

## **LIVET EFTER EN HJARTINFARKT**

- en studie om patienters upplevelser

## **LIFE AFTER A MYOCARDIAL INFARCTION**

- a study of patients experiences

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad

Grundnivå

15 Högskolepoäng

Vårtermin 2011

Författare: Emma Wahlgren

Sebastian Sporrang

## SAMMANFATTNING

Titel:	Livet efter en hjärtinfarkt – en studie om patienters upplevelser
Författare:	Sporrong, Sebastian; Wahlgren, Emma
Institution:	Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde
Program/kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, Om525G, 15 hp
Handledare:	Elovson, Anette
Examinator:	Hammarlund, Kina
Sidor:	23
Nyckelord:	Hjärtinfarkt, Upplevelse, Patient, Livskvalité

---

Hjärtinfarkt drabbar årligen ett stort antal människor och är den vanligaste dödsorsaken inom hjärt- och kärlsjukdomar. Att drabbas av en hjärtinfarkt innebär ofta ett plötsligt och oförberett insjuknande och påverkar stora delar av en människas liv. Kunskap kring sjukdomen har ökat de senaste åren men mer kunskap kring hur patienten upplever sjukdomen behövs. *Syftet* med denna studie är därför att beskriva patienters upplevelser tiden efter en hjärtinfarkt. *Metoden* är en litteraturbaserad studie med utgångspunkt i 10 kvalitativa artiklar. *Resultatet* sammanställs i fem teman: *Förändrad tillgång till livet, Att acceptera eller förneka sjukdomen, Att göra förändring i livsstilen, Betydelsen av stöd och information* och *Att få en andra chans*. Livet efter en hjärtinfarkt upplevs som förändrat och sättet att hantera sjukdomen är individuellt. Stöd anses som viktigt i återhämtningen men stödet från sjukvården ses stundtals som bristfällig. Somliga ser positivt på sin situation och upplever förändringar som resulterar i ett förbättrat liv. *Slutsatsen* är att tiden efter en hjärtinfarkt upplevs individuellt, därav bör vården anpassas till varje enskild individ. Stöd från sjukvården bör fokusera på att hjälpa drabbade hantera situationen livet ut.

## ABSTRACT

Title:	Life after a myocardial infarction – a study of patient's experiences
Author:	Sporrong, Sebastian; Wahlgren, Emma
Department:	School of Life Sciences, University of Skövde
Course:	Degree of Bachelor of Science in Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS
Supervisor:	Elovson, Anette
Examiner:	Hammarlund, Kina
Pages:	23
Keywords:	Myocardial Infarction, Experience, Patient, Quality of Life

---

A great number of people suffer yearly from myocardial infarction (MI) and it's the most common cause of death within cardiovascular disease. An MI often strikes suddenly and the patient is often unprepared, yet the diagnosis will interfere with the victim for the rest of their life. Knowledge about this illness has steadily increased but more has to be researched concerning the patients experience of their illness. *The aim* of this study is to describe patient experiences after an MI. *The research method* is a literature review, which consists of ten qualitative articles. *The result* is presented in five different themes: *A changed approach to life, To accept or deny your illness, To make change in your lifestyle, The importance of personal support and information* and *To get a second chance*. Most people experiences are different to each other and they cope with this change in different ways. Personal support is important but the support from medical society is often not optimal. Some people look at life in a positive way and find that their new way of life is rewarding, but others find their new situation to be scary and restrained. Thus patients experience recovery after an MI quite differently and our *conclusion* is that the support to patients should be individualized and often life-long.

# Innehållsförteckning

INLEDNING.....	1
BAKGRUND .....	1
Prevalens .....	1
Etiologi.....	1
Symtom och behandling.....	2
Rehabilitering/ stöd.....	2
Omvårdnad .....	3
Omvårdnad av patienter med hjärtinfarkt .....	3
Att leva med kronisk sjukdom.....	4
PROBLEMFÖRMULERING .....	4
SYFTE .....	4
METOD .....	5
Urval.....	5
Datainsamling .....	5
Dataanalys .....	7
ETISKA ÖVERVÄGANDE.....	7
RESULTAT .....	8
Förändrad tillgång till livet.....	8
Att acceptera eller förneka sjukdomen.....	10
Att göra förändring i livsstilen.....	11
Betydelsen av stöd och information.....	12
Att få en andra chans.....	13
Sammanfattning av resultat .....	14
DISKUSSION .....	15
Metoddiskussion .....	15
Resultatdiskussion .....	16
Konklusion .....	19
Kliniska implikationer.....	19
REFERENSER.....	20
BILAGA I - Checklista för kvalitativa artiklar	
BILAGA II - Översikt av litteratur	

# INLEDNING

Hjärtinfarkt drabbar årligen ett stort antal människor. Faktorer som att befolkningen blir allt äldre samt vårt välfärdsamhälle har bidragit till att sjukdomar som diabetes, högt blodtryck, och fetma blivit allt vanligare. Dessa sjukdomar ökar risken att drabbas av hjärtinfarkt. Det akuta omhändertagandet av patienter med hjärtinfarkt har gjort stora framsteg genom åren, vilket inte enbart bidragit till ökad överlevnad utan också en bättre livskvalitet (Vasko, 2007). Trots detta krävs mer forskning kring hur patienten upplever situationen och utifrån det kunna förbättra vården (Hjärt- och lungfonden, 2010a). Idag är hjärtinfarkt en av de vanligaste dödsorsakerna hos både män och kvinnor. Att drabbas av hjärtinfarkt innebär stora förändringar i en människas liv. Om sjuksköterskan får en ökad förståelse för hur patienterna upplever dessa förändringar skapas möjligheter för bättre vård.

# BAKGRUND

## Prevalens

Akut hjärtinfarkt drabbar årligen över 36 000 svenskar och är den vanligaste dödsorsaken inom hjärt- och kärlsjukdomar. Antal dödsfall orsakade av akut hjärtinfarkt har minskat under den senaste tioårsperioden. År 1997 dog cirka 14 000 personer i Sverige medan år 2008 dog 10 358 personer av akut hjärtinfarkt som underliggande eller bidragande dödsorsak. Av dessa var 4 592 kvinnor och 5 766 män (Hjärt- och Lungfonden, 2010b). Hjärtsjukdomar är vanligare hos män jämfört med kvinnor. Kvinnor beräknas insjukna cirka 10 år senare än männen (Vasko, 2007).

## Etiologi

Med stigande ålder och olika riskfaktorer utvecklas förträngningar i hjärtats kranskärl genom en inflammatorisk process i kärlväggen med avlagringar av fett, bindväv och kalk. I den förändrade kärlväggen kan det bildas sprickor med sårbildning. Sprickorna drar åt sig blodplättar och blodet leverar sig för att skydda erosionen. Det blodkoagel som bildas kan orsaka en blodpropp som, helt eller delvis, täpper till ett kärl. Detta kan leda till att blodet inte når hjärtmuskulaturen, som då drabbas av syrebrist. Om syrebristen består börjar muskelceller i hjärtat att skadas och en infarkt utvecklas. Beroende på vilka delar av hjärtat som drabbas och syrebristens längd avgörs hur allvarlig skadan i hjärtmuskulaturen blir. Då syrebristen gett bestående skador på hjärtmuskulaturen kallas det för en akut hjärtinfarkt (Socialstyrelsen, 2008).

Hjärtinfarkter är i många fall möjliga att förebygga. Riskfaktorer såsom högt blodtryck, förhöjda blodfetter, fetma, rökning och fysisk inaktivitet innebär en ökad risk att insjukna (Hjärt- och lungfonden, 2008). Hjärtinfarkt är således relaterat till livsstil men även ärftlighet och den psykosociala situationen inverkar (Vasko, 2007).

## Symtom och behandling

Symtombilden vid en hjärtinfarkt varierar mellan individer. Det klassiska symtomet vid hjärtinfarkt är bröstsmärta. Smärtan är ofta lokaliserad bakom bröstbenet och strålar ut i vänster arm. Andra symtom kan vara en tyngdkänsla i bröstet eller att smärtan går ut i hals, nacke, käkar och rygg. Det förekommer också upplevelser så som ångest och andningssvårigheter (Hjärt- och lungfonden, 2008).

Enligt Løvlien, Schei och Gjengedal (2006) upplever män i större utsträckning än kvinnor en typisk bröstsmärta med utstrålning i en eller bägge armarna. Kvinnor har ofta en mer varierad symtombild jämfört med män. De symtom som är mest dominerande hos kvinnor är trötthet och illamående (a.a.). Ett flertal studier visar att kvinnor, i förhållande till män, uppsöker vård senare. En av anledningarna till detta är att de inte relaterar sina symtom till hjärtproblem i samma utsträckning som män. Istället kopplar ofta kvinnor sina symtom till annat t.ex. influensa, stress, och ångest (Albarran, Clarke & Crawford, 2007; Fukuoka et al., 2007; Higginson, 2008; O'Keefe- McCarthy, 2008).

Hjärtinfarkt debuterar ofta snabbt och det akuta omhändertagande och behandlingen kan vara livsavgörande. Behandlingen påbörjas ofta redan innan personen anländer till sjukhuset, i ambulans eller på vårdcentralen. Under ambulanstransport till sjukhuset övervakas patienten med EKG och smärtbehandling påbörjas. Denna behandling är individuell och fastställs utifrån olika diagnostiska kriterier (Vasko, 2007). Prehospital trombolys är en vanlig behandlingsmetod som sjukvården kan ge redan i hemmet eller ambulansen. Denna behandling består av proppupplösande läkemedel som kan lösa upp den propp som täpper till kärlet (Socialstyrelsen, 2008). Målet med behandling av hjärtinfarkt är att så snabbt som möjligt öppna ett tilltäppt kärl så att hjärtmuskeln åter får syre. Det kan på sjukhus göras genom Perkutan Coronar Intervention (PCI). PCI är det mest effektiva sättet att begränsa eller lindra en hjärtinfarkt eftersom blodflödet direkt återställs i kranskärlet. Propplösande behandling är ett annat alternativ som används för att kranskärlet åter ska få blodflöde och kan ske både prehospitalt och hospitalt (a.a.). Vidare sker behandling med propphämmande eller kärlpåverkande läkemedel för att förhindra att kärlet åter täpps igen eller förträngs. Andra metoder kan vara att ge extra syrgas eller minska hjärtats behov av syre genom olika läkemedel (Socialstyrelsen, 2008; Vasko, 2007).

## Rehabilitering/ stöd

Hjärtinfarkt kan betraktas som en livsstilssjukdom, det vill säga att människors levnadssätt har betydelse för sjukdomens uppkomst och utveckling (Socialstyrelsen, 2008). Därför bör vården efter genomgången hjärtinfarkt inriktas på sekundärprevention, vilket syftar till att undvika ytterligare hjärtinfarkter. En stor del patienter lyckas inte uppnå sina mål som till exempel att sänka blodtrycket eller att sluta röka (Hjärt- och lungfonden, 2010b). Eftervården organiseras olika vid olika sjukhus och orter i Sverige men de drabbade kan bli erbjudna att delta i hjärtskola, stressprogram, kostprogram, rökavvänjningsprogram och fysiska aktivitetsprogram. Även medicinering erbjuds med syftet att sänka blodtrycket samt LDL- kolesterolet (a.a.). Behovet av information för patienten tiden efter en hjärtinfarkt är ofta stort. Information kan innefatta den fysiska förmågan, samt hur livet kan tänkas förändras för hjärtinfarktpatienten efter det akuta insjuknandet. Även behovet av stöd kan vara stort då livet för många av de drabbade förändras. Flertalet personer känner att livet inte längre är en självklarhet, och denna känsla av sårbarhet kan vara svår

att hantera (Socialstyrelsen, 2001). Enligt Hanssen, Nordrehaug och Hanestad (2005) innebär det ofta en känsla av ensamhet att komma hem från sjukhuset efter en hjärtinfarkt. Drabbade personer beskriver det som en svår period eftersom de inte har någon att rådfråga. Informationen som ges på sjukhus är inte alltid fullgod och inte heller anpassad till den unika individen. Information kring fysiska och psykiska konsekvenser har visats vara bristfällig. För att täcka patienternas informationsbehov är stöd och rehabilitering efter en hjärtinfarkt av stor betydelse (a.a.). Enligt Bagheri, Memarian och Alhani (2005) är program utformade för att förändra och förbättra patienters livsvanor, såsom rökavänjning och kostprogram, effektiva och ger tydliga resultat. En del patienter upplever dock inte att deras livskvalité förbättras av dessa program. Studien visar att gruppterapi ytterligare kan hjälpa patienter att förbättra livskvalitén. I gruppen kan patienternas svårigheter med sjukdomen i vardagslivet lyftas fram. Gruppterapi kan öka livskvalitén psykiskt, emotionellt och socialt (a.a.).

## **Omvårdnad**

Vårdvetenskapen utgår från att människan är en helhet av kropp, själ, psyke och ande (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud, Fagerberg, 2003). Människan har tillgång till världen genom sin kropp. Det är genom kroppen och våra sinnen vi hör, ser och känner och utifrån detta skapar vi oss en bild om av oss själva men också om den värld vi lever i (Wiklund, 2003). Förändringar i kroppen vid sjukdom medför ett nytt sätt att se på världen och sig själv. Som sjuksköterska är det viktigt att själv ha reflekterat kring dessa förändringar. Det handlar om att utveckla en förståelse hur en människa genom sin kropp kan reagera vid ohälsa och lidande. Denna förståelse skapar förutsättningar för att sjuksköterskan ska kunna möta patienten utifrån ett helhetsperspektiv (Dahlberg et al., 2003).

Det är ofta först då en människa drabbas av ett lidande, som människan reflekterar kring sin hälsa (Dahlberg et al., 2003). Kroppsfunktionen är vanligtvis något som människan inte reflekterar över vid välbefinnande. Det är först vid lidande en känsla av en förlorad förmåga eller förlorad tillgång till livet upplevs. Ibland förekommer det att personer som upplever lidande objektifierar lidandet till exempelvis smärta i ett visst organ eller en viss kroppsdel. Genom att objektifiera smärtan blir lidandet mer distanserat från kroppen och på så sätt skapas ett nytt sätt att förhålla sig till lidandet (Dahlberg et al., 2003; Wiklund, 2003). Lidande innebär generellt en känsla av att förlora kontrollen. Det är i vissa fall också förknippat med skuld känslor. Dessa upplevelser kan yttra sig genom att människan tystnar och blir mer sluten. En del personer upplever att det är svårt att prata om sitt lidande, vilket kan bero på att det är svårt att sätta ord på sina upplevelser (Wiklund, 2003). Ett sådant sjukdomslidande kan uppkomma till följd av en hjärtsjukdom. Lidandet kan innebära ett fysiskt lidande, som tryck över bröstet eller annan smärta, men också i form av att känna sig begränsad. Begränsningen kan innebära att man inte kan delta i vardagliga aktiviteter men även genom en känsla av otillfredsställelse i livet. Hjärtinfarkt kan skapa ett lidande och en smärta och bidra till att existentiella frågor väcks exempelvis kan tankar kring döden upplevas komma närmare och kännas verkligare (a.a.).

## **Omvårdnad av patienter med hjärtinfarkt**

En hjärtinfarkt påverkar stora delar av människans liv. Det är vanligt att den drabbade omvärderar sitt liv och sin livsstil, vilket kan innebära ett nytt sätt att se på sin livssituation. Under de första veckorna efter infarkten är vanliga reaktioner oro,

nedstämdhet och depression (Hjärt- lungfonden, 2010c). Andra psykiska besvär så som posttraumatiskt stressyndrom och ångest kan förekomma (Chung, Berger, Jones & Rudd, 2008). Patienter som drabbas av depression till följd av hjärtinfarkt har en ökad dödlighet samt en ökad risk för återinsjuknande (Thornton, 2001). Studier visar att 15 procent - 20 procent av patienter som haft en akut hjärtinfarkt drabbas av depression. Beroende på svårighetsgraden av depressionen påverkas risken för dödlighet eller återinsjuknande, men oavsett svårighetsgrad så ökar risken för komplikationer signifikant jämfört med patienter som inte drabbats av depression (Bush et al., 2001).

## **Att leva med kronisk sjukdom**

Enligt Wiles och Kinmonth (2001) kan drabbade se hjärtinfarkten på olika sätt, som en akut händelse eller som ett kroniskt tillstånd med bestående funktionsnedsättning. Det har visat sig att människor som drabbas av en kronisk sjukdom, oberoende av vilken sjukdom, har mycket gemensamt. Enligt Strauss et al. (1984, refererad i Jahren Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005) innebär en kronisk sjukdom en varaktig sjukdom, ofta med ovisst sjukdomsförlopp och har inverkan på människans livsvärld. Curtin och Lublin (1990, refererad i Jahren Kristoffersen, et al., 2005) beskriver hur en kronisk sjukdom inte sällan går ut över det sociala livet i form av isolering och frustration. Ofta upplever både den drabbade själv men också familjen att sjukdomen i sig inte är så påfrestande utan svårast är de sjukdomsrelaterade begränsningar som kommer till följd av sjukdomen (a.a.).

Tidigare forskning beskriver att det finns individuella skillnader vad gäller att hantera och anpassa sig till den kroniska sjukdomen. För den drabbade och familjen är det viktigt med hjälp och stöd från vårdpersonal. Det handlar om att stötta i den förändring som kan behövas göras. Det kan vara viktigt att förändringarna blir så små som möjligt, detta för att personen ska kunna leva ett så vanligt liv som möjligt. Vid en kronisk sjukdom är det av betydelse att få stöttning då känslomässiga reaktioner uppkommer. Vidare är det också av stor betydelse att personen får känna kontroll över sin situation och delaktig i sin behandling (Jahren Kristoffersen et al., 2005).

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Hjärtinfarkt hör till en av de vanligaste sjukdomarna i Sverige. I takt med att forskningen gått framåt har antal överlevande efter en hjärtinfarkt det senaste decenniet ökat. Detta innebär att sjuksköterskan ofta kommer i kontakt med patienter som upplevt en hjärtinfarkt, oberoende av i vilken specialitet hon/han arbetar inom. Att drabbas av en hjärtinfarkt innebär ofta stora förändringar i människans liv. För att kunna ge en vård som utgår ifrån ett patientperspektiv är det av stor betydelse att förstå dessa patienters upplevelser. Genom denna förståelse skapas förutsättningar för sjuksköterskan att kunna ge en individanpassad vård som tar hänsyn till patientens specifika behov och livssituation.

## **SYFTE**

Syftet är att beskriva patienters upplevelser av tiden efter en hjärtinfarkt.



## METOD

Detta är en litteraturbaserad studie som utgår från Friberg (2006), kapitel ”Att göra en litteraturöversikt”. Denna metod innebär att skapa en överblick över det aktuella kunskapsläget genom att sammanställa redan befintlig forskning. Då flera artiklar sammanställs ges en bredare kunskap kring problemområdet. Kvalitativa artiklar har sammanställts då de fokuserar på upplevelser (a.a.).

### Urval

Inklusionskriterier har varit att artiklarna är vetenskapligt granskade, ”peer reviewed”, samt att fokus på artiklarna ska ha varit på både män och kvinnor. Ett krav har också varit att artiklarna ska ha varit kvalitativa, eftersom det på bästa sätt svarar på studiens syfte och problemområde. Den inledande litteratursökningen visade att det fanns mycket forskning kring det valda området, därav valde författarna att studien skulle presentera så aktuell forskning som möjligt. Artiklar äldre än år 2000 har exkluderats. Artiklar som inte var skrivna på engelska valdes bort. Artiklar skrivna ur sjuksköterskans perspektiv har valts att exkluderas då studien fokuserats på ett patientperspektiv utifrån drabbade personer. Artiklar som fokuserat på enbart kvinnor eller män har också valts bort då denna studies fokus är på både kvinnor och män.

### Datainsamling

Ett helikopterperspektiv användes, vilket innebar att en helhet kring området skapades, för att klargöra vad tidigare forskning fokuserat på. Helikopterperspektivet visade också om det fanns litteratur som var relevant till denna studies syfte (Friberg, 2006). Valet av artiklarna gjordes utifrån hur väl de svarade på denna studies problemområde och syfte. Litteraturinsamling har skett genom sökningar på databaserna CINAHL och MEDLINE. Sökord som användes var myocardial infarction, experience, men, women och patient. Sökorden utökades med quality of life, post, suffer, rehabilitation och qualitative. Sökorden kombinerades i olika formationer för att finna lämpliga artiklar. För att få en bredare sökning användes trunkeringar. Orden AND, OR och NOT har enligt boolesk söklogik använts (Östlundh, 2006). Figur I visar använd databas, vilka sökord, antal träffar, antal lästa artiklar samt antal valda artiklar. Under sökprocessen lästes sammanfattningen av intressanta artiklar igenom. Relevanta artiklar lästes i fulltext antingen via olika databaser eller via bibliotekets tidskrifter vid högskolan i Skövde. En artikel har beställts genom högskolan i Skövdes bibliotek. En manuell sökning gjordes utifrån Östlundh (2006) beskrivning kring denna sökmetod. Att söka manuellt kan innebära att leta i böcker, tidskriftsartiklar eller annat material för att på så sätt få ytterligare tips, idéer och referenser (a.a.). Den manuella sökningen i denna studie har skett genom att författarna uppmärksammat en titel från en annan artikels referenslista. Artikel som valdes ut hittades via sökning i tidskriften *Scandinavian Journal Caring Science*, genom bibliotekets online library vid högskolan i Skövde. Se vidare bilaga II, artikel nummer 9.

**Figur I.** Översikt av sökprocess

Databas	Sökord	Antal träffar	Antal valda artiklar	Antal använda artiklar	Använda artiklar
Cinahl	myocardial infarction AND experience* AND men AND women AND sb peer*	96	5	2	Managing consequences and finding hope-experiences of Swedish women and men 4-6 months after myocardial infarction  Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction
Cinahl	life after AND myocardial infar* AND sb peer*	62	4	1	Health- related quality of life after a myocardial infarction: an interview study
Cinahl	myocardial infar* AND (men and women) AND experienc* AND qualitative AND sb peer	23	2	1	Readjustment 5 months after a first- time myocardial infarction: reorienting the active self
Cinahl	suffer* AND patient* AND myocardial infar* AND experienc* AND sb peer*	35	2	1	Adaption positions and behavior among post-myocardial infarction patients
Medline	quality of life AND myocardial infar* AND experience* AND patient*	114	3	3	The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction  Lifestyle changes following a myocardial infarction: Patients perspective  Access to the World After Myocardial Infarction: Experiences of the recovery process
Cinahl	myocardial infarction AND rehab* AND experienc* AND patients AND sb peer*	72	1	1	Exploring the meaning of recovery following myocardial infarction
Online library Högskolan i Skövde	Manuell sökning				'Grasp life again'. A qualitative study of the motive power in myocardial infarctions patients.

## **Dataanalys**

Datainsamlingen resulterade i 10 kvalitativa artiklar, se bilaga II. Valda artiklar granskades genom en granskningsmall ”Checklista för kvalitativa artiklar” utifrån Forsberg och Wengström (2008), se bilaga I. Data har analyserats enligt Friberg (2006), vilket innebar att artiklarna först lästes igenom upprepade gånger i sin helhet, på så sätt skapades en överblick kring innehållet. Artiklarna lästes igenom enskilt och små stödord och korta sammanfattningar antecknades för varje artikel. Valet att läsa igenom enskilt gjordes för att en större förståelse av texten skulle kunna nås. I den andra fasen bröts texten ner i delar och bearbetades. Härvid studerades artiklarnas resultat ingående och likheter och skillnader uppmärksammades. Även detta gjordes först enskilt för att sedan gemensamt gå igenom materialet och enas om vilka delar som ansågs väsentliga. Slutligen, i den sista fasen, lästes texten återigen igenom i sin helhet. Detta innebar att de olika delarna åter sattes samman och ett nytt sammanhang bildades (Friberg, 2006). Väsentliga delar av texten antecknades och lades in under rubriker. När samtliga artiklar hade analyserats fokuserade författarna på att slå ihop rubriker med liknande innehåll under en gemensam rubrik. Detta resulterade slutligen i fem teman som författarna ansåg väsentliga för analyserat material.

## **ETISKA ÖVERVÄGANDE**

Denna litteraturöversikt har tagit hänsyn till etiska aspekter som att inte plagiera, förvanska eller förvränga text. Åsikter som skiljer sig från våra egna har inte medvetet förminskats eller förvrängts. Författarna har inte avsiktligt tagit åt sig äran för andra författares resultat (Booth, Colomb & Williams, 2004). Det är av stor betydelse att undersöka om det skett något etiskt resonemang i de granskade artiklarna (Friberg, 2006). Alla artiklar i denna studie har blivit granskade och godkända av en etisk kommitté. Detta styrker att forskningen gått rätt till samt att försökspersonernas konfidentialitet och integritet skyddats. Även fast artiklarna är etiskt godkända ligger det huvudsakliga ansvaret på författarna av denna studie (Vetenskapsrådet, 2002).

## RESULTAT

Bearbetning och analysering av de 10 valda artiklarna resulterade i fem teman. Dessa är *Förändrad tillgång till livet*, *Att acceptera eller förneka sjukdomen*, *Att göra förändring i livsstilen*, *Betydelsen av stöd och information* och *Att få en andra chans*.

**Figur II.** Översikt av teman och använda artiklar.

Artikel titel	Tema				
	Förändrad tillgång till livet	Att acceptera eller förneka sjukdomen	Att göra förändring i livsstilen	Betydelsen av stöd och information	Att få en andra chans
Exploring the meaning of recovery following a myocardial infarction	X				X
Health- related quality of life after a myocardial infarction: a interview study	X		X	X	
The illness experiences of patients after a first-time myocardial infarction	X	X	X	X	
Readjustment 5 months after a first-time myocardial infarction: reorientation the active self	X	X	X		
Managing consequences and finding hope- experiences of Swedish women and men 4-6 months after myocardial infarction	X		X	X	X
Access to the World After Myocardial Infarction: Experiences of the Recovery Process	X	X		X	X
Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction	X	X	X	X	X
Lifestyle changes following a acute myocardial infarction: Patients perspective			X	X	X
‘Grasp life again’. A qualitative study of the motive power in myocardial infarction patient	X	X	X	X	X
Adaption positions and behavior among post-myocardial infarction patients		X			

### Förändrad tillgång till livet

En hjärtinfarkt innebär ofta stora förändringar i en människas liv. Förändringar upplevs i personligheten, känslomässigt, kroppsligt och i livsstilen (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2007; Tod, 2008). Ett flertal personer uttrycker en känsla av osäkerhet och av att vara begränsad i sin kropp. Faktorer som orsakar osäkerhet kan vara rädslan över att

drabbas av en ny hjärtinfarkt, rädsla för döden och brist på kunskap om sjukdomen (Bergman & Berterö, 2003; Roebuck, Furze & Thompson, 2001; Tod, 2008).

*It's at the back of your mind all the time. When you go out, are you going to come back home again?... I think if I'm going to lift that up I'm going to have another heart attack or something like that.* (Tod, 2008. s. 39).

Enligt Bergman och Berterö (2003) upplevs osäkerhet på grund av att man ser framtiden som oviss. Osäkerheten stärks ofta då funderingar uppkommer kring möjligheter att kunna återgå till arbete och förmågan till att kunna utföra olika aktiviteter (a.a.). Att vara begränsad i sin kropp grundar sig ofta i känslan att inte längre våga lita på sin kropp, att tappa förtroende till kroppen. En del beskriver hur det känner sig upptagna med att kontrollera sin kropp och kroppens beteende. En del beskriver att det hela tiden uppmärksammar små symtom och förknippar dessa med hjärtinfarkt. Personer som upplevt hjärtinfarkt utan förvarning eller utan klassiska symtom kan känna sig än mer begränsade då de är extra vaksamma och överhuvudtaget inte vågar anstränga sig fysiskt (Tod, 2008).

En hjärtinfarkt bidrar ofta till en rad känslomässiga reaktioner. Vanligt förekommande är känslor såsom rädsla, irritation, ilska, nedstämdhet samt känslan av att lätt falla i gråt (Bergman & Berterö, 2003; Brink, Karlson & Hallberg, 2006; Hildingh, Fridlund & Lidell, 2006; Kristofferzon et al., 2007; Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2008; Roebuck et al., 2001). Känslan av rädsla är ofta förknippat till oron att återigen drabbas av en hjärtinfarkt (Bergman & Berterö, 2003; Hildingh et al., 2006; Jensen & Petersson, 2003; Kristofferzon et al., 2008). Dessa känslomässiga symtom påverkar personernas omgivning, familj och vänner (Jensen & Petersson, 2003; Roebuck et al., 2001; Tod, 2008). Vissa rapporterar hur de har ett dåligt temperament mot sin partner, de känner sig mindre toleranta jämfört med tidigare (Roebuck et al., 2001). Känslorna kan också påverka livet genom minskad energi till dagliga aktiviteter (Jensen & Petersson, 2003; Kristofferzon et al., 2008). Symtomen kan bidra till känslan av värdelöshet, vilket ofta resulterar i en försämrad livskvalité (Hildingh et al., 2006).

Tiden direkt efter sjukhusvistelsen uttrycker vissa är den absolut värsta tiden (Jensen & Petersson, 2003). Det är en tid som präglas av behov och stöd. En del känner skuldskänslor och klandrar sig själv för hjärtinfarkten. Vissa upplever en ilska över sig själv för att de under flera år sett förbi sina egna behov. De beskriver att de ser på sig som själviska och att de tagit för stor plats (Kristofferzon et al., 2008). En känsla av att vara inburad i sjukdomen, vilket kan innebära ett konstant kontrollerande vilket resulterar i en känslomässig konflikt av irritation och ilska (Jensen & Petersson, 2003). Hos många minskar oron med tiden medan vissa får kämpa med den en längre tid. Oron skapar begränsningar och vissa beskriver begränsningarna genom att inte våga göra fysiska ansträngningar eller att inte våga resa för långt bort från ett sjukhus (Kristofferzon et al., 2008). Att sova upplever en del som skrämmande på grund av ovissheten om att något hemskt skulle kunna hända. En del upplever ett obehag att vara själv eller att gå utanför hemmet (Hildingh et al., 2006).

Tiden efter en hjärtinfarkt innebär för många fysiska begränsningar på grund av symtom så som trötthet, andfåddhet och bröstsmärtor (Brink et al., 2006; Kristofferzon et al., 2008; Roebuck et al., 2001). Dessa symtom anses i många fall ha en negativ inverkan på livskvalitén. Andfåddhet kan upplevas som det mest påfrestande symtomet då det kan

förknippas med en känsla av att drunkna, en rädsla för att dö, samtidigt som det ofta påverkar sömnen (Roebuck et al., 2001). Enligt Brink et al. (2006) beskriver många tröttheten som det mest besvärande symtom tiden efter. Tröttheten upplevs som en del i det dagliga livet och det är svårt att föreställa sig en dag utan paus eller vila (Roebuck et al., 2001). Bröstsmärtan uttrycktes ha en relativ liten inverkan på livskvalitén, dock skapade smärtan en oro om en ny eventuell hjärtinfarkt (a.a.). Ovan nämnda begränsningar upplevs efter några månader minska i intensitet alternativt att personerna lär sig att leva med begränsningarna (Kristofferzon et al., 2008). Känslan av att vara fysisk begränsad förstärks för många av att det inte finns några konkreta riktlinjer. Personer beskriver hur det hade velat ha en lista på vad de kan göra samt vad de inte bör göra för att undvika hjärtinfarkt, exempelvis hur mycket fysisk träning kroppen klarar och inte. Samtidigt är personerna medvetna om att sådana riktlinjer skulle vara en omöjlighet att utforma (Bergman & Berterö, 2003). En del personer som behandlas med revaskulering upplever inte de fysiska symtomen tiden efter, snarare tvärt om. De beskriver hur de upplever stora förbättringar, ett nytt liv utan smärta och utan kramper i bröstet (Kristofferzon et al., 2008).

### **Att acceptera eller förneka sjukdomen**

Tiden efter en hjärtinfarkt kan hanteras på olika sätt (Brink, 2009; Brink et al., 2006; Hildingh et al., 2006). Drabbade försöker hantera situationen genom att förhandla med sig själva, förlita sig på sina egna förmågor, ändra attityder och beteenden samt fatta egna beslut vid hantering av dagliga problem (Kristofferzon, 2007). Enligt Brink (2009) kan de drabbade acceptera eller undvika sjukdomen. De som accepterar sjukdomstillståndet är medvetna om orsaker till hjärtinfarkten och de vill ta reda på så mycket som möjligt för att kunna skaffa sig ett mer hälsosamt liv. De gör ansträngningar för att få kontroll och gör aktiva val inom deras förmåga för att påverka deras hälsoproblem (a.a.). Enligt Bergman och Berterö (2003) innebär medvetenhet om sjukdomen att patienten får en djupare insikt i livet och livsglädjen kan stärkas (a.a.). Självbilden påverkas och de flesta utvecklar nya sätt att se på livet (Hildingh et al., 2006). Vid undvikande av sjukdomen ignoreras konsekvenserna och det blir en kamp mot sjukdomen. Genom att undvika konsekvenserna behöver inte den egna självuppfattningen utmanas utan de kämpade då istället för att kunna behålla samma kapacitet som innan hjärtinfarkten (Brink, 2009).

*I do things just like normal. There's no difference. I'll be damned if that heart attack is going to take away my self-confidence... I'm just like I've always been.* (Brink, 2009. s. 130.)

Enligt Brink et al. (2006) kan hjärtinfarkten uppfattas som en akut händelse eller som ett symtom av en kronisk sjukdom. De som ser sin hjärtinfarkt som en akut händelse bagatelliserar konsekvenserna som ett sätt att hantera situationen. Känslor av ångest och osäkerhet är lättare att hantera och de vill fortsätta med sitt liv på samma sätt som tiden innan sjukdomen (a.a.).

Brink (2009) menar att en stark egenvilja och en acceptans till sjukdomen ger styrka och möjligheter till att finna nya tankesätt för att hantera konsekvenserna. Andra upplever sjukdomen som en fiende som måste bekämpas för att på så sätt kunna få en känsla av kontroll. Några upplever att då deras funktionsnedsättning påverkar dagliga aktiviteter negativt är det lönlöst att fortsätta kämpa och ger upp. Det finns olika beteenden för att hantera konsekvenserna av sjukdomen. Genom att ha ett självförändrande beteende accepteras sjukdomskonsekvenserna och ansvar tas för nödvändiga förändringar. Har de

drabbade istället ett självskyddande beteende undviks sjukdomskonsekvenserna och målen som sätts upp är för att förbättra prestationsförmågan istället för deras självbild (a.a.).

De drabbade kan uppleva livet som något ömtåligt och ser det inte längre som något självklart. Det är inte någon annan som kommer ta ansvar för hur situationen ska utvecklas och inser att det är de själva som måste greppa livet här och nu (Bergman & Beterö, 2003). Jensen och Petersson (2003) menar att genom att ha en positiv livssyn resulterar sjukdomserfarenheten till uppmuntran och kan på så sätt minska oron från sjukdomen. Drabbade använder tillgångar som vilja och beslutsamhet, humor och förmåga att lösa problem för att hantera konsekvenserna (a.a.). Viljan att få uppleva och leva livet tillsammans med anhöriga tvingar dem att göra aktiva beslut för att undvika eller åtminstone skjuta upp ett återfall (Bergman & Berterö, 2003). Enligt Brink et al. (2006) är motivationen till att fortsätta med aktiviteter i vardagslivet stark hos deltagarna. En del föredrar att fortsätta med aktiviteter, som innan hjärtinfarkten, medan andra förändrar och modifierar aktiviteterna (a.a.).

### **Att göra förändring i livsstilen**

De flesta patienterna inser att negativa livsstilsfaktorer är en bidragande orsak till att drabbas av hjärtinfarkt (Condon & McCarthy, 2006). Vissa anser dock att orsaken till hjärtinfarkt är av genetiskt påbrå (Jensen & Petersson, 2003). Efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt är de flesta beredda att göra förändringar i sin livsstil (Bergman & Berterö, 2003; Brink et al., 2006; Jensen & Petersson, 2003; Kristofferzon et al., 2007; Kristofferzon et al., 2008; Condon & McCarthy, 2006). Flera anser att genom att överleva en hjärtinfarkt ges en stark motivation till att göra nödvändiga förändringar (Bergman & Berterö, 2003; Condon & McCarthy, 2006; Roebuck et al., 2001). Somliga har motivation att göra nödvändiga förändringar men menar att det är svårare än väntat att utföra dessa (Kristofferzon et al., 2008).

*I am off cigarettes, I haven't smoked cigarettes since this happened and I don't intend to... But it is very hard (pause) very hard (pause).* (Condon & McCarthy, 2006. s. 40).

Några förklarar att de vill sluta röka men att längtan av att röka är så stark att de upplever obalans vilket leder till minskat välbefinnande. Somliga röker fortfarande men är säkra på att de kommer sluta inom en snar framtid (Kristofferzon et al., 2008). Andra upplever att råd om livsstilsförändringar kan ge ångest- och stressladdade känslor då det ständigt måste hålla koll exempelvis på vad de äter (Roebuck et al., 2001). Stress och rökning är de livsstilsfaktorer som anses vara de viktigaste att förändra (Condon & McCarthy, 2006; Kristofferzon et al., 2008). En del personer upplever svårigheter med att göra livsstilsförändringar då de anser sig vara beroende av stöd från familjemedlemmar. Även brist på kunskap gällande utövandet av livsstilsförändringar rent praktiskt påverkar dem negativt. En del förklarar att de har låg motivation eller en stark längtan till något, exempelvis tobak, vilket påverkar deras välbefinnande negativt (Kristofferzon et al., 2007). Condon och McCarthy (2006) menar att personer som försöker göra förändringar efter en hjärtattack försöker göra för många förändringar på en gång, vilket är orealistiskt långsiktigt (a.a.). För att förändra livsstilen krävs ett stort stöd från människor i omgivningen. Det krävs också en egen styrka och ett stort tålamod. Förändringar som görs efter en hjärtinfarkt ska vara livslånga (Bergman & Berterö, 2003).

## Betydelsen av stöd och information

Att få stöd av sociala och professionella nätverk tiden efter en hjärtinfarkt upplevs som en viktig aspekt för att kunna bearbeta situationen och återhämtningen (Bergman & Berterö, 2003; Condon & McCarthy, 2006; Jensen & Petersson, 2003; Kristofferzon et al., 2007; Kristofferzon et al., 2008; Roebuck et al., 2001). Det sociala nätverket innefattar exempelvis partner, familj, släktingar, vänner och arbetskollegor. I det sociala nätverket anses partnern vara den som ger mest stöd (Jensen & Petersson, 2003; Kristofferzon et al., 2007). Stödet från det sociala nätverket kan upplevas som både positivt och negativt. Personer kan uppleva trygghet, ömhet och praktiskt stöd från deras partners medan vissa anser att de inte får något stöd (Kristofferzon et al., 2008). En del beskriver att deras sociala nätverk ger en stor uppmuntran och bidrar med trygghet. De beskriver sina partners som känsllosamma och bra lyssnare (Kristofferzon et al., 2007). Det är vanligt att personer i det sociala nätverket blir så måna att hjälpa till att det resulterar i ett överbeskyddande av den drabbade (Bergman & Berterö, 2003; Condon & McCarthy, 2006; Kristofferzon et al., 2007; Roebuck et al., 2001). Känslan av att bli överbeskyddad resulterar i att personliga relationer blir mer ansträngda och kan leda till frustration och spänningar (Condon & McCarthy, 2006; Roebuck et al., 2003).

*I find that when they (family) are over protective it is very frustrating because I have always been active (long pause), the first day I came out of the hospital they were after blowing the washing machine over there and they didn't even want me to open the plug you know'' can you believe that. (Condon & McCarthy, 2006. s. 41).*

Då familjemedlemmar känner sig osäkra och otrygga i situationen yttrar detta sig i att konstant observera den drabbade personen. Många beskriver denna känsla av överbeskyddande som överväldigande och svarade på detta genom att agera upproriskt, vilket ytterligare bidrar med frustration och spänning (Condon & McCarthy, 2006). Enligt Kristofferzon et al. (2007) upplever vissa drabbade att kraven från andra var det största problemet i personliga relationer. Även kommunikationsproblem i äktenskap kan upplevas och kan då provocera fram symtom (a.a.). Det är viktigt för personer drabbade av hjärtinfarkt att känna att deras familjer finns där för dem. Genom att veta att en annan människa älskar dem och tar hand om dem när de är sjuka kan känslor av att vara vid liv samt vara delaktig i livet uppkomma (Bergman & Berterö, 2003). Enligt Hildingh et al. (2006) kan brist på bekräftelse från anhöriga upplevas, känslan av att de anhöriga inte förstår deras skörhet och svaghet (a.a.).

Stödet från det professionella nätverket anses viktigt för att få kunskap och känna trygghet (Bergman & Berterö, 2003; Condon & McCarthy, 2006; Jensen & Petersson, 2003; Kristofferzon et al., 2008). Jensen och Petersson (2003) menar att genom att få information gällande bland annat varför de fick en hjärtinfarkt, olika dietförändringar och motionsråd ger en känsla av stöd. Personer uttrycker att information som gavs var bristfällig och de önskar få mer information efter utskrivningen från sjukhuset (a.a.). Många upplever att informationen som ges av sjukvården inte är tillräcklig, eller att den är irrelevant och inte anpassad till patientens situation. De upplever att vårdgivaren är stressad och okänslig och uttrycker brist på kontinuitet (Kristofferzon et al., 2007). Många uttrycker missnöje med information som ges då de upplever att vårdgivaren stressade igenom informationen. De drabbade kände sig isolerade och oroliga för deras framtida välbefinnande vilket resulterade i känslor av ökad ångest (Roebuck et al., 2001). Enligt Kristofferzon et al. (2008) önskar drabbade ha mer information angående symtom, känslor, behandlingar och hjärtrehabilitering. Bergman och Berterö (2003) menar att genom att få kunskap från en



professionell vårdgivare skapas känslor av trygghet. De drabbade upplever att attityden från vårdgivaren till patienten är en viktig aspekt. Då vårdgivaren är intresserad och förmedlar en stor kunskap bidrar det med känslor av trygghet för den drabbade, uppfattas istället vårdgivaren som ointresserad skapas känslor av ångest och osäkerhet hos den drabbade (a.a.). Enligt Clark (2003) anses det viktigt att informationen blir repeterad både muntligt och skriftligt. Vissa upplever att de får bra information och stöd från vårdgivarna, främst sjuksköterskor. Information som är av intresse för de drabbade är gällande symtom, vanliga psykiska reaktioner, livsstilsförändringar samt hur begränsningar och egenvårdsaktiviteter hanteras (a.a.). Vissa personer uttrycker att sjuksköterskan var lättillgänglig då de var i behov av ytterligare information och stöd. Informationen från sjuksköterskan upplevdes lättförståeligt och hanterbar (Hildingh et al., 2006).

## Att få en andra chans

Flera studier styrker hur personer upplever positiva konsekvenser av hjärtinfarkten (Bergman & Berterö, 2003; Condon & McCarthy, 2006; Kristofferzon et al., 2008; Tod, 2008). Att få en andra chans i livet är en vanlig upplevelse som förekommer tiden efter hjärtinfarkten (Bergman & Berterö, 2003; Condon & McCarthy, 2006; Kristofferzon et al., 2008). Det kan upplevas som att ha fått ett bättre liv eller en känsla av att ha fått tillbaka livet. En andra chans kan beskrivas som en känsla av tacksamhet (Bergman & Berterö, 2003). Många får ett nytt och bättre perspektiv till livet och världen, vilket leder till att de fattar bättre beslut rörande livet och framtiden (Kristofferzon et al., 2007; Kristofferzon et al., 2008; Tod, 2008). Det kan handla om att hitta en ny och mer hälsosam väg att leva för att hantera livet och vardagen (Bergman & Berterö, 2003). Ofta görs andra prioriteringar tiden efter hjärtinfarkten jämfört med innan. Familj, vänner och det sociala livet anses som mycket betydelsefullt och prioriteras därmed högre (Bergman & Berterö, 2003; Kristofferzon et al., 2008; Tod, 2008;). Enligt Hildingh et al. (2006) är den största förändringen synen på livet och fritiden. Jobbet och den lediga tiden värderas på ett annat sätt jämfört med innan (Bergman & Berterö, 2003; Kristofferzon et al., 2008). Livet anses som mer än bara jobb. Att så snabbt som möjligt kunna återgå till jobbet är inte längre av första prioritet. Synen på sig själv och andra personer i omgivningen kan förändras. Relationer som inte anses meningsfulla upplevs onödigt att lägga tid och energi på (a.a.).

Enligt Kristofferzon et al. (2008) läggs fokus på saker som anses meningsfulla i livet. Viktiga faktorer är att kunna unna sig själv samt att kunna hjälpa andra. Hjärtinfarkten bidrar ofta till att personer kan se till sig själva och kunna prioritera sina egna behov. De kan befria sig själva från alla ”måsten” och på så sätt leva ett sundare liv med mindre stress (a.a.).

*You've got to take each day and enjoy it' and "I just feel as if I'm a much stronger person, but I mean I was never weak, but now, I feel better... I feel much stronger in myself.* (Tod, 2008. s. 38).

Sjukdomen bidrar inte sällan till att personer tvingas göra begränsningar i livet. En del beskriver det positivt eftersom det nu har fått en anledning till att kunna stå emot och säga nej till olika aktiviteter och förslag (Hildingh et al., 2006). Tiden efter en hjärtinfarkt kan vara fylld med hopp av olika slag. Vissa har ett hopp om ett hälsosammare liv, andra ser hoppet om att kunna se sina barn och barnbarn växa upp. Hopp för en del kan innebära att få ett jobb eller att förbättra relationen med familj, vänner och arbetskollaboratorer (Kristofferzon et al., 2008). Omställningen efter hjärtinfarkten kan innebära att olika saker

i livet får nya värden. På så sätt kan skapas motivation till förändring, vilket kan leda till en balans i sig själv och i relationer (Hildingh et al., 2006). Vissa beskriver hur de värdesätter sin förmåga att kunna göra saker de aldrig trodde de skulle kunna göra igen (Kristofferzon et al., 2008).

## **Sammanfattning av resultat**

Tiden efter en hjärtinfarkt innebär ofta ett förändrat liv som kännetecknas av osäkerhet och en känsla av att vara begränsad. Rädslan för att dö och att återinsjukna är vanligt förekommande upplevelser. Olika känslomässiga reaktioner samt fysiska begränsningar påverkar det dagliga livet. Hur tiden efter en hjärtinfarkt hanteras är individuell och påverkas av hur de ser på sin sjukdom. De drabbade är ofta medvetna om att en osund livsstil är en bidragande orsak till hjärtinfarkten. Motivationen till nödvändiga förändringar är stark, men många uttrycker förändringarna svårare än väntat. Att känna stöd från anhöriga anses viktigt, dock upplever många att de blir överbeskyddade vilket har en negativ inverkan i återhämtningen. Stöd från det professionella nätverket anses viktigt för att få kunskap och känna trygghet. De drabbade upplever känslor av stöd från sjukvården främst genom att få väsentlig information om sjukdomen och om att göra förändringar i livet. Många uttrycker hur hjärtinfarkten har medfört positiva konsekvenser. De upplever en känsla av att få en andra chans vilket ofta resulterar i ett nytt sätt att se på livet. Hjärtinfarkten bidrar till att de drabbade gör omprioriteringar och värdesätter sig själv, familj och vänner på ett annat sätt.

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

I resultatet användes tio artiklar. Artiklarna var vetenskapliga och publicerade i omvårdnadsvetenskapliga tidsskrifter. Samtliga artiklar hade en kvalitativ ansats. Detta var ett medvetet val eftersom det bäst beskriver upplevelser (Dahlberg, 1997). Deltagarna i samtliga artiklar var både män och kvinnor. Författarna valde att inte använda någon artikel som fokuserade enbart på män eller kvinnor, då resultatet skulle kunna bli missvisande. För att svara på studiens syfte hade med fördel en kvalitativ studie med någon form av empirisk datainsamling kunnat göras. Detta alternativ valdes i ett tidigt skede bort på grund av tidsbrist. I denna studie beskrivs vald metod, urval, datainsamling och dataanalys. Detta styrker studiens validitet genom att studien skulle kunna upprepas och nå ett liknande resultat (Dahlberg, 1997).

Att enbart tio artiklar använts kan ses som en begränsning då tillförlitligheten av denna studie kan ifrågasättas. Valet att inte använda kvantitativa artiklar kan ha inneburit att viss information förbisetts. Samtliga artiklar var på engelska och även då ett engelskt lexikon användes för översättning kan viss information ha feltolkats. Som ett inklusionskriterie användes enbart artiklar från år 2000 och framåt, den äldsta använda artikeln var dock från år 2001. Trots att kunskap i äldre relevanta artiklar kan ha förlorats, ser författarna denna inklusion som en styrka för studien, då de senaste årens forskning kan vara mer trovärdig för det aktuella problemområdet. Författarna använde enbart artiklar som blivit vetenskapligt granskade, vilket kan ses som en styrka då studies trovärdighet förstärks.

Eftersom tidsbrist var en faktor hann författarna inte söka i samtliga databaser vilket kan ha inneburit att väsentliga artiklar missats. Författarna anser ändå att de fann tillräckligt med relevanta artiklar för denna studie. Valda sökord som kombinerades visade sig vara relevanta och användbara men en större variation på sökord och kombinationer kunde ha använts vilket kunnat resultera i fler intressanta artiklar. Studien har inte fokuserat på någon speciell åldersintervall angående patienterna i artiklarna, då det inte ansetts väsentligt för studien syfte. Artiklarna skulle handla om upplevelser tiden efter en hjärtinfarkt, inga begränsningar gjordes angående tidsintervallet mellan hjärtinfarkt och intervjutillfälle. Detta val gjordes medvetet för att få en bättre helhetsbild kring tiden efter en hjärtinfarkt.

Författarna anser att de använda artiklarna ger relevant information för studiens syfte och problemområde. Analyserade artiklar har innefattat både likheter och skillnader, vilket styrker studiens tillförlitlighet. Samtliga artiklar beskriver hur män och kvinnor upplever livet efter en hjärtinfarkt. Artiklarna innehöll många citat från deltagare kring deras upplevelser, vilket kan styrka studiens tillförlitlighet då deltagarnas egna upplevelser och känslor tydligt framkom. Fem av artiklarna var från Sverige, en från Danmark, två från England, en från Skottland och en från Irland. Detta kan ses som både en begränsning och styrka. Studies resultat visar inget starkt internationellt perspektiv men eftersom författarna har ett intresse av att kunna tillämpa den nya kunskapen i den svenska sjukvården ses inte någon svaghet i att fem artiklar är svenska. De utförda intervjuerna i artiklarna har ett brett tidsspektrum, från två dagar efter upp till tio år efter hjärtinfarkt. Detta innebär att upplevelser från tidig rehabilitering till flera år efter hjärtinfarkten uppmärksammas. I studien har ingen ålder valts på deltagarna. Majoriteten var 65 år eller äldre det är möjligt

att till exempel yngre personer med hjärtinfarkt inte har samma upplevelser som resultatet i denna studie. Författarna har inte fokuserat på huruvida det var deltagarnas första hjärtinfarkt eller inte. Tiden efter skulle kunna skilja sig beroende på hur många hjärtinfarkter deltagarna upplevt. Samtliga använda artiklar har blivit etiskt granskade. Detta kan ses som en styrka då denna studies trovärdighet till etiska principer styrks. I figur I framgår att artikel nummer tio endast har använts i ett tema. Denna artikel valdes trots detta att inkluderas då den ansågs mycket relevant för temat.

Vid bearbetning av insamlad data har författarna arbetat både enskilt och tillsammans. Detta har enligt författarna bidragit till en bättre förståelse och färre feltolkningar. Inledningsvis skedde analyser enskilt för att sedan gemensamt diskutera innehållet och få fram möjliga teman.

## **Resultatdiskussion**

I resultatet framkommer att tiden efter en hjärtinfarkt ofta är förknippat med ett förändrat liv som innefattar både fysiska och psykiska begränsningar (Kristofferzon et al., 2007; Tod, 2008). Förändringar i samband med sjukdom kan innebära ett nytt sätt att se på sig själv och världen (Dahlberg et al., 2003). Många upplever en känsla av osäkerhet och att vara begränsad i sin kropp. Osäkerheten grundar sig ofta i en rädsla av att drabbas av en ny hjärtinfarkt eller rädslan för att dö (Bergman & Beterö, 2003; Roebuck, et al., 2001; Tod, 2008). Som tidigare nämnt i bakgrunden är det av värde att sjuksköterskan har kunskap kring det känslor och upplevelser som ofta förekommer. Det är viktigt att sjuksköterskan själv ska ha reflekterat kring hur förändringen vid sjukdom kan påverka människan (Dahlberg et al., 2003). Kanske är den viktigaste kunskapen att varje människa är unik och lika så deras upplevelser.

Genom att tappa förtroende och inte längre våga lita på kroppen leder till en känsla av att vara begränsad i kroppen (Tod, 2008). Enligt Dahlberg et al. (2003) är kroppsfunktionen något som människan inte reflekterar över vid välbefinnande. Det är först vid lidande som en förlorad förmåga eller tillgång upplevs (a.a.). En hjärtinfarkt kan leda till att den drabbade uppmärksammar den kroppsliga förmågan på ett helt nytt sätt. Begränsningar kan innebära att den kroppsliga förmågan dagligen ifrågasätts. Vissa drabbade uttrycker en frustration över att inte veta vad som skulle kunna utlösa ett återinsjuknande. Denna begränsning kan dels innebära att dagliga aktiviteter undviks men även genom en känsla av otillfredsställelse i livet. Somliga önskar att det skulle finnas någon form av riktlinjer kring vad det kan göra respektive vad de bör undvika att göra, till exempel vad det gäller fysisk aktivitet (Bergman & Beterö, 2003).

Resultatet visar även fysiska begränsningar i form av symtom som andfåddhet, trötthet och bröstsmärtor (Brink et al., 2006; Kristofferzon et al., 2008; Roebuck et al., 2001). Det framkommer skillnader angående vilket symtom som upplevs svårast hos de drabbade. Enligt Brink, Karlsson och Hallberg (2002) beskrivs trötthet som det mest påfrestande symtomet följt av andfåddhet och bröstsmärtor. Detta stämmer till vis del överens med resultatet men olikheter kan ses, då somliga upplever andfåddhet som den största påfrestande (Roebuck et al., 2001). Det framkommer även att vissa inte alls upplever det ovan nämnda symtomen, då det behandlats med revaskulering (Kristofferzon et al., 2008). Skillnader i upplevda symtom kan bero på att intervjuerna i artiklarna är utförda olika lång tid efter hjärtinfarkten. De fysiska symtomen kan tänka kännas mer framträdande i återhämtningens tidiga skede. Enligt Socialstyrelsen (2008) kan skadan på

hjärtmuskulaturen variera beroende på syrebristens längd och vilka delar som drabbas. En mindre omfattande skada skulle kunna innebära att de fysiska symtomen inte blir lika påtagliga tiden efter.

Emotionella reaktioner så som rädsla, irritation, ilska och nedstämdhet är vanligt förekommande tiden efter hjärtinfarkten (Bergman & Berterö, 2003; Brink et al., 2006; Hildingh et al., 2006; Kristofferzon et al., 2007; Kristofferzon et al., 2008; Roebuck et al., 2001). Dessa reaktioner påverkar den drabbades omgivning och har en negativ inverkan på livskvalitén (Jensen & Petersson, 2003; Roebuck et al., 2001; Tod, 2008). Enligt Hjärt-lungfonden (2010c) upplevs oro, nedstämdhet och depression tiden efter. Depression har visats sig öka risken för komplikationer efter en hjärtinfarkt (Bush et al., 2001). Därav kan det vara viktigt att i ett tidigt skede uppmärksamma de känslomässiga reaktionerna. Detta för att undvika utvecklingen av depressioner.

Hur tiden efter en hjärtinfarkt hanteras är individuellt (Brink, 2009; Brink et al., 2006; Hildingh et al., 2006). Sjukdomen kan ses på olika sätt och handlar om, som enbart en akut händelse eller som en kronisk sjukdom (Brink et al., 2006). Enligt Strauss (1984, refererad i Jahren Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005) är det gemensamt för en kronisk sjukdom att den alltid mer eller mindre påverkar livsvärlden/livssituationen. I resultatet framkommer att drabbade kan acceptera eller undvika sjukdomen. Detta påverkar hur tiden efter hanteras och ser ut. Att acceptera sjukdomen är positivt och innebär ofta att den drabbade ser till sin nuvarande kapacitet och inser sina begränsningar. Att undvika sjukdom innebär att den drabbade försöker upprätthålla samma nivå och tempo som innan sjukdomen (Brink, 2009). För att återgå till ett så normalt liv som möjligt kan det vara av stor betydelse att acceptera sjukdomen och dess konsekvenser. Återhämtningen skulle därav kunna ses som en process där den drabbade lär sig leva med sjukdomen. Som sjuksköterska kan denna medvetenhet öka förståelse för hur återhämtningen kan hanteras.

Enligt Vasco (2007) kan hjärtinfarkt ofta relateras till en osund livsstil. I resultatet uttryckte drabbade att hjärtinfarkten ansågs som tillräcklig motivation för att göra väsentliga livsstilsförändringar. Livsstilsförändringarna upplevdes svårare än förväntat, även då motivationen var stark var det lätt att med tiden falla tillbaka i gamla ovanor (Bergman & Beterö, 2003; Condon & McCarthy, 2006; Roebuck et al., 2001). Många försökte göra samtliga livsstilsförändringar på en och samma gång, vilket gjorde det svårare att bibehålla de nya vanorna (Condon & McCarthy, 2006). Enligt Baldacchino (2010) är det vanligt att drabbade med tiden ser sig friska, vilket resulterar i att de återgår till gamla ovanor. I resultatet betonas betydelsen av att de livsstilsförändringar som görs bör vara livslånga (Bergman & Beterö, 2003). Vården efter en hjärtinfarkt bör fokusera på sekundärprevention. Sjukvården erbjuder olika program för att främja en bättre livsstil (Hjärt- lungfonden, 2010b). Enligt Irmak och Fesci (2010) har sekundärprevention utförd av sjuksköterska visat sig mycket effektiv. Det överrensstämmer inte med Hjärt- och lungfonden (2010b) som menar att sekundärpreventionen inte är så framgångsrik. Enligt Bagheri et al. (2005) är program utformade för att förändra livsvanor effektiva men bidrar inte alltid till en förbättrad livskvalité. För att kunna lyckas med förändringar i livsstilen kan uppföljning vara av stor betydelse. Patienten bör få information och råd för att göra förändringar men även för att kunna bibehålla dessa livet ut.

I resultatet framkommer att stöd från familj och anhöriga anses betydelsefullt för återhämtningen (Bergman & Berterö; Condon & McCarthy, 2006; Jensen & Petersson, 2003; Kristofferzon et al., 2007; Kristofferzon et al., 2008; Roebuck et al., 2001). Det kan

upplevas som både positivt och negativt, ofta upplever de drabbade en känsla av att vara överbeskyddad av sina anhöriga. Detta beror ofta på att anhöriga är väldigt måna om att kunna göra något och att hjälpa till. Överbeskyddande påverkar ofta den drabbade negativt genom att personliga relationer blir ansträngda (Condon & McCarthy, 2006). Genom denna kunskap kan det vara av betydelse att sjukvården fokuserar även på de drabbades anhöriga. Condon och McCarthy (2006) menar att det överbeskyddande beteendet hos anhöriga kan böttna i en osäkerhet och otrygghet i situationen. Detta skulle kunna bero på okunskap kring sjukdomen. Det är därför av betydelse att ha förståelse för att en hjärtinfarkt inte bara påverkar den drabbade utan även anhöriga.

Professionellt stöd värdesätts högt av drabbade, genom information och kunskap skapas trygghet och en känsla av stöd upplevs (Jensen & Petersson, 2003). Behovet av information är stort efter en hjärtinfarkt (Socialstyrelsen, 2001). Det professionella stödet kan upplevas både positivt och negativt. Informationen kan upplevas bristfällig och inte anpassad till individen (Kristofferzon et al., 2007). Detta överrensstämmer med Hanssen et al. (2005) som beskriver att informationen som ges av sjukvården inte alltid är fullgod eller anpassad. Generellt angående information är vårdpersonal medvetna om betydelsen men vet också att det ofta förekommer missnöje kring information (Klang Söderquist, 2007). Sjuksköterskan har enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) ett ansvar att ge patienten och närstående nödvändig information och då det finns behov även undervisning och utbildning. Genom information som täcker patientens behov samt en god uppföljning kan känslan av trygghet stärkas. Tryggheten kan leda till att patienten i mindre uträkning upplever oro och rädsla vilket kan skapa ångest. En bättre livskvalité kan upplevas hos patienten vilket även kan leda till minskade kostnader för sjukvården. Detta genom att patienterna i mindre uträkning söker vård för hjärtinfarktliknande symtom, vilka böttnar i oro och rädsla.

Resultatet visar att många upplever sig få en andra chans i livet. Det förekommer att somliga prioriterar och värdesätter andra saker i livet jämfört med tiden innan hjärtinfarkten (Bergman & Berterö, 2003). Detta överrensstämmer med Hjärt-lungfonden (2010c) som beskriver att drabbade omvärderar sitt liv och sin livsstil, vilket kan leda till ett nytt sätt att se på livssituationen. En hjärtinfarkt behöver inte enbart påverka en människas liv på ett negativt sätt, utan kan bidra till att människor tar steg till att förändra sitt liv i en positiv riktning.

Denna studies resultat överrensstämmer till stor del med annan forskning där enbart kvinnor eller män upplevelser studerats. Enligt Johansson, Dahlberg och Ekebergh (2003) beskrivs hur kvinnor upplever en osäkerhet över livet som grundas i en ovisshet. Hutton och Perkins (2008) beskriver även hur män upplever en osäkerhet tiden efter hjärtinfarkten. Det finns mycket forskning där män och kvinnor skilts åt. Ur ett genusperspektiv är det kanske inte alltid nödvändigt att skilja upplevelser mellan könen. Upplevelser tiden efter en hjärtinfarkt behöver inte se annorlunda ut beroende på kön. Skillnader kan istället bero på att upplevelser är individuella.

En del använda artiklar i resultatet har skiljt på män och kvinnors upplevelser. Då denna studies syfte inte fokuserat på skillnader i upplevelser mellan könen har författarna valt att inte urskilja kvinnor eller män. Förslag på vidare forskning kan därför vara empiriska studier där könens upplevelser jämförs. Vidare upplevde författarna att få artiklar beskrev huruvida upplevelser tiden efter en hjärtinfarkt skiljer sig beroende på hjärtinfarktens symtom. Endast en artikel visade på hur personer som upplevt en hjärtinfarkt utan

klassiska symtom inte alls vågade anstränga sig fysiskt. För att kunna styrka denna upplevelse krävs enligt författarna mer forskning och kunskap.

## **Konklusion**

Att drabbas av en hjärtinfarkt innebär ofta stora förändringar i en människans liv. Stöd från närstående och från sjukvården har visat sig vara av stor betydelse för drabbades återhämtning. Sjukvården bör alltså även, genom stöd och information, fokusera på de drabbades anhöriga. Med kunskapen att sjukdomsupplevelser är unika och skiljer sig bör hälso- och sjukvården sträva efter en individanpassad vård. Uppföljning bör anpassas till patientens behov, vilket ofta innebär att uppföljning bör vara under en längre tid jämfört med vad sjukvården idag erbjuder.

## **Kliniska implikationer**

- Utifrån kunskapen av att varje patients sjukdomsupplevelse är unik bör vården utformas utifrån den unika patientens specifika behov. Patienten bör erbjudas individanpassad information, stöd och utbildning.
- Vården bör uppmuntra och vara ett stöd vid livsstilsförändringar. Olika typer av program bör erbjudas för att på ett bättre sätt kunna inrikta sig till individers specifika behov.
- Drabbade bör erbjudas uppföljning under en längre tid efter hjärtinfarkten. Eftersom varje människa bearbetar sin sjukdom på olika sätt.
- Anhöriga är av stor betydelse och påverkar den drabbades återhämtning. Vården bör därför även erbjuda anhöriga stöd och informationen för att de lättare ska kunna hantera situationen.
- Vården bör aktivt arbeta med primärprevention för att i ett tidigt skede kunna fånga de patienter som är i riskzonen. Detta för att minska antalet insjuknande.

## REFERENSER

\* *Anger använda artiklar i resultatet*

Albarran, J. W., Clarke, B. A., & Crawford, J. (2007). 'It was not chest pain really, I can't explain it!' An exploratory study on the nature of symptoms experienced by women during their myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 16(7), 1292-301.

Bagheri., H, Memarian, R., & Alhani, F. (2005). Evaluation of the effect of group counseling on post myocardial infarction patients: determined by an analysis of quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 402-6.

Baldacchino, D. (2010). Long-term casual meaning of myocardial infarction. *British Journal of Nursing*, 19(12), 74-80.

\* Bergman, E., & Berterö, C. (2003). 'Grasp life again'. A qualitative study of the motive power in myocardial infarction patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2, 303-310.

\*Brink, E. (2009). Adaption positions and behavior among post- myocardial infarction patients. *Clinical Nursing Research*, 18, 119-135.

Brink, E, Karlsson, B. W., & Hallberg, L. R. M. (2002). Health experiences of first-time myocardial infarction: factors influencing women's and men's health-related quality of life after five months. *Psychology, Health & Medicine*, 7(1), 5-15.

\* Brink, E, Karlsson, B. W., & Hallberg, L. R. M. (2006). Readjustment 5 months after a first- time myocardial infarction: reorienting the active self. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 403- 411.

Booth, W. C., Colomb, G. G. & Williams, J. M. (2004). *Forskning och skrivande - konsten att skriva enkelt och effektivt*. Lund: Studentlitteratur.

Bush, D. E., Ziegelstein, R. C., Tayback, M., Richter, D., Stevens, S., Zahalsky, H., & Fauerbach, J. A. (2001). Even minimal symptoms of depression increase mortality risk after acute myocardial infarction. *American Journal of Cardiology*, 88(4), 337-41.

Chung, M. C., Berger, Z., Jones, R., & Rudd, H. (2008). Posttraumatic stress and comorbidity following myocardial infarction among older patient: the role of coping. *Aging and Mental Health*, 12(1), 124-33.

\* Condon, C., & McCarthy, G. (2006). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 37- 44.

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B. O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Studentlitteratur: Lund.



- Forsberg, C., Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvårdningsforskning*. Natur och kultur: Stockholm.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Studentlitteratur: Lund.
- Fukuoka, Y., Dracup, K., Moser, D. K., McKinley, S., Ball, C., Yamasaki, K., & Kim, C. (2007). In severity of chest pain a cue for women and men to recognize acute myocardial infarction symptoms as cardiac in origin? *Progress in Cardiovascular Nursing*, 22(3), 132-7.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Riksdagen.
- Hanssen, T. A., Nordrehaug, J. E., & Hanestad, B. R. A. (2005). A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(1), 37-44.
- Higginson, R. (2008). Women's help-seeking behavior at the onset of myocardial infarction. *British Journal of Nursing*, 17(1), 10-4.
- \* Hildingh, C., Fridlund, B., & Lidell, E. (2006). Access to the world after myocardial infarction: experiences of the recovery process. *Rehabilitation Nursing*, 31(2), 63-69.
- Hjärt- Lungfonden. (2010a). *Hjärt-Lungfonden driver kampanj om hjärtinfarkt: Sveriges vanligaste dödsorsak i fokus i november*. Hämtad från WWW 101111: <http://www.hjart-lungfonden.se/HLF/Pressrum/Pressmeddelanden/Sveriges-vanligaste-dodsorsak-i-fokus-i-november/>.
- Hjärt- Lungfonden. (2010b). *Hjärtrapporten 2010 – En sammanfattning av hjärthälsoläget i Sverige*. Hämtad från WWW 101119: [http://www.hjart-lungfonden.se/Global/skrifter-rapporter/Hjartrapport/001-044\\_Hjprocentc3procenta4rtrapporten\\_1\\_2010\\_72medel.pdf](http://www.hjart-lungfonden.se/Global/skrifter-rapporter/Hjartrapport/001-044_Hjprocentc3procenta4rtrapporten_1_2010_72medel.pdf).
- Hjärt- Lungfonden. (2010c). *Leva med hjärtinfarkt*. Hämtad från WWW 101119: <http://www.hjart-lungfonden.se/Sjukdomar/Sjukdomar/Hjartinfarkt/Leva-med-sjukdomen/>.
- Hjärt- Lungfonden. (2008). *Hjärtinfarkt – en temaskrift från Hjärt- Lungfonden*. Hämtad från WWW 101110: <http://www.hjart-lungfonden.se/PageFiles/314/HLF-hjartinfarkt-2008.pdf>.
- Hutton, J. M., & Perkins, S. J. (2008). A qualitative study of men's experience of myocardial infarction. *Psychology, Health & Medicine*, 13(1), 87-97.
- Imrak, Z., & Fesci, H. (2010). Effects of nurse-managed secondary prevention program on lifestyle and risk factors of patients who had experienced myocardial infarction. *Applied Nursing Research*, 23, 147-152.
- Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F., & Skaug, E. (2005). *Grundläggande omvårdnad – del 1*. Liber AB: Stockholm.

\* Jensen, B., & Petersson, K. (2003). The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction. *Patient Education and Counseling*, 51, 123- 131.

Johansson, A., Dahlberg, K., & Ekebergh, M. (2003). Living with experiences following a myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2, 229-236.

Klang Söderquist, B. (2007). Information – undervisning – lärande. Ingår i B. Fossum (red.), *Kommunikation – samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.

\* Kristofferzon, M. J., 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, 391-401.

\* Kristofferzon, M. J., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2008). Managing consequences and finding hope- experiences of Swedish men and women 4- 6 months after myocardial infarction. *Scandinavian Journal Caring Science*, 22, 367- 375.

Løvlien, M., Schei, B., & Gjengedal, E. (2006). Are there gender difference related to symptoms of acute myocardial infarction? A Norwegian perspective. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 21(1), 14-9.

O'keefe-McCarthy, S. (2008). Women's Experiences of Cardiac Pain: A Review of the Literature. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 18(3), 18-25.

\* 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), 787- 794.

Socialstyrelsen (2008). *Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008*. Hämtad från WWW 101110: [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8592/2008-102-7\\_20081028.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8592/2008-102-7_20081028.pdf).

Socialstyrelsen (2001). *Om kärlekskramp, hjärtinfarkt, hjärtsvikt och arytmier*. Hämtad från WWW 101120: [http://www.hjart-lung-umea.se/karlskramp\\_hjartinfarkt\\_hjartsvikt.pdf](http://www.hjart-lung-umea.se/karlskramp_hjartinfarkt_hjartsvikt.pdf).

Thornton, L.A., (2001). Depression in post- acute myocardial infarction patients. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 13(8), 364-7.

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

Vasko, P. (2007). Hjärt-kärlsjukdomar. Ingår i N. Grefberg & L.G. Johansson (red.), *Medicinen, vård av patienter med invärtes sjukdomar*. Stockholm: Liber.

Vetenskapsrådet. (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad från WWW 101119: [http://www.cm.se/webbshop\\_vr/pdf/etikreglerhs.pdf](http://www.cm.se/webbshop_vr/pdf/etikreglerhs.pdf).

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

Wiles, R., & Kinmonth, A. L. (2001). Patients' understandings of heart attack: implications for preventions of recurrence. *Patients Educations and Counseling*, 44, 161-169.

Östlundh, L. (2006). Informationssökning. Ingår i F. Friberg (red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Studentlitteratur: Lund.

# BILAGA I1

## Checklista för kvalitativa artiklar

### A. Syftet med studien?

.....  
.....

Vilken kvalitativ metod har använts?

.....

Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen?

.....

### B. Undersökningsgrupp

Är urvalskriterier för undersökningsgruppen tydligt beskrivna?  
(Inklusions- och exklusionskriterier ska vara beskrivna.)

Ja  Nej

Var genomfördes undersökningen?

.....

Urval – finns det beskrivet var, när och hur undersökningsgruppen kontaktades?

.....

Vilken urvalsmetod användes?

- Strategiskt urval
- Snöbollsurval
- Teoretiskt urval
- Ej angivit

Beskriv undersökningsgruppen (ålder, kön, social status samt annan relevant demografisk bakgrund).

.....  
.....

Är undersökningsgruppen lämplig?

Ja  Nej

### C. Metod för datainsamling

Är fältarbetet tydligt beskrivet (var, av vem och i vilket sammanhang skedde datainsamlingen)?

Ja  Nej

Beskriv:

.....  
.....

Beskrivs metoderna för datainsamling tydligt (vilken typ av frågor används etc.)?

Beskriv:

.....  
Ange datainsamlingsmetod:

- ostrukturerade intervjuer
- halvstrukturerade intervjuer
- fokusgrupper
- observationer
- video-/ bandinspelning
- skrivna texter eller teckningar

Är data systematiskt samlad (finns intervjuguide/studieprotokoll)?

Ja  Nej

#### **D. Dataanalys**

Hur är begrepp, tema och kategorier utvecklade och tolkade?

.....

Ange om:

- tema är utvecklade som begrepp
- det finns episodiska presenterade citat
- de individuella svaren är kategoriserade och bredden på kategorierna är beskrivna
- svaren är kodade

Resultatbeskrivning

.....

.....

Är analys och tolkning av resultat diskuterade?

Ja  Nej

Är resultaten trovärdiga (källor bör anges)?

Ja  Nej

Är resultaten pålitliga (undersökningens och forskarens trovärdighet)?

Ja  Nej

Finns stabilitet och överensstämmelse (är fenomenet konsekvent beskrivet)?

Ja  Nej

Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen?

Ja  Nej

Är de teorier och tolkningar som presenteras baserade på insamlad data (finns citat av originaldata, summering av data medtagna som bevis för gjorda tolkningar)?

Ja  Nej

#### **E. Utvärdering**

Kan resultaten återkopplas till den ursprungliga forskningsfråga?

Ja  Nej

Stöder insamlade data forskarens resultat?

Ja  Nej

Har resultaten klinisk relevans?

Ja  Nej

Diskutera metodologiska brister och risk för bias?

Ja  Nej

Finns risk för bias?

Ja  Nej

Vilken slutsats drar författarna?

.....  
.....

Håller du med om slutsatserna?

Ja  Nej

Om nej, varför inte?

.....

Ska artikeln inkluderas?

Ja  Nej

## BILAGA II

### Översikt av litteratur

Artikel	Syfte	Metod	Resultat
<p><b>Artikel 1.</b>  <b>Titel:</b> Exploring the meaning of recovery following a myocardial infarction.  <b>Författare:</b> Tod, A.  <b>Tidskrift:</b> Nursing Standard  <b>Årtal:</b> 2008  <b>Land:</b> England</p>	<p>Förklara betydelsen av återhämtning efter en hjärtinfarkt, ur ett patient och ett vårdarperspektiv.</p>	<p>Grounded theory.            Enskilda- och gruppintervjuer            (34 deltagare (19män och 15kvinnor))</p>	<p>Efter en hjärtinfarkt upplevde deltagarna sig annorlunda som person jämfört med innan. Återhämtningen kännetecknas av en pågående process som innebar att lära sig att leva med förändringen. ”En vakande otrygghet” var genomgående för att förklara återhämtningen. Återhämtningen innebar både toppar och dalar.</p>
<p><b>Artikel 2.</b>  <b>Titel:</b> Health- related quality of life after a myocardial infarction: an interview study.  <b>Författare:</b> Roebuck, A., Furze, G. &amp; Thompson, D.R.  <b>Tidskrift:</b> Journal of Advanced Nursing  <b>Årtal:</b> 2001  <b>Land:</b> England</p>	<p>Undersöka och få insikt av effekterna av hjärtrelaterad livskvalité.</p>	<p>Kvalitativ studie, intervjuer utförda med 31 patienter.</p>	<p>Resultatet presenteras via 7 kategorier: fysisk aktivitet/ symtom, otrygghet, emotionella reaktioner, beroende, livsstilsförändringar, oro över medicinering och biverkningar. Andfåddhet, osäkerhet och känslan av att känna sig överbeskyddad var stora problem, lika som missnöjet med information och stöd.</p>
<p><b>Artikel 3.</b>  <b>Titel:</b> The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction  <b>Författare:</b> Jensen, B. &amp; Petersson, K.  <b>Tidskrift:</b> Patient Education and Counseling  <b>Årtal:</b> 2003  <b>Land:</b> Danmark</p>	<p>Undersöka patientens erfarenheter efter att ha fått hjärtattack för första gången. Fokus låg på livssituationen och rehabiliteringsprocessen över tid.</p>	<p>Kvalitativ Studie, intervjuer utförda på 30 män som drabbats av en hjärtinfarkt</p>	<p>Den viktigaste kategorin som framkom var osäkerhet i livssituationen. Osäkerheten fokuserade på problem relaterade till: behandling -sökande beteende, existentiellt hot, att förebygga återfall i hjärtsjukdom samt behovet av kunskap och stöd, vilket patienterna ansåg viktigt för det framtida livet.</p>
<p><b>Artikel 4.</b>  <b>Titel:</b> Readjustment</p>	<p>Hjärtinfarktens påverkan på</p>	<p>Grounded theory,</p>	<p>Deltagarna uttryckte hur deras aktiva liv hotades av</p>

<p>5 months after a first-time myocardial infarction: reorienting the active self.  <b>Författare:</b> Brink, E., Karlsson, B.W. &amp; Hallberg, L. R-M.  <b>Tidskrift:</b> Journal of Advanced Nursing  <b>Årtal:</b> 2006  <b>Land:</b> Sverige</p>	<p>ens självidentitet. En process för att finna sig själv hos kvinnor och män 5 månader efter en hjärtattack.</p>	<p>Intervjuer, 21 deltagande ( 11 kvinnor, 10 män).</p>	<p>trötthet och andra hälsoproblem. De höll sig ifrån att delta i aktiviteter som det hade deltagit i innan hjärtinfarkten. Att omorientera sig själv var en central del i återhämtningen efter hjärtinfarkten. Omorienteringen påverkades av sjukdomsuppfattningen och hur sjukdomen hanterades.</p>
<p><b>Artikel 5.</b>  <b>Titel:</b> Managing consequences and finding hope-experiences of Swedish women and men 4-6 months after myocardial infarction.  <b>Författare:</b> Kristofferzon, M-L., Löfmark, R. &amp; Carlsson, M.  <b>Tidskrift:</b> Scandinavium Journal Caring Science.  <b>Årtal:</b> 2008  <b>Land:</b> Sverige</p>	<p>Att beskriva vardagen för kvinnor och män 4- 6 månader efter en hjärtinfarkt och deras förväntningar på framtiden.</p>	<p>Kvalitativ studie, utförda intervjuer med 39 personer (20 kvinnor, 19 män).</p>	<p>Två teman framkom: ”hantera konsekvenserna av hjärtinfarkten” och ”att hitta en mening i det som hade hänt”. Det första temat beskrev att många patienter inte kunnat etablera ett stabilt hälsotillstånd, även fast symtom med tiden avtagit. Det andra temat visade att patienter kunde se positiva konsekvenser till följd av hjärtinfarkten, ett nytt liv med nya värderingar och förhoppningar om framtiden. Resultatet visar att flera patienter gått vidare i livet medan vissa fortfarande tvingas kämpa och har svårt att hitta balans.</p>
<p><b>Artikel 6.</b>  <b>Titel:</b> Access to the World After Myocardial Infarction: Experiences of the Recovery Process.  <b>Författare:</b> Hildingh, C., Fridlund, B. &amp; Lidell, E.  <b>Tidskrift:</b> Rehabilitation Nursing  <b>Årtal:</b> 2006  <b>Land:</b> Sverige</p>	<p>Att belysa återhämtnings mönster efter en hjärtinfarkt utifrån patientens upplevelser.</p>	<p>Kvalitativ metod. Intervjuer med 16 personer</p>	<p>Återhämtningen kännetecknas av förmåga, begränsningar och förändring. Det är av betydelse med hjälp och stöd från andra. Deltagare upplevde att hjärtinfarkten bidragit med nya värderingar och motivation till förändring, liksom en ny balans inom sig själv. Livskvalitet förbättrades då sjukdomen integrerades i deltagarnas liv, genom återhämtning.</p>



<p><b>Artikel 7.</b>  <b>Titel:</b> Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction.  <b>Författare:</b> Kristofferzon, M-L., Löfmark, R. &amp; Carlsson, M.  <b>Tidskrift:</b> Journal of Clinical Nursing  <b>Årtal:</b> 2007  <b>Land:</b> Sverige</p>	<p>Förklara erfarenheter i vardagslivet för kvinnor och män under de första 4-6 månaderna efter en MI. Fokus ligger på problem, hantering av problem och stöd från deras nätverk.</p>	<p>Deskriptiv, retrospektiv kvalitativ studie, utförda intervjuer med 39 deltagare (20 kvinnor och 19 män).</p>	<p>Tre teman framkom: ”hotfullt liv”, ”kämpa för kontroll” och ”ett tvetydigt nätverk”. Fysiska symtom och känslomässig stress var de vanligaste problem under de första månader efter hjärtinfarkten. Deltagarna upplevde problem med att förhandla med sig själv, förlita sig på sina egna resurser, att förändra beteende och fatta egna beslut.</p>
<p><b>Artikel 8.</b>  <b>Titel:</b> Lifestyle changes following a acute myocardial infarction: Patients perspective.  <b>Författare:</b> Condon, C. &amp; McCarthy, G.  <b>Tidskrift:</b> European Journal of Cardiovascular Nursing  <b>Årtal:</b> 2006  <b>Land:</b> Irland</p>	<p>Att utifrån patientens perspektiv se hur det är att göra livsstilsförändringar till följd av en akut hjärtinfarkt</p>	<p>Kvalitativ studie, utförda intervjuer med 10 deltagare (9 män, 1 kvinna). 6 veckor efter utskrivning.</p>	<p>Fyra teman framkom: ”Varningstecken för livsstil”, ”ta ansvar för livsstilsförändringar”, professionellt stöd och att se fram emot framtiden”. Resultatet beskriver hur deltagarna i det vardagliga livet upplever livsstilsförändringar, särskilt vad det gäller rökavvänjning och stresshantering. Resultatet visar på brist av professionellt hjälp i samhället för att stödja deltagarna i strävan till livsstilsförändringar. Överbeskyddande familjemedlemmar bidrar till frustration hos deltagarna.</p>
<p><b>Artikel 9.</b>  <b>Titel:</b> ‘Grasp life again’. A qualitative study of the motive power in myocardial infarction patient.  <b>Författare:</b> Bergman, E. &amp; Berterö, C.  <b>Tidskrift:</b> European Journal of Cardiovascular Nursing  <b>Årtal:</b> 2003</p>	<p>Skaffa ökad kunskap och förståelse för vad den motiverande kraften är och hur den påverkar en individs rehabilitering och att komma tillbaks till en fungerande</p>	<p>Grounded theory, utförda intervjuer med 13 deltagare (6 kvinnor, 7 män).</p>	<p>Drivkraft och livsglädje är en central kategori. Deltagarna uttryckte en önskan och längtan att fortsätta leva. Deltagarna beskriver hur de tvingas göra förändringar. Autonomi är viktigt och innebär att kunna göra egna val och kunna fatta aktiva beslut Det var av stor betydelse för att kunna känna livsglädjen.</p>

<b>Land:</b> Sverige	vardag.		
<b>Artikel 10.</b> <b>Titel:</b> Adaption positions and behavior among post- myocardial infarction patients. <b>Författare:</b> Brink, E. <b>Tidskrift:</b> Clinical Nursing Research <b>Årtal:</b> 2009 <b>Land:</b> Sverige	Beskriva hjärtinfarkts-patienter upplevelser av anpassning till sjukdomens konsekvenser ett år efter, fokuserar på upplevelser av det egna "jaget".	Grounded theory, utförda intervjuer med 19 personer, (10 kvinnor, 9 män). 1 år efter hjärtinfarkten.	I studien framkom två olika beteende: "ett själv förändrande beteende" och ett själv-skyddande beteende". Fyra olika anpassnings lägen identifierades: "ut med nuvarande hälsa", "kampen för hälsa", "ignorera sjukdomen" och "kamp mot sjukdomen". Dessa kategorier relaterade till två grundläggande kategorier "själv makt" och "att hantera sjukdomens konsekvenser". Genom denna modell klargörs det olika beteendeanpassningar som observerat bland patienter efter en hjärtinfarkt.