



EXAMENSARBETE

Våren 2011

Sektionen för Hälsa och Samhälle
Litteraturstudie

Patienters upplevelse av återhämtning efter en hjärtinfarkt

Författare

Åsa Krizsan

Jennie Nilsson

Handledare

Lena Wierup

Examinator

Pernilla Ny

Patienters upplevelse av återhämtning efter en hjärtinfarkt

En litteraturstudie

Författare: Åsa Krizsan & Jennie Nilsson

Handledare: Lena Wierup

Litteraturstudie

Datum: 2011-05-23

Sammanfattning:

Bakgrund: Hjärtsjukdom är den största folksjukdomen i Sverige och hjärtinfarkt drabbar årligen ett stort antal människor. När en människa drabbas av en hjärtinfarkt kan det leda till en stark känslomässig upplevelse och innebär ofta en akut kris där ens egen hälsa ställs i fokus och oro för framtiden uppstår. Begreppet återhämtning kan ses som en process av att lära sig leva på ett nytt sätt efter en livsavgörande akut händelse eller kronisk sjukdom. Människan behöver lära sig att leva med, acceptera sjukdomen och försöka finna harmoni och ny mening med livet.

Syfte: Litteraturstudiens syfte var att belysa patienters upplevelse av återhämtning efter en hjärtinfarkt.

Metod: Litteraturstudien baseras på tolv vetenskapliga artiklar vilka valts utifrån litteraturstudiens syfte. De vetenskapliga artiklarna granskades och analyserades och resulterade i fyra teman: fysisk återhämtning - upplevelser och förändringar i dagliga livet, emotionell återhämtning – reaktioner och bearbetning, social återhämtning – stöd från närstående och stöd från sjukvårdspersonal.

Resultat: Det framkom att en viktig egenskap för återhämtning var engagemang, möjligheten att påverka sin egen hälsa och att återta förlorad kontroll för att på så vis kunna återgå till ett normalt liv. Det framkom även att patienterna upplevde brister rörande den givna informationen från sjukvårdspersonal.

Slutsats: Det framkom att information är en viktig del av patientens återhämtningsprocess. Författarna anser att informationen bör ges upprepade gånger över en längre tid.

Nyckelord: Hjärtinfarkt, Patient, Återhämtning.

Patients' experiences of recovery after a myocardial infarction

A literature review

Author: Åsa Krizsan & Jennie Nilsson

Supervisor: Lena Wierup

Literature review

Date: 2011-05-23

Background: Heart disease is the largest national disease in Sweden and a large number of people suffer from myocardial infarction every year. When a person suffers a myocardial infarction it can lead to a strong emotional experience and often an acute crisis in which one's own health is the focus and concern for the future arises. The concept of recovery can be seen as a process of learning to live in a new way after a life-changing acute event or chronic disease. People need to learn to live with, accept the disease and try to find harmony and a new purpose in life.

Aim: The aim of the literature study was to elucidate patients' experiences of recovery after a myocardial infarction.

Method: The study is based on twelve scientific papers, selected on the basis of the aim of the literature study. The scientific articles were examined and analyzed and resulted in four themes: physical recovery – experiences and changes in daily life, emotional recovery- reactions and adaptation, social recovery- support from relatives and support from medical personnel.

Result: It was revealed that a major characteristic of the recovery was engagement, the ability to influence their own health and to regain lost control in order to be able to return to normal life. It also showed that patients experienced discrepancies in the information given by medical personnel.

Conclusion: It was revealed that information is an important part of the patient's recovery process. The authors believe the information should be given repeatedly and over a longer time.

Keywords: Myocardial infarction, Patients, Recovery.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	5
SYFTE	7
METOD	7
Design.....	7
Datainsamling.....	8
Urval.....	8
Analys.....	8
Etiska övervägande.....	9
RESULTAT	9
Fysisk återhämtning – Upplevelser och förändringar i dagliga livet.....	9
Emotionell återhämtning – Reaktionen och bearbetning.....	12
Social återhämtning – Stöd från närstående.....	15
Stöd från sjukvårdspersonal.....	16
DISKUSSION	17
Metoddiskussion.....	17
Resultatdiskussion.....	18
Slutsats.....	21
REFERENSER	22

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Artikelöversikt

Bilaga 3 Protokoll för kvalitetsgranskning av kvalitativa studier

Bilaga 4 Protokoll för kvalitetsgranskning av kvantitativa studier

BAKGRUND

Vårdtiden en patient tillbringar på sjukhus efter en hjärtinfarkt har blivit allt kortare. Vid ett okomplicerat förlopp efter en hjärtinfarkt kan patienten skrivas ut från sjukhuset redan efter fyra dagar. (Persson & Stagmo, 2008) Det innebär att en stor del av återhämtningen efter infarkten hanteras av patienten i hemmet.

Hjärtsjukdom är den största folksjukdomen i Sverige. Drygt 26 000 människor vårdas varje år på sjukhus på grund av akut hjärtinfarkt och minst 12 000 vårdas för instabil kranskärslssjukdom (Hjärt-Lungfonden, 2008). Hjärtsjukdom är vanligare hos män än hos kvinnor. Den vanligaste enskilda dödsorsaken hos såväl män som kvinnor är akut hjärtinfarkt. Hjärtinfarkt upplevs vanligen dramatiskt med de klassiska symtomen för en hjärtinfarkt som bland annat är kraftig central bröstsmärta och andnöd (Wallentin, 2007).

När en människa drabbas av en hjärtinfarkt kan det leda till en stark känslomässig upplevelse och innebär ofta en akut kris där ens egen hälsa ställs i fokus och oro för framtiden uppstår (Wallentin, 2007). Människan reagerar ofta med chock när man upplever ett allvarligt hot mot ens existens, som vid en hjärtinfarkt. Den drabbade riskerar att hamna i en livskris (Perski, 1999).

Enligt Cullberg (2003) kan en plötslig och oväntad händelse som en hjärtinfarkt, framkalla en traumatisk kris. En person som är i kris befinner sig i en livssituation där tidigare erfarenheter inte är tillräckliga för att förstå och emotionellt kunna hantera en ny situation. Krisen kan äventyra personens fysiska existens, sociala identitet, trygghet och förmåga att känna sig tillfreds med livet. Enligt Cullberg delas den traumatiska krisens förlopp in i fyra faser. Dessa faser är chockfasen; där individen försöker hålla verkligheten ifrån sig, reaktionsfasen; där individen börjar reagera på det inträffade och försöker finna en mening i den kaotiska situationen, bearbetningsfasen; där individen börjar acceptera det inträffade och anpassa sig till verkligheten och nyorienteringsfasen som inte har något slut utan individen lever med det inträffade resten av sitt liv (Cullberg, 2003). De flesta patienter bearbetar på ett naturligt sätt

den traumatiska kris som en hjärtinfarkt ofta innebär och anpassar sig till sin nya livsstil som i allmänhet är förenad med god livskvalitet (Wallentin, 2007).

En hjärtinfarkt kan upplevas som ett hot mot hälsan (Wallentin, 2007). Hälsa kan delas in i fyra olika byggstenar där hälsa ses som ett tillstånd, en upplevelse, en resurs och en process. Med hälsa som tillstånd menas att individen antingen är frisk eller sjuk, hälsa som upplevelse innebär välbefinnande och mening i livet, hälsa som resurs innebär möjligheter och hälsa som en process står för att hälsa är föränderligt och påverkbart. (Medin & Alexanderson, 2000).

Efter att en individ utsatts för ett hot mot den egna hälsan bildas en unik förekomst av sjukdomsupplevelse (Cherrington, Moser, Lennie & Kennedy, 2004). Enligt en studie av Cherrington et al. (2004) drabbas patienter med negativ sjukdomsupplevelse av fler komplikationer efter en akut hjärtinfarkt än patienter med positiv sjukdomsupplevelse. Upplevelsen av sjukdom efter en hjärtinfarkt har påverkan på återhämtningen. Patienter med negativ sjukdomsupplevelse löper större risk att bli deprimerade eller ångestladdade än patienter med positiv sjukdomsupplevelse.

Begreppet återhämtning kan enligt Roman (2006) ses som en process av att lära sig leva på ett nytt sätt efter en livsavgörande akut händelse eller kronisk sjukdom. Det innebär inte nödvändigtvis att leva utan symtom eller begränsningar utan att finna nya sätt att uppleva och interagera i sin omvärld (Roman, 2006). Delmar et al. (2005) menar att återhämtning kännetecknas som en acceptans av sjukdomen och att finna harmoni och ny mening med livet. Återhämtningsprocessen är något som upplevs individuellt. Det innefattar inre faktorer som individers attityder, upplevelser och förändringsprocess (Jacobson & Greenley, 2001).

Enligt Socialstyrelsen (2005) ska sjuksköterskans samtliga kompetensområden genomsyras av en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt. En legitimerad sjuksköterska har till uppgift att ”identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer”(s.12). Sjuksköterskan ska ha förmåga att ”identifiera och bedöma patientens resurser och förmåga till egenvård” (s.12) samt ge information, stöd och vägledning. Det är

även sjuksköterskans uppgift att tillvarata patientens och/eller närståendes kunskaper och erfarenheter (a.a). Enligt en studie av Oterhals, Hanestad, Eide & Hassen (2006) framkom att patienter som vårdats efter en hjärtinfarkt var minst nöjda med den information de fick angående eventuella framtida problem. Patienterna önskade mer information vid utskrivning och efter hemgång

För att kunna tillgodose patientens behov av information och kunna ge stöd och vägledning i återhämtningen är det relevant att belysa patientens upplevelser av återhämtningen efter hjärtinfarkten.

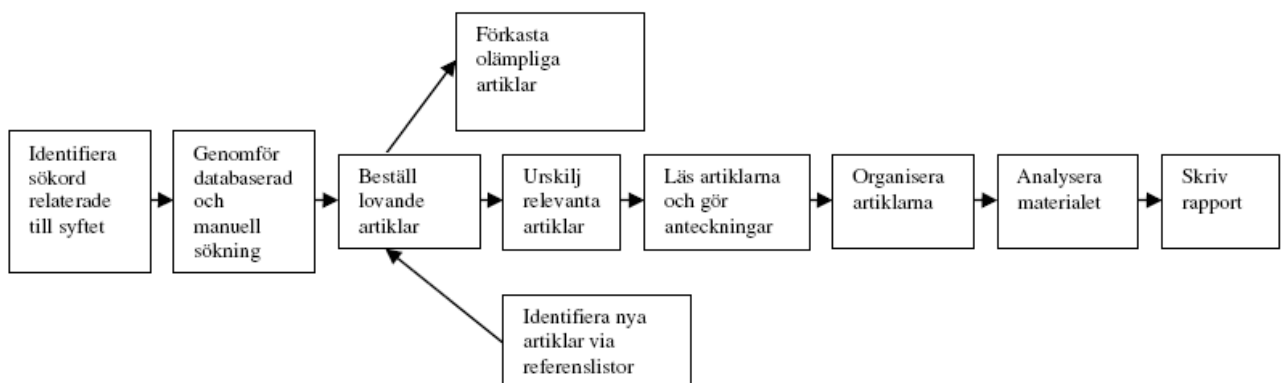
SYFTE

Syftet med litteraturstudien var att belysa patienters upplevelse av återhämtning efter en hjärtinfarkt.

METOD

Design

Studien har genomförts som en allmän litteraturstudie enligt Polit och Becks flödesschema. (Figur 1)



Figur 1. Flödesschema över faser i en litteraturstudie. Fritt efter Polit och Beck (2008, s. 108).

Datainsamling

Artiklarna söktes i de medicinska och omvårdnadsrelaterade databaserna PubMed och Cinahl. PubMed innehåller referenser inom områden som medicin och omvårdnad. Cinahl innehåller artiklar i form av referenser från alla engelskspråkiga omvårdnadstidskrifter (Willman, Stoltz & Bahtsevani 2006). Sökorden som användes var: myocardial infarction, patient, recovery, health, support, quality of life, coping, physical activity, experiences, perception i olika kombinationer samt med booleska operatörer AND. Trunkering samt användande av MeSH-termer och Cinahl Headings skedde också (Se bilaga 1). Sökorden skulle finnas i titeln eller i abstractet. Artiklarna numrerades i bilagorna för att göra det mer överskådliga (bilaga 2). Totalt användes tolv vetenskapliga artiklar, tio hittades via elektronisk sökning och två via manuell sökning (Bilaga 1).

Urval

Inklusionskriterierna var vetenskapliga empiriska studier med abstract publicerade i vetenskapliga tidskrifter från år 2000 till 2010, skrivna på svenska eller engelska. Litteraturstudien baserades på kvalitativ och kvantitativ forskning. De vetenskapliga artiklarna togs fram genom en litteratursökning som utfördes på ett systematiskt sätt. Studierna skulle vara utförda på vuxna människor, 18 år eller äldre. De vetenskapliga artiklar som inte motsvarade litteraturstudiens syfte exkluderades. En kompletterande manuell sökning utfördes efter granskning av valda artiklars referenslistor enligt Polit & Beck (2008). Av fjorton artiklar exkluderades två på grund av att de var av för låg kvalitet.

Analys

De vetenskapliga artiklar vars abstract motsvarade litteraturstudiens syfte valdes ut för kvalitetsgranskning enligt Fribergs granskningsmall (2006). Författarna värderade gemensamt artiklarna med en tregradig skala: hög, medel och låg kvalitet. Hög kvalitet innebar att elva till fjorton punkter stämde överrens med protokollet för de kvalitativa artiklarna. För att uppnå medel kvalitet skulle nio till tio punkter stämma överrens. Låg kvalitet innebar att färre än nio punkter stämde överrens. För kvantitativa artiklar innebar: hög kvalitet: tio-tretton punkter, medel kvalitet nio och låg kvalitet färre än nio punkter stämde överrens enligt protokollet för kvantitativa artiklar (se bilaga 3 och 4). Inga artiklar med låg kvalitet inkluderades i studien.

För analys av de vetenskapliga artiklarna delade författarna först upp de dem mellan sig för översiktlig läsning som sedan upprepades flera gånger för att skapa förståelse för innebörden i texten. Ur de vetenskapliga artiklarnas resultat lyftes meningar ut som matchade litteraturstudiens syfte. Därefter bytte författarna artiklar med varandra för att göra samma analys och jämförde sedan materialet som enskilt tagits fram för att finna likheter och skillnader. Med hjälp av dessa meningar identifierades fyra kategorier till litteraturstudiens resultat (Forsberg & Wengström, 2003).

Etiska överväganden

I denna litteraturstudie används vetenskapliga artiklar som blivit granskade och godkända av etisk kommitté (Forsberg & Wengström, 2003). Författarna har under hela arbetsprocessen strävat efter att förhålla sig objektiva och inte medvetet förvanska materialet.

RESULTAT

Vid analys av artiklarna identifierades fyra kategorier av återhämtning vilka är fysisk återhämtning - upplevelser och förändringar i dagliga livet, emotionell återhämtning – reaktioner och bearbetning, social återhämtning – stöd från närstående och stöd från sjukvårdspersonal. Under dessa kategorier redovisas studiens resultat.

Fysisk återhämtning - upplevelser och förändringar i dagliga livet

Fysisk återhämtning innebar att patienterna upplevde att de var tvungna att hantera konsekvenserna efter sin hjärtinfarkt och den största konsekvensen var trötthet (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2008; Brink, Karlson & Hallberg, 2002 och Brink, Karlson & Hallberg, 2006). Tröttheten påverkade deras fysiska återhämtning på så sätt att de upplevde att deras återanpassning efter hjärtinfarkten försvårades. Tröttheten ledde till brist på energi, isolering, behov av vilopauser och behov av att gå till sängs tidigare. (Brink et al., 2006; Jensen & Petersson, 2003 och Roebuck, Furze & Thompson, 2001) I en studie av Brink, et al. (2002)

uppgav var fjärde patient att de upplevde utmattning. Flera av deltagarna, framför allt kvinnorna, beskrev att känslan av utmattning hade så stor inverkan på deras dagliga aktiviteter att de inte klarade av dagen utan att vila (Roebuck et al., 2001 och Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002). Den fysiska återhämtningen upplevdes som positiv för vissa då de upplevde bättre fysisk förmåga efter hjärtinfarkten, framför allt kvinnor som genomgått PCI. Andra patienter upplevde däremot att deras hälsa och fysiska förmåga hade försämrats månaderna efter hjärtinfarkten (Kristofferzon et al., 2008) och att de var i ett dåligt fysiskt tillstånd (Brink et al., 2006 & Dixon, Lim, Powell & Fisher, 2000).

För de som hade kvarstående symtom, såsom bröstsmärta, andfåddhet, trötthet, arytmier och magsmärta var sjukdomen omöjlig att ignorera. Symtomen påverkade patienternas fysiska återhämtning genom att de begränsade aktiviteterna i det dagliga livet (Alsen, Brink & Persson, 2008; East, Brown & Twells, 2004 och Brink et al., 2006) och orsakade störd nattsömn. Det var främst symtomet andfåddhet som störde sömnen genom att det framkallade känslan av att drunkna (Roebuck et al., 2001). Andfåddhet upplevdes av 18% av patienterna och över 40% upplevde andfåddhet vid ansträngning (Brink, et al., 2002). Dock mellan symtomen försökte de att inte tänka på sjukdomen och leva ett så normalt liv som möjligt (Alsen et al., 2008). För flertalet av patienterna minskade besvären under återhämtningsprocessen och de lärde sig hantera dem bättre (Kristofferzon et al., 2008).

Patienterna upplevde att hjärtinfarkten utmanade det aktiva jaget. (Brink et al., 2006). Återhämtning innebar en förändring i patienternas livsstil (Tod, 2008; Kristofferzon et al., 2008; East et al., 2004; Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002 och Brink et al., 2006) De flesta kände stark motivation till att fortsätta dagliga aktiviteter i sin fysiska återhämtning (Brink et al., 2006 och Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002). Män önskade bibehålla de dagliga aktiviteterna framför att justera dem. De hade svårt att anpassa sig och ville helst fortsätta som innan hjärtinfarkten (Brink et al. 2006) och kände sig som ”en sämre man” när de inte längre klarade av att sköta inköp och underhåll av bostaden (Tod, 2008). Kvinnor var mer benägna att göra små justeringar som att schemalägga aktiviteter för att ta hand om sig själva i sin återhämtning, aktiviteter såsom simning och promenader (Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002; Brink et al., 2006 och Kristofferzon et al., 2008). Detta ökade deras välbefinnande (Kristofferzon et al., 2008). Dessa justeringar var en fortlöpande process genom hela återhämtningen (Brink et al., 2006).

Hjärtinfarkten motiverade patienterna till att vara mottagliga för livsstilsförändringar (Hildingh Fridlund & Lidell, 2006; Condon & McCarthy, 2006 och Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002). Patienterna uttryckte att de inte såg sina livsstilsförändringar som överväldigande menade Brink et al. (2006) medan Condon & McCarthy (2006) ansåg att det var svårare än patienterna trott att genomföra livsstilsförändringar, trots att de var starkt motiverade att lyckas. I studien av Kristofferzon et al. (2008) uppgav patienterna att de testade kroppens gränser. Däremot framkom i studien av East et al., (2004) att patienterna var rädda för att de skulle "överdriva" träningen och att det skulle bli för mycket för kroppen. Motion var ett känsligt område för vissa personer på grund av tidigare negativa erfarenheter. Vissa kvinnor ansåg att deras hälsoproblem var en naturlig del av åldrandet och vissa män hade en tendens att förneka sina symtom.

Patienterna uppgav att de hade eliminerat en eller flera faktorer som sågs som riskfaktorer för att orsaka ny infarkt (Jensen & Petersson, 2003) och de uppgav att de levde ett hälsosammare liv (Kristofferzon et al., 2008). En del patienter uppgav att de, efter hjärtinfarkten, lärde sig att äta en välbalanserad kost på regelbundna tider och att välja hälsosammare produkter. Detta ledde ofta till viktminskning. (Kristofferzon et al., 2008 och Hildingh et al., 2006) Dock upplevde en del patienter det som hårda restriktioner att följa en strikt diet. Det gjordes även livsstilsförändringar i form av rökstopp vilket ledde till bättre ekonomi för patienterna och sågs som en positiv konsekvens av hjärtinfarkten. Vissa patienter var dock så rädda att börja röka igen på grund av det stora röksug de hade att det minskade deras välbefinnande. (Kristofferzon et al., 2008)

Flera av deltagarna uttryckte sin åsikt om att de ofta hade tänkt påbörja ett hälsosammare liv men ingen verkade ha motivationen till att göra förändringarna innan de fick diagnosen hjärtinfarkt (Condon & McCarthy, 2006). Flertalet av deltagarna kände det som en försäkring att följa hälsoråden och därigenom undgå riskerna för en ny hjärtinfarkt (East et al., 2004). Däremot visade studier att patienterna inte lyckades med sina livsstilsförändringar då de ansåg att hjärtinfarkten berodde på andra faktorer som ärftlighet eller psykosociala påfrestningar (Jensen & Petersson, 2003) eller att den medicinska behandlingen kunde kontrollera sjukdomen i motsats till den egenvård patienten kunde utföra (Alsen et al., 2008).

Fysisk återhämtning kunde också beskrivas som att patienterna letade efter symtom, såsom mindre trötthet, som ett tecken på att de var på väg mot ett normalt tillstånd. Kvinnorna pratade om att börja slå sig till ro. De beskrev hur de började må bättre. Ett sätt att skapa förståelse för sin hjärtinfarkt, involverade att leva med de kroppsliga förändringarna som påverkade deras dagliga aktiviteter. (Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002)

Emotionell återhämtning - Reaktioner och bearbetning

Att drabbas av en hjärtinfarkt kom som en överraskning och framkallade en känsla av chock och misstro för flera av patienterna (Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002; Jensen & Petersson, 2003 och Roebuck et al., 2001). I studien av Jensen & Petersson (2003) framkom att tidigare välbefinnande var en sorts garanti för patienterna att ”sjukdom är något som drabbar andra”. Flera patienter kände sig överraskade och arga över att ha drabbats av en hjärtinfarkt trots att de var fysiskt aktiva och åt bra kost (Roebuck et al., 2001). De kunde inte identifiera sig som en ”hjärtinfarktpatient”(Alsen et al., 2008) och flertalet patienter upplevde att de haft emotionella svårigheter under sin återhämtning (Dixon et al., 2000 och Tod, 2008). Däremot menar Brink et al. (2006) att den emotionella återhämtningsprocessen karakteriserades som frånvaro av kris.

Patienterna upplevde en förändring i eller ett hot mot den egna identiteten (Tod, 2008 och Brink et al., 2006). Kvinnorna beskrev ett mönster av att förlora kontrollen över sin egen hemsituation och de likställde detta med att förlora sitt värde som person (Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002). Det var viktigt för patienternas emotionella återhämtning att försöka återta förlorad kontroll och den trygghet och frid de hade innan hjärtinfarkten. Viktiga egenskaper för att kunna hantera den emotionella återhämtningen karakteriserades av engagemang, att tro på sig själv förmågan till självständighet och att kunna påverka sin egen hälsa (Alsen et al., 2008 och Condon & McCarthy, 2006).

Det framkom att det fanns känslor av irritation, ilska, rastlöshet, lätttrördhet, (Kristofferzon et al., 2008 och Jensen & Petersson, 2003) rädsla, sårbarhet (Tod, 2008 och East et al., 2004) samt oro och osäkerhet inför framtiden (Hildingh, et al., 2006; Alsen et al., 2008 och Roebuck

et al., 2001). Vissa patienter var begränsade av sin oro och rädsla för att drabbas av ny hjärtinfarkt vilket hindrade dem i det dagliga livet (Hildingh et al., 2006 och Tod, 2008). De ville inte vara ensamma, var rädda för att testa gränser, undvek fysisk aktivitet och vågade inte resa långt från sjukhus (Kristofferzon et al., 2008). I studier av Kristofferzon et al. (2008) och Jensen et al. (2003) framkom att patienterna beskrev sig som deprimerade vilket motsägs av studier av Brink et al. (2006) och Hildingh et al. (2006) som menar att patienterna inte ansåg sig vara deprimerade och påpekade att de känslomässiga reaktionerna var jobbigare för deras närstående. Vissa kvinnor var arga på sig själva för att de undertryckt sina behov i flera år och för att de kände sig själviska när de satte sina behov främst (Kristofferzen et al., 2008; Jensen & Petersson, 2003 och Hildingh et al., 2006).

Under återhämtningen upplevde patienterna att stress gav upphov till oro. Deltagarna identifierade olika källor till stress såsom att jobba övertid, dålig ekonomi, missbruk, och försöket att klara av för många olika roller (Condon & McCarthy, 2006). Kvinnorna hade olika strategier att hantera stress. Dessa innebar att acceptera situationen som den var, att lämna göromål till dagen efter, att motstå de höga krav som de ställde på sig själva och att inte ha dåligt samvete för att de tog upp plats medan männen uttryckte att de minskade sin stress genom att använda humor och optimism. (Kristofferzon et al., 2008). Trots vetskapen om att stress var den vanligaste bidragande orsaken till hjärtinfarkt, hade deltagarna i studien av Condon & McCarthy (2006) dålig kunskap om hur de skulle göra för att hantera stress i det dagliga livet.

Ingen av patienterna i studien av East et al., (2004) uttryckte någon inverkan av spirituella eller religiösa effekter av sin hjärtinfarkt. Dock uttryckte några en känsla av att komma ”öga mot öga” med deras dödlighet och funderade mycket kring om sjukdomen skulle komma tillbaka (East et al., 2004 och Alsen et al., 2008). Flera av patienterna upplevde att sjukdomen påminde dem om hur bräckligt och begränsat livet var (Alsen et al., 2008). Dock menade Kristofferzon et al. (2008) att patienterna var tvungna att lära sig att leva med förändrade emotionella reaktioner.

I studien av Alsen et al. (2008) ifrågasatte och sökte patienterna aktivt efter orsaker som kunde förklara deras genomgångna hjärtinfarkt. De funderade och resonerade kring

sambandet mellan deras nuvarande livsstil, ärftlighet, miljö och andra tänkbara faktorer som kunde ha orsakat deras hjärtinfarkt. De ville uppnå en djupare förståelse för att kunna hantera hela situationen.

Behovet av att återgå till ett normalt liv var en stark motivation för samtliga av patienterna och en del av den emotionella återhämtningen. Patienterna diskuterade ständigt framtiden. Dock var det känt att deltagarna såg på framtiden med hopp (Condon & McCarthy, 2006). I studien av Kristofferzon et al. (2008) beskrev både kvinnor och män att återhämtningsprocessen karakteriserats av att de fått en andra chans. Kvinnor fick ett bättre liv och prioriterade sig själva och var mer framåt. Män uppgav att de började ett nytt liv och att de fick möjligheter att göra sådant som de missat tidigare i livet. De lärde sig att tala om känslor och uppgav att döden inte skrämde dem längre. Flera av patienterna uttryckte även sin tacksamhet över att ha fått en andra chans i livet och sin tilltro till att de hade haft tur, nämndes av många (Condon & McCarthy, 2006).

Social återhämtning – Stöd från närstående

Bekräftelse och stöd från närstående var viktigt för den sociala återhämtningen (Hilding et al., 2006 och Condon & McCarthy, 2006). Hur patienterna upplevde stödet från sina närstående varierade. Det största stödet ansågs vara maka/make men även barn, svärdöttrar, svärsöner, vänner, grannar och andra i samma situation ansågs vara ett stort stöd i den sociala återhämtningen (Jensen & Petersson, 2003; Kristofferzon et al., 2008 och Hilding et al., 2006) och kunde bidra med praktisk hjälp (Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002; Jensen & Petersson, 2003 och Kristofferzon et al., 2008). Vissa patienter upplevde dock inget stöd alls från sina närstående och menade att deras barn inte hade tid för dem eller så hade de problematiska relationer till sina fruar/ex-fruar. Både kvinnor och män upplevde krav från sina närstående vilka inte verkade förstå deras stora trötthet och sårbarhet. (Kristofferzon et al., 2008 och Hilding et al., 2006)

Kvinnorna berättade hur det emotionella stödet var ett stort stöd, framförallt de fem första dagarna på sjukhuset och i hemmet (Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002).

Familjemedlemmar var mest förstående i början och hjälpsamma med allt men när de såg

förbättringar minskade deras hjälpsamhet (Hildingh et al., 2006). Trots detta framkom i flera av studierna att patienterna kände frustration och oro över att deras partner och familj var överbeskyddande. Familjens överbeskyddande sätt hindrade i vissa fall patienterna från att utföra de aktiviteter som de blivit ordinerade (Condon & McCarthy, 2006; Alsen et al., 2008 och Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002).

Patienterna upplevde att kollegor var accepterande och hänsynstagande och var ett viktigt stöd i den sociala återhämtningen (Hildingh et al., 2006). I studien av Roebuck et al. (2001) uppfattade patienterna att relationen till kollegor blev annorlunda efter hjärtinfarkten. De flesta av patienterna upplevde att anledningen till att det var så, berodde på att kollegorna hade begränsad förståelse för hjärtinfarkten. Kollegorna var livrädda att om patienterna stressade eller tog i för mycket skulle de drabbas av en ny hjärtinfarkt eller ”ramla ner och dö” vilken sekund som helst. (Roebuck et al., 2001 och Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002) Dessa känslor stämde överrens med den osäkerhet som patienterna kände (Roebuck et al., 2001).

De deltagare som fortfarande hade en anställning, berättade att de kände ångest och osäkerhet inför att återvända till arbetet och för deras ekonomiska situation. (Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002). Dock menade Kristofferzon et al. (2008) att patienterna värdesatte att ha ett arbete då de kände att genom att återgå till arbetet försäkrades om att de var friska och tillbaka till ett normalt liv. De som var sjukskrivna uttryckte en önskan om att återgå till arbetet.

I studier av Kristofferzon et al. (2008) och Kerr & Fothergill-Bourbonnais (2002) framkom att förmågan att vara social bidrog till återhämtningen. Flera av kvinnorna upplevde att aktiviteter med familj, barn, barnbarn, släkt och vänner var en viktig del i den sociala återhämtningen. Männerna nämnde aktiviteter med vänner, sociala aktiviteter och resor som viktigt. Det var av stor vikt för männen att ha kontroll och vara till nytta för samhället men på deras egna villkor. (Kristofferzon et al., 2008)

Stöd från sjukvårdspersonal

De flesta deltagarna i studien av Roebuck et al. (2001) uttryckte missnöje med den givna informationen om sin hjärtinfarkt och de upplevde att läkaren var stressad och att han var mest intresserad av att skriva ut recept på mediciner. I studien av Hildingh et al. (2006) framkom att tillgängligheten till sjuksköterskan var stor enligt patienterna. Patienterna upplevde att det var lätt att ringa för att få tid och stöd. Både kvinnor och män betonade vikten av sjuksköterskan både på sjukhus, inom primärvård och företagshälsovård då de stod för kontinuitet, trygghet och praktisk hjälp (Kristofferzon et al., 2008). Det upplevdes dock svårare att få kontakt med läkaren som hade mindre tid för varje patient. Patienterna upplevde att de fick lättförståelig hälsoinformation (Hildingh et al., 2006). De kvinnor som deltog i hjärtrehabiliteringsprogram upplevde trygghet, uppmuntran att fortsätta livsstilsförändringarna och stort stöd av rehabiliteringsteamet och de andra deltagarna. Män upplevde trygghet, säkerhet och omtanke av kardiologen. (Kristofferzon et al., 2008)

De patienter som deltog i hjärtinformationsträffar var mest nöjda med att få svar på frågan varför de fått en hjärtinfarkt (Jensen & Petersson, 2003). Patienterna hade behov av mer information angående symtom, känslor, hjärtstatus, behandling och rehabilitering och männen ville även ha information om sin prognos för att underlätta återhämtningen (Kristofferzon et al., 2008). Patienterna upplevde stöd av vårdpersonal när det gällde deras medicinering och vad de själv kunde göra om bröstsmärtan återkom, hur de skulle använda sitt nitroglycerin (Jensen & Petersson, 2003). Det var viktigt för patienterna att det fanns kompetens hos sjukvårdspersonalen för att kunna hjälpa dem i sin återhämtning (Hildingh et al., 2006). De upplevde även stöd från dietisten. De deltagare som inte deltog i fysiskt rehabiliteringsprogram ansåg att de inte deltog på grund av brist på information om erbjudandet trots att de ansåg att de behövde hjälp att träna. Ett annat skäl var ökade utgifter på grund av transport till träningen, återvändo till arbetet, uppskjutning på grund av by-pass operation eller att de inte ansåg sig behöva rehabilitering. (Jensen & Petersson, 2003)

DISKUSSION

Metoddiskussion

Författarna började med en övergripande sökning för att undersöka tidigare forskning inom området hjärtinfarkt. Sökningen smalnades därefter av för att matcha studiens syfte. Sökteknikerna som användes ansågs relevanta och en hanterbar mängd vetenskapliga artiklar framkom med de sökord och begränsningar som användes (bilaga 1).

De databaser som användes var Cinahl och PubMed. Det innebär att artiklar publicerade i andra databaser kan ha gått förlorade då sökningen endast skett i dessa två databaser. Dock erhöles ett relevant antal artiklar ur de databaser författarna valt att använda och flertalet av artiklarna hittades i båda databaserna.

Författarna valde att inkludera artiklar publicerade mellan år 2000 och 2010 för att forskningen skulle vara så aktuell som möjligt. Vetenskapliga artiklar publicerade på svenska och engelska inkluderades, vilket kan ha begränsat urvalet då artiklar på andra språk kan ha gått förlorade. Misstolkningar kan ha gjorts då författarna inte behärskar det engelska språket fullt ut. Lexikon har använts för att minimera den risken.

Artiklarna som användes var granskade av etisk nämnd samt var peer reviewed, dvs. granskade av expertis inom området innan publicering (Willman, Stolz & Bahtsevani, 2006). Kvalitetsgranskning av artiklarna gjordes enligt Fribergs granskningsmall för kvantitativa och kvalitativa artiklar (Friberg, 2006). För att öka trovärdigheten har endast artiklar med hög eller medel kvalitet inkluderats

Författarna valde att fokusera på vuxna människors upplevelser av återhämtning efter en hjärtinfarkt och att inte titta på skillnader mellan män och kvinnor. Dessutom gjordes ingen närmare åldersbegränsning, vilket kan ha påverkat resultatet. Dock var studiens syfte att belysa patienters upplevelser vilket alltid är individuellt.

Kvalitativa och kvantitativa artiklar inkluderades i litteraturstudien för att få ett så fullständigt material som möjligt. Dock framkom flest kvalitativa artiklar. Endast två kvantitativa artiklar erhöles och författarna valde att redovisa dem tillsammans med de kvalitativa artiklarnas resultat då de kunde ge mer tyngd åt studien.

De vetenskapliga artiklarna delades upp mellan författarna för individuell granskning som upprepades flera gånger. Därefter byttes artiklar och ytterligare granskning skedde. Ur artiklarnas resultat lyftes meningar ut som matchade litteraturstudiens syfte. Dessa meningar diskuterades sedan mellan författarna för att på så vis minimera riskerna för misstolkning, vilket kan ha ökat studiens tillförlitlighet enligt Polit & Beck (2006). Meningarna jämfördes för att finna likheter och skillnader och med hjälp av meningarna utformades fyra kategorier varunder litteraturstudiens resultat redovisades.

Litteraturstudiens överförbarhet kan begränsas till västvärlden då alla studier var utförda i Europa eller Kanada.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att belysa patienters upplevelser av återhämtning efter en hjärtinfarkt.

Resultatet i litteraturstudien visade att trötthet efter hjärtinfarkten påverkade återhämtningen för flertalet patienter och ledde till förändring i det dagliga livet på olika sätt (Kristofferzon et al., 2008; Brink et al., 2002 och Brink et al., 2006). Gemensamt för flertalet patienter var att de uppgav att de lärde sig att hantera sina symtom bättre med tiden och att de strävade efter att återfå ett normalt liv (Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002 och Alsen et al., 2008).

Patterson (2002) menar att en patient i återhämtning balanserar mellan de krav som finns och den förmåga patienten har. I återhämtningsprocessen befinner sig patienten i en ny situation och behöver göra förändringar efter sin egen förmåga. Vidare framkom det att patienterna var motiverade till att genomföra livsstilsförändringar (Hildingh et al., 2006; Condon & McCarthy, 2006 och Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002) och uttryckte även att de hade

tänkt påbörja ett hälsosammare liv innan de fick diagnosen hjärtinfarkt men att motivationen då saknades (Condon & McCarthy, 2006). Detta kan tolkas som att patienterna insett att de levt ohälsosamt och att de varit i riskzonen för att utveckla hjärt-kärlsjukdom. Studier visar att vissa patienter upplevde det lättare än andra att genomföra livsstilsförändringar (Condon & McCarthy, 2006 och Brink et al., 2006). En orsak till att vissa patienter hade svårigheter att genomföra livsstilsförändringar kan vara att de ansåg att den medicinska behandlingen kunde kontrollera sjukdomen i motsats till sina egna strategier och att de ansåg att hjärtinfarkten berodde på andra faktorer såsom ärftlighet. Detta framkom även i studierna av Alsen et al (2008) och Jensen & Petersson (2003). Petrie, Buick, Weinman & Booth (1999) menar att de patienter som anser sig ha kontroll över sin livssituation har större chans att lyckas med sina livsstilsförändringar i återhämtningen efter en hjärtinfarkt. Detta skulle kunna vara en förklaring till att vissa patienter har lättare att genomföra livsstilsförändringar än andra.

I litteraturstudien framkom att hjärtinfarkten kom som en överraskning och skapade känslor av bl.a. misstro, chock, irritation och ilska (Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002; Jensen & Petersson, 2003; Roebuck et al., 2001 och Kristofferzon et al., 2008) Dessa känslor fick patienterna lära sig att hantera under återhämtningsprocessen. Enligt Karlsson (2001) förknippas starka reaktioner såsom sorg, skuld och ilska med en krisupplevelse. Många tankar och känslor väcks när man drabbas av en sjukdom och ens hälsa känns hotad. I studien av Brink et al (2006) framkom däremot att återhämtningen efter en hjärtinfarkt karakteriserades som frånvaro av kris, vilket kan anses förvånande. En anledning skulle kunna vara att individen har en positiv sjukdomsupplevelse. Cherrington et al (2004) betonar hur individens sjukdomsupplevelse påverkar återhämtningen beroende på om upplevelsen är positiv eller negativ då en negativ sjukdomsupplevelse leder till fler komplikationer och depressiva känslor. En annan anledning skulle kunna vara att individen förnekar det inträffade för att kunna hantera den akuta situationen som en hjärtinfarkt innebär.

I litteraturstudien framkom att bekräftelse från kollegor och familj var viktigt för den sociala återhämtningen (Hildingh et al, 2006 och Condon & McCarthy, 2006) Flertalet patienter upplevde ett starkt stöd från sina närstående (Jensen & Petersson, 2003; Kristofferzon et al., 2008 och Hildingh et al., 2006). Dock visade det sig att patienterna även upplevde sina närstående som överbeskyddande. Detta skapade frustration och oro för patienterna, (Condon

& McCarthy, 2006; Alsen et al., 2008 och Kerr & Fothergill-Bourbonnais, 2002) vilket hämmade deras återhämtning. Enligt Stewart, Davidson, Meade, Hirth & Makrides (2000) kan närståendes överbeskyddande sätt utlösa stress hos patienten. Orsaken till att de närstående är överbeskyddande kan vara att de inte får tillräcklig information om hjärtinfarkten av sjukvårdspersonal då fokus främst är på patienten. Enligt McLean & Timmins (2007) upplever de närstående att de saknar delaktighet kring den information som ges till patienten. Detta påverkar relationen mellan närstående och patient och leder till att de närstående blir överbeskyddande. Det är av stor vikt att både patienten och de närstående får ta del av den information och stöd som ges under hela återhämtningsprocessen. Att de närstående är insatta i patientens sjukdom är viktigt då familjens reaktion till sjukdomen påverkar både välbefinnande och återhämtning hos patienten efter en hjärtinfarkt (Newman, 2003).

Det framkom att en viktig egenskap för återhämtning var engagemang, möjlighet att påverka sin egen hälsa och att tro på sig själv. En stark motivation i återhämtningsprocessen var att återta förlorad kontroll och att återgå till ett normalt liv (Alsen et al., 2008 och Condon & McCarthy, 2006). Det styrks av Johnson & Morse (1990) som menar att lära sig leva med en sjukdom handlar om att återfå kontroll över sitt liv. I studien av Johnson & Morse (1990) där man undersökt återhämtningsprocessen hos patienter som genomgått en hjärtinfarkt framkom fyra steg av återhämtning. Centralt för dessa fyra steg var att fokus låg på att återfå kontroll. Det sista steget innefattar att acceptera sina begränsningar och att kunna fokusera på annat än hjärtinfarkten. Patienterna sökte aktivt efter kunskap om sin hjärtinfarkt och ville uppnå en djupare förståelse för att kunna hantera situationen (Alsen et al, 2008). Detta kan vara ett sätt för patienterna att acceptera sin sjukdom, återfå kontroll och att gå vidare i sin återhämtning.

I litteraturstudien framkom att patienterna upplevde att de fått en andra chans. Här skiljde sig kvinnors och mäns upplevelser åt. Kvinnorna lärde sig att prioritera sig själva mer än tidigare och männen ansåg det viktigt för återhämtningen att vara till nytta för samhället (Condon & McCarthy, 2006 och Kristofferzon et al; 2008). En anledning till detta kan vara att kvinnor ofta har en förmåga att prioritera andra framför sig själv. Den äldre generationens kvinnor har ofta varit hemma och tagit hand om familjen medan mannen har varit familjeförsörjare. Det kan också förklara att mannen känner ett behov av att vara till nytta för samhället.

Det visade sig vara viktigt för patienterna att det fanns kompetens hos sjukvårdspersonalen för att underlätta återhämtningen (Hilding et al., 2006). En del patienter upplevde missnöje med den givna informationen om hjärtinfarkten (Roebuck et al, 2001). Dock betonade flertalet patienter vikten av sjuksköterskan då han/hon stod för kontinuitet, trygghet och praktisk hjälp (Kristofferzon et al., 2008). De patienter som deltog i rehabiliteringsprogram uppfattade dessa som positiva. Dock fanns det patienter som inte deltog. Enligt en studie av Grace et al (2002) avböjde eller slutade flertalet patienter sitt deltagande i hjärtrehabiliteringsprogram. En orsak till detta kan vara att vårdpersonalen brister i informationen om erbjudandet att delta. Det kan även bero på att patienten inte anser sig behöva rehabilitering.

Slutsats

Litteraturstudien visade att återhämtning är något som upplevs individuellt. Som sjuksköterska är det viktigt att vara medveten om detta vid mötet med patienten. Gemensamt för flertalet patienter var att de upplevde att de fått en andra chans. En viktig del i återhämtningen var att återfå förlorad kontroll och självständighet och därigenom återfå den trygghet de hade tidigare. Ett viktigt redskap patienterna behöver för att lyckas i sin återhämtning är kunskap. Här kan sjukvårdspersonalen bidra med hjälp för att stötta patienterna i sin återhämtning. Det finns ett stort informationsbehov och det är viktigt att informationen ges upprepade gånger över en längre tid. Eftersom det visade sig att närstående är en viktig del i patientens återhämtning bör de närstående ges möjligheten att involveras under hela vårdförloppet. Det stärker patienten att kunna diskutera den information som ges och kan undvika att informationen misstolkas. Det kan även minska risken att de närstående blir överbeskyddande. Det är viktigt att sjuksköterskan finns tillgänglig för patienten och närstående under hela återhämtningsprocessen och att vara lyhörd för de patienter som behöver mer information.

REFERENSER

* = artiklar som ingår i studien

*Alsen, P., Brink, E. & Persson, L-O. (2008) Patients' illness perception four months after a myocardial infarction, *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness* in association with *Journal of Clinical Nursing*, 17, 5a, s. 25-33

*Brink, E., Karlson, 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) s. 5-16

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

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

Cherrington, C.C., Moser, D.K., Lennie, T.A. & Kennedy, C.W. (2004) Illness representation after acute myocardial infarction: impact on hospital recovery, *American Journal of Critical Care*, 13 s. 136-145

Cullberg, J. (2003) *Kris och utveckling*, Stockholm: Natur och Kultur

Delmar, C., Böje, T., Dylmer, D., Forup, L., Jacobsen, C., Möller, M., Sönder, H. & Pedersen, B.D. (2005) Achieving harmony with oneself: life with a chronic illness, *Scandinavian Journal of Caring Science*, 19, s. 204-212

*Dixon, T., Lim, L. L-Y., Powell, H. & Fisher, J.D. (2000) Psychosocial experiences of cardiac patients in early recovery: a community-based study, *Journal of Advanced Nursing* 31(6), s. 1368-1375

*East, L., Brown, K. & Twells, C. (2004) 'Knocking at St Peter's door'. A qualitative study of recovery after a heart attack and the experience of cardiac rehabilitation, *Primary Health Care Research and Development*, 5 s. 202-210

Friberg, F. (Red). (2006) *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*, Lund: Studentlitteratur

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2003) *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*, Stockholm: Natur och kultur

Grace, S.L., Abbey, S.E., Shnek, Z.M., Irvine, J., Franche, R-I. & Stewart, D.E. (2002) Cardiac Rehabilitation II: referral and participation. *General Hospital Psychiatry*, 24 s. 127-134.

Hjärt & Lungfonden (2008). *Hjärtinfarkt- en temaskrift om vad som händer under och efter hjärtinfarkt*. Stockholm: Hjärt & Lungfonden.

*Hildingh, C., Fridlund, B. & Lidell, E. (2006) Access to the World After Myocardial Infarction: Experiences of the Recovery Process, *Rehabilitation Nursing*, 31(2) s. 63-68

Jacobson, N. & Greenley, D. (2001) What is recovery? A conceptual model and Explication, *Psychiatric Services*, 52, s. 482-485

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

Johnson, L.J. & Morse, R.N. (1990) Regaining control: the process of adjustment after myocardial infarction. *Heart and Lung*, 19 s. 126-135.

Karlsson, L. (2001) *Psykologins grunder*. Lund: Studentlitteratur

*Kerr, E. & Fothergill-Bourbonnais, F. (2002) The recovery mosaic: Older women's lived experiences after a myocardial infarction, *Heart & Lung*, 31(5) s. 355-367

Kristofferzon, M-L., Löfmark, R. & Carlsson, M. (2005) Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction, *Journal of Advanced Nursing* 52(2), s. 113-124

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

Lau-Walker, M. (2004) Relationship between illness representation and self-efficacy, *Journal of Advanced Nursing*, 48(3), s. 216-225

Medin, J. & Alexanderson, K. (2000) *Begreppen hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*, Lund: Studentlitteratur

McLean, A. & Timmins, F. (2007) An exploration of the information needs of spouse/partner following acute myocardial infarction using focus group methodology *Nursing in Critical Care* 12, s. 141-150

Newman, S. (2003) The psychological perspective: a professional view. *Heart* 89, s. 16-18

Oterhals, K., Hanestad, B.R., Eide, G.E. & Hanssen, T.A. (2006) The relationship between in-hospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(4) s. 303-310

Patterson, JM. (2002) Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of Marriage and Family* 64, s. 349-360

Perski, A. (1999) *Det stressade hjärtat – Att förstå stress och hur vi hanterar livskriser*. Stockholm: Brombergs Bokförlag

Persson, J. & Stagmo, M. (2008) *Perssons KARDIOLOGI-Hjärtsjukdomar hos vuxna* Lund: Studentlitteratur

Petrie, KJ., Buick, DL., Weinman, J. & Booth, RJ. (1999) Positive effects of illness reported by myocardial infarction and breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 s. 537-543

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008) *Nursing Research- Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, (8 uppl.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

*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) s. 787-794

Roman, M.W. (2006) The process of recovery: a tale of two men. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, s. 537-557

Socialstyrelsen Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005). (Elektronisk) Tillgänglig: www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1 (2011-03-12)

Stewart, M., Davidson, K., Meade, D., Hirth, D. & Makrides, L. (2000) Myocardial infarction: survivors and spouses stress, coping and support. *Journal of Advanced Nursing*, 31 s. 1351-1360

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

Wallentin, L. (red) (2007) *Akut kranskärlssjukdom*, Stockholm: Liber

WHO (2006) *Constitution of the World Health Organisation* Basic dokument, 45:e upplagan (kolla upp hälsobegreppet) eller se b-uppsats.

Willman, A, Stolz, P & Bahtsevani, C (2006) *Evidensbaserad omvårdnad-En bro mellan forskning och klinisk verksamhet. 2:a upplagan*. Lund: Studentlitteratur

Bilaga 1

Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Datum	Databas	Sökord och boolesk operator (and, or, not)	Begränsningar	Typ av sökning (tex. fritext, ab-stract, nyckelord, MESH-term)	Antal träffar	Motiv till exklusion av artiklar	Utvalda artiklar
2010-10-12	Pubmed	Myocardial infarction AND patients AND quality of life AND health AND coping	10 år Svenska/engelska All adult 19 år+, människor, kvinnor och män	Abstrakt , MESH-term	23	Motsvarade inte studiens syfte	Nr.4 Nr.7 Nr. 8
2010-11-26	Cinahl	Myocardial infarction AND patient* AND health AND experiences	2000-2010 Svenska/engelska All adult Human	Abstract , Headings	18	Redan insamlade artiklar återfanns (2st) och några motsvarade inte studiens syfte.	Nr.2
2010-12-06	Cinahl	Myocardial infarction AND patient* AND support AND recovery	2000-2010, Svenska/engelska All adult Human	Abstrakt, Headings	17	Motsvarade inte studiens syfte	Nr.3 Nr.9 Nr.10 Nr.12
2010-12-06	Cinahl	Myocardial infarction AND patients AND quality of life AND health AND physical activity	2000-2010, Svenska/engelska All adult Human	Abstrakt, Headings	10	Redan insamlade artiklar (1st) återfanns och några motsvarade inte studiens syfte.	Nr.11
2010-12-15	Pubmed	Myocardial infarction AND patients AND recovery AND perception	10 år Svenska/engelska	Abstract, MESH-term	10	Motsvarade inte studiens syfte.	Nr 1
2011-01-15	Manuell sökning via referenslistor						Nr 5 Nr 6

Bilaga 2

Artikelöversikt

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Nr.1 Alsen P, Brink E & Persson L-O Sverige, 2008	Patients` illness perception four months after a myocardial infarction	Studiens syfte var att undersöka patienters sjukdoms- upplevelse av en hjärtinfarkt fyra månader efter.	Studien gjordes på 25st patienter, varav nio var kvinnor. Patienterna hade genomgått en hjärtinfarkt mellan perioden okt 2005-sept 2006.	Kvalitativ ansats. Patienterna valdes ut fortlöpande under vårdtiden. Fyra månader efter utskrivning togs kontakt via telefon och fick då frågan om att delta i studien. Flertalet av intervjuerna skede i hemmet hos patienterna. Metod som har använts är innehållsanalys.	Flertalet av deltagarna uttryckte oro över att närstående var överbeskyddande, deltagarna ville helst ta kontroll över sin egen hälsa och göra sina egna val. Överensstämmande för flera av deltagarna var att det inte kunde identifiera sig som en ”hjärtinfarktpatient”.	Hög
Nr.2 Brink, E, Karlson, B.W & Hallberg, L.R-M, 2002,Sverig e	Health experiences of first time myocardial infarction: factors influencing women`s and men`s health- related quality of life after five months.	Syftet med studien var att undersöka livskvaliteten hos patienter fem månader efter att de genomgått en första hjärtinfarkt.	114 patienter, 37 kvinnor och 77 män som vårdats för hjärtinfarkt på ett sjukhus i Uddevalla deltog i studien. Deltagarna fick fem frågeformulär hemskickade fem månader efter utskrivning.	Kvantitativ ansats. Data analyserades med SPSS för Windows. P-värde < 0,05 ansågs statistiskt signifikant. Även statistisk analys med t-test användes för att värdera hjärtinfarktens påverkan på livskvaliteten jämfört med normalpopulationen.	Vanligaste symtomet efter fem månader var trötthet (41%). Andfåddhet vid vila upplevdes av 18% och över 40% upplevde andfåddhet vid ansträngning..	Medel

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Nr.3 Brink, E.,Karlson BW., Hallberg L. R-M. Sverige 2006	Readjustment five months after a first- time myocardial infarction: reorienting to active self	Studiens syfte var att undersöka patienters återanpassning efter en första hjärtinfarkt	21 patienter, elva kvinnor och tio män som genomgått sin första hjärtinfarkt deltog i studien. Studien ägde rum på ett sjukhus i Sveriges landsbygd.	Kvalitativ ansats. Deltagarna intervjuades fem månader efter genomgången hjärtinfarkt. De flesta deltagarna blev intervjuade i sina hem men en del intervjuades på sjukhus. Metod som har använts är innehållsanalys.	En huvudkategori med fyra underkategorier identifierades och var: återanpassning till det aktiva jaget/livet med underrubrikerna: fatigue och andra hälsoproblem, sjukdomsupplevelse, minimera konsekvenser och moderera/anpassa aktiviteter.	Hög
Nr.4 Condon ,C & McCarthy, G Irland 2005	Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives	Studiens syfte var att undersöka patienternas perspektiv på att göra livsstils- förändringar efter en hjärtinfarkt	Tio patienter som hade haft sin första hjärtinfarkt på ett sjukhus i Cork, Irland. Nio var män och en var kvinna. Patienterna fick muntlig och skriftlig information om studien på sjukhuset och kontaktas sedan 6 månader efter utskrivning.	Kvalitativ ansats. Semi-strukturerade intervjuer genomfördes. Intervjuerna analyserades av en utomstående, som var expert på kvalitativa studier. Metod som har använts är innehållsanalys.	I studien fann man att patienterna upplevde att stödet från samhället var dåligt, vilket försvårade deras möjligheter till livsstilsförändringar. Överbeskyddande familjemedlemmar skapade frustration för patienterna, och försvårade på så vis deras förmåga till återhämtning efter sin hjärtinfarkt.	Medel

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsme- tod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Nr.5 Dixon, T., Lim, L. L.-Y., Powell, H. & Fisher, J.D Storbritannien 2000	Psycho- social experiences of cardiac patients in early recovery: a community- based study	Syftet med studien var att undersöka karaktären, förekomsten och svårighetsgraden av de problem som vanligen upplevs av hjärtpatienter i den tidiga återhämtningen.	1124 hjärtpatienter som var mellan 20 och 85 år deltog, och hade skrivits ut från 18 sjukhus i Hunterregionen Studien pågick mellan 1996-1998.	Kvantitativ ansats. Deltagarna fick svara på en enkät det s.k. MaCNew QLMI formuläret. Deltagarna fick svara på enkäten fyra månader efter utskrivning. Statistiska metoder (STATA) användes för att mäta trovärdigheten.	Det största problemet som upplevdes var det fysiska tillståndet hos patienterna. 32% av deltagarna hade genomgått en hjärtinfarkt. Av dessa upplevde 67% problem med emotionella reaktioner, 76% upplevde problem sitt fysiska tillstånd, 62% upplevde problem i sitt tillfrisknande och 55% upplevde problem i förhållandet med sin familj och vänner.	Hög
Nr.6 East L, Brown, K & Twells,C United Kingdom 2004	”Knocking at St Peter`s door`. A qualitative study of recovery after a heart attack and the experience of cardiac rehabilitatio n	Studiens syfte var att undersöka patienters erfarenhet efter en genomgången hjärtinfarkt och att fånga patienternas åsikter om redan befintlig service och att på så viss samla idéer för att starta en ny kommun baserad hjärt- rehabilitering.	20st deltog i studien, varav 14 var män och sex var kvinnor. Patienterna hade vårdats för en hjärtinfarkt i sydöstra Nottingham. Medelåldern för männen var 65 år och för kvinnorna var den 66 år.	Kvalitativ ansats. Semi- strukturerade intervjuer genomfördes. Intervjuerna utfördes 1-12 månader efter hjärtinfarkten. Metod som har använts är innehållsanalys.	Samtliga deltagare i studien identifierade förändringar i sina liv till följd av sin hjärtinfarkt. För flera av deltagarna kände det som en ”försäkning” att följa de hälsoråd man fått och på så viss kunde man förebygga en ny hjärtinfarkt. Tankar på framtiden frambringade en känsla av sårbarhet och rädsla för deltagarna.	Medel

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Nr.7 Hildingh, C., Fridlund, B., & Lidell, E. Sverige 2006	Access to the world after myocardial infarction: Experiences of the recovery process	Syftet med studien var att undersöka återhämtningen efter en hjärtinfarkt ur patientens perspektiv	Deltagarna var hjärtpatienter som vistats på ett sjukhus i södra Sverige. 16 män och kvinnor i åldrarna 45-77 år deltog i studien.	Kvalitativ ansats. Deltagarna intervjuades i deras hem förutom en intervju som genomfördes på patientens arbetsplats. Metod som har använts är innehållsanalys.	Tre huvudkategorier framkom ur intervjuerna vilka var förmåga, hinder och återanpassning. Bland annat framkom att bekräftelse från kollegor och familj var viktigt. Det var även viktigt för patienterna att det fanns kompetens bland sjukvårdspersonalen, detta underlättade för återhämtningen.	Medel
Nr.8 Jensen, B.O. & Petersson, K. Danmark 2002	The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction	Syftet med studien var att undersöka patienters sjukdomsupplevelser av sin första hjärtinfarkt med fokus på livssituation och återhämtningsprocess.	30 patienter deltog i studien som genomfördes i Odense i Danmark. Åtta var kvinnor.	Kvalitativ ansats. Patienterna deltog i semi-strukturerade intervjuer. Första intervjun gjordes andra eller tredje dagen efter infarkten och en uppföljande intervju utfördes 17 veckor efter hjärtinfarkten. Metod som har använts är innehållsanalys.	Fyra kategorier belyser deltagarnas upplevelse av återhämtning: att söka vård, existentiellt hot, att förebygga ny hjärtinfarkt och behov av kunskap och stöd.	Hög

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Nr.9 Kerr, E & Fothergill- Bourbonnaisn ,F Kanada 2002	The recovery mosaic: Older women`s lived experiences after a myocardial infarction	Studiens syfte var att undersöka äldre kvinnors erfarenhet av återhämtning efter en första AMI.	7st kvinnor, som var i åldern 67-86 år deltog i studien. Deltagarna hade genomgått sin första hjärtinfarkt och var över 65 år.	Kvalitativ ansats. Semistrukturerade intervjuer i hemmet. Man använde sig av en induktiv beskrivande metod. Innehållsanalys.	Att ha fått diagnosen hjärtinfarkt kom som en överraskning och framkallade en känsla av chock, vilket var ett överrensstämmande tema. Kvinnorna upplevde att de förlorade kontrollen över sin hemsituation och likställde detta med att förlora sitt värde som person. Kvinnorna betonade hur viktigt det emotionella stödet var dagarna efter utskrivning från sjukhuset.	Medel
Nr.10 Kristofferzon, M-L., Löfmark, R., Carlsson, M. Sverige 2008	Managing consequences and finding hope - experiences of Swedish women and men 4-6 months after myocardial infarction	Syftet med studien var att beskriva vardagliga upplevelser hos kvinnor och män 4-6 månader efter hjärtinfarkt samt deras förväntningar inför framtiden	39 patienter deltog i studien. 20 kvinnor och 19 män valdes ut ur en större studie Deltagarna skulle ha genomgått en hjärtinfarkt och behandlats på intensivvårdsavdelning. Studien ägde rum i ett sjukhusområde i mellersta Sverige.	Kvalitativ ansats. Semi- strukturerade intervjuer genomfördes. Intervjuerna genomfördes i huvudsak i deltagarnas hem men även på sjukvårdsinrättningar och på deltagarnas arbetsplats. Metod som har använts är innehållsanalys.	Två huvudteman gällande upplevelserna efter en hjärtinfarkt framkom. Att hantera konsekvenserna efter hjärtinfarkt och att finna en mening i det inträffade. Att finna en mening i det inträffade ledde till positiva konsekvenser, såsom att få en andra chans, och att finna hopp om ett fortsatt hälsosamt liv.	Hög

Författare Land År	Titel	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Nr.11 Roebuck ,A, Furze, G & Thompson, D.R United Kingdom 2001	Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study	Syftet med studien var att undersöka och få insikt i vilka effekter det kan ha på kvaliteten på hälsan och livet när man har drabbats av en hjärtinfarkt.	31 patienter med diagnosen hjärtinfarkt medverkade i studien. 21 var män och tio var kvinnor. Patienterna rekryterades under en 4 månaders period från ett sjukhus i norra England.	Kvalitativ ansats. Semi-strukturerade intervjuer genomfördes i hemmet hos patienterna. Metod som har använts är innehållsanalys. En utomstående tolkade trovärdigheten i intervjuerna.	I studien fann man att andfåddhet, osäkerhet och överbeskyddande från familjen och närstående var stora problem. Även missnöje bland deltagarna angående informationen och stöd framkom. Deltagarna berättade att symtom som andfåddhet, utmattning och bröstsmärta var de symtom som hade haft mest skadlig effekt på deras livskvalitet efter deras hjärtinfarkt.	Medel.
Nr.12 Tod , A. England 2008	Exploring the meaning of recovery following myocardial infarction	Syftet med studien var att undersöka innebörden av återhämtning efter en hjärtinfarkt ur patientens och dennes närståendes perspektiv	34 personer deltog i grupp- och enskilda intervjuer. Dessa 24 personer var deltagare i ett hjärt- rehabiliteringsprogram. Studien utfördes i norra England.	Kvalitativ ansats. Fyra gruppintervjuer genomfördes, vissa i anslutning till de vanliga gruppmötena och andra vid separata. Metod som har använts är innehållsanalys.	Två huvudteman fann man i studien och dessa belyser deltagarnas upplevelse av återhämtning. Dessa huvudteman var förändring och vaksam osäkerhet.	Hög

Bilaga 3

Protokoll för kvalitetsgranskning av kvalitativa studier (Friberg, 2006).

- Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
- Finns det någon vårdvetenskaplig teoribildning beskriven i bakgrunden? Hur är denna i så fall beskriven?
- Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- Hur är metoden beskriven?
- Hur är undersökningspersonerna beskrivna?
- Hur analyseras data?
- Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
- Vad visar resultatet?
- Hur har författarna tolkat studiens resultat?
- Vilka argument förs fram?
- Förs det några etiska resonemang?
- Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?
- Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, t.ex. vårdvetenskapliga antaganden?

Hög kvalitet: 11-14 punkter stämmer överrens.

Medel kvalitet: 9-10 punkter stämmer överrens.

Låg kvalitet: Färre än nio punkter stämmer överrens.

Bilaga 4

Protokoll för kvalitetsgranskning av kvantitativa studier (Friberg 2006)

- Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
- Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är dessa i så fall formulerade?
- Finns det någon vårdvetenskaplig teoribildning beskriven i bakgrunden? Hur är denna i så fall beskriven?
- Vad är syftet? Är det klart formulerat?
- Hur är metoden beskriven?
- Hur har urvalet gjorts (t.ex. antal personer, ålder, inklusions- respektive exklusionskriterier)?
- Hur analyserades data? Vilka statistiska metoder användes? Var dessa adekvata?
- Hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop? I så fall, hur hänger de ihop?
- Vad visar resultatet?
- Vilka argument förs fram?
- Förs det några etiska resonemang?
- Finns det någon metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall, t.ex. vad gäller generaliserbarhet?
- Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, t.ex. vårdvetenskapliga antaganden?

Hög kvalitet: 10-13 punkter stämmer överrens.

Medel kvalitet: 9 punkter stämmer överrens

Låg kvalitet: Färre än nio punkter stämmer överrens.