremtiden og sykdomsforløpet. Sykepleierne må oppmuntre pasientene til å få fokuset over på det som er positivt, som videre vil redusere psykiske symptomer. Hjertesvikt fører til en usikkerhet om fremtiden og er en livslang sykdom som pasientene må leve med. Å finne gode behandlingsmetoder sammen med pasientene, vil skape en trygghet og virke positivt inn på hvordan pasientene opplever det å leve med kronisk hjertesvikt og de psykiske symptomene som kan forekomme.

Referanseliste

- Bjørk, I.T., & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie – en ressurs bok*. Oslo: Akribe AS.
- Brodkorb, K. (2010). Respirasjon og sirkulasjon. I B. M. Kirkevold, K. Brodkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (1. utg., s. 319-332). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Burström, M., Boman, K., Strandberg, G., & Brulin, C. (2007). Manliga patienter med hjertsvikt och deras erfarenhet av att vara trygga och otrygga. *Vård i Norden*, 27(3), 24-28.
- Burström, M., Brannström, M., Boman, K., & Strandberg, G. (2012). Life experiences of security and insecurity among women with chronic heart failure. *Journal Of Advanced Nursing*, 68(4), 816-825. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05782.x
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dekker, R., Peden, A., Lennie, T., Schooler, M., & Moser, D. (2009). Living with depressive symptoms: patients with heart failure. *American Journal Of Critical Care*, 18(4), 310-318. Doi:10.4037/ajcc2009672
- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eikeland, A., Haugland, T. & Stubberud, D.G. (2010). Sykepleie ved hjertesykdommer. I B. H.Almås., D.G.Stubberud., & R.Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s. 207-245). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2012). *Att göra systematiska litteraturstudier: Vårdering, analys och presentation av omvårdnandsforskning*. Stockholm: Forfattarna och Bokforlaget Natur och Kultur.
- Gjengedal, E & Hanestad, B. R. (2007). Om kronisk sykdom. I B. E. Gjengedal & B. R.Hanestad (Red.), *Å leve med kronisk sykdom – En varig kursendring* (2. utg., s.10 - 26). Oslo: Cappelen Akademiske Forlag AS.
- Graven, L. J., Grant, J. S., Vance, D. E., Pryor, E. R., Grubbs, L., & Karioth, S. (2015). Predicting Depressive Symptoms and Self-care in Patients with Heart Failure. *American Journal Of Health Behavior*, 39(1), 77-87. Doi: 10.5993/AJHB.39.1.9
- Grov, E. K. (2010). Om å være pårørende. I B. U. Knutstad. (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (3. utg., s. 267-283). Oslo: Akribe AS

- Gullestad, L. (2011). Hjertesvikt i allmennpraksis. I B. K. Forfang & H. Istad (Red.), *Kardiologi* (1. utg., s. 174-188). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hopen, L. (2010). Læring og mestring ved langvarig sykdom. I B. U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 2* (3. utg., s. 284-308). Oslo: Akribe AS.
- Hummelvoll, J.K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Høybakk, J. (2013). Sykepleie til pasienter med hjertesykdommer. I B. U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 3* (2. utg., s. 159-226). Oslo: Akribe AS
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Buanes, T., & Røise, O. (2009). *Sykdomslære: Indremedisin, kirurgi og anestesi*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kirkevold, M. (2010). Samarbeid med pasient og pårørende. I B. M. Kirkevold, K. Brodkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (1. utg., s. 123-136). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. (2011). Teoretiske perspektiv på sykepleie. I B. E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie – sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 207-280). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J., Breievne, G., & Nortvedt, F. (2012). Lidelse, mening og håp. I B. N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3; Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., s. 246-293). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag As.
- Kvaal, K. (2010). Angst og depresjon. I B. M. Kirkevold, K. Brodkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (1. utg., s. 383-394). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- LHL.no (2013, 1. oktober). Hvem kan få uføretrygd? Bildet hentet 16. februar 2015 fra <http://www.lhl.no/dine-rettigheter/trygderett/uforepensjon/>
- Moholdt, T., Stæylen, A., Lenne, R. T., Cider, Å., Scaugelberger, M., & Wisløff, U. (2015) Hjertesvikt. I B. R. Bahr (Red.). *Aktivitetshåndboken; Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. (3. utg., s. 305-326). Bergen: Helsedirektoratet
- Mæland, J. G. (2006). *Helhetlig hjerterehabilitering*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Mårtensson, J. (2005). Livssituation och hälsorelaterad livskvalitet. I B. A. Strömberg (Red.), *Vård vid hjärtsvikt*. (1. utg., s. 117-131). Sweden: Författarna och Studentlitterature.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjeneste. (2008). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Hentet 09.02.2015 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler>

- Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2010). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I B. H. Almås., D.G. Stubberud., & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s. 17-32). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2006) *Forskningsprosessen: Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Pasientrettighetsloven. (2013). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* av 7. Juni 2013 nr. 29. Hentet 31. Januar 2015 fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Ranhoff, A. H. (2010). Den akutt syke gamle. I B. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (1. utg., s. 180-195). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker – innføring I psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Sacco, S. J., Park, C. L., Suresh, D., & Bliss, D. (2014). Living with heart failure: Psychosocial resources, meaning, gratitude and well-being. *Heart & Lung*, 43(3), 213-218. Doi: 10.1016/j.hrtlng.2014.01.012
- Smebye, K. L., & Helgesen, A. K. (2012). Kontakt med andre. I B. N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3; Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., s. 42-70). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag As.
- Sykepleien.no (2009). Pasienters opplevelse av velvære i sykehus. *Sykepleien*, 4(1), 66-67. doi: 10.4220/sykepleienf.2009.0024
- Thorsen, R. (2012). Trrygghet. I B. N. J. Kristoffersen., F. Nortvedt., & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3; Pasientfenomener og livsutfordringer* (2. utg., s. 106-132). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag As.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Williams, A. M., Dawson, S., & Kristjanson, L.J. (2008). Pasienters opplevelse av velvære i sykehus. *Sykepleien*, 4(1), 66-67. doi: 10.4220/sykepleienf.2009.0024
- Ørn, S., & Brunvand, L. (2012) Hjerte og karsykdommer. I B. S. Ørn., J. Mjell., & E. B. Gansmo (Red.). *Sykdom og behandling* (1. utg., s. 159- 207). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Østerås, H., & Stensdotter, A. K. (2011). *Medisinsk treningslære*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

7.0 Vedlegg

7.1 Sjekkliste for vurdering av kvalitative forskningsartikler

<p>SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING</p> <p>Følgende innhold må vurderes: Kan vi stole på resultatene? Hva forteller resultatene? Kan resultatene være til hjelp i min praksis?</p> <p><i>Artikkel 1: Living with depressive symptoms; Patient with heart failure (Dekker, Peden, Lennie, Schooler & Moser, 2009)</i></p>
--

Innledende spørsmål:

<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>Er det oppgitt en problemstilling for studien?</i></p>	<p>Ja</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
<p>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</i></p>	<p>Ja</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</i></p>	<p>Ja</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
--	---	---	--

Kommentar:
Ja. Intervjuer på 30-60 min ble brukt for å samle inn data på. En induktiv tilnærming til innholdsanalyse er anvendt i denne studien. Intervjuene ble transkribert og transkripsjoner sammenlignet med de teipede intervjuene for å sikre nøyaktighet. Det ble også brukt en kodebok for å hjelpe til i analysen. Hvert intervju ble lest og

	kodet av forfatter. ATLAS ti (versjon 5) ble brukt for innholdsanalyse.		
<p>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p> <p>TIPS: I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? • Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? • Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks.kjønn, alder, osv.)? 	<p>Ja</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
	<p>Kommentar: Pasientene var kvalifisert til å delta i undersøkelsen visst de hadde en diagnose av kronisk hjertesvikt, var i stabil tilstand på hjerte medisiner, hadde ingen terminal sykdom, og hadde ikke hatt hjerneslag eller hjerteinfarkt de siste 3 mnd. Det ble valgt ut 10 polikliniske pasienter som hadde en selvrapportert historie av tidligere eller nåværende depresjon, eller opplever en signifikant grad av depressive symptomer. Både menn og kvinner deltok. Alder på rundt 63 år, og en hjertesvikt i funksjonsklasse 2 og 3.</p>		
<p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <p>TIPS: Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er metoden som ble valgt god for å belyse problemstillingen? - Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? F.eks. feltstudier(deltagende eller ikke deltagende observasjoner), intervjuer(semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. - Er måten data ble samlet inn på beskrevet?(f.eks. beksirvelse av intervjuguide?) - Ble valg av setting for datasamlingen begrunnet? 	<p>Ja</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Uklart</p> <p><input type="radio"/></p>	<p>Nei</p> <p><input type="radio"/></p>
	<p>Kommentar: Ja. Metoden som ble brukt til å samle inn data var intervjuer på 30-60 minutter og som også ble tatt opp på bånd. De innledende intervjuene viste at pasientene hadde problemer med å svare direkte på spørsmål om symptomer på depresjon. Derfor gikk de over til spørsmål om de siste stressende hendelsen for å belyse depressive symptomer. Deltakerne ble også bedt om å dele teknikker som de benyttet for å forhindre eller takle depressive symptomer.</p>		

<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p><i>TIPS:</i> En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). • Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? • Er motstridende data tatt med i analysen? • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Analysen som ble anvendt i denne studien var en innholdsanalyse. Intervjuene ble transkribert og transkripsjoner sammenlignet med tapet intervjuer for å sikre nøyaktighet. Det ble også brukt en kodebok for å hjelpe til i analysen. Kodeboken inneholdt prioriterte koder basert på litteraturgjennomgang, samt koder som fremkom fra data. Atlas ti versjon 5.0 ble brukt til å kode data. Hvert intervju ble lest og kodet av førsteforfatter. Transkripsjoner ble sammenlignet for å sikre at koding var konsistent heletiden, og koder ble først sortert i kategorier og deretter i større temaer. Dataskjermer som avbildet frekvensene av kodene ble utviklet for å hjelpe til med reduksjonen av kodede data i kategorier.</p>	Ja	Uklart	Nei	0	0	0
Ja	Uklart	Nei					
0	0	0					
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p><i>TIPS:</i> Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Konteksten var pasientens hjem. Intervjuene ble tatt opp på bånd. Rebecca L. Dekker: Associated Professor Ann R. Peden: Professor Terry A. Lennie: Associated Professor og associated dean for doctoral studies. Mary P. Schooler: Psykiatrisk sykepleier utøver Debra K. Moser: Professor.</p>	Ja	Uklart	Nei	0	0	0
Ja	Uklart	Nei					
0	0	0					
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p><i>TIPS:</i> Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares</p>	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Denne studien er den første beskrivelsen av opplevelsen av å leve med depressive symptomer hos pasienter med hjertesvikt. Forskere kan bruke resultater for å utvikle og teste intervensjonene for å redusere depressive symptomer.</p>	Ja	Uklart	Nei	0	0	0
Ja	Uklart	Nei					
0	0	0					
<p><i>tilfredsstillende.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?</p>							

9. Er etiske forhold vurdert? <i>TIPS:</i> <input type="checkbox"/> <i>Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)?</i> <input type="checkbox"/> <i>Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite?</i>	Ja	Uklart	Nei
	O	O	O
Kommentar: Den institusjonelle Review Board godkjente før deltakerne ble rekruttert.			

HVA ER RESULTATENE?

8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen? <ul style="list-style-type: none"> • <i>Kan du oppsummere hovedfunnene?</i> • <i>Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</i> 	Ja	Uklart	Nei
	O	O	O
Kommentar: Resultatet i studien viser at ved bruk av aktiviteter, distraksjon og sosial støtte klarer pasientene å beherske de depressive symptomene, da de får tankene over på noe annet. Da negative tanker er noe som hyppig forekommer hos pasienter med hjertesvikt slik som deltakerne også bekrefter, er det viktig at sykepleieren informere og støtter pasientene til å snakke om disse tankene, da dette kan hjelpe de til å få tankene over på noe positivt. Å oppmuntre pasientene til å delta i aktiviteter som er meningsfulle for hver enkelt, kan også være med å redusere depresjoner.			

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

Hvor nyttige er funnene fra denne studien? <i>TIPS:</i> Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen. <ul style="list-style-type: none"> • <i>Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?</i> • <i>Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?</i> 	Kommentar: Å få et innblikk i hvordan pasientene takler de depressive symptomene, gjør at sykepleiere blir mer obs på hva sykepleierne må gjøre for å at depressive symptomene kan reduseres. Det å informere, støtte og oppmuntre beskrev pasientene som viktig.		
--	---	--	--

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Følgende innhold må vurderes:
 Kan vi stole på resultatene?
 Hva forteller resultatene?
 Kan resultatene være til hjelp i min praksis?

*Artikkel 2: Life experiences of security and insecurity among women with chronic heart failure
 (Burstrøm, Brannstrøm, Boman & Strandberg, 2012)*

INNLEDENDE SPØRSMÅL:

<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p><i>TIPS:</i> Er det oppgitt en problemstilling for studien?</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Ja</td> <td style="width: 33%;">Uklart</td> <td style="width: 33%;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table>	Ja	Uklart	Nei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i> Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Ja</td> <td style="width: 33%;">Uklart</td> <td style="width: 33%;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Målet var å belyse kvinnes opplevelse.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i> Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Ja</td> <td style="width: 33%;">Uklart</td> <td style="width: 33%;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Utvalget besto av 8 kvinner uten kommunikasjonsproblemer. Studien tok også utgangspunkt i funksjonsklassen 2-3 av hjertesvikt. Måten de samlet inn data på var med hjelp av intervjuet. Intervjuene ble analysert ved hjelp av en kvalitativ innholdsanalyse. Alt som ble sagt under intervjuene var konfidensielt. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert ordrett. En assistent deltok og på slutten av hvert intervju, og hun gjorde en oppsummering av hva som ble sagt under gruppemøtet.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

<p>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i> I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? • Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? • Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks.kjønn, alder, osv.)? 	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Ja</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Uklart</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">○</td> <td style="text-align: center;">○</td> <td style="text-align: center;">○</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Deltakerne ble valgt ut fra et poliklinisk register i en liten by. Både menn og kvinner deltok i prosjektet. Resultatene fra intervjuer med menn er publisert andre steder. Kriteriet for å være med i denne studien var at personene var kvinner, og i NYHA funksjonsklasse 2 og 3. En primær sykepleiere spurte 8 kvinner som ikke hadde kommunikasjonsproblemer til å delta, og ga dem skriftlig informasjon om studiet. Åtte kvinner ble ansett som et passende antall for fokusgruppe intervjuer.</p>	Ja	Uklart	Nei	○	○	○
Ja	Uklart	Nei					
○	○	○					
<p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <p><i>TIPS:</i> Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger. Er metoden som ble valgt god for å belyse problemstillingen?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle data? F. eks. feltstudier (deltagende eller ikke deltagende observasjoner), intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), dokumentanalyse. - Er måten data ble samlet inn på beksrevet? (f.eks. beskrivelse av intervjuguide) - Ble valg av setting for datasamlingen begrunnet? 	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Ja</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Uklart</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">○</td> <td style="text-align: center;">○</td> <td style="text-align: center;">○</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Ja, det ble brukt intervjuer som er en god metode for å belyse kvinnenenes egne opplevelser. Data ble samlet inn ved at den første forfatteren møtte gruppen ved to anledninger for totalt fem timer i løpet av 2006. Deltakerne ble bedt til å snakke om deres opplevelser av å leve med hjertesvikt og følelser av trygghet og utrygghet relatert til sykdommen. En intervjuguide ble brukt som omfattende følgende spørsmål; Hvor sikker/usikker føler du deg i dag? Hva betyr sikkerhet for deg? Hvordan ser du på fremtiden? Det ble også brukt spørsmål som; Kan du si mer om det? I det første gruppe møtet hadde deltakerne mulighet til å bli kjent med hverandre. Gruppelederen stimulerte diskusjonen og sikret at alle deltakerne fikk snakke. Settingen for datasamlingen ble begrunnet med at den første forfatteren (Burstrom) hadde erfaringer med metode og faget av studien, og møtte derfor gruppen.</p>	Ja	Uklart	Nei	○	○	○
Ja	Uklart	Nei					
○	○	○					

<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p><i>TIPS:</i> En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). • Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? • Er motstridende data tatt med i analysen? • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Intervjuene ble analysert ved hjelp av en kvalitativ innholdsanalyse. De transkriberte intervjuene ble lest flere ganger for å oppnå en følelse av helhet og deretter ble teksten delt inn i enheter, som ble kondensert, kodet og sortert i grupper med lignende innhold og deretter sortert inn i undertemaer. Så ble undertemaene sortert i temaer. Til slutt ble fire temaer identifisert som beskriver følelsene av sikkerhet og usikkerhet, og hvert tema består av undertemaer.</p>	Ja	Uklart	Nei	0	0	0
Ja	Uklart	Nei					
0	0	0					
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p><i>TIPS:</i> Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Det ble brukt fokusgruppeintervjuer. Marianne Burstrøm: Foreleser Margareta Brannstrøm: Associated Professor Kurt Boman: Professor Gunilla Strandberg: Associated Professor.</p>	Ja	Uklart	Nei	0	0	0
Ja	Uklart	Nei					
0	0	0					
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p><i>TIPS:</i> Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares tilfredsstillende.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? 	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Resultatene ble diskutert blant forfatterne, og temane og undertemane ble revidert og avklart sitt innhold, til enighet mellom forfatterne ble oppnådd.</p>	Ja	Uklart	Nei	0	0	0
Ja	Uklart	Nei					
0	0	0					
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? - Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite? 	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ja</td> <td style="text-align: center;">Uklart</td> <td style="text-align: center;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> </table> <p>Kommentar: Før studien fikk de utlevert skriftlig informasjon om hva de skulle gjennom, og alle ga et skriftlig samtykke på at de ville være med på undersøkelsen.</p>	Ja	Uklart	Nei	0	0	0
Ja	Uklart	Nei					
0	0	0					

	Studien ble godkjent av forskningsutvalg av etikk fra et universitet. Deltakerne ble informert om at de hadde rett til å trekke tilbake sin deltagelse når som helst uten forklaring.
--	---

HVA ER RESULTATENE?

	Ja	Uklart	Nei
<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Kan du oppsummere hovedfunnene?</i> • <i>Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</i> 	O	O	O
	<p>Kommentar: Artikkelen konkluderer med at tankene om dette kan være grunnleggende for livskvalitet, og følelsen av trygghet og utrygghet blant kvinner som lever med kronisk sykdom. Kvinnene forteller at de tar en dag om gangen og er takknemlige for hva de kan administrere en gitt dag, og dette ser de på som en trygghet. Funnene viser også at følelsen av skyld og skam kan betraktes som en kilde til usikkerhet og at denne skyld og skam er knyttet til fortid og nåtid. Kvinnen føler en skyldfølelse på grunn av røyking som de helst prøver å skjule for helsepersonellet. I tillegg til følelse av skyld, forteller kvinnene at de føler skam om å ikke ha energi til å gjøre hva de ønsker. Funnene viser at kvinnene ikke har kapasitet til å gjøre det de er vant til å gjøre, og de føler at de må skjule sin tretthet. Utrygghet ligger sentralt i hverdagen deres. For helsepersonellet er det viktig at de gjør et forsøk på å forstå pasientenes syn på livet og deres tolkninger av det å leve med kronisk</p>		

	<p>hjertesvikt. Dette kan være veldig viktig for at pasienten skal få en følelse av trygghet i hverdagen.</p>
--	---

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i> Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i? • Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse? 	<p>Kommentar:</p> <p>Ja.</p> <p>Det at pasientene beskrev at helsepersonellet måtte prøve å forstå pasientens syn på livet og deres tolkninger av det å leve med kronisk hjertesvikt, var sentralt for at pasientene skulle få en følelse av trygghet. Om sykepleierne tar utgangspunkt i pasientens egne erfaringer og hva som skal til for at hver enkelt føler en trygghet, vil det være lettere å møte pasienten, og være en god støtte. Det er viktig å bruke tid med pasientene og få deres meninger og syn på hva som skal til for at de opplever hverdagen bedre. Når sykepleierne sammen med pasientene har funnet ut dette, er det enklere å hjelpe pasientene til å mestre hverdagen.</p>
--	---

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

Følgende innhold må vurderes:

Kan vi stole på resultatene?

Hva forteller resultatene?

Kan resultatene være til hjelp i min praksis?

*Artikkel 3: Manliga patienter med hjartsvikt och deras erfarenhet av att vara trygga och otrygga.
(Burström, Boman, Strandberg & Brulin, 2007)*

INNLEDENDE SPØRSMÅL:

<p>1. Er formålet med studien klart formulert?</p> <p><i>TIPS:</i> Er det oppgitt en problemstilling for studien?</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Ja</td> <td style="width: 33%;">Uklart</td> <td style="width: 33%;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table>	Ja	Uklart	Nei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<p>2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i> Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Ja</td> <td style="width: 33%;">Uklart</td> <td style="width: 33%;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Beskrive.</p>	Ja	Uklart	Nei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

<p>3. Er studiedesignet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i> Er utvalg, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet og begrunnet?</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Ja</td> <td style="width: 33%;">Uklart</td> <td style="width: 33%;">Nei</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Kommentar: Ni menn ble valgt ut til å delta i undersøkelsen. Data ble samlet inn ved hjelp av fokusgruppeintervjuer. Intervjuene ble gjennomført av førsteforfatter Marianne Burström, som er kjent med pasientgruppen og har erfaring med fremgangsmåten. Intervjuene ble analysert ved hjelp av en kvalitativ innholdsanalyse. Kvalitativ innholdsanalyse er nyttig for at fra verbal, visuell eller skriftlig informasjon som beskriver spesifikke fenomen. Teksten ble lest flere ganger og sortert i henhold til formålet. Deretter ble teksten delt inn i meningsfulle enheter som ble kondensert og sortert</p>	Ja	Uklart	Nei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Uklart	Nei					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

	i ulike kategorier basert på felles innhold. For å øke troverdigheten ble resultatene diskutert fortløpende blant forfatterne og navnene på temaer og undertemaer ble revidert for å klargjøre innholdet.
<p>4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?</p> <p><i>TIPS:</i> I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? • Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? • Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks.kjønn, alder,osv.)? 	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>0 0 0</p> <p>Kommentar: Utvalget bestod av menn. De aktuelle informantene hadde objektive bevis på hjertesvikt og ble diagnostisert med ekkografi og validering av diagnosen ble gjennomført av en kardiolog. Fra studien ble det ekskludert personer som var i slutten av livet, og de som ikke var i stand til å kommunisere. En mann som ble bedt om å delta i studien avviste selv. Det var derfor resterende 8 menn som deltok i studien.</p>
<p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <p><i>TIPS:</i> Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er metoden som ble valgt god for å belyse problemstillingen? - Går det klart fram hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? F.eks. feltstudier (deltagende eller ikke deltagende observasjoner), intervjuer(semistrukturerte dybdeintervju, fokusgrupper), dokumentanalyse. - Er måten data ble samlet inn på beskrevet? (f.eks. beskrivelse av intervjuguide?) - Ble valg av setting for datasamlingen begrunnet? 	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>0 0 0</p> <p>Kommentar: Metoden som ble valgt for å samle data var intervjuer. Som er en god metode for å belyse pasientenes egne opplevelser. Det ble brukt fokusgruppeintervjuer som vil si at gruppen ble intervjuet sammen. Gruppen møttes ved to anledninger i løpet av totalt 4-5 timer. Deltakerne ble informert at fokuset for gruppediskusjoner var hvordan de oppfattet sikkerhet/utrygghet knyttet til hjertesvikt. Følgende spørsmål ble brukt; Hvordan føler du deg i dag, mtp. sikkerhet og usikkerhet? Sikkerhet, hva er det for deg? Hvordan ser du på fremtiden? Det ble også brukt spørsmål som; Fortell mer om det. Intervjuene ble tatt opp på bånd og ble skrevet ordrett.</p>

<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p><i>TIPS:</i> En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det redegjort for hvilken type analyse som er brukt (for eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.). • Er det tydelig redegjort for hvordan analysen ble gjennomført (f. eks. de ulike trinnene i analysen)? • Er motstridende data tatt med i analysen? • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskeren har kommet fram til? 	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>0 0 0</p> <p>Kommentar: Det ble brukt en kvalitativ innholdsanalyse. Kvalitativ innholdsanalyse er nyttig for at fra verbal, visuell eller skriftlig informasjon som beskriver spesifikke fenomen. Teksten ble lest flere ganger og sortert i henhold til formålet. Deretter ble teksten delt inn i meningsfulle enheter som ble kondensert og sortert i ulike kategorier basert på felles innhold. For å øke troverdigheten ble resultatene diskutert fortløpende blant forfatterne og navnene på temaer og undertemaer ble revidert for å klargjøre innholdet.</p>
<p>7. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p><i>TIPS:</i> Forskningsresultatene blir nødvendigvis påvirket av perspektivet til forskeren. I tillegg vil konteksten som datainnsamlingen foregår innenfor påvirke resultatene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har forskeren gjort rede for konteksten som datainnsamlingen foregikk innenfor? • Har forskeren gjort rede for sitt teoretiske ståsted og sin faglige bakgrunn? 	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>0 0 0</p> <p>Kommentar: Det var førsteforfatter som ledet fokusgruppeintervjuene. Intervjuene ble tatt opp på bånd. Forfatteren Marianne Burstrøm er foreleser. Kurt Boman: Professor. Gunilla Stranberg: Assistant professor. Christine Brulin: Associate professor.</p>
<p>8. Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?</p> <p><i>TIPS:</i> Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller å få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilde gir helt likt uttrykk. Imidlertid bør slike forskjeller forklares tilfredsstillende.</p> <p><input type="checkbox"/> Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?</p>	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>0 0 0</p> <p>Kommentar: Det er blitt dratt inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene. Eksempler på dett er Winters, Ekman och medarbeidere, Maslows.</p>
<p>9. Er etiske forhold vurdert?</p> <p><i>TIPS:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? <input type="checkbox"/> Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite?</p>	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>0 0 0</p> <p>Kommentar: Studien ble godkjent av forskningsetiske komite i</p>

	medisinsk fakultet. Det ble også tatt hensyn til at deltakerne i gruppen brukte første økten på å bli kjent med hverandre. Det ble også informert om at alle deltakerne i gruppen kunne avslutte deltakelsen uten begrunnelse og uten at deres omsorg ville bli berørt, som påpekte at alt under intervjuene var konfidensielt.
--	---

HVA ER RESULTATENE?

	Ja	Uklart	Nei
<p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Kan du oppsummere hovedfunnene?</i> • <i>Ble funnene diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien?</i> 	<p>O</p>	<p>O</p>	<p>O</p>
	<p>Kommentar: Hovedfunnene i artikkelen konkludere med at mennene opplevde sikkerhet ved hjelp av sosial støtte fra familie og helsepersonell, at det finnes et liv etter døden, behandlingen av sykdommen, og sin egen evne. Usikkerhet om å få en lidende død, var noe mennene tenkte på. Men de ble også trygge på at de kunne ha en død uten å måtte lide. Det å stole på leger og helsepersonell, og at helsepersonellet forstår mennene gjør at de føler seg trygge. Å ha et godt samarbeid med leger, sykepleiere, kardiologer osv. var med å trygge deres hverdag.</p> <p>Ja, funnene ble diskutert i lys av det opprinnelige formålet med studien.</p>		

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

<p>Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p><i>TIPS:</i> <i>Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. Isteden kan resultatene gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Kan resultatene hjelpe meg til bedre å forstå sammenhengen jeg arbeider i?</i>• <i>Drøft hvordan funnene kan utvide eksisterende kunnskap og forståelse?</i>	<p>Kommentar:</p> <p>Ja.</p> <p>For helsepersonell er det bra å vite hva de kan gjøre for å hjelpe mennene med hjertesvikt til å føle en trygghet. Dette er med på å redusere psykiske symptomer som ofte forekommer under hjertesvikt. Å få høre mennenes egne erfaringer med å leve med hjertesvikt, og få vite hva tiltak og hva som er viktig for de, gjør at sykepleierne kan rette seg direkte til hvert enkelt pasient på den måten som fremmer trygghet.</p>
--	---

7.2 Sjekkliste for vurdering av tversnittstudie

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

(Tversnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:

Kan vi stole på resultatene?
Hva forteller resultatene?
Kan resultatene være til hjelp i praksis?

Artikkel 4: Predicting Depressive Symptoms and Self-care in patients with Heart failure (Graven, Grant, Vance, Pryor, Grubbs & Karioth, 2015)

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?	Ja <input type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen / spørsmålet?	Ja <input type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

<p>3. Er <u>befolkningen</u> (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert? TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er det gitt opplysninger om befolkningsgruppen som alder, kjønn, språk, etnisk tilhørighet og sosio-økonomiske forhold? - Er det gjort rede for subgrupper i befolkningen som ikke dekkes av studien? 	<table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 33%;">Ja</th> <th style="text-align: center; width: 33%;">Uklart</th> <th style="text-align: right; width: 33%;">Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: left;">O</td> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: right;">O</td> </tr> </tbody> </table> <p>Befolkningen som utvalget er tatt fra er i alderen 55 år og eldre. Måtte være bosett i en poliklinisk setting, å være i stand til å snakke, lese og forstå engelsk.</p>	Ja	Uklart	Nei	O	O	O
Ja	Uklart	Nei					
O	O	O					
<p>4. Ble <u>utvalget</u> inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?</p> <p>TIPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En god studie inkluderer et utvalg som nøyaktig representerer en definert befolkningsgruppe. Dette sikres ved bruk av statistiske utvalgsmetoder og ved en vurdering av respondentenes karakteristika - Var utvalget representativt for en definert befolkningsgruppe? 	<table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 33%;">Ja</th> <th style="text-align: center; width: 33%;">Uklart</th> <th style="text-align: right; width: 33%;">Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: left;">O</td> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: right;">O</td> </tr> </tbody> </table> <p>Metoder som ble brukt til å rekruttere utvalget var å sende ut flyers til hvert kontor og brev til de kvalifiserte pasientene. De pasientene som var interessert i å være med tok så kontakt med primær etterforsker for å lære mer om undersøkelsen, og gjennomgå ytterligere screening for inkludering.</p>	Ja	Uklart	Nei	O	O	O
Ja	Uklart	Nei					
O	O	O					
<p>5. Er det gjort rede for om <u>respondentene</u> skiller seg fra dem som ikke har respondert?</p> <p>TIPS:</p> <p><i>Ikke-respondenter er frafall i utvalget.</i></p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 33%;">Ja</th> <th style="text-align: center; width: 33%;">Uklart</th> <th style="text-align: right; width: 33%;">Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: left;">O</td> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: right;">O</td> </tr> </tbody> </table> <p>Pasienter med kognitiv funksjon ble ekskludert fra deltagelsen av en score på mindre enn 30 på telefon intervju for kognitiv status (TICS).</p>	Ja	Uklart	Nei	O	O	O
Ja	Uklart	Nei					
O	O	O					
<p>6. Er svarprosenten høy nok?</p> <p>TIPS:</p> <p><i>I spørreundersøkelser er det vanligvis OK med en svarprosent på >70, så lenge forfatterne viser at respondenter og ikke-respondenter har like karakteristika som befolkningen de er utvalgt fra.</i></p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 33%;">Ja</th> <th style="text-align: center; width: 33%;">Uklart</th> <th style="text-align: right; width: 33%;">Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: left;">O</td> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: right;">O</td> </tr> </tbody> </table>	Ja	Uklart	Nei	O	O	O
Ja	Uklart	Nei					
O	O	O					

<p>7. Bruker studien <u>målemetoder</u> som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?</p> <p><i>TIPS: Er det brukt spørreskjemaer som er valide, testet og anvendt i tidligere studier? Ble spørreskjemaet pilottestet, evt validert?</i></p>	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>0 0 0</p>
<p>8. Er <u>datainnsamlingen</u> standardisert?</p> <p><i>TIPS: Er datainnsamlingen identisk for alle utvalgte individer? Alle avvik fra en standard kan gi skjevhet når dataene samles inn.(F.eks intervjumetoder og personer) Sikres ved opplæring av intervjuer, veiledning, metode for å sikre data fra respondenter, spørreundersøkelsens utforming (avkryssing, Liker- skala etc) Standardiserte og valide målemetoder ved tester</i></p>	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>0 0 0</p>
<p>9. Er <u>dataanalysen</u> standardisert?</p> <p><i>TIPS: Analysen skal kunne skille individuelle forskjeller som er reelle fra forskjeller som er tilfeldige. Se på hvordan "åpne spørsmål" er behandlet. Er analysering av data gjort av to uavhengige personer?</i></p>	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>0 0 0</p>

HVA FORTELLER RESULTATENE?

<p>10. Hva er resultatet i denne studien?</p> <p><i>TIPS: Hva er hovedkonklusjonen? Kan du oppsummere resultatene i én setning?</i></p> <p>Kan resultatene skyldes tilfeldigheter? <i>Presenterer studien resultatene med konfidensintervall for statistiske estimater? Er det oppgitt p-verdier?</i></p>	<p>Hovedkonklusjonen i studiet viser at sosial støtte kan påvirke depressive symptomer mens sosial problemløsning kan påvirke egenomsorg hos pasienter med hjertesvikt. Sosial støtte kan påvirke depressive symptomer og egenomsorg atferd på en positiv måte.</p> <p>Statisk kontroll ble oppnådd ved hjelp av Correlational analyser, som tabell 2 viser. Ellers ble det brukt SEM analyser i samsvar med anbefalinger fra Anderson og Gerbing.</p> <p>P= .05 altså signifikant.</p>
---	---

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

11. Kan resultatene overføres til praksis?	Ja <input type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>
12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier? <i>TIPS: Prevalensstudier gjøres for å bekrefte en eksisterende teori eller kunnskap, ikke for å lage en ny teori! Eksisterende kunnskap kommer fra kliniske og epidemiologiske studier som fokuserer på etiologi, prognose og effekt av tiltak.</i>	Ja <input type="radio"/>	Uklart <input type="radio"/>	Nei <input type="radio"/>