



**Självständigt arbete (examensarbete), 15 hp, för  
Kandidatexamen i omvårdnad  
VT 2020**

## **När livet plötsligt förändras**

En litteraturöversikt om yngre patienters upplevelser av att ha drabbats av hjärtinfarkt.

**Muna Farah och Liliana Alina Pasca**

**Författare**

Muna Farah och Liliana Alina Pasca

**Titel**

När livet plötsligt förändras: Yngre patienters upplevelser av att ha drabbats av hjärtinfarkt

**Engelsk titel**

When life suddenly changes: Younger patients experiences of suffering a heart attack

**Handledare**

Ann-Sofi Ellertsson

**Examinator**

Gerth Hedov

**Sammanfattning**

**Bakgrund:** Hjärtinfarkt är en livshotande folksjukdom som uppstår i samband med att cellerna i hjärtmuskulaturen drabbas av syrebrist vilket leder till celldöd. Patienterna kan vara symtomfria eller uppleva symtom som andningssvårigheter, buksmärta och bröstsmärta som utstrålar upp i käken, armen eller handled. Hjärtinfarkt drabbar personer runt om i hela världen. I Sverige kan man konstatera att 1500 personer dör årligen innan de har fyllt 65 år. Det börjar bli allt vanligare att yngre personer också drabbas av en hjärtinfarkt och att de läggs in på sjukhuset. Det krävs att sjuksköterskan har kunskaper och förståelse för patienternas situation för att de ska kunna hjälpa dem. **Syfte:** Att belysa yngre patienters upplevelser av att ha drabbats av hjärtinfarkt. **Metod:** Studien genomfördes som en kvalitativ litteraturöversikt och grundar sig på 11 kvalitativa artiklar.

**Resultat:** Belyser yngre patienters upplevelser av att ha drabbats av hjärtinfarkt och bygger på 11 kvalitativa artiklar. Tre huvudkategorier bildades: Fysiska begränsningar, variationer i det psykiska tillståndet och en förändrad livsstil samt åtta underkategorier. **Diskussion:** De mest förekommande upplevelserna var trötthet, ovisshet, rädsla samt en förändrad livsstil. Fynden diskuterades med hjälp av KASAM och jämfördes med annan forskning,

Patient, Upplevelser, Hjärtinfarkt

# Innehåll

Inledning .....	5
Bakgrund .....	5
Syfte .....	8
Metod .....	8
Design .....	8
Sökvägar och Urval .....	8
Granskning och Analys .....	9
Etiska överväganden .....	10
Förförståelse.....	11
Resultat.....	11
Fysiska begränsningar .....	12
<i>Symtom och kroppsliga svagheter</i> .....	12
<i>Begränsningar i vardagen</i> .....	13
Variationer i det psykiska tillståndet.....	15
Känslomässiga förändringar och kognitiva begränsningar .....	15
<i>Begränsningar i det sociala livet</i> .....	18
<i>En förändrad självbild</i> .....	18
En förändrad livsstil .....	19
<i>En andra chans till livet</i> .....	19
<i>Att kunna hantera sin situation</i> .....	20
<i>Medicin - som en trygghet eller en förlorad självständighet</i> .....	21
Diskussion .....	21
Metoddiskussion .....	21
Resultatdiskussion.....	23
Slutsats .....	27

Referenser..... 29

Bilaga 1 Sökschema för datorbaserad litteratursökning

Bilaga 2 Artikelöversikt

## Inledning

Föreställ dig att du är en helt frisk och ung människa. Du vaknar en morgon och börjar din dagliga rutin och helt plötsligt kraschar du. Nästa gång du öppnar dina ögon och ser dig omkring inser du att du befinner dig på en hjärtintensivvårdsavdelning och en sjuksköterska berättar för dig att du har fått en hjärtinfarkt. Det är ett skrämmande scenario som kan vara svårt att föreställa sig men samtidigt en verklighet som erfaras av många personer. Sådana händelser förändrar människans liv och utmanar till att fortsätta leva trots kroppsliga omvandlingar vilket gör det väsentligt att sjuksköterskan förstår patientens upplevelser efter en hjärtinfarkt.

## Bakgrund

Hjärtinfarkt tillhör gruppen hjärt- och kärlsjukdomar som enligt World Health Organisations (WHO, 2017) intar första platsen för dödsorsaker världen runt. Siffror visar att 17.9 miljoner människor dog i hjärt- och kärlsjukdomar under 2016, oavsett socioekonomisk status, kön eller ålder. Det motsvarar 31% av alla dödsfall i världen. I Sverige insjuknade 24 800 personer i hjärtinfarkt under 2018 och ungefär 5800 dog till följd av det (Socialstyrelsen, 2019). Mellan 2007 och 2018 minskade antalet personer som insjuknat i hjärtinfarkt per 100 000 invånare bland alla åldersgrupper med undantag för den yngsta gruppen, 15–29 år. En minskning på 25 % respektive 24 % sågs bland personer i åldern 30–44 respektive 45–64 år. Enligt Folkhälsomyndigheten (2019) är hjärtinfarkt vanligt förekommande i 65-årsåldern och äldre. Däremot kommer denna studie att fokusera på personer som är yngre än 65 år som drabbats av hjärtinfarkt.

Andersson och Vasan (2018) beskriver att hjärtinfarkt vanligtvis förekommer vid 65 års ålder för män och 72 års ålder för kvinnor. De konstaterade att hjärtinfarkt drabbar även yngre patienter och det blir allt vanligare att de läggs in på sjukhus med akut hjärtinfarkt. Det tar längre tid innan yngre patienter med hjärtinfarkt får en diagnos vilket innebär större risk för morbiditet och mortalitet jämfört med patienter som diagnostiseras i ett tidigare skede. Anledningen till att diagnosen dröjs är låg misstanke om hjärtinfarkt,

atypiska symtom och smärtor som inte tyder på kardiologisk orsak som till exempel ångest, respiratoriska problem eller magbesvär (Canto et al., 2012).

Alpert, Thygesen, Antman och Bassand (2001) beskriver att hjärtinfarkt uppstår i samband med att cellerna i hjärtmuskeln drabbas av långvarig syrebrist (ischemi). Celldöd uppstår till följd av antingen blodkoagulation eller kontraktion av den nekrotiska vävnaden men även av båda samtidigt. Persson (2003) uppger att infarkt kan angripa hela hjärtmuskeln eller enbart en del av den och utifrån bilder från EKG (elektrokardiogram) diagnostiseras det som ST-höjnings respektive non ST-höjningsinfarkter.

Hjärtinfarkt diagnosticeras genom att kombinera två eller tre typiska symtom. Bröstmärta representerar ett typiskt symtom av hjärtinfarkt tillsammans med förhöjda nivåer av enzym och onormalt EKG som påvisar förändringar av Q-vågen. Vanligt förekommande symtom vid hjärtinfarkt kan lokaliseras i den centrala eller den vänstra delen av bröstet med utstrålningar i arm, handled, rygg eller skulder. Det kan förknippas med obehag i epigastriet, arm, handled och käke, antingen vid fysisk ansträngning eller i vila och varar ungefär 20 minuter eller mindre. Den personen som drabbas av en hjärtinfarkt kan uppleva symtom som illamående och kräkningar, yrsel, synkope, andningssvårigheter (Alpert et al., 2001).

De vanligaste orsakerna till hjärtinfarkt är rökning, övervikt, fetma, negativ stress, högt blodtryck (över 130/90) hög kolesterol (LDL) och diabetes. Vid en okomplicerad hjärtinfarkt vårdas patienterna på sjukhus upp till fem dygn och därefter sjukskrivning och rehabiliteringen påbörjas (Ericson & Ericson, 2012).

Tidig mobilisering sker successivt och puls och blodtryck mäts och lungorna auskulteras före och efter ökad aktivitetsnivå. Patienterna måste göra ett arbetsprov innan de åker hem för att uppmärksamma förekomst av hjärtsvikt, EKG- och blodtrycksförändringar eller eventuellt uppkomst av arytmier. Personer som har påverkats av en okomplicerad hjärtinfarkt påbörjar mobiliseringen direkt efter ett par dygn. Ibland behövs olika insatser till personer som har svårt att ta till sig information om sjukdomen av olika anledningar. Ett exempel är att insjuknandet i hjärtinfarkt utlöser en krisreaktion som beskrivs som en vanlig konsekvens av hjärtinfarkt (Ericson & Ericson, 2012).

Att drabbas plötsligt av hjärtinfarkt kan leda till en kris både för den drabbade och för hans familj. Krisreaktioner genereras av en psykologisk stress och består av fyra olika faser som är chockfasen, reaktionsfasen, bearbetningsfasen och nyorienteringsfasen. Den första, chockfasen kan hålla i sig från några sekunder upp till en vecka och den drabbade kan verka lugn eller ångestfylld. Personen som är i chock förnekar eller har svårt att förstå händelsen, vilket gör det svårt att minnas information eller samtal i samband med den. Den drabbade börjar inte reagera innan den andra fasen, reaktionsfasen, som kan vara upp till ett år och som innebär ångest och nedstämdhet för den drabbade. Bearbetningen sker i den tredje fasen där den drabbade återupplever händelsen gång på gång och känner ett stort behov av att gå igenom händelserna. Den fjärde och sista fasen är nyorienteringsfasen som finns fram tills det att personen drabbas igen av en krisreaktion. Denna fas kännetecknas av att den drabbade förändrar sin självbild och personlighet på grund av upplevt lidande. Att insjukna i akut hjärtinfarkt är en chockerande upplevelse framförallt för en frisk människa som plötsligt blir en patient (Ericson & Ericson, 2012).

Svensk sjuksköterskeförening (2019) lyfter fram att ordet patient kännetecknar en individ som erhåller professionell vård. Att använda ordet patient inom hälso- och sjukvården kan innebära en risk eftersom i det kliniska sammanhanget blir patienten lika med en sjukdom, ett symtom eller ett organ som inte fungerar bra. Samarbetet mellan de professionella och patienterna samt deras närstående är beroende av respekt för varandras kunskap. Patienterna och sina närstående har kunskap om att leva med sjukdomen medan sjuksköterskan har kunskap om att vårda, behandla och rehabilitera. Sjuksköterskan ska ha en ökad förståelse för hälsan och omvårdnadens mening för varje enskild människa, eftersom den förståelsen är fundamental för sjuksköterskans värderingar. Den legitimerade sjuksköterskan har som uppdrag att ge vård som ska utformas utifrån varje individs unika behov och upplevelser. Omvårdnad ska fokusera på att främja hälsa och välbefinnande, förebygga ohälsa samt lindra lidande. Inom hälso- och sjukvården beskrivs det två sätt att se på hälsan. Det ena är att hälsan är det motsatta ordet till sjukdom och målet är att göra patienterna friska igen. Det andra sättet är ett filosofiskt perspektiv där hälsa och ohälsa står i motsats till varandra. Människan ses som en helhet bestående av kropp, själ och ande och hälsa uppfattas utifrån personens upplevelser och uppfattningar (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Antonovsky (2005) förklarar hälsan utifrån en linje mellan sjukdom och hälsa, och menar att sjukdom ger en låg livskvalité och hälsa ökar livskvalitén. Det är ett salutogent synsätt på hälsan som är motsatsen till det patogena perspektivet. Målet ska vara att hitta resurser och åtgärder för att återskapa individens hälsa. Sjuksköterskan ska ha förmåga att sammansmälta dessa två dimensioner och möta människor på den nivå de befinner sig i (Antonovsky, 2005).

Hjärtinfarkt fortsätter vara en livshotande folksjukdom som orsakar morbiditet bland personer i hela världen. I Sverige dör ungefär 1500 personer per år innan de har fyllt 65 år. Att yngre patienter insjuknar i hjärtinfarkt är inte ett vanligt fenomen, men forskning visar att trenden ändrar karaktär och det behövs forskning som beskriver yngre patienters upplevelser att ha drabbats av hjärtinfarkt. För att en sjuksköterska ska kunna förstå patientens situation och anpassa omvårdanden efter individens unika behov krävs det kunskap och förståelse av patientens upplevelser.

## **Syfte**

Litteraturöversiktens syfte var att belysa yngre patienters upplevelser av att ha drabbats av hjärtinfarkt.

## **Metod**

### **Design**

Studiens design är kvalitativ vilket innebär att fokus läggs på människans upplevelser. Studien genomfördes som en litteraturöversikt vilket innebär en systematisk sammanställning av tidigare forskning som har gjorts inom valt problemområde. Aktuell forskning söktes, granskades och kritiskt analyserades för att kunna besvara studiens syfte (Forsberg & Wengström, 2013).

### **Sökvägar och Urval**

En sökning efter artiklar gjordes i två databaser när studiens syfte bestämdes. Cinahl (Comutative Index of Nursing and Allied Health) och PubMed är databaserna som har



valts eftersom de innehåller vetenskapliga publicerade artiklar inom medicin och omvårdnad. Cinahl är en databas med bland annat vetenskapliga artiklar inom omvårdnad och PubMed täcker både medicin och omvårdnad.

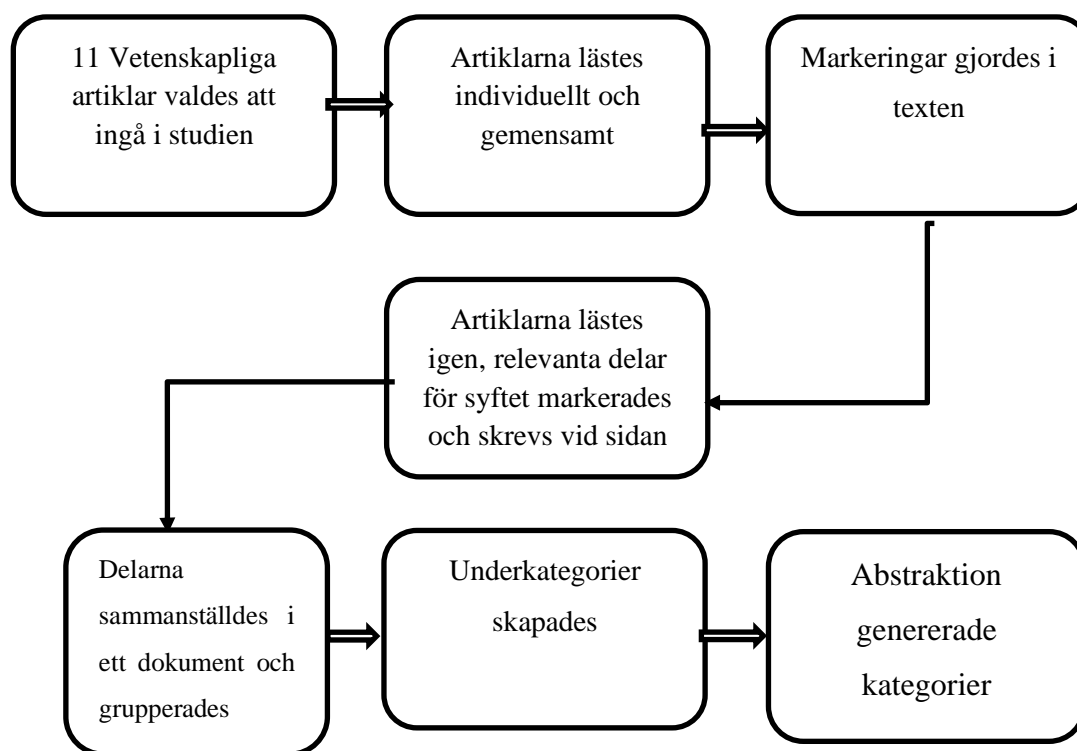
I början gjordes en pilotsökning för få en uppfattning om mängden vetenskapliga artiklar som fanns inom valt problemområde. Orden *patient, upplevelser, och hjärtinfarkt* valdes från syftet och översattes till engelska med hjälp av MESH (Medical Subject Headings) som sedan användes som sökord (Forsberg & Wengström, 2013). För en effektiv sökning användes blocksökningar, booleska operatörer, trunkeringar och frassökningar. Blocksökningarna var tillvägagångssättet som tillsammans med booleska operatorerna OR och AND gav ett bredare sökresultat. OR mellan varje sökord i ett block gav träffar på antingen den ena eller den andra sökordet samt alla förekommande ord. AND operatören användes för att binda samman olika sökblock och gav träffar som innehöll ord ur varje block. Trunkeringar gjordes för att få flera olika böjningar av respektive ord. För att olika ord ska hållas samman i en sökning användes frassökningar i form av citationstecken (Forsberg & Wengström, 2013).

Blocksökningarna utgick från sökorden *patient, experience, myocardial infarction, qualitative study* och *18–64 years old*. Alla underrubriker inom ämnesorden bildade ett sökträd (Forsberg & Wengström, 2013). Alla fyra blocksökningar kopplades ihop med AND vilket gav ett träffresultat på 587 artiklar. Sökningen i Cinahl Complete begränsades till engelska samt från 2004 tills 2020. Flera artiklar söktes senare i PubMed men bara en artikel valdes att inkluderas i resultatet eftersom de andra artiklarna var samma som de i Cinahl Complete. Urvalet i litteraturöversikten var kvalitativa artiklar. Inklusionskriterierna var artiklar som handlade om patienter yngre än 65 år som har haft en upplevelse av en hjärtinfarkt. Ett annat kriterium var att de innehöll upplevelser upp till ett år efter den första hjärtinfarkten. Artiklarna som exkluderades var artiklar som beskrev patienternas erfarenhet efter den andra hjärtinfarkten.

## **Granskning och Analys**

Granskningen började med att läsa artiklarnas titel. Det var 384 artiklar vars titel granskades. Om artiklarnas titel uppfattades som irrelevant sorterades de bort. De artiklarnas som hade en relevant titel för studiens syfte vars abstract lästes. Totalt elva artiklar valdes att inkluderas i studiens resultat och granskades enligt Kristianstad Högskolans granskningsmall (Beck, Blomqvist, Orrung & Wallin 2016). Alla artiklar

numrerades med siffrorna ett till elva och sparades i en mapp. Artiklarna analyserades genom induktiv ansats enligt Elos och Kyngäs (2008). Analysen började med att författarna läste artiklarna var för sig för att få en uppfattning om innebörden i varje artikel. Sedan lästes de gemensamt och vi markerade meningar från resultatet som var relevanta. Meningsbärande ord antecknades vid sidan om för varje artikel. Engelska ord plockades från artiklarnas resultat för att undvika misstolkning (Elo & Kyngäs, 2008). Analysen fortsatte med en sammanställning av alla dessa ord i ett nytt dokument. Alla ord lästes, jämfördes med varandra och sedan grupperades de till underkategorier och kategorier. Författarna gick sedan igenom all data en gång till. Data diskuterades en gång till och delades in i lämpliga underkategorier och kategorier tills båda författarna var nöjda med resultatet (Elo & Kyngäs, 2008).



Figur 1. Analysprocess inspirerad av Elo och Kyngäs (2007)

## Etiska överväganden

Författarna har inte hittat på data eller plagierat. För ett objektiva resultat har alla artiklar inkluderats även om de inte överensstämde med författarnas åsikter. Objektivitet eftersträvades även vid översättning från engelska för att undvika subjektiva tolkningar.

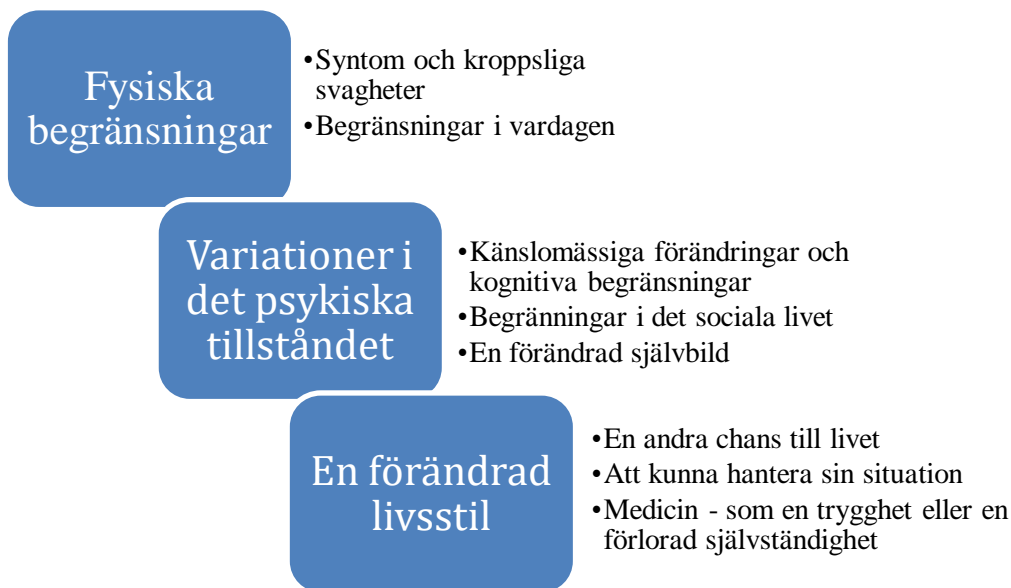
För att artiklarna skulle ingå i resultatet krävdes det att de var godkända av en etisk kommitté eller respekterade de forskningsetiska principerna. Konfidentialitetskravet innefattar att deltagarna ska vara anonyma och att forskarna har tystnadsplikt. Genom informationsprincipen säkerställs att deltagarna har fått relevant information om studien och deras roll. Samtyckesprincipen innebär att deltagarna väljer fritt att delta eller inte delta i studien och ger därmed deras samtycke skriftligt och muntligt. Nyttjandepincipen innefattar att uppgifterna som deltagarna uppger ska inte användas vidare i någon annat än i forskningssyfte (Sandman & Kjellström, 2013)

## **Förförståelse**

Förförståelsen skrevs ner innan studiens fördjupningsarbete påbörjades, för att vara medvetna om den och inte tillåta den påverka studiens resultat. Vi hade båda kunskap om hjärtinfarktens patofysiologi, symtom och behandling. Den ena av oss erhöll en förförståelse för patientens upplevelse efter att ha varit närstående till en yngre person som har drabbas av hjärtinfarkt och tror att patienten upplevde situationen som obegriplig och förvirrande. Vi båda var eniga om att yngre patienters upplevelser av att drabbas av hjärtinfarkt är av både fysisk och psykisk karaktär och att personens sociala liv rubbas på grund av depression och ångest. Lika eniga var vi om att sjuksköterskans bemötande inte förhåller sig till den yngre individens specifika situation eftersom hon sällan möter sådana patienter.

## **Resultat**

Resultatet utgår ifrån elva kvalitativa artiklar, sex från Sverige, tre från Storbritannien, en från Irland och en från Jordanien. Totalt var det 137 personer som ingick i studierna varav 81 var män och 56 var kvinnor. Efter analysen av de 11 artiklarna bildades tre kategorier: Fysiska begränsningar, Variationer i det psykiska tillståndet och En förändrad livsstil. Kategorin Fysiska begränsningar delades vidare i underkategorierna Symtom och kroppsliga svagheter och Begränsningar i vardagen. Kategorin Variationer i det psykiska tillståndet delades in i underkategorierna Känslomässiga förändringar och kognitiva begränsningar, Begränsningar av det sociala livet och En förändrad självbild. Kategorin En förändrad livsstil delades in i underkategorierna En andra chans till livet, Att kunna hantera sin situation och Medicin- som en trygghet eller en förlorad självständighet.



Figur 2. Kategorier som belyser yngre patienters upplevelser av att ha drabbats av hjärtinfarkt.

## Fysiska begränsningar

### ***Syntom och kroppsliga svagheter***

Blandade symtom och kroppsliga svagheter såsom trötthet, bröstsmärtor, förändrad hjärtfrekvens, minskad fysisk kapacitet, utmattning och energibrist upplevs ofta av patienter som har drabbats av en hjärtinfarkt (Ammouri, Kamanyire, Raddaha, Achora & Obeidat, 2017; Andersson, Borglin & Willman, 2013; Brink, Karlson & Hallberg, 2006; Brink, 2009; Eriksson, Asplund & Svedlund, 2009; Junehag, Asplund & Svedlund, 2014; McAnirn et al., 2015; Merritt, De Zoysa & Hutton, 2017; Wiles, 1998). Patienterna beskrev att de kände sig trötta vilket ledde till att de inte kunde utföra samma aktiviteter som de brukade göra innan hjärtinfarkten.

*” I would do things like [activity] and realise that though I feel normal, my body is still not with me yet. . . ”* (Merritt et al., 2017, s.597).

Deltagarna upplevde utmattning vilket de beskrev som att vara äldre och sakna energi. En av deltagarna anger att han plötsligt kände sig som en 64-åring när han egentligen bara var 44 år gammal. Den känslan uppges vara ett resultat av att de kände sig sårbara (Ammouri et al., 2017; Andersson et al., 2013; Brink et al., 2006; Merritt et al., 2017). Det förekom även att de kände sig trötta och utan energi nästan hela dagen och att de inte orkade utföra sin dagliga hygienrutin och andra vardagssysslor. Tröttheten var en chockerande konsekvens som upplevdes som mest påfrestande. Det påverkade patienternas möjlighet att vara fysiskt aktiva och att fortsätta med samma hobby som de hade innan hjärtinfarkten (Ammouri et al., 2017; Brink et al., 2006; Merritt et al., 2017).

*“After the heart attack, I lost my body strength . . . [silence] . . . I feel well tired most of the day. I would not be able to do my bodily care and daily living activities the way I used to have before hospital admission”* (Ammouri et al., 2017, s. 341).

Några deltagare berättade att tröttheten hindrade dem från att gå på rehabiliteringen eftersom det kände sig kraftlösa och tyckte det var krävande att köra fram och tillbaka till sjukhuset. Att utföra fysiska övningar som ingick i rehabiliteringen och även att gå på återbesök i kombination med familjelivet och jobb upplevdes som svårt att hantera på grund av de fysiska begränsningarna (Andersson et al., 2013; Junehag et al., 2014).

Symtom som lätt bröstsmärta, förändrad hjärtfrekvens och andnöd upplevdes ibland av deltagarna efter en hjärtinfarkt. Vissa av dem förknippade dessa symtom med en ny hjärtinfarkt medan andra försökte övertala sig själva att symtomen berodde på att de hade överansträngt sig och det påverkade deras möjlighet till återhämtning. Symtomen upplevdes ofta som svåra att hantera och begränsade deltagarnas vardag (Brink et al., 2006; Merritt et al., 2017; Wiles, 1998).

### ***Begränsningar i vardagen***

Deltagarna beskrev olika begränsningar i vardagen som var en konsekvens av det nya tillståndet. En av begränsningarna handlade om deras sexuella liv. De uttryckte att de inte vågade vara sexuellt aktiva med deras partner eftersom de trodde att den fysiska ansträngningen skulle leda till en ny hjärtinfarkt. Vissa deltagare upplevde

begränsningarna i det sexuella livet som ett hot mot deras äktenskap (Ammouri et al., 2017; Andersson et al., 2013).

*I was of course afraid that I would have another heart attack and feared doing certain things.... Well, I was afraid to have intercourse so to speak.... At the beginning, there was this fear of exerting myself and stuff like that, followed by the fear of not being able to get an erection (Andersson et al., 2013, s.766).*

Deltagarna uppfattade sig själva som friska men denna uppfattning försvann så fort de skulle utföra en aktivitet och misslyckades.

*“I don't think of meself as being ill, until you start doing anything and then you realise you are” (Merritt et al., 2017 s.597).*

En av deltagarna beskrev att hen var tvungen att ta en aktivitet i taget med sina barn på grund av att hen inte orkade och behövde vila mellan aktiviteterna. En annan berättade att hen inte kunde delta i alla dagliga aktiviteter som vanligt på grund av att hen behövde lägga sig tidigare (Andersson et al., 2013; Brink et al., 2006).

Inga spontana utflykter var längre aktuella utan hela familjen behövde planera noggrant. I vissa fall begränsades deltagarnas möjlighet att ta hand om sina äldre föräldrar. Vissa deltagare fick vila mellan olika fysiska sysselsättningar. En annan begränsning var att vissa var tvungna att ändra sina tränings vanor på grund av försämrad kondition. Deltagarna beskrev att den ena dagen gjorde de ett framsteg och den andra dagen en regress och därmed kände sig fysiskt begränsade (Andersson et al., 2013; Condon & McCarthy, 2006; Eriksson et al., 2009).

Deltagarna som jobbade som till exempel väktare eller byggarbetare fick ändra sina karriärer på grund av fysiska begränsningar efter att ha drabbats av hjärtinfarkt (Eriksson et al., 2009; McAnirn et al., 2015).

*“carrying... heavy weights and going up and down ladders... very physical jobs that, probably not a good thing for someone who's just had a heart attack. . . so I probably have gotta change sort of career. . .” (Eriksson et al., 2009 s. 599).*

## Variationer i det psykiska tillståndet

### Känslomässiga förändringar och kognitiva begränsningar

I de flesta artiklar förekom det att deltagarna hade upplevt olika känslor som påverkade deras psykiska mående. Ovisshet, rädsla, oro, frustration, humörsvängningar, ångest, stress samt känslan av maktlöshet uppstod kort efter insjuknandet i hjärtinfarkt (Ammouri et al., 2017; Andersson et al., 2013; Brink et al., 2006; Condon & McCarthy, 2006; Eriksson et al., 2009; Junehag et al., 2014; Merritt et al., 2017; Svedlund & Danielson, 2004; Wiles, 1998).

Efter deras första hjärtinfarkt väcktes en känsla av ovisshet hos de flesta deltagare på grund av att de upplevde vissa symtom som till exempel bröstsmärta och trötthet (Merritt et al., 2017). Deltagarna beskrev att de trodde att symtomen berodde på en ny hjärtinfarkt och att de sökte vård och fick bekräftat att allt var oförändrat. De fick information om att dem kan uppleva olika symtom vid ett recidiv vilket triggade igång känslan av ovisshet hos vissa deltagare som undrade hur lång tid de hade kvar att leva (Junehag et al., 2014; Svedlund & Danielson, 2004). Att inte veta hur sjukdomen kommer att påverka deras framtida ekonomi samt att ständigt bli övervakade av närstående och vänner gjorde att deltagarna levde i ovisshet (Condon & McCarthy, 2006; Eriksson et al., 2009).

*” . . .now I'm thinking, 'Well, do I have ten years? Or do I have fifteen years, do I have twenty years?' The number that I expect is less than I had before”* (Merritt et al., 2017 s.598).

Deltagarna kände sig maktlösa inför en framtid som de inte kunde påverka (Merritt et al., 2017; Svedlund & Danielson, 2004). Maktlösheten uppstod ibland hos vissa deltagare som inte hade möjligheten att vara sjukskrivna och rehabiliteras enligt sina behov eftersom deras arbetsgivare samt Försäkringskassan krävde att de skulle börja jobba så fort som möjligt. Det förekom att deltagarna inte vågade prata om sin hälsa eftersom de var rädda för att bli sparkade från arbetet eller för att bli betraktade som konstiga.

*“It was not possible for me to remain on sick leave for as long as I needed because I would have risked losing my job, and there's this thing about the sickness benefit coming to an end and you being deemed fit to go back to work and things like that. . . . I didn't feel very well, and thought that I was not taken seriously by my employer or the SSIA”* (Andersson et al., 2013 s.766)

Andra deltagare förklarade att de var rädda för att anstränga sig fysiskt eftersom de trodde att det kommer att orsaka en ny hjärtinfarkt. Det framkom bland annat, att vissa deltagare fruktade en ny hjärtinfarkt som kunde vara mycket allvarligare och var rädda för att dö (Ammouri et al., 2017; Junehag et al., 2014; Svedlund & Danielson, 2004; Wiles, 1998).

Deltagarna som hade barn beskrev en rädsla som handlade om att inte vara med i barnets liv men även en rädsla för att barnen också kunde insjukna i hjärtinfarkt i framtiden (Andersson et al., 2013). De var oroliga för sina barn som skulle bli ensamma och aldrig mer kunna se sina föräldrar igen om de skulle dö på grund av en ny hjärtinfarkt. Vidare framkom det att deltagarna var oroliga för hur de skulle försörja sina familjer och vissa deltagare berättade att de fick sälja ägodelar samt låna pengar för att klara ekonomin (Andersson et al., 2013; Merritt et al., 2017).

Känslor av frustration framkom hos vissa patienter när dem tänkte på begränsningarna som de upplevde och hur dessa hindrade dem att fortsätta med sina tidigare liv. Andra patienter berättade att frustrationen var vanligt förekommande under tillfällena när deras vänner och familj var överbeskyddande, speciellt när det gällde basala saker som till exempel att städa eller bära olika tunga saker och det påminde deltagarna om sin sårbarhet (Condon & McCarthy, 2006; McAnirn et al., 2015; Merritt et al., 2017).

*“was changing stuff in my room, and my friends wouldn’t let me do it. . . they said “No, we’ll do that, just lay down”, and I say “I’m not a little baby, I’m ok” ... (Merritt et al., 2017, s. 597).*

Livet efter en hjärtinfarkt upplevdes ofta som svår på grund av att deltagarna kände sig psykiskt trötta och det medförde även humörsvängningar som var svåra att hantera (Andersson et al., 2013; Eriksson et al., 2009). Vissa deltagare berättade att de inte orkade hantera konflikter med sina barn. De blev arga för att de litade inte längre på sin kropp och erkände att hjärtinfarkten hade påverkat dem svårare än vad de trodde (McAnirn et al., 2015). Deltagarna beskrev att de blev arga ibland utan förklaring medan andra blev helt plötsligt mycket känsligare (Eriksson et al., 2009).

*” Now at the blink of an eye, I get mad about nothing, just like that [snaps his fingers]. Today I get upset about things that I would not even consider getting angry about before.” (Andersson et al., 2013 s. 767).*

Ångest och stress drabbade ofta deltagarna och det förekom att det var fysiska aktiviteter som triggade igång det (Andersson et al., 2013; Merritt et al., 2017). De flesta deltagare



uppgav att de kände sig stressade eftersom de behövde byta jobb och de orkade inte stå upp för sig och förklara sina problem för arbetsgivarna (Andersson et al., 2013).

Att ha drabbats av en hjärtinfarkt var en chockerande upplevelse för många av deltagarna (Andersson et al., 2013; Wiles, 1998). De olika variationer i det psykiska måendet förbättrades under återhämtningsperioden och ingen av deltagarna uppgav att de kände sig deprimerade (Brink et al., 2006). Det förekom att deltagarna kände sorg för hur livet blev för dem. Deltagarna kände skuld för att ha levt ohälsosamt och fått en hjärtinfarkt som hade förändrat livet (Andersson et al., 2013; McAnirn et al., 2015).

Deltagarnas upplevelser av att ha drabbats av hjärtinfarkt gjorde att de insåg att det handlade om en livshotande händelse och att de var nära döden (Ammouri et al., 2017; Andersson et al., 2013). De funderade på varför just de som var ganska hälsosamma och fysiskt aktiva, hade drabbats av en sådan sjukdom, medan andra som levde mycket mer ohälsosamt fortsatt vara friska (Juneag et al., 2014; McAnirn et al., 2015; Wiles, 1998).

*“I can't understand why me? I think to myself, there are worse gits than me, why haven't they got it? I've provided for a family, it's not as if I'm a cruel person”* (Wiles, 1998 s.1483).

Det visade sig att deltagarna brukade tänka på hjärtinfarkten som ett straff och att det var Gud som bestämde över deras liv. Deltagarna som var troende kunde berätta att de kände sig starkare tack vare sin tro på Gud vilket hjälpte dem att minska ångesten och rädslan för att dö. Andra uppgav att de hade tur och överlevde (Ammouri et al., 2017; Condon & McCarthy, 2006; Wiles, 1998).

*“I did not think much of early death before. After this health problem I realized that death can be close enough and possible. Anyhow I believe that my soul is in Allah's [God's] hand”* (Ammouri et al., 2017 s. 341).

En annan stor del av deltagarnas upplevelser efter en hjärtinfarkt var kognitiva svårigheter som till exempel glömska, svårigheter att stava och koncentrationssvårigheter. Deltagarna påpekar att deras mentala tillstånd hade förändrats negativt den första tiden efter insjuknandet. Den förändringen drabbade privatlivet men även arbetslivet. Vissa av dem upplevde svårigheter i att komma ihåg saker och att koncentrera sig vilket gjorde att de kände stor frustration men även skam. Deltagarna uppgav att de kände sig psykiskt utmattade och att de hade svårt med att somna och att sova. Enligt deltagarna var sömnen viktig för att kunna återhämta sig och en förutsättning

för att orka fysiskt. Även om det fanns några deltagare som beskrev att de brukade sova bra, så hade dem flesta mardrömmar och var rädda för att somna. Rädslan var att de aldrig skulle vakna upp igen. Alla kognitiva besvär påverkade deltagarna både fysiskt och psykiskt men de har försvunnit gradvis under första månaden efter hjärtinfarkten (Andersson et al., 2013; Eriksson et al., 2009; Merritt et al., 2017).

### ***Begränsningar i det sociala livet***

Deltagarna upplevde sociala relationer som en förutsättning för att kunna återhämta sig och anpassa sig till livet efter en hjärtinfarkt. De behövde både fysiskt stöd med olika vardagssysslor men även psykiskt stöd för att acceptera deras tillstånd, och då var det familjen och vännerna som ställde upp och hjälpte dem (Ammouri et al., 2017; Merritt et al., 2017). Trots det så fanns det vissa deltagare som inte fick stöd från sina familjer. De upplevde sina närstående som krävande eftersom de ville att deltagarna skulle rapportera allt de hade gjort under dagen (Eriksson et al., 2009; Svedlund & Danielson, 2004). Det förekom att vissa deltagare upplevde begränsningar i det sociala livet som orsakades av rädsla för att vistas utanför sitt eget hem, detta på grund av rädslan för att inte kunna få hjälp om det skulle behövas (Andersson et al., 2013; Junehag et al., 2014).

*“...had to be in places where other people were nearby and where it was easy for the ambulance to reach me should something happen.”* (Andersson et al., 2013 s.766).

Vännerna brukade vara väldigt aktiva i att stödja deltagarna men vissa av dem valde att distansera sig för att undvika att prata om hur deltagarna upplevde att ha drabbats av hjärtinfarkt (Junehag et al., 2014). Deltagarna beskrev att de tog avstånd från det sociala livet för att inte bli frestade att inleda en ohälsosam vana som till exempel rökning eller alkoholkonsumtion (Condon & McCarthy, 2006; Merritt et al., 2017).

*“The one time I am in trouble is when I would be drinking I would be craving for a cigarette. . . I haven't gone down (to the pub) in the last few nights because I was under severe pressure cigarette wise. . .but is mainly for the company that I go”* (Condon & McCarthy, 2006 s. 40).

### ***En förändrad självbild***

Deltagarna upplevde att synen på sig själv förändrades efter att dem har drabbats av en hjärtinfarkt (Brink, 2009; McAnirn et al., 2015; Merritt et al., 2017; Svedlund &

Danielson, 2004). Den nya självbilden framställde en person som hade minskad fysisk och psykisk ork (Merritt et al., 2017; Svedlund & Danielson, 2004). En av deltagarna beskrev hur hans fru erbjöd sig att hjälpa honom med kassarna vilket aldrig hade hänt innan hjärtinfarkten.

*“ . . .when we go shopping and carrier bags and stuff and [my girlfriend’s] like “Shall I take it?” (Merritt et al., 2017, s.596).*

Andra deltagare upplevde att de hade förlorat sin identitet och personlighet när sjukdomen begränsade möjligheten att fortsätta träna (McAnirn et al., 2015). Dessa känslor upplevdes också av andra deltagare som berättade att självbilden förändrats när de inte kunde försörja sig själva, och sin familj utan fick be sina föräldrar att hjälpa till både med ekonomi och vardagssysslor (Merritt et al., 2017; Svedlund & Danielson, 2004). Det framkom också att det var deltagare som fortsatt lita på sig själva lika mycket som de brukade göra och att självbilden inte förändrats.

*“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).*

## **En förändrad livsstil**

### ***En andra chans till livet***

Deltagarna beskrev ett stort behov av en livsstilsförändring som handlade om att de fick en andra chans i livet, en ny syn på livet, och nya prioriteringar. En stor del av deltagarnas upplevelse beskrevs som en andra chans till livet och som ett uppvaknande som motiverade dem att förändra saker i sitt liv (Ammouri et al., 2017; Andersson et al., 2013; Brink, 2009; Condon & McCarthy, 2006; Eriksson et al., 2009; Junehag et al., 2014; McAnirn et al., 2015; Merritt et al., 2017). Deltagarna berättade att var mycket tacksamma till livet eller till gud som gav dem en andra chans (Andersson et al., 2013; Brink, 2009; Condon & McCarthy, 2006; Junehag et al., 2014; Merritt et al., 2017).

*“Life’s what you make it, that’s the upside of this, you’ve been given a wake-up call.”  
“(McAnirn et al., 2015, s.613).*

Några deltagare beskrev även hur de fått en ny syn på livet och börjat fokusera på de viktigaste faktorerna. De värderar livet mycket mer än innan hjärtinfarkten och

uppskattade olika saker som de inte brukade göra (Andersson et al., 2013; Brink, 2009; Junehag et al., 2014; Merritt et al., 2017). En deltagare berättade att han började tycka om att köra bil vilket han inte gjorde innan (Brink, 2009). De förklarar även att efter hjärtinfarkten så valde dem att omprioritera i livet. Vissa av de drabbade uttrycker att de valde att börja prioritera sin familj och de förändringar som krävs för att få ett hälsosamt liv (Andersson et al., 2013; Brink, 2009; Junehag et al., 2014; Merritt et al., 2017).

### ***Att kunna hantera sin situation***

Många av de drabbade beskrev olika strategier för att kunna hantera upplevelsen och för att kunna förändra deras livsstil. Några av deltagarna nämnde acceptans som en viktig faktor för att kunna normalisera sitt liv. Deltagarna som drabbades hårt av hjärtinfarkt hade lättare att acceptera sin sjukdom medan de som hade drabbats av en mildare hjärtinfarkt hade svårare att acceptera att de var kronisk sjuka.

*“I haven’t experienced it as negative in any way; I didn’t understand that it was an infarction until I got my illness certificated”* (Eriksson et al., 2009, s. 270)

Genom att acceptera att de hade drabbats av en hjärtinfarkt kunde de förändra saker som de var missnöjda med (Brink, 2009; Condon & McCarthy, 2006; Eriksson et al., 2009; Merritt et al., 2017). Medvetenhet var ett krav för att kunna bearbeta sin situation. Till exempel, kunde deltagarna förändra sin livsstil och undvika recidiv om de blev medvetna att tidigare livsstil orsakade hjärtinfarkten (Andersson et al., 2013; Brink, 2009; Condon & McCarthy, 2006).

Livsstilsförändringen var ett mål för de flesta av de drabbade. De uttrycker en stor vilja till att förändra livsstilen och berättade att det var det svåraste (Brink, 2009; Condon & McCarthy, 2006; Eriksson et al., 2009). Hjärtinfarkten upplevdes som ett varningstecken orsakat av livsstilen men också som en motivation till förändring (Brink, 2009; Condon & McCarthy, 2006).

*“First of all, I was just getting used to the idea of having a heart attack. I’m only 37, I shouldn’t have a heart attack, and then I thought “how am I going to change this” .... everything is gonna have to change”* (McAnirn et al., 2015, s. 613).

## ***Medicin - som en trygghet eller en förlorad självständighet***

Medicinering är ofta en stor konsekvens efter en hjärtinfarkt. Dagliga mediciner måste ses som en rutin. Några av de drabbade uttrycker även medicineringen som en del av det nya livet (Brink et al., 2006; Junehag et al., 2014; McAnirn et al., 2015; Merritt et al., 2017). En deltagare beskrev medicineringen som en trygghet, även om han var beroende av den, Medicineringen upplevdes som ett skydd som skulle förebygga flera hjärtinfarkter (Brink et al., 2006; Junehag et al., 2014).

*“I’m not anxious, as long as I can handle what occurs. If I feel agony and I take my nitroglycerine and it helps, then I’m not worried. I feel safe with the medication I’m taking”* (Brink et al., 2006, s. 408).

Andra upplevde medicineringen som en symbol för en förlorad självständighet. Det påverkade deltagarnas självförtroende och påminde dem om att ha drabbats av en hjärtinfarkt (Merritt et al., 2017). Medicineringen påverkade även deltagarnas liv på så sätt att de var tvungna att börja planera inför framtiden. Det innebär att de inte längre kunde åka iväg helt spontant utan de fick planera medicinerna och det upplevdes som en stor och svår övergång (Brink et al., 2006; Junehag et al., 2014). En annan deltagare hade svårt att acceptera medicinerna som en del av det nya livet och upplevde det som obehagligt (Junehag et al., 2014).

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

I detta avsnitt diskuteras aspekter som stärker eller sänker litteraturöversiktens kvalitet och dess resultat. Det ska resoneras utifrån begreppen tillförlitlighet, verifierbarhet, pålitlighet och överförbarhet (Henricsson, 2017).

Den metod som valdes till litteraturöversikten var kvalitativ vilket är en styrka eftersom studiens syfte var att belysa patienters upplevelser. Kvalitativ metod var lämplig eftersom den syftar till att beskriva, tolka förstå och förklara erfarenheter eller upplevelser (Henricsson, 2017).

Tillförlitligheten stärks då induktiv ansats valdes för att få en insikt i patientens upplevelser. Sökningen gjordes i två databaser som innehåller forskning inom omvårdnad och medicin vilket styrker studiens tillförlitlighet. Orden som användes i sökningen valdes ut från syftet och översattes till engelska. Det kan vara en svaghet eftersom antalet synonymer begränsade möjligheten att utöka sökningen. Styrkan var att det gjordes en pilotsökning i början och efter det, kompletterades sökningen med flera synonymer för att få träff på ännu flera artiklar med kvalitativt innehåll. Kvantitativa artiklar valdes bort och det kan innebära att kvantitativa data ej blev kända för författarna och därmed inte bidragit till resultatet.

Sökningarna begränsades till engelska vilket innebär att alla artiklar i resultatet var på engelska. Författarna upplevde inte det som ett hinder, men det var ändå en svaghet då subjektiva tolkningar förekom vid granskning och analys. Artiklarna som inkluderades i studiens resultat var etiskt granskade och godkända av en etisk kommitté vilket ökar studiens tillförlitlighet. Varje avsnitt i litteraturöversikten lästes av både kollegor och handledare som gav synpunkter och kontrollerade att de olika avsnittens innehåll är relevanta för syftet vilket styrker studiens tillförlitlighet. Resultatets sensitivitet ökades eftersom några artiklar fanns i båda två databaserna vilket kan ses som en styrka. Artiklarnas kvalitet granskades efter Kristianstads Högskolas granskningsmall, vilket ökar studiens tillförlitlighet och på så sätt blir resultatet trovärdigt (Henricson, 2017). Analysprocessen och sökschemat är tydligt beskrivet vilket styrker trovärdigheten. Citaten som valdes var representativa för kategoriernas innehåll vilket styrker trovärdigheten. En svaghet kan vara det att många artiklar granskades och relevanta artiklar kunde ha missats.

Samtliga artiklar i resultatet granskades och analyserades av båda författarna men även av författarna var för sig vilket ökar studiens verifierbarhet. Studiens verifierbarhet stärks eftersom metoden är väl beskriven vilket gör det möjligt att göra om studien. Antalet inkluderande artiklar bedömdes som tillräckliga när författarna ansåg att inga nya fynd förekom, och studiens syfte kunde besvaras. Elo och Kyngnäs analysmodellen användes och författarna följde varje steg som beskrevs för att analysera artiklarna vilket styrker verifierbarheten (Henricsson, 2017).

I kvalitativa studier kan författarnas förförståelse påverka studiens pålitlighet eftersom tolkningen kan vara subjektiv. För att undvika en subjektiv tolkning som kunde ha påverkat resultatet skrev författarna ner sin förförståelse och försökt vara medvetna om den under studiens gång, speciellt vid analys av artiklar vilket stärker studiens pålitlighet. Den stärks även av att både klasskamrater, handledare och examinator läste resultatet och varit till hjälp för att säkerställa att resultatet grundar sig på data som förekommit från materialet, och inte en spegling av författarnas åsikter (Henricsson, 2017).

Resultatet byggdes på artiklar från olika länder och inte enbart från Sverige vilket innefattar att det kan överföras till andra situationer och större kontexter. Det visade sig att patienterna hade samma upplevelser efter en hjärtinfarkt oavsett vilket land de levde vilket kan stärka överförbarhet. Abstraktionsnivån i litteraturöversikten är hög och det stärker överförbarheten (Henricsson, 2017).

## **Resultatdiskussion**

Syftet med litteraturöversikten var att belysa yngre patienters upplevelser av att ha drabbats av hjärtinfarkt. De flesta personer som ingick i studierna beskrev upplevelser av trötthet, ovisshet och rädsla samt en förändrad livsstil som svårast att hantera därför valdes dessa att diskuteras.

Yngre patienter som drabbats av en hjärtinfarkt kan uppleva trötthet som ett påfrestande symptom som är svårt att hantera och som begränsar dem i vardagen. Ett centralt fynd i litteraturöversikten var att patienterna upplevde tröttheten som chockerande, eftersom den uppträdde plötsligt och förändrade patienternas jobbsituation, sociala liv och glädjen till att vara fysisk aktiva. Fyndet styrks av en studie som undersökte tröttheten hos kvinnor diagnostiserade med bröstcancer och visade att fysisk aktivitet minskade på grund av upplevd trötthet. Kvinnorna var mindre aktiva i sina sociala och sexuella liv men även i arbetslivet, vilket resulterade i en försämrad livskvalité. Dock var det kvinnor som fortsatte vara fysiskt aktiva och de uppskattade motionens verkan (Haas, 2011).

En annan studie som styrker fyndet, visade att äldre hjärtsviktpatienter uppfattade tröttheten som en naturlig konsekvens av att kroppen åldras (Falk, Swedberg, Gaston-Johansson, Ekman, 2007). Forskarna menar att varje individ upplever symptomen olika beroende på personliga, sociala och miljöfaktorer och hänvisade till patienternas

resurser för att hantera tröttheten. Falk et al. (2007) föreslår att vårdpersonalen ska ha en helhetssyn för patientens situation. De ska utgå från patienternas berättelse för att kunna hjälpa de med att acceptera och förstå situationen. Om patienterna accepterar och förstår symtomen kan de lättare begripa, hantera och känna meningsfullhet (Falk, et al., 2007). En förutsättning till god omvårdnad är att sjuksköterskan visar empati, är lyhörd och respektfull i relation till patienten (Svensk Sjuksköterskeförening, 2016).

Tankar om att fysiska symtom är tecken på en ny hjärtinfarkt och bristfällig kunskap om sjukdomen medför känslor av ovisshet och rädsla hos yngre patienter efter en hjärtinfarkt. Litteraturöversikten visar att patienterna levde i ovisshet eftersom de inte visste hur sjukdomen kommer att påverka deras framtid. Upplevelsen uppmärksammades även i andra studier. Kristofferzon, Löfmark och Carlsson (2007) genomförde en studie om kampen att få en balans i livet efter en hjärtinfarkt och det framkom att patienterna upplevde ovisshet i samband med att de hade lite kunskap om sjukdomen och kände att de förlorade kontrollen över sina liv. Däremot visar en annan studie att patienterna som fick stöd från ett rehabiliteringsteam kunde bekämpa känslor av rädsla och ovisshet (Simonj, Dreyer, Pedersen & Birkelund, 2015). Vidare beskrev forskarna att patienterna var rädda när de började träna och pulsen steg. Fysioterapeuten förklarade hur det skulle kännas vid för hög belastning samt att vila för att kunna återhämta sig. Rehabiliteringsteamet undervisade om avslappningsövningar och om att använda läkemedlet nitroglycerin i akuta fall. Sjuksköterskan lärde ut hur medicineringen fungerar, pratade om resor och det sexuella livet efter en hjärtinfarkt. Rehabiliteringsteamet vägledde patienterna och hjälpte dem att lära känna kroppens signaler samt att hitta balansen i vardagen vilket minskade rädslan och känslan av ovisshet. Patienterna blev delaktiga i vården, lyssnade och respekterade vilket stärkte självständigheten och välbefinnandet (Simonj et al., 2015).

Det är betydelsefullt att patienten får en chans att samverka med olika arbetsgrupper och känna sig delaktiga samt att sjukvården ser patienten som en resurs och att kunskapsutbytet sker naturligt. Samverkan i teamet är en av sjuksköterskans kärnkompetenser och hon bör skapa förutsättningar för att omvårdnadsåtgärderna ska



beslutas av patienten i samråd med olika arbetsgrupper som till exempel kurator, dietist, fysioterapeut och läkare (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017).

Yngre patienter som har drabbats av en hjärtinfarkt upplever en förändrad livsstil som omfattande och svår att genomföra. I studiens resultat förekom det att vissa patienter hade svårt att förändra deras livsstil fastän de uttryckte ett stort behov av att göra det. Förändringarna kunde handla om kostvanor, rökning, alkoholintag, motion och stress. Vissa patienter menade att de behövde förändra hela levnadssättet och att de ville ha stöd och vägledning vilket sällan kom från sjukvården. Andra patienter berättade att livsstilsförändringen var en självklarhet och att händelsen var deras motivation och en andra chans till livet. Ahlin och Billhult (2012) studerade hur kvinnorna med typ 2 diabetes, hanterade livsstilsförändringar. De konstaterade att kvinnorna upplevde livsstilsförändringarna som en inre kamp och att sjukvårdens stöd, förståelse och respekt var A och O för att uppnå ett hälsosammare liv och därmed ökad livskvalité. Simonö et al. (2015) styrker vikten av stöd och beskrev den som en förutsättning för patienterna att känna meningsfullhet och välbefinnande. Tillit, välfungerande kommunikation, information samt omvårdnad inriktad mot patientens behov, var verktyg som gav patienterna kontroll över sina liv. Rehabiliteringsteamet använde empowerment för att främja patientens självständighet och autonomi och patienterna utvecklade ansvar och motivation för en förändrad livsstil som varade över tiden (Simonö et al., 2015).

Enligt Svensk Sjuksköterskeförening (2017) bör omvårdnaden utformas utifrån patientens specifika behov och upplevelser i vardagen. Sjuksköterskan ska prioritera patienternas önskningar som ska vara utgångspunkten för handlandet och ska ge stöd för att patientens handlande ska ha ett positivt resultat. Respekt för patientens autonomi uppnås inte enbart genom att respektera rätten att ta självständiga beslut utan snarare genom att försörja patienterna med adekvat information. På så sätt kan sjuksköterskan vägleda patienterna att ta relevanta beslut. Studiens resultat illustrerar upplevelser av att ha drabbats av en hjärtinfarkt som en chockerande händelse. Det kan innebära att information som tilldelades patienterna i det akuta stadiet blev bortglömd eller omöjlig att bearbetas. Sjuksköterskan bör därför se till att patienterna får informationen vid flera tillfällen för att kunna göra medvetna val (Sandman & Kjellström, 2013).

Det är väsentligt att känna till upplevelser av en förändrad livsstil hos patienter, för att kunna hjälpa de att genomföra nödvändiga förändringar och känna meningsfullhet. Lika viktigt som meningsfullhet är begripligheten och hanterbarheten som är centrala aspekter i teorin KASAM som står för känslan av sammanhang (Antonovsky, 2005). Studiens resultat tyder på att teorin skulle vara användbar för yngre patienter efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt. En förutsättning för att sjuksköterskorna ska kunna hjälpa patienterna är att de möter dem i den fas de befinner sig i. Det krävs att sjuksköterskan förstår patienternas upplevelser, sjukdomsinsikt och deras syn på framtiden. KASAM innebär att personen ska se en mening och sammanhang i livet för att kunna känna välbefinnande. För att yngre patienter ska kunna känna välbefinnande krävs det att de begriper sin situation. Det krävs en hög grad av begriplighet för att patienterna ska kunna betrakta händelsen som begriplig. Om patienterna inte får tillräckligt med information om sitt tillstånd kan de inte begripa det som hände och varför.

I studiens resultat förekom det att vissa patienter var nöjda med den information som sjukvården erbjudit. Andra patienter uttryckte stort behov av att få information om varför de drabbats av infarkt och vad det innebär för deras liv. De patienter som var nöjda med informationsutbudet kände att de kunde hantera sin situation med hjälp av egna resurser eller resurser som till exempel familj och vänner. Samtliga uttryckte att sjukvården hjälpte de endast med information och inte var ett stöd i att hantera deras situation. En sjuksköterska som knyter an KASAM till sina patienter kan öppna vägen för att patienterna ska hitta resurser i att hantera sin situation för att kunna göra en förändring. Enligt Antonovsky (2005) kan personer hantera både förutsägbara och oförutsägbara händelser när de upplever högre känsla av hanterbarhet, och det stärker deras KASAM samt hjälper dem att tänka att livets innebörd är meningsfull. I litteraturöversiktens resultat förekom det att patienterna som hade hög känsla av meningsfullhet kunde göra positiva förändringar vilket ledet till ett förändrat liv. Patienterna som hade svårt att se en mening med till exempel medicineringen upplevde att de har förlorat deras självständighet och hade negativa tankar om hur framtiden kommer att se ut. Det är genom att stärka patienternas KASAM som sjuksköterskan kan ge god omvårdnad och öka patienternas välbefinnande. Hög känsla av meningsfullhet resulterar i att sjuksköterskan gör patienterna delaktiga i sin vård och uppmuntrar till att göra framsteg genom att fokusera på viktiga saker. Det kan handla om att patienterna fokuserar på åtgärder som kan förbättra hälsan och förebygga sjukdom istället för att tänka på varför

de fick en hjärtinfarkt. För att kunna begripa och för att kunna hitta resurser för att hantera situationer är det viktigt att känna meningsfullhet. Antonovsky (2005) påpekar att begreppen begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet är beroende av varandra och en förutsättning för att uppleva hög KASAM.

Yngre patienters KASAM är betydelsefull för att de ska kunna hantera sitt liv efter en hjärtinfarkt. Sjuksköterskan ska ha förmågan att hjälpa patienterna utifrån den grad av KASAM de har. Det innebär att sjuksköterskan som möter en patient med låg KASAM bör sätta in åtgärder omgående. Gäller det en person med hög KASAM kan sjuksköterskan istället fokusera på friskfaktorer och egenvård, för att de ska känna välbefinnande och livskvalitet (Antonovsky, 2005).

I Sverige finns det många olika resurser som sjukvården kan erbjuda efter en hjärtinfarkt för att hjälpa patienterna att förändra deras livsstil och på så sätt förbättra deras hälsa och förebygga andra sjukdomar. Enligt WHO (2015) är det möjligt att förebygga ungefär 80% av alla hjärt- och kärlsjukdomar, genom en förändrad livsstil som innefattar hälsosamma matvanor, fysisk aktivitet och rökstopp. Kroniska sjukdomar medför en stor sjukvårds- och samhällskostnad således är det väsentligt att inta hälsosamma förändringar. Om befolkningens nivå av fysisk aktivitet ökar med 1 % kan kostnaderna på grund av ohälsa, minska med upp till 70 miljoner kronor under fem år. För att främja individens hälsa och livskvalité och för att minska sjukvårdskostnader behövs det för flera åtgärder för att främja befolkningens hälsa utifrån matvanor och fysisk aktivitet. Sjukvårdens åtgärder för ett förändrat liv gynnar inte bara patienterna utan ger dessutom en hållbar miljö som kan utvecklas genom reducering av dem negativa effekterna som en ohälsosam livsstil leder till (Folkhälsomyndigheten, 2017).

## **Slutsats**

Det är väsentligt att sjuksköterskan känner till yngre patienters upplevelser av att ha drabbats av hjärtinfarkt för att kunna erbjuda stöd och för att kunna omforma omvårdnaden efter patienternas egna förutsättningar. Patienterna upplever sjukdomen på olika sätt därför kan behovet av stöd skilja sig åt. I detta sammanhanget är det angelägen att sjuksköterskan bemöter varje person i den fas hen befinner sig i.

Vi anser att ytterligare forskning behövs inom ämnet för att kunna se sambandet mellan en livsstilsförändring och olika sjukvårdsinsatser. Ett förslag kan vara att undersöka hur patienter hanterar hjärtinfarkt när sjukvården erbjuder kontinuerligt stöd.

## Referenser

Ahlin, K., & Billhult, A. (2012). Lifestyle changes—a continuous, inner struggle for women with type 2 diabetes: A qualitative study. *Scandinavian journal of primary health care*, 30(1), 42-45. doi: 10.3109/02813432.2011.654193

Alpert, J.S., Thygesen, K. Antman, E., & Bassand, J. P. (2001). Myocardial infarction redefined—A consensus document of the Joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology Committee for the Redefinition of Myocardial infarction. *Journal of the American College of Cardiology*, 36(3,2000), 960-965. doi: 10.1016/s0735-1097(00)00804-4

\*Ammouri, A. A., Kamanyire, J. K., Raddaha, A. H. A., Achora, S., & Obeidat, A. A. (2017). Another Chance at Life: Jordanian Patients' Experience of Going Through a Myocardial Infarction. *Research and theory for nursing practice*, 31(4), 334-348. doi:10.1891/1541-6577.31.4.334

Andersson, C., & Vasan, R. (2018). Epidemiology of cardiovascular disease in young individuals. *Nature Reviews cardiology*, 15, 230-240. doi: 10.1038/nrcardio.2017.154

\* Andersson, E. K., Borglin, G., & Willman, A. (2013). The experience of younger adults following myocardial infarction. *Qualitative Health Research*, 23(6), 762–772. doi:10.1177/1049732313482049

Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium* (2. uppl.). Stockholm: Natur & Kultur

Beck, I., Blomqvist, K., & Orrung Wallin, A. (2016). HKR:s granskningsmall för kvalitativa studier. Kristianstad: Högskolan Kristianstad.

\*Brink, E. (2009). Adaptation Positions and Behavior Among Post—Myocardial Infarction Patients. *Clinical Nursing Research*, 18(2), 119-135. doi:10.1177/1054773809332326

\*Brink, E., Karlson, 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. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03737.x

Canto, J. G., Rogers, W. J., Goldberg, R. J., Peterson, E. D., Wenger, N. K., Vaccarino, V., ... & NRMI Investigators. (2012). Association of age and sex with myocardial infarction symptom presentation and in-hospital mortality. *Jama*, 307(8), 813-822. doi:10.1001/jama.2012.199

Clarke, S., Ells, C., Thombs, B. D., Clarke, D. (2017) Defining elements of patient-centered care for therapeutic relationship: A literature review of common themes. *European journal for person centered healthcare*, 5(3), 364-372. doi:org/10.5750/ejpch.v5i1337

\*Condon, C., & McCarthy, G. (2006). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: patients perspectives. *European journal of cardiovascular nursing*, 5(1), 37-44. doi:10.1016/j.ejcnurse.2005.06.005

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

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

\* Eriksson, M., Asplund, K., & Svedlund, M. (2009). Patients' and their partners' experiences of returning home after hospital discharge following acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(4), 267-273. doi:10.1016/j.ehcnurse.2009.03.003

Falk, K., Swedberg, K., Gaston-Johansson, F., & Ekman, I. (2007). Fatigue is a prevalent and severe symptom associated with uncertainty and sense of coherence in patients with chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(2), 101-103. doi: 10.106/j.ejcnurse.2006.05.004

Folkhälsomyndigheten. (2017). *Förslag till åtgärder för ett stärkt, långsiktigt arbete för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet*. Hämtad 2020-05-17 från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/5514b381077f4175b13fca5fe1089abe/forslag-till-atgarder-matvanor-fysiskaktivitet.pdf>

Folkhälsomyndigheten. (2019). *Insjuknande i hjärtinfarkt*. Hämtad 2020-03-07 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/halsa/insjuknande-i-hjartinfarkt/>

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.

Haas, B. K. (2011). Fatigue, self-efficacy, physical activity, and quality of life in women with breast cancer. *Cancer nursing*, 34(4), 330–332. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181f9a300

Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad*. (2. uppl., s. 412–415). Lund: Studentlitteratur

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

Kristofferzon, M.L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2007). Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. *Journal of clinical nursing*, 16(2), 393-395. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.0151.x

\*McAnirn, G., Lusk, L., Donnelly, P., McKenna, N., Hamill, C., & Fitzsimons, D. (2015). Shocked and guilty, but highly motivated: Younger patients' experience post

MI. *British Journal of Cardiac Nursing*, 10(12), 610-615.

doi:10.12968/bjca.2015.10.12.610

\*Merritt, C. J., De Zoysa, N., & Hutton, J. M. (2017). A qualitative study of younger men's experience of heart attack (myocardial infarction). *British journal of health psychology*, 22(3), 589–608. doi:10.1111/bjhp.12249

Persson, S., (2003). *Kardiologi: hjärtsjukdomar hos vuxna* (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Sandman, L. & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: etik för vårdande yrken* Lund: Studentlitteratur.

Simoný, C. P., Dreyer, P., Pedersen, B: D., & Birkelund, R. (2015). Empowered to gain a new foothold in life-A study of the meaning of participating in cardiac rehabilitation to patients afflicted by a minor heart attack. *International journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10(1). 6-10. doi: 10.3402/qhw.v10.28717

Socialstyrelsen (2019). *Statistik om hjärtinfarkter 2018*. (Artikelnummer 2010-12-6490) Hämtad 2020-03-15 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2019-12-6490.pdf>

\*Svedlund, M., & Danielson, E. (2004). Myocardial infarction: narrations by afflicted women and their partners of lived experiences in daily life following an acute myocardial infarction. *Journal of clinical nursing*, 13(4), 438–446. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.00915.x

Svensk sjuksköterskeförening (2016). *Värdegrund för omvårdnad: reviderad 2016*. Hämtad 2020-03-07 från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad\\_reviderad\\_2016.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf)



Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2020-03-15 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2019). *Personcentrerad vård: en kärnkompetens för god och säkert vård*. Hämtad 2020-03-28 från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitet-publikationer/personcentrerad vard/personcentrerad-var-d-2019-digital.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitet-publikationer/personcentrerad-vard/personcentrerad-var-d-2019-digital.pdf)

World Health Organisation. (2015). What can I do to avoid a heart attack or a stroke? . Hämtad 2020-05-14 från <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/what-can-i-do-to-avoid-a-heart-attack-or-a-stroke>

World Health Organisation. (2017). *Cardiovascular disease: (CVDs)*. Hämtad 2020-03-15 från [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

\* Wiles, R. (1998). Patients' perceptions of their heart attack and recovery: the influence of epidemiological “evidence” and personal experience. *Social Science & Medicine*, 46(11), 1477–1486. doi:10.1016/S0277-9536(97)10140-X

Artiklar markerade med \* ingår i studiens resultat.

<b>Databas:</b> Cinahl Complete <b>Datum:</b> 2020-03-25			
<b>Syfte:</b> Att belysa yngre patienters upplevelser av att ha drabbats av hjärtinfarkt.			
<b>Sökning- nr och namn</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Valda artiklar</b>
1 - <b>Patient</b>	Patient* OR Client* [Fritext]	2 204 929	
2 - Upplevelse	Experience* OR Perception* OR Attitud* OR "Life change event*" OR "Life experience*" OR Event* OR "Life change*" [Fritext]	1 068 283	
3 - Hjärtinfarkt	"Myocardial Infarction*" OR Infarct* OR "Myocardial infarct*" OR "Heart attack*" [Fritext]	95 141	
4 - Kvalitativa studier	"Qualitative research*" OR Interview* OR Qualitative* [Fritext]	437 292	
5 - Yngre vuxna	Young adults OR "18-64 years old" OR "middle age*" [Fritext]	1 210 703	
6 -	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	587	
<b>Begränsningar</b>	Publiceringsdatum: 20040101– 20201231 Språk: Engelska	384	10

<b>Databas:</b> PubMed			
<b>Datum:</b> 2020-04-11			
<b>Syfte:</b> Att belysa yngre patienters upplevelser av att ha drabbats av hjärtinfarkt.			
<b>Sökning nr och namn</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Valda artiklar</b>
1. Patient	Patient (Title/Abstract)	6 902 413	
2. Upplevelse	Life change events [MeSH] OR Quality (Title/Abstract) OR Interview (Title/Abstract) OR Experience (Title/Abstract)	22546	
3. Hjärtinfarkt	Myocardial infarction [MeSH] OR Infarction [MeSH]	173483	
4. Yngre	Young adult [MeSH]	822 392	
5.	1 AND 2 AND 3	386	
<b>Begränsningar</b>	English + 10 years	320	1

## Artikelöversikt

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Ammouri, A. A., Kamanyire, J. K., Raddaha, A. H. A., Achora, S., Obeidat, A. A.  Another chance to Life: Jordanian Patients 'Experience of Going Through a Myocardial Infarction  Jordanien, 2017	Syftet med var att beskriva jordanska patienters erfarenheter av att få en hjärtinfarkt.	Bekvämlighetsurval 5 deltagare, 1 kvinna 4 män deltog. Ålder 55–66. Tre deltagare var pensioner, två arbetade.  Inklusionskriterierna: Varit patient på hjärtavdelningen på ett sjukhus i Jordanien för hjärtinfarkt. Pratade flytande arabiska. Exklusion: pat som med tidigare hjärtinfarkt. Internt och externt bortfall redovisas inte.  Semistrukturerade intervjuer som varad i genomsnitt 45minuter, spelades in.	Intervjuerna genomfördes i patientrummen. Där använde dem sig av en intervjuguide och en annan en forskarna själv intervjuade deltagarna. Intervjuerna varade i genomsnitt 45 minuter och spelades in sedan transkriberades.  Kvalitativt innehåll analys	Deltagarnas upplevelser var: en skrämmande erfarenhet, behov av stöd, upplevde förändringar psykiskt och fysiskt och livsstilsförändringar.	<b>Tillförlitlighet:</b> Stärks då resultatet svarar på syftet. Använder sig av intervjuguide för att alla deltagare ska få samma frågor. <b>Verifierbarhet:</b> Stärks då metoden är välbeskriven samt intervjuguiden redovisas. <b>Pålitlighet:</b> Stärks då två oberoende forskare har deltagit i analysen. Sänks då författarnas förförståelse inte redovisas. <b>Överförbarhet:</b> Stärks då kontexten och metoden är väl beskriven. Hög abstraktionsnivå.
Andersson, E.K., Borglin, G., Willman, A. The experience of younger adults following myocardial infarction  Sverige, 2013	Syftet var att belysa yngre människors upplevelser under deras första år efter en hjärtinfarkt	Strategiskt urval. 17 pers (6 kvinnor, 11 män) deltog, 10 gifta, 4 sambo och 3 singlar. 15 hade barn.  Inklusionskriterier: 55 år eller yngre, hjärtinfarkt senast 12 månader, diagnosticerad, fysisk och psykisk adekvat. Exklusionskriterier redovisas inte Extern bortfall: 20 Internt bortfall: 2  Narrativa intervjuer	Deltagarna informerades via telefon, författarna genomförde intervjuerna i deltagarnas hem, förutom två och varade mellan 27 min och 2 tim 20 min. Intervjuerna spelades in och transkriberades.  Fenomenologisk hermeneutik, tematik strukturell analys	Deltagarna beskrev fysiska, psykiska och existentiella upplevelser som de kämpade emot för att kunna normalisera deras dagliga liv efter att ha drabbats av hjärtinfarkt.	<b>Tillförlitlighet:</b> Stärks då resultatet svarar på syftet och stor spridning då pat togs från 3 sjukhus. <b>Verifierbarhet:</b> Stärks då metoden är bra beskriven och frågorna och följdfrågorna är beskrivna. <b>Pålitlighet:</b> Stärks då flera forskare analyserade data och sänks då de ej redovisar förförståelsen. <b>Överförbarhet:</b> Stärks då kontexten och urvalen är väl beskrivna. Hög abstraktionsnivå.

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Brink, E.  Adaptation Positions and Behavior Among Post-Myocardial Infarction Patients  Sweden, 2009	Syftet var att utforska patienter med hjärtinfarkts erfarenheter av anpassning till sjukdoms konsekvenser 1 år efter hjärtinfarkten. n. *	23 tillfrågades, 19 deltagare 10 kvinnor, 9 män. Ålder 48-83år.  Inklusionskriterier: Första hjärtinfarkten som de fått, Det ska ha gått 12 månader sedan händelsen. Individuella intervjuer. Internt bortfall 2 Externt bortfall 2	Personal rekryterade deltagare utifrån en lista på ett sjukhus i Sverige. Deltagarna berättade fritt om deras hälsa utifrån den öppna frågan 'berätta gärna om din hälsa'. Intervjuerna spelades in och sedan transkriberades.  Använde sig av Grounded Theory.	Deltagarna upplevde motivation för att få bättre hälsa, begränsningar av sjukdomskonsekvenser samt sjukdomsacceptans.	<b>Tillförlitlighet:</b> Stärks då studien svarar på syftet, använder citat, etiskt godkänd. Sänks då det inte står var intervjuerna är gjorda. <b>Verifierbarhet:</b> Sänks då genomförandet inte är noggrant beskrivet. Stärks då andra studier fått liknande resultat. <b>Pålitlighet:</b> Sänks då förståelsen inte redovisas. Stärks då styrkor och svagheter redovisas samt andra resultat. <b>Överförbarhet:</b> Sänks då kontexten är dåligt beskriven. Stärks då abstraktionsnivån är hög.
Brink, E., Karlson, B.W., Hallberg, L.R.- M.  Readjustment 5 months after a first-time myocardial infarction: reorienting the active self  Sverige, 2006	Syftet var att undersöka patienternas återhämtning sprocess efter deras första hjärtinfarkt. *	Heterogent urval, 21 deltagare (11 kvinnor, 10 män). 3 Sekreterare, 4 sjuksköterskor, barnskötare, lärare, 3 hantverkare, 2 tjänstemän, 3 chefer, 3 företagare, 2 arbetslösa, 1 vårdpersonal. Ålder 58-83  Inklusions-, och exklusionskriterier, intern och externt bortfall redovisas inte.  Narrativa intervjuer	Första författare bjudande och intervjuade de år 1999, fem månader efter sjukhusavskrivning i deras hem eller på sjukhus. Deltagarna berättade fritt och svarade på frågor om känslor, tankar och handlingar om hälsa och rehabilitering. Intervjuerna spelades in och transkriberades.  Grounded theory	Deltagarnas beskrev upplevelser av fysiska och psykiska konsekvenser efter att ha fått en första hjärtinfarkt. De beskrev hur de kände sig och vad de tänkte om att ha drabbats av hjärtinfarkt samt hur de har gjort för att anpassa sig till det nya livet.	<b>Tillförlitlighet:</b> Stärks då resultatet svarar på syftet. Sänks då forskarnas relation till deltagarna är okänt. <b>Verifierbarhet:</b> Stärks då metoden är bra beskriven. Sänks då inklusions-exklusionskriterier redovisas ej. <b>Pålitlighet:</b> Stärks då flera författare analyserade data, styrkor och svagheter redovisas. Sänks då författarna inte redovisar deras förståelse. <b>Överförbarhet:</b> Sänks av hög abstraktionsnivå och bra beskriven kontext.

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Candon, C., McCarthy, G.  Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives  Irland, 2006	Syftet var att undersöka patienternas perspektiv på att göra livsstilsförändringar efter hjärtinfarkt. *	Strategiskt urval, 10 deltagare (9 män, 1 kvinna), 8 gifta, 8 skilda, 5 var anställda, 2 arbetade i hemmet, 1 pensionär. 7 rökare, ålder 38–75 år.  Inklusionskriterier: Äldre än 18 år, prata flyttande engelska, hade första hjärtinfarkten och ha påbörjat första steget i rehabilitering på sjukhuset. Exklusionskriterier redovisas inte. Internt bortfall: 0 Externt bortfall: 5  Semistrukturerade intervjuer	Forskaren informerade deltagarna muntlig och skriftlig, intervjuerna genomfördes 6 veckor efter sjukhusavskrivning i deras hem, varade mellan 40–75 min. Intervjuerna spelades in och transkriberade samt handskrivna anteckningar användes.  Tematisk analys	Deltagarna beskrev att ha drabbats av en hjärtinfarkt som ett behov av att göra en livsstilsförändring vilket innebär att ta ansvar, att ha professionellt stöd samt behov av att leva normalt framtiden.	<b>Tillförlitlighet:</b> Stärks då resultatet svarar på studiens syfte, är etisk godkänt. Sänks då forskarnas relation till deltagarna ej redovisas. <b>Verifierbarhet:</b> Stärks då metoden är välbeskriven. Intervjufrågorna och följdfrågorna väl beskrivna. <b>Pålitlighet:</b> Stärks då författarna redovisar styrkor och svagheter. Sänks då förförståelse inte redovisas. <b>Överförbarhet:</b> Kan ha begränsad överförbarhet pga låg abstraktionsnivå.
Eriksson, M., Asplund, K., Svedlund, M.  Patients 'and their partners 'experiences of returning home after hospital discharge following acute myocardial infarction  Sverige, 2009	Syftet var att beskriva patienternas och deras pars upplevelser som skrevs ut från sjukhus efter en hjärtinfarkt. *	Strategiskt urval, 15 (11 män, 4 kvinnor), 6 PCI, 6 CABG, 3 enbart mediciner.  Inklusionskriterier: Första hjärtinfarkten, 65 år eller yngre, bor nära sjukhuset, gift/sambo, samtycke. Exklusionskriterier: icke talande svenska.  Internt och externt bortfall redovisas inte.  Individuella intervjuer	Deltagarna informerades vid återbesök. Första författaren genomförde intervjuerna mellan 03,2006–06,2007 i deltagarnas hem, varade i genomsnitt 32 min. Intervjuerna (förutom 1 handskrivna anteckningar) spelades in och transkriberades.  Kvalitativt innehåll analys inspirerad av Graneheim and Lundman.	Deltagarna beskrev att hjärtinfarkten påverkade de både fysisk och psykiskt, att den har förändrat de och behovet av att återgå till ett normalt liv.	<b>Tillförlitlighet:</b> Stärks då resultatet svarar på syftet, är etisk godkänt. <b>Verifierbarhet:</b> Stärks då metoden är bra beskriven. Frågorna och följdfrågorna i intervjun är bra beskrivna. <b>Pålitlighet:</b> Stärks då kritiska vänner granskar tolkningen av data och diskuterar den. Sänks då författarna ej redovisar deras förförståelse. <b>Överförbarhet:</b> Stärks då kontexten är välbeskriven, låg abstraktionsnivå.

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Junehag, L., Asplund, K., Svedlund, M.  Perceptions of illness, lifestyle and support after an acute myocardial infarction  Sverige, 2014	Syftet var att beskriva individuella uppfattninga r om sin livsstil och stöd, 1 år efter en hjärtinfarkt med eller utan ett mentorskap. *	14 män och 6 kvinnor deltog mellan 46–73 år gamla.  Inklusionskriterier: Första hjärtinfarkten, under 75 år. Exklusionskriterier: redovisas inte Internt och externt bortfall redovisa inte.  Semistrukturerade intervjuer	Sjuksköterskorna rekryterade personerna under deras återbesök 2 veckor efter utskrivning. Några deltagare erbjöds en mentor första året efter hjärtinfarkten, de som inte hade utgör en kontrollgrupp. De intervjuades 1 år efter deras hjärtinfarkt och fick bestämma själva vart dem skulle intervjuas. Intervjuerna varde i ca 20– 56 min. De använde sig av en intervjuguide med öppna frågor. Intervjuerna spelades in och sedan transkriberades.  Deskriptiv analys	Deltagarna beskrev upplevelsen av att: vara i en drabbad kropp genom att beskriva fysiska och psykiska förändringar. Upplevelsen av att behålla livsstilen eller ändra den var en stor del av livet efter en hjärtinfarkt., samt att hantera det som hänt genom att acceptera och bli medveten.	<b>Tillförlitlighet:</b> Stärks då det svarar på syftet, används citat samt är etiskt godkänd. <b>Verifierbarhet:</b> Stärks då tillvägagångssättet är välbeskrivet samt att intervjuguiden redovisas. <b>Pålitligheten:</b> stärks då förståelsen står med samt analysen gjordes av flera forskare. <b>Överförbarhet:</b> Stärks då kontexten och tillvägagångssättet är välbeskrivet. Hög abstraktionsnivå
McAnirn, G., Lusk, L., Donnelly, P., McKenna, N., Hamill, C., Fitzsimons, D.  Shocked and guilty, but highly motivated: Younger patients 'experience past MI  Storbritannien, 2015	Syftet var att beskriva de problem som ynge patienter med familjer möter när de försöker att ändra göra livstilsförändr ingar efte en hjärtinfarkt.	Bekvämlighetsurval, 7 deltagare (6 män, 1 kvinna). 5 gifta, 1 sambo, 1 skild, arbetar, hel-eller deltid, 5 rökare, 2 icke rökare. Deltagare under 50 år.  Inklusionskriterier: under 50 år, ansvarar för familj, ha första hjärtinfarkt. Exklusionskriterier redovisas ej. Internt bortfall:0 Externt bortfall:3  Semistrukturerade intervjuer	Forskaren som jobbade som sjuksköterska på samma avdelning intervjuade deltagarna 6–8 veckor efter sjukhusavskrivning i deras hem (5) och i ett rum på sjukhuset (2). Intervjuerna varade mellan 23–48 min och spelades in och transkriberades. Handskrivna anteckningar gjordes också.  Heideggerian fenomenologisk analys	Deltagarna beskrev olika känslor som skuld, sorg, misstro samt behov av stöd och motivation för att en livsstilsförändring efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt.	<b>Tillförlitlighet:</b> Stärks då resultatet svarar på syftet, forskarens relation till deltagarna är beskriven. <b>Verifierbarhet:</b> Stärks då metoden är välbeskriven. Sänks då följdfrågorna inte redovisas. <b>Pålitlighet:</b> Stärks så flera forskaren har varit med och analyserat intervjuerna, styrkor och svagheter redovisas. Sänks då författarnas förståelse inte redovisades. <b>Överförbarhet:</b> Kontexten är välbeskriven vilket stärker. Hög abstraktionsnivå som stärker överförbarheten.

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Merritt, C. J., De Zoysa, N., Hutton, J. M.  A qualitative study of younger men's experience of heart attack (myocardial infarction)  Storbritannien, 2017	Syftet var att undersöka hur män under 45 år upplevde hjärtinfarkten.	13 tillfrågades, 10 deltog. yngre män med hjärtinfarkt. Inklusionskriterier: hjärtinfarkt senaste 3–6 månader utan andra hjärtsjukdomar, under 45 år, män, prata flytande engelska. Exklusionskriterier redovisas inte  Internt bortfall: 1 Externt bortfall: 2  Semistrukturerade intervjuer	Personal på ett sjukhus i London rekryterade deltagarna. De valdes från en lista av hjärtavdelningen. Intervjuerna spelades in och transkriberades och varade mellan 57 och 106 min. Alla gav informerat samtycke. De fick svara på tre öppna frågor.  Interoperativ fenomenologisk analys enligt Smith och Osborn	Deltagarna upplevde minskad fysisk kapacitet, att livet var kortare efter hjärtinfarkt och att ha förlorat möjligheten att njuta av saker i livet i samband med livsförändring.	<b>Tillförlitlighet:</b> Stärks då studien svarar på syfte, citat används, är etiskt godkänd och styrkor och svagheter redovisas. Sänks då det ej anges vem gjorde intervjuerna. <b>Verifierbarhet:</b> Stärks då andra studier har fått liknande resultat och sänks genomförandet är inte tydligt beskrivet. <b>Pålitlighet:</b> Stärks då flera forskare var med och analyserade data. Sänks då förförståelsen inte redovisas. <b>Överförbarhet:</b> Stärks då det är hög abstraktionsnivå och sänks då kontexten är bristfälligt beskrivet.
Svedlund, M., Danielson, E.  Myocardial infarction: narrations by afflicted women and their partners of lived experiences in daily life following an acute myocardial infarction  Sverige, 2004	Syftet var att belysa innehållsämnet av upplevda upplevelser i det dagliga livet efter det en akut hjärtinfarkt, berättat av drabbade kvinnor och deras partners. *	Lämplighets urval. Kvinnor mellan 47 och 57 år. Inklusionskriterier: anställda kvinnor under 60 år, lever med en manlig partner, har haft en hjärtinfarkt, god fysisk och psykiskt mående, vårdas på det avsatta sjukhuset, bosatta inom sjukhusens avrinningsområde och att både kvinnorna och deras partners ville delta.  Individuella intervjuer	Intervjuerna genomfördes i parets hem eller i ett privat rum på universitetet. 3–12 månader efter utskrivning. Kvinnorna och deras partner intervjuades individuellt. Intervjuerna varade i 25-80min. Intervjuguide med öppna frågor användes. Intervjuerna spelades in hos alla utan en kvinna som inte ville där de antecknade vad hon sa.  Strukturell analys, fenomenologisk analys inspirerad av Ricoeur	Deltagarna upplevde sig begränsade i livet i och med fysiska och psykiska måendet. Deltagarna upplevde även minskad fysisk kapacitet. Deras syn på framtiden ändras.	<b>Tillförlitlighet:</b> Stärks för att studien svarar på syftet samt att citat används. Stärks intervjuguiden redovisas. <b>Verifierbarhet:</b> Stärks då metoden är väl beskriven. <b>Pålitlighet:</b> Stärks då flera forskare varit med och analyserat. Sänks då förförståelsen inte redovisas. <b>Överförbarhet:</b> Stärks då kontexten är väl beskriven. Hög abstraktionsnivå.



Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlingsmetod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Wiles, R.  Patients perceptions of their heart attack and recovery: the epidemiological ‘evidence’ and personal experience.  Storbritannien, 1998	Syftet med var att samla in data om människors erfarenheter av hjärtattack och deras syn på deras vård.	Lämplighetsurval. 12 kvinnor och 13 män från ålder 34 till 80. Levde med deras par 20 deltagare, levde ensamma 4 och ensamstående föräldrar 1 deltagare.  Inklusionskriterier: Inlagda på en av de två av sjukhusen i Storbritannien. Haft en hjärtinfarkt. Exklusionskriterier: redovisas ej. Internt och externt bortfall redovisas inte.  Semistrukturerade intervjuer	De rekryterade var från inlagda på hjärtavdelning på sjukhuset. 4 rekryterades i veckan i en tio månaders period. Maximal variation av stickprov användes för att säkerställa att välja personer med maximalt olika egenskaper. Intervjuerna genomfördes i personernas hem och varade i ca en timma. Intervjuguide användes. Intervjuerna spelades in och transkriberades.  Grounded Theory	Deltagarna upplevde: chock att de överlevt en hjärtinfarkt, tacksamma för en andra chans i livet, känslor av frustration, rädsla och oro, Symtomen från hjärtinfarkten med trötthet och fysiska förändringar.	<b>Tillförlitlighet:</b> Stärks för syftet svarar på studiens resultat, citat används. <b>Verifierbarhet:</b> Stärks då intervjuernas tillvägagångssätt är väl beskriven. Sänks då analysen inte är väl beskriven. <b>Pålitligheten:</b> Sänks då förståelsen inte finns med samt att analysen inte beskriver om flera forskare har analyserat. Stärks då resultatet jämförs med andra liknande artiklar. <b>Överförbarhet:</b> Stärks då kontexten är väl beskriven. Hög abstraktionsnivå.

Endast delar av resultatet från artiklarna markerade med \* svarar på studiens syfte.