

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
K2015:95

Patienters upplevelse av psykisk och fysisk hälsa efter att
ha drabbats av en hjärtinfarkt

SUSANNE ALFRIDSSON
CAMILLA RYDÈN



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Examensarbetets titel:	<i>Patienters upplevelse av psykisk och fysisk hälsa efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt.</i>
Författare:	Susanne Alfridsson & Camilla Rydén
Huvudområde:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Sjuksköterskeutbildning GSJUK13v
Handledare:	Yvonne Hilli
Examinator:	Claes Ekenstam

Sammanfattning

Sjuksköterskans vårdande roll handlar bland annat om att följa upp patienten i eftervården samt att se till så patienten får möjlighet till rehabilitering.

Hjärtinfarkt är ett stort hälsoproblem i världen. I Sverige drabbas cirka 28 000 personer per år. Med nya behandlingsmetoder och ny forskning dör färre människor av hjärtinfarkt idag än för tio år sedan. Syftet med detta examensarbete är att vi som sjuksköterskor ska få ökad kunskap om patienters upplevelser efter att ha drabbats av hjärtinfarkt. Examensarbetet är en litteraturstudie som är utformad efter Axelssons metod. Vi har granskat tio stycken artiklar och utifrån dem format tre teman - *Känslomässiga upplevelser*, *Kroppsliga upplevelser* och *Sociala nätverk*. Deltagarna upplevde rädslor för att drabbas av hjärtinfarkt igen och de hade svårigheter att lita på sin kropp. Trötthet och utmattning påverkade det dagliga livet och begränsade vardagen för dem. Det familjära och det professionella stödet gav deltagarna motivation till livsstils förändringar. Det gav dem också en känsla av trygghet samt samhörighet. I diskussionen diskuteras sköterskans vårdande roll och vikten av rätt information och professionellt stöd. Som sjuksköterskor har vi ansvar för att patienten får rätt stöd och information från början. Detta kan minska risken för att rädslan ska ta över. Samtidigt som patienten vågar ta steget mot ett hälsosammare liv. Bristande information kan leda till onödigt lidande och onödiga begränsningar i patientens vardag.

Nyckelord: Hjärtinfarkt, upplevelse, livskvalitet

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Uppkomst och behandling av hjärtinfarkt	2
Sjuksköterskans vårdande roll vid hjärtinfarkt	3
Teoretiskt perspektiv	4
Livsvärld	4
Lidande och hälsa	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	5
METOD	5
Datainsamling	5
Analys	6
RESULTAT	6
Känslomässiga upplevelser	7
Rädsla för att drabbas igen	7
Rädsla över att inte kunna lita på sin kropp	7
Kroppsliga upplevelser	8
Fysisk och psykisk utmattning	8
Sociala nätverk	8
Stöd från familj och vänner	9
Professionellt stöd	9
DISKUSSION	10
Metoddiskussion	10
Resultatdiskussion	11
SLUTSATSER	13
REFERENSER	14
Bilagor	18
Nr 1 Artikelsökning	18
Nr 2 Litteraturoversikt	19

INLEDNING

Vi läser till sjuksköterskor på högskolan i Borås och har under vår studietid fått upp intresset för människor som drabbats av hjärtinfarkt. En hjärtinfarkt är en oerhört omvälvande händelse som får livet att ställas på sin spets för de drabbade. Ofta är personen mitt i livet och helt plötsligt blir allt förändrat. Saker som har utförts dagligen utan eftertanke blir helt plötsligt skrämmande och svåra. Vi har under våra praktiker träffat patienter som drabbats av hjärtinfarkt. Vår upplevelse är att de har ett stort behov av stöd, flera av patienterna har uttryckt att de upplever stor rädsla för framtiden och hur de ska förhålla sig till livet fortsättningsvis. Vi anser att det är av stor vikt om sjuksköterskor kan fånga patienterna från början och ge dem information och stöd. Många kanske känner stor rädsla för att ta i och utsätta kroppen för belastning då de är rädda för att drabbas av en hjärtinfarkt på nytt. Om vi informerar patienterna om hur de kan anstränga sig och vad som är normalt att känna efter en hjärtinfarkt kanske onödiga begränsningar och rädslor kan undvikas. Vi har valt att fördjupa oss i ämnet och hur de drabbade upplever sin situation och de förändringar som det medför. Vi vill lyfta fram hur människor mår både fysiskt och psykiskt efter en hjärtinfarkt, framförallt hur de upplever det. Kunskapen kan gagna människor som jobbar i vården då det kan leda till ökad förståelse kring hur dessa patienter känner och tänker kring sin situation. Detta kan ge ökad kunskap kring hur vi som sjuksköterskor bemöter och stöttar dessa patienter. Vi har valt att samla kunskap och göra en litteraturstudie. Eftersom det finns mycket forskning i ämnet, tycker vi det är intressant att söka och granska för att sedan sammanställa vilka känslor och upplevelser de drabbade som deltog i studierna uttryckte. Det visade sig att det kom upp andra känslor och tankar än det som vi förväntat oss från början.

BAKGRUND

Globalt sett är hjärt- och kärlsjukdomar sjukdomar som orsakar flest dödsfall (17,1 miljoner dör varje år). Låg- och medel inkomstländerna är värst drabbade vilket ställer höga krav på sjukvården i dessa länder (Hjärt- och lungfonden 2012). I Sverige är idag hjärtsjukdom en av de vanligaste orsakerna till att människor blir sjuka. Detta är ett stort vårdproblem. Som sjuksköterska möter vi dessa patienter inom flera olika sjukvårdsinstanser. Genom sin kliniska blick och kompetens får sjuksköterskan verktygen till identifiering av patientens besvär, för att därefter säkerställa att patienten får rätt bedömning, behandling och omvårdnad i tid (Eikeland, Haugland, och Stubberud, 2011, s. 207). Enligt Socialstyrelsen (2015) får cirka 28000 personer hjärtinfarkt i Sverige varje år. Av dessa avlider en av fyra inom 28 dagar. Det är många faktorer som kan leda till en hjärtinfarkt och flera av dessa går att påverka. Kost, motion, rökning och även utbildningsnivå är olika faktorer som har en påverkan i uppkomst och utveckling av hjärtinfarkt. De kvinnor som har eftergymnasial utbildning i åldrarna 45-74 år drabbas inte lika ofta av hjärtinfarkt som de med endast grundskoleutbildning. Hos männen var det också en skillnad utefter utbildningsnivå fast inte lika stor som hos kvinnorna. Vilka som överlever och vilka som dör är dock starkt förknippat med kön och ålder. Män drabbas dubbelt så ofta av hjärtinfarkt och har även en högre dödlighet kopplat till ålder. Antalet som drabbas av hjärtinfarkt sjunker för varje år och på ett 10-års period har antalet åldersrelaterade hjärtinfarkter med dödlig utgång minskat med närmare 50 %. Sedan 2001 har siffran sjunkit även för de som

insjuknar för första gången, detta gäller både kvinnor och män. Enligt Hjärt- och lungfonden (2015) har dödligheten i hjärtinfarkt har gått ner i Sverige på grund av nya behandlingsmetoder samt att diagnostiken förbättrats. Trots detta dör fortfarande många i hjärtinfarkt och forskningen måste fortskrida.

När patienten drabbats av sjukdom och kommer till sjukhuset är det många människor med olika professioner som är inblandade i vården. I dag används mycket teknisk apparatur som hjälper vårdpersonal att rädda livet på människor. Det är av stor vikt att vi som sjuksköterskor ser till att vården inte bara blir medicinsk botande utan även vårdvetenskaplig. Vi måste se hela människan och se till att patienten känner sig sedd och hörd. Råholm (2003, s. 2) beskriver att vården har utvecklats mycket inom det medicinska och tekniska. Detta leder till att man lyckas rädda patienters liv, dock skapar det inte några djupare relationer där patienter får möjlighet att öppna sig och beskriva händelsen utifrån sin livsvärld. Detta har gjort att patientens upplevelse kommit i skymundan.

Uppkomst och behandling av hjärtinfarkt

En hjärtinfarkt kan uppkomma av olika anledningar, antingen uppstår det en skada i kärlets vägg eller att plack brister (Eikeland, Haugland, och Stubberud, 2011, s. 215). Enligt (Parini, 2013) finns det vissa faktorer som ökar riskerna för att drabbas av hjärtinfarkt. Ålder är en riskfaktor, detta på grund av att kärlen med ålder blir stelare och mer förkalkade. Även det genetiska arvet påverkar åderförfattningen i kärlen, vet personen om att hon/han ligger i riskzonen kan det vara extra viktigt att förebygga detta genom att äta hälsosam mat samt röra på sig mer. Stress, sömnproblem och nedstämdhet påverkar också risken för hjärtinfarkt och oftast blir maten osund och motionen mindre hos en stressad person. Stressen påverkar även blodsockernivån och risken för proppbildning ökar vid stress. Rökning, övervikt, fetma, diabetes samt högt blodtryck och höga blodfetter är också starka riskfaktorer som påverkar kärlen negativt och leder till en ökad åderförfattning.

Plack uppkommer i kärlen på grund av en inflammatorisk process även kallad ateroskleros. Plack innehåller kolesterol och kalk. Detta medför att blodkärlen blir trängre och elasticiteten begränsas, lumen på kärlet minskas. Denna process sker gradvis och till slut har kärlet täppts till. Det kan också bli en blödning i kärlet exempelvis på grund av en ruptur (bristning) av plack. Då startar koagulationsprocessen och en blodpropp bildas. När ett kärl i hjärtat täpps till leder detta till syrebrist i hjärtmuskeln (Landfald och Ytrehus, 2011, ss. 246-247).

Enligt (Parini, 2013) är den viktigaste återgången då det konstaterats att det är en hjärtinfarkt att öppna upp kärlet som är tilltäppt. Detta för återfå normal cirkulation och syresätta det drabbade området i hjärtat. Är hjärtmuskeln utan syre för länge kan skadan bli omfattande och hjärtat kan sluta slå. Patienten bör få omgående behandling med perkutan coronar intervention (PCI) så kärlet öppnas upp, skulle behandlingen av någon anledning dröja ges blodproppslösande läkemedel. Eikeland, Haugland & Stubberud (2011, s. 216) skriver att PCI går till på följande sätt, antingen förs en kateter in i arteria femoralis (i ljumsken) eller genom arteria radialis (i handleden) fram till ocklusionen i

kranskärlet. Där fylls en ballong för att trycka tillbaka förträngningen mot kärlväggen. En stent (metallnät) placeras på stället för att hålla kärlet öppet. Blodflödet normaliseras och kan åter förse hjärtmuskeln med blod.

Enligt (Parini, 2013) är en bypassoperation ett betydligt större ingrepp och används då det är många kärl som är tilltäppta eller då det rent tekniskt är svårt att genomföra en PCI. Vid en bypassoperation skapas det nya vägar för blodet att syresätta hjärtat. Oftast används kärl ifrån underbenet. Kärlet sys fast och passerar det skadade området så att blodcirkulationen kan upprätthållas (Eikeland, Haugland och Stubberud, 2011, s. 229).

Sjuksköterskans vårdande roll vid hjärtinfarkt

Sjuksköterskan ska i sin roll kunna hjälpa patienten att behålla sin nuvarande hälsa och samtidigt förhindra att en försämring sker. Praktisera kunskap som ger patienten möjlighet till träning som hjälper dem tillbaka fysiskt och psykiskt så långt det går. Sjuksköterskan ska också utgå från vårdprocessen genom att uppmärksamma vad patienten är i behov av, för att behärska planering till vidare insatser och utföra dessa och därefter bedöma resultatet. Lindra patienters lidande och se till hela människan, kropp, själ och ande. Vara uppmärksam på patientens mående såväl psykiskt som fysiskt och se till att åtgärda problem som uppstår. Det är viktigt att dokumentera händelser på rätt sätt. En viktig del i sjuksköterskans arbete är att se till att information når fram på korrekt sätt, till patient och närstående. Lika viktigt är det med uppföljning för att se att de har tagit till sig informationen. Även till de patienter som inte själva ber om information (Socialstyrelsen, 2005). Enligt Dahlberg och Segesten (2010, ss. 240-241) är en betydelsefull handling i vårdandet att gynna lärandet. Detta för att patienten ska förstå sin situation och uppnå hälsa.

Eikeland, Haugland och Stubberud (2011, s. 208) skriver att sjuksköterskan ska kunna göra bedömningar utifrån observationer för att patienten ska få en god och fullständig omvårdnad. Målet med behandlingen är att patienten själv ska få kraft till att orka vidare rehabilitering, därmed minska risken för att drabbas igen. Sjuksköterskans roll är också att stödja, handleda och motivera patienten till en fungerande vardag. Stöd och handledning kan lättare leda patienten till förändringar i livsstilen där han/hon får verktyg och motivation till ett sundare liv. Omvårdnaden ska individanpassas utifrån varje patients behov. Råholm (2003, s. 26) skriver att intresset har ökat för vårdandets etiska dimension som berör både kropp och själ. Samtidigt menar Råholm att vårdandets etik har kommit i skymundan i den allt mer medicinska, tekniska och ekonomiska vården. Detta skapar en oetisk grund då inte hela människan synliggörs. Då vården effektiviseras ges inte alltid utrymme för både kropp och själ hos patienten.

Teoretiskt perspektiv

Livsvärld

För att bättre förstå hur en patient upplever situationen vid uppkomst av en allvarlig sjukdom fördjupar vi oss i dennes livsvärld. Dahlberg och Segesten (2010, ss. 126-127) skriver, för att vårda en patient utefter ett patientperspektiv måste patientens hela värld inkluderas. Sjuksköterskan tar hänsyn till både patientens livssammanhang och sjukdom därmed stötts patienten på bästa sätt och hälsa uppnås. Genom att förstå patienten som har drabbats kan sjuksköterskan skapa delaktighet och följsamhet i sitt agerande. Det leder då till en individanpassad vård där patientens livssituation blir grunden till dennes hälsoprocess. I livsvärlden ingår allt som patienten har runt sig och upplever. Anhöriga och sjuksköterskan är också en del av livsvärlden och en del av det sammanhang som patienten befinner sig i. Samtidigt som livsvärden delas med andra är den också unik för den enskilda patienten (Dahlberg & Segesten 2010, s. 128).

Kroppen är den del av oss människor som livsvärlden kretsar kring. Enligt vårdvetenskapen kan inte kropp och själ separeras utan allt hänger ihop. Det är genom kroppen vi upplever och tar in saker som sedan sätts ihop till en helhet. Upplever vi känslor så upplevs de inte bara på ett själsligt plan utan känns också i kroppen. När sjukdom drabbar oss påverkas inte bara kroppen, utan hela vår existens sätts på prov. Livet och världen runt oss förändras och tillgången till det blir annorlunda (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 131-133).

Dahlberg och Segesten (2010, s. 81) skriver att när någon drabbats av sjukdom kan en förändring tvingas ske vad gäller livsstil, den ställs i relation till påverkan som sjukdomen ger. Sjukdomen för inte bara negativa saker med sig utan kan också ge nya erfarenheter med tiden. Det kan leda till livsstilsförändringar som ger goda hälsoeffekter, vilket personen kanske inte hade gjort om hon/han inte drabbats av sjukdom.

Lidande och hälsa

Eriksson (1994, ss. 95-96) anser att lidandet inte kan avlägsnas, sjuksköterskan bör istället lägga vikt på att lindra lidandet. Det kan sjuksköterskan göra genom att skapa en relation där patienten känner sig respekterad, sedd och omhändertagen. Denna vårdkultur ger patienten upplevelsen av att få ta plats samt rätten att vara patient. Lindra lidande behöver inte vara komplicerat, det kan handla om små dagliga saker. Att patienten exempelvis får sköta sin hygien och kamma sitt hår, kan skapa känslan av att vara värdefull, detta ger patienten styrka och glädje. Om sjuksköterskan visar sitt medlidande kan även ett svårt lidande mildras för en stund. Det kan göras genom en klapp eller en ömsint blick som förmedlar en känsla av ärlighet.

Eriksson (1988, s. 41) menar att hälsa inte är ett tillstånd som är stillastående utan hälsan är i ständig rörelse, där många beståndsdelar spelar in. Detta kan benämnas som en process av hälsa. Hälsa måste ses som en helhet där både kropp och själ ingår. Det är i den helheten som människans känsla av hälsa kan upplevas. Dahlberg och Segesten

(2010, s. 63) anser att för att människan ska kunna känna hälsa krävs livsmod. Detta för att kunna uppleva välbefinnande och hälsa. Hälsa upplevs individuellt, där några stärks av att utföra praktiska saker eller att vara i naturen medan andra stärks av gemenskapen med nära och kära.

PROBLEMFORMULERING

Hjärtinfarkt är ett stort hälsoproblem och många drabbas. Många patienter upplever ett psykiskt och fysiskt lidande efter att de drabbats av en hjärtinfarkt. Detta kan vara ett problem både ur en hälsoekonomisk synvinkel och ur ett lidande perspektiv då patienten inte klarar av att återgå till arbetet. Upplevelsen av en bristfällig information och dåligt stöd kan leda till rädslor, ångest och depression. För sjuksköterskan en ökad kunskap om vilka känslor som uppstår efter en hjärtinfarkt kan arbetet formas utefter detta och ett onödigt lidande undvikas.

SYFTE

Syftet med studien är att som sjuksköterska få en ökad förståelse för hur patienter upplever sin psykiska och fysiska hälsa efter att de drabbats av en hjärtinfarkt.

METOD

Examensarbetet är en litteraturstudie och metoden är utformad efter Axelsson (2012). Enligt Axelsson (2012, ss. 173-174) är det primärkällor, alltså författaren av artikeln som gjort undersökningen som sen ligger till grund för en systematisk litteraturstudie. Studien utförs efter en planerad sökstrategi och valda artiklar granskas därefter noggrant. Axelsson skriver att det kan vara med fördel att använda både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Särskilt inom hälsa då verkligheten kan visas från olika vinklar och ett bredare perspektiv. Vi har valt denna metod då det finns mycket forskning gjord på detta område. När mycket forskning finns är det fördel att sammanställa då det kan belysa tydligare vad som kommer fram i de olika artiklarna. Våra artiklar är primärkällor och vi har sökt fram dem systematiskt i olika databaser. Vi har med både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Vi har granskat artiklarna och fått fram olika teman som vi sedan har arbetat med.

Datainsamling

Databaserna vi har sökt i är Cinahl, Medline och Google Scholar. Då vi startade sökningen i Cinahl har även samma träffar kommit upp i Medline. Vi har kombinerat sökorden: Myocardial infarction, experience, life experience och Quality of life, (se bilaga 1). Sökorden har kombinerats i olika ordning för att maximera utbytet. Vi har använt oss av Cinahls Meshstermer för att få en mer specifik sökning. Genom att använda oss av nedanstående inklusionskriterier och exklusionskriterier har vi begränsat vår sökning för att få fram de antal artiklar som vi har arbetat utefter. Där efter läste vi abstrakt för att ytterligare se vilka artiklar som passade vårt syfte. Tillslut läste vi igenom resultatet och metoden i flera artiklar och kom fram till 14 stycken artiklar som vi analyserat och av dessa valde vi 10 stycken artiklar som motsvarade vår

frågeställning. Kvalitativa och kvantitativa vetenskapliga artiklar har använts och granskats. I vårt examensarbete är åtta stycken artiklar kvalitativa, och två stycken artiklar är kvantitativa. Vi har velat få fram kunskap om hur patienter upplever sin situation både fysiskt och psykiskt efter att de drabbats av hjärtinfarkt. I de kvalitativa artiklarna vi granskat har många upplevelser visat sig vara samma hos deltagarna. Rädsla för att drabbas igen, trötthet och vikten av stöd var de stora upplevelserna deltagarna uttryckte. De teman som de kvantitativa artiklarna innehöll hade liknande betydelse som vi fick fram i de kvalitativa artiklarna.

Inklusionskriterier	Exklusionskriterier
Män och kvinnor	Närståendes upplevelser
Hjärtinfarkt	Sex och samlevnad efter en hjärtinfarkt
Engelska	Inriktning behandling
5-10 år gamla	Övriga sjukdomar
Peer Reviewed	
Abstrakt available	Övriga språk

Analys

Axelsson (2012, ss. 180-182) skriver att en tabell över artiklarna kan vara en hjälp i det fortsatta analysarbetet av innehållet. Artiklarnas resultat sammanställs i teman och underteman så det blir en tydlig bild. Dessa teman används i resultatet för att belysa det som kommit fram i studien. Vi har läst valda artiklar flera gånger och färglagt områden som har återkommit. I kanten av texten på artiklarna skrev vi de ord som var mest framträdande, på det sättet det var lätt att få en överblick av vad artikeln innehöll. Då vissa utav orden som exempelvis rädsla återkom frekvent blev det ett tema. Flera teman växte fram under arbetets gång. Dessa har vi sedan jobbat med i vårt resultat för att få en så tydlig bild av hur människor som haft en hjärtinfarkt upplever sin situation. Vi har sammanställt artiklarna i tabellform där innehållet blir tydliggjort (se bilaga 2).

RESULTAT

Resultatet belyser hur deltagarna i de olika artiklarna beskriver sin situation efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt. Hur de upplever sin vardag och livssituation ur ett fysiskt och psykiskt perspektiv? Hur viktigt det är med olika typer av stöd och information för att hantera situationen de har hamnat i. Vi har fått fram teman och underteman som visas i tabellen nedan, som belyser de områden som kommit fram i våra artiklar.

Huvudtema	Subtema

Känslomässiga upplevelser	Rädsla för att drabbas igen Rädslan över att inte kunna lita på sin kropp
Kroppsliga upplevelser	Fysisk och psykisk utmattning
Sociala nätverk	Stöd från familj och vänner Professionellt stöd

Känslomässiga upplevelser

Deltagarna i artiklarna beskrev olika känslomässiga upplevelser kring att ha drabbats av en hjärtinfarkt. Dessa känslor påverkade deras vardag och begränsade dem i att gå vidare i livet. När någon drabbats av en dödlig sjukdom skapade det en rädsla för framtiden samt en oro för att drabbas igen. Livet hade ställts på sin spets, det förändrades på några minuter.

Rädsla för att drabbas igen

Deltagarna i studien av Junehag, Asplund och Svedlunds (2014b) upplevde rädsla och ångest under rehabiliterings tiden. Ångesten kunde växa ur proportion och gå ut över det vardagliga livet. Några av deltagarna hade alltid telefonen vid sin sida och en deltagare beskrev hur hon hela tiden hade uppsikt över vart sjukhusen låg. Enligt Doyle, Fitzsimons, McKeown, och McAloon (2012) var rädsla den dominerande känslan hos deltagarna. Hjärtinfarkten hade fått deltagarna att tänka mer på döden och att drabbas igen var en genuint stark skräck hos dem. I en artikel av Stevens och Thomas (2012) beskriver deltagarna hjärtinfarkten som en blixtnär från en klar himmel. Detta har skapat en osäkerhet och ångest som vägrar ge med sig. Livet känns inte längre tryggt. Hjärtinfarkten hade också skapat frågor kring existens och att varför just de hade drabbats. Detta skapade känslor som nedstämdhet och ilska hos vissa deltagare.

Det var tydligt att hjärtinfarkten hade skapat ångest hos dem som medverkade i studien och flera hade behov av att livet skulle återgå till det normala (Condon & McCarthy, 2005). I studien av Hilding, Fridlund och Lidell (2006) beskrivs rädslan som en stor begränsning i det dagliga livet. Det gäller exempelvis rädsla för att sova, vara ensam samt att lämna hemmet, vilket gick ut över deras sociala liv. Enligt Junehag et. al. (2014b) blev dock ångesten och rädslan bättre med tiden och deltagaren hade en annan syn på vad som var viktigt i livet. I en artikel av Smith, Fortune, Phillips, Walters, Lee, Mann, Tylee och Barley (2014) upplevde de medverkande att livet blivit svårare efter en hjärtsjukdom på grund av rädsla för att dö samt ångest och oro för att drabbas igen. Dock fanns det en grupp i studien som upplevde livet bättre efter sin hjärtsjukdom och det var kopplat till ett hälsosammare liv och nya sundare vanor.

Rädsla över att inte kunna lita på sin kropp

I en studie av Sjöström-Strand, Ivarsson och Sjöberg (2011) upplevde deltagarna känslor kring att livet blivit skört, de kunde inte längre lita på sin kropp. Rädslan över

att drabbas igen upplevdes stressande och den begränsade känslan av att livet går vidare. Enligt Junehag, Asplund och Svedlund (2014a) beskrev deltagarna hur de till en början hade svårigheter att lita på sitt hjärta. De upplevde stor rädsla för att drabbas av en ny hjärtinfarkt. En del var rädda att den psykiska stressen skulle resultera i en ny hjärtinfarkt. Efter hemkomsten från sjukhuset var det flera som inte vågade lämna hemmet, detta gick ut över deras sociala liv. Vissa av deltagarna hade förmånen att ha en mentor vilket upplevdes som en stor trygghet när de exempelvis tog promenader tillsammans. Deltagarna i studien av Junehag, Asplund och Svedlunds studie (2014b) beskriver hur de har svårt att lita på sin kropp. När hjärtinfarkten slog till upplevde de en känsla av att tappa kontrollen, det upplevdes som skrämmande och gav dem insikt om hur livet kan ta en oväntad vändning.

Kroppsliga upplevelser

I artiklarna framkom det att många upplevde en stor trötthet. Det beskrevs som en annan sorts trötthet mot vad de hade upplevt tidigare, det var mer en utmattning både mentalt och fysiskt. Utmattningen blev med tiden bättre för många deltagare fast flera beskrev också att de var påverkade ett antal år efter hjärtinfarkten.

Fysisk och psykisk utmattning

I en artikel av Sjöström-Strand, Ivarsson och Sjöberg (2011) belyser författarna att deltagarna som ingick i studien fortfarande hade allvarliga problem med hälsan fem år efter att de drabbats av hjärtinfarkt. Den besvärligaste hälsoåkomman deltagarna upplevde var utmattning, vilket är ett tillstånd med varierande grad av brist på energi och trötthet. Enligt Alsén, Brink, och Persson (2008) beskriver informanterna att de upplevde olika typer av trötthet, majoriteten angav att deras känsla av trötthet var annorlunda mot den trötthet de kunde uppleva innan de drabbades av hjärtinfarkten. När de talade om tröttheten beskrev de den som "den andra" typen av trötthet som kan förstås som utmattning. I en artikel av Alsén och Brink (2012) beskriver deltagarna hur utmattningen har blivit bättre från 4 månader upp till 2 år efter hjärtinfarkten. Efter 2 år är det trots det en stor grupp som fortfarande besväras av trötthet. Enligt Junehag, Asplund och Svedlund (2014a) kände deltagarna begränsningar i sin återhämtning på grund av fysiskt minskad kapacitet, minskad uthållighet och svaghet. En kort promenad upplevdes som en stor ansträngning, andfåddhet och svaghet i musklerna var också en faktor som ledde till begränsad aktivitet. Enligt Kristofferzon, Löfmark och Carlsson (2007) var de hälsoproblem som deltagarna hade mest besvär av efter hjärtinfarkten trötthet, andfåddhet samt bröstsmärtor. I en artikel av Stevens och Thomas (2012) beskrevs det hur kroppen hos en informant kändes nedbruten och trött. Bristen på energi, trötthet och värk i kroppen oroadde en kvinna som upplevde ångest kring att det kunde vara hjärtat igen.

Sociala nätverk

Ett socialt nätverk beskrevs som viktigt för att återfå hälsan. I artiklarna framgår det att familjen spelar en stor roll för känslan av trygghet efter en hjärtinfarkt. Stödet från familj samt från professionellt håll var också en viktig bit i att komma igång och göra de förändringar i livsstil som deltagarna upplevde att de borde göra.

Stöd från familj och vänner

Deltagarna i studien av Junehag, Asplund och Svedlund (2014b) upplevde stöd från familj och vänner som en viktig beståndsdel i sitt välmående efter hjärtinfarkten. Deltagarna berättade om vikten av samtal med närstående. Det skapade känslor av trygghet samt gav en känsla av stöd. Enligt Hildingh, Fridlund och Lidell (2006) upplevde deltagarna stödet och bekräftelsen från omgivningen som en viktig del i deras situation. När omgivningen inte förstod att den drabbade var svag och orkeslös uttryckte de avsaknad av stöd och bekräftelse. I studien av Sjöström-Strand, Ivarsson och Sjöberg (2011) beskrivs det hur stödet från familjen är oerhört viktigt både för praktiska saker samt för en känsla av trygghet. Deltagarna utan stöd upplever att det varit svårt att göra livsstils förändringar. I en artikel av Condon och McCarthy (2005) hävdas att de som medverkat i studien upplevde blandade känslor kring familjens stöd. De flesta upplevde stödet som bra. Vissa upplevde att de blev överbeskyddade och inte fick göra saker de klarade av. Det kunde leda till en frustration och att det blev spänd stämning i familjen. I artikeln av Junehag, Asplund och Svedlund (2014a) beskriver en kvinna hur hennes vänner inte hälsade på lika ofta då de var rädda för att prata om hjärtinfarkten. I artikeln av Stevens och Thomas (2012) beskriver en kvinna att hon inte vågar prata med sin familj om hur rädd hon är då hon inte vill att de ska bli oroliga. En annan kvinna beskriver rädslan över att vara ensam i sin situation.

Professionellt stöd

Deltagarna i studien av Junehag, Asplund och Svedlund (2014b) tyckte att stöd från professionellt håll var en viktig beståndsdel i deras välmående. De tyckte också att det alltid ska finnas en mentor tillgänglig för de som drabbats av hjärtinfarkt. Informanterna i artikeln av Condon och McCarthy (2005) menar att stöd i form av information gav dem en lugn känsla. Vetskapen om att de kunde kontakta professionell personal via telefon vid behov skapade en känsla av trygghet. Informanterna i artikeln av Kristofferzon, Löfmark och Carlsson (2007) uttrycker att de upplevde att stödet de fick från omgivningen gav dem styrka till att lita på sin egen förmåga, prioritera sig själva och hantera den medicinska behandlingen och symtomen. De upplevde att många personer i deras sociala nätverk uppmuntrade dem och bidrog till deras känsla av trygghet. De som ingick i en rehabiliteringsgrupp och mötte andra som drabbats av hjärtinfarkt upplevde det positivt och att medlemmarna var mycket stöttande. I artikeln av Junehag, Asplund och Svedlund (2014a) belyses att de som fått tillgång till en mentor hade börjat med nya aktiviteter som promenader och även gått med i hjärtföreningar. Enligt Hildingh, Fridlund och Lidell (2006) menar deltagarna att de som träffade andra människor i rehabiliteringsgruppen upplevde att de kunde jämföra sig med dem, det gav en känsla av lättnad och känslan av att de inte var ensamma om sin åkomma. Erfarenheter de delade med varandra gav dem både kunskap och insikt. De fick lära sig om balanserad kost och hur de kunde välja annorlunda. De berättade också att de börjat träna vilket de inte hade brytt sig om tidigare. De fick nya insikter om hur de skulle leva för att må bra. I studien av Sjöström-Strand, Ivarsson och Sjöberg (2011) uttrycker deltagarna det var svårt att fortsätta med alla förändringar. De behövde stöd från utbildad personal inom hälsa. Enligt Junehag, Asplund och Svedlund (2014b) beskriver de medverkande att de både upplevde positiva och negativa erfarenheter av

uppföljningen av vården. Vissa fick nästan ingen uppföljning alls och vissa var nöjda med den uppföljning de fick.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Vi har valt att göra en systematisk litteraturstudie enligt Axelsson (2012). Vårt syfte med examensarbetet var att få fram hur patienter som drabbats av hjärtinfarkt upplevde sin situation efteråt, både ur ett psykiskt och fysiskt perspektiv. Våra artiklar har sökts fram via Chinal och Medline. Vi använde även Pubmed men det gav oss inga nya eller intressanta träffar som motsvarade vårt syfte. Vi har även använt Google Scholar då en av artiklarna inte gick att öppna via databasen. Vi har totalt tio artiklar i vårt resultat. Två är från England, en från Irland, en från USA och sex stycken från Sverige. Av dessa tio är två av artiklarna kvantitativa och åtta kvalitativa. Det var svårt att hitta artiklar som belyste upplevelsen, och svarade på vårt syfte. De kvantitativa artiklarna hade redan förutbestämda teman som analyserats. Dessa teman bestod av samma upplevda känslor som vi sedan fick fram när vi granskade de kvalitativa artiklarna och detta kändes som en styrka i arbetet. Vi upplevde de kvalitativa artiklarna som lättare att tolka än de kvantitativa artiklarna. I de kvalitativa artiklarna uttrycker människor sina subjektiva upplevelser medan i de kvantitativa artiklarna mäts upplevelserna med hjälp av olika statistiska redskap. De kvalitativa artiklarna upplevde vi mer levande och lätta att förstå. Vi läste igenom artiklarna och använde oss sedan av olika färger för att skilja texten åt. Detta gjordes enligt Axelssons modell. Vilket var en bra metod för att få en bättre överblick över texten. Flera av våra artiklar är ifrån Sverige och detta kan göra vårt examensarbete är lite snävt förankrat och i princip bara belyser vad människor i Sverige upplever i denna fråga. Det hade varit intressant att göra en större granskning av studier gjorda mer globalt då vi kunnat jämföra upplevelser världen över. I vårt examensarbete har vi med både män och kvinnor. I en av våra kvantitativa artiklar framkommer vissa skillnader i trötthet mellan könen efter att drabbats av hjärtinfarkt. Det hade varit spännande att göra studier där skillnaden mellan män och kvinnor belyses och om det finns några skillnader i upplevelse. De teman som vuxit fram tycker vi är starka då de återkommer i alla artiklarna och med samma uttryck. När vi startade vårt examensarbete växte det fram inklusions och exklusionskriterier. En av exklusionskriterierna var, sex och samlevnad efter en hjärtinfarkt. Vi valde bort det då vi ville ägna oss mer åt upplevelsen av känslor som uppkommer efter en hjärtinfarkt och vad de känslorna leder till. I efterhand kan vi se att det hade varit engagerande att få med denna del då sex och samlevnad är en stor del av livet. Här hade det också varit intressant att se skillnader mellan könen och deras tankar och känslor. Vi hade från början med citat i vårt arbete. Vi fick till oss att detta inte fick vara med, det tycker vi är synd då texten blir mer levande och känslomässigt tydligare. Då inte resultatet enbart bygger på citat tycker vi inte att detta hade varit ett problem. I examensarbetet har vi med alla åldrar, vi hade från början tänkt inrikta oss på människor mitt i livet och i arbetsför ålder. Då gav sökningarna tyvärr inga bra träffar. Det hade varit spännande att se om det finns någon skillnad i upplevelsen mellan åldersgrupperna då mycket existentiella frågor och känslor visade sig i arbetet. Kan känslor och tankar vara olika beroende på vart i livet personen står?

Resultatdiskussion

Rädsla för att drabbas igen var ett tema och vår reflektion är att det kunde begränsa livet och leda till ett lidande. Wiklund (2003, s. 102) menar att symptomen som sjukdomen för med sig exempelvis begränsning i livet, kan härledas till ett lidande.

Vi som sjuksköterskor har ett stort ansvar i att se till att patienten får rätt information och stöd så rädslan över att drabbas igen inte går ut över patientens hälsa och livssituation. Med rätt information och stöd kan vi minska risken för att patienten begränsar sig onödigt mycket. Dahlberg och Segesten (2010, ss. 126-127) skriver att sjuksköterskan bör anpassa vården efter patientens livsvärld för att kunna förstå hur patienten upplever och påverkas av sin sjukdom. Genom att ha kunskap om patienten kan sjuksköterskan ge kraft och styrka till att bättre hälsa uppnås. Att informera patienten känns för oss sjuksköterskor viktigt för att patienten ska kunna lita på sin kropp och inte gå runt och vara rädd för att drabbas igen, om inte detta är en överhängande risk. Brist i information kan leda till onödigt lidande och onödiga begränsningar i patientens liv. Sjuksköterskans ansvar är också att se till att patienten får rehabilitering i eftervården samt att följa upp patienten under tiden. Eikeland, Haugland och Stubberud (2011, s. 232) menar att uppföljning av patienten bidrar både till att patienten får en bra livskvalitet, och ett lägre antal av patienter kommer för inläggning på sjukhus igen.

Arbetar vi sjuksköterskor på ett sätt där patienten känner sig sedd och hörd så kanske rädslan för att drabbas igen och känslan kring att inte lita på sin kropp minskar. Dahlberg & Segesten (2010, s. 66) skriver att rörelse är viktigt för att uppleva hälsa, både genom motion och genom känslomässig rörelse exempelvis i form av gemenskap. I resultatet framkom att trötthet och utmattning i vardagen var den besvärligaste hälsoåkomman som deltagarna upplevde. Trots att det gått ett par år sedan de drabbats av hjärtinfarkt. De beskrev tröttheten som annorlunda jämfört mot den trötthet de kunde uppleva innan hjärtinfarkten. Tröttheten upplevdes som en begränsning i vardagen då det inte fanns ork till fysisk aktivitet. En kort promenad upplevdes som en stor ansträngning, och deltagarna uppgav att de blev andfådda och kände sig muskelsvaga. Wiklund (2003, s. 101) skriver att när kroppen inte fungerar som den brukar hotas identiteten och ett lidande kan uppstå.

Stöd från familj och närstående var viktigt för välbefinnandet. Många kände trygghet i att ha sina nära runt sig både på ett praktiskt och känslomässigt plan. Dock upplevde vissa av deltagarna att familjen oroade sig och begränsade dem i vad de fick göra. Här upplever vi att det är viktigt som sjuksköterska att stötta hela familjen i rehabiliteringsprocessen, för att minska känslor av oro, ångest och rädsla både hos den drabbade och hos familjen. Avsaknad av stöd och information kan leda till otrygghet, ökade rädslor och begränsningar som inte är befogade. I resultatet framkom att deltagarna tyckte att professionellt stöd var viktigt för rehabiliteringen. De deltagare som hade en mentor upplevde detta som positivt. I artikeln av Oranta, Luutonen, Salokangas, Vahlberg, och Leino-Kilpi (2011) undersöks hur den mellanmänskliga rådgivningen påverkar livskvaliteten efter en hjärtinfarkt. Det visade inte på stora skillnader mellan experimentgruppen som fick extra stöd och kontrollgruppen, förutom

för de yngre patienterna som drabbats av hjärtinfarkt. De upplevde en ökad hälsorelaterad livskvalitet av stödet de fick. Här upplever vi att det kan behövas mer forskning på vilket stöd patienterna behöver beroende på vilken livssituation de har. Flera faktorer som exempelvis ålder, kön och kultur kan göra att stödet behöver individanpassas till patienten och dennes situation. Här hade det varit intressant att se om upplevelsen efter en hjärtinfarkt också påverkas av dessa olika faktorer.

Vi har som sjuksköterskor en stor möjlighet att hjälpa dessa patienter genom att ge bra information och stöd. Att ge informationen både muntligt och skriftligt samt vid flera tillfällen kan underlätta för patienten att förstå och hantera sin situation. Detta kan minska risken för rädslor som inte har någon faktisk grund och minska risken för ett lidande. Socialstyrelsen (2005) menar att en viktig del i sjuksköterskans arbete är att ge information till patienter och anhöriga samt att följa upp så informationen har mottagits på rätt sätt.

Både stöd från familj och professionellt stöd var viktigt för att patienten skulle kunna göra de livsstilsförändringar som behövdes. I artikeln av White, Bissell, och Anderson (2011) beskrivs det hur deltagarna tar bort mat ur kosten som de tror var orsaken till hjärtinfarkten och egentligen inte gör den förändring som krävs. Det behövs mer professionellt stöd och gedigen information i den sekundära behandlingen som patienterna får. Patienterna verkade inte förstå att livsstilsförändring kräver just förändring av kost, flera av deltagarna beskriver att de i stället väljer bort kost. En av deltagarna sa att hon nästan inte äter alls.

Om patienterna får det professionella stödet de behöver från början anser vi att livsstilsförändringen kanske kunde ske lättare. Ett professionellt stöd bör kopplas in för att informera patienterna i början av behandlingen. Återkommande uppföljning krävs då patienten kan bekräfta att han/hon har tagit till sig informationen och förstått, samtidigt som de kan fråga över saker de undrar. Det är inte enkelt att få till en förändring. Sjuksköterskan måste se till hela patientens livsvärld och hjälpa honom/henne med verktyg till att själv hitta insikt och kraft till sin nya livsstil. Eikeland, Haugland och Stubberud (2011, s. 232) skriver att det finns enheter dit patienter kan komma för att träna, där det är bemannat av sjukvårdspersonal som, sjuksköterska, läkare, kurator, arbetsterapeut och sjukgymnast. Patienterna inges en känsla av trygghet och samhörighet, de vågar träna och blir motiverade till att fortsätta sitt tillfrisknande.

Genom hela vårt resultat ser vi vikten av sjuksköterskans roll i omvårdnaden. För att patienten ska få en fullständig vård, krävs det att både det medicinska och det vårdvetenskapliga perspektivet går hand i hand. Råholm (2003, s. 26) hävdar att det kan leda till en oetisk vård om det medicinska tar över och omvårdnaden förbi ses.

Patienter som får rätt information och en trygg känsla från början kan lättare gå vidare med livet och göra de förändringar som krävs. Rätt information där patienten får kunskap om vad som är normala symptom efter en hjärtinfarkt kan leda till minskad oro och ökat mod till förändring. Detta leder även till att färre patienter återkommer i onödan för inläggning på sjukhus samt minskade sjukvårdskostnader. Om sjuksköterskan arbetar förebyggande mot hjärtsjukdom kan antalet som insjuknar minska och kostnaderna för samhället bli mindre.

SLUTSATSER

Sjuksköterskan har en viktig roll i att hjälpa patienterna att få kontroll över sin situation efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt. Att se hela människan är viktigt för tillfrisknandet och rehabiliteringen. Information och stöd hjälper patienten att våga lita på sin kropp och göra de förändringar i livsstilen som krävs. Med vårt examensarbete vill vi lyfta fram vikten av att fånga patienten från början. Att ge rätt och tydlig information för att sedan följa upp och se till att patienten har tagit till sig och förstått informationen. Lyckas vi med detta kan vi minska onödigt lidande och onödiga begränsningar i patientens liv.

REFERENSER

Alsén, P. & Brink, E. (2013). Fatigue after myocardial infarction-a two-year follow-up study. *Journal of Clinical Nursing*, 22(11,12), ss.1647-1652, DOI:10.1111/jocn.12114

Alsén, P., Brink, E. & Persson, L. (2008). Living with incomprehensible fatigue after recent myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing*, 64(5), ss.459-468doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04776.x

Axelsson, Å. (2008). Litteraturstudie. Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 173-188). Lund: studentlitteratur

Condon, C. & McCarthy, G. (2005). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*,(5), ss. 37-44, DOI:10.1016/j.ejenurse.2005.06.005

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: i teori och praxis*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.

Doyle, B., Fitzsimons, D., McKeown, P. & McAloon, T. (2012). Understanding dietary decision-making in patients attending a secondary prevention clinic following myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing* 21(1,2), ss.32-41doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03636.x

Eikeland, A., Haugland, T. & Stubberud, D-G. (2011). *Omvårdnad vid hjärtsjukdomar i Almås*, H., Stubberud, D. & Grønseth, R. (red.) (2011). *Klinisk omvårdnad. 1. (2., [uppdaterade] uppl.)* Stockholm: Liber.

Eriksson, K. (1988). *Vårdprocessen*. (4. uppl.) Stockholm: Norstedt.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan* (1. uppl. ed.). Stockholm: Liber utbildning.

Hildingh, C., Fridlund, B. & Lidell, E. (2006). Access to the world after myocardial infarction: Experiences of the recovery process. *Rehabilitation Nursing: The Official Journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 31(2), ss. 63-68.

Hjärt och lungfonden (2012) *Hjärtsjukdom på den globala agendan*.

<https://www.hjart-lungfonden.se/-Nyheter/Hjartsjukdom-pa-den-globala-agendan/>
[2012-05-30]

Hjärt och lungfonden (2015) *Forskning om hjärtinfarkt*. <https://www.hjart-lungfonden.se/Forskning/Aktuell-forskning/Hjartforskning/Forskning-om-hjartinfarkt/>
[2015-11-30]

Junehag, L., Asplund, K. & Svedlund, M. (2014a). Perceptions of illness, lifestyle and support after an acute myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), ss. 289-296. doi:10.1111/scs.12058

Junehag, L., Asplund, K. & Svedlund, M. (2014b). Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30 ss. 22-30. <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2013.07.002>

Kristofferzon, M., Löfmark, R. & Carlsson, M.(2007). Striving for balance in daily life: Experiences of swedish women and men shortly after a myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), ss. 391-401.doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01518.x

Landfald, G. & Ytrehus, S. (2011) *Omvårdnad vid cirkulationssvikt* i Almås, H., Stubberud, D. & Grønseth, R. (red.) (2011). *Klinisk omvårdnad. 1.* (2., [uppdaterade] uppl.) Stockholm: Liber.

Oranta, O., Luutonen, S., Salokangas, R. K., Vahlberg, T. & Leino-Kilpi, H. (2011). The effects of interpersonal counselling on health-related quality of life after myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 20(23-24), ss. 3373-3382. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03798.x

Parini, P. (2013) *Vad som händer under och efter en hjärtinfarkt i* (Rapport) Hjärt och lungfonden.<https://www.hjart-lungfonden.se/HLF/Bestall-trycksaker/Skrifter-om-halsofaktorer-och-sjukdomar/>[2015-11-25]

Råholm, M. (2003). *I kampens och modets dialektik*. Diss.Åbo Akademis förl.

Sjöström-Strand, A., Ivarsson, B. & Sjöberg, T. (2011). Women`s experience of a myocardial infarction: 5 years later. *Scandinavian journal of Caring Sciences*, 25(3), ss. 459-466 doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00849.x

Smith, A., Fortune, Z., Phillips, R., Walters, P., Lee, G-A., Mann, A., Tylee, A. & Barley, E-A. (2014). UPBEAT study patient`s perceptions of the effect of coronary heart disease on their lives. *International Journal of Nursing Studies*, (51) ss. 1500-1506 <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.04.006>

Socialstyrelsen (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Hämtad från http://www.alvsbyn.se/wp-content/uploads/2014/06/2005-105-1_20051052.pdf

Socialstyrelsen (2015) *HJÄRTINFARKTER 1994-2014*

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-11-1>

Stevens, S. & Thomas, S. (2012). Recovery of Midlife Woman From Myocardial Infarction.*Health Care for Woman International*, 33(12), ss.1096-1113. DOI:10.1080/07399332.2012.684815

White, S., Bissell, P. & Anderson, C. (2011). A qualitative study of cardiac rehabilitation patients' perspectives on making dietary changes. *Journal Of Human Nutrition & Dietetics*, 24(2), ss.122-127 6p. doi:10.1111/j.1365-277X.2010.01136.x

Wiklund Gustin, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

Bilagor

Nr 1 Artikelsökning

Databas/datum	Sökord Inklusion Exklusion	Antalträffar	Antal lästa abstract	Antalartiklar som granskats	Antal artiklar som analyserats
Cinahl 2015-11-23 Sök 1	Myocardial infarction and Experience	23	15	10	4
Cinahl 2015-11-23 Sök2	Myocardial infarction and Experience and Quality of life	5	5	3	2
Cinahl 2015-11-23 Sök3	Quality of life and Myocardial infarction	16	10	6	4
Cinahl 2015-11-25 Sök 1	Life experience and Myocardial infarction and Quality of life	29	10	7	2

Cinahl 2015-11-25 Sök 2	Myocardial infarction and Life experiance	16	5	2	1
Medline 2015-12-01	Myocardial infarction and Life experiance	35	3	1	1

Nr 2 Litteraturöversikt

	Perspektiv	Syfte	Urval/Metod	Resultat
<p>Access to the World After Myocardial Infarction: Experiences of the Recovery process</p> <p>Författare: Cathrine Hildingh, Bengt Fridlund och Evy Lindell</p> <p>Tidskrift: <i>Rehabilitation Nursing</i></p> <p>Årtal: 2006</p>	Kvalitativ studie Patientperspektiv	Att belysa förloppet av återhämtning efter en hjärtinfarkt ur patientperspektiv	Sexton män och kvinnor ingick i studien. Studien byggdes på intervjuer	Resultatet visade på patienters förmåga, begränsningar och nyorientering vad gäller återhämtning efter hjärtinfarkt

Land: Sverige				
Fatigue after myocardial infarction-a two-year follow-up study Författare: Pia Alsén Eva Brink Tidskrift: <i>Journal of Clinical Nursing</i> Årtal: 2012	Kvantitativ Patientperspektiv	Att utreda upplevelsen av trötthet och depression efter 4 månader samt 2år efter en hjärtinfarkt. Se skillnader samt se livs kvalité efter 2 år.	155 personer svarade på frågor om trötthet och depression 4 månader och 2 år efter sin hjärtinfarkt.	Efter 2 år upplevde 18 % trötthet och depression. 30 % upplevde trötthet utan depression. Kvinnor upplevde mer trötthet än män.
Land: Sverige				
Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives Författare: Carol Condon och Geraldine MaCarthy Tidskrift: <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i> årtal: 2005	Kvalitativt patientperspektiv	Belysa patientperspektivet kring att göra livsstilsförändringar efter en hjärtinfarkt.	10 personer var intervjuade 6 veckor efter sin hjärtinfarkt.	Det behövs mer stöd och rehabiliterings program för att hjälpa patienter samt mer information till anhöriga för att lindra deras rädsla och ångest.
Land: Irland				
Living with incomprehensible fatigue after recent myocardial infarction författare: Pia Alsén, Eva Brink och Lars-Olof	Kvalitativ Patientperspektiv	Syftet var att granska personer med trötthet efter en hjärtinfarkt och se hur de upplevde symtomen	19 stycken var av 8 kvinnor intervjuades	Det centrala temat var att leva med trötthet och vad det innebar 4 månader efter en hjärtinfarkt.

<p>Person</p> <p>Tidskrift: <i>Journal of Advanced Nursing</i></p> <p>Årtal: 2008</p> <p>Land: Sverige</p>				
<p>Perceptions of illness, lifestyle and support after an acute myocardial infarction</p> <p>Författare: Lena Junehag, Kenneth Asplund och Marianne Svedlund</p> <p>Tidskrift: <i>Caring Sciences</i></p> <p>Årtal: 2014a</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Kvalitativ Patientperspektiv</p>	<p>Syftet var att belysa patienternas upplevelse kring livsstil och stöd 1 år efter hjärtinfarkten, med eller utan en mentor.</p>	<p>14 män och 6 kvinnor mellan 46-73 år intervjuades ett år efter hjärtinfarkten. 11 stycken av dessa hade haft en mentor</p>	<p>Deltagarna var medvetna om att leva hälsosamt. De med mentor och de utan hade samma syn på livet. Vissa deltagare upplevde att det var bra att ha en mentor.</p>
<p>Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction.</p> <p>Författare: Lena Junehag, Kenneth Asplund och Marianne Svedlund</p> <p>Tidskrift: <i>Intensive and Critical Care Nursing</i></p> <p>Årtal: 2014b</p>	<p>Kvalitativ Patientperspektiv</p>	<p>Att belysa patienters psykiska hälsa efter en hjärtinfarkt och deras möjlighet av stöd efter ett år.</p>	<p>14 män och 6 kvinnor deltog i studien. 11 stycken erbjöds en mentor. Intervjuerna gjordes ett år efter deltagarnas hjärtinfarkt.</p>	<p>Resultatet presenteras som 3 teman Livet har förändrats, klara situationen och ha möjlighet till stöd. De flesta som hade en mentor var nöjd med det. De som inte hade en mentor upplevde ett behov av mer stöd. Fler var missnöjda än nöjda med uppföljningen efter deras hjärtinfarkt</p>

Land: Sverige				
<p>Recovery of Midlife Woman From Myocardial Infarction</p> <p>Författare: Sherri Stevens och Sandra P Thomas</p> <p>Tidskrift: <i>Health Care for Women International</i></p> <p>Årtal: 2012</p> <p>Land. USA</p>	Kvalitativ patientperspektiv	Upplevelsen hos kvinnor av att komma hem efter en hjärtinfarkt	Femonologisk studie Intervjuade 8 kvinnor.	Det behövs bättre information innan patienten skrivs ut. Kvinnorna upplevde ett behov av en stödgrupp.
<p>Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction</p> <p>Författare: Marja-Leena Kristofferzon, Rurik Löfmark och Marianne Carlsson</p> <p>Tidskrift: <i>Journal of Clinical nursing</i></p> <p>Årtal: 2007</p> <p>Land: Sverige</p>	Kvalitativ studie	Att beskriva män och kvinnors upplevelser av vardagen, fyra till sex månader efter att de råkat ut för en hjärtinfarkt. Med fokus på problem och stöd från socialt nätverk.	Tjugo kvinnor och nitton män ingick i studien	Fysiska problem och känslomässig stress var de flest framträdande problemen första månaden efter hjärtinfarkten. Deltagarna kämpade med att förhandla med sig själva för att lita på sin egen förmåga gällande förändringar
<p>Understanding dietary decision-making in patients attending a secondary</p>	Kvalitativ studie	Att undersöka de frågor som påverkar hur patienter väljer kost efter en hjärtinfarkt	Fem män och fyra kvinnor deltog i studien	Deltagarnas känsla av rädsla gjorde dem beslutsamma och gav dem styrkan

<p>prevention clinic following myocardial infarction</p> <p>Författare: Barbara Doyle, Donna Fitzsimons, Pascal Mckeown and Toni McAloon</p> <p>Tidskrift: <i>Journal of Clinical Nursing</i></p> <p>Årtal: 2012</p> <p>Land: England</p>				<p>att ändra sina kostvanor. Det som hämmade förändringen var brist på viljekraft, dålig uppföljning och ytterligare stöd från professionellt håll</p>
<p>UPBEAT study patient`s perceptions of the effect of coronary heart disease on their lives</p> <p>Författare: Alison Smith, Zoe Fortune, Rachel Phillips, Paul Walters, Geraldine A. Lee, Anthony Mann, Anre Tylee, och Elizabeth A. Barley.</p> <p>Tidskrift: <i>International Journal of Nursing Studies</i></p> <p>Årtal: 2014</p> <p>Land: England</p>	<p>Kvantitativ Patientperspektiv</p>	<p>Att se hur primärvårdspatienter upplever effekten av en hjärtsjukdom.</p>	<p>548 deltagare fick svara på frågor. 394 stycken män svarade.</p>	<p>22 % tyckte att livet blivit bättre efter hjärtsjukdomen och 37 % tyckte att livet blivit sämre. 42 % svarade både och, ambivalentgrupp. Av de som upplever livet som bättre var anledningen hälsosammare liv, mindre stress och uppleva sin dödlighet. De som upplever livet sämre var anledningen begränsning i livet, mer ångest och upplevd dödlighet.</p>

<p>Women`s experience of a myocardial infarction: 5 years later</p> <p>Författare: Annica Sjöström-Strand, Bodil Ivarsson och Tryggve Sjöberg</p> <p>Tidskrift: <i>Scandinavian journal of Caring Sciences</i></p> <p>Årtal: 2011</p> <p>Land: Sverige</p>	<p>Kvalitativ studie</p>	<p>Att utforska och beskriva hur kvinnor ser på sin hälsa och sitt dagliga liv, fem år efter att de insjuknat i hjärtinfarkt</p>	<p>Tolv kvinnor deltog i studien</p>	<p>Många var osäkra och rädda inför framtiden, känslan av att drabbas igen och att inte få leva.</p>
--	--------------------------	--	--------------------------------------	--