

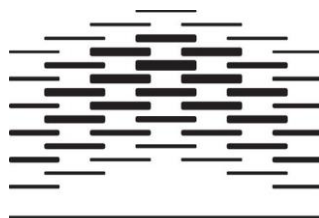
MASTEROPPGAVE
Master i psykisk helsearbeid

November 2017

*«Angst, depresjon og mestringsstro blant pasienter i
behandling på et rehabiliteringssenter under
ytelsesavtale H – Hjertesykdommer. En pilotstudie.»*

Ellen Victoria Øverberg

Fakultet for helsefag
Institutt for sykepleie



**HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS**

FORORD

I dette forordet vil jeg rette en stor takk til respondentene som valgte å delta i denne undersøkelsen og brukte av sin tid, samt de kollegaer som hjalp til med å rekruttere dem. Uten respondentene, eller velvillige kolleger hadde ikke pilotprosjektet sett dagens lys som ligger til grunn for masteroppgaven. TUSEN TAKK 😊

Jeg vil også si en stor takk til veileder Førsteamanuensis Nina Blegen ved HIOA som har vært en god støttespiller underveis, med faglig kompetanse gitt nyttige og nødvendige innspill, og vært lett tilgjengelig gjennom hele denne prosessen. TUSEN TAKK 😊

Jeg vil rette en takk til selve studiet, med inspirerende og dyktige forelesere og lærere, som har vært til stor nytte for meg med en jobbhverdag som omfatter både somatiske- og psykiske helseutfordringer. TUSEN TAKK 😊

Jeg vil også takke familien for å gitt meg tid og anledning til å kunne gjennomføre masterstudiet og skrive masteroppgave, og ekstra takk til samboer for nødvendig IT-support. TUSEN TAKK 😊

SAMMENDRAG

Denne masteroppgaven handler om angst, depresjon og mestringstro hos pasienter med hjertelidelse i behandling på et rehabiliteringssenter. Psykiske lidelser er et sentralt folkehelseproblem, hvor angst og depresjon de mest utbredte psykiske problemene. Pasienter med hjertesykdommer er den hyppigste hoveddiagnosen ved sykehusinnleggelse i Norge.

Hensikten med denne studien er å undersøke forekomsten av angst- og depresjonssymptomer og mestringstro hos pasienter med hjertesykdom. Dette vil gi økt kunnskap med betydning for helsearbeidere, ledere og pasienter tilhørende denne delen av helsetjenestene.

Pilotprosjektet var en kvantitativ tverrsnittundersøkelse gjennom to standardiserte spørreskjema for å undersøke pasientenes mestringstro og angst- og depresjonssymptomer. 29 respondenter svarte på Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) og Norwegian Version of the General Perceived Self-Efficacy Scale (GSE), samt spørsmål om alder og kjønn i løpet den første uken på hjerterehabilitering.

Utvalgets gjennomsnittsalder var 68,7 år (menn 65 år og kvinner 74 år), fordelt på 59% menn og 41% kvinner. HADS-T snitt 6,7, hvor 10,3% hadde cutoffskår på 15 eller mer. HADS-D snitt 2,8, hvor 6,9% hadde cutoffskår på 8 eller mer. HADS-A snitt 4,2, hvor 13,8% hadde cutoffskår på 8 eller mer. Pilotprosjektet fant at utvalget hadde lav grad av depresjon og høy grad av angst sammenlignet med befolkningen for øvrig. Yngre kvinner hadde en tendens til å ha mer angst. Kvinner hadde mer angst- og depresjonssymptomer enn menn. Snittet på mestringstro var 31 på en skala fra 10 (dårlig) til 40 (god). Både angst og depresjon påvirker mestringstroen negativt. Depresjon har den sterkeste korrelasjonen med mestringstro, ved at økt tendens til depresjon gir en lavere mestringstro.

Depresjon er forbundet med økt risiko for død ved hjertesykdom. Depresjon har konsekvenser for livskvalitet, foreta og opprettholde livsstilsendringer, arbeidsevne og evne til etterlevelse av medisinsk behandling, samt gir større sannsynlighet for frafall fra hjerterehabilitering.

Pasienter med angst og hjertesykdom har større risiko for infarkt, plutselig hjertedød, hjertestans eller behov for bypassoperasjon. Angst kan bidra til mer motivasjon for endringer i livsstil, men angsten kan også bli sykelig ved å tolke hverdagslige kroppslige symptomer at sykdommen har forverret seg.

Mange hjertesykdommer kan komme brått på og for noen krevende å mestre. Mestringstro er betydningsfull for personer med hjertesykdom i forhold til endring av helseatferd med helsemessige gevinster.

Med 29 respondenter og en svarprosent på rundt 30% er det for lite til å kunne representere et utvalg av populasjonen. Denne svakheten i forskningsdesignet gir dermed svakheter i generalisering.

SUMMARY

This master thesis is about anxiety, depression and self-efficacy in patients with heart disease in treatment at a rehabilitation center. Mental disorders are a key public health problem, where anxiety and depression are the most common psychological problems. Patients with heart disease are the most common main diagnosis of hospitalizations in Norway.

The purpose of this study is to investigate the occurrence of anxiety and depression symptoms and self-efficacy in patients with heart disease. This will provide increased knowledge of importance to health workers, managers and patients belonging to this part of the health services.

The pilot project was a quantitative cross-sectional study through two standardized questionnaires to investigate patients' coping and anxiety and depression symptoms. 29 respondents responded to Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the Norwegian Version of the General Perceived Self-Efficacy Scale (GSE), as well as questions about age and sex during the first week of cardiac rehabilitation.

The average age of the group was 68.7 years (men 65 years and women 74 years), divided among 59% men and 41% women. HADS-T average 6.7, where 10.3% had cutoff score of 15 or more. HADS-D average 2.8, where 6.9% had cutoff score of 8 or more. HADS-A cut 4.2, where 13.8% had cutoff score of 8 or more. The pilot project found that the group had low levels of depression and high degree of anxiety compared with the general population. Younger women tended to have more anxiety. Women had more anxiety and depression symptoms than men. The average score was 31 on a scale from 10 (poor) to 40 (good). Both anxiety and depression adversely affect mastering strain. Depression has the strongest correlation with self-efficacy, because the increased tendency to depression gives a lower self-efficacy.

Depression is associated with an increased risk of death in heart disease. Depression has consequences for quality of life, make and maintain lifestyle changes, work ability and ability to comply with medical treatment, as well as greater likelihood of cardiac rehabilitation. Patients with anxiety and heart disease are at greater risk of infarction, sudden cardiac death, cardiac arrest or need for bypass surgery. Anxiety can contribute to more motivation for

lifestyle changes, but anxiety can also be illicit by interpreting everyday bodily symptoms that the disease has worsened.

Many heart disease can come abruptly and for some tough to master. Self-efficacy is important for people with heart disease in relation to changing health behaviors with health benefits.

With 29 respondents and a response rate of around 30%, there is too little to represent a sample of the population. This weakness in research design thus gives weaknesses in generalization.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0	INNLEDNING	1
1.1	Presentasjon av stedet for datainnsamling	2
1.2	Bakgrunn for studien	3
1.3	Formål med oppgaven	4
1.4	Problemstillinger	5
1.4.1	Forskningsspørsmål.....	5
1.5	Definisjon på ord brukt i oppgaven	6
1.6	Forskers bakgrunn	8
1.7	Oppgavestruktur	8
2.0	TEORI	9
2.1	Søkestrategi	9
2.1.1	Kritikk av søkestrategi	10
2.2	Depresjon og hjertesykdom	11
2.3	Angst og hjertesykdom.....	14
2.4	Mestringstro og hjertesykdom	16
2.5	Deltager på hjerterehabilitering	18
3.0	METODE	19
3.1	Vitenskapsteoretisk utgangspunkt	19
3.2	Bakgrunn for valg av metode	19
3.3	Pilotprosjekt.....	21
3.3.1	Pilotprosjektets målgruppe og utvalg	21
3.3.2	Metode for rekruttering av deltakere til pilotstudien	22
3.3.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	23
3.4	Metode for valg av spørreskjema	23
3.4.1	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	24
3.4.2	Norwegian Version of the General Perceived Self-Efficacy Scale (GSE).....	25
3.5	Statistiske analyser	26
3.5.1	Analyse av datamaterialet	27
3.6	Svakheter og styrker ved valgt forskningsdesign på pilotprosjektet	28
3.7	Etikk.....	29
3.7.1	Forskningsetiske refleksjoner.....	30
3.7.2	Tilbaketrekking av samtykke og sletting	30
3.7.3	Forskers rolle.....	31
4.0	FUNN OG DRØFTING	32
4.1	Utvalget i forhold til alder og kjønn	32
4.2	Forekomst av symptomer på angst og depresjon blant pasienter i behandling på et rehabiliteringssenter under ytelsesavtale H – Hjertesykdommer	33
4.3	Forekomsten av symptomer på depresjon blant pasienter i behandling på et rehabiliteringssenter under ytelsesavtale H – Hjertesykdommer	33
4.4	Forekomst av symptomer på angst blant pasienter i behandling på et rehabiliteringssenter under ytelsesavtale H – Hjertesykdommer	35

4.5	Forekomsten av mestringstro blant pasienter i behandling på et rehabiliteringssenter under ytelsesavtale H – Hjertesykdommer	38
4.6	Korrelasjon mellom angst, depresjon og mestringstro for pasienter i behandling på et rehabiliteringssenter under ytelsesavtale H – Hjertesykdommer	39
4.7	Oppsummering av funn	41
4.7.1	Funn i forhold til depresjon	42
4.7.2	Funn i forhold til angst	42
4.7.3	Funn i forhold til mestringstro	43
4.7.4	Funn i forhold til korrelasjon mellom angst og depresjon og mestringstro	44
4.8	Besvarelse av problemstillingene	44
4.9	Styrker og svakheter i studien	44
4.10	Drøfting av funn for veien videre	45
4.11	Forslag til videre forskning.....	47
5.0	KONKLUSJON.....	49
	Referanser	52

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Vedlegg 2: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Vedlegg 3: Norwegian Version of the General Perceived Self-Efficacy Scale (GSE)

Vedlegg 4: Godkjenning REK

Vedlegg 5: Tilbakemelding NSD

1.0 INNLEDNING

Denne masteroppgaven er en pilotstudie og handler om angst, depresjon og mestringsstro hos pasienter med hjertelidelse i behandling på et rehabiliteringssenter.

Psykiske lidelser er et sentralt folkehelseproblem, og fra 1990 årene er det helsepolitisk blitt en økende grad av fokus på psykisk helse (Dahl, Krüger, Dahl, Stordal, & Mykletun, 2002). Angst og depresjon de mest utbredte psykiske problemene i befolkningen (Dahl, Krüger, Dahl, Stordal, & Mykletun, 2002). Ifølge Sørлие (2014) er det en høyere forekomst av angst- og depresjonssymptomer blant pasienter med hjertesykdommer enn i befolkningen for øvrig (Sørлие, 2014). I Folkehelseinstituttets rapport «Psykiske lidelser i Norge» fremgår det at depresjon er en like sterk risikofaktor for død som røyking i forhold til hjerte- karlidelser (Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009).

Hjertes funksjon blir ofte forbundet med liv eller død (Sørлие, 2014). Pasienter med hjerte- og karsykdommer utgjør en stor andel av polikliniske konsultasjoner og er den hyppigste hoveddiagnosen ved sykehusinnleggelse (14%) i Norge (ibid). I følge Folkehelse rapporten 2014 fikk 26 102 pasienter i 2012 ischemisk hjertesykdom (hjerteinfarkt eller hjertekrampe) som hoved- eller bidiagnose (Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2015).

Fra gammelt av er sykdommer delt i to hovedgrupper (etter Decartes dualistiske syn), de psykiske og de somatiske (kroppslige) (Dahl & Grov, 2014). Når disse grensene krysses får man en tredje gruppe med psykisk og somatisk komorbiditet.

Så mange som 30-40% kan ha av angst og depresjon i forhold til hjertesykdom ifølge en australsk oversiktsstudie (Tully & Baker, 2012). Angst og depresjon kan forverre symptomene og gir hyppigere tilbakefall av hjertesykdom (Sørлие, 2014). I følge en amerikansk artikkel av Freedland, Lustman, Carney, & Hong (2013) viser studier at depresjon og angst kan gi dårligere prognose og økt dødelighet for pasientene med hjertesykdom. Mens angst ofte kommer til uttrykk som kroppslig og mental anspenthet og uro for fremtiden, er depresjon mer preget av grublerier og irrasjonell skyldfølelse, dårlig selvfølelse, nedstemthet, energiløshet, søvnproblemer og tanker om døden (Sørлие, 2014).

Mange hjertesykdommer kan komme brått på og for noen krevende å mestre (Hånes, Huus, Stavnes, & Næss, 2015). Mestringstro er personrelatert faktor som innvirker på hvordan folk handler og endrer atferden sin (Bonsaksen, Lerdal, & Fagermoen, 2012). I forhold til personer med hjertesykdom, vil mestringstro være betydningsfull i forhold til endring av helseatferd med helsemessige gevinster (Bonsaksen, Fagermoen, & Lerdal, 2014). I følge Heyerdahl (2014) sin hovedoppgave, kan hjerteopererte pasienters generelle mestringstro ha sammenheng med angst og depresjon, og kan gi påvirkning på forløp og utfall, samt for hvordan man håndterer livet med alvorlig somatisk sykdom.

1.1 Presentasjon av stedet for datainnsamling

Studien er foretatt på et rehabiliteringssenter og er en del av spesialisthelsetjenesten. Rehabiliteringssenteret har avtale med Helse Sør-Øst og dekker døgn- og dagplasser. Etter anbudsrunde ble rehabiliteringssenteret tildelt, en ny ytelsesavtale H – Hjertesykdommer fra Helse Sør-Øst¹. Førre for praksisyttelse på rehabiliteringssenteret er forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012), og helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Rehabiliteringssenteret tilbyr og yter tjenester innenfor psykososial og medisinsk rehabilitering, med mål å øke funksjons- og mestringsevne (ibid). Det er i tråd med stortingsmelding nr. 21 «Ansvar og meistring. Mot en heilhetsskapelig rehabiliteringspolitikk» (Den Norske Regjering, 1998). Hvor rehabilitering som tilbys har et menneskesyn basert på mennesket som kropp, sjel og ånd, for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne (ibid). Forståelsesrammen for en slik helhetlig tilnærming til pasienten er Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF). Gjennom et helhetlig menneskesyn og kunnskapsbasert praksis i samhandling med den enkelte pasient, tilstrebes rehabilitering med mål å kunne føre til bedre fysisk og psykisk helse, og funksjons- og mestringsevne.

¹ Spesialisthelsetjenesten i Norge er organisert i fire regionale helseforetak som mottar bevilgning via staten, hvor Helse Sør-Øst er et av de regionale helseforetakene. (Helse Sør-Øst, u.d.)

Rehabiliteringssenteret ivaretar pasienter med tilleggsproblematikk innen rus/psykiatri. Ved behov samarbeides det med psykisk helsevern og kommunehelsetjeneste for å følge opp iverksatte tiltak eller etablere/retablere nødvendig psykisk oppfølging.

I tidsskrift for psykisk helsearbeid (2008) defineres det at psykisk helsearbeid er et flervitenskapelig og tverrfaglig utdannings-, forsknings- og arbeidsfelt, og omfatter alle deler av helsetjenestene. Videre at psykisk helsearbeid fokuserer på å fremme og bedre menneskers psykiske helse. Hensikten er å styrke menneskers opplevde egenverd og livskraft, og gi muligheter for å mestre hverdagens utfordringer (ibid). Ressurssenter for hjerterehabilitering i Helse Sør-Øst (2014) mener spesialisthelsetjenesten er best egnet til å ta hånd om pasienter med hjertesykdom og uttalte psykiske og mentale utfordringer.

For å kunne oppfylle målet med rehabiliteringen for hjertesykdommer er det forskjellige faggrupper som er tilgjengelige i rehabiliteringstilbudet. Alt etter som hva som er utfordringen for den enkelte pasient. Det innbefatter alt fra leger, psykolog, sykepleiere, ernæringsfysiolog, idrettspedagog og ergo- og fysioterapeuter. Fagkompetanse for å ivare ta det psykiske helsearbeidet på rehabiliteringssenteret er psykolog og andre faggrupper med videreutdanning innenfor psykisk helsearbeid.

1.2 Bakgrunn for studien

Flere oppslag i medier handlet om den nye pasientgruppen som hadde hjertesykdom, angst og depresjonssymptomer. Overskrifter som «Jeg ble deprimert etter hjerteoperasjon. Jeg er ikke alene» (Ingulstad, 2014), hvor det hevdes at mange pasienter plages av depresjon etter hjerteoperasjoner og at det snakkes for lite om temaet på både sykehus og rehabiliteringssenter (Rosenlund-Hauglid, 2017). I følge (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010) danner vi oss generelle oppfatninger, eller teorier basert på våre egne tolkninger av det vi erfarer, hører eller leser. Slike oppfatninger av fenomener basert på overgeneralisering, selektive inntrykk eller forhastede konklusjoner tilfredsstillende ikke vitenskapelig krav for å danne et nyansert og kunnskapsbasert bilde av den nye ytelsesgruppen.

Nasjonale myndigheter forventer at det skal arbeides med kvalitet og forbedringsarbeid. For aktører i spesialisthelsetjenesten representerer nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten «...og bedre skal det bli» som et rammeverk til lokalt forbedringsarbeid og til forbedringstiltak på egen arbeidsplass (Sosial og Helsedirektoratet, 2005). Strategien fremhever at god kvalitet forutsetter at tiltakene er basert på relevant og oppdatert kunnskap, at det drives målrettet og praksisnær forskning. Samt at ressursene utnyttes på en slik måte at både brukere og samfunnet får høyest mulig gevinst av innsatsen (ibid).

I nasjonale retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer, anbefales det å kartlegge psykiske tilstander, som angst og depresjon (Norheim, et al., 2009). Anbefalingen er gitt på bakgrunn av at psykososiale faktorer utgjør selvstendige risikofaktorer for framtidig hjerte- og karsykdom hos friske, samt forverring av eksisterende sykdom (ibid).

I denne omstillingsfasen åpnet det seg en mulighet for å utføre en undersøkelse i tråd med nasjonale forskrifter og retningslinjer, som omfattet psykisk helse (angst, depresjon og mestringsstro) og somatisk sykdom (hjertesykdom).

Undersøkelse i denne oppgaven har som mål å bidra til økt kunnskap, som har betydning for ytelsesgruppen, for å gi helsearbeidere og ledere i helsetjenesten kunnskap til å kunne beslutte og skreddersy tilbud til denne gruppen. Det er ønske at resultatene kan brukes. Ikke bare avgrenset til det aktuelle rehabiliteringssenteret, men at resultatene kan tas i betraktning for den enkelte person med psykisk helseutfordring og hjertehendelse i den videre behandlingsskjeden for best mulig resultat. Det er også et håp om at oppgaven kanskje kan ha relevans for de som utøver psykisk helsearbeid til personer som har psykiske utfordringer og som har hjertesykdom i tillegg.

1.3 Formål med oppgaven

Hensikten med denne studien er å undersøke forekomsten av angst- og depresjonssymptomer og mestringsstro hos pasienter med hjertesykdom. Dette vil gi økt kunnskap som vil ha betydning for helsearbeidere, ledere og pasienter tilhørende denne delen av helsetjenestene.

1.4 Problemstillinger

Det ble formulert to problemstillinger. Den ene for å kunne finne ut hvilken grad av angst- og depresjonssymptomer og mestringstro har pasienter i behandling på et rehabiliteringssenter under ytelsesavtale H – Hjertesykdommer. Den andre for å kunne finne ut om det er noen korrelasjon mellom angst- og depresjonssymptomer og mestringstro.

- 1) Hvilken grad av angst- og depresjonssymptomer og mestringstro har pasienter i behandling på et rehabiliteringssenter under ytelsesavtale H – Hjertesykdommer?
- 2) Hvilken korrelasjon er det mellom angst- og depresjonssymptomer og mestringstro?

1.4.1 Forskningsspørsmål

Ut fra problemstillingene ble følgende forskningsspørsmål formulert:

- Hva er forekomsten av angst- og depresjonssymptomer blant pasienter i behandling på et rehabiliteringssenter under ytelsesavtale H – Hjertesykdommer?
- Hva er forekomsten av symptomer på depresjon blant pasienter i behandling på et rehabiliteringssenter under ytelsesavtale H – Hjertesykdommer?
- Hva er forekomsten av symptomer på angst blant pasienter i behandling på et rehabiliteringssenter under ytelsesavtale H – Hjertesykdommer?
- Hva er forekomsten av mestringstro blant pasienter i behandling på et rehabiliteringssenter under ytelsesavtale H – Hjertesykdommer?
- Finnes det noen korrelasjon mellom angst, depresjon og mestringstro for pasienter i behandling på et rehabiliteringssenter under ytelsesavtale H – Hjertesykdommer?

For å kunne besvare problemstillingen via forskningsspørsmålene ble det utarbeidet en pilotstudie som søkte å omfatte 30 respondenter fra pasientgruppen under ytelsesavtale H – Hjertesykdommer som kommer til behandling på et rehabiliteringssenter.

1.5 Definisjon på ord brukt i oppgaven

- **Hjertesykdommer** omfatter hjertekrampe (angina pectoris), hjerteinfarkt, sykdom i selve hjertemuskulaturen, hjerterytmeforstyrrelser og hjerteklaffsykdommer (Sørli, 2014). Hyppigste sykdomsgruppen benevnes som iskemisk (koronar) hjertesykdom fordi de skyldes oksygenmangel (iskemi) i hjertemuskulaturen (Mæland, 2006). Hjertehendelse er et samlebegrep som omfatter alle hjertesykdommer hvor det har skjedd en hendelse med hjertet.
- **Komorbiditet** (samsykdom) er to eller flere sykdommer som opptrer samtidig innenfor et definert tidsrom (Dahl & Grov, 2014, s. 293). Noe som kan gjøre behandlingen mer krevende, endre komplikasjonene, prognosene og konsekvensene (Dahl & Grov).
- **Angst** er feilinnstilt fryktreaksjon (Dahl A. A., 2014). Frykt og angst er to forskjellige ting. Frykt er en intens, ofte akutt, aktiveringsform på en veldefinert ytre fare (som truende påkjørsel i fotgjengerfelt), eller en indre fare (som akutte magesmerter). Frykt avtar gradvis når faren er over. Fryktreaksjon er nyttig faresignal. Ved angst er fryktreaksjonen feilinnstilt. Den psykiske og kroppslige aktiviseringen skjer i objektivt sett ufarlige situasjoner. Den er unormal sterk og varer lengre enn møtet med faren skulle tilsi. Faren er mindre veldefinert, og ofte er det mest i tankene at personen ser den for seg. Angst er også mer omfattende og vedvarende enn frykt, og gjerne uten så presis start og avslutning. Mest skremmende er angsten når den kommer plutselig innsettende, uventede panikkanfall (frykt for å dø), og kroppslig aktivisering (hjerterbank og åndenød) (ibid).
- **Depresjon** er at fire symptom på depresjon må være til stede, og vart i over 14 dager og at depresjonen fører til nedsatt funksjonsevne eller subjektiv lidelse (Aarre, 2014). De viktigste symptomene på depresjon er:
 - senket stemningsleie (trist, lei, nedstemt, vansker med å finne lyspunkt i hverdagen, negativ til seg selv, omverden og fremtiden og venter seg lite godt),
 - mindre interesse eller glede ved aktiviteter som vanligvis gir glede (lar hobbyer ligge, følger ikke med nyheter eller bryr seg mindre om sine kjære),
 - mindre energi eller opplevelse av å bli fortere trøtt og sliten (enkle oppgaver kan oppleves som et ork, vansker med å komme i gang),

- dårligere selvtillit (kjenner seg mindre verdt, syntes en kommer til kort, ikke strekker til, er mindre tess enn andre),
 - urimelig klandring av seg selv eller overdrevet og upassende skyldfølelse (gransker fortid og nåtid med grublerier, gir seg selv skylden for hendelser som ligger utenfor egen kontroll),
 - tilbakevendende tanker om død eller selvmord eller selvmordsatferd (tanker at en er en byrde for andre, at det kan være like greit å være død, dødsønsker, tanker om å ta livet av seg, selvmordsforsøk og selvmord),
 - subjektiv eller synlig nedsatt evne til å tenke eller konsentrere seg (vansker å ta avgjørelser, vansker med å samle tankene om gjøremål, vansker med å følge med i samtaler, vansker med å bestemme seg for både mat, klær eller hvordan rekkefølge aktiviteter utføres),
 - psykomotorisk agitasjon eller retardasjon (latenstid, alt går tregt som tale, tanker og bevegelser, lite mimikk, og omvendt urolighet, rastløshet, høyt tempo på tanker og tale),
 - forstyrret søvn (for lite søvn, for mye søvn, innsovningsvansker, hyppige oppvåkninger), og
 - endret matlyst med tilhørende vektendring (mindre eller mer matlyst, vektøkning eller vekttap).
- **Mestringstro** (eng., *self-efficacy*) er opplevelsen av at man har det som skal til for å mestre oppgaver og nå mål (Psykologisk.no, 2014). Mestringstro består av fire læringskomponenter som egne erfaringer (hva en selv har erfart), modellering (se hva andre gjør), verbal påvirkning (bli påvirket av andre betydningsfulle personer som fagpersonell) og fysiologisk-affektiv tilstand (tolkning av kroppslige- og psykiske signaler) som er at følelsene og tankene kan være med på å styrke og svekke egen mestringstro (Mæland, 2006).
 - **Rehabilitering** kommer fra det latinske ordet «habilitas», som betyr «passende» og «dugelig». Begrepet rehabilitering berører menneskelige verdier som etikk og verdi (likeverd, like rettigheter og muligheter), samtidig med samfunnsøkonomiske aspekter (bedre funksjon gir mer bidrag til fellesskapet, og mindre blir fellesskapet belastet) (Bautz-Holter, 2014). I stortingsmelding «Ansvar og meistring. Mot en heilhetsskapelig

rehabiliteringspolitikk» (Den Norske Regjering, 1998), er rehabilitering definert som følger:

«Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensa og planlagte prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistrigsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet.»

- **Hjerterehabilitering** inneholder blant annet medisinsk oppfølging, informasjon, trening, psykisk støtte, adferdspåvirkning og yrkesrettede tiltak (Mæland, 2006). Målsetning for hjerterehabilitering er ifølge Mæland (2006) å bedre prognosen, bedre pasientens kroppslige, mentale og sosiale funksjon og å øke deres følelse av velvære og tilfredshet med livet (ibid).

1.6 Forskers bakgrunn

Forskers bakgrunn er ergoterapi. Ergoterapeuter har menneskerettighetene som utgangspunkt i yrkesutførelsen. En av kjernekompetansene i ergoterapi er deltagelse og inkludering. Andre kjernekompetanser blant annet er mestring for å kunne klare stressituasjoner som sykdom og psykiske utfordringer fører med seg. Kunnskapsbasert praksis er også en av kjernekomponentene i ergoterapi som er å bruke og utvikle forskningskunnskap (til bruk i praksis (Norsk Ergoterapeutforbund, 2013).

1.7 Oppgavestruktur

Kapittel 2 presenterer teori, litteratur og funn i forhold til depresjon, angst og mestringstro. Kapittel 3 presenterer metoden for å besvare forskningsspørsmålene, og metoden for pilotprosjektet. I kapittel 4 blir funnene presentert og drøftet opp mot teori og litteratur. Oppgaven avsluttes med en konklusjon i kapittel 5.

2.0 TEORI

I dette kapittelet presenteres teori og tidligere forskning om de sentrale begrepene i problemstillingene. Søkestrategien for å finne teori og tidligere forskning blir først presentert. Deretter presenteres teori og tidligere forskning rundt de sentrale begrepene i problemstillingen som angst, depresjon og mestringstro.

2.1 Søkestrategi

Litteratur og teori ble hentet fra ulike kilder som innbefatter pensumlitteratur fra masterstudiet, fagbøker på arbeidsplass, anbefalte artikler og studier fra veiledere og kolleger, fagdager/internundervisning på arbeidsplass, offentlige dokumenter og studier som er utført rundt emnet, samt snøballrulling med å følge linker og oppgitte kilder i referanselister i fagbøker og artikler som kunne ha relevans for problemstillingen.

For å kunne gjøre systematiske søk i databaser etter studier og artikler ble det brukt PICO-skjema (**P**opulasjon-**I**ntervensjon-**C**omparison/sammenligne-**O**utcome/utkomme). For å få riktige engelske oversettelser av norske søkeord, (<http://mesh.uia.no/>), ble det anvendt MeSH-termer (Medical Subject Headings) som er parallellspråklige termer på norsk og engelsk for å bidra til mer presise søk for å finne litteratur i internasjonale databaser (Aasen, 2017).

Søkeordene som ble brukt med MeSH-termer var Anxiety, Depression, Self-efficacy², Cardiac Rehabilitation, Heart Diseases. Søkene ble foretatt med en kombinasjon av emne- og tekstord, og søkeordene ble også satt sammen i forskjellige varianter med AND mellom, eksempelvis: «anxiety AND heart diseases», «depression AND heart diseases», «self-efficacy AND heart diseases», «anxiety AND depresjon AND heart diseases», og «anxiety AND depresjon AND heart diseases AND self-efficacy». Det ble også brukt søkeordene Heart Disorders, General Perceived Self-Efficacy Scale og Hospital Anxiety and Depression Scale.

² Self-efficacy er i denne oppgaven oversatt til mestringstro, hvor i MeSH-termene er Self-efficacy oversatt til gjennomføringsevne (med samme betydning innholdsmessig).

På norske søkemotorer var søkeordene i forskjellige varianter: hjertesykdom, koronar hjertesykdom, angst, depresjon, mestringstro, Norwegian Version of the General Perceived Self-Efficacy Scale, GSE, General Perceived Self-Efficacy Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale, og HADS.

Det ble utført søk i databasene PsycINFO, Medline, PubMed, SweMed+, samt også i søkemotorene Google Scholar og Open Digital Archive (ODA)³.

Systematiske søk ble utført etter vitenskapelig litteratur som omhandlet angst, depresjon og mestringstro hos personer med hjertesykdom, for å finne tidligere forskning gjort på feltet. Søket ble utført hovedsakelig fra november 2016 til april 2017. Det ble også søkt med ulike kombinasjoner av søkeordene ved hjelp av bibliotekar for å sikre at søkene ble utført riktig. Søkene ble begrenset til artikler som er publisert på engelsk, norsk, dansk eller svensk, hovedsakelig innenfor de siste tiårene som var tilgjengelig i fullformat. Litteratursøket avdekket store mengder av forskning på området i forhold til hjertesykdom og angst og depresjon, og mindre i forhold til hjertesykdom og mestringstro. For å gjøre det enklere å sammenligne med oppgavens metode og funn ble relevante studier hovedsakelig valgt ut ved å lese tittel og abstract, som inneholdt kvantitativ metode og som innbefattet datagrunnlag innsamlet via spørreskjemaene HADS og GSE. Ut fra dette ble det utvalgt noen artikler og noen oversiktsartikler, samt noen norske og nordiske studier som ble vurdert til å ha relevans for problemstillingen.

2.1.1 **Kritikk av søkestrategi**

Det å innhente kunnskap fra ulike kilder som arbeidsplass, kolleger, veiledere, fagbøker, forskning med mer har sine styrker og svakheter. Svakheten ved søk av fagbøker er at det kun er brukt de som var tilgjengelige på arbeidsplassen. Det kan ha utelatt viktig kunnskap. Utvelgelse av tilgjengelige artikler og studier i fullversjon på språkene engelsk, dansk, svensk eller norsk med bare å lese abstraktene, kan også medføre svakhet. Svakheter i den grad at

³ Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) sitt digitale vitenarkiv (<http://www.hioa.no/LSB/For-forskere/ODA>)

utvelgelsen var basert på egen vurdering, og det kan også kanskje fremkommet feiloversetting og feiltolkning i denne vurderingen som kan ha bidratt til at relevant og viktige funn er blitt oversett eller ekskludert. Ved å bruke snøballrulling (hente litteratur ut fra andres litteraturliste) kan være en svakhet ved å velge ut noe basert på hva andre har valgt ut. Ved utstrakt bruk av slik metode kan kunnskapsfeltet bli noe snevert hvis man bare referer til de samme kildene. Søkeordene basert på MeSH-termer kan ha bidratt til at viktige funn og forskning ikke er blitt fanget opp i søkene, og kanskje ekskludert relevant litteratur, likeså bredden på feltet da kunnskapsfeltet bruker mange forskjellige termer på nesen samme fenomen. Den største svakheten er tid tilgjengelig. Da tiden tilgjengelig for å søke, finne og lese/tolke artikler har vært en betydning begrensning for utvelgelsen av litteraturen og trolig mye relevant har dermed ikke blitt funnet.

2.2 Depresjon og hjertesykdom

Somatisk sykdom er forbundet med høy forekomst av depresjon, motsatt er personer med depresjon mer utsatt enn folk ellers til å få blant annet iskemisk hjertesykdom (Aarre, 2014). I følge en amerikansk artikkel hevder forfatterene at depresjon er fastslått som en uavhengig prediktor av dødelighet og hjertesykdom (Freedland, Lustman, Carney, & Hong, 2013). I den tredje store norske helsesundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 3) som omfattet 28 859 informanter hvor 700 hadde hatt hjerteinfarkt to til fem år etter HUNT 2⁴, konkluderte med at depressive symptomer var en signifikant og uavhengig variable for å forutsi hjerteinfarkt (Langvik & Hjemdal, 2015). Uansett hvilken retning på årsaksforholdet har, så vil personer som har begge deler plages mer og ha et mindre gunstig forløp enn de som bare har en av delene (ibid).

Sørli (2014) uttrykker at depresjon reduserer evne og motivasjon til å etterfølge anbefalinger og råd fra behandlere, og til å foreta og opprettholde livsstilsendringer etter sykdom. For

⁴ Hunt-II var en helseundersøkelse utført i 1995-97 i Nord-Trøndelag (24 kommuner) hvor det ble blant annet kartlagt psykiske problemer. Totalt 60.869 returnerte gyldige responser på både angst- og depresjonsdelen, og dermed har HUNT-II det største materialet om angst og depresjon i verden.

eksempel er faren for ugunstig forløp etter hjerteinfarkt dobbel så stor når personen er deprimert (ibid). Depresjon er derfor forbundet med dårligere prognose, økt risiko for tilbakefall, redusert sannsynlighet for å komme tilbake i arbeid og redusert overlevelse blant personer med hjertesykdom (ibid). I følge Dahl & Grov (2014) representerer depresjon en dobbelt risiko for hjertedød. Det er også en tredobbel risiko for sykehusinnleggelse for hjertesykdom hvor depresjon er inne i bildet, da depresjon påvirker somatisk sykdom patofysiologisk med endringer i nevrokjemi og hormoner, og atferdsmessig med uheldig livsstil (Dahl & Grov, 2014). I følge Sørli (2014) er også hjertesykdommer og depresjon forbundet med økt betennelsesnivå i kroppen og hormonelle endringer.

I en engelsk longitudinell studie med 251 deltagere som undersøkte utfallene av angst og depresjon målt ved hjertehendelse og 12 måneder etter utført av Poole, et al., (2017), fant de at depresjon var forbundet med mer kliniske utfall og oppsøking av fastlege eller sykehus. De fant også ut at depresjonssymptomer kan predikere død (ibid).

I følge Freedland & Carney (2013) viser det seg at depresjon kan gi dårligere prognose og økt dødelighet for personer som har gjennomgått et hjerteinfarkt. I den Australiske oversiktsstudien til Tully & Baker (2012) fant de at depresjonssymptomer økte risikoen for sykdom og dødelighet blant pasienter som hadde gjennomgått bypass operasjon. I følge studien til Casey, Hughe, Waechter, Josephson, & Rosneck (2008) gir depresjon større sannsynlighet for dårligere overholdelse (compliance) av forskrevne medikamenter og anbefalte tiltak. Det samme kommer frem i studien til Poole, et al (2017), at deprimerte personer med hjertesykdom har signifikant dårligere etterlevelse av å ta medikamenter og følge tiltak enn ikke-deprimerte personer med hjertesykdom. I en norsk studie viser til at depresjon er forbundet med økt risiko for død ved hjertesykdom og har store konsekvenser for livskvalitet, arbeidsevne og evne til etterlevelse av medisinsk behandling (Berge, et al., 2017). Det kan medføre økte utgifter med flere konsultasjoner, lengre innleggelser og flere reinnleggelser (ibid).

I forhold til deltagelse eller ikke på hjerterehabilitering viser studien til Casey, Hughe, Waechter, Josephson, & Rosneck (2008) at det var like sannsynlig at deprimerte som ikke-deprimerte deltok på hjerterehabilitering, men at depresjon gav større sannsynlighet for å ikke fullføre hjerterehabiliteringen.

I forhold til forekomst av depresjon hos personer med hjertesykdom er det ifølge Freedland, Lustman, Carney, & Hong (2013) sin studie at det er fare for at angst, depresjon eller begge deler hos pasienter både være underdiagnostisert ved at for eksempel at emosjonelle symptomer er satt til side fordi de kan være forståelige at det er såkalt «naturlig å føle seg nedfor etter et hjerteinfarkt». Likeså kan det også være overdiagnostisert hvor for eksempel depressive symptomer kan forveksles med fatigue (utmattethet som ikke går over selv ved hvile), samt at det kan være vanskelig for pasienter å gi beskrivelse av deres nåværende eller nylige depresjonssymptomer rett etter et stressfullt hjerteinfarkt (ibid).

Forekomsten av depresjon ved hjertelidelser er anslått å være mellom 15 og 40 prosent, i følge Berge, et al. (2017). De viser til at den store variasjonen er knyttet til type studier og hvorvidt man benytter selvutfylling av spørreskjemaer eller strukturert diagnostisk intervju.

Sørli (2014) viser til metaanalyser som konkluderer med at minst 20% av pasienter med hjertesvikt er deprimerte, mens forekomsten i befolkning for øvrig er rundt 10 %. I følge Aarre (2014) rammes om lag 20%, av pasienter med iskemisk hjertesykdom av depresjon. Dahl og Grov viser til store amerikanske undersøkelser av pasienter over 65 år med hjertesvikt, hvor komorbid depresjon ble diagnostisert hos mellom 34% til 56 % av pasientene.

Ved å se på forekomst av depresjon i forhold til hjertesykdom målt med Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), viser en dansk populasjonsbasert tverrsnittundersøkelse med 908 respondenter at 18,6% hadde depresjon (Larsen, Westergaard, Søndergaard, & Christensen, 2011).

Ved å se på forekomst av depresjon og hjertesykdom målt med HADS i norske studier, fant de i den tredje store helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 3) at 12,3 % av pasienter med hjerteinfarkt hadde depresjon (Langvik & Hjemdal, 2015). HUNT 3 omfattet 28 859 informanter hvor 700 hadde hatt hjerteinfarkt to til fem år etter HUNT 2⁵.

Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag er Norges største samling av helseopplysninger om en

⁵ Hunt-II var en helseundersøkelse utført i 1995-97 i Nord-Trøndelag (24 kommuner) hvor det ble blant annet kartlagt psykiske problemer. Totalt 60.869 returnerte gyldige responser på både angst- og depresjonsdelen.

befolkning. Data er framskaffet gjennom tre befolkningsundersøkelser, HUNT 1 (1984-86), HUNT 2 (1995-97) og HUNT 3 (2006-08), og har dermed det største materialet om angst og depresjon i verden (NTNU - HUNT forskningssenter, u.d.).

Ved å se på forekomst av depresjon og hjertesykdom målt med HADS med frivillig deltagelse, viser den norske studien NORwegian CORonary Prevention (NOR-COR) at 6% av deltagerne (N=1127) hadde depresjon og ikkedeltagere 19% depresjon (N=229) (Munkhaugen, et al., 2016). Studien ble utført i tidsrommet 2011 til 2014 på to norske sykehus i Helse SørØst regionen. I dette tidsrommet ble innlagte pasienter med hjertehendelse klinisk undersøkt og de besvarte spørreskjemaer. Etter 2-38 måneder etter hjertehendelse ble pasientene forespurt deltagelse for oppfølging for ny klinisk undersøkelse og besvarelse av spørreskjemaer. Studien viste at det var 15 ganger større sannsynlighet for at en pasient med hjertehendelse og depresjonssymptomer var ikkedeltager enn deltager. Altså at depresjon viste seg å være signifikant risikofaktor for å ikke ønske deltagelse (Munkhaugen, et al., 2016). NORwegian CORonary Prevention (NOR-COR) bidrar til omfattende forskningsdatabase med pasienter med hjertehendelse i Norge.

2.3 Angst og hjertesykdom

Alvorlige somatiske sykdommer som hjertesykdom kan komme tilbake, og nytt hjerteinfarkt betyr som oftest dårligere prognose. I følge Hjerteinfarktsregisterets årsrapport (Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetstregistre, 2017), opplyses det at nesten halvparten av pasientene opplever angst for at de kan rammes av et nytt hjerteinfarkt. Det er normalt at pasienter frykter at noe slikt skal skje, og angsten for dette kan på sin side gjøre pasienter mer endringsmotivert til endring av livsstil (røyking, kosthold, fysisk aktivitet med mer) (Dahl A. A., 2014). Angsten kan også bli sykkelig når faresignalet kommer for lett, blir for langvarig og blir for sterkt. Likeså at en får en tendens til å tolke hverdagslige kroppslige symptomer at sykdommen har forverret seg, som gir bekymring for- og opptatthet av helsen på bekostning av andre aktiviteter. Hendelser knyttet til andre med samme sykdom kan utløse angst, og at man kan ha tilbøyelighet til å løse eller bli beroliget ved stadighet oppsøke lege/sykehus (ibid).

Somatiske sykdommer kan utløse angstlidelser og angstlidelser kan å sin side være årsak til somatisk sykdom (Dahl A. A., 2014). I følge Helseundersøkelsen i Nord Trøndelag 2 i årene 1995-97 (HUNT 2) kan angst være en risikofaktor for koronar hjertesykdom som er sterkere enn røyking som risikofaktor (Dahl, Krüger, Dahl, Stordal, & Mykletun, 2002). I en tverrsnittstudie (N= 181 845) fra 2017 som omfattet 42 land, viser at det foreligger en veletablert forståelse at angst er assosiert med hjerte- og karsykdommer (Vancampfort, Koyanagi, Hallgren, Probst, & Stubbs, 2017).

Det å ha både hjertesykdom og angstlidelser kan ofte forverre behandlingsresultat og prognose (Dahl A. A., 2014). Flere studier ifølge Dahl (2014) har vist at pasienter med stabil koronarsykdom, som også har angstfylt bekymring, har signifikant økt risiko for infarkt, plutselig hjertedød, hjertestans, eller behov for bypassoperasjon.

I følge en australsk oversiktsstudie øker angst oddsene for arterieflimmer etter bypass hjerteoperasjoner (Tully & Baker, 2012). I studie, utført i Indonesia med 293 personer fra tre forskjellige sykehus, fant de at personer med koronar hjertesykdom kan ha negative tanker angående mulige konsekvenser av sykdommen (nye komplikasjoner). Som genererer angst og i forlengelsen av slike tanker forverrer angsten (Ginting, Näring, Kwakkenbos, & Becker, 2015). I en australsk longitudinell studie med 2176 deltagere, hvor angst ble målt ved hjertehendelse og 10 år senere, fant de at det var 80% høyere rate av dødelighet blant personer over 65 år som rapporterte om angst 0 til 2 måneder etter hjertehendelsen (Smeijers, et al., 2017).

Forekomsten av angst i forhold til hjertesykdommer er ikke entydig. En stor tverrsnittstudie (N= 181 845) som omfattet 42 land fant de at gjennomsnittsangsten i populasjonen lå på 10,3%, og at 21% hadde angst etter hjertehendelse (Vancampfort, Koyanagi, Hallgren, Probst, & Stubbs, 2017). I en studie utført i Indonesia (N=293) var det 9,4% som rapporterte om angst (Ginting, Näring, Kwakkenbos, & Becker, 2015). En australsk longitudinell studie (N=2176) viste at 9,4% hadde angst målt 0 til 2 måneder etter hjertehendelse (Smeijers, et al., 2017). Den engelske longitudinelle studien, med 251 deltagere som undersøkte utfallene av angst og depresjon målt ved hjertehendelse, utført av Poole, et al., (2017), fant de at 31,9% hadde angst.

I den tredje store helseundersøkelsen i Nord Trøndelag (HUNT 3) fant de at 10,6% av pasienter med hjerteinfarkt hadde angst målt med HADS (Langvik & Hjemdal, 2015). I den norske studien NORwegian CORonary prevention (NOR-COR) hvor det var frivillig deltagelse viste at 3% av deltagere i studien hadde angst målt med HADS. Blant ikkedeltagere var det 9% som hadde angst (Munkhaugen, et al., 2016). Denne studien viste at det var fem ganger større sannsynlighet for at en pasient med hjertehendelse og angstsymptomer var ikkedeltager enn deltager.

2.4 Mestringstro og hjertesykdom

I følge Mæland (2006) er det bildet pasienten danner seg av sin egen situasjon, med på å forme hans eller hennes forventninger eller tro om hva fremtiden vil bringe. Slike forventninger er ofte avgjørende for videre forløp. Forklaringer og forventninger danner seg tidlig, gjerne under sykehusoppholdet og at de har en tendens til å festne seg. Personens egen fortolkning av sin hjertesykdom er en sentral faktor for hjerterehabiliteringsprosessen påvirket av personlig bakgrunn, mestring, sosiokulturell bakgrunn, sosial støtte, sykdom og behandling (ibid).

Sosial læringsteori har utspring i den behavioristiske tradisjonen med en antagelse at adferd styres av konsekvenser (Mæland, 2006). Sosialpsykologen Albert Bandura er rangert som nummer fire blant psykologiens mest innflytelsesrike personer, etter B. F. Skinner, Sigmund Freud og Jean Piaget. Han har utviklet teorier som sosial læringsteori og teorien om mestringstro (eng., *self-efficacy*). Mestringstro er opplevelsen av at man har det som skal til for å mestre oppgaver og nå mål (Psykologisk.no, 2014).

Mæland (2006) viser til Bandura som mener at mennesker handler mer i samsvar med sine forventninger, enn ut fra de konkrete erfaringer de har gjort. Den ene er en forventning om resultat, som er en resultatforventning om hvilke konsekvenser man forventer handlingen vil få. Den andre er forventning på hvordan en vil mestre det, som er en mestringstro på egne evner til å kunne gjennomføre en handling eller mestre en oppgave eller situasjon. Slik at mestringstro styrer mye av våre handlinger mer enn vi aner, ifølge Mæland (2006)

Mestringstro består av fire læringskomponenter som egne erfaringer (hva en selv har erfart), modellering (se hva andre gjør), verbal påvirkning (bli påvirket av andre betydningsfulle personer som fagpersonell) og fysiologisk-affektiv tilstand (tolkning av kroppslige- og psykiske signaler) som er at følelsene og tankene kan være med på å styrke og svekke egen mestringstro (Mæland, 2006).

Mestringstro er personrelatert faktor som innvirker på hvordan folk handler og endrer atferden sin (Bonsaksen, Lerdal, & Fagermoen, 2012). Med andre ord er det personens tro på egen kapasitet til å utføre den nødvendige atferden som er nødvendig for ønsket utkomme (Bonsaksen, Fagermoen, & Lerdal, 2014). I forhold til personer med kroniske sykdommer, som blant annet hjertesykdom, vil mestringstro være betydningsfull i forhold til endring av helseatferd med helsemessige gevinster (ibid).

Generell mestringstro kan ha sammenheng med angst og depresjon for pasienter med hjertesykdom. Det kan gi påvirkning på forløp og utfall, samt for hvordan man håndterer livet med alvorlig somatisk sykdom (Heyerdahl, 2014). Høyere nivå av mestringstro bidrar til at medisiner blir tatt som foreskrevet, og gir en økt egenomsorg (Dickson, Buck, & Riegel, 2013). Motsatt er i følge Son, Kim, & Park (2014) så gir depresjon og lav mestringstro dårlig etterlevelse til å ta medisinene og ta dem som foreskrevet (ibid).

Mestringstro kan også ha betydning for deltagelse eller ikke på hjerterehabilitering til tross for fordelene med hjerterehabilitering. I studien til Whitmarsh, Koutantji, & Sidell (2003) fant de at dårligere mestring kunne predikere ikkedeltagelse på hjerterehabilitering, mens nivå av angst og depresjon kunne ikke forutse deltagelse eller ikkedeltagelse på hjerterehabilitering (ibid).

Mestringstro er ikke statisk, men dynamisk. Noe som kan illustreres med funnene i den svenske randomisert kontrollstudien (RCT) av Wolf, et al. (2016). De fant at det var signifikant økning av mestringstro i gruppen (N=94) som fikk oppfølging etter hjertehendelse med både personbasert oppfølging og et e-basert helseverktøy, sammenlignet med kontrollgruppen (N=105) som fikk oppfølging via fastlege (ibid).

2.5 Deltager på hjerterehabilitering

Målgruppen for hjerterehabilitering er personer som er eller står i fare for funksjonsnedsettelse, og overordnet målsetning med rehabilitering er å sikre best mulig livskvalitet for den enkelte (Bautz-Holter, 2014). I følge Mæland (2006) er ofte de mest ressurssterke pasientene med hjertesykdom som kommer med i organisert rehabilitering, mens pasienter med større behov ikke benytter seg tilbudet. I den danske tversnittstudien til Larsen, Westergaard, Søndergaard, & Christensen (2011) med 908 respondenter, fant de at ca 60% hadde deltatt på hjerterehabilitering etter hjertehendelse. I følge Hjerterefarktsregisterets årsrapport (Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetstregistre, 2017) var det knapt halvparten av pasientene som oppga at de hadde deltatt på hjertekurs, hjerteskoole eller rehabilitering i etterkant av hjerterefarkt. Den norske studien NORwegian CORonary Prevention (NOR-COR) (N=1127) fant at det var kun halvparten av deltagere til studien som hadde deltatt på hjerterehabilitering (Munkhaugen, et al., 2016). Blant ikkedeltagere til nevnte studie var det kun 27% som hadde deltatt på hjerterehabilitering (ibid).

3.0 METODE

I dette kapitlet presenteres vitenskapsteoretisk utgangspunkt og metoden som ble brukt for å samle inn datagrunnlag for å kunne besvare problemstillingene.

3.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt

Naturvitenskap søker å forklare hendelser og lovmessige sammenhenger (årsak-virkning som inntreffer hver gang), og forholder seg hovedsakelig til fenomener uten språk og evne til å forstå seg selv og sine omgivelser (atomer, gener, celler, dyr og lignede) (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010). For å tilpasse at det er mennesker og menneskelige fenomener som studeres brukes samfunnsvitenskap. Det er fordi i samfunnsvitenskap åpner opp for å forstå sosiale fenomener i den helhetlige konteksten som de er en del av. I motsetning til naturvitenskap som krever lovmessige sammenhenger (årsak-virkning), tar samfunnsvitenskap hensyn til at det kan være flere årsaker, forklaringer og virkningsforhold i forhold til fenomener (ibid). Ved å bruke et samfunnsvitenskapelig perspektiv for oppgaven tillater det å kunne se mer bredere eller se mer utover, enn det går med den naturvitenskapelige metoden med årsak-virkning. Det til grunn for at oppgaven dreier seg om komplekse fenomener som mestringsangst, angst og depresjon i forhold til hjertesykdom, hvor det kan være flere årsaker, forklaringer og virkningsforhold.

3.2 Bakgrunn for valg av metode

Det å bruke en metode betyr å følge en bestemt vei mot et mål, og det er problemstillingen som er førende for valg av metode (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010). I samfunnsvitenskapelig metodelære skilles det mellom kvantitative og kvalitative metoder (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). Forskjellen i metodene er at kvalitativ metode gir dybdekunnskap om fenomener, mens kvantitativ metode gir oversikt eller utbredelse av fenomener (ibid). I denne oppgaven ble det brukt kvantitativ metode som har som formål å studere det store bildet av fenomener (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010). Førende for valget av kvantitativ metode var oppgavens problemstillinger som søkte svar på

forekomsten og samvariasjon av fenomener, og ikke dybdekunnskap om hvordan det er å ha eller oppleve forekomstene.

Forskningsdesign er den oppskriften som ble brukt fra start til mål på hvordan oppgavens undersøkelse ble gjennomført for å besvare problemstillingene. Forskningsdesign klassifiseres i generelle kategorier (tverrsnittsundersøkelse, longitudinell undersøkelse⁶, eksperiment⁷, kvasieksperiment⁸, evaluering⁹, og simulering). I denne oppgaven ble det brukt tverrsnittsundersøkelse. Det var blant annet tidsbegrensningen som var avgjørende for dette valget, da en tverrsnittsundersøkelse kan benytte data fra en avgrenset og kort periode og gi et øyeblikksbilde av fenomenene som blir studert. Valget av forskningsdesignet vektet også det at designet gir informasjon om hvordan fenomener varierer i det aktuelle tidsrommet, og gir en mulighet for å kunne si noe om sammenhenger mellom fenomener. Begrensningene med den valgte forskningsdesignen er at en ikke kan avdekke årsakssammenhenger eller trekke konklusjoner som sier noe om utvikling eller endring over tid.

I en tverrsnittsundersøkelse er hva som skal undersøkes som bestemmer hvilken måte datainnsamlingen skjer på. I kvantitativ metode er det spørreskjema som er den mest vanlige måten å samle inn data på, og dermed benyttet i denne oppgaven. På den måten kunne det bli samlet inn data fra mange individer på kort tid, og se på likheter, variasjon og sammenhenger for å besvare oppgavens problemstilling.

Etiske hensyn lå også førende for valg av metode. Etiske hensyn innebærer at fenomener som belyses tilstrebes at det ikke får etiske konsekvenser for andre og samfunnet (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010). En undersøkelse utført på egen arbeidsplass kunne kanskje gi gjenkjennelse av respondenter, eller det kunne gi påvirkning i både svar og deltagelse, eller det kunne gi i ytterste konsekvens ha innvirkning på rehabiliteringsprosessen til respondentene. Valget at kvantitativ metode er derfor også begrunnet med at metoden tillater

⁶ Longitudinell undersøkelse går over lengre periode hvor data samles inn på flere tidspunkter (tidsserieundersøkelser, panelstudier og kohortundersøkelser). (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010).

⁷ Eksperimenter undersøker effekten av et spesielt tiltak med tilfeldig trekning av deltagere (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010).

⁸ Kvasieksperiment er det samme som eksperiment, men med ikke med tilfeldig utvalgte deltagere (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010).

⁹ Evaluering er systematisk innsamling av data for å undersøke hvilken virkning/endring det har blitt og hvordan den/det har virket eller endret seg (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010).

anonymt datagrunnlag innsamlet gjennom standardiserte spørreskjema slik at det ble minst mulige etiske konsekvenser for andre.

I samfunnsvitenskapelig forskning er det et mål å integrere teori og empiri som er representasjoner av virkeligheten. Med andre ord er det en metode hvor en samler inn, analyserer og tolker data (empirisk forskning). Man kan si at teorier som ikke er empirisk underbygget blir bare spekulasjoner, og empiri som ikke er underbygget av teori blir bare isolerte beskrivelser av enkeltfenomener med begrenset verdi. Denne oppgaven har et deduktivt perspektiv, «fra teori til empiri», da den tar utgangspunkt i teori som testes ut via empirien. Deduktiv metode er hvor antagelser eller påstander testes ved hjelp av empiriske data. Til forskjell fra induktiv metode «fra empiri til teori» som er å samle inn data for å finne generelle mønstre som kan gjøres om til teorier eller generelle begreper som betegnes (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010).

3.3 Pilotprosjekt

Tverrsnittsundersøkelsen, heretter kalt pilotprosjekt, ble utført på egen arbeidsplass. Pilotprosjektet er en kvantitativ tverrsnittsundersøkelse gjennom to standardiserte spørreskjema i forhold til psykisk helse avgrenset til angst og depresjon, og mestringstro for å undersøke grad av mestringstro og angst- og depresjonssymptomer. Tverrsnittsundersøkelsen ble utført i en tidsperiode over fire måneder hvor frivillige respondenter fra ytelsesgruppe H-hjertesykdommer svarte på standardiserte spørreskjema i løpet av den første uken under oppholdet på rehabiliteringsinstitusjonen. Med frivillig deltagelse var målet 30 respondenter.

3.3.1 Pilotprosjektets målgruppe og utvalg

Undersøkelsens målgruppe, pasienter i behandling på et rehabiliteringssenter under ytelsesavtale H – Hjertesykdommer, betegnes som en populasjon som er en avgrenset gruppe i befolkningen (brutto) (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010), hvor informantene som valgte å delta dermed ble utvalget i studien (netto).

I 2016 kom det 276 pasienter til rehabiliteringssenteret under ytelsesavtalen H-Hjertesykdommer, og i datainnsamlingsperioden på fire måneder kom det 93 pasienter. Omtrent 90-95% av pasientgruppen som kommer til hjerterehabilitering, på rehabiliteringssenteret, er i hjerterehabiliteringsfase IIa (tidlig rehabilitering 1-2 uker etter hendelse), og ca 10-5% er i hjerterehabiliteringsfase IIb (4-6 uker etter hendelse) eller senere. Gjennomsnittsalderen i pasientgruppen under ytelsesavtale H – Hjertesykdommer var i 2016 på 67 år, fordelt på rundt 60% menn og 40% kvinner.

3.3.2 Metode for rekruttering av deltakere til pilotstudien

Alle pasienter som kom til rehabiliteringssenteret under ytelsesavtale H – Hjertesykdommer i datainnsamlingsperioden fra 1.juni 2016 til 30. september 2016, fikk en kort informasjon om pilotstudien ved innkomstsamtale utført av primærkontakt¹⁰. Innkomstsamtalen ble utført på dag en eller to i pasientens rehabiliteringsforløp. Det var mulighet for pasient å avslå deltagelse med en gang. Det var kun de som ønsket å delta som fikk informasjonsskriv (vedlegg 1) med samtykkeerklæring merket med pasientens pasientjournal ID-nummer og prosjekt ID-nummer¹¹, og to spørreskjema merket med prosjekt ID-nummer. Pasienten kunne velge selv å lese mer utfyllende informasjonen om pilotstudien på et senere tidspunkt, og på den bakgrunn avgjøre deltagelse eller ikke.

Informasjonen som ble gitt fra primærkontaktgruppen var at det pågikk en undersøkelse på rehabiliteringssenteret for å undersøke psykisk helse og mestringstro blant pasienter i behandling under ytelsesavtale H – Hjertesykdommer;

- at pasienten kan velge selv å lese mer utfyllende informasjonen om pilotstudien på et senere tidspunkt,

¹⁰ Primærkontaktgruppen er fortrinnsvis idrettspedagog og fysioterapeuter.

- at deltakelse i pilotstudien innebar å fylle ut samtykkeerklæring og svare på to spørreskjemaer i løpet av den første uken etter ankomst på rehabiliteringsinstitusjonen,
- at det er helt frivillig å delta i studien og en kan trekke seg når som helt uten å oppgi grunn,
- at det ikke vil ha noen innvirkning på rehabiliteringsprosessen ved institusjonen om man deltar eller ikke,
- at alle opplysninger er anonymisert og ikke sporbar tilbake til den enkelte pasient,
- at dersom undersøkelsen kan oppleves belastende, eller kan gi ubehag for pasienter kan det tilbys oppfølging av helsepersonell, som for eksempel psykolog, og
- at ferdig utfylte spørreskjema og samtykkeerklæring leveres i en låst postkasse på et gitt sted.

3.3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene innbefattet alle pasienter som kom til rehabiliteringssenteret under ytelsesavtale H – Hjertesykdommer i datainnsamlingsperioden fra 1.juni 2016 til 30. september 2016. Eksklusjonskriteriene var pasienter som kom til rehabiliteringssenteret under ytelsesavtale H – Hjertesykdommer i gitte tidsrom som hadde kjent kognitiv svikt, språkutfordringer (kan ikke lese/forstå norsk), eller hvor primærkontakten sitt faglig skjønn anså at deltagelse var uhensiktsmessig (eksempelvis pasienter med svakt syn med vansker med å fylle ut spørreskjema), pasienter med redusert hukommelse og konsentrasjonsproblemer, pasienter med svært lav vekt, eller pasienter med svekket helsetilstand hvor det anses som for strabasiøst å fylle ut spørreskjema.

3.4 Metode for valg av spørreskjema

Angst og depresjon er de vanligste psykiske lidelsene i Norge. Det er også en komorbiditet mellom angst- og depresjonssymptomer og hjertesykdom, som kan komplisere og ha stor innvirkning på rehabiliteringsprosess og hjertesykdomsforløp. Spørreskjema Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) er utviklet for å måle angst- og depresjonsnivå hos pasienter innlagt i somatiske sykehusavdelinger (Dahl, Krüger, Dahl, Stordal, & Mykletun, 2002). Det

måler ikke angst- og depresjonssymptomer som kan skyldes somatisk sykdom, slik som lite energi eller konsentrasjonsproblemer (ibid). HADS er mye brukt i mange studier innbefattet hjertesykdommer. HADS har også vist seg å være godt akseptert av brukere, og tar bare par minutter å fylle ut. Samt at spørsmålene ikke er blitt oppfattet som mer provoserende enn å svare på spørsmål om røyking eller hodepine (Dahl, Krüger, Dahl, Stordal, & Mykletun, 2002).

Innenfor hjerterehabilitering er mestring en sentral faktor. Ikke bare skal pasienten mestre det å ha hjertesykdom, men også mestre å følge opp foreskrevne medisinske anvisninger og gjøre endring av helseatferd med helsemessige gevinster (Mæland, 2006). Mestringstro er betydningsfull i forhold til utfallet av dette. Med andre ord er den troen personen har på sin egen kapasitet til å klare å utføre det som er nødvendig for ønsket utkomme en viktig komponent (ibid). Det er bakgrunnen for at spørreskjema Norwegian Version of the General Perceived Self-Efficacy Scale (GSE) ble valgt, da det måler mestringstro gjennom å vurdere egen forventning til å mestre en rekke vanskelige krav i livet (Røysamb, Schwarzer, & Jerusalem, 1998), slik som hjertesykdom kan være. Spørreskjema er brukt i mange andre studier i forhold til hjertesykdommer, og tar kort tid å fylle ut.

Pasient fikk i tillegg spørsmål om kjønn og alder, det for at pilotstudien kunne presisere eventuelt mer i forhold til alder og kjønn.

3.4.1 Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (vedlegg 2) ble utviklet av Zigmond og Snaith i 1983 (Zigmond & Snaith, 1983), som en test for måling av angst- og depresjonsnivå hos pasienter innlagt i somatiske sykehusavdelinger (Dahl, Krüger, Dahl, Stordal, & Mykletun, 2002). HADS var dermed i utgangspunktet renset for angst- og depresjonssymptomer som kunne skyldes somatisk sykdom, slik som lite energi eller konsentrasjonsproblemer (ibid).

HADS er et selvrapporteringskjema for måling av depresjon- og angstsymptomer fordelt på 14 spørsmål (Bjelland, Dahl, Haug, & Neckelmann, 2002), som omfatter syv spørsmål om angst og syv spørsmål om depresjon, som kommer annen hver gang (Dahl, Krüger, Dahl,

Stordal, & Mykletun, 2002). Hvert spørsmål har en firepunktsskala fra 0 til 3, og nivået av angst og depresjon å beregne summen på delskalaene HADS-A og HADS-D, og totalskåren betegnes som HADS-T, som er summen av delskalaene. Dersom inntil to spørsmål på HADS er ubesvart, vil det være mulig å beregne totalskår (Dahl, Krüger, Dahl, Stordal, & Mykletun, 2002). Skåringsintervallet på hver delskala er fra 0-21 (HADS-A og HADS-D) og resultater på åtte eller mer brukes som cut-off skår (grensefrekvens) for både angst og depresjon, og angst og depresjon tilsammen (HADS-T) har en cut-off skår på 15 eller mer (Bjelland, Dahl, Haug, & Neckelmann, 2002).

Angstdimensjonen syntes i hovedsak å omfatte angstfylt bekymring og anspenthet, mens depresjonsdimensjonen fokuserte på manglende livsglede (anhedoni) som kan oppfattes som det sentrale fenomenet ved depresjon (Dahl, Krüger, Dahl, Stordal, & Mykletun, 2002).

Reliabiliteten til HADS er tilfredsstillende ifølge den norske studien til Bjelland, Dahl, Haug, & Neckelmann (2002). De fant at spørreskjemaet hadde Cronbach's alfa for HADS angst på 0,84 og for HADS depresjon 0,80 (ibid). Lignende resultat fant Strik, Honig, Lousberg, & Denollet (2001) i en nederlandsk studie at HADS-A hadde Cronbach's alfa på 0,83 og HADS-D på 0,82 og total HADS på 0,88.

3.4.2 Norwegian Version of the General Perceived Self-Efficacy Scale (GSE)

Norwegian Version of the General Perceived Self-Efficacy Scale (GSE) (vedlegg 3) er et spørreskjema utviklet av Schwarzer med flere og oversatt til norsk av Røysamb (Røysamb, Schwarzer, & Jerusalem, 1998), og er et selvrappoteringskjema for å vurdere egen forventning til å mestre en rekke vanskelige krav i livet. Skjemaet har 10 utsagn i «jeg-form» som måles på en firepunkts likert skala med svaralternativer fra 1) Helt galt til 4) Helt riktig. GSE skåringsintervall er 10-40, hvor høyere skår indikerer høyere mestringstro. I følge Leganger, Kraft, & Røysamb (2000) sin studie fra 1995 av norske daglige røykere (N=421) med gjennomsnittsalder på 39,5 år, var GSE gjennomsnitt 29,6 og ingen signifikant forskjell mellom kvinner og menn (ibid).

Reliabiliteten til GSE har en internasjonal gjennomsnitts Cronbach's alfa på .86 (Scholz, Doña, Sud, & Schwarzer, 2002)

3.5 Statistiske analyser

Kvantitative tilnærminger henter mange av sine prosedyrer fra naturvitenskapelig metode hvor man ønsker å gjøre forskningen målbar, men er tilpasset at det er mennesker og menneskelige fenomener som studeres (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010). I kvalitative undersøkelser blir de som undersøkes kalt enheter og det som undersøkes er variabler. Ved å bruke spørreundersøkelse kan man gjøre forskningen målbar gjennom verdier bestående av talldata. Når enhetene er personer som har svart på spørreskjema blir de kalt for respondenter. Undersøkelsens målgruppe betegnes som populasjon, og respondenter er utvalget av populasjonen. Svarprosenten blir nettoutvalget i prosent av bruttoutvalget (ibid).

Kvantitative metoder anvender tall og ikke tekst som i kvalitative metoder. Det vil si at i kvantitativ analyse er det utviklet spesielle statistiske prosedyrer slik at undersøkelse blir forklart ved hjelp av tall (Johannessen, 2009). I denne oppgaven er det benyttet univariat-, bivariat, korrelasjons- og regresjonsanalyse hvor alle analysene ble utført via statesikkprogrammet SPSS versjon 22 (IBM).

Via univariate analyser gav det oversikt over respondentene og variablene som ble undersøkt ved hjelp av blant annet fordeling og gjennomsnitt for å danne seg et helhetlig bilde (Johannessen, 2009). Det er mest vanlig å bruke det statistiske målet gjennomsnitt hvor det oppgis prosentandeler enn det faktiske antallet. Gjennomsnitt kan på sin side gi et skjevt bilde (for eksempel alder), hvor en enkelt variabel hos en respondent kan trekke aldersgjennomsnittet opp eller ned i forhold til resten av respondentene. Sentraltendens kan gi svar på hvilken verdi (for eksempel alder) som er typisk for respondentene i form av modus (verdien det er flest av), eller median (det punktet som fordeler respondentene i like deler over de som skårer under eller over median) som er best å bruke når fordelingen er skjev for å finne den typiske verdien (ibid).

Bivariate analyser beskriver sammenhenger mellom to ulike variabler. Kategoriske variabler som kun har to verdier som kjønn, blir kalt for dikotome variabler.

Korrelasjon betyr samvariasjon, og ved korrelasjonsanalyse kan man se om variasjonen i en variabel har en systematisk sammenheng med variasjonene i en annen variabel (Johannessen, 2009). Pearsson produktmomentkorrelasjon måler samvariasjonen eller korrelasjon mellom to variabler. I motsetning til korrelasjonsanalyse kan regresjonsanalyse vise hvilken grad en

variabel samvarierer/korrelerer med en annen variabel. Regresjonsanalyse anvendes for å finne sammenhenger mellom en avhengig variabel og en eller flere uavhengige variabler (ibid).

3.5.1 Analyse av datamaterialet

Dataene fra spørreskjemaene ble plottet inn i Microsoft Excel, for deretter overført til SPSS 22 som er et statistikkprogram (IBM). Alle spørreskjemaene var fullstendig utfylt, foruten en respondent hvor det manglet ett svar på HADS. Ettersom inntil to spørsmål på HADS er ubesvart, vil det være mulig å beregne totalskår (Dahl, Krüger, Dahl, Stordal, & Mykletun, 2002), slik at det ene manglende svaret fra en av de 29 respondentene hadde svært liten betydning.

Univariat analyse ble benyttet til å beskrive forekomst, fordeling og sentraltendenser i utvalget på bakgrunn av den enkelte variabel. Bivariat korrelasjonsanalyse (Pearson) ble brukt for å finne korrelasjoner mellom uavhengige variabler i forhold til avhengige variabler, samt finne uavhengige variabler som hadde sterkest og mest signifikant korrelasjon med avhengige variabler. Lineær regresjonsanalyser ble brukt for å se om det kunne finnes en forklaringsmodell om uavhengige variabler kunne forklare avhengig variabler.

For å se om resultater fra utvalget kan generaliseres til også å gjelde for populasjonen, ble resultatene testet om de var statistisk signifikant (utslagsgivende) eller ikke. Grensene for å beholde og avvise H_0 gjøres ved hjelp av p-verdier. Det er tre p-grenseverdier; * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ eller *** $p < 0,001$ hvor stjernene også angir om mye et resultat er signifikant (Johannessen, 2009). Ved å gjøre det kan det konkluderes med en mulig sannsynlig sammenheng, hvilken retning som er sannsynlig, og at det er en mulig mekanisme mellom fenomenene (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010).

3.6 Svakheter og styrker ved valgt forskningsdesign på pilotprosjektet

Svakhetene ved valgte forskningsdesign på pilotprosjektet er at utvalgsstørrelsen på rundt 30 respondenter er for liten til å kunne representere et utvalg av populasjonen, slik at denne svakheten i forskningsdesignet gir dermed svakheter i generalisering.

Svarprosent med frivillig deltagelse lå på rundt 30%, og er ikke så høy. Spørsmålet på hvorfor ikke flere svarte, kan være så mange faktorer (foruten inkludering- og ekskluderingskriteriene til pilotprosjektet). Basert på tilbakemeldingene fra primærkontaktene, var noen av faktorene at primærkontakt glemte å levere ut skjema under innkomstsamtalen (som er lett å glemme blant alle de andre spørreskjemaene og testene som er obligatorisk). Videre at noen pasienter syntes det holdt med å svare på det som var obligatorisk og syntes det ble mye å fylle ut enda flere skjemaer. Noen pasienter glemte etter ankomst å fylle ut og/eller mistet/forla spørreskjemaene før de ble fylt ut, eller glemte å levere spørreskjema innen fristen.

Med en svarprosent på rundt 30% er det ikke tilstrekkelig for å oppnå et pålitelig resultat siden populasjonen er lav når regelen er: «jo lavere populasjon, jo relativt høyere svarprosent trenger du for å få et nøyaktig, og dermed mer pålitelig resultat» (Spørreundersøkelser, b). Påliteligheten på svardataene gir en 95% konfidensnivå på +/- 15%, som vil si at det er +/- 15% sannsynlighet for at svardataene ikke er pålitelige, da +/- 15% gir høy usikkerhet, liten nøyaktighet og dermed liten troverdighet/pålitelighet (Spørreundersøkelser, a). Det vil si at i realiteten gir pilotprosjektet bare et visst innblikk og noe kunnskap rundt pasientgruppen, som et supplement til forskningen på samme område. Stående alene uten underbyggelse av teori vil denne empirien fra undersøkelsen bli bare en isolert beskrivelse av enkeltfenomenet med begrenset verdi. Metodesvakheten er at det kun gir et øyeblikksbilde, dermed ingen sikkerhet at det avspeiler virkeligheten med å ta i betraktning at det blant annet kan oppstå skjevheter i respondentgruppen i forhold til populasjonen. Til det må det gjennomføres flere undersøkelser og helst systematiske longitudinelle tverrsnittsundersøkelser med ulike personer med gjentatte tidsrom, som innbefattet flere respondenter, samt at en innhenter dybdekunnskap gjennom kvalitative metoder for å belyse fenomenene fra flere sider.

Utvalget omfatter alle med hjertesykdom som favner alt fra hjertesvikt med vellykket gjenoppliving til planlagt klaffeoperasjon. Noen hjertesykdommer kan være tøffere å håndtere og takle enn andre. Det kan gi en svakhet i utvalget ved at det ikke avdekkes i hvilken grad hjertesykdommen har av innvirkning og om det har noe å si for utvalget, altså om de som

valgte frivillig å delta. Valgte de med alvorlige hjertehendelser å delta, eller var flertallet blant de med moderate til lettere hjertehendelser? Og er det alvorligheten i hjertehendelsen som avgjør hvor krevende den er å takle? I denne oppgaven ligger antagelsen i at hjertehendelse kan være like krevende å takle uansett alvorlighetsgrad.

Styrker ved forskningsdesignet er bruk av standardiserte spørreskjema som er valide og reliable, og at de er brukt i mange studier innenfor hjertesykdom og hjertehendelse.

Til tross for undersøkelsens svakheter og begrensinger kan funnene være nyttig supplement for praksisfeltet og danne grunnlag for ny forskning.

3.7 Etikk

Forskning innebærer etiske overveielser og forholde seg til juridiske retningslinjer. Etikk dreier seg om hva vi kan og ikke kan gjøre mot hverandre (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010). I Helsinkideklarasjonen, som ble utarbeidet av verdens legeforening i 1964 og revidert i 2008, fastslår at medisinsk forskning er underlagt etiske standarder som fremmer respekt for alle mennesker og beskytter deres helse og rettigheter (Malterud, 2011).

Samfunnsforskning bedømmes ut fra etiske standarder (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010) og er underlagt gjeldene lover som for eksempel helseforskningsloven (Lovdata, 2008) og forskningsetikkloven (Lovdata, 2008).

Pilotprosjektet gikk under medisinske- og helsefaglige forskningsprosjekter og er godkjent av Regional etisk komite (vedlegg 4) da det er en studentoppgave som skal oppfylle vitenskapelige krav med som formål å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom (REK - Regional etisk komité, 2010). Den ble også meldt og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (vedlegg 5).

Informasjonsskrivet til pilotprosjektet (vedlegg 1) ble utarbeidet i tråd med forskningsetiske retningslinjer vedtatt av Den Nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) ”Informantens rett til selvbestemmelse og autonomi”, ”Forskerens plikt til å respektere informantens privatliv” (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010).

3.7.1 Forskningsetiske refleksjoner

De forskningsetiske refleksjonene var å vurdere for og imot om det var etisk forsvarlig å utsette pasienter med hjertesykdom for å besvare spørreskjemaene. Kunne det gi en tilleggsbelastning, eller kunne det gi en opplevelse av indre (for eksempel pliktfølelse), og/eller ytre (for eksempel fagpersonell) press og krav til å fylle ut skjemaene, som ikke er gunstig for en allerede sårbar gruppe da majoriteten nylig har gjennomgått en sykehusbehandling (1-2 uker etter hendelse)? Eller er gruppen autonome (selvstendige) individer som kan vurdere sitt ønske om deltagelse eller ikke uten at det gir store tilleggsbelastninger? Disse og flere hypoteser og scenarier ble vurdert og ledet dithen at det var formålstjenlig med å tilby psykologbistand dersom undersøkelsen forårsaket tilleggsbelastninger som ville gi ringvirkninger for rehabiliteringsprosessen. I etterkant av undersøkelsesperioden var det ingen av respondentene som meldte om behov eller ønsket bistand fra enten helsepersonell eller psykolog etter å ha fylt ut spørreskjemaene.

3.7.2 Tilbaketrekking av samtykke og sletting

Ettersom det var et mindre antall pasienter med hjertesykdom som kom til rehabiliteringssenteret i innsamlingsperioden var det en mulighet for indirekte identifisering av deltakerne, såkalt «bakveisidentifisering». Opplysningene ble derfor ikke å regne som anonyme, men som indirekte personidentifiserbare. For å sikre deltakernes rettigheter med henblikk på tilbaketrekking av samtykket og sletting og innsyn i materialet, jf. helseforskningsloven, ble pasientenes ID nummer fra det elektronisk pasientjournalssystem (som er brukt på rehabiliteringssenteret), ført opp på samtykkeerklæringen i tillegg til prosjektets ID-nummer.

Pasientens pasientjournal ID-nummer ble fortløpende utfylt av primærkontaktgruppen på samtykkeerklæringen som de gav ut til pasienten sammen med informasjon om undersøkelsen og spørreskjemaene. Samtykkeerklæringen ble da koblingsnøkkelen som kobler deltakernes navn og pasientjournal ID-nummer med prosjektets ID-nummer, slik at spørreskjemaene er aidentifiserte med kun ID-nummer.

Deltakelse i pilotstudien innebar å legge ferdig utfylt samtykkeerklæring og spørreskjemaene i en låst postkasse på anvist sted. For å minimere identifisering av deltagere ble postkassen tømt en gang i måneden av leder for fysisk rehabilitering, som oppbevarte samtykkeerklæring og spørreskjemaene hver for seg i låst skuff i et låsbart kontor slik at det ikke kunne identifisere personer. Dataene fra spørreskjemaene ble kjørt gjennom SPSS statistikkprogram (IBM), slik at ved publikasjon vil det ikke fremkomme personopplysninger eller være sporbar tilbake til den enkelte pasient da opplysningene er avidentifiserte. Spørreskjemaene og samtykkeerklæringene blir oppbevart hver for seg i låsbart arkiv i 5 år etter endt prosjektslutt.

3.7.3 Forskers rolle

Å forske på pasienter på ens eget arbeidssted kan være et etisk dilemma. Det med tanke på gjenkjennelse av informantene, eller påvirkning av både svar og deltagelse, eller innvirke på selve rehabiliteringsprosessen. I datainnsamlingsperioden gav forskers rolle, som ergoterapeut, en mulighet for interaksjon med pasientgruppen dersom de hadde behov for ergoterapirelaterte tjenester. Denne kontakten er svært generell slik at det ble vurdert at det var liten sannsynlighet for at forsker kunne ha mulighet for å kunne identifisere pasienter under analysen av spørreskjemaer hvor kun ID-nr. var oppført.

Forsker fikk etter datainnsamlingsperioden tilgang til spørreskjemaene for å utarbeide data. På den måten minimerte det en eventuell risiko for å kunne identifisere enkeltpasienter, eller innvirke på rehabiliteringsprosessen under deres rehabiliteringsopphold på rehabiliteringssenteret.

4.0 FUNN OG DRØFTING

I dette kapittelet blir funnene presentert og drøftet ut fra teori og litteratur. Deretter blir foreligger det en oppsummering med de viktigste funnene, og problemstillingene blir forsøkt besvart. Kapittelet avsluttes med styrker og svakheter i studien og forslag til videre forskning.

4.1 Utvalget i forhold til alder og kjønn

Omtrent halvparten av pasienter med hjertesykdom deltar på hjerterehabilitering i etterkant av hjertehendelsen (Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetstregistre, 2017). I 2016 kom det 276 pasienter til behandling på et rehabiliteringssenter under ytelsesavtale H – Hjertesykdommer hvor pilotprosjektet ble utført. Av de var det 93 som hadde innkomst i datainnsamlingsperioden på fire måneder fra 1.06.16 til og med 30.09.16. Av disse valgte 29 frivillige respondenter å delta i pilotprosjektet. Utvalget i pilotprosjektet er dermed 29 pasienter i behandling på et rehabiliteringssenter under ytelsesavtale H – Hjertesykdommer. Det gav en svarprosent på 31,2 %.



Figur 1: Illustrasjonsbilde på utvalgets størrelse i pilotprosjektet sett ut fra en hypotetisk populasjon.

Gjennomsnittsalderen på respondentene var 68,7 år (56-85 år), med snitt for menn på 65 år og snitt kvinner på 74 år, fordelt på 59% menn og 41% kvinner. Dette avviker ikke nevneverdig gjennomsnittsalder og fordeling av kjønn til de 276 som kom til hjerterehabilitering i 2016 hvor gjennomsnittsalderen var på 67 år fordelt på rundt 60% menn og 40% kvinner.

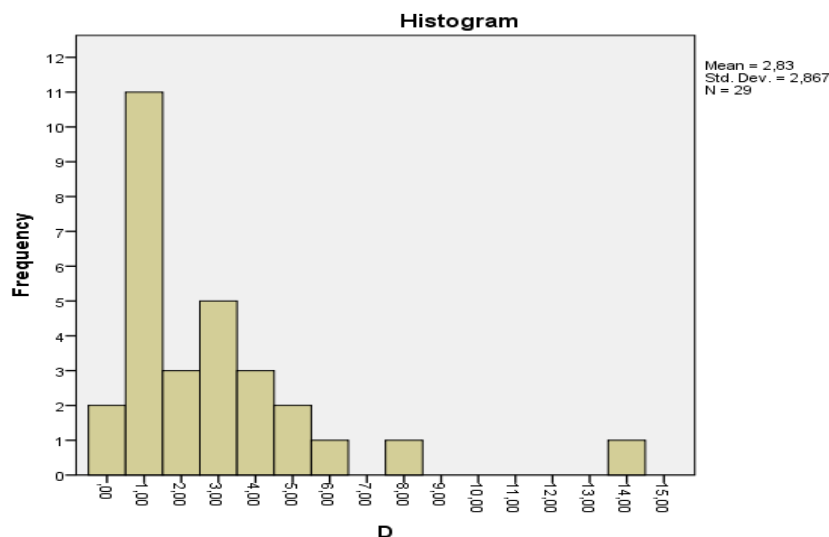
4.2 Forekomst av symptomer på angst og depresjon blant pasienter i behandling på et rehabiliteringssenter under ytelsesavtale H – Hjertesykdommer

Gjennom univariat analyse ble det funnet at totalskår for HADS) (HADS-T) hadde et gjennomsnittsskår for alle respondentene på 6,7. Snittet for kvinner var på 8,7 og snittet for menn var på 5,3. 10,3% hadde cutoffskår på 15 eller mer som angir tilfelle av angst- og depresjon. Det er på linje med forekomsten i befolkningen generelt som ligger på rundt 10 % med angst- og depresjonssymptomer, ifølge Sørli (2014).

Pilotprosjektet viser at det er funn av både angst og depresjon blant pasienter på hjerterehabilitering på 10,3%. Nasjonale retningslinjer anbefales å kartlegge psykiske tilstander, som angst og depresjon, fordi psykososiale faktorer utgjør forverring av eksisterende sykdom (Norheim, et al., 2009).

4.3 Forekomsten av symptomer på depresjon blant pasienter i behandling på et rehabiliteringssenter under ytelsesavtale H – Hjertesykdommer

Med en univariat analyse hadde HADS-D et gjennomsnitt for alle på 2,8. Snittet for kvinner var på 3,8 og for menn var det 2,2 i snitt. Ut fra det kan det tyde på at kvinner har noe mer forekomst av depresjon enn menn. Det er 2 forekomster av 29 på HADS-D på skår 8 eller mer som tilsvarer 6,9%.



Forekomst av depresjon ved hjertelidelse er anslått mellom 15-40% (sykepleien), men det er anslått ut fra en stor variasjon i type studier, metode og forskningsdesign. Den store variasjonen kan være knyttet til type studier og hvorvidt man benytter selvutfylling av spørreskjemaer eller strukturert diagnostisk intervju (ibid). Disse variasjonen kan også skyldes underdiagnostisering hvor kanskje emosjonelle symptomer kan bli satt til side fordi de kan være forståelige etter en hjertehendelse ved at det er «naturlig å føle seg nedfor etter et hjerteinfarkt» (Freedland & Carney, 2013). Depresjon kan også være overdiagnostisert med bli forvekslet med fatigue, samt at det kan være vanskelig for pasienter å beskrive depresjonssymptomer rett etter en stressfull hjertehendelse (ibid).

Ved å sammenligne med studier som har brukt spørreskjema HADS, kan en se at funnet i pilotprosjektet med HADS-D på 6,9% sammenfaller med funnet i den norske studien NORwegian CORonary Prevention (NOR-COR) (N=1127). Hvor 6% hadde HADS-D skår på 8 eller mer (Munkhaugen, et al., 2016). NOR-COR studien omfattet hjertesykdommer ved to sykehus på Østlandet i Norge i en periode fra 2011 til 2014. Denne studien er utført i samme helseregion som pilotprosjektet (Helse Sør-Øst). Funnet i pilotprosjektet er vesentlig lavere enn i den tredje store Helseundersøkelsen i Nord Trøndelag (HUNT 3) (N=28 159) hvor 12,3 % hadde HADS-D 8 eller over. Likeså er pilotprosjektets funn er betydelig lavere enn i den danske studien hvor det var 18,6% forekomst av depresjon blant personer med hjertesykdom (Larsen, Westergaard, Søndergaard, & Christensen, 2011).

Depresjon kan være årsak til hjertesykdom og hjertesykdom kan være årsak til depresjon ((Aarre, 2014), (Freedland & Carney, 2013) og (Langvik & Hjemdal, 2015)). Uansett retning på årsaksforhold, så vil personer med depresjon og hjertesykdom plages mer, og ha et mindre gunstig forløp. Depresjon er forbundet med økt risiko for død ved hjertesykdom og har store konsekvenser for livskvalitet, arbeidsevne og evne til etterlevelse av medisinsk behandling (Berge, et al., 2017). Depresjon innvirker også på å etterfølge anbefalinger, ta foreskrevne medikamenter riktig, og foreta og opprettholde livsstilsendringer ((Sørli, 2014), (Casey, Hughe, Waechter, Josephson, & Rosneck, 2008), (Poole, et al., 2017) og (Berge, et al., 2017)). Det kan medføre økte utgifter for samfunnet med flere konsultasjoner, lengre innleggelse og flere reinnleggelse (Berge, et al., 2017). Depresjon gir større sannsynlighet for å avbryte eller ikke fullføre hjerterehabiliteringen (dropout) (Casey, Hughe, Waechter, Josephson, & Rosneck, 2008).

For å se på om det kunne finnes forklaringsmodeller på depresjon ble det utført en lineær regresjonsanalyse. Regresjonsanalysen kunne eventuelt si noe om kjønn og alder (uavhengige variabler) har noe å si for depresjon (avhengig variable). Modellen ga liten forklaring og hadde ingen signifikans. Den ble derfor forkastet.

Kjønn og alder i forhold til depresjon Model Summary^b

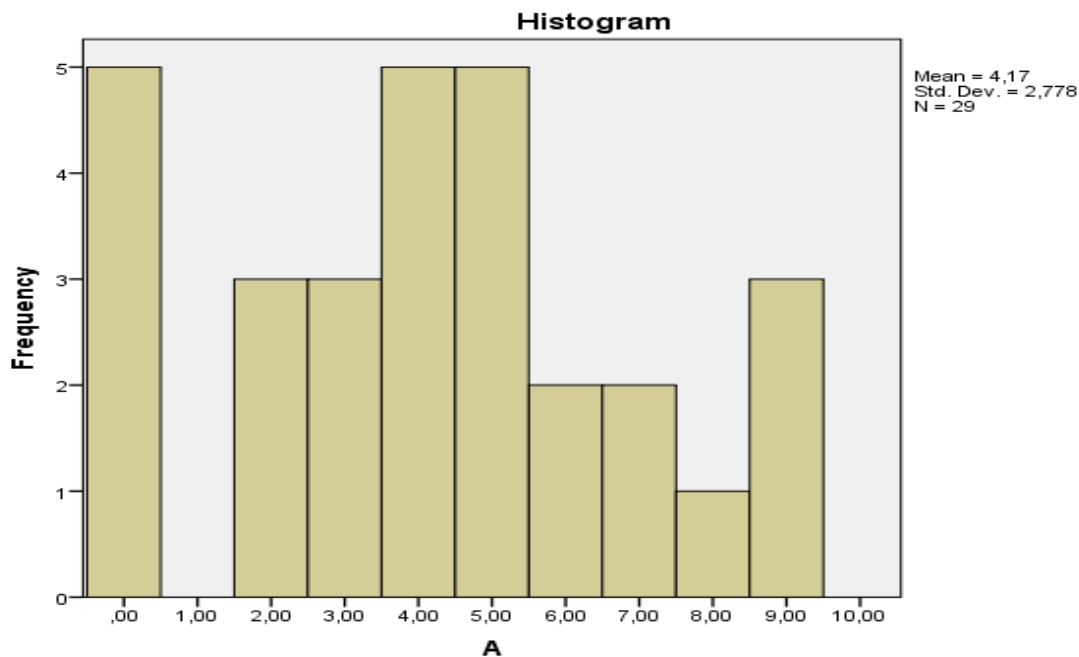
	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
				R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,283 ^a	,080	2,85395	,080	1,127	2	26	,339	1,249

a. Predictors: (Constant), Alder_eksakt, 15_Kjønn

b. Dependent Variable: D

4.4 Forekomst av symptomer på angst blant pasienter i behandling på et rehabiliteringssenter under ytelsesavtale H – Hjertesykdommer

Univariat analyse ble brukt for å finne forekomst av angst. HADS-A gjennomsnitt for alle respondenter var på 4,2. Snittet for kvinner var på 5,7 og for menn var det 3,1 i snitt. Ut fra det kan det tyde på at kvinner har mer forekomst av angst enn menn. Det er 4 forekomster av 29 på skår 8 eller mer som tilsvarer 13,8%. Det er en høyere forekomst av angst i pilotprosjektet enn depresjon.



I følge en tverrsnittstudie (N= 181 845) som omfattet 42 land fant de at gjennomsnittsangsten i populasjonen lå på 10,3% (Vancampfort, Koyanagi, Hallgren, Probst, & Stubbs, 2017). Pilotprosjektet har dermed noe høyere forekomst av angst blant personer med hjertesykdom, enn i forekomsten i befolkningen generelt.

Forekomst av angst blant personer med hjertesykdom er ikke entydig, da det er stor variasjon i type studier og metoder. Sammenlignet med studier som har brukt HADS, er pilotprosjektet sitt funn på 10% høyere enn funnet i NOR-COR på 3% forekomst av angstsymptomer hos personer med hjertesykdom (Munkhaugen, et al., 2016). Pilotprosjektet sitt funn på 13,8% er også høyere enn i HUNT 3 undersøkelsen til Langvik & Hjemdal (2015) som viste at 10,6% av pasienter med hjerteinfarkt hadde angst.

Pilotstudien sitt funn av angstnivå ligger noe høyere i forhold til de norske studiene, som det er naturlig å sammenligne med. Hva som kan skyldes det noe høye angstnivået blant personer med hjertesykdom på rehabilitering vites ikke. Det kan være alt fra skjevheter i forekomst i utvalg eller andre faktorer.

Sett i lys av den relative høye forekomsten av angst i pilotstudien sier teorien at komorbiditet (samsykdom) med både hjertesykdom og angstlidelser ofte forverrer behandlingsresultat og prognose (Dahl A. A., 2014). Angst er en risiko for koronar hjertesykdom og hjertesykdom kan være risiko for å utvikle angst ((Dahl, Krüger, Dahl, Stordal, & Mykletun, 2002) og (Vancampfort, Koyanagi, Hallgren, Probst, & Stubbs, 2017)). Pasienter med angst og hjertesykdom har større risiko for infarkt, plutselig hjertedød, hjertestans eller behov for bypassoperasjon (Dahl A. A., 2014). Ved å se på gjennomsnittsalderen på pilotstudien på 68,7 år, viser studie at det er 80% høyere rate av dødelighet blant personer over 65 år som rapporterte om angst 0 til 2 måneder etter hjerteinfarktshendelsen (Smeijers, et al., 2017). En stor andel av pasienter med hjerteinfarkt opplever angst for nytt hjerteinfarkt ((Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetstregistre, 2017) og (Ginting, Näring, Kwakkenbos, & Becker, 2015)). Et nytt hjerteinfarkt betyr dårligere prognose (Dahl, 2014). På en side kan frykten for at det skal skje igjen kan bidra til at pasienter blir mer motivert for endringer i livsstil (Dahl A. A., 2014). På en annen side kan angsten bli sykkelig når faresignalet kommer for lett, og kan gi tendens til å tolke hverdagslige kroppslige symptomer at sykdommen har forverret seg (ibid). Angst kan også gi en tilbøyelighet til å bli beroliget ved stadig oppsøke lege/sykehus (Dahl A. A., 2014), noe som kan utgjøre en kostnad for samfunnet.

For å utforske mer rundt forekomsten av angst i pilotprosjektet, ble det foretatt en lineær regresjonsanalyse. Det for å se om kjønn og alder (uavhengige variabler) kan si noe om forekomsten av angst (avhengig variabel). Den viste at kjønn og alder som forklaring på forekomst av angst kunne forklares med hele 44,0% (regresjonskoeffisient) og med justert koeffisient 39,7% av den opprinnelige variasjonen. Med andre ord angir modellen at 44% (39,7% justert) av variasjonen kan si noe om alder og kjønn. Dette er signifikant på 0,001 nivå.

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,663	,440	,397	2,15730	,440	10,221	2	26	,001	1,805

a. Predictors: (Constant), Alder_eksakt, 15_Kjønn

b. Dependent Variable: A

Anova-tabellen viser at hele modellen er svært signifikant.

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	95,135	2	47,568	10,221	,001 ^b
	Residual	121,003	26	4,654		
	Total	216,138	28			

a. Dependent Variable: Angst

b. Predictors: (Constant), Alder_eksakt, 15_Kjønn

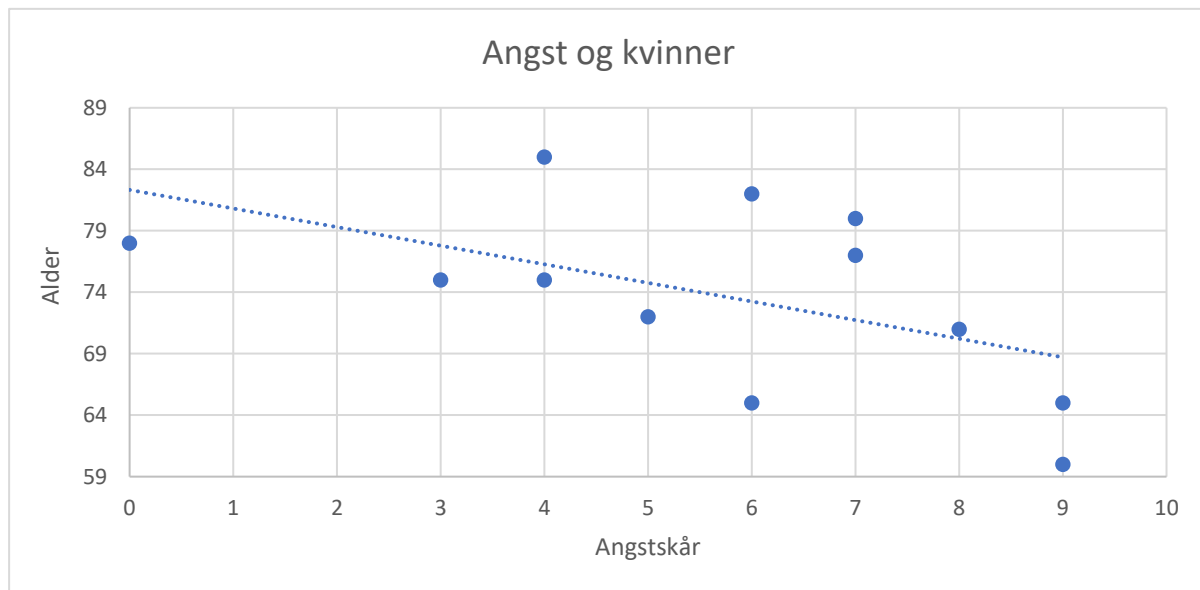
Modellen under viser at dersom skåren for kjønn går ett poeng opp (fra menn til kvinner) vil modellen forklare at angsten vil gå opp 4,152 poeng, og tilsvarende at dersom alderen går opp en verdi (1 år), så vil angsten reduseres med 0,186 poeng. Altså sier modellen at kvinner gi en høyere angst, og lavere alder hos kvinner gir høyere angst.

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error				Beta	Zero-order	Partial	Part	Tolerance
1 (Constant)	11,056	3,441		3,213	,003					
15_Kjønn	4,152	,950	,749	4,368	,000	,460	,651	,641	,732	1,366
Alder_eksakt	-,186	,057	-,559	-3,259	,003	-,171	-,539	-,478	,732	1,366

a. Dependent Variable: A

Det vil si at yngre kvinner har en tendens til å ha mer angst i pilotstudien. Sett i lys av studien til Ginting, Näring, Kwakkenbos, & Becker (2015), som omfattet 293 individer i Indonesia med koronar hjertesykdom, fant de at det var mer forekomst av angst enn depresjon blant deltakerne, og at yngre deltagere rapporterte om høyere angst. Det ble ikke funnet noe funn av betydning i forhold til alder og menn (uavhengige variabler) og angst (avhengig variabel).



Figur 2: Kvinnens alder og skår på angstskaalen, med innlagt trendlinje som illustrerer ovennevnte funn.

4.5 Forekomsten av mestringstro blant pasienter i behandling på et rehabiliteringssenter under ytelsesavtale H – Hjertesykdommer

Gjennom en univariat analyse ble det funnet at gjennomsnittsskåren på mestringstro hos respondentene i pilotprosjektet lå på 31, på en skala fra 10 (lav) til 40 (høy). For kvinner var snittet på 32 og for menn var snittet på 30. Det var ingen signifikante funn av betydning i forhold til alder, kjønn og mestringstro.

Funnet sammenfaller med den svenske randomiserte kontrollstudien (RCT) av Wolf, et al. (2016), hvor 199 respondenter rapporterte grad av mestringstro etter akutt hjertehendelse, lå resultatet på rundt 30 på GSE skår.

Med en gjennomsnittskår på 31 i mestringstro kan det tyde på at respondentene i pilotprosjektet har relativ god mestringstro. Altså at de vurderer sin egen forventning til mestre en rekke vanskelige krav i livet til å være god (Røysamb, Schwarzer, & Jerusalem, 1998). Dette kan være gunstig sett når mestringstro er betydningsfull i forhold til å kunne endre helseatferd for å oppnå helsemessige gevinster (Bonsaksen, Fagermoen, & Lerdal, 2014). Samt at studie viser til at mestringstro kan påvirke både forløp og utfall, samt for hvordan man håndterer livet med alvorlig somatisk sykdom (Heyerdahl, 2014). Høyere nivå av mestringstro bidrar til at medisiner blir tatt som foreskrevet, og gir en økt egenomsorg (Dickson, Buck, & Riegel, 2013). Motsatt viser studie at lav mestringstro gir dårlig etterlevelse til å ta medisinene og ta dem som foreskrevet (Son, Kim, & Park, 2014).

4.6 Korrelasjon mellom angst, depresjon og mestringstro for pasienter i behandling på et rehabiliteringssenter under ytelsesavtale H – Hjertesykdommer

For å se om det er en mulig sammenheng (korrelasjon) mellom angst, depresjon og mestringstro ble det kjørt en lineær regresjonsanalyse. Via denne analysen hvor angst og depresjon (uavhengige variabler) og mestringstro (avhengig variabel) kan det tyde på at disse påvirker mestringstroen signifikant på 0,01 nivå i 38,4% av variasjonene (33,7% justert).

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	,620 ^a	,384	,337	3,941	,384	8,101	2	26	,002	1,925

a. Predictors: (Constant), Depresjon, Angst

b. Dependent Variable: GSE_Score

Anova viser at modellen er signifikant.

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	251,631	2	125,816	8,101	,002 ^b
	Residual	403,817	26	15,531		
	Total	655,448	28			

a. Dependent Variable: GSE_Score

b. Predictors: (Constant), Depresjon, Angst

I resultatet under kan en se at lav skår på HADS-A og HADS-D gav høyere skår på mestringstro, med et signifikansnivå på 0,01 på korrelasjon. Både angst og depresjon påvirker mestringstroen negativt, men det er kun depresjon som er signifikant.

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error				Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
Constant	34,780	1,363		25,519	,000	31,979	37,582					
Angst	-,375	,299	-,215	-1,253	,221	-,989	,240	-,434	-,239	-,193	,804	1,245
Depresjon	-,833	,290	-,493	-2,873	,008	-1,428	-,237	-,589	-,491	-,442	,804	1,245

a. Dependent Variable: GSE_Score

Dette understøtter funnet av Pearsons korrelasjonsanalyse, hvor det var tydelig at depresjon var den parameteren som hadde sterkest og mest signifikant korrelasjon. En Bi-variats korrelasjonsanalyse (Pearson) viser at det er middels signifikante korrelasjoner mellom angst og depresjon i forhold til mestringstro. Depresjon har den sterkeste relasjonen med mestringstro, ved at økt tendens til depresjon gir en lavere mestringstro.

Correlations

		Angst	Depresjon	Angst+ Depresjon	GSE_Score	Alder_eksakt	15_Kjønn
Angst	Pearson Corr.	1	,443*	,705**	-,434*	-,171	,460*
	Sig. (2-tailed)		,016	,000	,019	,374	,012
	N	29	29	29	29	29	29
Depresjon	Pearson Corr.	,443*	1	,892**	-,589**	,197	,275
	Sig. (2-tailed)	,016		,000	,001	,305	,149
	N	29	29	29	29	29	29
Angst+ Depresjon	Pearson Corr.	,705**	,892**	1	-,586**	,086	,341
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,001	,659	,070
	N	29	29	29	29	29	29
GSE_Score	Pearson Corr.	-,434*	-,589**	-,586**	1	-,059	-,226
	Sig. (2-tailed)	,019	,001	,001		,760	,238
	N	29	29	29	29	29	29
Alder_eksakt	Pearson Corr.	-,171	,197	,086	-,059	1	,517**
	Sig. (2-tailed)	,374	,305	,659	,760		,004
	N	29	29	29	29	29	29
15_Kjønn	Pearson Corr.	,460*	,275	,341	-,226	,517**	1
	Sig. (2-tailed)	,012	,149	,070	,238	,004	
	N	29	29	29	29	29	29

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Angst og depresjon påvirker mestringstroen negativt, men det er kun depresjon som har den sterkeste korrelasjonen med mestringstro, ved at økt tendens til depresjon gir en lavere mestringstro. Funnet av korrelasjonen mellom angst og depresjon og mestringstro i pilotstudien sammenfaller med funn gjort i annen studie som fant at generell mestringstro kan ha sammenheng med angst og depresjon for pasienter med hjertesykdom (Heyerdahl, 2014).

En studie viser at mestringstro er ikke statisk, men dynamisk som endrer seg i lys av påvirkning (Wolf, et al., 2016). I følge Mæland (2006) er det bildet pasienten danner seg av sin egen situasjon, med på å forme forventninger eller tro om hva fremtiden vil bringe. Slike forventninger danner seg tidlig, gjene under sykehusoppholdet, med tendens til å festne seg og er avgjørende for videre forløp. Hvis økt tendens til depresjon gir en lavere mestringstro, kan det å påvirke depresjonssymptomene kanskje gi økt mestringstro? Ettersom mestringstro er dynamisk og kan endre seg med påvirkning. Hvis økt tendens til depresjon gir en lavere mestringstro, vil mindre tendens til depresjon gi en høyere mestringstro.

4.7 Oppsummering av funn

Utvalget i pilotprosjektet på 29 respondenter (av 93 i datainnsamlingsperioden) i behandling på et rehabiliteringssenter under ytelsesavtale H – Hjertesykdommer, gav en svarprosent på 31,2 %. Gjennomsnittsalderen 68,7 år (menn 65 år og kvinner 74 år), fordelt på 59% menn og 41% kvinner.

Totalskår for angst og depresjon (HADS-T) var gjennomsnittskår på 6,7 (kvinner 8,7 og menn 5,3), hvor 10,3% hadde cutoffskår på 15 eller mer som angir tilfelle av angst- og depresjon. Det er på linje med forekomsten i befolkningen generelt som ligger på rundt 10 % med angst- og depresjonssymptomer (Sørli, 2014). Pilotprosjektet viser at det er funn av både angst og depresjon blant pasienter på hjerterehabilitering på 10,3%. Nasjonale retningslinjer anbefales å kartlegge psykiske tilstander, som angst og depresjon, fordi psykososiale faktorer utgjør forverring av eksisterende sykdom (Norheim, et al., 2009)

4.7.1 Funn i forhold til depresjon

HADS-D gjennomsnittsskår var på 2,8 (kvinner 3,8 og menn 2,2), hvor kvinner har mer forekomst av depresjon enn menn. 6,9% av respondentene hadde cutoffskår på 8 eller mer som angir tilfelle av depresjon. Depresjonsforekomsten i pilotprosjektet på 6,9% er lavere sett i forhold til populasjonsforekomst på rundt 10% (Sørli, 2014).

Ved å sammenligne med studier som har brukt spørreskjema HADS sammenfaller funnet i pilotprosjektet med den norske studien NORwegian CORonary Prevention (NOR-COR) hvor de fant 6% depresjonsforekomst (Munkhaugen, et al., 2016). Funnet i pilotprosjektet er vesentlig lavere enn funnet i den tredje store helseundersøkelsen i Nord Trøndelag (HUNT 3) som viste 12,3% forekomst av depresjon (Langvik & Hjemdal, 2015).

Depresjon kan være årsak til hjertesykdom og hjertesykdom kan være årsak til depresjon ((Aarre, 2014), (Freedland & Carney, 2013) og (Langvik & Hjemdal, 2015)). Depresjon er forbundet med økt risiko for død ved hjertesykdom og har store konsekvenser for livskvalitet, foreta og opprettholde livsstilsendringer, arbeidsevne og evne til etterlevelse av medisinsk behandling ((Sørli, 2014), (Casey, Hughe, Waechter, Josephson, & Rosneck, 2008), (Poole, et al., 2017) og (Berge, et al., 2017)). Det kan medføre økte utgifter for samfunnet med flere konsultasjoner, lengre innleggelser og flere reinnleggelser (Berge, et al., 2017). Depresjon gir større sannsynlighet for å avbryte eller ikke fullføre hjerterehabiliteringen (droppout) (Casey, Hughe, Waechter, Josephson, & Rosneck, 2008).

4.7.2 Funn i forhold til angst

HADS-A hvor gjennomsnitt for alle respondenter var på 4,2. Snittet for kvinner var på 5,7 og for menn var det 3,1 i snitt. Det er 4 forekomster av 29 på skår 8 eller mer som tilsvarer 13,8%. I pilotstudien kan yngre kvinner en tendens til å ha mer angst. Pilotprosjektet har høyere forekomst av angst blant personer med hjertesykdom, enn i forekomsten i befolkningen generelt. Hvor gjennomsnittsangsten i populasjonen lå på 10,3% (Vancampfort, Koyanagi, Hallgren, Probst, & Stubbs, 2017). Sammenlignet med studier som har brukt HADS, er pilotprosjektet sitt funn på 10% høyere enn funnet i NOR-COR studien. Som var på 3% forekomst av angstsymptomer hos personer med hjertesykdom (Munkhaugen, et al.,

2016). Pilotprosjektet sitt funn på 13,8% er også høyere enn i HUNT 3 undersøkelsen til Langvik & Hjemdal (2015). Som viste at 10,6% av pasienter med hjerteinfarkt hadde angst (ibid).

Pasienter med angst og hjertesykdom har større risiko for infarkt, plutselig hjertedød, hjertestans eller behov for bypassoperasjon (Dahl A. A., 2014). Det er 80% høyere rate av dødelighet blant personer over 65 år, som rapporterte om angst (Smeijers, et al., 2017). En stor andel av pasienter med hjerteinfarkt opplever angst for nytt hjerteinfarkt ((Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetstregistre, 2017) og (Ginting, Näring, Kwakkenbos, & Becker, 2015)). Et nytt hjerteinfarkt betyr dårligere prognose (Dahl, 2014). På en side kan frykten for at det skal skje igjen kan bidra til at pasienter blir mer motivert for endringer i livsstil (Dahl A. A., 2014). På en annen side kan angsten bli sykkelig ved å tolke hverdagslige kroppslige symptomer at sykdommen har forverret seg (ibid). Angst kan gi en tilbøyelighet til å bli beroliget ved stadig oppsøke lege/sykehus (Dahl A. A., 2014), noe som kan utgjøre en kostnad for samfunnet.

4.7.3 Funn i forhold til mestringstro

Gjennomsnittskåren på mestringstro var på 31 (kvinner 32 og menn 30), på en skala fra 10 (dårlig) til 40 (god). Funnet sammenfaller med andre studier som omfattet hjertesykdom og mestringstro med funn på henholdsvis 30,3 til 31,6 (O'Rourke & Hampson, 1999) og på 30 (Wolf, et al., 2016). Høy skår på mestringstro, tilsier god tro på seg selv til å kunne mestre vanskelige krav i livet (Røysamb, Schwarzer, & Jerusalem, 1998). Mestringstro er betydningsfull i forhold til å endre helseatferd for å oppnå helsemessige gevinster (Bonsaksen, Fagermoen, & Lerdal, 2014). Høyere nivå av mestringstro kan bidra blant annet til at medisiner blir tatt som foreskrevet (Dickson, Buck, & Riegel, 2013), og etterfølge anbefalinger og råd fra behandlere (Sørli, 2014).

4.7.4 Funn i forhold til korrelasjon mellom angst og depresjon og mestringstro

Angst og depresjon har signifikant korrelasjon på 0,01 nivå med mestringstro. Både angst og depresjon påvirket mestringstroen negativt, men kun depresjon har den sterkeste korrelasjonen med mestringstro, ved at økt tendens til depresjon gir en lavere mestringstro.

4.8 Besvarelse av problemstillingene

Oppgaven har to problemstillinger:

- 1) Hvilken grad av angst- og depresjonssymptomer og mestringstro har pasienter i behandling på et rehabiliteringssenter under ytelsesavtale H – Hjertesykdommer?
- 2) Hvilken korrelasjon er det mellom angst- og depresjonssymptomer og mestringstro?

For å besvare den første problemstillingen hadde 6,9% depresjon (målt med HADS hvor 8 eller mer angir tilfelle av depresjon), 13,8% hadde angst (målt med HADS hvor 8 eller mer angir tilfelle av angst), og gjennomsnittskåren på mestringstro var på 31 (på en skala fra 10 til 40 hvor 10 er dårlig og 40 er svært bra).

Svaret på den andre problemstillingen er at både angst og depresjon korrelerer med mestringstro, ved at lavere skår på angst og depresjon gir høyere skår på mestringstro, hvor kun depresjon er signifikant og har den sterkeste korrelasjonen med mestringstro (mer depresjon gir lavere mestringstro).

4.9 Styrker og svakheter i studien

Svakhet i forskningsdesignet i pilotprosjektet er utvalgsstørrelsen med en svarprosent på rundt 30%, som er for liten til å kunne representere et utvalg av populasjonen. Denne svakheten i forskningsdesignet gir dermed svakheter i generalisering. Frivillig deltagelse gir svakhet ved studien, da en ikke har noe kjennskap til gruppen som ikke deltar.

Styrker ved forskningsdesignet er bruk av standardiserte spørreskjema som er valide og reliable, og at de er brukt i mange studier innenfor hjertesykdom. Til tross for undersøkelsens svakheter og begrensinger er det sammenfallende funn i pilotprosjektet med funn fra tidligere forskning på feltet.

4.10 Drøfting av funn for veien videre

Oppgaven har avdekket forekomst av både angst og depresjon hos pasienter med hjertesykdom som kommer til hjerterehabilitering. Angst- og depresjonssymptomer har stor innvirkning for personer med hjertesykdom. Depresjon er forbundet med økt risiko for død ved hjertesykdom og har store konsekvenser for livskvalitet, foreta og opprettholde livsstilsendringer, arbeidsevne og evne til etterlevelse av medisinsk behandling ((Sørli, 2014), (Casey, Hughe, Waechter, Josephson, & Rosneck, 2008), (Poole, et al., 2017) og (Berge, et al., 2017)). Det kan medføre økte utgifter for samfunnet med flere konsultasjoner, lengre innleggelse og flere reinnleggelse (Berge, et al., 2017).

Pasienter med angst og hjertesykdom har større risiko for infarkt, plutselig hjertedød, hjertestans (Dahl A. A., 2014). Spesielt utsatt er de over 65 år med angst i tillegg til hjertesykdom (Smeijers, et al., 2017). Frykt ny hjertehendelse kan bidra til mer motivasjon for endringer i livsstil, men angsten kan bli sykkelig ved å tolke hverdagslige kroppslige symptomer at sykdommen har forverret seg (Dahl A. A., 2014). Det kan gi store konsekvenser på livskvalitet og livsutfoldelse, som kan gi økt tendens til oppsøking av lege og sykehus (ibid). Noe som kan være kostbart for samfunnet.

Psykisk helsearbeid omfatter alle deler av helsetjenestene, ved å fremme og bedre menneskers psykiske helse (Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2008). Depresjon og angstsymptomer har stor innvirkning for forløp og prognose til pasienter med hjertesykdom. Ressurssenter for hjerterehabilitering i Helse Sør-Øst (2014) mener spesialisthelsetjenesten er best egnet til å ta hånd om pasienter med hjertesykdom og uttalte psykiske og mentale utfordringer. Det finnes ingen nasjonal standard for hjerterehabilitering (ibid) slik at det psykiske helsearbeidet som tilbys varierer. Det er lite førende retningslinjer for det psykiske helsearbeidet i hjerterehabilitering, foruten at i følge St.meld. nr. 21 (1998) hvor mål er å oppnå blant annet bedre psykisk helse. Hvilken type psykisk helsearbeid som gis og hvilken grad det tilbys kan

være utslagsgivende for pasienter med hjertesykdom i forhold til livskvalitet og livsprognose. Med tanke på forekomst og utfall, kan det være hensiktsmessig med intervensjoner for psykisk helse som på lik linje med fysiske intervensjoner på hjerterehabilitering. Samt en større grad av standardisert eller definert tilbud for psykisk helsearbeid, både gruppebaserte og individuelle intervensjoner.

Undersøkelsen i denne oppgaven har som mål å bidra til økt kunnskap, som har betydning for ytelsesgruppen. Det for å gi helsearbeidere og ledere i helsetjenesten kunnskap til å kunne beslutte og skreddersy tilbud til denne gruppen. Det er ønske at resultatene kan brukes av av instanser som tilbyr hjerterehabilitering. Nasjonale retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer anbefaler å kartlegge psykiske tilstander, som angst og depresjon, fordi psykososiale faktorer utgjør forverring av eksisterende sykdom (Norheim, et al., 2009). Spørreskjema Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) er utviklet for å måle angst- og depresjonsnivå hos pasienter innlagt i somatiske sykehusavdelinger (Dahl, Krüger, Dahl, Stordal, & Mykletun, 2002). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) måler ikke angst- og depresjonssymptomer som kan skyldes somatisk sykdom, slik som lite energi eller konsentrasjonsproblemer (ibid), og kan derfor være et hensiktsmessig kartleggingsinstrument. Ved å innføre slik kartlegging som standard ved ankomst på hjerterehabiliteringssenter kan det avdekke eventuelle psykiske utfordringer for personer med hjertesykdom. Det kan bidra til at den som har behovet får den hjelpen den trenger av psykisk helsearbeid for å kunne takle og mestre sin hjertesykdom. Når en vet at det er en tendens til at de med depresjon faller ut av hjerterehabilitering vil en slik kartlegging med påfølgende fokus på problematikken kanskje redusere dette.

I følge Mæland (2006) er det bildet pasienten danner seg av sin egen situasjon, med på å forme forventninger eller tro om hva fremtiden vil bringe. Slike forventninger danner seg tidlig, gjene under sykehusoppholdet, med tendens til å festne seg og er avgjørende for videre forløp (ibid). Majoriteten som av de som kommer til hjerterehabilitering på rehabiliteringssenter, er i hjerterehabiliteringsfase IIa (tidlig rehabilitering 1-2 uker etter hendelse). Ved å undersøke hvilke forventninger som pasienten har dannet seg av sin egen situasjon, kan være hensiktsmessig. Da disse forventningene er avgjørende for videre forløp. Fokus og intervensjoner i forhold til forventningene i hjerterehabilitering, kan bidra til økt mestringstro. Mestringstro er betydningsfull i forhold til å endre helseatferd for å oppnå helsemessige gevinster (Bonsaksen, Fagermoen, & Lerdal, 2014). Høyere grad av

mestringstro kan bidra blant annet til at medisiner blir tatt som foreskrevet og etterfølge anbefalinger og råd fra behandlere (Dickson, Buck, & Riegel, 2013).

Noe av ønsket er at resultatene fra studien kan være relevant i den videre behandlingsskjeden, for å kunne gi best tilbud for den enkelte med hjertesykdommer og psykiske utfordringer. Psykiske utfordringer påvirker både utfall og prognose for personer med hjertesykdom. Hjerterehabilitering inneholder blant annet medisinsk oppfølging, informasjon, trening, psykisk støtte, adferdspåvirkning og yrkesrettede tiltak (Mæland, 2006), men er også tidsavgrenset (Den Norske Regjering, 1998). Etter et kort opphold på hjerterehabiliteringsinstitusjon på 2-3 uker med oppfølging fysisk og psykisk, er det behov for dette arbeidet videreføres etter hjemreise i kommunehelsetjenesten. En rehabiliteringsoppfølging som ikke bare tar for seg hjertesykdommen, men også psykisk helsearbeid i forhold til psykiske utfordringer den enkelte har. En mer sømløst overgang mellom instansene med et helhetelig hjerterehabiliteringstibud innenfor hjertesykdom og psykisk helse kan gi økt sjangse for å få til varig endring, og bedre livskvalitet og livsprognose. Det kan kanskje også redusere antall reinnleggelser og komplikasjoner som er svært samfunnskostbart (Berge, et al., 2017).

Det er også et håp om at oppgaven kanskje kan ha relevans for de som utøver psykisk helsearbeid til personer med psykiske utfordringer og som har hjertesykdom i tillegg.

4.11 Forslag til videre forskning

Denne studien kun har funnet grad av angst- og depresjonssymptomer og mestringstro hos 29 pasienter som har vært i behandling på et rehabiliteringssenter under ytelsesavtale H – Hjertesykdommer. Det trengs mer forskning på området for å kunne si noe om angst og depresjon og mestringstro blant personer med hjertesykdom som deltar på hjerterehabilitering. Til det må det gjennomføres flere undersøkelser og helst systematiske longitudinelle tverrsnittsundersøkelser med ulike personer med gjentatte tidsrom, som innbefattet flere respondenter, samt at en innhenter dybdekunnskap gjennom kvalitative metoder for å belyse fenomenene fra flere sider.

Det kunne også vært nyttig med en studie som viste forekomst av angst- og depresjonssymptomer med obligatorisk kartlegging ved ankomst på hjerterehabilitering. Det

er i tråd med nasjonale retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer. Hvor det anbefales kartlegge psykiske tilstander, som angst og depresjon. Med flere respondenter vil det kunne gi mer eksakt kunnskap om pasientgruppen.

Det trengs mer forskning på korrelasjonen mellom angst- og depresjonssymptomer og mestringstro, og på hvilken måte angst- og depresjonssymptomer påvirker mestringstro.

Ettersom det er forekomst av angst- og depresjonssymptomer etter hjertehendelse, kunne en forskning rundt tidlig intervensjon i forhold til angst- og depresjonssymptomer sett på hvordan det påvirket forløp og prognose i forhold til hjertesykdom.

Av det store antall hjertehendelser hos personer i Norge hvert år, er det bare omtrent halvparten som kommer med i organisert hjerterehabilitering ((Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetstregistre, 2017) og (Munkhaugen, et al., 2016)).

Det kunne vært nyttig med forskning som sammenlignet gruppen med personer med hjertesykdom som deltar på organisert hjerterehabilitering, og de med hjertesykdom som ikke deltar. Det for å undersøke om det er noen ulikheter i gruppene av betydning. Spørsmålet en kan stille seg er hvorfor deltar ikke flere? Ettersom det ikke er obligatorisk å delta på hjerterehabilitering kan det være mange faktorer som spiller inn. Faktorer som kan være alt fra indre faktorer som hva den enkelte pasient ønsker, makter og har av økonomi, og til ytre faktorer som hva pårørende mener og tenker, lokalisasjonen og avstanden til rehabiliteringen, ferietid og årstid, samt hva helsefagsarbeidere anbefaler ut i fra kunnskap, synspunkter og eventuelle økonomiske belastninger for arbeidsplassen (Dagens Medisin, 2014).

5.0 KONKLUSJON

Denne masteroppgaven omhandler angst, depresjon og mestringstro hos pasienter med hjertesykdom.

Pasienter med hjertesykdommer er den hyppigste hoveddiagnosen ved sykehusinnleggelse i Norge (Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2015). Forekomst av angst- og depresjonssymptomer i denne gruppen påvirker forløp og prognose ((Sørli, 2014), (Casey, Hughe, Waechter, Josephson, & Rosneck, 2008), (Poole, et al., 2017) og (Berge, et al., 2017)). Hjertesykdom som kommer brått på kan være krevende å mestre (Hånes, Huus, Stavnes, & Næss, 2015). For personer med hjertesykdom, vil mestringstro være betydningsfull for endring av helseatferd med helsemessige gevinster (Bonsaksen, Fagermoen, & Lerdal, 2014).

Det ble utformet et pilotprosjekt for å undersøke forekomsten av angst- og depresjonssymptomer og mestringstro hos pasienter med hjertesykdom på et rehabiliteringssenter. Pilotprosjektet var en kvantitativ tverrsnittundersøkelse gjennom to standardiserte spørreskjema for å undersøke pasientenes mestringstro og angst- og depresjonssymptomer. 29 respondenter svarte på Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) og Norwegian Version of the General Perceived Self-Efficacy Scale (GSE), samt spørsmål om alder og kjønn i løpet den første uken på hjerterehabilitering.

Resultatene viste at gjennomsnittsalder var på 68,7 år (menn 65 år og kvinner 74 år), fordelt på 59% menn og 41% kvinner. HADS-T snitt var på 6,7, hvor 10,3% hadde cutoffskår på 15 eller mer. HADS-D snitt var 2,8, hvor 6,9% hadde cutoffskår på 8 eller mer. HADS-A snitt var på 4,2, hvor 13,8% hadde cutoffskår på 8 eller mer. Pilotprosjektet fant at utvalget hadde lav grad av depresjon og høy grad av angst sammenlignet med befolkningen for øvrig. Yngre kvinner hadde en tendens til å ha mer angst. Kvinner hadde mer angst- og depresjonssymptomer enn menn. Snittet på mestringstro var 31 på en skala fra 10 (dårlig) til 40 (god). Både angst og depresjon påvirket mestringstroen negativt. Depresjon hadde den sterkeste korrelasjonen med mestringstro, ved at økt tendens til depresjon gav en lavere mestringstro.

Med 29 respondenter og en svarprosent på rundt 30% er det for lite til å kunne representere et utvalg av populasjonen. Denne svakheten i forskningsdesignet gir dermed svakheter i generalisering.

Hensikten med denne studien var å undersøke forekomsten av angst- og depresjonssymptomer og mestringsstro hos pasienter med hjertesykdom. Oppgaven sin hensikt og mål er å bidra til økt kunnskap, som har betydning for ytelsesgruppen. Det for å gi helsearbeidere og ledere i helsetjenesten kunnskap til å kunne beslutte og skreddersy tilbud til denne gruppen. Det er ønske at resultatene kan brukes av av instanser som tilbyr hjerterehabilitering.

Nasjonale retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer anbefaler å kartlegge psykiske tilstander, som angst og depresjon, fordi psykososiale faktorer utgjør forverring av eksisterende sykdom (Norheim, et al., 2009). Spørreskjema Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) er utviklet for å måle angst- og depresjonsnivå hos pasienter innlagt i somatiske sykehusavdelinger (Dahl, Krüger, Dahl, Stordal, & Mykletun, 2002). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) måler ikke angst- og depresjonssymptomer som kan skyldes somatisk sykdom, slik som lite energi eller konsentrasjonsproblemer (ibid). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) kan være et hensiktsmessig kartleggingsinstrument for å følge anbefalingen til de nasjonale retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer.

I følge Ressurssenter for hjerterehabilitering i Helse Sør-Øst (2014) er spesialisthelsetjenesten best egnet til å ta hånd om pasienter med hjertesykdom og uttalte psykiske og mentale utfordringer. For å ivareta denne gruppen kan det være hensiktsmessig med en nasjonal standard for hjerterehabilitering og retningslinjer for det psykiske helsearbeidet som utøves av spesialisthelsetjenesten. Det kan redusere den store variasjonen og kvaliteten i utøvelsen av psykisk helsearbeid, som kan være betydningsfullt for pasienter med hjertesykdom i forhold til livskvalitet og livsprognose.

Majoriteten som av de som kommer til hjerterehabilitering, er i hjerterehabiliteringsfase IIa (tidlig rehabilitering 1-2 uker etter hendelse). Det bildet pasienten danner seg av sin egen situasjon, er med på å forme forventninger eller tro om hva fremtiden vil bringe (Mæland, 2006). Det kan være hensiktsmessig å undersøke hvilke forventninger pasienten har dannet seg av sin egen situasjon, da disse forventningene kan være avgjørende for videre forløp

(ibid). Utfallet av en slik kartleggingen kan gi nødvendige tilpassninger i hjerterehabiliteringsforløpet, og kan bidra til økt mestringstro. Mestringstro er betydningsfull i forhold til å endre helseatferd for å oppnå helsemessige gevinster (Bonsaksen, Fagermoen, & Lerdal, 2014).

Psykiske utfordringer påvirker både utfall og prognose for personer med hjertesykdom. Hjerterehabilitering inneholder blant annet medisinsk oppfølging, informasjon, trening, psykisk støtte, adferdspåvirkning og yrkesrettede tiltak (Mæland, 2006), men er også tidsavgrenset (Den Norske Regjering, 1998). Etter et kort opphold på hjerterehabiliteringsinstitusjon på 2-3 uker med oppfølging fysisk og psykisk helsearbeid, er det behov for at dette arbeidet videreføres etter hjemreise i kommunehelsetjenesten. En rehabiliteringsoppfølging som ikke bare tar for seg hjertesykdommen, men også psykisk helsearbeid i forhold til psykiske utfordringer den enkelte har. En sømløst overgang mellom instansene med et helhetelig hjerterehabiliteringstibud innenfor hjertesykdom og psykisk helse kan gi økt sjangse for å få til varig endring, og bedre livskvalitet og livsprognose. Det kan kanskje også redusere antall reinnleggelser og komplikasjoner som er svært samfunnskostbart (Berge, et al., 2017).

REFERANSER

- Aarre, F. (2014). Depresjon. I A. A. Dahl, T. F. Aarre, & J. H. Loge (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom* (ss. 135-153). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Aasen, S. E. (2017, januar 12). *Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk*. Hentet januar 28, 2017 fra helsebiblioteket.no: <http://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>
- Bautz-Holter, E. (2014). Rehabilitering. I A. A. Dahl, T. F. Aarre, & J. H. Loge (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom* (ss. 390-407). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Berge, T., Finset, A., Fjerstad, E., Henriksen, L. S., Hyldmo, I., Lang, N., . . . Øie, E. (2017, mai 30). *Kartlegging av depressive symptomer ved hjertesykdom*. Hentet august 13, 2017 fra Sykepleien.no: <https://sykepleien.no/forskning/2017/01/kartlegging-av-depressive-symptomer-ved-hjertesykdom>
- Bjelland, I., Dahl, A., Haug, T., & Neckelmann, D. (2002, Feb;52(2)). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res.*, ss. 69-77. Hentet fra Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. (2002) The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res.* 2002 Feb;52(2):69-77.
- Bonsaksen, T., Fagermoen, M., & Lerdal, A. (2014). Trajectories of self-efficacy in persons with chronic illness: An explorative longitudinal study. *Psychology & Health, Volume 29*(Issue 3), ss. 350-364.
- Bonsaksen, T., Lerdal, A., & Fagermoen, M. S. (2012, Juni). Factors associated with self-efficacy in persons with chronic illness. *Scandinavian Journal of Psychology, Vol. 53*(4), ss. 333-339.
- Casey, E., Hughe, J. W., Waechter, D., Josephson, R., & Rosneck, J. (2008, Oktober). Depression predicts failure to complete phase-II cardiac rehabilitation. *Journal of Behavioral Medicine, Volume 31*(Issue 5), ss. 421–431.

- Dagens Medisin. (2014, 08 09). - *Økonomi stopper rehabilitering*. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2014/09/08/--okonomi-stopper-rehabilitering/?x=MjAxNy0wMS0yNSAwODowNToxMA==>
- Dahl, A. A. (2014). Frykt, Angst og angstlidelser. I A. A. Dahl, T. F. Aarre, & J. H. Loge (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom* (ss. 189-203). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Dahl, A. A., & Grov, E. (2014). Komorbiditet. I A. A. Dahl, T. F. Aarre, & J. H. Loge (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom* (ss. 293-310). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Dahl, A. A., Krüger, M. B., Dahl, N. H., Stordal, E., & Mykletun, A. (2002). Angst, depresjon og psykiatrisk epidemiologisk forskning i Nord-Trøndelag. *Norsk Epidemiologi*, 12(3), ss. 347-353.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010, januar 15). *Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder – likheter og forskjeller*. Hentet september 03, 2017 fra etikkom.no: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/1-Kvalitative-og-kvantitative-forskningsmetoder--likheter-og-forskjeller/>
- Den Norske Regjering. (1998). *St.meld. nr. 21 (1998-99)*. Hentet Februar 17, 2017 fra Regjeringa.no: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99-/id431037/sec1>
- Dickson, V. V., Buck, H., & Riegel, B. (2013, Januar/Februar). Multiple multiple comorbid conditions challenge heart failure self-care by decreasing self-efficacy. *Nursing Research*, Vol 62(No 1), ss. 2-9.
- Freedland, K., & Carney, R. (2013, Mai). Depression as a risk factor for adverse outcomes in coronary heart disease. *BMC Medicine*, 11(131).
- Freedland, K., Lustman, P., Carney, R., & Hong, B. (2013). *Underdiagnosis of depression in patients with coronary artery disease: the role of nonspecific symptoms*. Hentet fra <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/detail?vid=2&sid=84d1f68d>

- Ginting, H., Näring, G., Kwakkenbos, L., & Becker, E. (2015, November/Desember). Spirituality and Negative Emotions in Individuals With Coronary Heart Disease. *Journal of Cardiovascular Nursing, Volume 30*(Issue 6), ss. 537–545.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012, Januar 01). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
- Helse Sør-Øst. (u.d.). *Om Oss*. Hentet 2017 fra Helse Sør-Øst: <https://www.helse-sorost.no/om-oss>
- Heyerdahl, E. R. (2014, April 23). *Mestringstro, sykdomsperspeksjon og angst- og depresjonssymptomer ved hjertesykdom - En undersøkelse av hjerteopererte pasienter*. Psykologisk institutt. Universitetet i Oslo.
- Hånes, H., Huus, A., Stavnes, S., & Næss, K. (2015, 08 18). *LHL*. Hentet fra Rehabilitering: <http://www.lhl.no/hjertesykdom/rehabilitering/>
- IBM. (u.d.). IBM SPSS Statistics Version 22 for Windows. Release 22.0.0.0 . Hentet fra SPSS Statistics 22.0 Available for Download: <https://www-01.ibm.com/support/docview.wss?uid=swg21646821>
- Ingulstad, F. (2014, 09 3). *Aftenposten A-Magasinet*. Hentet 03 06, 2015 fra Jeg ble deprimert etter hjerteoperasjon. Jeg er ikke alene: <http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/Jeg-ble-deprimert-etter-hjerteoperasjon-Jeg-er-ikke-alene-83814b.html>
- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS* (4. utg.). Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Johannessen, A., Tufte, P., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Langvik, E., & Hjemdal, O. (2015). Symptoms of depression and anxiety before and after myocardial infarction: The HUNT 2 and HUNT 3 study. *Psychology, Health & Medicine, Volume 15*(Issue 5), ss. 560-569.
- Larsen, K. K., Westergaard, M., Søndergaard, J., & Christensen, B. (2011, September 7). Rehabilitation status three months after first-time myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Primary Health Care, 29*(4), ss. 210-215,.

- Leganger, A., Kraft, P., & Røysamb, E. (2000). Perceived self-efficacy in health behaviour research: Conceptualisation, measurement and correlates. *Psychology & Health, Vol 15*(1), ss. 51-69.
- Lovdata. (2008). *Forskningsetikkloven*. Hentet 05 20, 2012 fra Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning: <http://www.lovdata.no/all/tl-20060630-056-0.html#1>
- Lovdata. (2008). *Helseforskningsloven*. Hentet 05 20, 2012 fra Lov om medisinsk og helsefaglig forskning: <http://www.lovdata.no/all/hl-20080620-044.html>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Munkhaugen, J., Sverre, E., Peersen, K., Egge, Ø., Eikeseth, C. G., Gjertsen, E., . . . Dammen, T. (2016). Patient characteristics and risk factors of participants and non-participants in the NOR-COR study. *Scandinavian Cardiovascular Journal, Volume 50*(Issue 5-6), ss. 317-322.
- Mykletun, A., Knudsen, A., & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Hentet 2017 fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/moba/pdf/rapport-20098-pdf-.pdf>
- Mæland, J. G. (2006). *Helhetlig Hjerterehabilitering* (2. utg.). Kristiansand S.: Høyskoleforlaget AS.
- Nasjonalt Folkehelseinstitutt. (2015, 09 01). *Hjerte- og karsykdommer i Norge*. Hentet fra Folkehelse rapporten 2014: <http://www.fhi.no/artikler/?id=110411>
- Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetregistre. (2017). *Norsk hjerteinfarktregister - Resultater publisert i 2017*. Hentet september 11, 2017 fra [Kvalitetsregistre.no](http://www.kvalitetsregistre.no): <https://www.kvalitetsregistre.no/registers/476/resultater>
- Norheim, O., Gjelsvik, B., Kjeldsen, S., Klemsdal, T., Madsen, S., Meland, E., . . . Ulvin, F. (2009, April). *Nasjonale Retningslinjer for individuell primærforebygging av hjerte- og karsykdommer*. Hentet fra [Helsedirektoratet.no](http://helsedirektoratet.no): <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/444/Nasjonal-retningslinje-for-individuell-prim%C3%A6rforebygging-av-hjerte-og-karsykdommer-IS-1550.pdf>

- Norsk Ergoterapeutforbund. (2013). *Kompetanser i ergoterapi - Ergoterapeuter gjør hverdagslivet mulig*. Oslo: Ergoterapeutene. Hentet Mars 14, 2017 fra <http://docplayer.me/19032257-Kompetanser-i-ergoterapi-ergoterapeuter-gjor-hverdagslivet-mulig.html>
- NTNU - HUNT forskningscenter. (u.d.). *Om HUNT*. Hentet oktober 30, 2017 fra NTNU.no: <http://www.ntnu.no/hunt/om>
- O'Rourke , A., & Hampson, S. E. (1999). Psychosocial outcomes after an MI: An evaluation of two approaches to rehabilitation. *Psychology, Health & Medicine, Journal*(Issue 4), ss. 393-402.
- Poole, L., Ronaldson, A., Kidd, T., Leigh, E., Jahangiri, M., & Steptoe, A. (2017, April). Pre-surgical depression and anxiety and recovery following coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Behavioral Medicine, 40*(2), ss. 249-258.
- Psykologisk.no. (2014, April 29). *Slik fikk Albert Bandura mestringstro*. (Redaksjonen, Redaktør) Hentet 2017 fra Psykologisk.no: <https://psykologisk.no/2014/04/slik-fikk-albert-bandura-mestringstro/>
- REK - Regional etisk komité. (2010, 06 29). *Eksempler på virksomhet som skal søke REK*. Hentet 05 20, 2012 fra http://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/soknadsplikt?p_dim=34998&lan=2&_ikbLanguageCode=n
- Ressurssenter for hjerterehabilitering i Helse Sør-Øst. (2014). *Hjerterehabilitering i Helse Sør-Øst* . Hentet fra Kartlegging av hjerterehabiliteringstilbudene i Helse Sør-Øst : https://www.lhl.no/globalassets/ressurssenter-for-hjerterehabilitering/dokumenter/kartleggingsrapport_inkl_vedlegg.pdf
- Rosenlund-Hauglid, S. (2017, November 13). *Mange opplever frykt etter hjerteinfarkt: – Jeg kunne våkne med panikkangst*. Hentet November 13, 2017 fra vg.no: <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/helse/mange-opplever-frykt-etter-hjerteinfarkt-jeg-kunne-vaakne-med-panikkangst/a/24185242/>

- Røysamb, E., Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1998). *Norwegian version of the general perceived self-efficacy scale*. Hentet fra <http://userpage.fu-berlin.de/~health/norway.htm>
- Scholz, U., Doña, B., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is General Self-Efficacy a Universal Construct? Psychometric Findings from 25 Countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18 (3), ss. 242-251.
- Smeijers, L., Mostofsky, E., Tofler, G. H., Muller, J. E., Kop, W. J., & Mittleman, M. A. (2017, Februar). Anxiety and anger immediately prior to myocardial infarction and long-term mortality: Characteristics of high-risk patients. *Journal of Psychosomatic Research*, Volume 93, ss. 19–27.
- Son, Y.-J., Kim, S.-H., & Park, J.-H. (2014, Desember). Role of depressive symptoms and self-efficacy of medication adherence in Korean patients after successful percutaneous coronary intervention. *International journal of nursing practice*, 20, ss. 564-572.
- Sosial og Helsedirektoratet. (2005, September). ... *OG BEDRE SKAL DET BLI! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten* . Hentet fra Helsedirektoratet.no: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf>
- Spørreundersøkelser. (a). *Spørreundersøkelser*. Hentet mars 20, 2017 fra Analytisk - Kalkulator: <http://www.xn--sprreunderskelser-10bj.no/kalkulator/>
- Spørreundersøkelser. (b). *Spørreundersøkelser*. Hentet mars 20, 2017 fra Analytisk - Svarprosent og spørreundersøkelsens pålitelighet: <http://www.spørreundersøkelser.no/svarprosent-og-palitelighet/>
- Strik, J. J., Honig, A., Lousberg, R., & Denollet, J. (2001, Spetember-Oktober). Sensitivity and Specificity of Observer and Self-Report Questionnaires in Major and Minor Depression Following Myocardial Infarction. *Psychosomatics*, Volume 42(Issue 5), ss. 423–428.

- Sørli, T. (2014). Hjerte- og karsykdommer. I A. A. Dahl, T. F. Aarre, & J. H. Loge (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom* (ss. 471-482). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Tidsskrift for psykisk helsearbeid (Redaksjonen). (2008). VI BÆRER PSYKISK HELSEARBEID VIDERE. *TIDSSKRIFT FOR PSYKISK HELSEARBEID*, Vol 5(Nr. 2), ss. 98-103.
- Tidsskrift for psykisk helsearbeid. (2008). VI BÆRER PSYKISK HELSEARBEID VIDERE. *TIDSSKRIFT FOR PSYKISK HELSEARBEID*, Vol 5(Nr. 2), ss. 98-103.
- Tully, P., & Baker, R. (2012, Juni). Depression, anxiety, and cardiac morbidity outcomes after coronary artery bypass surgery: a contemporary and practical review. *Journal of Geriatric Cardiology*, 9(2), s. 197–208.
- Vancampfort, D., Koyanagi, A., Hallgren, M., Probst, M., & Stubbs, B. (2017, Mars-April). The relationship between chronic physical conditions, multimorbidity and anxiety in the general population: A global perspective across 42 countries. *General Hospital Psychiatry*, Volume 45, ss. 1–6.
- Whitmarsh, A., Koutantji, M., & Sidell, K. (2003, Mai). Illness perceptions, mood and coping in predicting attendance at cardiac rehabilitation. *British Journal of Health Psychology*, 8, ss. 209–221.
- Wolf, A., Fors, A., Ulin, K., Thorn, J., Swedberg, K., & Ekman, I. (2016, Februar 23). An eHealth Diary and Symptom-Tracking Tool Combined With Person-Centered Care for Improving Self-Efficacy After a Diagnosis of Acute Coronary Syndrome: A Substudy of a Randomized Controlled Trial. *JOURNAL OF MEDICAL INTERNET RESEARCH*, vol. 18(iss. 2, e40).
- Zigmond, S., & Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* Volume 67, Issue 6, June, ss. 361–370.

Vedlegg 1

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

«Angst, depresjon og opplevd mestringstro blant pasienter i behandling på et rehabiliteringssenter under ytelsesavtale H – Hjertesykdommer. En pilotstudie»

På [REDACTED] gjennomfører vi for første gang en undersøkelse gjeldende for de pasienter som kommer på rehabiliteringsopphold under ytelsesavtale H-hjertesykdommer, med spesielt fokus på angst- og depresjonssymptomer og pasientenes egen forventning til å mestre hverdagen.

For [REDACTED] vil denne undersøkelsen gi en indikasjon på omfang av denne pasientgruppens utfordringer knyttet til psykisk helse, som kan brukes til å forbedre tilbudet til pasienter som kommer til hjerterehabilitering.

Undersøkelsen/pilotstudien er en masteroppgave for en student som går på et masterstudie i psykisk helse på Høgskolen i Oslo og Akershus.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Alle pasienter innunder ytelsesavtale H-hjertesykdommer som kommer til [REDACTED] får informasjon om studien ved innkomstsamtale, og utlevert to spørreskjemaer som er merket med et ID-nummer.

Du kan selv velge om du ønsker deltagelse med å fylle ut de to skjemaene i løpet av den første uken du er på rehabilitering.

De to standardiserte spørreskjemaene som brukes i undersøkelsen er:

- 1) Hospital Anxiety and Depression Rating Scale (**HADS**) er et selvrapporteringskjema for måling av depresjon- og angstsymptomer gjennom 14 spørsmål.
- 2) Norwegian Version of the General Perceived Self-Efficacy Scale (**GSE**), er et selvrapporteringskjema som vurderer egen forventning til å mestre en rekke vanskelige krav i livet gjennom 10 spørsmål.

Noen spørsmål vil kanskje ikke treffe deg like godt. Det er fint om du svarer så godt du kan på alle spørsmålene. Tidsbruk for utfylling er estimert til ca 5-10 minutter pr. skjema.

De ferdige utfylte spørreskjemaene innlever du i en låst postkasse som er plassert i 2 etasje.

Personopplysninger kan ikke spores tilbake til deg via resultatene i undersøkelsen.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Det er helt frivillig å delta i studien, og det vil ikke ha noen innvirkning på rehabiliteringsprosessen på [REDACTED] om du deltar eller ikke.

Dersom undersøkelsen kan oppleves belastende, eller kan gi ubehag for deg på en eller annen måte, tilbys det oppfølging av helsepersonell eller psykologhjelp på [REDACTED]

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side.

Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte:

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes til å gi en indikasjon på omfang av pasientgruppens utfordringer knyttet til psykisk helse, som kan brukes til å forbedre tilbudet til pasienter som kommer til hjerterehabilitering på [REDACTED]

Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Alle opplysningene vil bli behandlet uten personlige opplysninger som navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. Samtykkeerklæringene vil bli oppbevart avskilt fra spørreskjemaene, og blir ikke brukt i undersøkelsen.

Ditt navn og ID-nummer er knyttet sammen. Ønsker du å trekke deg fra undersøkelsen blir de samlede data slettet.

Prosjektmedarbeider har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert eller slettet senest fem år etter prosjektslutt.

FORSIKRING

Prosjektet går under forsikringsdekning som gjelder pasientskadeloven.

GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, 016/401

REK sør-øst D

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

ID. nummer UNDERSØKELSE: _____

ID. nummer PASIENT: _____

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Informasjonsskrivet beholder du selv (*ark 1*).

Samtykkeerklæringen innleveres i postkasse i 2.etasje (*ark 2*).



29474

ID. nummer:

--	--	--	--

Dato for utfylling:

Fylles ikke ut

Dette spørreskjemaet er utformet for å hjelpe oss til å forstå hvordan du føler deg. Les hvert utsagn og sett kryss x i ruten som best beskriver dine følelser den siste uka. Fundér ikke for lenge på ditt svar; din umiddelbare reaksjon på hvert spørsmål er sannsynligvis riktigere enn et svar som du har tenkt lenge på.

1. Jeg er nervøs eller ansent

- For det meste
 Ofte
 Noen ganger
 Ikke i det hele tatt

2. Jeg gleder meg fremdeles over ting jeg pleide å glede meg over

- Avgjort like mye
 Ikke fullt så mye
 Bare lite grann
 Ikke i det hele tatt

3. Jeg har en urofølelse som om noe forferdelig kommer til å skje

- Helt sikkert og svært ille
 Ja, men ikke så veldig ille
 Litt ille, men det bekymrer meg ikke så mye
 Ikke i det hele tatt

4. Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner

- Like mye som jeg alltid har gjort
 Ikke like mye nå som før
 Avgjort ikke så mye nå som før
 Ikke i det hele tatt

5. Jeg har hodet fullt av bekymringer

- Veldig ofte
 Ganske ofte
 Av og til
 En gang i blant

6. Jeg er i godt humør

- Aldri
 Noen ganger
 Ganske ofte
 For det meste

7. Jeg kan sitte i fred og ro og kjenne meg avslappet

- Ja, helt klart
 Vanligvis
 Ikke så ofte
 Ikke i det hele tatt

8. Jeg føler meg som om alt går langsommere

- Nesten hele tiden
 Svært ofte
 Fra tid til annen
 Ikke i det hele tatt

9. Jeg føler meg urolig liksom jeg har sommerfugler i magen

- Ikke i det hele tatt
 Fra tid til annen
 Ganske ofte
 Svært ofte

10. Jeg har sluttet å bry meg om hvordan jeg ser ut

- Ja, helt klart
 Jeg bryr meg ikke så mye som jeg burde
 Det kan nok hende jeg ikke bryr meg nok
 Jeg bryr meg om utseendet like mye som jeg alltid har gjort

11. Jeg føler meg rastløs som om jeg stadig må være i aktivitet

- Uten tvil svært mye
 Ganske mye
 Ikke så veldig mye
 Ikke i det hele tatt

12. Jeg ser med glede frem til hendelser og ting

- Like mye som jeg alltid har gjort
 Heller mindre enn jeg pleier
 Avgjort mindre enn jeg pleier
 Nesten ikke i det hele tatt

13. Jeg kan plutselig få en følelse av panikk

- Uten tvil svært ofte
 Svært ofte
 Ikke så veldig ofte
 Ikke i det hele tatt

14. Jeg kan glede meg over en god bok eller et radio eller et TVprogram

- Ofte
 Fra tid til annen
 Ikke så ofte
 Svært sjelden

Vedlegg 3

Vennligst sett kryss for kjønn, og fyll inn alder:

ID nr: _____

Mann

Kvinne

Alder: _____

Norwegian Version of the General Perceived Self-Efficacy Scale

Vennligst sett kryss ved de svarene som passer best for deg (ett kryss for hvert spørsmål)

	Helt galt	Nokså galt	Nokså riktig	Helt riktig
1) Jeg klarer alltid å løse vanskelige problemer hvis jeg prøver hardt nok.				
2) Hvis noen motarbeider meg, så kan jeg finne måter og veier for å få det som jeg vil.				
3) Det er lett for meg å holde fast på planene mine og nå målene mine.				
4) Jeg føler meg trygg på at jeg ville kunne takle uventede hendelser på en effektiv måte.				
5) Takket være ressursene mine så vet jeg hvordan jeg skal takle uventede situasjoner.				
6) Jeg kan løse de fleste problemer hvis jeg går tilstrekkelig inn for det.				
7) Jeg beholder roen når jeg møter vanskeligheter fordi jeg stoler på mestringssevnen min.				
8) Når jeg møter et problem, så finner jeg vanligvis flere løsninger på det.				
9) Hvis jeg er i knipe, så finner jeg vanligvis en vei ut.				
10) Samme hva som hender så er jeg vanligvis i stand til å takle det.				

Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Gjøril Bergva	Telefon: 22845529	Vår dato: 07.04.2016	Vår referanse: 2016/401 REK sør-øst D
			Deres dato: 16.02.2016	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

[REDACTED]
Høgskolen i Oslo og Akershus

2016/401 Angst, depresjon og opplevd mestring blant pasienter i behandling på et rehabiliteringssenter under ytelsesavtale H-Hjertesykdommer. En pilotstudie.

Forskningsansvarlig: Høgskolen i Oslo og Akershus, [REDACTED]

Prosjektleder: [REDACTED]

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst D) i møtet 16.03.2016. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

Prosjektleders prosjektbeskrivelse

Pasienter med hjerte- og karsykdommer utgjør en stor andel av polikliniske konsultasjoner og innleggelser i sykehus. Hjertesykdommer kan komme brått på og for noen krevende å mestre. Pasientgruppen som søkes undersøkt er pasienter under ytelsesavtale H-hjertesykdommer på rehabiliteringsopphold på [REDACTED] med fokus på angst- og depresjonssymptomer og pasientenes egen forventning til å mestre hverdagen. En indikasjon på omfang av denne pasientgruppens utfordringer knyttet til psykisk helse kan brukes til å forbedre tilbudet til pasienter som kommer til hjerterehabilitering på [REDACTED]. Pilotstudien er en kvantitativ tverrsnittundersøkelse gjennom to standardiserte spørreskjema i forhold til psykisk helse og mestring for å undersøke pasientenes mestringstro og angst- og depresjonssymptomer, som søkes utført i løpet av den første uken. Pilotstudien er en masteroppgave i psykisk helse på Høgskolen i Oslo og Akershus.

Vurdering

Formålet med prosjektet er å undersøke pasientgruppens utfordringer knyttet til psykisk helse. Det skal benyttes to spørreskjema som omhandler psykisk helse og mestring. Komiteen har vurdert søknaden og har ingen innvendinger mot at prosjektet gjennomføres som beskrevet.

Vedtak

Med hjemmel i helseforskningsloven § 9 jf. 33 godkjenner komiteen at prosjektet gjennomføres.

Godkjenningen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknad og protokoll, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Tillatelsen gjelder til 30.06.2017. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene likevel bevares inntil 30.06.2022. Forskningsfilen skal oppbevares atskilt i en nøkkel- og en opplysningsfil. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres, senest innen et halvt år fra denne dato.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og

Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse og omsorgssektoren».

Dersom det skal gjøres vesentlige endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende endringsmelding til REK.

Prosjektet skal sende sluttmelding på eget skjema, senest et halvt år etter prosjektslutt.

Klageadgang

REKs vedtak kan påklages, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst D. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst D, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn på korrekt skjema via vår saksportal:

<http://helseforskning.etikkom.no>. Dersom det ikke finnes passende skjema kan henvendelsen rettes på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no.

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Med vennlig hilsen

Finn Wisløff
Professor em. dr. med.
Leder

Gjøril Bergva
Rådgiver

[Redacted signature area]

██████████
Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid
Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 09.05.2016

Vår ref: 48309/3/STMLR

Deres dato:

Deres ref:

AVSLUTTET SAKSBEHANDLING

Personvernombudet for forskning viser til innsendt meldeskjema med vedlagt godkjenning fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), mottatt 11.04.2016 for prosjektet:

48309

Angst, depresjon og opplevd mestring blant pasienter i behandling på et rehabiliteringssenter under ytelsesavtale H – Hjertesykdommer. En pilotstudie.

Personvernombudet tar til orientering at prosjektet faller inn under helseforskningslovens bestemmelser, og at prosjektet er godkjent av REK.

Personvernombudet avslutter dermed saksbehandlingen av meldingen uten å realitetsbehandle denne. Vi avslutter også all videre oppfølging av prosjektet.

Ta gjerne kontakt dersom noe er uklart.

Vennlig hilsen


Kjersti Haugstvedt


Siri Tenden Myklebust

Kopi:

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Høgskolen i Oslo og Akershus
██████████