

Anonym

# Hvordan kan sykepleier fremme mestring hos pasienter med atrieflimmer når det gjelder å bedrive fysisk aktivitet?

Litteraturbachelor

Antall ord: 7326

Bacheloroppgave i Sykepleie

Juni 2021



Anonym

# **Hvordan kan sykepleier fremme mestring hos pasienter med atrieflimmer når det gjelder å bedrive fysisk aktivitet?**

Litteraturbachelor

Antall ord: 7326

Bacheloroppgave i Sykepleie  
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for medisin og helsevitenskap  
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden





# Sammendrag

**Bakgrunn:** Forekomsten av atrieflimmer er forventet å øke betraktelig de kommende årene. Fysisk aktivitet har en veldokumentert positiv effekt på en rekke lidelser, og inngår som en viktig del av behandling av hjertesykdom. Derimot virker det å eksistere en del usikkerhet og tvetydighet knyttet til fysisk aktivitet for atrieflimmerpasienter.

**Hensikt:** Å undersøke effekten av fysisk aktivitet samt belyse eventuelle barrierer knyttet til dette for atrieflimmerpasienter, samt identifisere sykepleieintervensjoner som kan fremme mestring og deltakelse i fysisk aktivitet.

**Metode:** Syv vitenskapelige artikler av typen kvantitativ-, kvalitativ- og mixed methods design er inkludert i denne systematiske litteraturstudien.

**Resultat:** Moderat fysisk aktivitet ser ut til å fremme livskvalitet, treningskapasitet, venstre atriell og ventrikulær funksjon, samt redusere atrieflimmersymptomer, lipidnivåer, og risiko for død av alle årsaker hos atrieflimmerpasienter. Usikkerhet i forhold til å være i aktivitet virker imidlertid å være knyttet til manglende atrieflimmerkunnskap og høy symptombyrde.

**Konklusjon:** Moderat fysisk aktivitet ser ut til å ha en rekke positive effekter hos atrieflimmerpasienter. Imidlertid kan usikkerhet knyttet til fenomenet utgjøre en barriere for deltakelse i fysisk aktivitet. Sykepleieintervensjoner som sikter på å senke symptombyrden og øke kunnskap og hos denne pasientgruppen antas å fremme mestring og deltakelse i aktivitet.

**Nøkkelord:** Atrieflimmer, usikkerhet, fysisk aktivitet

## Innhold

1.	Introduksjon .....	5
1.1.	Bakgrunn for valg av tema .....	5
1.2.	Problemstilling .....	5
1.3.	Avgrensing og presisering av oppgaven .....	6
1.4.	Teori .....	6
1.4.1.	Atrieflimmer: Årsaker, risikofaktorer og behandling .....	6
1.4.2.	Å leve med atrieflimmer .....	7
1.4.3.	Fysisk aktivitet og atrieflimmer .....	7
1.4.4.	Mestring og mestringsarbeid .....	8
1.4.5.	Sykepleierens rolle og funksjon .....	8
1.4.6.	Usikkerhet ved sykdom og sykepleieintervensjoner .....	9
2.	Metode .....	11
2.1.	Beskrivelse av metode .....	11
2.2.	Søkestrategi .....	11
2.2.1.	Søkeord og søkehistorikk .....	11
2.2.2.	Kildekritikk .....	12
	Tabell 1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier .....	12
2.2.3.	PI(C)O- skjema .....	13
	Tabell 2 PI(C)O- Skjema .....	13
2.2.4.	Søketabell .....	14
	Tabell 3 Søketabell 1 .....	14
	Tabell 4 Søketabell 2 .....	15
	Tabell 5 Søketabell 3 .....	15
	Tabell 6 Søketabell 4 .....	16
	Tabell 7 Søketabell 5 .....	17
2.3.	Analyse .....	18
2.3.1.	Kvalitetsvurdering .....	18
2.3.2.	Analyseprosess .....	18
3.	Resultat .....	20
3.1.	Oversikt over inkludert forskning .....	20
	Tabell 8 Artikkelmatriks .....	20
3.2.	Gjennomgående tema i inkludert litteratur .....	27
3.2.1.	Betydningen av fysisk aktivitet for atrieflimmerpasienter .....	27
3.2.2.	Usikkerhet hos atrieflimmerpasienter .....	27
3.2.3.	Informasjonsbehov hos atrieflimmerpasienter .....	29
4.	Diskusjon .....	30

4.1.	Metodediskusjon .....	30
4.2.	Resultatdiskusjon .....	31
4.2.1.	Barrierer for å bedrive fysisk aktivitet hos atrieflimmerpasienter.....	31
4.2.2.	Sykepleieintervensjoner for å fremme mestring hos atrieflimmerpasienter 33	
4.3.	Konklusjon .....	35
	Referanser .....	36



# 1. Introduksjon

## 1.1. Bakgrunn for valg av tema

Atrieflimmer er den vanligste hjerterytmeforstyrrelsen, og forekomsten øker i takt med alderen. Ca. 100 000 nordmenn er estimert å ha diagnosen, og så mange som en av ti blant de som har fylt 75 år er rammet (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2021). Alderssammensetningen i befolkningen med stadig flere eldre samt bedre overlevelse av hjertesykdom, vil bidra til at antall personer med atrieflimmer dobles de neste 20 årene sammenlignet med tall fra 2011 (Tveit, 2011). I tillegg til en del plagsomme symptomer som hjertebank, svimmelhet og dyspné (Helsenorge, 2019), medfører sykdommen en økt risiko for en rekke andre alvorlige følgetilstander; hjerneinfarkt, hjertesvikt og død (Thelle & Løchen, 2010). Å leve med atrieflimmer kan innebære å leve med belastende symptomer samt en uro eller engstelse for nye anfall. En slik overhengende uro virker å kunne påvirke livskvaliteten negativt for mange atrieflimmerpasienter (Stensaas, 2018). Når ubehaget stammer fra hjertet slik som ved et anfall med flimmer, vil opplevelsen for mange være svært skremmende. Dette ser ut til å ha ført til en skepsis blant pasienter for å bedrive fysisk aktivitet eller trening. Årsaken ser ut til å bunne i en bekymring om at belastningen ved trening kan øke risikoen for nye anfall (Malmo, 2020). Fysisk aktivitet har en veldokumentert positiv effekt på en rekke fysiske og psykiske lidelser, og bidrar til bedre livskvalitet. Trening inngår derfor som et forebyggende og behandlende tiltak mot en rekke sykdommer, herunder lidelser i hjerte- og kar, diabetes, depresjon med mer (Helsedirektoratet, 2019). Inn under risikofaktorer for atrieflimmer finner man flere av lidelsene nevnt over (Helsenorge, 2019). Det vil derfor være interessant å undersøke nærmere om fysisk aktivitet også har en positiv effekt på helse ved atrieflimmer, eller om symptomene forverres av aktivitet. I et sykepleiefaglig perspektiv vil kunnskap om dette være svært nyttig da sykepleier ifølge yrkesetiske retningslinjer har en plikt til å fremme helse, forebygge sykdom, og lindre lidelse (Norsk Sykepleierforbund, 2019). I møte med atrieflimmerpasienter som er engstelige for å bedrive fysisk aktivitet, vil kunnskap om temaet i lys av sykepleiefaglig teori, forhåpentligvis kunne gi sykepleiere nyttige verktøy som bidrar til at disse pasientene mestrer livet med sykdommen i større grad.

Hjertesykdom finner jeg meget interessant. Videre brenner jeg for ideen om å anvende fysisk aktivitet som en av flere behandlingsmetoder mot en rekke sykdommer. Gjennom praksis har jeg opparbeidet meg erfaring med denne pasientgruppen, samt at jeg som ferdig utdannet sykepleier skal arbeide med atrieflimmerpasienten. Denne interessen, samt et opplevd behov for mer kunnskap om temaet har gjort at jeg ønsker å se nærmere på tematikken: fysisk aktivitet og atrieflimmer.

## 1.2. Problemstilling

Med utgangspunkt i bakgrunnsinformasjonen gitt over har jeg kommet frem til følgende problemstilling: Hvordan kan sykepleier fremme mestring hos pasienter med atrieflimmer når det gjelder å bedrive fysisk aktivitet?

### 1.3. Avgrensning og presisering av oppgaven

I følgende oppgave ønsker jeg å undersøke betydningen av å bedrive fysisk aktivitet hos pasienter med diagnostisert atrieflimmer (uavhengig av type), samt belyse eventuelle barrierer som kan hindre at denne pasientgruppen ikke er i aktivitet. Med bakgrunn i dette ønsker jeg å komme frem til sykepleieintervensjoner som fremmer mestring hos denne gruppen, slik at de kan overkomme eventuelle barrierer og bedrive fysisk aktivitet.

### 1.4. Teori

#### 1.4.1. Atrieflimmer: Årsaker, risikofaktorer og behandling

Atrieflimmer er en kompleks sykdom, hvor sykdommens patofysiologi og dermed risikofaktorer ikke er fullstendig forstått (Schnabel, 2012). Ved atrieflimmer finner man elektrofysiologiske og/eller strukturelle abnormiteter i det atrielle-vevet. Disse endringene forårsaker unormale elektriske impulser i atriene, og pasienten opplever det som flimmer (January et al., 2014). Diagnosen stilles på bakgrunn av EKG-dokumentasjon som viser atrieflimmer i minst 30 sekunder (Hindricks et al., 2021).

Til tross for ufullstendig forståelse av patofysiologien bak disse endringene, har man identifisert visse risikofaktorer som ser ut til å ha høyere prevalens ved sykdomstilstanden. Av disse utgjør alder den viktigste faktoren. Livstidsrisikoen for å utvikle sykdommen i en alder av 40 år er hele 1 på 4 (Schnabel, 2012). Videre utgjør kardiovaskulære sykdommer som hypertensjon, hjertesvikt, klaffesykdom, venstre ventrikelhypertrofi, kardiomyopati og koronarsykdom en betydelig økt risiko for utvikling av sykdommen. Hypertyreose, kronisk obstruktiv lungesykdom, genetikk, diabetes mellitus, infeksjoner, røyking, kronisk nyresykdom, kirurgi, fedme, samt høyt alkoholkonsum er blant ikke-kardiale faktorer verdt å nevne (Løge, 2021). Også utholdenhetstrening over mange år hvor intensiteten har vært relativt høy antas å gi økt risiko for atrieflimmer (Graff-Iversen et al., 2012). Faktorene nevnt over er derimot ikke tilstrekkelig for å kunne forklare alle tilfeller av sykdommen, hvilket indikerer at flere risikofaktorer ikke er avdekket (Schnabel, 2012).

Ved behandling av atrieflimmer har fokuset vært på å redusere følgene av sykdommen, hvilket innebærer frekvens- og/eller rytme-kontroll, samt antikoagulasjon (Middeldorp et al., 2020). Regulering av frekvens- og rytme kan gjøres ved hjelp av medikamenter, men også gjennom ikke-farmakologiske metoder (Thelle & Løchen, 2010). Her er ablasjon og elektrokonvertering aktuelle prosedyrer å trekke frem (Løge, 2021).

Fokuset har derimot blitt bredere i nye retningslinjer for behandling av sykdommen, hvor også underliggende faktorer med mer er blitt implementert. Det fremgår at et optimalt behandlingsforløp er individualisert og har en tverrfaglig tilnærming, fokuserer på kardiovaskulære risikofaktorer og komorbiditeter, pasientopplæring og opplæring av helsepersonell, livsstilsendring og psykososial håndtering av situasjonen, samt har strategier for å forebygge medikamentavhengighet (Hindricks et al., 2021). Videre fremgår det av retningslinjene at atrieflimmerpasienter vektlegger helse relatert livskvalitet, fysisk og følelsesmessig funksjon, kognitiv funksjon, alvorlighetsgraden ved

symptomene, treningstoleranse og arbeidsevne som viktige mål for behandlingen. Dette i tillegg til behandling og forebygging av alvorlige følgetilstander som hjerneslag og død (Hindricks et al., 2021).

### 1.4.2. Å leve med atrieflimmer

Å leve med atrieflimmer kan innebære å leve med invalidiserende symptomer (Risøe & Gjesdal, 2004), og med en betydelig økt risiko for alvorlige komplikasjoner (Thelle & Løchen, 2010). Det er derimot stor variasjon i symptombildet, hvor enkelte pasienter ikke opplever å ha plager av sykdommen (Risøe & Gjesdal, 2004). Symptomer som kan forekomme er hjertebank, nedsatt fysisk yteevne, brystmerter, utmattelse, synkope, svimmelhet, og dyspne. Hvor uttalte disse plagene er virker å avhenge av ventrikkelfrekvensen, hvor økende frekvens korrelerer med økt symptombyrde. Komorbiditeter vil også påvirke symptombelastningen (Løge, 2021).

Studier viser at pasienter med atrieflimmer har en betydelig lavere livskvalitet, sammenlignet med den generelle befolkningen og pasienter med koronar sykdom (Thrall et al., 2006). Begrepet livskvalitet kan forstås på flere måter, og har ingen entydig definisjon (Thelle & Løchen, 2010). Folkehelseinstituttet peker på subjektive og objektive sider av fenomenet. Det subjektive perspektivet innebærer den enkeltes opplevelse av selve livet. Her inngår positivt ladede følelser som; ro, tilfredshet, mestring, mening, interesser osv. Den subjektive livskvaliteten vil for de fleste ikke være konstant, men variere over tid. Imidlertid kan den oppleves som god til tross for sykdom, helserelaterte plager, eller andre belastninger. Den objektive siden av fenomenet retter seg imidlertid mot livssituasjonen til den enkelte. Her inngår faktorer som helsetilstand, levekår, funksjonsevne, arbeid og fritidsaktiviteter (Nes, 2019). Følelser som trygghet, frihet, tilhørighet, samt mulighet til selvutvikling spiller en viktig rolle for den objektive livskvaliteten (Nes et al., 2018).

Thelle og Løchen (2010) peker på relevansen av å innhente kunnskap om livskvaliteten hos pasienter med atrieflimmer, da den kan være nyttig for å vurdere konsekvenser og effekter av behandlingen, samt hvilke bivirkninger den medfører. De hevder at livskvalitet bør være et primært mål for behandling av sykdommen.

### 1.4.3. Fysisk aktivitet og atrieflimmer

Tidligere forskning tyder på at regelmessig fysisk aktivitet av typen utholdenhetstrening med relativt høy intensitet over mange år, gir økt risiko for atrieflimmer (Graff-Iversen et al., 2012). Foretar man et raskt googlesøk ser man at dette også gjenspeiler seg i nyhetsbildet: «Ny studie: Hjerteflimmer- faren øker i takt med antall år du trener» (Odinsen, 2021), «Disse kan trene på seg hjertesykdom» (Johannessen, 2016), «År med trening kan gi hjerteflimmer» (Hotvedt, 2014). Det bør nevnes at flere av studiene som har undersøkt sammenhengen mellom atrieflimmer og fysisk aktivitet innehar metodesvakheter. Det er også en overvekt av menn som deltakere i studiene (Graff-Iversen et al., 2012). Det er derimot studier som tyder på at moderat fysisk aktivitet kan redusere risikoen for å utvikle sykdommen (Morseth et al., 2016). Personer med atrieflimmer har som tidligere nevnt en høyere forekomst av samtidige lidelser hvor fysisk aktivitet inngår som en viktig del av behandlingen (Helsedirektoratet, 2019). Da

sammensetningen av atrieflimmerpasienter er veldig variert, fremgår det av litteraturen at det er utfordrende å gi generelle råd med tanke på trening for atrieflimmerpasienten (Malmo, 2020).

#### 1.4.4. Mestring og mestringsarbeid

Mestring kan forstås som en kontinuerlig prosess som handler om å håndtere indre og ytre krav ved hjelp av ulike ressurser og strategier. Gjennom kognitiv vurdering av det kravet personen står ovenfor, forsøker vedkommende å håndtere situasjonen ved hjelp av ulike mestringsmetoder: problemorientert eller emosjonsorientert. Ved problemorientert mestring forholder vedkommende seg i større grad til selve problemet, og forsøker gjerne å løse/forstå dette ved å søke kunnskap om situasjonen. Dette i motsetning til emosjonsorientert hvor man forsøker å endre hvordan situasjonen oppleves. Denne forståelsen baserer seg på Lazarus og Folkmans definisjon av begrepet (Kristoffersen, 2017a).

Mestringsarbeid inngår som en del av sykepleierens pedagogiske funksjon. Gjennom veiledning og undervisning forsøker sykepleieren å hjelpe pasienten til å mestre den situasjonen vedkommende befinner seg i. For å oppnå dette bør veiledningen og undervisningen ta utgangspunkt i pasientens opplevelse av situasjonen og behov for mestring. Relasjonen til pasienten, kunnskap om hva som kan påvirke læringen, samt evne til å formidle kunnskap på en hensiktsmessig måte, vil være viktige faktorer for å lykkes med arbeidet (Kristoffersen, 2017b).

#### 1.4.5. Sykepleierens rolle og funksjon

Sykepleierens rolle og funksjon har blitt beskrevet ut fra ulike perspektiver av en rekke sykepleieteoretikere. Det er summen av de ulike teoriene som utgjør sykepleiefaget som helhet (Kristoffersen, 2017c). Som et resultat av helsepolitiske mål og lover har mestring og evnen til å ta vare på seg selv fått en sentral plass i dagens helsevesen (Kristoffersen, 2017b). Dette gjenspeiler seg i yrkesetiske retningslinjer hvor det kommer frem at sykepleieren i tillegg til å forebygge sykdom, har et ansvar for å fremme blant annet helse, håp og mestring (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Mestring eller adaptasjon står som et sentralt element i sykepleieteoretikeren Callista Roy sin teori (Kristoffersen, 2017c). Roy anvender begrepet adaptasjon som en betegnelse på en aktiv prosess, hvor mennesket gjennom ulike systemer forsøker å tilpasse seg, og mestre de endringene/stimuliene som forekommer i det ytre og indre miljøet. Overordnet er sykepleierens rolle ifølge denne teorien å identifisere om pasientens reaksjon på situasjonen er hensiktsmessig eller ikke, og ut ifra dette iverksette tiltak som bidrar til adaptasjon og dermed bedre livskvalitet, helse eller en verdig død (Kristoffersen, 2017c). Det er i hovedsak tre ulike måter sykepleieren kan gjøre dette på, herunder: påvirke eller endre fokale, residuale eller kontekstuelle sider ved de stimuliene som forekommer. Ved å påvirke det kontekstuelle siktes det mot å endre/påvirke sammenhengen som stimulusen opptrer i, herunder faktorer ved pasienten eller i miljøet omkring. Gjennom å endre fokale sider ved situasjonen ønsker man å påvirke selve stimulusen som i utgangspunktet krever tilpasning og mestring. Til slutt har man den residuale siden, hvilket omhandler egenskaper ved selve personen og som indirekte påvirker stimulusen

som pasienten står ovenfor. Dette kan være verdier, holdninger, kunnskaper og erfaringer (Kristoffersen, 2017c).

I arbeidet med å identifisere pasientens behov for sykepleie, peker Roy på betydningen av å anvende sykepleieprosessen. Behovet beslattes på bakgrunn av faglig skjønn, samt gjennom en grundig datainnsamling basert på observasjon, kommunikasjon og objektive målinger. Dersom sykepleieren vurderer det slik at pasienten har en uhensiktsmessig adaptasjon med tanke på det kravet han står ovenfor, etableres det et sykepleieproblem med tilhørende mål og tiltak. På denne måten kan sykepleieren endre ulike sider ved stimulusen, slik at pasienten ved hjelp av sine mestringsmekanismer får bedre forutsetninger for å mestre situasjonen (Kristoffersen, 2017c).

#### 1.4.6. Usikkerhet ved sykdom og sykepleieintervensjoner

Teorien om usikkerhet ved sykdom finnes i to versjoner. I denne oppgaven vil teorien knyttet til opplevelsen av å leve med kontinuerlig usikkerhet som følge av kronisk sykdom, eller sykdom med risiko for tilbakefall belyses. I denne konteksten vil usikkerheten være et resultat av kognitive prosesser, og fremtrer i sykdomssituasjoner preget av tvetydighet, uforutsigbarhet og kompleksitet. Her vil evnen til å forstå betydningen av ulike symptomer og situasjoner knyttet til lidelsen være redusert (Mishel, 2014).

Teorien kan forstås som en omorganiseringsprosess, hvor man over tid revurderer usikkerheten slik at man oppfatter det som en mulighet fremfor en trussel. Pasienten foretar denne vurderingen på bakgrunn av kognitiv kapasitet, strukturfremmere og stimuliramme (Mishel, 2014). Kognitiv kapasitet sikter mot pasientens evne til å forstå og vurdere på en hensiktsmessig måte, og påvirkes gjerne negativt ved sykdom. Strukturfremmere innebærer ressurser som kan bidra til bedre struktur i situasjonen, og dermed fremme den kognitive vurderingen. Utdanning, sosial støtte og helsepersonell faller inn under denne kategorien. Begrepet stimuliramme lanseres i teorien, og innebærer det stresset eller stimulusen som pasienten opplever, samt faktorer som er viktig for at pasienten kognitivt kan forstå situasjonen, herunder: tidligere erfaringer og kongruens til andre situasjoner. Over tid vil pasienten kunne utvikle sin bevissthet, tilpasse seg og på denne måten gjenopprette egen kontroll. De viktigste faktorene som inngår i prosessen med å etablere et nytt syn på livet, anses for å være; tidligere erfaringer, sosiale ressurser, fysiologisk form og helsepersonell (Mishel, 2014).

Teorien har blitt undersøkt og studert over år med tanke på klinisk sykepleierelevans og intervensjoner. På bakgrunn av dette fremgår formidling av relevant informasjon som det viktigste sykepleietiltaket. Ved å sette seg inn i hva som er kilden til usikkerheten for pasienten, kan sykepleieren identifisere hvilken informasjon som er relevant å formidle. Informasjonen kan bidra til at pasienten får et nytt perspektiv og bedre forutsigbarhet i sykdomssituasjonen, og dermed vurderer usikkerheten annerledes. Ved å anerkjenne usikkerheten, kan sykepleieren være proaktiv i den forstand at hun beskriver hva pasienten kan forvente å oppleve underveis i sykdomsforløpet. På denne måte kan sykepleieren øke forståelsen hos pasienten og dermed redusere usikkerheten (Mishel, 2014).

Videre pekes det på betydningen av å utdanne helsepersonell slik at de kan håndtere og forstå dette fenomenet. Slik kan helsepersonell få forutsetninger for lettere å kunne forstå den kliniske situasjonen, samt sammenhengen mellom økt usikkerhet og økt risiko for annen følgesykdom, for eksempel depresjon (Mishel, 2014).

## 2. Metode

### 2.1. Beskrivelse av metode

I oppgaven anvendes systematisk litteraturstudie som metode. Det innebærer i dette tilfellet at man gjennom en systematisk prosess etablerer innsikt i allerede eksisterende litteratur om et bestemt tema. Prosessen tar utgangspunkt i en formulert problemstilling, og dokumenteres på en slik måte at metoden kan etterprøves av leseren. Her inngår beskrivelse av søkestrategi, samt hvordan artiklene er analysert (Fredriksen & Beedholm, 2011). Litteraturen som inkluderes skal vurderes på en kritisk måte, da dette er med på å styrke litteraturstudiets troverdighet og kvalitet, og skal synliggjøres i oppgaven (Dalland, 2018).

### 2.2. Søkestrategi

#### 2.2.1. Søkeord og søkehistorikk

Jeg startet søkeprosessen med å strukturere problemstillingen i et PI(C)O- skjema presentert i tabell 2. Skjemaet bidrar til å tydeliggjøre problemstillingens populasjon, intervensjon, hvilke tiltak som skal sammenlignes, samt ønsket utfall (Helsebiblioteket, 2016a). Utformingen av min problemstilling krever derimot ikke sammenligning av tiltak, og utgår derfor. Med bakgrunn i dette anvendte jeg «mesh på norsk» (Legemiddelaktuelt, 2018) i arbeidet med å finne gode medisinske emneord for videre søk i medisinske databaser. Emneord er standardiserte begreper som betegner temaet i den litteraturen man søker i. Nøkkelord er ord som inngår i overskrifter, sammendrag eller i kilden for øvrig (Helsebiblioteket, 2016b). Søkeordene som ble anvendt er presentert i tabell 2 lengre ned.

Søkeordene brukte jeg til å utføre systematiske søk i databasene; Medline og Cinahl. Medline er min foretrukne database, og tyngden av litteratursøket ble foretatt her. Dette som følge av god erfaring med Medline, samt at den er anerkjent innen det medisinske fagfelt. Cinahl ble valgt på bakgrunn av sitt sykepleiefaglige fokus, og komplimenterte søkene i Medline. Dog ikke alle søkeordene ledet frem til funn. Kun kombinasjon av ordene «atrial fibrillation,» «exercise\* or physical activity or aerobic exercise,» «nurse\*» «uncertainty,» «quality of life,» «treatment outcome or outcome\*,» «adaption, psychological or psychological adaption or coping behavior» førte til utvelgelse av litteratur. Foruten et søk som er presentert i tabell 7 besto alle søk av innslag fra alle tre kolonnene i PIC(O)- skjemaet. Dette ledet til 16 søk i hver av databasene, og fremgår av tabell 2. De samme søkekombinasjonene ble anvendt i begge databasene, hvilket resulterte i mange like funn. Av den grunn viser funnene presentert i søketabellene (tabell 3-7) kun søk i Medline.

## 2.2.2. Kildekritikk

Litteraturen jeg fant ble vurdert på bakgrunn av inklusjon- og eksklusjonskriterier, samt relevans for min oppgave. Artikkelen ble vurdert som relevant dersom den sa noe om effekten av fysisk aktivitet eller aktivitetsnivået hos atrieflimmerpasienter, opplevelse av usikkerhet ved atrieflimmer, implikasjoner for sykepleie eller kombinasjon av fenomenene.

Det er relativt lite forskning om atrieflimmer og tema knyttet til sykdommen. Derimot sitter jeg igjen med et inntrykk av at det forskes mer på temaet for øyeblikket, og at det er i vinden for fremtidig forskning. Som følge av beskjeden treffprosent ved flere søkekombinasjoner og/eller få relevante artikler, valgte jeg å legge inn begrensningene/vurdere opp imot kriteriene helt til slutt i søkeprosessen. Dette for ikke å gå glipp av relevant litteratur til tross for eventuelle avvik. Utvelgelsesprosessen foregikk ved at jeg først leste overskriften, og deretter abstraktet. Om artikkelen så var interessant vurderte jeg den opp imot inklusjon- og eksklusjonskriteriene, for senere å lese hele teksten.

Jeg begrenset litteraturen til de seneste ti årene da jeg ønsket den nyeste forskningen om temaet. Dersom jeg fikk mange treff på et søk, justerte jeg ned tidsperspektivet til de seneste fem år for å redusere treffprosenten. Videre ønsket jeg forskning som var publisert på norsk, svensk, dansk eller engelsk da dette er språk jeg behersker, og utgjør en mindre feilkilde ved oversettelse. Diagnosen atrieflimmer var et av kriteriene da fenomenet jeg ønsker å belyse er nærmere knyttet til behandling og det å leve med sykdommen, fremfor forebygging. Videre måtte artiklene være fagfellevurdert.

**Tabell 1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier**

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Språk (norsk, svensk, dansk, engelsk)	Andre språk
Diagnostisert atrieflimmer (alle former)	Udiagnostisert atrieflimmer
Fagfellevurdert	Ikke fagfellevurdert
< 10 år gammel	> 10 år gammel



### 2.2.3. PI(C)O- skjema

**Tabell 2 PI(C)O- Skjema**

Population	Intervention	Comparison	Outcome
<b>Atrial Fibrillation</b>	<b>Exercise</b> Physical Activity Aerobic Exercise  Nurs*		<b>Uncertainty</b>  <b>Adaption, Psychological</b> Coping Behavior  <b>Treatment Outcome</b> Outcome*  <b>Quality of Life</b>  Inactivity  <b>Anxiety</b>  Symptom Reduction  <b>Exercise</b> Physical Activity Aerobic Exercise
← AND →			↑ OR ↓

Emneord i følge «mesh på norsk» (Legemiddelaktuell, 2018) er markert med fet skrift. Nøkkelord fremgår med tynn skrift. Søkekombinasjoner horisontalt i skjemaet forbindes med AND, i motsetning søkekombinasjoner vertikal som forbindes med OR. Dette er i tråd med Dalland (2018) sine tips ved litteratursøking. «Nurs» og «outcome» ble trunkert (\*) i den hensikt å få med ulike endelser av begrepet.

## 2.2.4. Søketabell

I Medline markeres emneord med exp foran søkeordet. Nøkkelord derimot markeres med endingen .mp.

**Tabell 3 Søketabell 1**

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Medline	13.05.21	S1.	Atrial Fibrillation.mp or exp Atrial Fibrillation		88756	
		S2.	Exercise.mp or exp Exercise		429854	
		S3.	Physical Activity.mp		120497	
		S4.	Aerobic Exercise.mp		10363	
		S5.	S2 or S3 or S4		488258	
		S6.	Quality of Life.mp or exp "Quality of Life"		372750	
		S7.	S1 and S5 and S6		273	
		S8.	S7	År 2011- 2021	152	2 (A, B)
<b>Inkluderte artikler:</b>						
A. Nourmohammadi, et al. (2019). The effect of aerobic physical rehabilitation on the quality of life in patients with chronic atrial fibrillation; A randomized controlled clinical trial study. <i>ARYA Atheroscler</i> , 15(1), 1-8.						
B. Malmo, et al. (2016). Aerobic interval training reduces the burden of atrial fibrillation in the short term; A randomized trial. <i>Circulation</i> , 133(5), 466- 473.						

**Tabell 4 Søketabell 2**

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Medline	13.05.21	S1.	Atrial Fibrillation.mp or exp Atrial Fibrillation		88756	
		S2.	Nurs*.mp		755331	
		S3.	Exercise.mp or exp Exercise		429854	
		S4.	Physical Activity.mp		120497	
		S5.	Aerobic Exercise.mp		10363	
		S6.	S3 or S4 or S5		488258	
		S7.	S1 and S2 and S6		26	
		S8.	S7	År 2011- 2021	14	1 (C)
<b>Inkluderte artikler:</b> C. Toscos, et al. (2020). Can nurses help improve self- care of patients living with atrial fibrillation? A focus group study exploring patients `disease knowledge gaps. <i>NursingOpen</i> , 7(4), 998- 1010.						

**Tabell 5 Søketabell 3**

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Medline	13.05.21	S1.	Atrial Fibrillation.mp or exp Atrial Fibrillation		88756	
		S2.	Nurs*.mp		755331	
		S3.	Uncertainty.mp or exp Uncertainty		87163	
		S4.	S1 and S2 and S3		11	
		S5.	S4	År 2011- 2021	6	1 (D)
<b>Inkluderte artikler:</b> D. Kang (2011). The relationships between uncertainty and its antecedents in Korean patients with atrial fibrillation. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 20(13-14), 1880-1886.						

**Tabell 6 Søketablell 4**

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Medline	13.05.21	S1.	Atrial Fibrillation.mp or exp Atrial Fibrillation		88756	
		S2.	Exercise.mp or exp Exercise		429854	
		S3.	Physical Activity.mp		120497	
		S4.	Aerobic Exercise.mp		10363	
		S5.	S2 or S3 or 34		488258	
		S6.	Treatment Outcome.mp or exp Treatment Outcome		1123522	
		S7.	Outcome*.mp		2661424	
		S8.	S6 or S7		2718860	
		S9.	S1 and S5 and S8		545	
		S10.	S9	År 2016-2021	221	1 (E)
<p><b>Inkluderte artikler:</b></p> <p>E. Garnvik, et al. (2020). Physical activity, cardiorespiratory fitness, and cardiovascular outcomes in individuals with atrial fibrillation: The HUNT study. <i>European Heart Journal</i>, 41(15), 1467- 1475.</p>						

**Tabell 7 Søketabell 5**

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Medline	13.05.21	S1.	Atrial Fibrillation.mp or exp Atrial Fibrillation		88756	
		S2.	Psychological Adaption.mp or exp Adaption, Psychological		130713	
		S3.	Coping Behavior.mp		855	
		S4.	S2 or S3		131031	
		S5.	S1 and S4		36	
		S6.	S5	År 2011- 2021	22	2 (F, G)
<b>Inkluderte artikler:</b>						
<p>F. Suutari, et al. (2019). Promoting a sense of security in everyday life – A Case study of patients and professionals moving towards co- production in an atrial fibrillation “learning café”. <i>Health Expectations</i>, 22(6), 1240- 1250.</p> <p>G. Taylor, et al. (2018). «It`s like a frog leaping about in your chest”: Illness and treatment perceptions in persistent atrial fibrillation. <i>British Journal of Health Psychology</i>, 23(1), 3- 21.</p>						

## 2.3. Analyse

Analysearbeidet er delt i to deler. Første del fokuserer på kvalitetsvurdering av utvalgt litteratur, og andre del fokuserer på identifisering av funn. Her anvendes Evans (2002) syntese prosess for å identifisere og forene funnene av de utvalgte artiklene.

### 2.3.1. Kvalitetsvurdering

Som første ledd i analysearbeidet ble artiklene vurdert i henhold til Helsebibliotekets kvalitative og kvantitative sjekklister for kritisk vurdering av forskning (Helsebiblioteket, 2016c). Fire av totalt åtte artikler som ble vurdert for inkludering var av typen kvantitativ forskning, to av typen kvalitativ forskning, samt to artikler hvor både kvantitativ og kvalitativ metode (mixed- methods) var anvendt. Kvalitetsvurdering av sistnevnte foregikk ved kombinasjon av to ulike sjekklister som passet metoden. Kvaliteten på alle de inkluderte artiklene ble vurdert til å være høy, hvilket innebærer at tilnærmet alle kriteriene i sjekklisene var oppfylt (Folkehelseinstituttet, 2018). En artikkel med kvalitativ metode ble ekskludert fra oppgaven basert på denne gjennomgangen. Dette som følge av store kulturelle og helseorganisatoriske forskjeller i studiepopulasjonen sammenlignet med Norden, hvilket kan tenkes påvirket opplevelsen av å leve med sykdommen. Derimot har jeg valgt å inkludere en kvantitativ studie utført på koreanske pasienter med atrieflimmer, samt en kvantitativ studie utført på atrieflimmerpasienter i Iran. Førstnevnte belyser usikkerhet knyttet til sykdommen, mens sistnevnte belyser effekten av aerob rehabilitering på livskvaliteten hos denne pasientgruppen. Temaene er relevant for min problemstilling og understøtter annen inkludert forskning i oppgaven. Dermed ble totalt syv artikler inkludert.

For videre kvalitetsbedømming søkte jeg opp de respektive tidsskriftene hvor mine artikler er publisert i NSD- register over vitenskapelige publiseringskanaler (Norsk senter for forskningsdata, u.å.). Alle artiklene var ifølge NSD sin gradering utgitt i anerkjente tidsskrift, og var med det fagfelle vurdert og holdt høy kvalitet. Tre av artiklene som er inkludert i oppgaven ble gradert til nivå to (høyeste nivå), og fire ble gradert til nivå en. Videre fremgår det av gjennomlesning av artiklene at etiske hensyn er vurdert i samtlige studier og ivarett.

### 2.3.2. Analyseprosess

Fremgangsmåten for analysering av forskning og identifisering av funn består av fire steg i ifølge Evans (2002) analysemetode. Oppsummert består de ulike stegene av; datainnsamling, identifisering av nøkkelfunn, identifisering av gjennomgående tema på tvers av studiene, samt beskrivelse av de ulike temaene (Evans, 2002).

Første steg er presentert mer inngående i avsnittet om søkestrategi tidligere i oppgaven. I arbeidet med å identifisere nøkkelfunn tok jeg for meg hver studie og leste denne i sin helhet. Ved en senere gjennomlesning markerte jeg ut viktige funn som jeg opplevde var relevant for å besvare min problemstilling. Funnene ble skrevet ned på et eget dokument kategorisert under hver studie, dette for å lette arbeidet i steg tre. Her tok jeg utgangspunkt i listen for å identifisere gjennomgående tema for de ulike studiene. Tre

hovedtema knyttet til atrieflimmer ble identifisert på bakgrunn av dette, herunder; fysisk aktivitet, usikkerhet og informasjon. Steg fire blir presentert under avsnittet; resultater.

## 3. Resultat

I det følgende vil jeg først presentere en artikkelmatrise som gir oversikt over de ulike studiene i forhold til hensikt, metode og resultat. Videre presenteres tre gjennomgående tema fra de syv studiene som er inkludert i oppgaven. Dette i tråd med ledd fire i Evans (2002) analysemodell.

### 3.1. Oversikt over inkludert forskning

**Tabell 8 Artikkelmatrise**

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat
A) Nourmohammadi, et al. (2019). The effect of aerobic physical rehabilitation on the quality of life in patients with chronic atrial fibrillation; A randomized controlled clinical trial study. <i>ARYA Atheroscler</i> , 15(1), 1-8.	Undersøke virkningen av aerob fysisk rehabilitering på livskvaliteten hos pasienter med kronisk atrieflimmer innlagt på hjerteavdeling i Iran.	Randomisert kontrollert studie, kvantitativ metode.  50 pasienter med kronisk atrieflimmer i alderen 30-75 år deltok i studien.  Over en periode på 8 uker fulgte deltakerne i intervensjonsgruppen et rehabiliteringsprogram bestående av en læringspakke, samt et treningsprogram bestående av 2 økter i uken på henholdsvis 1 time med lett til moderat fysisk aktivitet, med en progresjon i treningsintensitet i siste halvdel av perioden.	Treningsgruppen hadde en signifikant økning i total score for livskvalitet sammenlignet med kontrollgruppen. Disse hadde lik score ved baseline.



		<p>Kontrollgruppen mottok standard behandling.</p> <p>Livskvalitet ble målt før og etter intervensjonen i form av et standardisert spørreskjema.</p>	
--	--	--	--

<p>B) Malmo, et al. (2016).  Aerobic interval training reduces the burden of atrial fibrillation in the short term; A randomized trial. <i>Circulation</i>, 133(5), 466-473.</p>	<p>Undersøke effekten av aerob intervalltrening hos atrieflimmerpasienter målt i; tid med atrieflimmer, mengde atrieflimmersymptomer, kardiovaskulær helse og livskvalitet.</p>	<p>Randomisert kontrollert studie, kvantitativ metode.</p> <p>51 pasienter med symptomatisk ikke permanent atrieflimmer deltok. Kontrollgruppen hadde en snittalder på 62 år, og intervensjonsgruppen 56 år.</p> <p>Over en periode på 12 uker gjennomførte intervensjonsgruppen et treningsprogram bestående av 4x4 min løp/gange på 85- 95% av max hjertefrekvens med 3 min aktiv hvile, 3 ganger per uke.</p> <p>Hovedutfall: Tid med atrieflimmer ble målt som følge av implementert loop- recorder.</p> <p>Sekundært utfall:  Atrieflimmersymptomer og treningskapasitet ble bestemt av hjertevolum (MRI), VO<sub>2</sub>- max (individualisert tredemølle- test), lipidstatus (blodprøver), livskvalitet (standardisert spørreskjema) og atrieflimmersymptomer (standardisert spørreskjema) ble</p>	<p>12 uker med aerob intervalltrening blant pasienter med ikke- permanent atrieflimmer reduserte tiden med atrieflimmer, samt gav en signifikant forbedring av atrieflimmersymptomer, treningskapasitet, venstre arteriell og ventrikulær funksjon, lipidnivåer og livskvalitet.</p>
--	---	---	--

		evaluert ved baseline og etter perioden på 12 uker.	
C) Toscos, et al. (2020). Can nurses help improve self-care of patients living with atrial fibrillation? A focus group study exploring patients` disease knowledge gaps. <i>NursingOpen</i> , 7(4), 998-1010.	Identifisere kunnskapshull og ønsker for informasjon fra helsepersonell relater til atrieflimmer blant pasienter og deres støttepersoner, med mål om å fremme sykepleier-pasientkommunikasjon og egenomsorg.	Mixed methods  17 pasienter med nylig diagnostisert atrieflimmer eller nylig fått endret medisiner, samt deres støttepersoner deltok. Deltakerne hadde en gjennomsnittsalder på 66 år, og ble delt inn i tre fokusgrupper.  Kvalitativ feedback om forventninger og meninger knyttet til pasientopplæring om atrieflimmer, og kvantitativ data fra spørreskjema (bestående av egenomsorg, utdanning, medisiner, atrieflimmer-kunnskap og helsekompetanse) ble samlet inn.	Pasienter med atrieflimmer og deres støttepersoner opplevde å ha mangelfull kunnskap om atrieflimmer, og var usikre på hvordan de skulle mestre å leve med sykdommen. Få opplevde at de fikk tilstrekkelig informasjon fra helsepersonell.
D) Kang (2011). The relationships between uncertainty and its antecedents in Korean patients with atrial fibrillation. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 20(13-14), 1880-1886.	Undersøke hvilken rolle utdanning, sosial støtte og symptomhyppighet utgjør for opplevelsen av usikkerhet hos Koreanske atrieflimmerpasienter.	Kvantitativ metode.  109 pasienter med nylig diagnostisert atrieflimmer, og med en gjennomsnittsalder på 60,2 år deltok i studien.  Via strukturert spørreskjema samlet de informasjon om usikkerhet, sosial støtte,	Sosial støtte var signifikant forbundet med mindre grad av usikkerhet blant personer med atrieflimmer. Personer som opplevde mange symptomer rapporterte mer usikkerhet.

		symptomfrekvens og demografisk karakteristikk som ble statistisk analysert.	
E) Garnvik, et al. (2020). Physical activity, cardiorespiratory fitness, and cardiovascular outcomes in individuals with atrial fibrillation: The HUNT study. <i>European Heart Journal</i> , 41(15), 1467- 1475.	Undersøke de potensielle effektene av fysisk aktivitet og estimert kardiorespiratorisk kondisjon på dødelighet av alle årsaker, kardiovaskulær sykdom, sykелighet og hjerneslag hos personer med atrieflimmer.	<p>Kvantitativ metode, kohort-studie.</p> <p>1117 atrieflimmerpasienter over 18 år fra HUNT3- undersøkelsen i 2006- 08 ble fulgt frem til første utfall eller til slutten for oppfølgingen i 2015.</p> <p>Utfall: dødsfall med kardiovaskulær sykdom som underliggende årsak, kardiovaskulær sykелighet (sammensatt dødsårsak), hjerneslag eller dødelighet av alle årsaker.</p> <p>Selvrapportert data om fysisk aktivitet ble hentet inn via spørreskjema, estimert kardiorespiratorisk kondisjon ble beregnet ved hjelp av en ikke-trening prediksjonsmodell. Videre ble disse dataene koblet opp mot Norsk dødsårsaksregister og Norsk pasientregister for å undersøke sammenhengen mellom fysisk</p>	Høyere nivå av fysisk aktivitet og estimert kardiovaskulær kondisjon hos personer med atrieflimmer er forbundet med lavere risiko for kardiovaskulære sykdommer og dødelighet av alle årsaker på lang sikt.

		aktivitet og estimert kardiorespiratorisk kondisjon på utfall nevnt over.	
F) Suutari, et al. (2019). Promoting a sense of security in everyday life – A Case study of patients and professionals moving towards co- production in an atrial fibrillation “learning café”. <i>Health Expectations</i> , 22(6), 1240-1250.	Undersøke pasienter og helsepersonell sin erfaring med «learning cafe» (gruppeutdanningsprogram), hvor målet var å øke atrieflimmerpasienters opplevelse av trygghet i hverdagen.	Mixed methods 10 atrieflimmerpasienter (7 menn og 3 damer) og tre støttepersoner i alderen 50- 80 år deltok på 4 undervisninger, hver på 2,5t.  Organisert case- studie hvor kvantitative data (i form av en gradering av deres opplevelse av trygghet i hverdagen og tilfredshet med utdanningsprogrammet) og kvalitative data (i form av notater fra undervisningen, prosjektplanen, samt transkripsjoner fra to semistrukturerte fokusgruppeintervjuer med 5 pasienter og 5 helsepersonell etter avsluttet utdanningsprogram) ble samlet inn.	Pasientene rapporterte økt opplevelse av trygghet som følge av denne type oppfølging av helsevesenet. Helsepersonell opplevde å lære mer om betydningen av personsentrert omsorg, samt bedre kontroll av sin egen arbeidssituasjon.
G) Taylor, et al. (2018). «It`s like a frog leaping about in your chest”: Illness and treatment perceptions in	Undersøke pasienter med atrieflimmer sin opplevelse av sykdommen og behandlingen, samt hvilke	Kvalitativ tverrsnittdesign.  30 atrieflimmerpasienter som gjennomgikk ulik	Uforutsigbarhet i sykdommen og symptomene bidrog til mestringsstrategier for å etablere kontroll i situasjonen.

<p>persistent atrial fibrillation. <i>British Journal of Health Psychology</i>, 23(1), 3- 21.</p>	<p>mestringsstrategier de anvender for å mestre atrieflimmersymptomer. Dette for å gi bedre innsikt i hvordan behandlingsspesifikk behandling kan bidra til økt livskvalitet.</p>	<p>atrieflimmerbehandling, og var over 18 år deltok i studien.  Via semistrukturerte telefonintervju ble data samlet inn, transkribert og analysert ved hjelp av induktiv tematisk analyse.</p>	<p>Disse ble illustrert som en ond sirkel og var knyttet til mangelfull forståelse og kunnskap om sykdommen. Dette bidro til økt nivå av usikkerhet.</p>
---	---	---	--

## 3.2. Gjennomgående tema i inkludert litteratur

### 3.2.1. Betydningen av fysisk aktivitet for atrieflimmerpasienter

De inkluderte studiene viser at fysisk aktivitet har en rekke positive helsemessige effekter, også hos atrieflimmerpasienter (Garnvik et al., 2020; Malmo et al., 2016; Nourmohammadi et al., 2019). En studie gjennomført av Malmo et al. (2016) antyder at pasienter med ikke- permanent atrieflimmer som gjennomførte et treningsprogram bestående av aerobe intervaller over en periode på tolv uker hadde en nedgang i tid med atrieflimmer. Tiden med høyintensiv trening var relativt kort i intervensjonen. Den totale treningsmengden tilsvarte derfor en belastning på moderat nivå, i tråd med retningslinjer for forebygging av hjerte- og karlidelser. Deltakerne hadde også en signifikant forbedring i treningskapasitet, atrieflimmersymptomer, venstre atriell og ventrikulær funksjon, lipidnivåer og livskvalitet. Flertallet av pasientene hadde store symptomatiske belastninger i utgangspunktet. Deltakerne i treningsgruppen hadde derimot en vedvarende effekt med lavere grad av atrieflimmersymptomer hele 4 uker etter intervensjonen (Malmo et al., 2016).

I en studie gjennomført av Garnvik et al. (2020) ble langtidseffekter av fysisk aktivitet og estimert kardiorespiratorisk kondisjon hos pasienter med bekreftet atrieflimmer undersøkt. Studien viste at risikoen for død av alle årsaker ble betydelig redusert for pasientene som fulgte de generelle retningslinjene for fysisk aktivitet, sammenlignet med inaktive. Atrieflimmerpasienter som ikke oppfylte anbefalingene/ var inaktive hadde derimot konsekvent økt risiko for kardiovaskulær sykdom, hjerneslag, sykkelighet og død av alle årsaker. Derimot hadde pasientene som oppfylte retningslinjene ingen økt risiko for utfallene nevnt over sammenlignet med inaktive atrieflimmerpasienter (Garnvik et al., 2020).

En tredje studie peker på betydningen av aerob hjerterehabilitering hos pasienter med atrieflimmer. Atrieflimmerpasienter som gjennomførte et åtte uker langt rehabiliteringsprogram bestående av lett til moderat trening, hadde en signifikant bedring i livskvalitet sammenlignet med kontrollgruppen. Før intervensjonen skåret gruppene derimot likt i forhold til dette. Livskvaliteten ble vurdert basert på en rekke faktorer, herunder: generell helse, fysisk funksjon, fysiske begrensninger, kroppssmerter, følelsesmessige begrensninger relatert til mentale problemer, vitalitet, sosial funksjon og mental helse. Samtlige faktorer ble bedret i treningsgruppen foruten mental helse (Nourmohammadi et al., 2019).

### 3.2.2. Usikkerhet hos atrieflimmerpasienter

En rekke studier peker på at pasienter som lever med atrieflimmer opplever usikkerhet knyttet til manglende kunnskap og belastende symptomer (Kang, 2011; Suutari et al., 2019; Taylor et al., 2018; Toscos et al., 2020). I en studie av Taylor et al. (2018) rapporterte flere pasienter at de var usikre i forhold til hvordan de skulle håndtere sykdommen. Pasientene som opplevde å ha lite kunnskap om sykdommen rapporterte at de opplevde atrieflimmersymptomer som uforutsigbare, hvilket fremmet en følelse av usikkerhet. Hjertebank ble trukket frem som det mest skremmende symptomet. Dette

var relatert til hjertets sentrale og viktige funksjon, og ble med bakgrunn i dette tolket som et tegn på hjerteinfarkt eller død. Suutari et al. (2019) viste også at manglende kunnskap ble rapportert som kilde til usikkerhet i hverdagen. Kang (2011) viste i sin studie at pasienter med høy symptomfrekvens opplevde større grad av usikkerhet.

I et forsøk på å ta kontroll og håndtere symptomene viste studien til Taylor et al. (2018) at pasientene brukte ulike mestringsstrategier, herunder; unngåelse, roe ned eller alt eller ingenting- adferd. De som brukte unngåelse som mestringsstrategi valgte til eksempel å ikke delta i fysisk aktivitet, i den visshet om at aktiviteten kunne utløse atrieflimmer. Dette bidro til at de sosialiserte seg mindre og deltok i færre givende aktiviteter. Denne strategien kunne også vedvare til tross for god behandling og i mindre symptomatiske faser av sykdomsforløpet, knyttet til en frykt for at symptomene skulle vende tilbake. Pasienter som brukte mestringsstrategien alt eller ingenting, levde i henhold til symptombelastningen; mye symptomer- ingen aktivitet, ingen symptomer- svært mye aktivitet. Pasienter som valgte å fortsette sin aktivitet til tross for symptomer, men roe ned opplevde derimot ikke usikkerhet i like stor grad. Hos disse bidro diagnosen til en større kontroll, da de forsto hvor symptomene kom fra. Usikkerheten ble derfor ikke like stor, og de kunne dermed fortsette aktiviteten på et lavere nivå. Pasientene som vurderte sine mestringsstrategier som ikke hensiktsmessige beskrev situasjonen som å være fast i en ond sirkel. Mislykkede forsøk på å ta kontroll, fremmet mer symptomer og usikkerhet. Denne sirkelen var derimot ikke tilfelle hos pasienter som opplevde å ha større kunnskap om symptomer i henhold til atrieflimmer. Til tross for ubehagelige symptomer rapporterte disse pasientene en opplevelse av kontroll (Taylor et al., 2018).

Toscos et al. (2020) viste i sin studie at atrieflimmerpasienter som opplevde å ha manglende kunnskap om sykdommen søkte på internett eller i media etter informasjon. De rapporterte at dette kunne bidra til frykt eller øke allerede eksisterende usikkerhet. Derimot pekte de på at adekvat informasjon fra helsepersonell kunne dempe behovet for å søke kunnskap andre steder. Videre viste studien at medbestemmelse i behandlingen samt omsorg kunne bidra til å dempe følelsen av usikkerhet. Kang (2011) sin studie viste også at redusert evne til å forstå situasjoner knyttet til atrieflimmer fremmet en følelse av usikkerhet. Derimot pekte hennes studie på sosial støtte fra venner, familie og andre som en svært viktig faktor for å redusere usikkerheten. Pasientenes grunnleggende formelle utdanning hadde derimot ingen betydning for opplevelsen av usikkerhet (Kang, 2011).



### 3.2.3. Informasjonsbehov hos atrieflimmerpasienter

Flere av de inkluderte artiklene viser at behovet for informasjon ikke er tilfredsstillt hos atrieflimmerpasienter (Suutari et al., 2019; Taylor et al., 2018; Toscos et al., 2020). Toscos et al. (2020) undersøkte om det eksisterte kunnskapshull hos atrieflimmerpasienter knyttet til sykdommen, og fant at pasientene hadde manglende kunnskap om symptomer, behandling, medikamenter, prognose, samt egenomsorg med tanke på aktivitet, kosthold osv. Disse kunnskapshullene fremmet usikkerhet og stress, slik som beskrevet i avsnittet over. I studien til Suutari et al. (2019) fant de at informasjon som gjaldt egenomsorg, fysisk aktivitet, samt tilgjengelig helsehjelp var spesielt viktig for atrieflimmerpasienter sin opplevelse av trygghet.

Toscos et al. (2020) viser også at formidling og timing av informasjon er av betydning for å øke grad av egenomsorg hos denne pasientgruppen. Deltakerne i studien oppgav helsepersonell som en foretrukken informasjonskilde uavhengig av formidlingsmetode. Med hensyn til timing adresserte enkelte et behov for detaljert informasjon allerede ved diagnosetidspunkt. Dette i motsetning til pasientopplæring over tid som ble foretrukket av andre, da dette kunne gi mer rom for å absorbere informasjon og forstå den nye situasjonen. Videre rapporterte få at de opplevde å få tilstrekkelig informasjon fra helsepersonell (Toscos et al., 2020).

Atrieflimmerpasienter som deltok i et gruppeutdanningsprogram over en periode med den hensikt å fremme opplevelsen av trygghet, rapporterte økt livskvalitet som følge av deltakelsen. Helsepersonell hadde under interaksjonen mulighet til å besvare spørsmål som pasientene og deres støttepersoner opplevde som truende for deres sikkerhet, og fikk tilbake en større forståelse for deres opplevelse av å leve med sykdommen. Arenaen for kunnskapsdeling og støtte fra andre pasienter i samme situasjon var ifølge pasientene og helsepersonell svært betydningsfullt med hensyn til å øke mestring og opplevelsen av trygghet (Suutari et al., 2019).

## 4. Diskusjon

Følgende avsnitt er inndelt i to, og inneholder en metode- og resultatdiskusjon. Metodediskusjonen belyser styrker og svakheter med oppgaven. Under resultatdiskusjonen tar jeg for meg studiens funn og bakenforliggende teori, og drøfter disse opp imot oppgavens problemstilling og implikasjoner for sykepleie. Resultatdiskusjonen er videre inndelt i to, og tar for seg barrierer for å bedrive fysisk aktivitet, og sykepleieintervensjoner for å fremme mestring.

### 4.1. Metodediskusjon

I utforming av denne oppgaven har jeg tatt utgangspunkt i Glasdam (2011) sin beskrivelse av litteraturstudie, og Evans (2002) analysemodell. Gjennom deres litteratur har jeg fått innsikt i hvordan et systematisk litteraturstudium kan utformes, samt hvordan gjennomføre en systematisk analyse av forskning.

Opgavens problemstilling er sammensatt. Dette fremmer et behov for flere tilnæringsmetoder, hvilket kan utgjør en styrke i oppgaven. Inkludert litteratur består derfor av mixed- method, kvantitative- og kvalitative data. Kvalitative studier er hensiktsmessig når man ønsker å studere opplevelser og oppfatninger knyttet til et fenomen, mens kvantitativ data er egnet når man skal undersøke målbare fenomener (Dalland, 2018). Ved Mixed- method kombineres både kvantitativ- og kvalitativ data, hvilket kan gi en mer fullstendig forståelse av studieobjektet (Andersen, 2017). Andre styrker vil være at oppgaven presenterer relativt ny forskning, da inkludert litteratur er publisert mellom 2011- 2021.

En svakhet med denne oppgaven kan være at forskningen som inngår er basert på relativt små studier, hvor forskningsutvalget har vært lite og/eller ikke er representativt for alle atrieflimmerpasienter. Forskning på temaet er dog relativt beskjedent, hvilket gjør mulighetene begrenset. Dette bidrar til at generalisering av funn må gjøres med forsiktighet. Videre kan mitt engasjement for fysisk aktivitet som behandling av en rekke sykdommer ha bidratt til skjevhet ved utvelgelse av litteratur. Inkluderte artikler fokuserer i hovedsak på positive effekter av fysisk aktivitet, og gir dermed ikke et helhetlig bilde av fenomenet. Derimot sikter denne oppgaven på å nyansere bildet av at aktivitet utgjør en fare for atrieflimmerpasienter, hvilket jeg opplever forsvarer dette ensidige perspektivet.

## 4.2. Resultatdiskusjon

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hvordan sykepleier kan fremme mestring hos pasienter med atrieflimmer når det gjelder å bedrive fysisk aktivitet.

### 4.2.1. Barrierer for å bedrive fysisk aktivitet hos atrieflimmerpasienter

Tidligere forskning viser at atrieflimmerpasienter har betydelig lavere livskvalitet sammenlignet med den generelle befolkningen (Thrall et al., 2006). I følge Thelle og Løchen (2010) bør livskvalitet være et primært mål for atrieflimmerbehandling, da dette kan si noe om behandlingen har vært tjenlig eller ikke. Livskvalitet som behandlingsmål underbygges også i de nye retningslinjene for behandling av sykdommen, hvor det fremgår at pasientene vektlegger helse relatert livskvalitet, treningstoleranse, fysisk og følelsesmessig funksjon blant mer som viktige mål, og som skal tas hensyn til ved beslutning om behandlingsstrategi (Hindricks et al., 2021). Forskning viser at atrieflimmerpasienter som deltok i aerob trening over 8 uker i form av et hjerterehabiliteringsprogram, hadde en signifikant økning i livskvalitet sammenlignet med kontrollgruppen (Nourmohammadi et al., 2019). Malmo et al. (2016) viste også i sin studie at moderat aerob trening ga signifikant bedre livskvalitet hos atrieflimmerpasienter. Fysisk aktivitet kan dermed se ut til å være et verktøy for å øke livskvaliteten hos disse pasientene, og på den måten inngå som et viktig komponent for å imøtekomme målet med behandlingen. Imidlertid kan det se ut til at det eksisterer barrierer knyttet til fysisk aktivitet for atrieflimmerpasienter. Lege og forsker på temaet Vegard Malmo uttalte til Dagens Næringsliv (Malmo, 2013) at tidligere aktive atrieflimmerpasienter reduserer sitt aktivitetsnivå etter diagnosetidspunktet. Funn i denne oppgaven viser også at atrieflimmerpasienter som bruker unngåelse som hovedmestringsstrategi velger å avstå fra fysisk aktivitet, da de antar at dette trigger nye anfall med flimmer (Taylor et al., 2018). Ifølge sykepleieteoretikeren Calista Roy er sykepleierens overordnede rolle å avdekke uhensiktsmessige mestringsstrategier, samt å fremme faktorer som bidrar til at pasienten mestrer situasjonen, opplever økt livskvalitet, helse eller en verdig død (Kristoffersen, 2017c). Med bakgrunn i funn beskrevet over kan det derfor tenkes at det eksisterer et behov for sykepleie hos atrieflimmerpasienter med lav livskvalitet, og som opplever fysisk aktivitet som en barriere. Dette er i tråd med yrkesetiske retningslinjer, hvor det fremgår at sykepleieren har et ansvar for å forebygge sykdom, fremme helse, håp og mestring (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Tidligere forskning tyder på at regelmessig fysisk aktivitet av typen utholdenhetstrening med relativt høy intensitet over mange år, gir økt risiko for atrieflimmer (Graff-Iversen et al., 2012). Denne kunnskapen ser også ut til å være godt dekket av media, hvor det eksisterer en rekke artikler knyttet til treningsindusert atrieflimmer (Hotvedt, 2014; Johannessen, 2016; Odinsen, 2021). Funn i denne oppgaven tyder imidlertid på at fysisk aktivitet har en rekke positive effekter hos denne pasientgruppen, herunder: redusert symptombyrde, senkede lipidnivåer, økt livskvalitet, bedre hjertefunksjon, samt redusert risiko for død av alle årsaker (Garnvik et al., 2020; Malmo et al., 2016; Nourmohammadi et al., 2019). Det kan tenkes at medias eksponering av trening som risiko for atrieflimmer, samt tvetydigheten i funnene over kan ha bidratt til å fremme usikkerhet hos atrieflimmerpasienter knyttet til det å være i fysisk aktivitet. På en annen side kan

det også tenkes at sykdommens kompleksitet og det at patofysiologien ikke er fullstendig forstått (Schnabel, 2012), har bidratt til å vedlikeholde forestillingen om at fysisk aktivitet fremmer anfall med flimmer. Dette kan forklare funn i denne oppgaven, hvor atrieflimmerpasienter unngår fysisk aktivitet grunnet redsel for å trigge nye anfall (Taylor et al., 2018). Dette er også i tråd med teorien om usikkerhet ved kronisk sykdom, hvor det fremgår at usikkerhet er et resultat av kognitive prosesser som fremtrer i sykdomssituasjoner preget av tvetydighet, uforutsigbarhet og kompleksitet (Mishel, 2014). Deltakere fra Toscos et al. (2020) sin studie rapporterte imidlertid at de ikke opplevde å få tilstrekkelig med informasjon om sykdommen fra helsepersonell, hvilket også kan tenkes bidrar til usikkerhet. Dette understreker betydningen av undervisning og veiledning, hvilket inngår som en del av sykepleierens pedagogiske funksjon (Kristoffersen, 2017b). Det kan dermed tenkes at sykepleier kan bidra til å oppklare usanne forestillinger knyttet til fenomenet, og slik fremme mestring og deltakelse i aktivitet.

Et viktig funn i denne oppgaven viser at atrieflimmerpasienter rapporterer manglende kunnskap og belastende symptomer som kilde til usikkerhet (Kang, 2011; Suutari et al., 2019; Taylor et al., 2018). Symptombildet kan derimot variere stort blant pasientene, hvor enkelte ikke opplever plager kan andre lide av invalidiserende symptomer (Risøe & Gjesdal, 2004). Hjertebank, nedsatt fysisk yteevne, brystsmerter, utmattelse, synkope, svimmelhet og dyspné er blant symptomene på sykdommen, hvor symptombyrden korrelerer med økende ventrikkelfrekvens (Løge, 2021). Imidlertid viste funn fra Taylor et al. (2018) at pasienter som hadde stor symptombyrde fant hjertebank som mest skremmende knyttet til hjertet sin viktige funksjon, og tolket dette som tegn på hjerteinfarkt eller død. Da fysisk aktivitet naturlig bidrar til økt hjertefrekvens (Henriksson & Sundberg, 2008), kan det tenkes at aktiviteten i seg selv bidrar til å fremme følelsen av usikkerhet slik at pasientene velger å unngå situasjonen. Dette kan bidra til å forklare hvorfor pasientene i Taylor et al. (2018) sin studie i et forsøk på å ta kontroll over situasjonen valgte unngåelse som mestringsstrategi i forhold til fysisk aktivitet. Den samme studien viste også at pasienter som opplevde å ha lite kunnskap om sykdommen, rapporterte at de opplevde atrieflimmersymptomene som uforutsigbare (Taylor et al., 2018). I lys av dette kan unngåelse som mestringsstrategi forstås som en reaksjon på manglende evne til å forutsi konsekvenser av å delta i fysisk aktivitet. Dette er i tråd med Mishel (2014) sin teori om usikkerhet ved kronisk sykdom. På den andre siden kan det tenkes at symptombelastningen i seg selv utgjør en byrde for disse pasientene når det kommer til å være i bevegelse. Pasienter i Taylor et al. (2018) sin studie som valgte strategien å fortsette aktiviteten, men på et lavere nivå, opplevde derimot en større grad av kontroll til tross for plagsomme symptomer. Det fremgår av studien at disse pasientene hadde bedre kunnskap om, og forståelse for at symptomene var forbundet med atrieflimmer, hvilket bidro til å redusere usikkerheten og gi en større opplevelse av kontroll i situasjonen (Taylor et al., 2018). Manglende kunnskap om sykdommen og hvordan den påvirkes av fysisk aktivitet kan dermed se ut til å utgjøre en barriere, da det kan tenkes at evnen til å vurdere symptomene og situasjoner knyttet til atrieflimmer og fysisk aktivitet er redusert. Dette kan tyde på at sykepleier bør iverksette tiltak som fremmer kunnskap, og at pasienten som følge av dette kommer i bedre posisjon til å mestre barrierene og delta i fysisk aktivitet. Dette er i tråd med Calista Roy sin sykepleieteori, hvor det fremgår at sykepleieren kan fremme mestring gjennom å påvirke/endre fokale, residuale eller kontekstuelle sider ved stimulusen (Kristoffersen, 2017c).

#### 4.2.2. Sykepleieintervensjoner for å fremme mestring hos atrieflimmerpasienter

Det ser ut til at fysisk aktivitet er knyttet opp imot usikkerhet hos atrieflimmerpasienter, og at usikkerheten kan skyldes manglende kunnskap og høy symptombyrde. Funn fra forskning inkludert i denne oppgaven viser imidlertid at fysisk aktivitet har en rekke positive effekter hos denne pasientgruppen (Garnvik et al., 2020; Malmo et al., 2016; Nourmohammadi et al., 2019). Derfor vil jeg i det følgende ta utgangspunkt i de positive faktorene ved å være i bevegelse, og drøfte hvordan sykepleier kan fremme mestring, slik at pasientene overkommer byrder og hindringer og deltar i fysisk aktivitet.

Funn fra flere studier viser at kunnskapsmangelen hos atrieflimmerpasienter gjelder symptomer, behandling, medikamenter, prognose og egenomsorg knyttet til faktorer som fysisk aktivitet og kosthold ved atrieflimmer, og utgjør en stor kilde til usikkerhet (Kang, 2011; Suutari et al., 2019; Taylor et al., 2018; Toscos et al., 2020). Funn fra Taylor et al. (2018) sin studie viste at pasienter med manglende kunnskap om sykdommen opplevde å være fanget i en ond sirkel, hvor u hensiktsmessige mestringsstrategier og forsøk på å etablere kontroll fremmet mer symptomer. Med bakgrunn i dette kan det tenkes at sykepleieintervensjoner som sikter på å øke kunnskapsnivået også bidrar til å redusere symptombyrden og dermed kan fremme deltakelse i aktivitet.

Toscos et al. (2020) viste også at atrieflimmerpasienter finner helsepersonell som en viktig kilde til adekvat informasjon, og at de kan bidra til å redusere behovet for å søke kunnskap fra andre kilder som potensielt kan øke usikkerheten (Toscos et al., 2020). I teorien om usikkerhet ved kronisk sykdom fremgår det at sykepleierens evne til å forstå hva som er kilden til pasientens usikkerhet, er viktig for å kunne identifisere hvilken informasjon som er relevant å formidle. Hensikten med informasjonsformidlingen er å bidra til at pasienten får et nytt perspektiv og bedre forutsigbarhet i sykdomssituasjonen, og slik vurderer usikkerheten annerledes. Videre pekes det på betydningen av å utdanne helsepersonell slik at de kan forstå fenomenet bedre, og dermed ha bedre forutsetninger for å kunne hjelpe pasientene (Mishel, 2014). For at sykepleier skal kunne bidra til å redusere usikkerheten knyttet til fysisk aktivitet hos atrieflimmerpasienter og formidle adekvat informasjon, kan det derfor tenkes at kunnskapsheving om fenomenet samt om de positive effektene av å være i bevegelse, er et viktig moment i arbeidet med å senke byrdene hos denne pasientgruppen. Dette er i tråd med erfaringer fra klinisk praksis ved en hjerterytmeevdeling, hvor jeg opplevde at personalet hadde begrenset kunnskap om effektene av fysisk aktivitet hos denne pasientgruppen. Det kan tenkes at mangel på kunnskap blant helsepersonell kan føre til at temaet ikke løftes frem, og dermed bidrar til å vedlikeholde usikkerheten.

Studien til Suutari et al. (2019) viste at atrieflimmerpasienter som deltok i et gruppeutdanningsprogram (4 samlinger hvor hver bestod av 2,5t utdanning) med mål om å fremme trygghet, rapporterte økt livskvalitet som følge av deltakelsen. Arenaen for kunnskapsdeling og støtte var ifølge deltakerne og helsepersonell svært viktig med hensyn til å øke mestring og opplevelsen av trygghet. Nourmohammadi et al. (2019) viste også at atrieflimmerpasienter som deltok i et aerobt hjerterehabiliteringsprogram over en periode på 8 uker fikk signifikant bedre livskvalitet. Dette kan tyde på at utdanningsgrupper for atrieflimmerpasienter og/eller fysiske rehabiliteringsprogram av

en viss varighet kan være en hensiktsmessig metode for kunnskapsdeling. Dette er i tråd med funn fra Kang (2011) sin studie, som viste at sosial støtte fra venner, familie og andre er en viktig faktor for å redusere usikkerheten. Det kan også tenkes at en viktig fordel med oppfølging over tid kan være at sykepleiere får mulighet til å etablere bedre relasjoner med pasientene, og slik ha bedre forutsetninger for å identifisere behov for sykepleie, samt å gi konkret informasjon tilpasset pasientens behov. Dette er i tråd med mestringsarbeid, hvor det fremgår at pasientens behov bør være utgangspunkt for veiledning og undervisning, og at relasjonen til pasienten er av betydning for å lykkes med arbeidet (Kristoffersen, 2017c). På bakgrunn av dette kan det tenkes at sykepleiere som interagerer med pasientene over tid i form av poliklinikk (kontaktsykepleier) og/eller sengepost har best forutsetninger for å fremme mestring slik at atrieflimmerpasientene deltar i fysisk aktivitet.

Som etablert over viser forskning inkludert i denne oppgaven at sosial støtte og informasjon er viktige faktorer for å redusere usikkerheten (Kang, 2011; Suutari et al., 2019; Taylor et al., 2018; Toscos et al., 2020). Det kan tenkes at atrieflimmerpasienter som har en emosjonsorientert mestringsstrategi, har større behov for sosial støtte enn informasjon i de ulike fasene av sykdommen, sammenlignet med atrieflimmerpasienter med problemorientert mestringsstrategi. Dette kan bidra til å forklare funn i Toscos et al. (2020) hvor enkelte pasienter ønsket detaljert informasjon om sykdommen allerede ved diagnosetidspunktet, ønsket andre pasientopplæring over tid. Dette for å kunne absorbere mer av informasjonen fra helsepersonell, og forstå den nye situasjonen med kronisk sykdom (Toscos et al., 2020). Dette er i tråd med beskrivelsen av henholdsvis problemorientert mestringsstrategi hvor man i større grad har fokus på å løse/forstå selve problemet gjerne ved å søke informasjon, i motsetning til emosjonsorientert hvor man i større grad sikter mot å endre sin egen opplevelse av situasjonen (Kristoffersen, 2017a). Det kan dermed tenkes at ulike mestringsstrategier behøver ulike tilnæringsmetoder fra sykepleier i arbeidet med å øke kunnskap hos pasientene knyttet til fysisk aktivitet og atrieflimmer. Dette er i tråd med mestringsarbeid hvor kunnskap om hva som kan påvirke læringen er av betydning for å lykkes med arbeidet (Kristoffersen, 2017b). Det kan tenkes at kartlegging av pasientens opplevelse av usikkerhet, samt identifisere pasientens mestringsstrategier er av betydning for sykepleier i henhold til undervisning og veiledning. Dette er i tråd med sykepleieteoretikeren Calista Roy sin mestringsteori, hvor det fremgår at sykepleieprosessen er et viktig ledd i arbeidet med å identifisere pasientens behov for sykepleie og fremme mestring (Kristoffersen, 2017c). Videre kan det tenkes at dette er noe som bør tas hensyn til ved sammensetning av grupper for pasientopplæring, slik at undervisningen blir mer tilpasset og hensiktsmessig ut ifra pasientenes ulike behov. Variasjonen med tanke på ulike behov for informasjon innad i gruppen for atrieflimmerpasienter, styrker de nye retningslinjene for atrieflimmerbehandling, hvor det fremgår at optimal behandling bør være tilpasset den enkelte (Hindricks et al., 2021).

### 4.3. Konklusjon

Med bakgrunn i litteratur som er løftet frem i denne oppgaven, kan det se ut til at moderat fysisk aktivitet har en rekke positive effekter, også hos atrieflimmerpasienter: signifikant forbedring i treningskapasitet, atrieflimmersymptomer, venstre atriell og ventrikulær funksjon, lipidnivåer, livskvalitet og redusert risiko for død av alle årsaker. Derimot kan det se ut til at det eksisterer mye usikkerhet knyttet til fysisk aktivitet for denne pasientgruppen, og at usikkerheten utgjør en barriere for å være i bevegelse. Usikkerhet i forbindelse med å være i bevegelse for atrieflimmerpasienter fortjener en større plass i fremtidig forskning, grunnet den økende forekomsten av sykdommen og de helsefremmende effektene fysisk aktivitet ser ut til å ha for denne pasientgruppen. Oppgaven antyder at sykepleieintervensjoner som sikter på å øke kunnskap hos atrieflimmerpasienter knyttet til fysisk aktivitet, samt reduserer symptombyrden kan fremme mestring slik at pasientgruppen i større grad deltar i fysisk aktivitet.

# Referanser

- Andersen, J. (2017, desember 27). «Mixed methods»-design i helseforskning. Sykepleien. <https://sykepleien.no/forskning/2017/12/mixed-methods-design-i-helseforskning>
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2).
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for folkehelseinstituttet*. (4. utg.). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/slik-oppsummerer-vi-forskning-2018v2-endret-2021.pdf>
- Fredriksen, K., & Beedholm, K. (2011). Litteraturreview. I S. Glasdam (Red.), *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område*. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Garnvik, L., Malmo, V., Janszky, I., Ellekjær, H., Wisløff, U., Loennechen, J. P., & Nes, B. M. (2020). Physical activity, cardiorespiratory fitness, and cardiovascular outcomes in individuals with atrial fibrillation: The HUNT study. *European Heart Journal*, 41(15), 1467–1475.
- Glasdam, S. (Red.). (2011). *Bachelorprojekter inden for det sundhedsfaglige område—Indblik i videnskabelige metoder*. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Graff-Iversen, S., Gjesdal, K., Jugessur, A., Myrstad, M., Nystad, W., Selmer, R., & Thelle, D. S. (2012). Atrieflimmer, fysisk aktivitet og utholdenhetstrening. *Tidsskrift for Den norske legeforsning*, 132(3), 295–299. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.11.0567>
- Helsebiblioteket. (2016a, juni 3). *PICO*. Helsebiblioteket.no. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsebiblioteket. (2016b, juni 6). *Søkeord*. Helsebiblioteket.no; Helsebiblioteket.no. <https://www.helsebiblioteket.no/249229.cms>
- Helsebiblioteket. (2016c, juni 3). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.no; Helsebiblioteket.no. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2019, april 29). *Fysisk aktivitet for voksne og eldre*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-for-barn-unge-voksne-eldre-og-gravide/fysisk-aktivitet-for-voksne-og-eldre>



- Helsenorge. (2019, oktober 16). *Atrieflimmer*. Helsenorge.  
<https://www.helsenorge.no/sykdom/hjerte-og-kar/atrieflimmer/>
- Henriksson, J., & Sundberg, C. J. (2008). Generelle effekter av fysisk aktivitet. I R. Bahr (Red.), *Aktivitetshåndboken* (s. 628). Helsedirektoratet.  
[https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf/\\_attachment/inline/e7710401-9ac5-4619-916d-ff15a9edb3d4:380162e0f16eef64d00906fc472987340fbcc711/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf/_attachment/inline/e7710401-9ac5-4619-916d-ff15a9edb3d4:380162e0f16eef64d00906fc472987340fbcc711/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf)
- Hindricks, G., Potpara, T., Dagres, N., Arbelo, E., Bax, J. J., Blomström-Lundqvist, C., Boriani, G., Castella, M., Dan, G.-A., Dilaveris, P. E., Fauchier, L., Filippatos, G., Kalman, J. M., La Meir, M., Lane, D. A., Lebeau, J.-P., Lettino, M., Lip, G. Y. H., Pinto, F. J., ... Watkins, C. L. (2021). 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *European Heart Journal*, 42(5), 373–498. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa612>
- Hotvedt, S. K. (2014, september 8). År med trening kan gi hjerteflimmer. *NRK*.  
<https://www.nrk.no/norge/ar-med-trening-kan-gi-hjerteflimmer-1.11921707>
- January, C. T., Wann, L. S., Alpert, J. S., Calkins, H., Cigarroa, J. E., Cleveland Jr, J. C., Conti, J. B., Ellinor, P. T., Ezekowitz, M. D., Field, M. E., Murray, K. T., Sacco, R. L., Stevenson, W. G., Tchou, P. J., Tracy, C. M., & Yancy, C. W. (2014). 2014 AHA/ACC/HRS Guideline for the Management of Patients With Atrial Fibrillation: Executive Summary. *Circulation*, 130(23), 2071–2104.  
<https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000040>
- Johannessen, N. L. M. (2016, oktober 31). Disse kan trene på seg hjertesykdom. *Dagbladet.no*. <https://www.dagbladet.no/tema/disse-kan-trene-pa-seg-hjertesykdom/63384889>
- Kang, Y. (2011). The relationships between uncertainty and its antecedents in Korean patients with atrial fibrillation. *Journal of Clinical Nursing*, 20(13–14), 1880–1886.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03416.x>
- Kristoffersen, N. J. (2017a). Stress og mestring. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3* (3. utg., s. 237–294). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (2017b). Å styrke pasientens ressurser. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3* (3. utg., s. 350–406). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J. (2017c). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3* (3. utg., s. 15–80). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Legemiddelaktuelt. (2018, februar 19). «MeSH på norsk» i Helsebiblioteket – verktøy for gode søkeord og treffsikre artikkelsøk. Helsebiblioteket.no; Helsebiblioteket.no.

<https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/aktuelt/mesh-pa-norsk-i-helsebiblioteket-verktoy-for-gode-sokeord-og-treffsikre-artikkelsok>

Løge, I. (2021, mai 4). *Atrieflimmer og -flutter*. Norsk Elektronisk Legehåndbok. <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/hjertekar/tilstander-og-sykdommer/arytmier/atrieflimmer-og--flutter/>

Malmo, V. (2013, februar 8). - Ingen grunn til å bekymre seg for å trene. *Dagens Næringsliv*. <https://www.dn.no/trening/-ingen-grunn-til-a-bekymre-seg-for-a-trene/1-1-1080124>

Malmo, V. (2020). Trening ved atrieflimmer: Risikofaktorer og behandling. *Norsk cardiologisk selskap*, 33(2), 6.

Malmo, V., Nes, B. M., Amundsen, B., Tjonna, A.-E., Stoylen, A., Rossvoll, O., Wisloff, U., & Loennechen, J. P. (2016). Aerobic interval training reduces the burden of atrial fibrillation in the short term. *Circulation*, 133(5), 466–473.

Middeldorp, M. E., Ariyaratnam, J., Lau, D., & Sanders, P. (2020). Lifestyle modifications for treatment of atrial fibrillation. *Heart*, 106(5), 325–332. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2019-315327>

Mishel, M. H. (2014). Theories of Uncertainty in Illness. I M. J. Smith & P. Liehr (Red.), *Middle Range Theory for Nursing: Third Edition* (3. utg., s. 53- 86). Springer Publishing Company. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=581499&site=ehost-live>

Morseth, B., Graff-Iversen, S., Jacobsen, B. K., Jørgensen, L., Nytnes, A., Thelle, D. S., Vestergaard, P., & Løchen, M.-L. (2016). Physical activity, resting heart rate, and atrial fibrillation: The Tromsø Study. *European Heart Journal*, 37(29), 2307–2313. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw059>

Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2021, april 21). *Atrieflimmer*. Nasjonalforeningen for folkehelsen. <https://nasjonalforeningen.no/hjerte-og-kar/ulike-hjertesykdommer/atrieflimmer/>

Nes, R. B. (2019, september 23). *Fakta om livskvalitet og trivsel*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>

Nes, R. B., Hansen, T., & Barstad, A. (2018). *Livskvalitet -Anbefalinger for et bedre målesystem* (IS-2727). Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/livskvalitet-anbefalinger-for-et-bedre-malesystem/Livskvalitet%20%E2%80%93Anbefalinger%20for%20et%20bedre%20m%C3%A5lesystem.pdf/\\_attachment/inline/e6f19f43-42f9-48ce-a579-2389415a2432:8d0fbf977b7dbd30e051662c815468072fb6c12c/Livskvalitet%20%E2%80%93Anbefalinger%20for%20et%20bedre%20m%C3%A5lesystem.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/livskvalitet-anbefalinger-for-et-bedre-malesystem/Livskvalitet%20%E2%80%93Anbefalinger%20for%20et%20bedre%20m%C3%A5lesystem.pdf/_attachment/inline/e6f19f43-42f9-48ce-a579-2389415a2432:8d0fbf977b7dbd30e051662c815468072fb6c12c/Livskvalitet%20%E2%80%93Anbefalinger%20for%20et%20bedre%20m%C3%A5lesystem.pdf)

- Norsk senter for forskningsdata. (u.å.). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Norsk senter for forskningsdata.  
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk Sykepleierforbund.  
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nourmohammadi, Z., Khalifehzadeh- Esfahani, A., Eftekhari, M., & Sanei, H. (2019). The effect of aerobic physical rehabilitation on the quality of life in patients with chronic atrial fibrillation; A randomized controlled clinical trial study. *ARYA Atheroscler*, 15(1), 1–8.
- Odinsen, H. L. (2021, februar 4). Ny studie: Hjerteflimmer-faren øker i takt med antall år du trener. VG.  
[https://www.vg.no/i/K06vX?utm\\_source=kopierlink&utm\\_content=deleknapp&utm\\_campaign=bunn](https://www.vg.no/i/K06vX?utm_source=kopierlink&utm_content=deleknapp&utm_campaign=bunn)
- Risøe, C., & Gjesdal, K. (2004). Antikoagulasjonsbehandling ved forbigående atrieflimmer. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 124(7), 950–952.
- Schnabel, R. B. (2012). Can We Predict the Occurrence of Atrial Fibrillation? *Clinical Cardiology*, 35(1), 5–9. <https://doi.org/10.1002/clc.20963>
- Stensaas, T. N. (2018, januar 19). *Atrieflimmerskolen skal bidra til tryggere pasienter*. ST. Olavs Hospital. <https://stolav.no/nyheter/2017/atrieflimmerskolen-skal-bidra-til-tryggere-pasienter>
- Suutari, A. M., Areskoug- Josefsson, K., Kjellström, S., Nordin, A., & Thor, J. (2019). Promoting a sense of security in everyday life- A case study of patients and professionals moving towards co- production in an atrial fibrillation «learning café». *Health Expectations*, 22(6), 1240–1250.
- Taylor, E. C., O`Neill, M., Hughes, L. D., Carroll, S., & Moss- Morris, R. (2018). «It`s like a frog leaping about in your chest»: Illness and treatment perceptions in persistent atrial fibrillation. *British Journal of Health Psychology*, 23(1), 3–21.  
<https://doi.org/10.1111/bjhp.12267>
- Thelle, D. S., & Løchen, M.-L. (2010). *Kaotiske hjerter: Atrieflimmer - en moderne epidemi*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Thrall, G., Lane, D., Carroll, D., & Lip, G. Y. H. (2006). Quality of Life in Patients with Atrial Fibrillation: A Systematic Review. *The American Journal of Medicine*, 119(5), 448.e1-448.e19. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.10.057>
- Toscos, T. R., Coupe, A., Wagner, S., Drouin, M., Roebuck, A. E., Daley, C. N., Carpenter, M. D., & Mirro, M. J. (2020). Can nurses help improve self-care of patients living with atrial fibrillation? A focus group study exploring patients` disease knowledge gaps. *Nursing Open*, 7(4), 998–1010.  
<https://doi.org/10.1002/nop2.472>

Tveit, A. (2011). Atrieflimmer i Norge 2011. *Norsk cardiologisk selskap*, 24(3), 5.



