

PATIENTERS UPPLEVELSER AV ATT FÖLJA EGENVÅRDSRÅD EFTER EN HJÄRTINFARKT

En litteraturöversikt

PATIENTS EXPERIENCES OF FOLLOWING SELF-CARE ADVICE AFTER A HEART ATTACK

A literature review

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad
Grundnivå
15 Höskolepoäng
Vårtermin 2021

Författare: Caroline Gustavsson
Stina Karlsson

SAMMANFATTNING

Titel:	Patienters upplevelser av att följa egenvårdsråd efter en hjärtinfarkt
Författare:	Gustavsson, Caroline; Karlsson, Stina
Institution:	Institutionen för hälsovetenskap, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 hp
Handledare:	Ronge, Alexandra
Examinator:	Westin, Lars
Sidor:	22
Nyckelord:	Egenvårdsråd, hjärtinfarkt, livsstilsförändring, individualiserad vård, patientupplevelse

Bakgrund: Hjärt-kärlsjukdom är den dominerande dödsorsaken i Sverige. För personen som drabbas är det en otäck händelse som påverkar individens livsvärld. Levnadsvanor såsom ohälsosamma matvanor, brist på daglig fysisk aktivitet samt tobaksanvändning är alla riskfaktorer. För att förhindra ett återinsjuknande är det viktigt att patienten tar till sig av de egenvårdsråd som ges av sjukvården efter en hjärtinfarkt. **Syfte:** Syftet med studien är att belysa patienters upplevelser av att följa egenvårdsråd efter att ha insjuknat i hjärtinfarkt. **Metod:** Studien har genomförts som en litteraturöversikt där kvalitativa artiklar har använts. **Resultat:** Två domäner i form av främjande och hindrande faktorer med fem kategorier och ytterligare underkategorier togs fram och bildade resultatet. I resultatet framkom att individualiserat stöd från sjukvårdspersonal var av stor vikt, för att möjliggöra förändring och ta till sig av de egenvårdsråden givna av sjukvården. Ytterligare framkom att vägledning kring hur livsstilsförändringen kan se ut samt stöd från anhöriga och jämlika spelade en betydande roll för möjligheten att implementera nya levnadsvanor. **Slutsats:** Slutsatsen som kan antas är att tydligheten och strukturen kring arbetet med patienter under eftervården bör tydliggöras och utformas i ett samarbete med patienter och närstående.

ABSTRACT

Title: Patients experiences of following self-care advice after a heart attack

Author: Gustavsson, Caroline; Karlsson, Stina

Department: The School of Health Sciences, University of Skövde

Course: Degree of Bachelor of Science in Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS

Supervisor: Ronge, Alexandra

Examiner: Westin, Lars

Pages: 22

Keywords: Selfcare advice, heart attack, lifestyle change, individualized care, patient experience

Background: Cardiovascular disease is the dominant cause of death in Sweden. For the person affected it is a fearful event that affects the whole life. Living habits such as unhealthy eating, tobacco use and lack of daily physical activity are all risk factors. To prevent a recurrence, it is important that the patient follows the self-care advice given by the healthcare after a heart attack. **Aim:** The aim of the study is to shed light on patients' experiences of following self-care advice after having had a heart attack. **Method:** The study has been conducted as a literature review where qualitative articles have been used. **Results:** Two domains in the form of promoting and hindering factors with five categories and additional subcategories were developed and formed the result. The results showed that individualized support from healthcare professionals was of great importance, to enable change and absorb the self-care advice given by healthcare. It also emerged that guidance on what lifestyle change can look like as well as support from relatives and peers played a significant role in the possibility of implementing new lifestyles. **Conclusion:** The clarity and structure of the work with patients during aftercare should be clarified and designed in collaboration with patients and relatives.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hjärtinfarkt.....	1
Symtom.....	1
Livet efter en hjärtinfarkt.....	2
Sjuksköterskans professionella ansvar.....	2
Hälsa och välbefinnande	3
PROBLEMFÖRMULERING	3
SYFTE	4
METOD	5
Urval	5
Datainsamling	5
Analys	6
Etiska överväganden	6
RESULTAT	7
Främjande faktorer.....	7
Individanpassad eftervård	8
Psykosociala faktorer	8
Förmåga att skapa en bestående förändring	8
Att planera in hjärtrehabilitering i livspusslet	9
Stöd	9
Stöd från familj och/eller närstående.....	10
Stöd från hälso- och sjukvården	10
Stöd från jämlika	10
Hindrande faktorer	10
Känslomässiga begränsningar.....	11
Hantera svåra känslor	11
Oro och ensamhet.....	11
Förnekelse	11
Betydelsen av förändring	12
Svårigheter att bibehålla nya rutiner.....	12
Fysisk aktivitet och hjärtrehabilitering.....	12
Bristande information	13
Motivationsbrist relaterat till avsaknaden av stöd	13
Otillräcklig information.....	13
Svårigheter med kommunikation	13
Resultatsammanfattning.....	14
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	16
Konklusion.....	18
Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet.....	18
REFERENSER	19

Bilagor

Bilaga 1, kvalitativ innehållsanalys

Bilaga 2, sökhistorik

Bilaga 3, artikelgranskning

INLEDNING

Kranskärlsjukdom är enligt Socialstyrelsen (2018) den dominerande dödsorsaken i Sverige och enligt World Health Organisation (WHO, 2020) dör omkring 17 miljoner människor av hjärt-kärlsjukdomar varje år världen över. Ericsson och Ericsson (2012) menar att egenvård hos patienter som just genomlidit en hjärtinfarkt är av stor vikt och något som sjukvården ansvarar för att informera patienterna om innan utskrivning från sjukhuset. Halldin (2017) påpekar vikten av individuell rehabilitering efter en hjärtinfarkt med syftet att läka hjärtat samt förebygga ett återinsjuknande. Trots detta finns forskning som visar att många människor en tid efter en hjärtinfarkt återgår till inrotade levnadsvanor, som i många fall präglas av ett osunt leverne vilket då återigen ökar risken för att drabbas av ytterligare hjärtinfarkter (Junehag et al., 2014). Hjärt-kärlsjukdomar är en folksjukdom som miljoner människors dör av varje år, därav är det av stor vikt att studera vilka anledningar som finns till att människor inte följer egenvårdsråd och rehabilitering som erbjuds efter en hjärtinfarkt. Globalt sett skulle 80% av dödsfallen i hjärt-kärlsjukdom kunnat förhindras, detta om de stora riskfaktorerna; tobak, inaktivitet och ohälsosam mat kunnat kontrolleras (WHO, 2020). Studien kommer därför att utforska patienters upplevelser av att följa de egenvårdsråd och/eller rehabiliteringen som ges av sjukvården efter insjuknandet i hjärtinfarkt.

BAKGRUND

Hjärtinfarkt

Att drabbas av hjärtinfarkt är subjektivt och upplevs samt ter sig varierande för olika människor. Dock är det i flesta fall en otäck händelse som lämnar den drabbade i en osäker livsvärld. Livsvärld avser den kännbara och subjektiva världen såsom varje individ upplever den (Merleau-Ponty, 1999). Den vanligaste orsaken till hjärtinfarkt förorsakas när hela eller delar av hjärtats kranskärl täpps till av en trombos. Trombosen bildas till följd av att det över tid lagrats kolesterol i kärlväggen i hjärtats kranskärl, kolesterolet ansamlas i kärlväggen och byggs på för att så småningom blir hårt och bildar ett plack som tillslut rupturerar (Parini, 2019). Rupturen genererar aktivering av trombocyter som medför att koagulationsmekanismer startar igång vilket leder till trombosbildning. Trombosen förhindrar blodet från att cirkulera och försörja delar av hjärtat med syrerikt blod, detta orsakar lokal syrebrist i det drabbade området av hjärtats muskelceller. På bara några minuter drabbas hjärtmuskelcellerna av cellnekros till följd av syrebristen (Held, 2020). Omständigheter som utgör risk för att drabbas av hjärt-kärlsjukdom är enligt Junehag et al. (2014) levnadsvanor såsom ohälsosamma matvanor, brist på daglig fysisk aktivitet, överkonsumtion av alkohol och tobaksanvändning samt brist på socialt nätverk.

Symtom

Parini (2019) beskriver de typiska symtom som patienten kan uppleva vid en pågående hjärtinfarkt som följande; smärta av kraftig karaktär i bröstet, utstrålade smärta i hals, käkar

och nacke, ytterligare kan personen uppleva smärta som strålar ut i vänster arm och bak mellan skulderbladen. Symtombilden kan se olika ut, smärtorna kan vara ihållande, diffusa, återkommande och för vissa personer så kraftiga att det är outhärdligt (Ericson & Ericson, 2012). Närvaron av yrsel, ångest, kallsvettighet, illamående, hjärtklappning och andnöd är ytterligare symtom som beskrivs av Parini (2019). Condon och McCarthy (2005) tar upp det faktum att många av de personer som överlevt en hjärtinfarkt uttrycker en tacksamhet över att vara vid liv. Ytterligare tankar som uttrycks är rädsla för att drabbas igen (Mentrup et al., 2020).

Livet efter en hjärtinfarkt

Livet efter en hjärtinfarkt kan innebära många och stora förändringar i vardagen. Den drabbade personen står inför en krävande och livsomvälvande period i livet där det krävs ett stort engagemang och driv till att göra en långsiktig hållbar förändring (Song & Lee, 2001). Piepoli et al. (2016) menar att ett stort fokus utifrån hälso- och sjukvårdens kliniska praxis bör vara att främja en hälsosam livsstil. Detta innebär att omvårdnaden bör syfta till att minska riskfaktorerna för att drabbas av hjärtinfarkt gällande både patienter med tidigare hjärtinfarkt men också för individer som riskerar att drabbas av hjärtinfarkt (Piepoli et al. 2016). Egenvård är en viktig aspekt inom omvårdnad och omvårdnadsteoretikern Dorothea Orem menar att begreppet egenvård är en åtgärd som innebär att en patient gör något i praktiken för att ta hand om sig själv. Sjuksköterskan kan i sin tur assistera patienten till detta genom fem olika steg vilka är; stötta, undervisa, vägleda, agera eller utföra samt erbjuda en utvecklande miljö (SBU., u.å). Magobe et al. (2017) påtalar vikten av att informera patienten gällande vad som är viktig för att uppnå goda möjligheter och få bra förutsättningar för att kunna följa de egenvårdsråd som ges. Övergripande egenvårdsråd som bör ges syftar till att förbättra kosten hos patienten, öka vardagsmotionen samt rök- och snusstopp (Ericson & Ericson 2012; Piepoli et al., 2016). Allmän information gällande alkoholkonsumtion och stress bör också ges då dessa faktorer kan ha en negativ effekt för en livsstilsförändring, troligtvis är patienten motiverad till en förändring men oro och ångslighet inför de förändringar som väntar förekommer ändå (Ericson & Ericson 2012). Vidare uppmärksammar Ericson och Ericson (2012) att det ligger i sjuksköterskans ansvarsområde att ge adekvat information gällande de egenvårdsråd som finns samt ge ett förtydligande kring eventuellt insatta läkemedel.

Sjuksköterskans professionella ansvar

Omvårdnad av patienter är sjuksköterskans specifika kompetens, där omvårdnaden förutsätter att sjuksköterskan har ett etiskt förhållningssätt, tar hänsyn till värderingar, vanor och visar respekt för patientens självbestämmande, värdighet och integritet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Sjuksköterskans professionella ansvarsområde innebär att stödja sin patient till att förbättra, bibehålla eller återfå hälsa samt möjliggöra för patienten att uppnå en god livskvalitet. Det bygger på att det finns en ömsesidig öppenhet för varandras kunskap där vården utformas i samspel med varandra (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Vidare ska sjuksköterskan erhålla en humanistisk människosyn och arbeta personcentrerat vilket innebär att se patienten som en egen individ med unika resurser, erfarenheter och förväntningar (Udo, 2020). I personcentrerad vård är delaktighet ett centralt begrepp där

sjuksköterskan ska vara lyhörd för varje enskild patients preferenser, patienten ska ges möjlighet till att så långt som möjligt inkluderas i de beslut som tas vilket har visat sig leda till en bättre egenvård och samspel mellan patienten och sjuksköterskan (Udo, 2020). Mentrup et al (2020) tydliggör hur viktigt det är att sjuksköterskan och patienten kan ha en öppen och ärlig kommunikation, samt vikten av att sjuksköterskan uttrycker sig i språket på ett sådant sätt att patienten med enkelhet kan förstå och ta till sig av det råd som ges. En viktig aspekt i patientmötet är ett vänligt och positivt bemötande från sjuksköterskan med fokus på en öppen kommunikation där patienten uppmuntras till att ställa frågor, dela med sig av förkunskaper, tankar, bekymmer samt upplevelser i livet. Mötet bör utgöras av individuell rådgivning med fokus på varje patients enskilda erfarenheter (Piepoli et al. (2016).

Hälsa och välbefinnande

En av sjuksköterskans främsta uppgifter i patientnära vård är omvårdnaden kring patienten som utförs i enlighet med olika omvårdnadsbegrepp. Högskolan i Skövde (2017) beskriver ett av dessa begrepp vilket är hälsa och välbefinnande som enkelt förklarar innebär att hälsa är subjektivt och innebär mer än frånvaro av sjukdom. Hälsa uppfattas individuellt och det är upp till varje individ att avgöra om den oklara gränsen mellan god hälsa och/eller ohälsa definierar livet (Skär & Söderberg, 2016). För patienten innebär då omvårdnaden mer än omvårdnadsåtgärder som syftar till ett behagligt och smärtfritt möte. När sjukdom inträffar är det viktigt för patienten att bli sedd utifrån sin livsvärld och få stöttning i att uppleva hälsa och välbefinnande trots sjukdom då frånvaro av sjukdom inte endast kan kopplas till just frånvaro av sjukdom (Ekebergh, 2016). Det är fullt möjligt att känna sig frisk oavsett sjukdomsbild om rätt vård och behandling finns tillgänglig för patienten samt om patienten upplever att det finns en mening med livet. Hälsa betyder inte nödvändigtvis att man som individ är fri från sjukdom utan man bör se till ett helhetsperspektiv där känslan av välbefinnande kan uppnås trots sjukdom (Skär & Söderberg, 2016). Sjukdom definierar aldrig patienten och genom att patienten får stöd att leva ett hälsosamt liv där ett värdigt slut på livet främjas kan känslan av hälsa och välbefinnande finnas trots sjukdom (Ekebergh, 2016). Vidare beskriver Ekebergh (2016) ordet hälsa som ett livsvärldsperspektiv och påpekar att hälsa är mångdimensionellt och har olik betydelse för olika människor. Hon förklarar hälsa som ett samspel mellan två olika dimensioner; den biologiska och existentiella, där hälsa kan uppnås trots sjukdom så länge ett välmående kan finnas när lidandet i sjukdomen är hanterbart (Ekebergh, 2016).

PROBLEMFORMULERING

Olika riskfaktorer kopplas samman med en ökad risk för att drabbas av hjärtinfarkt, dessa riskfaktorer är väl kända och har stor vetenskaplig tyngd. Forskning visar att det finns stor risk för återinsjuknande efter en hjärtinfarkt därav är det av stor vikt att sjuksköterskan arbetar utifrån ett personcentrerat perspektiv. Efter att en patient drabbats av hjärtinfarkt är det viktigt att uppmuntra patienten till den egenvård som krävs för att förebygga ett återinsjuknande. Sjuksköterskans ansvarsområde är att ge individanpassad information utifrån varje patients enskilda förutsättningar. Detta bör ske utifrån patientens

självbestämmande och integritet. Det är av ytterst vikt att identifiera faktorer som påverkar patientens förmåga att fullfölja nödvändiga livsstilsförändringar som krävs efter en hjärtinfarkt. Vilka faktorer förhindrar respektive främjar patientens förmåga att följa egenvårdsråd från vården efter en hjärtinfarkt? Varför är det svårt att applicera dessa råd i sitt dagliga liv? Kunskapen som avses skapas med denna studie syftar till att ge sjukvårdspersonalen adekvat information kring hur en patient kan stöttas och motiveras till en bestående livsstilsförändring.

SYFTE

Syftet med studien är att belysa patienters upplevelser av att följa egenvårdsråd efter att ha insjuknat i hjärtinfarkt.

METOD

Metoden som användes i denna studie är litteraturoversikt vilket enligt Segesten (2017) är en lämplig metod då kunskapsläget inom ett visst område ska undersökas. Litteratur som används i studien har inriktning på patienters upplevelser av att drabbas av hjärtinfarkt med ett fokus på att återgå till en vardag med ett hälsosamt leverne. Endast kvalitativa artiklar används då en ökad förståelse för valt område önskas skapas (Friberg, 2017).

Urval

Inklusionskriterier är engelskspråkiga artiklar då vetenskapligt material i största grad återfinns på det engelska språket (Östlundh, 2017), artiklar skrivna på andra språk kommer väljas bort då författarna inte behärskar fler språk. Patienters upplevelser samt någon del av de riskfaktorerna och/eller önskad rehabiliteringsmetod var ett ytterligare inklusionskriterium Även fokus på patientperspektivet då syftet är att belysa patienters upplevelser av att följa egenvårdsråd efter en hjärtinfarkt. Östlundh (2017) menar att vetenskapligt material ständigt förnyas och bör ses som en färskvara vilket ålägger denna studien att begränsa tidsintervallet från 2000-talet då forskning äldre än så anses vara otidsenlig för ämnet. Artiklar kommer även sökas via en sekundärsökning som innebär att valda artiklars referenslistor granskas för att finna ytterligare relevant data, detta anses vara en verkningfull metod (Östlundh, 2017). Artiklar som exkluderats är sådana som ej ansetts relevanta för syftet. Därför har artiklar med ett medicinskt fokus, sjuksköterskans perspektiv, medfödda hjärtfel och andra metoder utöver den kvalitativa metoden valts bort. Exklusionskriterier i form av ålder eller kön anses ej relevant för denna studie, likaså utesluts inga artiklar utifrån land eller region då ett helhetsperspektiv för valt syfte eftersträvas.

Datainsamling

Databaser som använts i studien är Cinahl och Pubmed då de erhåller vetenskapliga artiklar med inriktning på hälso- och vårdvetenskap (Östlundh, 2017). Sökorden framställs utifrån syftet att belysa patienters upplevelse av egenvårdsråd efter en hjärtinfarkt, dessa är följande; selfcare, compliance, patient attitudes, patient experience, patient perspective, heart attack, mi, acute coronary syndrome, heart disease, myocardial infarction och cardiac rehabilitation. Sökningarna har utförts utifrån en boolesk söktechnik som beskrivs av Östlund (2017) där valda sökord kombineras med AND och/ eller OR. Vissa ord har trunkerats för att skapa en bredare sökning där olika böjningar av ett visst ord kommer med i sökträffarna (Östlund, 2017). Sökhistorik verktyget som finns i databasen Cinahl har använts, detta för att på ett strukturerat och effektivt sätt kunna lägga ihop relevanta ord i nya sökningar och samtidigt ha möjlighet att spara och kontrollera de sökningar vi fått fram. Totalt användes åtta artiklar i resultatet. Sökningen illustreras i bilaga 2, sökhistorik.

Analys

Analysen har gjorts enligt ramen för en kvalitativ analys vilket är en analysform som ökar och förbättrar kunskapsnivån för patienters upplevelser, erfarenheter, förväntningar eller behov (Segesten, 2017). Författarna har valt att analysera artiklarna genom att använda sig av Fribergs (2017) femstegs analys. Författarna har i första steget av analysen läst de valda artiklarna flertalet gånger för att skapa en övergripande förståelse för innehållet. I steg två identifierades meningsenheter från varje artikel, varje meningsenhet färgkodades, detta för att på ett tydligt sätt hålla isär de olika meningsbärande enheterna. Steg tre av analysen bestod av att sammanställa varje enskild artikels meningsenheter i separata dokument, detta med studiens syfte ständigt i åtanke. Att ha syftet i åtanke under en kvalitativ analys betraktas som viktigt för resultatet (Henricson & Billhult, 2014). I det fjärde steget sammanställdes samtliga meningsenheter från de olika artiklarna i en schematisk översikt. Dessa kondenserades sedan ner för att, bilda underkategorier och kategorier. I det femte steget byggdes resultatet upp med den tilltänkta läsaren i åtanke (Friberg, 2017). Resultatet delades upp utifrån hindrande och främjande domäner för att ge en tydlig struktur. Den schematiska översikten redovisas i komprimerad form i bilaga 1.

Etiska överväganden

Studien har genomförts utifrån ett etiskt övervägande där valda artiklar har granskats utifrån fyra etiska principer (Vetenskapsrådet, 2018). Dessa fyra principer; tillförlitlighet, respekt, ansvar och ärlighet är gemensamt framställda för att främja en god forskningssed och kan användas av författare för att säkerställa en god trovärdig artikel där såväl deltagare som författare och miljö tagits i beaktande vid skapandet av materialet. Samtliga valda artiklar är etiskt granskade. Personer som valt att delta i studierna har fått skriftlig samt muntlig information för att säkerställa att deltagarna förstått och tagit till sig given information. Vidare har författarna till de valda artiklarna informerat deltagarna om att de när som helst under studiens gång kan välja att avsluta sin medverkan. Samtliga deltagare har oidentifierats utifrån respekt för deras integritet. Författarna anser utav egna erfarenheter och uppfattningar att det är av stor vikt att artiklar granskas etiskt för att säkerställa att människan och allt annat liv därtill behandlas korrekt och värdigt. Vidare eftersträvas en objektiv granskning av artiklarna där den egna förförståelsen kring ämnet inte ska påverka resultatet.

RESULTAT

Analysen resulterade i två domäner som belyser faktorer som främjar och/eller hindrar att en förändring blir bestående. Domänen främjande faktorer innehåller två kategorier, individanpassad eftervård samt stöd med efterföljande sex underkategorier. Domänen hindrande faktorer innehåller tre kategorier, känslomässiga begränsningar, betydelse av förändring och bristande information. Dessa följas av åtta underkategorier, vilka presenteras i tabellen nedan.

Domäner	Kategorier	Underkategorier
Främjande faktorer	Individanpassad eftervård	-Psykosociala faktorer -Förmåga att skapa en bestående förändring -Att planera in hjärtrehabilitering i livspusslet
	Stöd	-Stöd från familj och/eller närstående -Stöd från hälso- och sjukvården -Stöd från jämlika
Hindrande faktorer	Känslomässiga begränsningar	-Hantera svåra känslor -Oro och ensamhet -Förnekelse
	Betydelse av förändring	-Svårigheter att bibehålla nya rutiner -Fysisk aktivitet och hjärtrehabilitering
	Bristande information	-Motivationsbrist relaterat till avsaknaden av stöd -Otillräcklig information -Svårigheter med kommunikation

Främjande faktorer

Under denna domän presenteras följande; för att genomgå en förändring krävs först att patienten kommer till insikt om sitt tillstånd och lär sig hantera sin nya livssituation. Resultatet skildrar flera faktorer som främjar en livsstilsförändring. För att en förändring

skulle bli bestående fanns ett behov hos patienterna av ett individualiserat stöd från både familj och/eller närstående samt hälso- och sjukvården. Denna domän består av följande två kategorier; individanpassad eftervård och stöd.

Individanpassad eftervård

Resultatet fastställer vikten av en individanpassad eftervård där det tydligt framgår att olika individer har olika behov för en bestående förändring. Under denna kategori växte tre underkategorier fram; psykosociala faktorer, förmåga att skapa en bestående förändring samt att planera in hjärtrehabilitering i livspusslet.

Psykosociala faktorer

Vanligt förekommande efter en hjärtinfarkt var känslor som rädsla för återinsjuknande eller för tidig död samt sorg över att livet stod inför en stor förändring som mest troligt skulle innebära en mindre aktiv vardag i framtiden (Mead et al., 2010; Doyle et al., 2012; Kärner et al., 2005). Somliga av patienterna kunde omvandla rädslan till en drivkraft och målmedvetenhet gentemot att förändra sin kost och göra andra hälsofrämjande val i sitt liv (Doyle et al., 2012; Kärner et al., 2005; Hanna et al., 2020). Alla patienter klarade dock inte att förändra sina levnadsvanor (Doyle et al., 2012; Hanna et al., 2020). Dessa patienter upplevde att insikten kom först efter en andra infarkt och att det var ögonöppnaren som påvisade allvaret med situationen, först efter den andra infarkten kunde dessa patienter ta till sig råden och försöka leva mer hälsosamt (Hanna et al., 2020). Dock påpekade deltagarna vikten av att själv inse värdet av en förändring för att en förändring skulle bli bestående (Kärner et al., 2005). Känslan av välbefinnande och reflektion var motiverande faktorer till en livsstilsförändring, likaså ett gott självförtroende (Kärner et al., 2005; Hanna et al., 2020). Viljestyrka var en annan viktig faktor som hade stor påverkan på patientens individuella förutsättningar till en bestående förändring och efterlevnad av hälso- och sjukvårdens råd efter en hjärtinfarkt. Insikt om sitt tillstånd och konsekvenserna för ett oförändrat leverne var en viktig aspekt för efterlevnad (Hanna et al., 2020; Kärner et al., 2005). Vikten av eget ansvar gentemot sitt tillstånd betonades där patienten själv fick vara experten på sin egen situation och vad som var av betydelse för dennes hälsa för att på så vis kunna leva ett fullgott liv trots sjukdom (Kangasniemi et al. 2017; Herber et al., 2017). Individuella resurser och motivation för att kunna påverka sitt eget välbefinnande upplevdes var viktiga delar för en bestående förändring (Kangasniemi et al., 2017). För att främja efterlevnad av råden var det också viktigt för deltagarna med en strategi för att hantera stress och ångest. En sådan strategi kunde vara att tänka positivt, undvika stress, ha roligt och komma ihåg att lyssna till sig själv och sina individuella behov (Kangasniemi et al., 2017).

Förmåga att skapa en bestående förändring

För att kunna skapa en bestående förändring var det av betydelse att deltagarna själva insåg vikten av förändring och engagerade sig i ett hälsosamt leverne (Kärner et al., 2005; Hanna et al., 2020). Andra främjande faktorer beskrev deltagarna vara kunskap om kost och träning samt lättillgängliga träningsfaciliteter som förenklade möjligheterna till vardaglig träning (Kärner et al., 2005; Herber et al., 2017). Vidare var individens självbestämmande, begränsade val och subtila små förändringar betydande aspekter för en bestående förändring. Exempelvis upplevde vissa deltagare det som nödvändigt att utesluta all fet mat och salt ur

sin kost som viktigt för att göra en bestående förändring medans andra deltagare ansåg det viktigt att unna sig själv något gott med jämna mellanrum (Doyle et al., 2012). Deltagare som var rökare upplevde att kunskap om vad som händer med kroppen vid rökstopp och hur det kan vara positivt för en bättre hälsa i framtiden avsevärt förbättrade möjligheterna för att sluta röka (Kärner et al., 2005). Likaså var kunskap om positiva hälsoeffekter vid vardaglig motionering betydande för en bestående förändring samt verktyg för att implementera detta i vardagen (Kärner et al., 2005; Herber et al., 2017). Genom att implementera hälso- och sjukvårdens råd i vardagen kunde en vardaglig rutin skapas som tillät deltagarna att gå tillbaka till en normal vardag. För att en vardaglig rutin skulle bli bestående krävdes kunskap om nutrition och ett regelbundet intag av mat under dygnet (Kangasniemi et al., 2017). Planering av hälsoförebyggande aktiviteter, struktur kring förändringen och tillåtelse gentemot sig själv att bryta den vardagliga rutinen tillfälligt vid planerade aktiviteter var ytterligare viktiga faktorer för en bestående förändring (Kärner et al., 2005). Genom att utveckla hälsosamma vanor utifrån sin egen fria vilja upplevde patienterna att deras motivation stärktes ytterligare (Hanna et al., 2020).

Att planera in hjärtrehabilitering i livspusslet

Majoriteten av deltagarna i hjärtrehabilitering efter en hjärtinfarkt ansåg rehabiliteringen som positivt för en livsstilsförändring. Många av de som valde att delta i rehabiliteringsprogrammet upplevde att det var positivt att rehabiliteringstillfällena var på bestämda tider och dagar. Detta tillät deltagarna att planera och strukturera sin vardag så att de kunde delta i rehabiliteringen även om det krockade med en arbetsdag (Herber et al., 2017; Kärner et al., 2005). Det fanns ett samband mellan de deltagare som var egenföretagare och de som var anställda och deras möjlighet kring att delta i hjärtrehabilitering (Hagan et al., 2007). Egenföretagare som valde att delta kunde i högre utsträckning prioritera hjärtrehabiliteringen över arbete och den tid det tog från arbetstiden (Hagan et al., 2007; Herber et al., 2017). Patienterna uttryckte att arbetet inte var ett hinder för att delta och såg hjärtrehabiliteringen som ett adekvat mål (Hagan et al., 2007). Patienter som av olika anledningar inte kunnat delta i hjärtrehabilitering efter en hjärtinfarkt upplevde missnöje över detta. De menade att hjärtrehabiliteringen kunnat främja en livsstilsförändring av flera anledningar. Exempelvis kunde tiden de spenderade på rehabilitering vara gynnsamt för att undvika falla tillbaka i gamla mönster, deltagarna menade att mindre "dötid" hemma genererade i färre fällor för ohälsosamma val (Jackson et al., 2012). Patienter som genomgått hjärtrehabilitering upplevde rehabiliteringen som en möjlighet att lära sig mer om hur goda levnadsvanor kunde främjas samt om aktuella risker med tillståndet de befann sig i (Mead et al., 2010).

Stöd

Mest utmärkande för denna kategori var behovet av stöd hos de drabbade. Resultatet visar tydligt på vikten av olika slags stöd för att en förändring ska kunna påbörjas såväl som bli bestående. Under kategorin stöd växte ytterligare tre underkategorier fram; stöd från familj och/eller närstående, stöd från hälso- och sjukvården samt stöd från jämlika.

Stöd från familj och/eller närstående

Deltagare som levde i en väl etablerad, stöttande familj visade sig ha lättare till förändring än deltagare som var ensamma (Hanna et al. 2020). Stöttning från familjen och/eller närstående underlättade och hjälpte patienterna att förändra och skapa nya vardagliga rutiner som var positivt för en hälsofrämjande förändring (Hanna et al., 2020; Kärner et al., 2005; Hagan et al., 2007). Positiva effekter för en livsstilsförändring kunde uppnås genom att familjen uppmuntrade patienten till förändring och gav positiva påminnelser samt anpassade sig till patientens behov (Kärner et al., 2005). Vidare upplevde deltagarna behov av att känna sig viktig och behövd i andras liv för att finna motivationen till att förändra sin egen vardag (Hanna et al., 2020). Stöd från ett socialt nätverk eller familj och/eller närstående kunde se ut på olika sätt, viktigast var att någon form av stöd fanns att tillgå och detta i sin tur var positivt för alla aspekter inom en förändring (Kärner et al., 2005; Mead et al., 2010). Stöd från familj och/eller närstående var även viktigt för att patienter skulle vilja delta i hjärtrehabilitering och patienter utan familj var mer benägna att avstå från hjärtrehabilitering (Hagan et al., 2007).

Stöd från hälso- och sjukvården

Stöttning från hälso- och sjukvårdspersonal med kompetens inom hjärtsjukdomar upplevdes vara en viktig aspekt för stöd. Nära kontakt med sjuksköterskan inom området var mycket motiverande för förändring (Hanna et al., 2020; Doyle et al., 2012). Flera deltagare påpekade vikten av ett samarbete och tät uppföljning med hjärtrehabilitering för en långsiktig förändring med ett bekant team som kunde stötta patienterna efter hjärtinfarkten (Hanna et al., 2020; Kangasniemi et al., 2017). Motivationen var sällan ständigt närvarande men stöttning från hälso- och sjukvården underlättade vid brist på motivation och hjälpte patienterna att hitta redskap för att fortsätta jobba för en hälsosam vardag (Doyle et al., 2012; Mead et al., 2010).

Stöd från jämlika

Flertalet patienter upplevde att betydelsen av stöd från andra patienter i liknande sits var av vikt då de hade förståelse för den individuella känslan efter en hjärtinfarkt (Kärner et al., 2005; Kangasniemi et al., 2017). Oavsett om patienten deltagit i hjärtrehabilitering eller inte betonades umgänget med andra jämlika för moraliskt stöd samt för möjligheten att kunna utbyta upplevelser (Herber et al., 2017; Mead et al., 2010), vissa menade även att detta kunde vara en hjälp för att finna acceptans kring sitt hälsotillstånd (Jackson et al., 2012). Vidare gav deltagarna uttryck för gemenskapen inom hjärtrehabiliteringen som positiv för möjligheten till träning. Anledningen var att träningen gjordes tillsammans med både hälso- och sjukvårdspersonal samt andra patienter. Träningen kunde upplevas som obehaglig av många patienter men stöttning av gruppen underlättade momenten och tillät patienterna att fullgöra övningarna trots obehag (Herber et al., 2017).

Hindrande faktorer

Under denna domän framkom vikten av att bryta sig loss från tidigare inarbetade och ohälsosamma levnadsvanor efter en hjärtinfarkt. Resultatet tydliggör de hinder som upplevs av patienter på sin väg mot ett hälsosammare liv. Domänen innehåller tre kategorier; känslomässiga begränsningar, betydelse av förändring samt bristande information.

Känslomässiga begränsningar

Beroende på individ fanns en mängd olika uppfattningar som påverkade viljan att delta i hjärtrehabilitering. Under denna kategori presenteras tre underkategorier; hantera svåra känslor, oro och ensamhet samt förnekelse.

Hantera svåra känslor

Ett försämrat självförtroende förhindrade deltagarna till förändring då det påverkade sättet att se till sig själv som individ och möjligheten till att hantera sin livssituation (Kärner et al., 2005). I samband med en hjärtinfarkt och de livsstilsförändringar som krävs under rehabiliteringen var det många av de som tackat ja till att delta som upplevde ett starkt behov av att lära sig hantera svåra känslor som ångest, sorg, osäkerhet, acceptans, skuld och rädsla för döden (Jackson et al., 2012; Mead et al. 2010; Kangasniemi et al., 2017). Vissa patienter upplevde även humörsvängningar och depression (Jackson et al., 2012). I vissa fall kunde dessa känslor resultera i att hela processen upplevdes som för mycket för patienten vilket kunde påverka efterlevnad av råden från hälso- och sjukvården negativt (Mead et al. 2010). Vidare upplevde patienter med en hög medicineringen svårigheter att applicera hälsosamma levnadsvanor i vardagen då medicineringen var mycket tidskrävande. Sjukdomens allvarlighetsgrad och associerade faktorer som trötthet var likaså negativt för förändring (Kangasniemi et al., 2017). De som tackat nej till att delta i hjärtrehabilitering och/ eller stödgrupper och som saknade andra resurser upplevde i stor utsträckning osäkerhet och ångest, dessa känslor var ofta närvarande flera månader efter hjärtinfarkten. Dessa patienter upplevde även ovisshet kring sin framtida hälsa, hur pass stor chansen var att återgå till livet som varit innan hjärtinfarkten samt om det fanns risk för att drabbas av ytterligare en hjärtinfarkt (Jackson et al., 2012).

Oro och ensamhet

Vissa deltagare var negativa till att delta i hjärtrehabilitering och/eller stödgrupper på grund av uppfattningen av att det inte skulle vara bra för dem på ett personligt plan. Oro för att de eventuellt skulle ogilla andra deltagare samt den ekonomiska aspekten som innebar högre krav relaterat till frånvaro var ytterligare begränsningar för deltagandet (Kärner et al., 2005; Jackson et al., 2012). Bristande stöd från familjen och ensamhet hade en betydande roll och inverkan på deltagarnas liv och deras upplevelse av hjärtrehabilitering (Hagan et al, 2007). Vidare upplevde vissa deltagare hjärtrehabiliteringen som en ständig påminnelse om sitt tillstånd där de upplevde sig vara en svagare dödlig individ (Herber et al., 2017).

Förnekelse

Strävan att delta i hjärtrehabilitering varierade hos individen. Deltagare som avstod från rehabiliteringen ansåg att de endast hade haft en mild hjärtinfarkt och av den anledningen inte var i behov av hjälp (Herber et al., 2017). Patienter som avböjt hjärtrehabilitering uttryckte ånger över detta i efterhand (Jackson et al., 2012). En del deltagare upplevde att de befann sig i en annan fas av hjärtrehabilitering och därför inte skulle gynnas av den rehabilitering som erbjöds, medan somliga andra upplevde att de med enkelhet kunnat återgå till sina normala levnadsvanor och därför inte var i behov av ytterligare stöd och hjälp (Jackson et al., 2012; Herber et al., 2017). Deltagare som fått information och accepterat

inbjudan till hjärtrehabilitering hade svårt att förstå syftet med rehabiliteringen (Herber et al., 2017).

Betydelsen av förändring

Trots vetenskapen om vilken betydelsen förändringen hade för överlevnad var det många deltagare som upplevde att deras eget jag inte kunde genomgå en förändring. Under denna kategori presenteras två underkategorier; svårigheter att bibehålla nya rutiner samt fysisk aktivitet och hjärtrehabilitering.

Svårigheter att bibehålla nya rutiner

En vardaglig rutin som lyckades implementeras i patientens liv riskerade att "falla bort" under helger, vid hunger, lathet eller sug efter något gott, detta blev mer tydligt hos deltagare som hade en svag viljestyrka. Likaså "föll" den vardagliga rutinen ofta bort när en önskad målvikt var nådd (Doyle et al., 2012). Råd som patienten ogillade och inte kände sig tillfreds med upplevdes också som svårare att följa (Hanna et al., 2020). Likaså kunde patienten uppleva känslomässiga svårigheter med sin sjukdom som i sin tur påverkade patientens livsvärld (Kärner et al., 2005; Kangasniemi et al., 2017). Brist på stöttning som motiverade till en förändring i det långa loppet kunde också förhindra en bestående förändring (Jackson et al., 2012). Tidigare levnadsvanor innan hjärtinfarkten hade också stor betydelse för efterlevnad av råd, en väletablerad rutin sedan många år tillbaka kunde vara avsevärt svårt att bryta (Kärner et al., 2005; Hanna et al., 2020). Patienter som tidigare levt ohälsosamt upplevde svårigheter med att bryta rutiner och ändra livsstil än de patienter som levt delvis hälsosamt (Hanna et al., 2020).

Fysisk aktivitet och hjärtrehabilitering

Deltagare som tackat nej till hjärtrehabilitering men även de som påbörjat och inte slutfört uppgav att en hindrande faktor var att träningsfaciliteten låg för långt bort. Det kunde innebära lång restid och hög frånvaro från arbetet (Hagan et al., 2007), men även resekostnader till och från träningsfaciliteten var en hindrande faktor (Herber et al., 2017; Jackson et al., 2012). Därav upplevdes inte hjärtrehabilitering vara ett relevant mål då inkomst var av högre prioritet. Vidare uttryckte vissa patienter att de kände skuld gentemot kollegor och chefer, detta trots att samtliga var villiga att låta dem gå ifrån arbetet för att lägga tid på hjärtrehabilitering (Hagan et al., 2007). Deltagare med skiftarbete upplevde svårigheter kring att delta i hjärtrehabilitering som var på bestämda tider och dagar, då skiftarbetet innebar varierande arbetstider vilket utgjorde ett hinder för deras deltagande (Herber et al., 2017). Andra faktorer som förhindrade viljan att delta i eller fullgöra hjärtrehabilitering var bland annat smärta och obehag. Det fanns också en missuppfattning hos deltagarna om att det kunde vara dåligt att bli andfådd i deras tillstånd vilket gjorde deltagarna osäkra på rehabiliteringens effekt och nytta (Jackson et al., 2012; Herber et al., 2017). Vidare fanns det deltagare som själva gjorde bedömningen att de på grund av andra samtidiga sjukdomar var för fysiskt nedsatta för rehabilitering (Herber et al., 2017). En vanlig missuppfattning bland deltagarna var att fysisk aktivitet upplevdes vara en risk för att återigen drabbas av en hjärtinfarkt (Jackson et al., 2012; Kärner et al., 2005). Andra trodde att den fysiska aktiviteten skulle vara för ansträngande för dem och hade en förväntan om att deras hjärta och dess funktion skulle övervakas då de var fysiskt aktiva

under rehabiliteringen (Herber et al., 2017). I motsats till dessa känslor fanns det andra som valde att inte delta på grund av en tro om att konditionsträningen inte skulle vara tillräckligt intensiv för deras konditionsnivå (Herber et al., 2017).

Bristande information

Bristande information samt brist på uppföljning från sjukvården under hjärtrehabilitering var vanligt förekommande enligt flertalet patienter. Detta genererade i okunskap och brist på motivation som i sin tur var negativt för hjärtrehabiliteringens följsamhet. Under denna kategori presenteras tre underkategorier; motivationsbrist relaterat till avsaknaden av stöd, otillräcklig information samt svårigheter med kommunikation.

Motivationsbrist relaterat till avsaknaden av stöd

Deltagare kopplade samman bristen på professionellt stöd från sjukvårdspersonal som en av anledningarna till att de upplevde problem i sin rehabilitering vad gällde behov och motivation (Jackson et al., 2012; Doyle et al., 2012). Det fanns brister i uppföljning under och efter rehabiliteringen vilket ledde till bristande motivation att fortsätta rehabiliteringen (Doyle et al., 2012). Trots detta var deltagarna noga med att inte skylla på personalen då de själva ansåg att det var omöjligt för personalen att kunna tillgodose deras behov då det förekom personalbrist i arbetsgruppen (Jackson et al., 2012). Somliga av deltagarna ansåg och förespråkade att ett gott självförtroende och stoicism var lösningen, att själva gå vidare och lösa sina problem snarare än att förvänta sig att någon från sjukvården skulle hjälpa en att lösa det (Jackson et al., 2012).

Otillräcklig information

Bristande information från sjukvården gällande egenvårdsråd och rehabiliteringsmöjligheter gjorde att patienterna kände besvikelse över förlorad möjlighet till att delta i hjärtrehabilitering eller stödgrupper. Upplevelsen var att ett deltagande kunnat vara en stor hjälp för återhämtning (Jackson et al., 2012). De patienter som valde att delta i stödgrupper upplevde att den information sjukvårdspersonalen tillhandahöll var otillräcklig och bristande (Mead et al., 2010). Först efter en tids deltagande i hjärtrehabiliteringen upplevde deltagarna att de fick klarhet i syftet med rehabiliteringen vilket tyder på informationsbrist (Herber et al., 2017). Vidare önskades mer information och kunskap om hur dagliga situationer där patientens sjukdomstillstånd påverkade vardagen negativt (Mead et al., 2010). Okunskapen som deltagarna upplevde gjorde att de kände sig förhindrade och oförmögna att följa samtliga egenvårdsråd och förändringar som sjukvården förespråkade; att sluta röka, äta hälsosam mat och vara fysiskt aktiv (Herber et al., 2017; Mead et al., 2010). Samtidigt upplevdes vissa av råden som förvirrande och otydliga, framförallt gällande kostråd. Detta då vissa av deltagarna fått uppfattningen om att en strikt diet med viktminskning var prioriterat snarare än att göra en bestående livsstilsförändring som helhet (Doyle et al., 2012).

Svårigheter med kommunikation

Många av patienterna upplevde att kommunikationen med vårdpersonal var bristande och otillräcklig, samt att exempelvis läkare slängde sig med medicinska termer och dylikt vilket ledde till missförstånd, och skapade osäkerhet och oro (Jackson et al., 2012; Mead et al.

2010). Vidare upplevde vissa patienter att de efter kontakten med läkare lämnades med obesvarade frågor kring hur de skulle anpassa sina aktiviteter och anta lämpliga rutiner i vardagen, detta frambringade frustration över att deras frågor och oro inte togs på allvar (Mead et al. 2010).

Resultatsammanfattning

Resultatet sammanställer faktorer som främjar och/eller hindrar patientens möjlighet att förändra sin livsstil till en mer hälsosammare vardag efter en hjärtinfarkt. Mest utmärkande faktorer var följande; vikten av ett individualiserat stöd från både hälso- och sjukvårdspersonal samt familj och/eller närstående. Individanpassad information från hälso- och sjukvården där fokus bör ligga på att få patienten till att förstå sin situation samt ges utrymme till frågor och täta uppföljningar för att undvika att frågor och funderingar faller mellan stolarna. Dessutom var vägledning och kunskap kring komponenter inom en livsstilsförändring av stor vikt och ansågs kunna hjälpa patienten nå sina mål. Sådana komponenter kunde vara kost, motion, rökstopp och förmågan att bibehålla en förändring trots brist på motivation.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Metoden som valdes var en litteraturöversikt vilket enligt Friberg (2017) är en god metod för att fastställa kunskapsläget inom ett visst område. Dock används denna metod främst för att söka information om ett visst område och därför kan evidensen för uppsatsen diskuteras då den valda metoden inte är utformad för ändamålet att söka evidens. Författarna ställer sig därför frågan om en systematisk litteraturöversikt varit ett bättre alternativ för metoden till studien då en sådan metod minimerar riskerna för att godtycklighet eller slumpen påverkar resultatets slutsatser (Rosén, 2012). Då syftet var att belysa patienters upplevelser fungerar dock båda de diskuterade metoderna men nämnas bör att resultatet möjligen kunde sett annorlunda ut om en systematisk litteraturöversikt använts. Datan som slutligen formade resultatet bestod av åtta kvalitativa artiklar med fokus på patientens perspektiv. Författarna anser att valet av artiklar var rätt då studiens forskningsområde var att beskriva upplevelser. Kvalitativa artiklar beskriver upplevelser och ger ökad förståelse för valt område (Friberg, 2017), vilket var det som eftersöktes. Artiklarna söktes via Cinahl och Pubmed då dessa databaser har en inriktning på hälso- och vårdvetenskap. Andra databaser hade möjligen kunnat ge författarna en bredare sökning som kunnat påverka resultatet vilket författarna tar med sig inför framtida forskning. Inledningsvis planerades att göra sekundärsökning för att finna ytterligare relevant data ur funna artiklar, detta gjordes dock aldrig då de primära sökningarna gav god utdelning. Dock kan sekundärsökning enligt Östlundh (2017) vara av stor vikt för att säkerställa god litteratur och därför kan valet att utesluta sekundärsökning påverkat resultatets innehåll. En sekundärsökning hade även varit positivt för studiens tidsåtgång då Östlundh (2017) menar att väsentlig tid kan sparas in genom en sådan sökning vilket ytterligare kunnat påverka resultatets omfattning. För att få en bred sökning användes flertalet synonymer och böjningar av hjärtinfarkt. Resultatets valda artiklar är engelskspråkiga, vilket var ett krav från författarnas sida under sökprocessen då andra språk än svenska och engelska ej behärskas. Författarna håller sig dock ödmjuka inför att det kan finnas tolkningsfel vilket kan ha påverkat utfallet i resultatet. Som hjälp i analysprocessen av valda artiklar och i dess bearbetning har uppslagsverk och lexikon använts för att minska risken för tolkningsfel. I analysprocessen av artiklarna valde författarna att färgkoda resultatet för att på så vis få en tydligare bild av likheter och olikheter i samtliga artiklar. Detta visade sig vara en gynnsam metod då författarna fick en tydlighet i hur de olika delarna skulle läggas samman för att bilda det nya resultatet. Landström och Priebe (2012) menar att en förförståelse betyder att vi förstår något om själva ämnet innan vi förstår studieobjektet vilket innebär att författarnas förförståelse kan ha påverkat de meningsenheter som valdes ut till att svara på syftet. Inga avgränsningar gjordes utifrån land eller region då författarna önskade ett brett patientperspektiv kring upplevelser av faktorer som främjar eller hindrar rehabiliteringsmöjligheter oavsett härkomst. Dock upplevde författarna att de råder stora skillnader mellan olika länder, dess kulturer och sjukvårdssystem vilket kan ha påverkat resultatet. Initialt planerades studien endast att fokusera på särskilda råd givna från hälso- och sjukvården kring hur en hälsofrämjande förändring kan göras efter en hjärtinfarkt. Dock så hade många av de aktuella artiklarna ett fokus på hjärtrehabilitering så därför valdes även den form av rehabilitering att inkluderas inom begreppet egenvårdsråd.

Resultatdiskussion

Resultatet av denna studie visar att behov av stöd efter en hjärtinfarkt var viktigt både utifrån familj och/eller närstående samt hälso- och sjukvårdspersonal. Kristoffersson et al. (2007) beskriver i enlighet med resultatet betydelsen av att få stöttning från både familj, närstående, hälso- och sjukvården samt patienter med liknande upplevelser för känslan av att bli förstådd. Vidare var stödet från hälso- och sjukvården enligt föreliggande studie av stor vikt för att patienten skulle kunna förstå sin situation och utveckla redskap för att främja förändring även när motivationen sviktar. För att detta skulle vara genomförbart var det av vikt att få stöd från sjukvårdspersonal med relevant kompetens inom hjärtsjukvård i ett nära samarbete med sjuksköterskan. Sjuksköterskan behövde därför finnas där för sin patient, vara ett stöd mot att återfå hälsa och uppnå god livskvalitet. Vidare belystes vikten av att sjuksköterskan och patientens relation byggde på en ömsesidig respekt för varandra i ett nära samspel (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Detta stärks också av Kristofferzon et al. (2007) som uppmärksammat att stödet från sjuksköterskan inom hjärtsjukvården är angeläget för både män och kvinnor gällande flertalet komponenter. Dessa komponenter menade Kristofferzon et al. (2007) vara bland annat information om sin sjukdomsbild, psykologiska reaktioner, livsstilsförändring, begränsningar och egenvård. I överensstämmelse med föreliggande studie är alltså dessa komponenter vanligt förekommande under förändringen efter en hjärtinfarkt och därför angeläget för hälso- och sjukvårdspersonal att kunna bemöta på ett professionellt samt individualiserat tillvägagångssätt. Behovet av stöttning är en uppenbar faktor som har stort inflytande vid hälsofrämjande insatser som ska hjälpa patienter att göra en livsstilsförändring. Trots detta visar resultatet av föreliggande studie stora brister i stödet från framförallt hälso- och sjukvården. Läkare använder sig av ett medicinskt språk som kan vara svårt för patienten att förstå, informationen kring sjukdomen samt de nödvändiga livsstilsförändringarna som krävs efter en hjärtinfarkt ansågs som otillräcklig och vissa patienter uppgav att de överhuvudtaget inte blivit erbjudna rehab efter insjuknandet. Vad är det då som föranleder såpass stora brister i kommunikationen och vems ansvar är det att åtgärda problemet? Strömbäck et al. (2019) menar att svårigheterna kring att arbeta individualiserat med patienter inom ett rehabiliteringsprogram ofta är tidsrelaterat. Vikten av individanpassad information och stöd är tydlig men då tiden är knapp och behovet av stöttning är signifikant så resulterar det allt för ofta i för lite stöd än vad som önskas av vissa patienter. Vidare menar Strömbäck et al. (2019) att uppföljningen efter en hjärtinfarkt bör sträcka sig under en längre tid efter insjuknandet då ohälsosamma vanor ofta förvärras igen efter att kontakten med hälso- och sjukvården upphört. Detta också i likhet med föreliggande studies resultat. Därför bör en långtidsbehandling med hälso- och sjukvården ses över och uppmuntras för att kunna främja en bestående förändring. Vidare visade föreliggande studies bakgrund på möjligheten kring att uppnå hälsa trots sjukdom om rätt vård och behandling fanns tillgänglig för patienten vilket då ytterligare stärker vikten av individanpassad eftervård med tillgång till korrekt stöd från kompetenta sjuksköterskor.

Föreliggande studies resultat visade även på att det för många patienter var svårt att förstå informationen given av läkare eller annan sjukvårdspersonal. Detta styrks av Kristofferzon et al. (2007) som belyser vikten av att information bör ges skriftligt och muntligt samt att samma information ges flertalet gånger. Fortsättningsvis framkommer det att patienterna

ofta upplever informationen från sjuksköterskan som bättre än informationen given av läkare (Kristofferzon et al., 2007). Detta kan antas bero på grunder beskrivna i föreliggande studies resultat där patienterna upplever svårigheter med att förstå läkaren på grund av ett medicinskt språk vilket i sin tur orsakade att patienten inte kände sig hörd efter sitt läkarbesök. Sjuksköterskans ansvar är bland annat att göra patienten delaktig i sin egen vård och tillåta möjligheten för patienten att ta till sig information utifrån sina individuella förutsättningar (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Kunskapen om detta bör uppmärksammas av sjuksköterskor som därmed kan följa upp med patienten efter ett läkarbesök för att säkerställa att denne fått svar på sina frågor. Frågan är dock hur en sådan förändring kan göras rent praktiskt? Bårdsgjerde et al. (2020) exemplifierar förslagsvis checklistor kring vilken information som behöver ges innan patienten skrivs ut som förbättring inom informationsöverföring mellan patienter. En förbättring av informationsöverföringen mellan patient och sjukvårdspersonal är angeläget för att undvika att patienten drabbas av ett onödigt lidande då hälsa kan uppnås trots lidande om lidandet i sig är hanterbart. Som sjuksköterska blir därför en del av arbetsrollen att identifiera varje patients behov av information och se till att denna informationen ges utifrån patientens egna preferenser och förmåga att ta till sig information. Vidare beskriver Kristofferzon et al. (2007) att kunskapsbristen kring hur en livsstilsförändring kan gå till påverkar patienternas välmående negativt vilket också stämmer med det föreliggande studie fastställt. Strömbäck et al. (2019) menar att det gynnar patienten att ta till sig egenvårdsråd om patienten får information, feedback och uppföljning kring hur deras behandling fortlöper. För att stärka patientens möjlighet att ta till sig egenvårdsråd kan sjuksköterskan stötta patienten genom vägledning i en utvecklande miljö med fokus på patientens särskilda önskemål och förmåga.

Vidare visar resultatet av föreliggande studie på betydelsen av kunskap om vad hälsofrämjande förändringar har för betydelse för en livsstilsförändring. Oavsett om det som undersöktes var kost, vardaglig motion, rökstopp eller motivation så var önskan om kunskap kring de olika komponenterna återkommande. Detta stärks även av Kristofferzon et al. (2007) som menar att både kvinnor och män uppgav problem med att göra en livsstilsförändring på grund av okunskap kring hur en livsstilsförändring kan göras samt brist på motivation. Trots faktan som stödjer vikten av kunskap för en bestående förändring finns studier som visar att risken för återinsjuknande faktiskt inte minskar oavsett om kunskapsnivån hos patienten ökar. Doležel och Jarošová (2019) påvisar skillnaden mellan tillfrisknande och återinsjuknande relaterat till utvidgad kunskap om samtliga ovan nämnda komponenter där risken för att återinsjukna i hjärtinfarkt faktiskt inte minskar trots utvidgad kunskap om hälsofrämjande åtgärder. Däremot vet patienten mer om sitt tillstånd och vad som är bra och/eller dåligt för hen om patienten fått lära sig om sin sjukdom och hälsofrämjande åtgärder. Likaså hade denna kunskap positiva resultat för exempelvis blodtrycket (Doležel & Jarošová, 2019). Vad är det då som ska till under en förändring för att den ska bli bestående och hälsofrämjande? Relaterat till Doležel och Jarošová (2019) kan funderingar väckas kring vad som faktiskt gör nytta i längden. Det krävs stora resurser för uppföljning under en lång tid efter en hjärtinfarkt. Då återinsjuknandet inte minskar kan frågan ställas om det är försvarbart att lägga så pass mycket resurser på eftervården.

Konklusion

Denna studie visar att det finns flera viktiga faktorer för att en förändring ska bli bestående. Dessa faktorer var behovet av stöd, individanpassad information och motivation. Slutsatsen som därmed kan antas är att tydligheten och strukturen kring arbetet med patienter under eftervården bör tydliggöras och utformas i ett samarbete med patienter och närstående. Sjuksköterskan måste förbättra sin förmåga att överföra adekvat information till patienten på ett lättillgängligt språk och säkerställa att den information som ges uppfattas och behärskas av varje individ. Yttre faktorer som arbete och tillgänglighet till träningsfaciliteter kan påverka patientens förmåga för efterlevnad och dessa kan i sin tur inte sjuksköterskan påverka nämnvärt därför bör fokus för förändringen bygga på varje individs egna förmågor och resurser till förändring. Patienter som drabbats av hjärtinfarkt bör alltid erbjudas rehabilitering och/eller stödgrupper samt en kontaktperson som patienten kan kontakta vid funderingar och som patienten har tillgång till under en längre tid efter insjuknandet. Som sjuksköterska utformar vi arbetet och tillvägagångssätt utifrån olika begrepp vilket bland annat innebär att vår uppgift är att se patienten till sin livsvärld och hjälpa patienten att uppnå hälsa trots sjukdom. Som sjuksköterska är det vårt ansvar att säkerställa att var och en patient får ta del utav en vård som är utformad tillsammans med de och utifrån varje patients egna behov och önskemål.

Kliniska implikationer och förslag till utveckling av ämnet

Resultatet av denna studie kan ha betydelse för hur sjuksköterskor bör gå tillväga i eftervården med patienter som drabbats av en hjärtinfarkt för att undvika brister i följsamhet relaterat till kommunikations och informationsbrister i omvårdnaden. Genom kunskap och förståelse för patientens upplevelse av egenvård och livsstilsförändringar kan ett hälsofrämjande arbete säkerställas. Även närstående kan dra nytta av resultatet då resultatet även beskriver vikten av stöd från familj och/eller närstående. Med fördel så kan ett informationsmaterial utformas där delar av resultatet komprimeras till punkter som beskriver olika tillvägagångssätt kring den stöttande aspekten utifrån relation till patienten. Även olika typer av träning och lättförståelig information kring kost kan vara av hjälp, samt upprepade kurstillfällen under första året där dietister och tränare tillsammans med patienterna utvecklar goda förmågor kring hälsofrämjande åtgärder. Dock kan funderingar göras utifrån diskussionen kring nyttan av ett stort fokus på eftervården då det inte ger önskad påverkan på patientens risk för återinsjuknande. Fokus för ny forskning bör uppmärksamma ett förebyggande arbete istället för att förhindra den höga förekomsten av hjärtinfarkt. Ytterligare forskning kring nyttan av en god och följsam eftervård krävs dock för att kunna avgöra detta då det finns forskning som både fastställer egenvårdens nytta samt förkastar den.

REFERENSER

* Utmärker resultatartiklar

Condon, C. & McCarthy, G. (2005). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: patients perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(1), 37–44. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.ejcnurse.2005.06.005>

Doležel, J. & Jarošová, D. (2019). Educational process in patients after myocardial infarction. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 10(2), 1026–1034. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2019.10.0010>

*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), 32–41. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/j.1365-2702.2010.03636.x>

Ekebergh, M. (2016). *Människans hälsa och lidande*. I M. Ekebergh, (Red.), Teoretiska grunder för vårdande. (s. 27–60). Stockholm, Liber AB

Ericson, E. & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar* (uppl. 4:6). Studentlitteratur.

Friberg, F. (2017). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg, (Red.), *Dags för uppsats- Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 129–138). Studentlitteratur AB

Friberg, F. (2017). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg, (Red.), *Dags för uppsats- Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 141–151). Studentlitteratur AB

*Hagan, N.A., Botti, M.A. & Watts, R.J. (2007). Financial, family, and social factors impacting on cardiac rehabilitation attendance. *Heart & Lung*, 36(2), 105–113. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.hrtlng.2006.05.010>

Halldin, M. (2017) *Rehabilitering efter hjärtinfarkt*. Hämtad 19 februari, 2021, från <https://www.netdoktor.se/hjart-karlsjukdom/sjukdomar/rehabilitering-efter-hjartinfarkt/>

*Hanna, A., Yael, E -M., Hadassa, L., Iris, E., Eugenia, N., Lior, G., Carmit, S. & Liora, O. (2020). ``It's up to me with a little support'' – Adherence after myocardial infarction: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 101. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.ijnurstu.2019.103416>

Held, C. (2020). *Hjärtinfarkt med ST-höjning*. Hämtad 17 november, 2020, från <https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/geriatrik/hjartinfarkt-med-st-hojning-akut-stemi/>

Henricson, M & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson, (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (1: a uppl.). (s. 129–137). Studentlitteratur AB.

*Herber, O.R., Smith, K., White, M. & Jones, M.C. (2017). ‘Just not for me’ – contributing factors to nonattendance/noncompletion at phase III cardiac rehabilitation in acute coronary syndrome patients: a qualitative enquiry. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 3529–3542. doi: [10.1111/jocn.13722](https://doi.org/10.1111/jocn.13722) 3529

Högskolan i Skövde. (2017). *Ämnet omvårdnad - definition, beskrivning och progression*. Hämtad 18 november, 2020, från <https://map.his.se/PageFiles/3459/Omv%C3%A5rdnad%20-%20beskrivning%20och%20definition.pdf>

*Jackson, A.M., McKinstry, B., Gregory, S. & Amos, A. (2012). A qualitative study exploring why people do not participate in cardiac rehabilitation and coronary heart disease self-help groups, and their rehabilitation experience without these resources. *Primary Health Care Research & Development*, 13, 30–41 <https://doi.org/10.1017/S1463423611000284>

Junehag, L., Asplund, K., & Svedlund, M. (2014). Perceptions of illness, lifestyle and support after an acute myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), 289–296. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/scs.12058>

*Kangasniemi, M., Hirjaba, M., Kohonen, K., Vellone, E., Moilanen, T. & Pietilä, A. (2017). The cardiac patients’ perceptions of their responsibilities in adherence to care: a qualitative interview study. *Journal of Clinical Nursing* 26(17–18), 2583–2592. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/jocn.13642>

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), 391–401. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/j.1365-2702.2005.01518.x>

Kvalsund Bårdsgjerde, E., Landstad, B. J., Hole, T., Nylenna, M., Gjeilo, K.H. & Kvangarsnes, M. (2020). Nurses’ perceptions of patient participation in the myocardial infarction pathway. *Nursing Open*, 7(5), 1606–1615. <https://doi.org/10.1002/nop2.544>

*Kärner, A., Tingström, P., Abrandt-Dahlgren, M. & Bergdahl, B. (2005). Incentives for lifestyle changes in patients with coronary heart disease. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 261–275. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/j.1365-2648.2005.03467.x>

Landström, C & Priebe, G. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar- grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson, (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (1: a uppl.). (s.31–50). Studentlitteratur AB.

Magobe, N.B.D., Poggenpoel, M. & Myburgh, C. (2017). 'Experiences of patients with hypertension at primary health care in facilitating own lifestyle change of regular physical exercise', *Curationis* 40(1), a1679. <https://doi.org/10.4102/curationis.v40i1.1679>

*Mead H, Andres E, Ramos C, Siegel, B. & Regenstein M. (2010). Barriers to effective self-management in cardiac patients: the patient's experience. *Patient Education & Counseling*, 79(1), 69–76. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.pec.2009.08.003m>

Mentrup, S., Harris, E., Gomersall, T., Köpke, S., & Astin, F. (2020). Patients' Experiences of Cardiovascular Health Education and Risk Communication: A Qualitative Synthesis. *Qualitative Health Research*, 30(1), 88–104. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1177/1049732319887949>

Merleau-Ponty, M. (1999). *Kroppens fenomenologi (1: a uppl.)*. Daidalos.

Moore, L., Frost, J. & Britten, N. (2015). Context and complexity: the meaning of self-management for older adults with heart disease. *Sociology of Health & Illness*, 37(8), 1254–1269. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1111/1467-9566.12316>

Parini, P. (2019) *Hjärtinfarkt*. Hämtad 17 november, 2020, från <https://www.hjart-lungfonden.se/sjukdomar/hjartsjukdomar/hjartinfarkt/>

Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., Cooney, M.-T., Corrà, U., Cosyns, B., Deaton, C., Graham, I., Hall, M. S., Hobbs, F. D. R., Løchen, M.-L., Löllgen, H., Marques-Vidal, P., Perk, J., Prescott, E., Redon, J., ... Verschuren, W. M. M. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Atherosclerosis*, 252, 207–274. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.atherosclerosis.2016.05.037>

Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson, (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad (1: a uppl.)*. (s. 429–443). Studentlitteratur AB.

Segesten, K. (2017). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg, (Red.), *Dags för uppsats- Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 105–108). Studentlitteratur AB

Skär, L & Söderberg, S. (2016). Swedish nursing students' perceptions of the concept of health: A phenomenographic study. *Health education journal*, 75 (4), 385-395. <https://journals-sagepub-com.libraryproxy.his.se/doi/pdf/10.1177/0017896915591370>

Song R, & Lee H. (2001). Managing health habits for myocardial infarction (MI) patients. *International Journal of Nursing Studies*, 38(4), 375–380. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(00\)00117-6](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(00)00117-6)

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (u.å). *Bilaga 4, Definitioner*. <https://www.sbu.se/contentassets/b4df46fccfaf4e3f82307a31ab2388d8/bilaga-4-definitioner.pdf>

Strömbäck, U., Wälivaara, B.-M., Vikman, I., Lundblad, D., & Engström, Å. (2020). To be seen as a unique person after suffering a second myocardial infarction: Expressed needs of patients and descriptions of personnel. *Intensive & Critical Care Nursing*, 57. <https://doi-org.libraryproxy.his.se/10.1016/j.iccn.2019.102797>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Jämlik vård och hälsa*. Hämtad 18 november, 2020, från <https://swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623147d/1584003989617/j%C3%A4mlik%20v%C3%A5rd%20och%20h%C3%A4lsa.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 29 mars, 2021, från https://shh.pingpong.se/public/pp/public_courses/course67846/published/1537278216863/resourceId/46330408/content/UploadedResources/SSF%20kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017.pdf

Udo, C. (2020). *Personcentrerad vård*. Hämtad 29 mars, 2021, från <https://www.varhandboken.se/arbetssatt-och-ansvar/bemotande-i-var-d-och-omsorg/bemotande-i-var-d-och-omsorg-vardegrund/personcentrerad-var-d/>

Vetenskapsrådet. (2018, 10 december). *Etik i forskningen*. Hämtad 27 november, 2020, från <https://www.vr.se/uppdrag/etik/etik-i-forskningen.html>

WHO. (2020). *Cardiovascular diseases*. Hämtad 17 november, 2020, från <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cardiovascular-diseases/cardiovascular-diseases2>

Wigzell, O. (2018). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Stöd för styrning och ledning: Vetenskapligt underlag, bilaga* (Artikelnr 2018-6-28). Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-28-vetenskapligt-underlag.pdf>

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg, (Red.), *Dags för uppsats- Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 59–82). Studentlitteratur AB

Bilaga 1, kvalitativ innehållsanalys

I tabellen nedan presenteras meningsenheter, kondenserad meningsenhet, underkategori, kategori samt domän. Samtliga delar av kategorierna har formats utifrån de meningsbärande enheterna till kategorier och underkategorier, dessa presenteras sedan utifrån domäner. Analysen innehåller endast ett axplock av de meningsenheter som analyserades då den fullständiga analysen blev för stor för att bifoga.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Underkategori	Kategori	Domän
”Rädslan för en ny infarkt avtar med tiden vilket gör att dieten blir svår att hålla”	Rädslan avtar med tiden och man faller tillbaka i gamla vanor	Förnekelse	Känslomässiga begränsningar	Hindrande faktorer
“Det var förvånande att många av deltagarna hade liten eller ingen återkallelse av att de faktiskt fick kostråd från vårdpersonalen efter deras hjärtinfarkt”	Överraskande mindes många inte de råd hälso-sjukvården gett efter hjärtinfarkten	Otillräcklig information	Bristande information	Hindrande faktorer
”En deltagare kände att bristen på professionellt stöd mellan att delta i hjärtrehabilitering och träffa sjuksköterska på återbesök hade minskat hans förmåga att hålla motiverad”	En deltagare upplevde att r/t lite uppföljning mellan hjärtinfarkten och preventionsmötet resulterade i en bristande motivation	Motivationsbri st relaterat till avsaknaden av stöd	Bristande information	Hindrande faktorer
“Genom att få in livsstilsförändringar som en del av en rutin i livet kände vissa deltagare att deras tillstånd var	Kontroll över livet genom rutiner i vardagen	Förmåga att skapa en bestående förändring	Individanpassad eftervård	Främjande faktorer

under kontroll och att de levde ett normalt liv”				
”Deltagarna i denna studie talade ofta vikten av familjestöd för att ge mening i sina liv och motivationen att återhämta sig och göra det nödvändiga livsstilsförändringar”	Vikten av stöd från familjen för att uppleva motivation till att göra livsstilsförändringar	Stöd från familj och/eller närstående	Stöd	Främjande faktorer
”Ingen aning om hur dagliga aktiviteter behöver justeras i förhållande till sin sjukdom.. Hur man tillämpar egenvårdsråd i det dagliga livet”	Hur egenvårdsråd bör tillämpas i vardagen	Otillräcklig information	Bristande information	Hindrande faktorer
“Rädsla för att få ytterligare hjärtinfarkt eller dö”	Rädsla för döden	Psykosociala faktorer	Individanpassad eftervård	Främjande faktorer
”Vikten av att få stöd från jämlika och dela erfarenheter om deras gemensamma situation”	Stöd från jämlika att dela erfarenheter med	Stöd från jämlika	Stöd	Främjande faktorer

Bilaga 2, sökhistorik

Databas Datum	Sökord	Avgränsningar	Antal Träffar	Lästa titlar	Lästa Abstract	Valda Artiklar
Cinahl 21-01-20	selfcare, compliance*, patient attitudes, patient experience, patient perspective, heart attack, heart disease, myocardial infarction	2000–2021	115	115	26	3
Pubmed 21-01-28	myocardial infarction, patient perspective, compliance, cardiac rehabilitation	2000–2021	6	6	4	1
Cinahl 21-02-04	compliance, self care, selfcare* patient experience, patient attitudes, patient perception, patient perspective, heart attack, heart disease, myocardial infarction	2000–2021	200	200	31	3
Cinahl 21-02-05	myocardial infarction, heart attack, mi, acute coronary syndrome, patient perspective, patient experiences, perceptions, opinions, attitudes,	2000–2021	116	116	17	1

	views, cardiac rehabilitation					
--	----------------------------------	--	--	--	--	--

Bilaga 3, artikelgranskning

Författare Titel Tidskrift Årtal Artikel nr	Syfte, perspektiv	Metod	Resultat	Etiska övervägande
<p>Hanna, A., Yael, E.-M., Hadassa, L., Iris, E., Eugenia, N., Lior, G., Carmit, S., & Liora, O. "It's up to me with a little support" – Adherence after myocardial infarction: A qualitative study. International Journal of Nursing Studies (2020). nr 1</p>	<p>Studiens syfte är att få en uppfattning om hur patienter som överlevt en hjärtinfarkt upplever att det är att efterleva hälsoråden som ges efter en hjärtinfarkt.</p>	<p>Kvalitativ innehållsanalys med intervjuer uppbyggda av 44 öppna frågor. Deltagande i studien var 22 personer som alla överlevt en hjärtinfarkt.</p>	<p>Resultatet visar på två huvudteman vilka var inre faktorer och yttre faktorer som påverkar patientens upplevelse av att kunna de rekommendationerna om en hälsosam livsstil efter hjärtinfarkt. Huvudkategorierna följs av sex subkategorier.</p>	<p>Etiskt godkänd av helsingforsdeklarationen samt av en högskole baserad etisk kommitté.</p>
<p>Doyle, B., Fitzsimons, D., McKeown, P., & McAloon, T. Understanding dietary decision-making in patients</p>	<p>Denna studie syftade till att utforska problemen som påverkar patienters val av kost efter en hjärtinfarkt. Studien gjordes med patienter som närvarade vid ett program</p>	<p>En kvalitativ metodologisk intervjustudie med nio deltagare som intervjuades. Materialet spelades in, transkriberades och sammanställdes sedan utifrån</p>	<p>Sex teman som bidrog till patientens förmåga att fatta beslut identifierades. Två teman identifierades som främjande faktorer och hinderande faktorer.</p>	<p>Etiskt godkännande från den lokala forskningskommittén, universitetets forskningskommitté samt sjukhusets egna forskningskommitté.</p>

attending a secondary prevention clinic following myocardial infarction. Journal of clinical nursing (2012). nr 2	med fokus på förebyggande åtgärder för den som drabbats av hjärtinfarkt.	en tolkande metod.	Främjande faktorer var; rädsla, fastställande eller bestämdhet samt självkontroll. Hindrande faktorer var svårt att minnas information, behov av ytterligare stöttning samt brist på viljestyrka.	
Kärner, A., Tingström, P., Abrandt-Dahlgren, M., & Bergdahl, B. Incentives for lifestyle changes in patients with coronary heart disease. Journal of Advanced Nursing (2005). nr 5	Studien undersöker hur patienter i rehabiliteringsfasen efter kranskärslsjukdom upplever olika begränsande och underlättande faktorer relaterade till livsstilsförändringar som är viktiga för välbefinnandet och utfall.	Kvalitativ intervjustudie med 113 patienter. Intervjuerna utfördes sex veckor efter hjärtinfarkten, och följdes upp med intervju igen ett år senare.	Fyra huvudteman uppdagades/hittades och formades utifrån patienternas olika upplevelse av hindrande och främjande faktorer relaterade till att hantera livsstilsförändringar. Vilka var somatisk, social, kognitiv och känslomässig uppmuntran, utifrån dessa bildades ett antal subkategorier.	Etikkommittén för mänsklig forskning, Linköpings universitet har godkänt studien.
Kangasniemi, M., Hirjaba, M., Kohonen, K., Vellone, E., Moilanen,	Syftet med studien var att beskriva hjärtpatienters uppfattning om sitt eget ansvar gentemot	Individuella semistrukturerade ansikte mot ansikte intervjuer utfördes med 21	Resultatet visade att efterlevnad av vården är starkt relaterad till patientens autonomi,	Undersökningen utformades utifrån principerna i helsingforsdeklarationen och godkändes organisatoriskt från

<p>T., & Pietilä, A. The cardiac patients' perceptions of their responsibilities in adherence to care: a qualitative interview study. Journal of Clinical Nursing (2017). nr 6</p>	<p>efterlevnad av vården.</p>	<p>hjärtpatienter. Datan analyserades hermeneutiskt med en induktiv innehållsanalys.</p>	<p>ansvarstagande samt plikter.</p>	<p>företrädande personer i föreningen. Inget etiskt godkännande krävdes för denna typ av studie men deltagarna informerades om valfriheten att delta samt om deras rätt att dra sig ur närsomhelst under studiens gång.</p>
<p>Jackson, A.M., McKinstry, B., Gregory, S., & Amos, A. A qualitative study exploring why people do not participate in cardiac rehabilitation and coronary heart disease self-help groups, and their rehabilitation experience without these</p>	<p>Studiens syfte är att utifrån patientens perspektiv synliggöra varför de valde att inte delta i rehabilitering och stödgrupper efter hjärtinfarkt.</p>	<p>En kvalitativ intervjustudie genomfördes med 27 personer och 17 anhöriga som avstod från delta i någon typ av rehabilitering eller stödgrupper 6–14 månader efter hjärtinfarkt.</p>	<p>Resultatet presenterar tre kategorier; inget behov, inte värt det och inte möjligt, vilket framkom som orsaker till att personerna valde att inte delta i cardiac rehabilitering (CR) eller stödgrupp för personer som överlevt hjärtinfarkt (CHD).</p>	<p>Etiskt godkänd av NHS etiska kommitté.</p>

resources. Primary Health Care Research & Developme nt (2012). nr 10				
Hagan NA, Botti MA, & Watts RJ. Financial, family, and social factors impacting on cardiac rehabilitatio n attendance. HEART & LUNG (2007). nr 7	Syftet var att identifiera och utforska demografiska faktorer som påverkar människors beslut att delta i program för hjärtrehabiliteri ng.	Semistrukturer ade intervjuer med 10 deltagare i Australien genomfördes. Deltagarna hade nyligen haft en hjärtinfarkt och skulle delta i ett program för hjärtrehabiliter ing. Designen för studien var beskrivande- tolkande.	Den upplevda relevansen för att delta i hjärtrehabiliterin g visade sig vara starkt relaterad till människors liv, främst ekonomiska aspekter, familj- och social situation samt hur viktigt resultatet av hjärtrehabiliterin gen uppfattades vara i samband till kontexten.	Etiskt godkänd av Deakin universitetets etiska kommitté samt det deltagande sjukhusets etiska kommitté.
Mead H, Andres E, Ramos C, Siegel B, & Regenstein M. Barriers to effective self- managemen t in cardiac patients: The patient's experience (2010). nr 12	Artikeln syftar till att identifiera barriärer som förhindrar missgynnade patienters möjligheter att hantera och leva med kroniska sjukdomar såsom hjärtsvikt och hjärtattack.	Kvalitativ studiedesign med intervjuer i fokusgrupper. Sammanlagt deltog 387 patienter i studien.	Tre huvudteman identifierades som speglar 1.Barriärer som förhindrar patientens rätt till nödvändigt stöd, 2.Barriärer som förhindrar daglig övervakning av sjukdomen, 3.Stöd som möjliggör självhantering och förbättrar vården.	Den här studien och materialet som användes i rekrytering och datainsamling godkändes av George Washington University institutionens granskningsnämnd.

<p>Herber O R, Smith K, White M & Jones M C. 'Just not for me' – contributing factors to nonattendance/ noncompletion at phase III cardiac rehabilitation in acute coronary syndrome patients: a qualitative enquiry. Journal of Clinical Nursing (2017). nr 16</p>	<p>Syftet är att undersöka vilka skäl som ligger till grund hos de personer som väljer att inte delta i rehabprogram som erbjuds efter hjärtinfarkt, samt hur det i framtiden kan förbättra upptagningen av deltagare. Studien utgår från patientperspektivet.</p>	<p>Kvalitativ studie Inom ramen för en större studie med blandad metod rekryterades patienter med akut koronarsyndrom mellan 2012–2014 från tre sjukhus i Skottland. Av 214 patienter som samtyckte till att delta i huvudstudien rekryterades ett målmedvetet delprov på 25 deltagare. Semistrukturerade intervjuer genomfördes och analyserades med tematisk analys.</p>	<p>Tre huvudteman uppdagades i studien, vilka var personliga faktorer, programmets faktorer och praktiska faktorer vilka följdes av en rad underkategorier som alla belyser de faktorer som angetts av deltagarna i studien som orsaker till att inte delta i hjärtrehab.</p>	<p>Etiskt godkänd och granskad av east of scotland research ethics committee. Alla patienter informeras om att när som helst under studien kunde välja att inte längre delta.</p>
---	--	--	---	---

