

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2016:3

En vändpunkt i livet
patienters upplevda behov efter en hjärtinfarkt

Daleroth, Rickard
Verheul, Joeri



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Examensarbetets titel:	En vändpunkt i livet – patienters upplevda behov efter en hjärtinfarkt
Författare:	Daleroth, Rickard Verheul, Joeri
Huvudområde:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Sjuksköterskeutbildning, GSJUK13h
Handledare:	Jarling, Aleksandra
Examinator:	Ekenstam, Claes

Sammanfattning

Hjärtinfarkt innebär en akut syrebrist i hjärtmuskeln och utgör en av de vanligaste dödsorsakerna i modern tid. Symtomen på hjärtinfarkt är idag vedertagna och likaså riskfaktorerna. Trots detta är prevalensen för insjuknande idag högre än förr. Genom ett patientperspektiv där patientens egna upplevelser är i fokus kan varje individ mötas utifrån sin egen livsvärld. Det är därför som vårdare av stor vikt att känna till patientens upplevda behov för att kunna erbjuda adekvat individanpassad vård vid rätt tillfälle i förloppet. Syftet är att beskriva patientens upplevda behov i efterförloppet av en hjärtinfarkt. En litteraturstudie har genomförts baserad på 11 artiklar framsökta i Cinahl och PubMed. Analysen är gjord enligt Axelssons modell för litteraturstudie och resulterade i tre huvudteman: ”Behov av information”, ”Behov av förståelse” och ”Behov av trygghet”. Fynden som framkommit är att patienterna upplever kroppen som förändrad samt en oro relaterad till kunskapsbrist. Vanligt förekommande är utmattningskänslor och känslan av att vara begränsad i sitt vardagsliv. Patienterna är i stort behov av stöd från närstående samt professionella vårdare. Sjuksköterskan har möjlighet att minska patientens lidande genom att ge adekvat och anpassad information och genom att ha kompetens kring relevanta insatser. För att åstadkomma detta krävs god kunskap och öppenhet hos sjuksköterskan kring patientens upplevda behov i efterförloppet av en hjärtinfarkt.

Nyckelord: Hjärtinfarkt, behov, upplevelse, livsvärld, information, förståelse, trygghet, lidande.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hjärtinfarkt	1
Att vårda vid hjärtinfarkt	2
PROBLEMFÖRMULERING	3
SYFTE	4
METOD	4
Datainsamling	4
Dataanalys	4
RESULTAT	6
Behov av information	6
Behov av förståelse	7
Livsstil och livskvalitéet	7
Emotionella upplevelser	8
Behov av trygghet	9
Närstående	9
Professionellt stöd	9
DISKUSSION	10
Sammanfattning av resultatet	10
Metoddiskussion	10
Resultatdiskussion	11
SLUTSATS	15
KLINISKA IMPLIKATIONER	15
REFERENSER	16
BILAGA 1	19
Artikelsökning	19
BILAGA 2	20
Artikelgranskning	20

INLEDNING

Hjärtinfarkt är den vanligaste dödsorsaken bland hjärt- och kärlsjukdomarna. Årligen inträffar nära 30 000 hjärtinfarkter, vilket gör sjukdomen till Sveriges största folksjukdom i nutid. Männerna utgör 60 procent av antalet insjuknande. Tänkbara riskfaktorer för insjuknande i en hjärtinfarkt är individens livsstil, gener och den idag ökade livslängden. Nya och moderna behandlingsmetoder och ökad kunskap hos vårdgivarna och allmänheten har bidragit till att överlevnaden hos patienter idag markant förbättrats.

Som sjuksköterska är det en naturlig del i arbetet att möta dessa patienter. Det har inom vården utformats medicinska rutiner och vårdplaner kring behandlingen av patienter med hjärtinfarkt. För den enskilda individen kan sjukdomen skapa oro och inverkar på hela personens liv och existens. Vardagliga uppgifter kan bli tunga att utföra, såväl fysiskt, psykiskt och existentiellt. Den idag ökade prevalensen för insjuknande medför ett ökat behov av kunskap hos sjuksköterskan för att kunna uppmärksamma patientens behov samt sätta in nödvändiga insatser vid rätt tillfälle. Det är också viktigt att belysa patientens berättelse för att patienten ska kunna känna sig sedd, hörd och delaktig i den egna vården. Detta för att optimera främjandet av den enskilda individens hälsa och att lindra det lidande som drabbar individen i samband med en plötslig hjärtinfarkt.

BAKGRUND

Hjärtinfarkt

Hjärtinfarkt innebär en akut syrebrist i hjärtmuskeln som medför celledöd av hjärtmuskelceller. Orsaken till syrebristen beror på en förträngning eller förtätning i ett av hjärtats försörjande kranskärl. Stoppet kan bero på plack i kärlväggarna, plackruptur eller annan typ av förträngning såsom blodpropp eller hinder i blodkärlet. Skadan i hjärtmuskeln uppstår efter några minuter och fortskrider tills hindret är avlägsnat. Skadan är oåterkallelig vilket gör att tiden mellan debut och behandlingsstart är avgörande för att undvika allvarliga komplikationer (Ericson & Ericson 2012, s. 90).

Diagnosen hjärtinfarkt ställs med hjälp av EKG (elektrokardiografi) som visar retledningsaktiviteten i hjärtmuskelcellerna. Vid skador på hjärtmuskelcellerna orsakad av syrebrist förändras det elektriska mönstret vilket ger upphov till ett förändrad EKG. Vid hjärtinfarkt finns karaktäristiska förändringar som möjliggör snabb diagnostisering (Ericson & Ericson 2012, s. 84). Hedner (2007, s. 35) förklarar vidare att specifika hjärtenzymer läcker ut ur skadade hjärtmuskelceller vid hjärtmuskelskada och dessa kan mätas genom enkla blodprover som styrker diagnosen tillsammans med ett EKG.

Den akuta behandlingen vid hjärtinfarkt syftar främst till att avlägsna hindret för att återfå blodcirkulation till den berörda delen av hjärtat. PCI (perkutan coronar intervention) är ett samlingsbegrepp för operativa åtgärder för avlägsnande av hinder i kranskärlen. Idag används främst PTCA (perkutan transluminal coronar angioplastik) som behandling vid en infarkt. PTCA innebär att en kateter förs in genom utvalda artärer, vanligtvis på handleden eller ljumsken, vidare till kranskärlet där förträngningen finns. På kateterns spets finns en ballong som kan utvidgas och åter öppna upp kärlet.

Verktyget är också utrustat med en möjlighet att placera en stent (ett nät) vid förträngningen för att minimera risken för att kärlet faller samman efter behandlingen. Ingreppet genomförs under sedering med lugnande preparat samt smärtlindring av instickstället och eventuella smärtor relaterad till syrebristen (Ericson & Ericson 2012, ss. 93-94).

Riskfaktorerna relaterade till utvecklingen av förträngningar och därmed risken för hjärtinfarkt är till stor del livsstilsrelaterade och går ofta att minimera genom livsstilsförändringar. De främsta riskfaktorerna för utveckling av förträngningar utgörs av förhöjda blodfetter, rökning, fetma, inaktivitet, alkohol, diabetes, psykosocial stress, högt blodtryck och ärftlighet (Anand et al. 2008, ss. 940-942). Sundquist, Johansson, Yang och Sundquist (2006, ss. 957-960) beskriver vidare sambandet mellan olika samhällsklasser och prevalensen att råka ut för en hjärtinfarkt. Individer löper störst risk att drabbas av en hjärtinfarkt om dem bor i en förort, har låg ekonomisk standard och är lågutbildade. Minst risk att drabbas av en hjärtinfarkt utgörs av individer bosatta i bostadsrätt med god ekonomi och högre utbildning. Att ha en familj minskade också risken att drabbas av en hjärtinfarkt. Utifrån detta går det att se att individers livsstil och den sociala bakgrunden påverkar prevalensen att råka ut för en hjärtinfarkt. Detta ställer krav på sjuksköterskans kunskap för att kunna identifiera riskgrupper och erbjuda adekvata insatser.

Ur ett globalt perspektiv har Sverige ett förhållandevis lågt antal dödsfall relaterad till hjärt- och kärlsjukdomar sett till övriga världen (WHO 2014). Trots detta inträffar nästan 30 000 hjärtinfarkter årligen i vårt land. Utifrån detta går det att se att hjärtinfarkten inte enbart är en folksjukdom i Sverige utan också i övriga världen. Världsomfattande har män under 60 år fler riskfaktorer i form av bland annat högre mängd blodfetter än kvinnor i samma ålder. Detta resulterar i att kvinnor oftast är med om sin första hjärtinfarkt nio år senare än männen (Anand et al. 2008, s. 942). Män och kvinnor kan uppvisa olika symtom vid en hjärtinfarkt. Kvinnor kan ha diffusare symtom som besvär med matspjälkningen, domningar eller kräkningar. Detta medför att kvinnor oftast söker vård i ett senare skede (Eikeland, Haugland & Stubberud 2011, s. 216).

Att vårda vid hjärtinfarkt

Kroppen är människans medium till att uppleva omvärlden och kan ses som ett subjekt och därmed det enda gripbara föremålet i livets kontext. Kroppen kan relaterad till sjukdom förändras och därmed ändra individens verktyg för tolkning av omvärlden samt dess företeelser (Wiklund 2003, ss. 49-50). Vidare menar Dahlberg, Dahlberg och Nyström (2008, s. 42) att det inte går att förstå en annan människa utan perspektiv på individens subjektiva upplevelser vilket innebär det egna synsättet på kroppen, hälsan och hur individen erfar omvärlden. Wiklund (2003, ss. 49-50) beskriver att vår identitet styrks av kroppen, vid sjukdom finns därför risken att individen och omvärlden börjar behandla individen annorlunda. Utifrån beskrivningen ses att en hjärtinfarkt kan ge upphov till en förändrad subjektiv upplevelse av omvärlden.

Livsvärldsteorin beskrivs som en del i patientperspektivet, det går inte att beskriva omvårdnad utan att vidröra livsvärldsbegreppet (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 126-128). Det är med våra känslor och sinnen som vi genom den levda kroppen upplever

omvärlden och skapar en kontext, alltså en unik livsvärld (Wiklund 2003, s. 48). Vidare betonar Dahlberg, Dahlberg och Nyström (2008, s. 38) att individer i det dagliga livet inte behöver ha förståelse för livsvärldsbegreppet och dess innebörd. Dock anses det viktigt att sjuksköterskan har denna insikt för att kunna förstå olika företeelser i samband med vården av patienter. Sjuksköterskan kan genom ett vårdande samtal med livsvärldsperspektivet bekräfta patientens lidande och sårbarhet. Det vårdande samtalet kan användas för att hitta en mening med och bekräfta patientens lidande. Målet blir att hitta ett välbefinnande trots närvaro av lidande utifrån patientens livsvärld (Wiklund 2003, ss. 170-172).

Enligt ICN:s etiska kod ska sjuksköterskor verka för att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Det hör till vårdandet att respektera mänskliga rättigheter och behandla samtliga patienter med respekt. God omvårdnad ska ges till alla som är i behov av den, oavsett politisk uppfattning, kön, hudfärg eller social status (Socialstyrelsen 2005, s. 17). Det ligger i sjuksköterskans kompetensområde att se till patienters specifika behov, vare sig de är fysiska, psykiska, kulturella eller andliga och att utifrån detta kunna möta och uppmärksamma patienters upplevelse och lidande (Socialstyrelsen 2005, s. 11).

All hälso- och sjukvård regleras enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) som en central grund. Lagen betonar patientens rättigheter gällande information vilket har tydliggjorts i den nya patientlagen. Patienten och dess närstående ska erbjudas information enligt vad som anges i patientlagen. Patientlagen (2014:821) behandlar vårdgivarens ansvar att ge adekvat information samt erbjuda delaktighet till patienten. Detta innebär att vårdgivaren har en skyldighet att informera patienter om risker att drabbas av en sjukdom om dessa föreligger. Vidare bör vårdgivaren också informera patienter om vilka insatser som kan erbjudas i samband med insjuknande i en sjukdom.

Målet med behandlingen av hjärtsjuka patienter är de ska få tillräckliga resurser för att själva kunna hantera rehabiliteringen och minska risken för återinsjuknande. Patienterna behöver stöd och vägledning i hur de ska hantera sjukdomen i vardagliga livet (Eikeland, Haugland & Stubberud 2011, s. 208). Fokus ska ligga på patienternas egen syn på hälsa, livssituation och vårdande. I detta inkluderas de närstående som en möjlig resurs för patienten. Det kan vara av stor vikt att inkludera dem, särskilt vid vård av långvariga sjukdomstillstånd (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 118-119).

Det är viktigt att sjuksköterskan bygger upp en god relation med patienten med målet att skapa ett förtroende, patienten ska känna sig betydelsefull och delaktig i vården. Med livsvärldsteorin tillåts sjuksköterskan få en inblick i patientens upplevda situation. Därmed kan en aktiv dialog föras med patienten gällande lämpliga livsstilsförändringar och behandlingsmetoder med individuellt anpassade mål.

PROBLEMFÖRMULERING

Att drabbas av en hjärtinfarkt innebär för många patienter en stor förändring i livet. Infarkten medför skada på hjärtmuskeln som kan försämra hjärtats förmåga att syresätta kroppen vilket medför komplikationer i vardagen. Kroppen kan dessutom upplevas som förändrad och vardagen präglas många gånger av en känsla av rädsla och otrygghet i

relation till ett nytt och främmande sätt att leva. Att anpassa vardagen efter en hjärtinfarkt kan uppfattas som svårt. Sjuksköterskor behöver ha kunskap om patienternas upplevda behov tiden efter en hjärtinfarkt. Detta för att kunna möta patienten som unik individ, ge adekvat och anpassad information och för att förebygga lidande och möta hela hans livssituation. Den komplexa situationen ställer dessutom krav på vårdandet för att inte bara bli sedd för sin hjärtinfarkt utan också de konsekvenser och behov som drabbar den enskilda patienten.

SYFTE

Syftet är att beskriva patientens upplevda behov i efterförloppet av en hjärtinfarkt.

METOD

En litteraturstudie har genomförts i enlighet med metoden som Axelsson (2008, ss. 203-220) presenterar. Målet med en litteraturstudie är att ge en översikt av befintlig forskning inom ett område och sammanställa adekvat kunskap kopplat till ett problem. Vår studie bygger på både kvalitativa och kvantitativa artiklar. Detta kan enligt Axelsson (2008, s. 214) ses som fördelaktigt då artiklarna kan komplettera varandra och därmed ge mer tyngd i arbetet.

Datainsamling

Databaserna Cinahl och PubMed har använts vid informationshämtning då Axelsson (2012, s. 208) beskriver dessa som lämpliga att använda inom omvårdnadsforskning. I början på artikelsökningen gjordes en övergripande sökning för att se vilka delar av området som var undersökta. Utifrån artiklarnas nyckelbärande begrepp formulerades sökord som översattes med hjälp av Svensk MeSH, en översättningstjänst för medicinska forskningsbegrepp. En avgränsning i sökningen genomfördes med sökorden vilket genererade väsentliga träffar (bilaga 1). Artiklarna som användes i arbetet var peer-reviewed, de var originalartiklar och publicerade mellan 2001 och 2016. Studier som var skrivna på annat språk än svenska och engelska, de som behandlade minderåriga patienter och studier med specificerat fokus på multisjuka patienter exkluderades ur sökningen. Detta då det kan vara svårt att avgöra om patienternas upplevda behov är relaterade till hjärtinfarkten eller annan sjukdom. Artikelsökningen resulterade i 209 artiklar varav 11 stycken användes till resultatet. Genom en nogsam granskning av rubriker och abstract filterades resterande artiklar bort. Majoriteten av artiklarna som exkluderades hade ett tydligt medicinskt perspektiv och lämpade sig inte för en vårdvetenskaplig studie. Dessa inklusion- samt exklusionskriterier gav upphov till ett pålitligt och avgränsat resultat som svarade an på angivet syfte.

Dataanalys

I och med den stora mängden forskning som finns tillgängligt inom det valda vårdområdet användes Axelssons (2012, ss. 203-220) modell för litteraturstudie. Artiklarna som studien grundar sig på delades först upp mellan varandra och lästes noggrant igenom. Relevant innehåll färgmarkerades och texten sammanfattades vilket presenterades för den andre författaren. Under arbetets gång granskades de relevanta

delarna i artiklarna av båda parterna och helheten bröts ner i delar. Återkommande slutsatser i studiernas resultat gav upphov till teman och underteman. Den insamlade data sammanfattades och en ny helhet bildades som presenteras i den aktuella studiens resultat. Artikelgranskningen redovisades enligt mallen framtagen av akademien för vård arbetsliv och välfärd (2015, s. 13) (bilaga 2).

RESULTAT

Resultatet presenteras i tre teman med fyra underteman enligt tabellen nedan.

Huvudtema	Undertema
Behov av information	
Behov av förståelse	Livsstil och livskvalitéet Emotionella upplevelser
Behov av trygghet	Närstående Professionellt stöd

Behov av information

Patienterna ansåg att vårdpersonalen hade ett gott och empatiskt bemötande och att de var professionella. Informationen som erbjöds patienterna under vårdtiden upplevdes som adekvat men inte anpassad till den enskilda individen. Patienterna upplevde att det var svårt att identifiera sig med den givna informationen trots dess betydelse (Hanssen, Nordrehaug & Hanestad 2005, s. 39). Genomgående upplevde patienterna att informationen given var bristande. Informationen upplevdes otillräcklig i relation till sjukdomsupplevelsen. Okunskapen kring sjukdomens företeelser eller förväntade problem efter sjukhusvistelsen gjorde att patienterna var osäkra på vilka frågor som var lämpliga att ställa (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson 2007, s. 397). Individanpassad information uppfattades generellt som positiv och att de patienter som fått anpassad information var nöjdare än de som fått generell information. De mest tillfredsställda patienterna var de som satt ner i en lugn miljö tillsammans med ansvarig läkare och ställde de frågor som sjuksköterskan motiverat patienterna till att ställa (Hanssen, Nordrehaug & Hanestad 2005, s. 39).

Patienter har ett behov av adekvat individanpassad information de önskade också en dialog med vårdgivaren gällande livsstilsförändringar samt vanligt förekommande symtom (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson 2007, ss. 395-396). Roebuck, Furze och Thompson (2001, ss. 790-791) betonar att vårdpersonal kunde visa bristande empati och verkade stressade. Det erbjöds lite utrymme för patienterna att ställa egna frågor och uppföljningen av informationen uppfattades som utebliven. Ett återkommande fenomen tycks vara att läkare visar lite intresse för patienternas behov av information och stöttning utan lägger mer tid på att fokusera på medicinska frågor. Kristofferzon, Löfmark och Carlsson (2008, s. 371) menar att sjuksköterskan sågs som en trygghet för patienterna, detta då sjuksköterskan ansågs vara tillgänglig, kunnig och behjälplig. Gregory, Bostock och Backett-Milburn (2005, ss. 222-223) förklarar att otillräcklig information gjorde det svårt för patienterna att veta hur livsstilen borde anpassas. Hjärtinfarkt-drabbade patienter hade ett behov av regelbunden kontakt med sjukvården för att på ett adekvat sätt kunna hantera erfarna hinder.

Patienternas närstående kan hindra patienten från att fullfölja vårdgivarens rekommendationer såsom mild fysisk aktivitet. Patienterna trodde det överbeskyddande beteendet, som sågs hos närstående, kunde relateras till en bristande kunskap kring hjärtinfarkter samt en oro att patienten skulle återinsjukna. Vidare betonas patienternas behov av utökad information gällande de aktuella medicinerna och framförallt dess

biverkningar. Bristande kunskap kring medicinernas farmakologiska verkan gjorde att patienterna inte alltid såg förmånen med medicinbehandlingen utan enbart dess biverkningar (Roebuck, Furze & Thompson 2001, ss. 792-793).

Patienterna erbjöds att delta i rehabiliteringsgrupper för att prata kring sina känslor och erfarenheter av hjärtinfarkten. Somliga patienter uttryckte en rädsla för att ställa frågor i forumet, rädslan yttrade sig som en scenskräck vilket resulterade i att de för patienten viktiga frågorna inte besvarades. Andra tyckte istället att informationen blev överväldigande och skapade farhågor kring livet efter en hjärtinfarkt (Hanssen, Nordrehaug & Hanestad 2005, ss. 39-40).

Behov av förståelse

Livsstil och livskvalitét

Roebuck, Furze och Thompsons (2001, s. 788) beskriver att definitionen av livskvalitet är en mångfacetterad konstruktion som utgörs av fysisk, psykisk, emotionell och sociala beståndsdelar. Patienterna menar att andnöd, utmattning och bröstsmärta var de främsta symtomen efter en hjärtinfarkt. Bröstsmärtan som enligt forskarna anses som det allvarligaste symtomet, beskrevs istället av patienterna själva som det minst besvärande symtomet. Det var dock det symptom som gav upphov till störst oro för att återinsjuknande. Bröstsmärtan var starkt förknippad med den tidigare genomlevda hjärtinfarkten. Andnöden och utmattningen ansågs påverka livskvaliteten mest då den var ansträngande och gjorde att somliga patienter fick sömnsvårigheter.

Upplevelsen av utmattningen efter en hjärtinfarkt var av en annan karaktär än den normala utmattning eller trötthet patienterna tidigare upplevt. Fysiska symptom beskrevs som känslor av svaghet och onormal utmattning, medan de kognitiva symtomen beskrevs som sänkt koncentrationsförmåga. Den nya formen av utmattning beskrevs som obegriplig för att patienterna inte kunde identifiera eller beskriva uppkomsten. Endast ett fåtal patienter kopplade utmattningen till den nyligen genomlevda hjärtinfarkten. Övriga valde att hitta andra förklaringar till utmattningen såsom stress, dålig kondition eller depression (Alsén, Brink & Persson 2008, ss. 462-463). Vidare belyser Alsén, Brink, Brändström, Karlson och Persson (2010, ss. 329-330) att utmattningskänslorna många gånger avtar successivt en tid efter hjärtinfarkten. Dock visade patienterna på en högre grad av utmattning gentemot friska individer fyra månader efter symptomdebut.

Utmattningen var svår för patienterna att beskriva. Detta gjorde att den ofta tog form genom beskrivning av dess konsekvenser och hur den begränsade dem snarare än det upplevda behovet. Utmattningen hindrade patienterna från att kunna genomföra sina dagliga aktiviteter såsom vardagligt hushållsarbete. De som kunnat återgå till arbetet uppgav att de kände sig försvagade i jämförelse med tiden innan hjärtinfarkten. Kroppen kunde uppfattas som tung och trött, likt att bära en blykostym vilket hindrade dem från att orka röra sig. Resultatet av utmattningen kunde leda till att patienterna hade dagar där de inte orkade genomföra någonting (Alsén, Brink & Persson 2008, s. 462).

Hildingh, Fridlund och Lidell (2006, s. 65) beskriver likt Roebuck, Furze och Thompson (2001, s. 790) att tiden efter en hjärtinfarkt kan präglas av rädslan för att

återinsjukna vilket kan ge upphov till sömnsvårigheter och immobilitet. Patienternas bristande tillit till kroppen leder till minskad fysisk aktivitet. Vidare förklaras också att patienternas erfarenhet av bröstsmärtan efter en behandlad hjärtinfarkt kunde skilja sig, somliga hade ont varje dag oavsett vilka aktiviteter de genomför medan andra inte upplevde några besvär.

Patienterna hade efter hjärtinfarkten ett behov av långtids uppföljning samt regelbunden kontakt med sjukvården gällande de problem som de upplevd eller de nödvändiga livsstilsförändringarna som patienterna genomfört. Forskningen visar att patienter, efter genomlevd hjärtinfarkt, ofta är införstådda med vilka livsstilsförändringar som är rekommenderade. Trots detta visar Eriksson, Asplund och Svedlund (2009, ss. 269-270) att patienterna upplevde svårigheter med att återgå till ”det normala livet” efter en genomlevd hjärtinfarkt. Patienterna beskriver att somliga livsstilsförändringar var svårare att genomföra än andra, exempel på detta är byte av kost och följsamhet till medicinering. Patienterna betonade också längtan till att återfå en god nattsömn. Gregory, Bostock och Backett-Milburn (2005, s. 222) förklarar att patienternas följsamhet till rekommendationer gällande livsstilsförändringar minskade i samband med att det upplevda välbefinnandet åter ökade.

Emotionella upplevelser

En hjärtinfarkt kunde ge både en positiv och en negativ vändning i livet. Oavsett resultatet av hjärtinfarkten integrerades händelsen i patientens liv och åtkomsten till omvärlden förändrades (Hildingh, Fridlund & Lidell 2006, ss. 65-66). Hjärtinfarkten kunde ses som en andra chans i livet, ett nytt liv påbörjades med hälsosammare livsstil, mindre arbetspress och en möjlighet att ta vara på händelser och möjligheter som tidigare gick obemärkt förbi (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson 2008, s. 372).

Patienter kunde efter en hjärtinfarkt uppleva en försämrad livskvalitet. I samband med återhämtning kände vissa patienter rädsla för fysisk och psykisk smärta som utgjorde ett hinder i det dagliga livet. Somliga beskrev också en ångest för att somna, relaterad till rädsla att något skulle ske när de sov. Andra kunde känna en rädsla över att vara ensamma i tron att ingen fanns tillgänglig för att hjälpa dem om något skulle inträffa (Hildingh, Fridlund & Lidell 2006, s. 65).

Somliga patienter kunde uppleva en förändrad personlighet efter en hjärtinfarkt. Den förändrade personligheten kunde yttra sig som rädsla eller en starkt vilja att ”ta vara på livet”. Flertalet patienter upplevde att relationen med partnern hade förbättrats då mer kvalitetstid spenderades med varandra. Patienterna undvek konflikter och istället fokuserade på det som ansågs viktigt i livet (Tod 2008, s. 39). Tods studieresultat visar ett liknande fynd som Hildingh, Fridlund och Lidells (2006, ss. 65-66) studie. Att patientens upplevelse av livet och dess företeelser förändrats. Några patienter förklarade att de tar vara på vad livet erbjuder bättre efter infarkten än före.

Tiden efter en hjärtinfarkt kunde präglas av irritationskänslor, rastlöshet och nedstämdhet. Dessa känslor relaterades direkt till en minskad handlingsberedskap under dagens aktiviteter och oro kring att drabbas av en ny hjärtinfarkt. Oron kunde leda till att patienterna var rädda för att testa sina gränser och förmågor och därmed undvek

fysisk aktivitet. Somliga patienter valde således att undvika längre resor utan lättillgänglig sjukvård. Det fanns en oro över ”att fastna” i sjukdomen vilket gjorde att patienterna önskade att återgå till sina vanliga jobb med full tjänstgöringsgrad direkt efter sjukskrivningens slut (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson 2008, s. 371).

Behov av trygghet

Närstående

I början av eftervårdsförloppet kunde patienterna uppleva att de hade ett stort behov av hjälp i vardagen och fick generellt mycket stöttning av närstående i det dagliga livet. Allt eftersom patienterna åter tillfrisknade och fick ett förbättrat självförtroende minskade stödet från de närstående (Hildingh, Fridlund & Lidell 2006, ss. 64-65). En del patienter uttryckte en känsla av trygghet över att ha närstående i hemmet under den första kritiska perioden efter hjärtinfarkten. Andra patienter beskrev motsatsen med följderna att autonomi och inflytande i hemmet begränsades av de närstående. Närstående kunde agera överbeskyddande och hindra patienten i det dagliga livet. Hemkomsten efter sjukhusvistelsen beskrevs av patienterna som en osäker period för båda parter, detta på grund av bristande tillgänglighet till professionell sakkunnig personal (Eriksson, Asplund & Svedlund 2009, ss. 269-270). Junehag, Asplund och Svedlund (2014a, s. 27) betonar att stöd från närstående sågs som en viktig del i välbefinnandet. Vid svårigheter i vardagen påminde närstående patienten om de positiva aspekterna som fanns kvar i livet vilket kunde återge motivation och handlingsberedskap när denna var nedsatt.

Professionellt stöd

Det fanns ett behov av professionellt stöd och rådgivning efter hjärtinfarkten. Att dela upplevelsen med en kontaktperson ansågs som en tillgång som gav en känsla av trygghet hos patienterna. Kommunikationen med kontaktpersonen visade sig kunna motivera patienten till nya aktiviteter. Hos somliga av de patienter som inte hade tillgång till en kontaktperson fanns en vilja av att få samtala med någon om sina känslor och tankar. En del hade en önskan om att besöka anordnade möten med andra individer som genomlevt en hjärtinfarkt (Junehag, Asplund & Svedlund 2014a, s. 27).

Somliga patienter fick erbjudande om att delta i en rehabiliteringsgrupp vilket ansågs som en lämplig preventiv insats för eventuella komplikationer. Patienterna uttryckte att det var värdefullt att höra andra patienters historier kring deras hjärtinfarkt, hur de hanterade sina problem i vardagen och hur infarkten präglade patienternas liv. Insikten av att andra patienter kunde uppleva liknande besvär som dem själva sågs som en lättnad (Hanssen, Nordrehaug & Hanestad 2005, s. 41). Vidare beskriver Kristofferzon, Löfmark och Carlsson (2007, s. 396) att patienter som fått erbjudet att delta i rehabiliteringsgrupper kunde ha svårt att motivera sig till att gå till rehabiliteringsgrupperna. Vanliga orsaker till att inte dyka upp var att tiden för mötet inte var passade dem, det var lokaliserat för långt borta, att det inte fanns någon parkeringsplats eller att patienterna ansåg sig själva vara för lata.

DISKUSSION

Sammanfattning av resultatet

I resultatet framkom att flertalet patienter upplevde informationen vid hjärtinfarkt som bristfällig. Bristande information kunde ge upphov till en rädsla för återinsjuknande samt rädsla vid genomförande av vardagsaktiviteter. En del patienter beskrev också en onormal utmattningskänsla efter hjärtinfarkten. Utmattningskänslorna yttrade sig som minskad fysisk aktivitetsförmåga, koncentrationssvårigheter och en känsla av olust. Somliga patienter kände också en trygghet av att ha närstående i närheten och undvek därför att vara ensamma. Resultatet visade på ett behov av långtidsuppföljning och regelbunden kontakt med sjukvården gällande uppföljning och rådgivning kring livsstilsförändringar. Avsaknaden av en kontaktperson efter vårdtiden var ett återkommande fenomen. Somliga patienter uttryckte också en vilja att träffa andra patienter i en liknande situation. Generellt visade forskningen att patienterna upplevde deltagandet i rehabiliteringsgrupperna positivt, dock var de svårmotiverade att ta sig dit av olika anledningar.

Metoddiskussion

Resultatet i studien baseras på 11 artiklar vars studier var genomförda i Sverige, Norge, och Storbritannien. En av styrkorna i studien är spridningen som återspeglar patienternas upplevelser bosatta i olika länder och till viss del bekräftar dess likheter och olikheter. En nackdel med detta kan vara ländernas olika sjukvårdssystem och hanteringsrutiner kring hjärtinfarkt. Vilket kan påverka patienternas upplevelse av behovet beroende på hur behandlingen och uppföljningen sett ut. Det behöver inte nödvändigtvis innebära att patienterna upplever liknande behov i Sverige där vi kommer vara yrkesverksamma. Resultatets generaliserbarhet kan ifrågasättas då sjukdomspanoramata och därmed det upplevda behovet hos patienterna är individuellt. Däremot kan studien ge en inblick i patientens upplevelse och bidra till ytterligare reflektion hos den som vårdar patienter i efterförloppet av en hjärtinfarkt.

Använda artiklar har sökts fram i databaserna Cinahl och PubMed då de lämpat sig bra till vårdvetenskapliga studier samt erbjuder en bred grund med artiklar gällande hjärtinfarkter. Cinahl användes primärt då denna upplevdes som mer användarvänlig och innehållsrik. Att ha fokuserat sökningarna till en databas gör att relevanta artiklar som inte publicerats i denna fallit utanför våra sökningar. Ytterligare en begränsning som förekommit har varit tillgången till fulltextartiklar. Somliga tänkbara artiklar har utslutits då fulltext inte har varit åtkomliga.

Vår ursprungliga sökning utgick ifrån studier publicerade 2005 eller senare då Axelsson (2012, s. 210) menar att det är rimligt att ha en snäv avgränsning vid litteraturstudier gjorda på ett välbeforskat område. Vidare betonar Axelsson möjligheten att tidsperioden kan sträckas ut vid behov för att täcka in värdefulla fynd författarna önskar lyfta i studien. Flera av de övriga artiklarna refererade till en studie gjord av Roebuck, Furze och Thompson (2001) vilket väckte vår nyfikenhet. En manuell sökning gjordes då studien kunde tänkas svara an på syftet. Efter nogsamt övervägande, ur flera olika perspektiv så som lämplighet, användbarhet och relevans, beslutades att artikeln skulle

inkluderas trots det avvikande publiceringsåret från de ursprungliga inklusionskriterierna. Studien innehåller en välbeskriven definition av begreppet livskvalitet i relation till hjärtinfarkt, något som har varit svårt att hitta i övriga studier vilket stärkte detta beslut. Resultatets fynd är på vissa håll dessutom snarlik fynden i övriga studier, något som påvisar att upplevelsen av behov hos patienterna är något som inte nämnvärt förändrats över tid. Det som skulle kunna ses som en svaghet i vår genomförda studie är att vi valt att enbart lyfta några av de teman som stöts på under granskningen av artiklarna. Detta då hjärtinfarktspanoramat är stort och samtliga patienters behov är individuella. I kombination med en tidsbegränsning för genomförandet av studien valdes de mest centrala temana att beskrivas.

I exklusionskriterierna valdes multisjuka patienter bort då det är svårt att avgöra om de upplevda behoven beror på den genomlevda hjärtinfarkten eller om behovet är relaterat till den tidigare bakgrundssjukdomen. Detta för att i den mån det varit möjligt avgränsa resultatet till just hjärtinfarkt. Sannolikt är dock att multisjuka patienter med en hjärtinfarkt kommer att påträffas regelbundet inom hälso- och sjukvården. Vi anser att en utökad forskning gällande behoven under efterförloppet av en hjärtinfarkt hos multisjuka patienter är motiverat. Omfattningen av en sådan studie anses för stor för att behandlas inom ramen för en kandidatuppsats. Dock behöver föreliggande resultat inte enbart begränsas för att enbart förstås vid hjärtinfarkt. Resultatet kan i allra högsta grad leda sjuksköterskan till en förståelse för patientens upplevda behov.

Resultatdiskussion

Genomgående i artiklarna som resultatet bygger på har varit att patienterna inte uttalat några konkreta behov. Dessa har istället yttrat sig som de upplevda begränsningarna i vardagen. Resultatet har fokuserat på de upplevelser som varit centrala i den forskning vi har tagit del av. Detta innebär inte att alla behov en patient kan uppleva har belysts i resultatet. Samtliga individer är unika människor och experter på mer än bara sin kropp, de är experter på hela sin livssituation. En generell slutsats om hur individen upplever situationen går inte att dra med fullständig säkerhet.

I broschyren framtagen av Hjärt- och lungfonden (2013, s. 3) beskrivs vikten av informationsspridningen kring hjärtinfarkten gällande symtom, behandling och nödvändiga livsstilsförändringar. Vidare läggs tonvikten på att kunskap kring hjärtinfarktens företeelser kan ge upphov till förbättrade förutsättningar samt ett längre och friskare liv. Tillgängligheten till adekvat information gällande hjärtinfarkt finns lättillgänglig för allmänheten och därmed patienten. Dock belyser Condon och McCarthy (2006, s. 43) att patienterna upplevde informationen efter en inträffad hjärtinfarkt som bristfällig. Patienterna upplever enligt Kristofferzon, Löfmark och Carlsson (2007, s. 397) att somliga yrkeskategorier sällan hade tid att sitta ner för att informera patienterna gällande hur behandlingen och eftervården skulle se ut. Utifrån detta går det att tyda att patienterna åläggs ett för stort eget ansvar för informationsökning vid hjärtinfarkt. Här har sjuksköterskan ett ansvar att kunna bidra med den information som patienterna kan behöva. Genom att erbjuda både skriftlig och muntlig information vid upprepade tillfällen kan förståelsen av informationen underlättas. Dahlberg och Segesten (2010, ss. 184-185) beskriver hur sjuksköterskor genom sin spetskompetens inom vårdvetenskapen kan hjälpa patienten att hitta

meningssammanhang i samband med sjukdom och lidande. Genom att vara lyhörd, öppen och följsam i mötet med patienten kan den individuella livsvärlden belysas och vården anpassas efter patientens behov, utifrån hur den enskilda patienten upplever sjukdomen i livets kontext. Med livsvärldsperspektivet som en del i patientperspektivet ska sjuksköterskan se till hela den enskilda patientens livssituation och hjälpa dem finna värdefulla frågor. Målet blir att hjälpa patienten finna ett svar på dessa.

Patientlagen (2014:821) behandlar vårdpersonalens ansvar att erbjuda adekvat information till patienten samt göra patienterna delaktiga i dess egen vård. Vidare står det skrivet i sjuksköterskans kompetensbeskrivning, utgiven av socialstyrelsen (2005, s. 11), att sjuksköterskan ska ge individanpassad information samt undervisa patienter och närstående vid rätt tillfälle i vårdkedjan. Sjuksköterskan har också som ansvar att uppmärksamma patienter utan uttalat informationsbehov. Utifrån sjuksköterskans kompetensbeskrivning och patientlagen går det tyda att sjuksköterskan, enligt den belysta forskningen i vårt resultat, har behov av ökad kunskap kring informationens betydelse för den enskilda patienten och dess närstående i livet efter en hjärtinfarkt. Dahlberg och Segesten (2010, ss. 128-129) påtalar att människan och världen förändras kontinuerligt och därför måste även lärandet förändras. Vi ser att patienten under rehabiliteringsperioden genomgår livsvärldsrelaterade förändringar och kan därför inte alltid vara mottaglig för all information vid ett och samma tillfälle. Det räcker inte att enbart få information på sjukhuset i anslutning till vårdtillfället, informationen bör också följas upp efter utskrivning.

Patienter kan se hjärtinfarkten som ett akut eller ett kroniskt tillstånd. Detta blir av betydelse för patientens syn på hjärtinfarktens allvarlighet och därmed inverkan på livet, där patienterna som såg hjärtinfarkten som ett akut tillstånd även såg mindre allvarligt på själva sjukdomen (Brink, Karlsson & Hallberg 2006, s. 407). Vi ser utifrån detta en risk med att se hjärtinfarkten som en akut sjukdom. Vårt resultat visar på att en hjärtinfarkt ofta påverkar hela patientens liv och existens och kan ses som ett kroniskt tillstånd. Om patienten istället ser hjärtinfarkten som ett akut tillstånd finns risken att de blir mindre mottagliga för information och insatser då förhoppningen finns att besvären försvinner efter en kortare tids (livsstilsförändringar) rehabilitering. Falk, Ganger, Swedberg och Ekman (2007, ss. 1023-1024) stärker Alsén, Brink och Perssons (2008, ss. 462-463) beskrivning av utmattningskänslorna samt de kognitiva nedsättningar som patienten kan uppleva vid hjärtsjukdom. Patienterna kan i samband med hjärtsjukdom och under efterförloppet av denna ha en försämrad intellektuell förmåga som yttrar sig som bristande koncentrationsförmåga, glömska och generell trötthet. Den sänkta intellektuella förmågan som studierna beskriver skulle kunna leda till att patienten är mindre mottaglig för informationen som ges vid en hjärtinfarkt. Informationen bör därför vara konkret, enkel och upprepas för att säkerställa patientens förståelse. Socialstyrelsen (2005, s. 11) förklarar att en viktig del i arbetet med patienten är sjuksköterskans förmåga till att informera, undervisa samt delaktiggöra patienten och dess närstående i vården. För att lyckas med detta krävs också att sjuksköterskan kan bekräfta att patienten och närstående förstått given information. Utifrån detta ses att sjuksköterskan inte enbart bör informera patienten gällande nödvändiga livsstilsförändringar. Sjuksköterskan bör också följa upp dessa samt erbjuda professionell hjälp när problem med motivation och följsamhet uppstår.

Stöttningen från närstående har visat sig vara en stor tillgång för många patienter. För vissa patienter fanns dock ett uttryck för frustration över att de närstående agerar överbeskyddande under rehabiliteringen. Något som kunde leda till dålig stämning i hushållet. Detta beteende tros bero på de närståendes uppfattning av den drabbades behov (Condon & McCarthy 2006, s. 41). Wiklund (2003, ss. 49-50) bekräftar fenomenet genom beskrivningen att kroppen är en viktig beståndsdel i vår identitet. Vidare beskrivs att omvärlden kan börja behandla den enskilda individen annorlunda vid sjukdom. Eriksson, Asplund och Svedlund (2009, s. 271) beskriver att närstående också kunde uppleva att patienten hade bristande insikt i hur allvarlig situationen kring hjärtinfarkten var. Resultatet av detta kunde bli att patienten gjorde oförståndiga val i vardagen relaterad den fysiska förmågan. Närstående uttryckte också att de hade förståelse för patientens svårigheter att anpassa vardagen. Condon och McCarthy (2006, ss. 41-42) menar att det för patienterna också var viktigt med känslan av autonomi under rehabiliteringen, då målet var att kunna återgå till ett 'normalt liv'. Vi ser att risken finns att patienterna blir betraktade som mer sjuka än de känner sig. En hjärtinfarkt är något som påverkar patienten likväl de närstående. Att som närstående bistå med stöttning i rehabiliteringsperioden kan vara viktigt för patienten. Dock kan det bli en avvägning mellan att driva patienten framåt eller att hålla tillbaka dem från att överanstränga sig.

Att drabbas av en hjärtinfarkt innebär en stor förändring i livet. Livsstilen är ofta förknippad med insjuknandet i hjärtinfarkten och ses som en bidragande orsak till sjukdomen. Att ändra livsstilen kan och är i många situationer en förutsättning för en god rehabilitering samt minskad risk för vidare komplikationer. Condon och McCarthy (2006, ss. 40-41) hävdar att en del patienter hade svårt att anpassa livsstilen trots att de förstod att detta var en nödvändighet. Vidare förklaras att ett vanligt fenomen vid förändring av livsstilen efter en hjärtinfarkt var att patienterna försökte ändra för många livsstilsrelaterade beteenden på en gång. Uppgiften blev då överväldigande och gav upphov till minskad motivation och följsamhet. Vidare betonas att livsstilsförändringarnas genomförande kunde upplevas lättare när en vana ändrades i taget. Här kan sjuksköterskan ledsaga patienterna samt informera, identifiera och stödja kring rimliga förändringar sett till patienternas förmåga och behov.

Junehag, Asplund och Svedlund (2014b, ss. 293-294) menar att patienternas reflektion, i samråd med kontaktperson, motiverar till anpassning till en hälsosammare livsstil. De patienterna som hade tillgång till en kontaktperson var mer positivt inställda till att genomföra nödvändiga livsstilsförändringar. Ett antagande utifrån detta är att ett reflekterande förhållningsätt i samarbetet med patienten ger upphov till ökad motivation till att genomföra hälsosamma livsstilsförändringar. Återkommande kontakt med en kontaktperson eller rehabiliteringsgrupp kan ses som ett framgångsrikt sätt att reflektera kring hur patienterna levde samt bör leva sina liv för upplevt ökad välbefinnande. Ekebergh (2009, s. 31) uttrycker att livsvärlden utgör grunden i allt lärande. I det vardagliga livet tas ingen hänsyn till varför saker ter sig som de gör. Genom reflektion kan fenomen i världen medvetandegöras. Det är genom reflektion som livsvärlden kan synliggöras och ett lärande påbörjas. Utifrån Junehag, Asplund och Svedlund (2014b) och Ekeberghs (2009) beskrivningar framkommer det att reflektionen utgör en viktig del i rehabiliteringsprocessen efter en hjärtinfarkt.

Hanssen, Nordrehaug och Hanestad (2005, ss. 41-43) förklarar att deltagande i rehabiliteringsgrupper samt att ta del av andra patienters erfarenheter och känslor har visat sig vara ett effektivt verktyg för patienternas problemlösning i vardagen. Vidare betonas att somliga patienter var svårmotiverade till deltagande i dessa grupper av olika anledningar. Junehag, Asplund och Svedlund (2014b, s. 294) diskuterar kring patienternas följsamhet till denna insats och menar att det är lättare att effektivt driva en rehabiliteringsgrupp i storstäder då det finns tillgång till fler patienter. Det går att se hur deltagandet i dessa grupper försvåras beroende av patienternas sociala situationer. Att bo långt ifrån sjukhuset eller att inte ha tillgång till bil kan ses som ett hinder i deltagandet och därmed ett hinder för informationsspridningen. McKnee et al. (2014, ss. 330-331) påvisar att det finns sociodemografiska skillnader i delaktigheten i rehabiliteringsgrupper. Äldre patienter var mindre benägna att delta i dessa möten, till skillnad från yngre patienter med fast anställning som utgjorde störst andel av deltagarna. Detta är något som motsäger övriga resultat där brist på tid har varit ett vanligt skäl till att inte delta i rehabiliteringsgrupper. Ett samband kan ses att patienter med en fast anställning är mer benägna att återgå till en vardag likt den före infarkten. Vilket skulle kunna fungera som en motivation till deltagandet. Det går också att tyda att patienter med ett starkare socialt nätverk och stöd har bättre förutsättningar att aktivt arbeta och genomföra sin rehabilitering. Således kan ensamstående samt äldre ses som riskgrupper och vara i behov av mer stöd i rehabiliteringen för att undvika komplikationer. Vi ser att sjuksköterskan har ett ansvar att ta reda på patientens sociala situation samt informera kring lämpliga insatser så att patientens behov kan tillgodoses.

SLUTSATS

Vid insjuknande i en hjärtinfarkt förändras livsvärlden vilket ger upphov till inte bara ett lidande utan en förändrad livssituation. En vändpunkt i livet. Sjukdomspanoramata kring hjärtinfarkt är välbeforskat. Trots detta tillgodoses inte patientens behov relaterad till att hanteringen av informationen som erbjuds patienten. Sjukvårdspersonalens följsamhet kring den förändrade livsvärlden visar sig vara bristfällig. Kroppen upplevs som förändrad och därmed det verktyg till att tolka omvärlden, detta ger upphov till en helt ny situation för patienten. I kombination med kognitiva nedsättningar relaterade till hjärtinfarkten försvåras ofta inläringen för patienten och det kan bli svårt att ta till sig information och anpassa livsvärlden adekvat. Slutsatsen blir att det saknas en öppenhet för patientens hela livssituation, inte bara för patienten som hjärtsjuk.

KLINISKA IMPLIKATIONER

I efterförloppet av en hjärtinfarkt har sjuksköterskan möjlighet att ge adekvat konkret information samt genomföra en uppföljning av denna. Tidigt uppmärksammande av patientens upplevda samt identifierade behov minskar risken för komplikationer samt att patienten utsätts för ett onödigt lidande. Patienterna bör erhålla utförlig information om att hjärtinfarktens eventuella påverkan på det vardagliga livet. Som sjuksköterska kan det vara motiverat att påtala nyttan av kontinuerlig reflektion gällande livssituationen. Antingen med en kontaktperson eller i rehabiliteringsgrupp. Extra uppmärksamhet bör läggas på riskgrupper som redan före hjärtinfarkten visat svårt för engagemang i sociala sammanhang.

Patienten är expert på sig själv och vet därför bäst hur situationen upplevs på ett individuellt plan. Sjuksköterskan bör med öppenhet arbeta mot att skapa en allians, ett samarbete där patienten tillåts vara delaktig på sina villkor och ges möjlighet att med stöd av den professionella sjuksköterskan sätta ord på sina egna behov och få stöttning i dessa. Att som sjuksköterska ha kunskap kring patientens behov kan förhoppningsvis resultera i en god individanpassad vård och därmed främja livskvalité hos patienten. En viktig del inom den hållbara utvecklingen kring eftervården av hjärtinfarktdrabbade patienter.

REFERENSER

Akademien för vård, arbetsliv och välfärd Högskolan i Borås. (2015). *Riktlinjer för examensarbete på kandidatnivå i huvudområdet vårdvetenskap*.

http://www.hb.se/Global/Akademi%20/Student/Riktlinjer%20och%20mallar/Uppsatsmall_Kandidat_fr.o.m._V15.doc [2016-04-18]

Anand, S. Islam, S. Rosengren, A. Franzosi, M-G. Steyn, K. Yusufali, A-H. Keltai, M. Diaz, R. Rangarajan, S & Yusuf, S. (2008). Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTERHEART study. *European Heart Journal*. 29(7), ss. 932-940. DOI: 10.1093/eurheartj/ehn074

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

Alsén, P., Brink, E., Brändström, Y., Karlson, B & Persson, L-O. (2010). Fatigue after myocardial infarction: Relationships with indices of emotional distress, and sociodemographic and clinical variables. *International Journal of Nursing Practice*, 16(4), ss. 326-334. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2010.01848.x

Axelsson, Å. (2008). Litteraturstudie. I Granskär, M & Höglund-Nielsen, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur.

Brink, E., Karlsson, W. & Hallberg, L. (2006). Readjustment 5 months after a first-time myocardial infarction: reorienting the active self. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), ss. 403-411. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2006.03737.x

Condon, C. & McCarthy, G. (2006). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(1), ss. 37-44. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2005.06.005

Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. (2008). *Reflection lifeworld research*. Lund: Studentlitteratur.

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

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

Ericson, E. & Ericson, T (2012). *Medicinska sjukdomar: patofysiologi, omvårdnad, behandling*. 4. uppl., Lund: Studentlitteratur.

- Eriksson, M., Asplund, K & Svedlund, M. (2009). Patients' and their partners' experiences of returning home after hospital discharge following acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 8(4), ss. 267-273.
- Falk, K., Granger, B., Swedberg, K. & Ekman, I. (2007). Breaking the vicious circle of fatigue in patients with chronic heart failure. *Qualitative health research*, 17(8), ss. 1020-1027. DOI: 10.1177/1049732307306914
- Gregory, S., Bostock, Y. & Backett-Milburn, K. (2005). Recovering from a heart attack: a qualitative study into lay experiences and the struggle to make lifestyle changes. *Family Practice*, 23(2), ss. 220-225. DOI: 10.1093/fampra/cmi089
- Hanssen, T., Nordrehaug, J. & Hanestad, B. (2005). A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact discharge. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(1), ss. 37-44. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2004.11.001
- Hedner, P. (2007). Aterosklerosjukdom i hjärtats kranskärl. I Hedner, P. (red.) *Invärtesmedicin*. 9. uppl., Lund: Studentlitteratur.
- Hildingh, C., Fridlund, B. & Lidell, E (2006). Access to the World After Myocardial Infarction: Experiences of the Recovery Process. *Rehabilitation Nursing*, 31(2), ss. 63-69. DOI: 10.1002/j.2048-7940.2006.tb00127.x
- Hjärt-Lungfonden (2013). *Hjärtinfarkt - En skrift om vad som händer under och efter infarkt* [broschyr]. <https://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Skrifter/Skrift-hjartinfarkt-2013.pdf> [2016-04-18]
- Hälso- och sjukvårdslag 1982:763. Stockholm: Socialdepartementet.
- Justensen, L. & Mik-Meyer, N. (2010) *Kvalitativa metoder - från vetenskapsteori till praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Junehag, L., Asplund, K. & Svedlund, M. (2014a). A qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction. *Intensive and critical nursing*, 30(1), ss. 22-30.
- Junehag, L., Asplund, K. & Svedlund, M. (2014b). 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
- Kristofferzon, M-L., 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
- Kristofferzon, M-L., Löfmark, R & Carlsson, M. (2008). Managing consequences and finding hope – experiences of Swedish women and men 4-6 months after myocardial

infarction. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 22(3), ss. 367-375. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2007.00538x

McKnee, G., Biddle, M., O' Donell, S., Mooney, M., O' Brien, F. & Moser, D. (2014). Cardiac rehabilitation after myocardial infarction: What influences patients' intentions to attend?. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(4), ss. 329-337. DOI: 10.1177/1474515113496686

Patientlagen 2014:821. Stockholm: Socialdepartementet.

Roebuck, A. Furze, G. & Thompson, D.R. (2001). Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), ss. 787-794.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Sundquist, J., Johansson, S-E., Yang, M. & Sundquist, K. (2006). Low linking social capital as a predictor of coronary heart disease in Sweden: A cohort study of 2.8 million people. *Social Science & Medicine*, 62(4), ss. 954-963. DOI: 10.1016/j.socscimed.2005.06.049

Tod, A. (2008). Exploring the meaning of recovery following myocardial infarction. *Nursing standard*, 23(3), ss. 35-42.

WHO. (2014). *Cardiovascular diseases mortality: age-standardized death rate per 100 000 population 2000-2012*. http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/ncd/mortality/cvd/atlas.html [2016-04-18]

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

BILAGA 1

Artikelsökning

Databas	Sökord	Sökbegränsning	Antal träffar	Antal valda artiklar
CINAHL	Myocardial infarction AND daily life	2006-2016	67	1
CINAHL	Myocardial infarction AND patient information AND qualitative NOT women NOT men	2005-2015	26	1
CINAHL	Myocardial infarction AND Living AND Fatigue	2005-2016	3	1
CINAHL	Myocardial infarction AND recovery AND nursing.	2006-2016	37	1
CINAHL	Myocardial infarction AND consequences AND men and women	2006-2016	23	2
CINAHL	Myocardial infarction AND recovery AND Exploring	2006-2016	3	1
CINAHL	Myocardial infarction AND experience AND family	2006-2016	37	1
CINAHL	Myocardial infarction AND Sociodemographic AND Fatigue	2005-2015	4	1
PubMed	Heart Attack AND experiences AND lifestyle change AND Support	2006-2016	9	1
CINAHL	Manuell sökning: Roebuck, A. Furze, G. & Thompson, D.R. (2001). Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 34(6), ss. 787-794.			

BILAGA 2

Artikelgranskning

Författare Årtal Titel Tidskrift	Syfte	Metod och Urval	Resultat
<p>Alsén, P., Brink, E. & Persson L-O. (2008)</p> <p>Living with incomprehensible fatigue after recent myocardial infarction.</p> <p><i>Journal of Advanced Nursing</i>, 64(5), ss. 459-468.</p>	<p>Syftet var att undersöka vad utmattningen innebär för patienter som nyligen genomgått en hjärtinfarkt och hur de hanterar konsekvenserna.</p>	<p>Kvalitativ intervjustudie där 19 patienter fick svara på frågor fyra månader efter sin hjärtinfarkt. Informanterna var inläggande på en hjärtavdelning någon gång under perioden oktober 2005 till september 2006.</p>	<p>Att leva med obegriplig utmattning var ett centralt tema. fyra underteman identifierades, vara begränsad, känna sig beseград, fumlige återhämningsstrategier och måttlig lättnad av utmattning.</p>

Författare Årtal Titel Tidskrift	Syfte	Metod och Urval	Resultat
<p>Alsén, P., Brink, E., Brändström, Y., Karlson, B & Persson, L-O. (2010)</p> <p>Fatigue after myocardial infarction: Relationships with indices of emotional distress, and sociodemographic and clinical variables.</p> <p><i>International Journal of Nursing Practice</i>, 16(4), ss.</p>	<p>Att identifiera och undersöka frekvensen av utmattning hos patienter efter en hjärtinfarkt.</p>	<p>En kvantitativ enkätstudie genomfört på två hjärtavdelningar i västra Sverige mellan oktober 2005 och september 2006. 204 (145 män och 59 kvinnor) patienter besvarade enkätfrågorna gällande demografi, psykisk ohälsa och utmattning efter hjärtinfarkt. Enkätfrågorna besvarades en vecka efter sjukdomsdebut samt efter fyra månader, detta då</p>	<p>Utmattningen patienter upplevde efter fyra månader var mindre jämfört mot när hjärtinfarkten inträffade. Patienterna uppvisade en markant högre grad av utmattning än resten av befolkningen. 33 % rapporterade utmattning och ingen depression efter 4 månader. Depression och utmattning bör utredas som två separata åkommor</p>

326-334.		<p>patienterna förväntas vara friska. Exklusionskriterier för studien var att patienterna inte fick vara äldre än 80 eller lida av någon övrig allvarlig sjukdom eller kognitiv nedsättning.</p>	<p>för att exkludera överlappande symtom vid en hjärtinfarkt.</p>
----------	--	--	---

Författare Årtal Titel Tidskrift	Syfte	Metod och Urval	Resultat
<p>Eriksson, M., Asplund, K & Svedlund, M. (2009) Patients' and their partners' experiences of returning home after hospital discharge following acute myocardial infarction. <i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i>. 8(4), ss. 267-273.</p>	<p>Att beskriva patientens och partners upplevelse efter utskrivning från sjukhus efterföljande en akut hjärtinfarkt.</p>	<p>15 par deltog i individuella intervjuer, 4-8 veckor efter utskrivning. Data analyserades med en kvalitativ analys.</p>	<p>Resultatet består av tre teman: "Att återvända hem" "Konsekvenser på kropp och sinne" och "Att återgå till det normala livet".</p>

Författare Årtal Titel Tidskrift	Syfte	Metod och Urval	Resultat
<p>Gregory, S., Bostock, Y. & Backet-Milburn, K.</p>	<p>Studien syftar till att beskriva patienternas behov av långtids uppföljning samt</p>	<p>Intervjuer av män och kvinnor två och tre år efter utskrivning från</p>	<p>Studiens resultat visar att patienterna efter utskrivning har ett</p>

<p>(2005)</p> <p>Recovering from a heart attack: a qualitative study into lay experiences and the struggle to make lifestyle changes.</p> <p><i>Family Practice</i>, 23(2), ss. 220-225.</p>	<p>regelbunden kontakt med sjukvården gällande de problem som erfars eller de nödvändiga livsstilsförändringarna som patienten genomfört efter en hjärtinfarkt.</p>	<p>sjukhus efter genomgången hjärtinfarkt. Totalt intervjuades 53 personer (35 män och 18 kvinnor), kontakt med individerna upprättades genom en lokal hjärtmottagning.</p>	<p>behov av regelbunden kontakt med sjukvården. Studien visar att det finns ett behov av att dela upplevelser med andra patienter.</p>
--	---	---	--

Författare Årtal Titel Tidskrift	Syfte	Metod och Urval	Resultat
<p>Hanssen, T., Nordrehaug, J. & Hanestad, B.</p> <p>(2005)</p> <p>A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact discharge.</p> <p><i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i>, 4(1), ss. 37-44.</p>	<p>Att undersöka informationsbehovet hos patienter med en akut hjärtinfarkt samt inställningen till uppföljningskontakt efter utskrivning från sjukhus.</p>	<p>14 patienter (två kvinnor och 12 män mellan 42 och 69 år) som drabbats av en akut hjärtinfarkt intervjuades semistrukturerad tre till fem månader efter utskrivning från sjukhus.</p>	<p>Studiens resultat är uppdelat i tre delar: ”sjukhusvistelsen”, ”Att återvända hem” och ”uppföljningspreferenser”. Studien beskriver patientens behov av individuellt anpassad information.</p>

Författare Årtal Titel Tidskrift	Syfte	Metod och Urval	Resultat
<p>Hildingh, C., Fridlund, B. & Lidell, E</p>	<p>Att belysa förloppet av återhämtning efter en hjärtinfarkt</p>	<p>16 män och kvinnor ingick och blev intervjuade. Data</p>	<p>Resultatet är uppdelat i tre huvudteman:</p>

<p>(2006)</p> <p>Access to the World After Myocardial Infarction: Experiences of the Recovery Process.</p> <p><i>Rehabilitation Nursing</i>, 31(2), ss. 63-69.</p>	<p>ur ett patientperspektiv.</p>	<p>analyserades genom analys av olika teman som uppkom.</p>	<p>”Förmågor”, ”förhinder” och ”nyorientering” efter en hjärtinfarkt.</p> <p>Resultatet visar att patienterna har nya värderingar i livet och är motiverade till förändring av livsstilen.</p>
--	----------------------------------	---	--

Författare Årtal Titel Tidskrift	Syfte	Metod och Urval	Resultat
<p>Junehag, L., Asplund, K. & Svedlund, M.</p> <p>(2014a)</p> <p>A qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction.</p> <p><i>Intensive and critical nursing</i>, 30(1), ss. 22-30.</p>	<p>Syftet var att beskriva patientens perspektiv på de psykosociala konsekvenserna av en akut hjärtinfarkt och patienternas tillgång till omvärlden ett år efter insjuknandet.</p>	<p>14 män och 6 kvinnor intervjuades 1 år efter hjärtinfarkten. 11 av dessa erbjuds kontakt med mentor.</p>	<p>Resultatet är uppdelat i tre delar: ”Att ha ett annat liv”, ”Att hantera situationen och ha tillgång till stöd” och ”Upplevda psykosociala konsekvenser”. Patienterna var ofta mer otillfredsställda än tillfredsställda med uppföljningen av hjärtinfarkten.</p>

Författare Årtal Titel Tidskrift	Syfte	Metod och Urval	Resultat
<p>Kristofferzon, M-L., Löfmark, R. & Carlsson, M.</p> <p>(2007)</p> <p>Striving for balance</p>	<p>Syftet med studien är att beskriva beskrivna kvinnor och mäns upplevelse av det vardagliga livet fyra till sex</p>	<p>Semistrukturerade intervjuer genomfördes på 20 kvinnor och 19 män mellan januari 2000 och november 2001. Dataanalysen</p>	<p>Dataanalysen gav upphov till tre teman som redovisas i studiens resultat. Dessa bestod av ”hot mot det vardagliga</p>

in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 16(2), ss. 391-401.	månader efter genomgången hjärtinfarkt.	genomfördes enligt kvalitativ innehållsanalys metodik.	livet”, ”strävan efter kontroll” och ”det ambitiösa nätverket”.
--	---	---	--

Författare Årtal Titel Tidskrift	Syfte	Metod och Urval	Resultat
Kristofferzon, M- L., Löfmark, R & Carlsson, M. (2008) Managing consequences and finding hope – experiences of Swedish women and men 4-6 months after myocardial infarction. <i>Scandinavian Journal of Caring Science</i> , 22(3), ss. 367-375.	Att beskriva patientens upplevelse av det dagliga livet samt förväntningarna inför framtiden, fyra till sex månader efter en hjärtinfarkt.	Semistrukturerade intervjuer med 20 kvinnor och 19 män.	Resultatet är uppdelat i två teman ”Hantera hjärtinfarktens konsekvenser” och ”Hitta en mening med händelsen”. Studien visar att somliga patienter inte etablerad ett stabil hälsotillstånd trots att den emotionella stressen avtagit. Generellt hade de flesta av patienterna funnit en balans i vardagen.

Författare Årtal Titel Tidskrift	Syfte	Metod och Urval	Resultat
Roebuck, A. Furze, G. & Thompson, D.R. (2001) Health-related quality of life after	Att utforska och få insikt i hjärtinfarktens påverkan på hälsorelaterad livskvalitet.	Semi-strukturerad intervjustudie med 31 patienter på ett sjukhus i norra England.	Resultatet delades upp i sju teman: ”fysisk aktivitet och symtom”, ”osäkerhet”, ”emotionella reaktioner”, ”osjälvständighet”, ”livsstilsförändringar”,

myocardial infarction: an interview study. <i>Journal of Advanced Nursing.</i> 34(6), ss. 787-794.			”oro över medicineringen”, och “biverkningar”.
---	--	--	--

Författare Årtal Titel Tidskrift	Syfte	Metod och Urval	Resultat
Tod, A. (2008) Exploring the meaning of recovery following myocardial infarction. <i>Nursing standard,</i> 23(3), ss. 35-42.	Att undersöka återhämtningens meningsfullhet utifrån ett patientperspektiv.	Gruppintervjuer på kardiologisk rehabcenter med 24 patienter. 10 patienter intervjuades individuellt sex till nio månader efter hjärtinfarkten.	Resultatet visade att patienter upplevde förändringar i livet som personligheten efter sin hjärtinfarkt. Återhämtningen innebar dels att lära sig leva med de förändringarna.