

Beteckning: _____



Institutionen för vårdvetenskap och sociologi

LIVET EFTER EN HJÄRTINFARKT
- en litteraturstudie gällande patienters behov av
stöd

Ann-Christine Eriksson & Kristina Eriksson
September 2008

Examensarbete C 15 poäng
Omvårdnadsvetenskap

Sjuksköterskeprogrammet 180 p
Examinator: Eva Boström
Handledare: Dagny Melander

Sammanfattning

Syftet med denna kvalitativa litteraturstudie var att undersöka och sammanställa befintlig forskning från 2000-talet om patienters behov av olika stöd efter en hjärtinfarkt.

Litteraturstudien innefattade 14 vetenskapliga artiklar som analyserades. Resultatet visade två huvudkategorier; individuellt/informationsstöd samt grupp/socialt stöd. Kategorin individuellt/informationsstöd innehöll en önskan om mer information gällande hjärtat, dess funktion och konsekvenserna av hjärtinfarkten. Råd och information angående förändringar i livsstil, återanpassning till vardagsliv och stresshantering efterfrågades också liksom mer information om läkemedlen och dess effekter. Allt detta skulle hjälpt till under tillfrisknandefasen. Under kategorin grupp/socialt stöd framkom att stödgrupper och rehabiliteringsprogram hade en betydande roll för tillfrisknandet efter hjärtinfarkten. Genom att dela upplevelser med andra i samma situation, inte känna sig ensam och att ha en kontinuerlig kontakt med professionell sjukvårdspersonal ökade också livsglädjen. Stöd från familj och vänner hade också en viktig mening för tillfrisknandet.

Samtidigt framkom också ofta en överbeskyddarroll hos anhöriga vilket hos de flesta upplevdes ha en negativ effekt och inverkan på tillfrisknandet. Slutsatsen visar att sjuksköterskor har en betydande roll i att kunna hantera, bemöta, visa förståelse och stödja varje individs individuella behov.

Nyckelord: hjärtinfarkt, behov, stöd, tillfrisknande

Abstract

The aim of this literature review was to examine and compile existing research from the beginning of the 21st century about patients needs for different kind of support after a myocardial infarction. This literature review included 14 scientific articles who where analyzed. The result showed two main categories; individual/information support and group/social support. Individual/information support showed a wish for more information about the heart, its function and the consequences of the myocardial infarction. Advice and information about lifestyle changes, readjustment to daily life and to cope with stress as well as information about the medical treatment and its effects was asked for. That would have helpt uring the process of recovery. Under the category of group/social support it emerged that supportgroups and rehabilitationprograms had an significant part for the recovery after the myocardial infarction. Through sharing experiences with others in the same situation, not feeling alone and to have a continuous contact with health care professionals the zest for life increased. Support from family and friends also had an important meaning for recovery. At the same time it also often emerged an overprotective role in relatives that by most of the patients seemed to have a negative effect and influence on the recovery. The conclusion show´s that nurses have an important role to handle, treat, show understanding and support every persons individual needs.

Keywords: myocardial infarction, needs, support, recovery

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
1.1 Vad är en hjärtinfarkt?.....	1
1.2 Symtom	1
1.3 Riskfaktorer för utvecklande av hjärtinfarkt	1
1.4 Behandling	2
1.5 Fakta och forskning kring hjärtinfarkt	2
1.6 Problemområde	3
1.7 Syfte	3
1.8 Frågeställning	3
2. Metod	4
2.1 Design	4
2.2 Databaser och manuell sökning	4
2.3 Sökord	4
2.4 Utfall av sökning, Tabell 1	4
2.5 Kriterier för urval av källor	5
2.6 Dataanalys	6
2.7 Forskningsetiska överväganden.....	6
3. Resultat	6
3.1 Valda källor	6
Tabell 2	7
Tabell 3	9
3.2 Efterfrågade behov av stöd.....	12
3.2.1 Individuellt/ Informationsstöd	12
3.2.2 Grupp/ Socialt stöd.....	14
3.3 Artiklarnas kvalitetskriterier	16
4. Diskussion	19
4.1 Huvudresultat	19
4.2 Resultatdiskussion	20
4.3 Metoddiskussion	23
4.4 Allmän diskussion	23
5. Referenser	25

1. Inledning

1.1 Vad är en hjärtinfarkt?

Hjärtinfarkt är ett sjukdomstillstånd som orsakas av en plötslig blodproppsbildning i något av hjärtats kranskärl. Denna blodproppsbildning medför att blodcirkulationen minskar eller upphör i det aktuella kärlet och därmed skadar delar av hjärtmuskeln. Vanligaste orsaken till att man får en blodpropp i hjärtat beror på att kranskärlen är förkalkade, det vill säga åderförkalkning. Denna förkalkning börjar redan i 20-årsåldern och utvecklas successivt med stigande ålder (1). Diagnosen hjärtinfarkt ställs med hjälp av symtom, EKG, blodprover, ultraljudsundersökning av hjärtat och kranskärldröng(2).

1.2 Symtom

Mäns och kvinnors hjärtan är olika och därför varierar symtomen. Kvinnors hjärtan är mindre, kranskärlen är smalare och fibrerna i hjärtmuskeln är finare än hos män. Hos män är stark ihållande smärta i bröstkorgen det vanligaste symtomet. Hos kvinnor kan symtomen vara mer diffusa: allmän sjukdomskänsla, orkeslöshet, stark trötthet, hjärtklappning, värk i skulderpartiet, tyngdkänsla eller tryck i bröstet, magont, värk i käkarna, andfåddhet eller svårigheter att andas, yrsel och illamående. Hos båda könen kan smärtan stråla ut till båda armarna eller bara i en arm. Andra symtom som ofta förekommer är: smärta i magen, mot ryggen, halsen, nacken eller att det strålar upp mot käkarna. Vid hjärtinfarkt är smärtan ihållande, längre än 15 minuter och ofta kombinerat med illamående, andnöd, yrsel, kallsvettning och svimning. Rädsla och ångest är också vanligt (2).

1.3 Riskfaktorer för utvecklande av hjärtinfarkt

Fram till 1980 skedde en ökad dödlighet i hjärtinfarkt i Sverige, men har sedan minskat trots stigande medelålder. Ålder och kön kan ha betydelse, män har ökad risk för kranskärlssjukdom, medan kvinnor drabbas senare i livet.

Risken att drabbas av hjärtinfarkt påverkas ofta av livsstilen. Rökning, förhöjt blodtryck, diabetes mellitus, psykosociala faktorer, förhöjda blodfetter, övervikt, bukfetma och fysisk inaktivitet är faktorer av betydelse för att utveckla en hjärtinfarkt.

Ärftliga faktorer kan också bidra till utvecklande av kranskärlssjukdom, risken är ökad om en nära anhörig har visat symtom i unga år (3).

1.4 Behandling

Eftersom hjärtinfarkt är ett allvarligt tillstånd bör den drabbade omedelbart få sjukhusvård. Ett lugnt omhändertagande och smärtstillande medicin är grunden till en bra behandling.

Blodproppen som orsakat hjärtinfarkten bör lösas upp så fort som möjligt och läkemedel som är blodproppslösande och blodkärlsvidgande ges. Är detta inte tillräckligt för att vidga blodkärlen kan det bli aktuellt med operation (2).

1.5 Fakta och forskning kring hjärtinfarkt

Hjärtinfarkt är den vanligaste enskilda dödsorsaken i Sverige (4). Ca 30% avlider av sin hjärtinfarkt under det första dygnet (3). Under perioden 1987-2005 har 587.000 personer registrerats för akut hjärtinfarkt i Sverige (5). Ca 10 000 personer avlider i sin hjärtinfarkt utanför sjukhus. Före 45 års ålder är hjärtinfarkt relativt ovanlig och dödligheten låg, ca 5 % hos män. De flesta infarkterna inträffar i 70-80 årsåldern hos män och 75-85 år hos kvinnor (6).

Många som haft hjärtinfarkt inser själva att deras livsstil kan ha bidragit till hjärtinfarkten. En studie visade att personer som stressat, rökt mycket, motionerat lite och ej tänkt på vad de ätit själva anser att detta utlöst hjärtinfarkten (7).

Efter en hjärtinfarkt förändras livet både fysiskt och känslomässigt. Den första månaden efter hjärtinfarkten är den mest sårbara perioden. I en studie av Kristofferzon m fl (8) framkom att många män och kvinnor beskriver att fysiska symtom och känslomässiga bekymmer är de vanligaste problemen kort efter hjärtinfarkten.

Eftersom vårdtiderna blir allt kortare i den moderna sjukvården, upplever människor som fått en hjärtinfarkt ett hot mot sitt liv, självuppfattningen och allt som känns viktigt att kunna utföra dagligen. Patienten är i stort behov av emotionellt stöd när vårdtiden är kort och därför behövs även planering av omvårdnad efter sjukhusvistelsen (9).

Att anpassa sig till en kronisk sjukdom innebär ändrad livsstil i många avseenden: nya matvanor, upphöra med rökning, undvika stress och motionera måttligt.

I en studie visades att personer som haft hjärtinfarkt började tänka på sin livsstil.

Några som var storrökare insåg att de måste sluta nu när hjärtinfarkten var ett faktum.

Även personer som stressat och ej varit fysiskt aktiva förstod vikten av att ändra livsstil (7).

I en jämförande studie mellan friska studenter och personer som haft hjärtinfarkt framkom att

depression och ångest är vanligt förekommande vid hjärtinfarkt (10). I en studie gjord av Scott & Thompson (11) visade det sig att många patienter efter hjärtinfarkten saknade insikt om vad som hänt dem, och hur de skulle lyckas leva vidare. Därför finns mera behov av kontinuerlig information från hjärtinfarktens början och även efter vårddagens slut.

Anhöriga har i en studie beskrivit vad de upplevt när deras partner fått hjärtinfarkt. De ansåg att mer kontinuerlig information om hjärtinfarkt och rehabilitering var nödvändig för både dem och partnern, för att inte känna sig frustrerade över den oväntade situationen (12).

I Bagheri m fl (13) studie förespråkas om hur viktigt det är med stöd och råd direkt efter en hjärtinfarkt. Livskvaliteten höjs om patienten får stöd och råd efter hjärtinfarkten.

1.6 Problemområde

I den inledande litteratursökningen har författarna kommit fram till att det finns ett stort behov av olika stöd hos patienter som drabbats av hjärtinfarkt, av den anledningen ville författarna fördjupa sig i detta område. Det är av största vikt att som sjuksköterska få insikt, kännedom och kunskap om dessa behov, för att på ett optimalt sätt kunna ge bästa tänkbara vårdkvalitet vad gäller bemötande, omvårdnad och behandling, utifrån varje patients behov samt också genom detta öka livskvaliteten för dessa patienter.

1.7 Syfte

Syftet med denna litteraturstudie var att genom aktuell litteratur beskriva vilka behov av olika stöd patienter som drabbats av hjärtinfarkt har.

1.8 Frågeställning

Hur beskriver litteraturen vilka behov av olika stöd som efterfrågas av patienter som drabbats av hjärtinfarkt?

2. Metod

2.1 Design

Studien är en beskrivande litteraturstudie.

2.2 Databaser och manuell sökning

Litteratur till studien har sökts via databaserna Medline via PubMed, Science Direct och Academic Search Elite (se tabell 1). En artikel hittades i en referenslista till en av artiklarna i resultatet. Den valdes därför att den motsvarade studiens syfte och frågeställning.

Två artiklar beställdes i fulltext från Högskolan i Gävle, varav en valdes bort på grund av att den var av kvantitativ ansats.

2.3 Sökord

Sökord som användes var: myocardial infarction, life change events, social support, information needs, recovery of function, adaptation psychological, rehabilitation och qualitative research. Samtliga är MeSH-termer förutom information needs.

2.4 Utfall av sökning

Använda databaser, sökord, utfall av dessa och valda källor som valts till resultatet redovisas i tabell 1.

Tabell 1. Tabell över databaser, sökord, utfall och valda källor till resultatet.

Databas	Sökord och begränsningar	Utfall	Valda källor
Medline via PubMed	Myocardial infarction (MeSH) AND life change events (MeSH) AND recovery of function (MeSH)	3	1
	Myocardial infarction (MeSH) AND rehabilitation (MeSH) AND qualitative research (MeSH)	10	1

	Myocardial infarction (MeSH) AND rehabilitation (MeSH) AND adaptation, psychological (MeSH) Limits: Date from 2000-2007	29	3
	Myocardial infarction (MeSH) AND information needs Limits: Date from 2000-2007	47	2
	Myocardial infarction (MeSH) AND life change events (MeSH) Limits: Date from 2000-2007	44	1
Science direct	Myocardial infarction (MeSH) AND information needs. Limits: Date from 2000-2007	60	1
Academic Search Elite	Myocardial infarction (MeSH) AND social support (MeSH). Limits: Date from 2000-2007	46	1
	Myocardial infarction (MeSH) AND rehabilitation (MeSH) AND qualitative research (MeSH) Limits: Date from 2000-2007	11	3
Manuell sökning i valda källors referenslistor			1

2.5 Kriterier för urval av källor

Studien baserades på kvalitativa vetenskapliga artiklar mellan åren 2000 och 2007. Dessa skulle vara skrivna på engelska eller svenska, vara publicerade i vetenskapliga tidskrifter, inkludera både kvinnor och män med hjärtinfarkt samt artiklar som överensstämde med studiens syfte och frågeställning. Författarna valde först ut artiklar efter titel, sedan lästes artiklarnas abstract igenom av båda författarna. Därefter drogs de artiklar som fortfarande var av intresse ut i fulltext. Flertalet visade sig handla om enbart kvinnor. Tre artiklar av dessa valdes att ingå i resultatet i föreliggande studie på grund av att studiernas resultat var relevanta samt motsvarade syfte och frågeställning. Flertalet artiklar valdes bort då de visade sig vara av kvantitativ ansats. Därefter gjordes av författarna en gemensam slutgiltig bedömning av material som kom att medverka i studien. Föreliggande litteraturstudie baseras på 14 artiklar.

2.6 Dataanalys

De valda artiklarna lästes noggrant igenom av båda författarna var för sig. Artiklarna granskades och kvalitetsbedömdes därefter gemensamt av författarna med hjälp av checklista för granskning av kvalitativa studier enligt Forsberg & Wengström (14) dvs. artiklarnas design, datainsamlingsmetod, urval, undersökningsgrupp, bortfall samt dataanalys kontrollerades. Slutligen diskuterades, analyserades och sammanställdes innehållet i två tabeller av författarna gemensamt (se tabell 2 och tabell 3). Resultatet redovisas i löpande text, utifrån två huvudkategorier som framkom i de valda artiklarna.

2.7 Forskningsetiska överväganden

Denna litteraturstudies grund baseras på vetenskapliga artiklar där författarna till de enskilda studierna i sin tur har gjort etiska överväganden. Samtliga artiklar har valts utifrån uppsatta urvalskriterier och har därför haft samma chans att inkluderas i studien.

3. Resultat

Först presenteras en översikt över valda källor som ingår i resultatet. (Tabell 2 och 3). Därefter redovisas resultatet utifrån två huvudkategorier: Individuellt/Informationsstöd och Grupp/ Socialt stöd eftersom dessa behov av stöd framkom tydligast i de valda artiklarna.

3.1 Valda källor

Samtliga 14 inkluderade studier hade en kvalitativ design. Datainsamlingsmetoder som användes var fokusgruppsintervjuer och individuella intervjuer. Olika beprövade data-analysmetoder användes. Författarna till de inkluderade studierna har i varierande grad diskuterat olika trovärdighetsaspekter. Ingen egen bedömning av trovärdighetsaspekter om de enskilda studierna har gjorts av författarna till föreliggande studie.

Tabell 2. Översikt över författare, år, land, titel, design, datainsamlingsmetod, undersökningsgrupp, urval, bortfall, data analys och kvalitetsbedömning i valda källor som ingår i resultatet.

Författare, år, land	Titel	Design/Datainsaml. metod	Undersökningsgrupp/Urval/Bortfall	Dataanalys/Kvalitetsbedömning
Ostergaard Jensen,B.& Pettersson,K. 2003 Danmark (15)	The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction.	Kvalitativ design. Två semistrukturerade intervjuer, en gjord tre dagar efter hjärtinfarkten och en efter sju ton veckor.	8 kvinnor och 22 män med hjärtinfarkt. Urval tydligt beskrivet Bortfall redovisat	Kvalitativ innehållsanalys Applicability/confirmability
Hanssen, T A, Nordrehaug, J E.& Hanestad, B R. 2005 Norge.(16)	A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge.	Kvalitativ utforskande design. Fokusgrupper tre-fem mån. efter utskrivningen från sjukhuset.	2 kvinnor och 12 män med hjärtinfarkt. Urval beskrivet Bortfall redovisat	Kvalitativ innehållsanalys. Stability
Bergman,E. & Berterö,C. 2001 Sverige (17)	You can do it if you set your mind to it: a qualitative study of patients with coronary artery disease.	Kvalitativ design. Intervjuer.	3 kvinnor och 5 män med hjärtsjukdom. Urval beskrivet Bortfall redovisat	Hermeneutisk metod. Generalizability/transfereability
From-Attebring,M., Herlitz,J. & Ekman,I. 2005 Sverige (18)	Intrusion and confusion- the impact of medication and health professionals after a acute myocardial infarction.	Kvalitativ design. Semistrukturerade intervjuer.	8 kvinnor och 12 män med hjärtinfarkt. Urval beskrivet Bortfall redovisat	Hermeneutisk metod. Credibility/transferability/confirmability
Roebuck,A., Furze,G.& Thompson,D.R. 2001 England (19)	Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study.	Kvalitativ design. Semistrukturerade intervjuer sex veckor efter utskrivningen från sjukhuset.	21 män och 10 kvinnor med hjärtinfarkt. Urval beskrivet Bortfall redovisat	Latent och manifest innehållsanalys.
Johansson,A., Dahlberg,K. & Ekebergh,M. 2003 Sverige (20)	Living with experiences following a myocardial infarction.	Kvalitativ design. Semistrukturerade intervjuer.	8 kvinnor med hjärtinfarkt. Urval beskrivet Bortfall redovisat	Fenomenologisk metod.
Brink,E., Karlson,B.W. & Hallberg,L.R-M. 2006 Sverige (21)	Readjustment 5 months after a first-time myocardial infarction: reorienting the active self.	Kvalitativ design. Ostrukturerade intervjuer fem mån. efter hjärtinfarkten.	11 kvinnor och 10 män med hjärtinfarkt. Urval beskrivet Bortfall redovisat	Grounded Theory.

Sjöström-Strand,A. & Fridlund,B. 2007 Sverige (22)	Stress in women`s daily life before and after a myocardial infarction: a qualitative analysis.	Kvalitativ design. Två intervjuer gjordes efter andra-tredje dagen och den andra fyra, sex eller tio mån efter hjärtinfarkten.	20 kvinnor deltog i första intervjun. 14 kvinnor i andra intervjun. Urval beskrivet Bortfall redovisat	Fenomenografisk metod. Applicability/reason- ableness/trustworthiness/ conscientiousness
Paquet,M., Bolduc,N., Xhignesse,M. & Vanasse,A. 2005 Canada (23)	Re-engineering cardiac rehabilitation programmes: considering the patient`s point of view.	Kvalitativ design. Fokusgrupper.	4 kvinnor och 16 män med hjärtinfarkt. Urval beskrivet Bortfall ottydligt redovisat	Kvalitativ innehållsanalys. Credibility
Svedlund,M. & Danielson,E. 2004 Sverige (24)	Myocardial infarction: narrations by afflicted women and their partners of lived experiences in daily life following a myocardial infarction.	Kvalitativ design. Intervjuer tre och tolv mån. efter hjärtinfarkten.	9 kvinnor med hjärtinfarkt och deras 9 partner. Urval ottydligt beskrivet Bortfall redovisat	Fenomenologisk, hermeneutisk metod. Credibility
Hildingh,C., Fridlund,B. & Lidell,E. 2006 Sverige (25)	Access to the World After Myocardial Infarction: Experiences of the Recovery Process.	Kvalitativ deskriptiv design. Intervjuer.	16 patienter med hjärtinfarkt. Könsfördelning ej beskriven. Urval beskrivet Bortfall redovisat	Latent och manifest innehållsanalys Confirmability/depend- ability/generalizability
Gregory,S., Bostock,Y. & Backett- Milburn,K. 2006 England (26)	Recovering from a heart attack: a qualitative study into lay experiences and the struggle to make lifestyle changes.	Kvalitativ utforskande design. Fokusgrupper.	18 kvinnor och 35 män med hjärtinfarkt. Urval beskrivet Bortfall redovisat	Grounded Theory.
Bergman,,E. & Berterö,C. 2003 Sverige (27)	“Grasp life again”. A qualitative study of the motive power in myocardial infarction patients.	Kvalitativ design. Intervjuer.	6 kvinnor och 7 män med hjärtinfarkt. Urval beskrivet Bortfall redovisat	Grounded Theory.
Cooper,AF., Jackson,,G., Weinman,J. & Home,R. 2005 England (28)	A qualitative study investigating patients beliefs about cardiac rehabilitation.	Kvalitativ design. Semistrukturerade intervjuer.	4 kvinnor och 9 män med hjärtinfarkt. Urval beskrivet Bortfall redovisat	Kvalitativ innehållsanalys. Generalizability

Tabell 3. Översikt av syfte och huvudresultat av valda källor som ingår i resultatet.

Författare/År	Syfte	Huvudresultat
Ostergaard Jensen,B. & Petersson,K. 2003 (15)	Undersöka sjukdomsupplevelser hos patienter efter en första hjärtinfarkt fokuserat på livssituation och återhämtningsfas över tid.	Ur båda intervjuerna kom en osäkerhet i livssituationen fram. Denna relaterades till att själv kunna ändra sitt beteende som en behandlingsåtgärd. Existentiella hot, förebyggande av en ny hjärtsjukdom, behov av kunskap och stöd, ansågs viktigt i deras fall för framtiden. Fynden är grundläggande för hälso- och sjukvården då utbildning och råd ska planeras, men också att lyssna på patientens egna upplevelser.
Hanssen, T A, Nordrehaug, J E.& Hanestad, B R. 2005 (16)	Undersöka patienters behov av information efter en hjärtinfarkt och vilken uppföljning de föredrar efter utskrivningen från sjukhuset.	Den generella informationen som gavs under sjukhusvistelsen ansågs viktig, men en mer individuell information var önskvärd. Hemkomsten upplevdes som en svår period där ingen fanns att fråga om råd över framtiden, som arbete och familjeliv. En uppföljning via telefon önskades i form av en professionell kontakt att få råd av och som kände till deras fall, samt att få träffa andra i grupp som befann sig i samma situation.
Bergman,E. & Berterö,C. 2001 (17)	Öka kunskapen och förståelsen om betydelsen av att drabbas av hjärtsjukdom och dess påverkan på livet/livsstilen för dessa individer.	I resultatet inkluderas tre områden; Orsakerna till hjärtsjukdomen t ex livsstil, ärftlighet och krav. Svårigheter med rehabiliteringsarbetet pga förvirrings-, osäkerhets och vemodskänslor. Lyckad rehabilitering beroende på patientens personlighet och stöd utifrån. Utifrån att hitta dessa olika kännetecken, nödvändigheter och svårigheter hos patienten är det möjligt att göra en mer individuell behandling.
From-Attebring,M. & Herlitz,J. 2005 (18)	Undersöka patienters upplevelser av sekundär prevention efter en första hjärtinfarkt.	Patienterna uttryckte att konsekvenserna och följderna av den medicinska behandlingen ledde såväl till intrångs- som säkerhetskänslor. Konsekvenserna och följderna av kommunikation med hälso- och sjukvården resulterade i förvirring. Ett behov av lugnande angående deras hälsotillstånd uttrycktes. Hälso- och sjukvården måste överväga den farmakologiska behandlingens följder i patientens liv. Detta måste utgå från patientens egna tilltro om sitt hälsotillstånd och den behandling som ges. Viktigt att i samtal med patienten tala om sjukdomen och dess följder så snart som möjligt.
Roebuck,A., Furze,G. & Thompson,D.R. 2001 (19)	Undersöka och få mera inblick i effekterna av en hjärtinfarkt och dess hälsorelaterade livskvalitet.	Sju kategorier framkom; fysisk aktivitet/symtom, osäkerhet, känslomässiga reaktioner, beroende, livsstilsförändringar, oro över mediciner och sidoeffekter. Andfåddhet, osäkerhet, känslor av att vara överbeskyddad såväl som otillfredsställd information och råd upplevdes

		<p>som stora problem. Hjärtinfarkten visade sig orsaka olika hälsoproblem som påverkade livskvaliteten. En systematisk kontroll och utvärdering av hälsotillståndet önskades införas som rutin.</p>
<p>Johansson,A.,Dahlberg ,K.& Ekebergh,M. 2003 (20)</p>	<p>Undersöka kvinnors upplevelser/ erfarenheter efter en hjärtinfarkt.</p>	<p>I kvinnornas livsvärld upplevdes kroppen som livsviktig. Kroppen och dess funktion i förhållande till sjukdom påverkade kvinnornas upplevda självbild i hur de mätte och fungerade i vardagen. Genom försoning med kroppen och sjukdomen kan en känsla av välbefinnande och harmoni återupprättas. Sjuksköterskors medverkan var viktig för fortsatt hälsa.</p>
<p>Brink,E., Karlson,B.W. & Hallberg,L.R-M. 2006 (21)</p>	<p>Undersöka förloppet av självregleringsprocessen hos kvinnor och män fem mån. efter en första hjärtinfarkt.</p>	<p>Patienterna hade inte etablerat ett stabilt hälsotillstånd fem månader efter hjärtinfarkten. Pga trötthet och andra hälsoproblem hotades deras aktiva jag likväl som att utebli från aktiviteter som innan hjärtinfarkten. De föredrog hellre måttliga än radikala förändringar i deras vardagliga aktiviteter. Det uttrycktes behov av mer kunskap och stöd angående livsstilsförändringar och vardagslivsaktiviteter.</p>
<p>Sjöström-Strand,A. & Fridlund,B. 2007 (22)</p>	<p>Beskriva och undersöka kvinnors uppfattning om stress före och efter en hjärtinfarkt.</p>	<p>Efter hjärtinfarkten förlorades kontrollen över vardagslivet och den beskrevs som stressad beroende på att olika roller måste upprätthållas. Kvinnorna både ville och behövde mera stöd pga okunskap om hur mycket de kunde göra och detta gällde även för anhöriga. Från hälso- och sjukvården gavs lite eller inget stöd alls.</p>
<p>Paquet,M., Bolduc,N., Xhignesse,M. & Vanasse,A. 2005 (23)</p>	<p>Beskriva hjärtinfarktpatienters upplevelser de första tre mån. efter sjukhusvistelsen. Identifiera skillnader mellan uttryckta behov och det stöd de fått under återhämtningen, samt skapa en preliminär modell för utvecklande av rehabiliteringsprogram sett ur pat. perspektiv.</p>	<p>Resultatet visade att ett glapp finns mellan vad traditionella hjärtrehabiliteringsprogram erbjuder och patienternas önskade behov efter sjukhusvistelsen. Patienterna fokuserade mer på stresshantering än ändring av livsstilsvanor. Vidare ansågs att stödgrupper hade fördelar och att bättre kontinuitet i sjukvården ledde till minskad stress. Baserat på detta föreslogs en grundmodell för hur hjärtrehabiliteringsprogram kan se ut.</p>
<p>Svedlund,M. & Danielson,E. 2004 (24)</p>	<p>Belysa betydelsen av upplevda erfarenheter i det dagliga livet efter akut hjärtinfarkt, berättat av kvinnor drabbade av hjärtinfarkt och deras partner.</p>	<p>Det visade sig att paren levde i en förändrad livssituation, i en smula ”oordning” och att man ofta visade hänsyn för att skydda partnern. Vidare fanns en brist på kommunikation paren emellan och en viss ensamhet kunde tänkas finnas pga detta. Att inte dela med sig känslor om det som hänt och den situation den orsakat visar att det finns specifika behov i vardagslivet efter en hjärtinfarkt.</p>

<p>Hildingh,C., Fridlund,B. & Lidell,E. 2006 (25)</p>	<p>Belysa mönster i tillfrisknandet efter en hjärtinfarkt, beträffande upplevelser och belåtenhet hos patienter</p>	<p>Tillfrisknandeprocessen visade ett mönster beträffande förmåga, hinder och reorientering. Genom självhjälp och hjälp från andra, ömsesidigt delade bördor och klargörande av hinder för tillfrisknandet framskred tillfrisknandeprocessen mot reorientering. Nya värden och motivation till förändring, såväl som en ny balans inom de själva och i deras förhållanden återfanns. Hjärtinfarkten hade integrerats i livet och genom tillfrisknandeprocessen fokuserades patienternas attityder bättre vilket ledde till ökad livskvalitet.</p>
<p>Gregory,S., Bostock,Y. & Backett-Milburn,K. 2006 (26)</p>	<p>Identifiera åsikter och upplevelser hos människor som återhämtar sig efter en hjärtinfarkt. Detta speciellt gällande särskilda hinder för och underlättande av att följa råd om livsstilsförändringar och underhåll av dessa.</p>	<p>Resultatet visade att patienterna hade en önskan om långvarig övervakning och stöd. Trots att råd om dess utformning och innehåll varierade bland patienterna, var de ändå överens om att långvarig uppföljning eller uppbackning skulle vara till stor hjälp. Detta för att uppfylla behov som att följa livsstilsråd, dela med sig till andra med liknande upplevelser, regelbunden kontakt med sjukvårdspersonal samt inge lugn till övriga familjemedlemmar.</p>
<p>Bergman,E. & Berterö,C. 2003 (27)</p>	<p>Öka kunskapen och förståelsen av drivkraften hos hjärtinfarktspatienter. Samt dess påverkan på individens rehabilitering och återvändo till ett fungerande liv.</p>	<p>Drivkraften identifierades som en livsglädje, där patienterna uttryckte en önskan om att fortsätta leva. Erfarenheterna av sjukdomen och utskrivningen från sjukhuset tvingade de till en reorientering i livet. Autonomi och eget aktivt beslutsfattande hade en stor del och ”att bry sig om” visades vara grundstommen i livsglädjen. Det betonades vikten av att som sjukvårdspersonal i ett tidigt skede, bilda en uppfattning om vilken slags patient de har framför sig och om denna drivkraft finns.</p>
<p>Cooper,AF., Jackson,G., Weinman,J. & Horne,R. 2005 (28)</p>	<p>Få vetskap om patienters uppfattning angående hjärtrehabiliteringskurser och dess betydande roll, efter en hjärtinfarkt.</p>	<p>Olika uppfattningar framkom såsom en belåtenhet med rehabiliteringen, fördelarna med motion, men också hinder för att delta och bristande kunskaper om hjärtat. En del ansåg rehabiliteringen som en viktig och nödvändig del i tillfrisknandet. Andra tvivlade om det var lämpligt för dem, var osäker om kursinnehållet och missförstod vikten av motion och dess effekter. Kombinationen av allt detta resulterade i tvivel om att delta. Detta visar att mer information om hjärtrehabilitering och dess roll behövs för att öka deltagande.</p>

3.2 Efterfrågade behov av stöd

3.2.1 Individuellt / Informationsstöd

Under denna kategori uttrycktes behov av information som: hjärtats funktioner, konsekvenser av hjärtinfarkten, livsstilsförändringar, återanpassning till vardagslivet, stresshantering och läkemedelseffekter.

Efter hjärtinfarkten framkom det att patienter efter utskrivningen från sjukhuset hade känt ett stort behov av information, rådgivning och stöd gällande specifika frågor om hjärtinfarkten och dess konsekvenser. De ansåg att det var den värsta perioden i processen. Känslor som plågade dem var självförvällande, att de själva orsakat infarkten på grund av livsstilen de haft. Information om vad som kunde göras för att undvika en till hjärtinfarkt samt råd från en dietist önskades. Det påtalades också vikten av att erbjuda individuell information eftersom standardinformation som vanligtvis ges inte tillåter individuella skillnader (15). En intervjustudie fann att patienter som haft hjärtinfarkt har stort behov av stöd och information under sjukhusvistelsen och vid hemkomsten. Patienterna kände sig väl omhändertagna på sjukhuset, men hade önskat mer information om sjukdomen och dess konsekvenser. Tiden efter hjärtinfarkten upplevdes som svår, eftersom de inte hade någon professionell kontakt att rådfråga (16).

I en studie visade det sig att patienterna hade stort behov av information om hur hjärtat fungerar, vad som händer med hjärtat och vad en hjärtinfarkt är. Det skulle ge dem en bra anledning för förändring av livsstilen samt för fortsatt rehabilitering. Deltagarna i studien var väl medvetna om vilka konsekvenser rökning, övervikt och ärftlighet kunde ge. En deltagare förstod allvaret och konsekvensen av rökningen först när han fick sin tredje hjärtinfarkt. En annan deltagare berättade att han aldrig rökte på arbetet, men kunde röka 17 cigaretter när han kom hem på kvällen (17).

I andra studier beskrivs vikten av att varje individ får information om sjukdomen och konsekvenserna i ett tidigt skede. Att bli erbjuden en bedömning om sitt tillstånd skulle ge patienterna en känsla av kontroll och att sätta gränser för vad de kunde göra och vad som skulle undvikas. Patienterna beskrev att de inte pratat med någon läkare om vart hjärtinfarkten var lokaliserad och hur den individuella planen såg ut. Flera av patienterna kände osäkerhet

och oro om hur det vardagliga livet skulle fortgå angående arbetsliv och övriga aktiviteter, och saknade någon professionell som de kunde rådgöra med (16,18). Liknande resultat visades i en annan studie som indikerar att hjärtinfarktspatienters hälsoproblem påverkar livskvaliteten. Oförmåga att utföra dagliga aktiviteter, en osäkerhet om framtida hälsa och välbefinnande samt rädsla för en ny hjärtinfarkt framkom. Deltagarna upplevde isolering, ensamhet och osäkerhet. Otillfredsställd information och råd om hjärtinfarkten upplevdes som stora problem. Därför skulle ytterligare stöd och råd behövs efter utskrivningen. Det föreslås i studien att en systematisk övervakning och utvärdering av hälsotillståndet skulle införas som rutin (19).

I en undersökning av Johansson m fl (20) uttryckte kvinnor osäkerhet, övergivenhet och saknad av individuellt stöd efter hjärtinfarkten. De önskade en mer individuellt anpassad plan om livsstilsförändringar, i stället för den allmänna information de fick. Existentiella tankar uppmärksammades inte av sjukvårdspersonalen. En av deltagarna tyckte att livet inte var något självklart längre, som att inte veta om livet fortsätter imorgon eller inte. Förhållandet till kroppen förändrades i och med hjärtinfarkten ansåg de intervjuade i studien.

Fem månader efter hjärtinfarkten hade både män och kvinnor lite kunskap och svårt att få stöd att göra förändringar i dagliga aktiviteter. Råd och information saknades från sjukvårdens sida om hur de skulle återanpassa sig i det dagliga livet och göra livsstilsförändringar (21).

I Sjöström-Strand & Fridlund (22) studie fann de att kvinnor upplevde stress både före och efter hjärtinfarkten. Vid hemkomsten var de livrädda. Den roll de hade haft förut var svår att leva upp till eftersom de inte visste hur mycket de vågade göra i vardagslivet igen. Saknaden av stöd om stresshantering från hälso- och sjukvården var stor när de skrevs ut och skulle åka hem. Individuella behandlingsplaner är nödvändigt för att förhindra stressade situationer. Detta framkom även i Paquet m fl (23) studie med fokusgrupper där deltagarna påtalade att det finns ett stort behov av mer hjälp i stresshantering på grund av att det var oro och stress som hade störst inverkan i deras liv efter hjärtinfarkten. Det fanns en önskan om ett program för hjärtinfarktspatienter för att klara av stressen.

I en förändrad livssituation måste informationen täcka patientens sjukdom, vad det är, hur den ska hanteras, vårdas och göra det bästa för att förebygga ytterligare en hjärtinfarkt (24). Även en liten hjärtinfarkt kan leda till oro och depression hos vissa, medan en stor hjärtinfarkt inte

orsakar några problem hos andra (16,25). Hur patienter tolkar situationen och hur denna tolkning påverkar känslor och fysiska faktorer måste uppmärksammas av hälso- och sjukvårdspersonal (25).

Att medicineringen är en viktig del i behandlingen av hjärtinfarkt påpekades i Johansson m fl (20) studie. Där konstaterade deltagarna en brist av individuellt stöd angående medicineringens sidoeffekter. I studien av From-Attebring m fl (18) kände patienterna en oro efter hjärtinfarkten över medicinerna de fick och dess inverkan på deras fysiska hälsa. Oro över medicinering och dess effekter på kroppen beskrivs även i Roebuck m fl (19) och Hanssen m fl (16). I en annan studie framkom önskemål om information angående medicineringen och dess effekter (15). Även läkemedlens biverkningar ifrågasattes av patienterna. Många uttryckte en känsla av att läkemedlen gjorde intrång på deras dagliga liv (18).

3.2.2 Grupp / Socialt stöd

Under denna kategori framkom behov som: stödgrupper, rehabiliteringsprogram, kontakt med professionell sjukvårdspersonal, anhörigstöd och stöd av vänner. Det framkom samtidigt även en överbeskyddarroll hos anhöriga.

Under tillfrisknandeprocessen hade gruppstöd en betydande roll för återhämtningen av hjärtinfarkten. Män och kvinnor som deltog i en sjuksköterskeledd gruppträff blev mycket uppskattad. Att möta andra människor som genomgått samma sjukdom innebar en lättnad för var och en. De märkte att de inte var ensamma och i rehabiliteringsgruppen fann de ett stöd. Samtidigt fick de möta en sjuksköterska med kompetens och möjlighet att hjälpa dem med rehabiliteringen. Många av deltagarna uttryckte oro över situationer när de var ensamma och tyckte det var jobbigt att be andra om hjälp. Familjemedlemmarna hjälpte till i början efter utskrivningen, men allt eftersom de såg förbättringar drog de sig tillbaka. Att hitta en balans var viktigt för alla i familjen (25).

De som haft hjärtinfarkt var överens om att en långvarig uppföljning skulle hjälpa var och en. Att träffa människor med liknande upplevelser, få livsstilsråd och ha en regelbunden kontakt med professionell hälsovård var önskvärt (16,26). Liknande resultat framkom i Bergman & Berterö's (27) intervjustudie. Patientens och medpatienters upplevelse av sjukdomen var

värdefull för att återvända till ett fungerande dagligt liv igen och hade en stor inverkan på tillfrisknandet. Att dela upplevelser med andra, söka kunskap om sjukdomen och ett mycket nära stöd av familjemedlemmar ökade deltagandet i rehabiliteringsprogrammet. Under rehabiliteringen var omvårdnaden från familj, vänner, arbetskamrater och sjukvårdspersonal central. Livet blev meningsfullt för patienten när många runtomkring brydde sig och gav stöd. Att någon brydde sig om visade sig vara en grund för livsglädje.

I en annan studie visades att en hjärtrehabiliteringskurs blev både uppskattad och tvivelaktigt sedd av patienter som haft hjärtinfarkt. Några såg detta som en viktig och nödvändig del av tillfrisknande, medan andra uttryckte tvivel om det var lämpligt för dem. Efter hjärtinfarkten var vissa av patienterna oroliga och stressade över att behöva ta ut för mycket ledighet från arbetet för att delta i hjärtrehabiliteringskursen. Även kursinnehållet ifrågasattes och flera patienter missförstod undervisningen. Det positiva i kursinnehållet var att få möjlighet att lära sig mer om gymnastiken samt den sociala aspekten av att få träffas i grupp (28).

Enligt deltagarna i en annan studie (23) sågs stödgrupper med fördelar för att reducera stress, detta genom att lättare acceptera sitt tillstånd, lära sig veta sin begränsning men också genom en kontinuitet i vården. Patienterna kände att oro, osäkerhet och stress hade mest inverkan på deras liv och ansåg hälso- och sjukvårdspersonal, familj och vänner som ett hjälpsamt stöd. I resultatet visades att det finns ett glapp mellan vad patienten har för önskade behov och vad rehabiliteringsprogram traditionellt erbjuder. Därför presenterades i studien ett förslag om hur en modell för rehabiliteringsprogram kan se ut. Att stödgrupper är nödvändigt för att förhindra stressade situationer, framkom även i Sjöström-Strand & Fridlunds studie (22).

I flera studier redovisades samtidigt upplevelser från patienter om att många anhöriga hade en överbeskyddande roll, vilket hade en negativ effekt och inverkan på tillfrisknandet (15,16,19,23,24,27). Patienterna beskrev att perioden efter utskrivningen var den värsta, de kände sig låst i en sjukroll och ständigt kontrollerad av sin familj. Denna överbeskyddarroll ledde till konflikter. Att bara få höra att de skulle ”sköta om sig och vara försiktig” skapade irritation och oro. Det är därför viktigt att erbjuda hela familjen utbildning och stöd för att bli mer medveten om hur sambandet mellan familj, förlopp och behandling av sjukdomen fungerar (15). I Paquet m fl (23) studie ansågs också att mer information till anhöriga, kunde vara en lösning på den överbeskyddande roll anhöriga antagit. Att personliga relationer blev ansträngda för att maken/maken och familjen inträdde i överbeskyddarrollen fann även

Roebuck m fl(19) i sin studie. Liknande visades i Svedlund & Danielson (24) intervjustudie och där framkom även en brist på kommunikation paren emellan på grund av att inte vilja oro varandra. Även här föreslogs vikten av att hela familjen behövde stöd.

3.3 Artiklarnas kvalitetskriterier

Alla analyserade artiklar hade kvalitativ design. Beträffande studiernas kvalitet i denna litteraturstudie kan konstateras att alla inkluderade fjorton artiklar använde sig av beprövade metoder i sina dataanalyser; kvalitativa innehållsanalyser, latent och manifesterade innehållsanalyser, hermeneutiska metoder, fenomenologiska metoder, fenomenografisk metod samt Grounded Theory. I tre av studierna användes fokusgruppsintervjuer (16,23,26) och i resterande elva individuella intervjuer (15,17,18,19,20,21,22,24,25,27,28) vilket styrker studiernas relevans och trovärdighet vad gäller design gentemot artiklarnas syfte.

Med avseende vad gäller etiska aspekter har tolv inkluderade studier fått tillstånd av etisk kommitté. (15,17,18,20,21,22,23,24,25,26,27,28) I referens (19) har etiskt tillstånd beviljats men ej redovisats av vem. I referens (16) finns inte något redovisat om tillstånd från etisk kommitté, men där har en regional kommitté för medicinsk forskning godkänt studien.

I Roebuck m fl (19) dras som slutsats att hjärtinfarktspatienter har en variation av hälsorelaterade problem som påverkar livskvaliteten. Författarna till studien påtalade att det på grund av tidsbrist enbart gjordes en intervju. Vidare ansågs att upprepade intervjuer kunde ge en högre grad av teoretiskt djup och förståelse för de teman som identifierades.

I Hanssen m fl (16) konstateras som slutsats att hjärtinfarktspatienters informationsbehov och behov av uppföljning fortfarande brister vid hemkomsten från sjukhuset. Författarna kan inte garantera att alla aspekter av informationsbehov och uppföljande behov kommit fram. Men påpekar för att minska denna risk, att olika åldersgrupper finns representerade samt att intervjuerna gjordes tre till fem månader efter utskrivningen. Detta ansågs vara en lämplig tid för att få ut så mycket och relevant information som möjligt från patienterna.

Som slutsats i Johansson m fl (20) studie dras att en hjärtinfarkt involverar en stor känsla av osäkerhet och att kvinnorna i studien inte längre kunde lita till sin kropp. Därför måste de återetablera ett naturligt förhållande till sin kropp och sin livsvärld för att återfinna

välbefinnande och harmoni. I studien beskrivs tillvägagångssättet av den fenomenologiska dataanalysen noggrant.

I Svedlund & Danielson (24) studie dras som slutsats att paren levde i en förändrad livssituation och hade en brist i kommunikation med varandra. För att öka trovärdigheten påpekas av författarna att berättelserna är från intervjuer som gjorts separat med både kvinnorna med hjärtinfarkt och deras partners. Det påpekas vidare att det är överförbart till par i liknande situationer och på grund av detta kan sjuksköterskor dra nytta av denna kunskap i omvårdnaden som de ger till andra som drabbas av akut sjukdom t ex strokepatienter.

I studien gjord av Sjöström-Strand & Fridlund (22) dras slutsatsen att mer tonvikt bör läggas på stress som en viktig riskfaktor för att förebygga hjärtsjukdom. På så sätt kan en förstärkning av stressen undvikas. I den studien diskuteras de metodologiska aspekterna vad gäller tillämpbarhet, rimlighet, trovärdighet och skötseln av data utförligt av författarna till studien.

Som slutsats i From-Attebring m fl (18) intervjustudie med hjärtinfarktspatienter dras att professionell hälso- och sjukvård måste överväga hur effekter av den medicinska behandlingen påverkar patienter med hjärtinfarkt. Intervjustudien gjordes på en liten mängd personer som var villiga att diskutera sina erfarenheter. Trots detta anses deltagarna vara representativa för patienter med en första hjärtinfarkt. Det påpekas i studien att huruvida dessa resultat är överförbara till patienter med tidigare hjärtinfarkt, olika ålders- och könsgupper eller till mindre sjukhus måste påvisas i andra studier.

Även Cooper m fl (28) påpekar att deras studie hade en liten mängd deltagare och att generalisering därför inte är möjlig, men att konsistensen i resultatet ändå tillsammans med andra tidigare refererade studier tillåter att dra säkra slutsatser. I den studien drar författarna slutsatsen att det finns en dålig tilltro till hjärtrehabiliteringskurser, missuppfattningar angående dess innehåll och på grund av det dåligt deltagande i dessa kurser.

I Paquet m fl (23) dras slutsatsen att rehabiliteringsprogram bör ändra sin uppmärksamhet från att enbart befrämja hälsosammare beteenden till att mer svara på deltagarnas uppfattade och önskade behov. Det diskuteras om att studien begränsas av antalet frivilliga deltagare, som endast var 13 % av de inbjudna och att bara två av tre personer faktiskt deltog. Författarna till

studien påpekar att detta tyvärr är vanligt förekommande i fokusgrupper. Det påpekas också att påverkan kan ha skett på grund av att deltagarna i närvaro av professionella inte kanske ville kritisera hälso- och sjukvårdssystem trots garanterad anonymitet.

En detaljerad analysmetod av Grounded Theory och ett utförligt tillvägagångssätt redovisas i Bergman & Berterö (27) intervjustudie. Slutsatsen som dras i den studien visar att alla efter en hjärtinfarkt kanske varken kan eller vill gå tillbaka till ett heltidsarbete. Det viktigaste målet för dessa patienter är att fånga det kvarvarande livet och att leva dag för dag. Betonas därför vikten av att som sjukvårdspersonal tidigt bilda sig en uppfattning om vilken patient de har att göra med.

I Gregory m fl (26) fokusgruppstudie påtalas problemet med antalet få kvinnliga deltagare (18 kvinnor och 35 män). För att kompensera detta gjordes av undersökaren tre enskilda intervjuer med kvinnorna för att höja deras representation i studien. Dessa gjordes efter fokusgruppsdiskussionerna i strävan för att funna intressanta teman från dessa kunde räknas med. Som slutsats i den studien dras att det behövs ett långvarigt uppföljningsprogram för hjärtinfarktspatienter som stödstrategi för livsstilsförändringar

Slutsats om att sjuksköterskor kan hjälpa till med information och råd beträffande aktiviteter i vardagslivet, inklusive samtal om livsstilsförändringar dras i studien av Brink m fl (21). Här resoneras om säkerhet runt Grounded Theory metoden och hur detta kan uppnås. En begränsning i den studien hävdas av författarna vara att den gjordes på en liten mängd deltagare. Påpekas också att fastän könsskillnader angavs kunde inte slutsats om detta dras eftersom studiens design inte tilläts dra sådana skillnader.

I Bergman & Berterö (17) studie dras slutsatsen att genom en identifiering av patientens olika kännetecken, nödvändigheter och svårigheter finns möjlighet till en mer individualiserad behandling. Sjuksköterskor har en betydande roll att stötta och att göra det möjligt för dessa patienter genom anvisning om livsstilsförändringar och egenvård mer lätthanterliga. Författarna till studien påtalar att kvalitativa studiers resultat inte kan generaliseras, men att en klar och tydlig bild kan fås av hur människor påverkas av sjukdom, upplevelserna, omvårdnaden och livsstilsförändringar av den.

Slutsatsen som dras i Hildingh m fl (25) studie visar att nya värden i livet, motivation till förändring samt en ny balans hos både patienterna och i deras förhållanden återfanns. Tack vare att hjärtinfarkten hade integrerats i deras liv ledde tillfrisknandeprocessen mot en förhöjd livskvalitet. Därför betonas vikten av att sjuksköterskor bör ha ett flexibelt tänkande samt att respektera patientens egen kompetens. Författarna till den studien beskriver att den analys metod de använt är lämplig och viktig för att kunna förstå tillfrisknandeprocessen ur deltagarnas perspektiv. Eftersom strategiskt urval användes garanteras heterogenitet och därmed en bra representation för att beskriva tillfrisknandeprocessen ur varierande perspektiv.

Enligt Ostergaard Jensen & Petersson (15) intervjustudie konstateras som slutsats att utbildning och erbjudande om stöd till både hjärtinfarktspatienter och dess familj är nödvändig, för att bättre förstå sambandet mellan familjens funktion, förlopp och behandling av sjukdomen. Här påtalas att studien endast hade 30 deltagare men att det ändå kan anses få en allmän information om patienters upplevelser av symtom, rädsla, hopp, osäkerhet och deras behov av rådgivning och stöd.

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Resultatet visade två övergripande huvudkategorier; individuellt/informationsstöd och grupp/socialt stöd. Detta återkom i samtliga 14 granskade artiklar till denna litteraturstudie.

Under rubriken individuellt/informationsstöd framkom en önskan om mer information om hjärtat, dess funktion samt konsekvenserna av hjärtinfarkten. Råd om individuellt utformade livsstilsförändringar, återanpassning till vardagslivet och stresshantering efterfrågades liksom mera information om läkemedlen och dess effekter. Allt detta visade sig ha betydelse för tillfrisknandeprocessen.

Under rubriken grupp/socialt stöd framkom att stödgrupper och rehabiliteringsprogram hade en betydande roll för tillfrisknandet av hjärtinfarkten. Genom att få dela upplevelser med andra i samma situation, inte känna sig ensam och ha kontinuerlig kontakt med professionell sjukvårdspersonal ökade livsglädjen. Även stöd från familj och vänner hade en viktig mening för tillfrisknandet. Samtidigt framkom en överbeskyddarroll hos anhöriga vilket hos de flesta patienterna upplevdes ha en negativ effekt och inverkan på tillfrisknandet.

4.2 Resultatdiskussion

Syftet med denna kvalitativa litteraturstudie var att undersöka och sammanställa befintlig forskning från 2000-talet om patienters behov av olika stöd efter en hjärtinfarkt. Resultatet visade att det finns ett behov av såväl individuellt /informationsstöd som grupp/socialt stöd samt att detta skulle underlätta tillfrisknandet hos dessa patienter.

Individuellt stöd/informationsstöd

I föreliggande studie fann författarna att det fanns ett stort behov av information om hjärtats fysiologi, funktion, om vad som händer vid en hjärtinfarkt och dess följder. Patienterna beskrev även en rädsla för att få en andra hjärtinfarkt och vardagslivet blev därför mera påverkat än förut. De kände sig osäker på vad de kunde och fick utföra för aktiviteter, eftersom ingen individuell information hade givits. En professionell kontakt att rådgöra med saknades samt innebörden av rehabiliteringen. Vilket skulle haft betydelse för förändringar i livsstilen, få ett fungerande vardagsliv och gett dem mer motivation till rehabilitering. Detta bekräftas av flera studier (15,17,20,21,27,28) som påtalar att förhållandet till patienters egen hälsa och livssituation är grundläggande för att patienterna ska få en bättre insikt om rehabiliteringens betydelse och relevans.

Att patienters villighet att åta sig sekundära preventiva åtgärder efter en hjärtinfarkt sannolikt är påverkad av förståelsen av deras tillstånd visade även Wiles & Kinmonth (29).

Även i Pattenden m fl (30) studie rapporterade patienterna att de hade fått dålig vetskap om sitt tillstånd och hur de skulle hantera det. Mer information och undervisning om egenvård och mer kunskap om rehabiliteringen från sjukvårdens sida efterfrågades. Med en bättre förståelse om sjukdomen och förmåga av att klara saker själv, kan mer fokuseras på vad patienten kan göra istället för vad de inte kan.

Från att tidigare ha varit frisk till att bli sjuk, kan vara en svår övergång och skapa stress och oro hos många. I föreliggande studie uppmärksammades även att detta hade en stor inverkan i patienternas liv efter hjärtinfarkten. Bristen på kunskap och information om själva sjukdomen och dess konsekvenser skapade stress och oro. I många artiklar (22,23,25) till föreliggande studie framkom att deltagarna efter hjärtinfarkten upplevde stress och oro av att ha för lite kunskap om sjukdomen, konsekvenserna av den och hur de skulle leva och förfara efteråt. Mer information om sjukdomen, dess konsekvenser samt en mer individualiserad eftervård önskades av deltagarna.

I studien av Stewart m fl (31) påtalades en brist på emotionellt stöd och inadekvat information från hälso- och sjukvården. Detta skapade stress hos flera patienter, rädslan och frustrationen av att inte kunna och våga leva som förut var påtaglig.

Patienterna associerade stress till vardagslivet mer än att se det som en konsekvens av hjärtinfarkten. De tänkte mycket på livet de levde, situationer de varit med om förr och kunde bli uppstressade bara vid tanken på detta (32).

Medicinering är en stor del i behandlingen vid en hjärtinfarkt. För patienterna är det därför viktigt att få information om läkemedlen, dess verkan och biverkningar. För lite kunskap om medicinerna kan leda till dålig tilltro och misskötsel. Biverkningarna kan lätt feltolkas och patienterna kan oroas över att ha fått ännu en sjukdom. Brist på information angående medicineringen, dess effekter och biverkningar såsom yrsel, irriterande hosta, allergiska reaktioner, sömnlöshet, trötthet med mera påtalades i flera artiklar (15,18,19) till föreliggande studie. Vilket även bekräftades i studierna (30,31) där patienterna ansåg att sidoeffekterna av medicinerna gjorde mer skada än nytta, och att mer adekvat information skulle getts.

Gruppstöd/socialt stöd

Vid en hjärtinfarkt kan en känsla av ensamhet om sjukdomen lätt framträda. Stöd och kontakt med andra personer som haft liknande upplevelser, erfarenheter och bekymmer kan underlätta för rehabiliteringen. Även stödet från familj, vänner samt från professionell sjukvårdspersonal kan underlätta tillfrisknandefasen. Detta påtalades tydligt i flertalet artiklar (16,25,26,27) till föreliggande studie.

I Hildingh m fl (25) intervjustudie visade tillfrisknande processen ett mönster av förmåga, hinder och återanpassning. Nya värden och motivation till förändring såväl som ny balans både hos de själva och i deras förhållanden återfanns.

Att hitta ett annat och bättre sätt att hantera livet i framtiden kräver stöd från familj, vänner och hälso- och sjukvården så att individen själv kan göra ett aktivt beslut för att förhöja livskvaliteten (27).

Att anhörigas attityder också spelar en stor roll i rehabiliteringen påtalade Kärner m fl (33) i sin studie. Där uppmärksammades att anhöriga med en positiv attityd hade möjlighet att påverka partnern till att göra livsstilförändringar och att stärka hanteringen av livet efter

hjärtinfarkten. Genom att kommunicera med partnern för att etablera en förändring, lyssna och uppmuntra påverkades partnerns sätt att tänka och att agera annorlunda.

Att kontakt med socialt nätverk och stöd från anhöriga är viktigt visade även Falk m fl (34). Samma studie visade att patienters förtroende för hälso- och sjukvården skulle öka genom kontinuitet i vården som tillhandahålls av samma professionella sjukvårdspersonal. Denna kontakt mellan patient – sjukvårdspersonal skulle etablera en tilltro.

Det är lätt att som anhörig mena väl men för mycket av detta kan också ha en motsatt effekt. I flertalet artiklar (15,16,19,23,24,27) till föreliggande studie uppdagades att anhöriga hade en överbeskyddande roll. Detta upplevdes hos de flesta patienter ha en negativ inverkan i tillfrisknandeprocessen. Eftersom närstående har en omfattande och stor del i patientens liv, sjukdom och rehabilitering är kunskap, undervisning och information minst lika viktigt för dessa.

Familjens reaktioner upplevdes med rädsla, chock, oro och bekymmer som å ena sidan frambringade varma känslor av solidaritet, styrka och kärlek men å andra sidan innebar överbeskydd som i slutändan påverkade deras framtida aktiviteter (15). I studien av Bergman & Berterö (27) framkom att ett flertal av kvinnorna kände sig överbeskyddade av sina män och att detta återinförde en känsla av att vara sjuk och funktionsoduglig. Goda råd är inte alltid av godo. Fastän dessa ges med hänsynstagande och av kärlek till patienten kan det visa sig ha helt motsatt effekt. Bättre information till anhöriga efter utskrivningen och stödgrupper behövs för att motverka överbeskyddarrollen (15,23,24). Detta framkom också i Stewart m fl (31) studie där deltagarna kände frustration och tog illa vid sig av denna överbeskyddarroll. Även där påtalades vikten av mer detaljerad information till anhöriga.

Alla dessa individuella behov av olika stöd som framkom i föreliggande studie visar att sjukvården har stora brister i att förmedla information, undervisning och stöttning till hjärtinfarktspatienter. Den har därför en stor uppgift i att förändra, reducera och tillgodose dessa behov. Om patienten får mer insikt och kunskap om sin sjukdom och vad den för med sig, kan också en ökad förståelse och en bättre livskvalitet erhållas.

4.3 Metoddiskussion

En litteraturstudie har gjorts för att söka svar på studiens syfte och frågeställning. Samtliga fjorton artiklar i studien var av kvalitativ ansats. Fördelen med en kvalitativ studie är att den grundas och styrks genom patienternas egna upplevelser och berättelser, samt även citat från dessa. Det var detta författarna till denna litteraturstudie ville fånga. En studie med både kvantitativ och kvalitativ ansats hade dock kanske kunnat ge ett annat resultat.

Sökningar har gjorts i databaserna Medline via PubMed, Science Direct och Academic Search Elite. Samma sökord användes inte i alla databaser. Eftersom många av artiklarna återfanns i flera databaser ansåg författarna därför att sökorden var relevanta för studien. Artiklar publicerade från år 2000 till år 2007 söktes för att begränsa studiernas antal och inhämta aktuell och färsk forskning inom området. Det faktum att tolv artiklar är från år 2003 och framåt ses som en styrka i studien. En styrka för studiens resultat är också att de flesta artiklar (tio stycken) är från Sverige, Danmark och Norge. Detta är meningsfullt och intressant eftersom de är gjorda inom den nordiska kulturen. Resterande artiklar är från Canada och England.

Tre av artiklarna hade enbart kvinnliga deltagare. Detta kan ha påverkat resultatet. Författarna till föreliggande studie ansåg dock att ingen skillnad i resultat har kunnat påvisas samt att övriga inkluderade studier hade en överrepresentation av män. Artiklarna granskades och kvalitetsbedömdes gemensamt av författarna enligt Forsberg & Wengström (14) checklista för kvalitativa studier och sammanställdes därefter i två tabeller (tabell 2 och 3). Författarna ansåg att alla artiklar som valdes att ingå i denna litteraturstudie visade resultat som är relevanta, intressanta och trovärdiga gentemot syfte och frågeställning.

4.4 Allmän diskussion

Att drabbas av en hjärtsjukdom innebär en stor förändring i livet, såväl för den drabbade som för dennes närstående. Detta medför oftast livsstilsförändringar men också begränsningar i livet som påverkar vardagen och som kan vara svåra att hantera och leva med. Nya matvanor, rökstopp och förändrade motionsvanor hör till de vanligaste livsstilsförändringarna. En nedsatt fysisk funktion innebär begränsningar i de dagliga aktiviteterna och som kan vara svårt att anpassa sig till.

På grund av att hjärtsjukdom är en av de vanligaste sjukdomarna i Sverige, kommer vi som sjuksköterskor att få mycket kontakt med dessa patienter. Det är därför av hög prioritet att ha kunskap och förståelse om hur varje enskild patient upplever sin livssituation vid en hjärtsjukdom. Detta för att kunna ge bra omvårdnad och rätt sorts stöd till patienter så att de får så bra livskvalitet som möjligt. Närstående bör också inkluderas eftersom de har en stor och positiv betydelse för rehabiliteringen.

Det skulle vara intressant att i en senare studie undersöka upplevelser och uppfattning om dessa behov från patienterna, sett ur sjukvårdspersonalens perspektiv/synvinkel. Samt att undersöka deras syn på vad orsakerna till bristerna av dessa olika stöd kan bero på. Eftersom anhöriga visat sig ha en stor roll i rehabiliteringen skulle även en undersökande studie om alla ensamma som inte har anhöriga eller närstående vara intressant att göra. Vem ska stötta dessa och vilken livskvalitet får de? Kan det komma att behövas en speciell kontaktperson när patienten kommer in till sjukhuset?

5. Referenslista

1. Karolinska universitetssjukhuset . Hjärtkliniken. Hjärtinfarkt. Informationsansvarig:
Carina Strömstedt
<http://www.karolinska.se/templates/Page.aspx?id=36119&epslanguage=SV>
Tillgänglig: 2008-04-16
2. Vårdguiden Stockholms Läns Landsting. Hjärtinfarkt. Ansvarig utgivare: Katarina Winell
<http://www.vardguiden.se/templates/Article.aspx?ArticleID=3091&C=2424>
Tillgänglig: 2008-04-16
3. Grefberg N, Johansson L-G Medicinboken-vård av patienter med invärtes sjukdomar.
Stockholm: Liber; 2007.
4. Hjärt-och lungsjukas riksförbund. Hela hjärtat.
http://www.hjart-lung.se/helahjartat_content.asp?nodeid=611
Tillgänglig: 2008-04-16
5. Socialstyrelsen . Sveriges officiella statistik 1987-2005
www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/690DCBE5-FAB5-41F0-ABAF-B0576190FA3A/9940/2008421.pdf
Tillgänglig: 2008-04-16
6. Persson S . Kardiologi-hjärtsjukdomar hos vuxna. Lund: Studentlitteratur; 2003.
7. Condon C, Mac Carthy G . Lifestyle changes following acute myocardial infarction:
Patients Perspectives.
Eur J Cardiovasc Nurs. 2006; 5 (1):37-44
8. Kristofferzon M-L, Löfmark R, Carlsson M . Striving for balance i daily life: experiences
of Swedish woman and men shortly after a myocardial infarction.
J Clin Nurs. 2007; 16 (2):391-401
9. Fridlund B . Kardiologisk omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 1998.

10. Bowman G , Watson R , Trotman-Beasty A . Primary emotions in patients after myocardial infarction.
J Adv Nurs. 2006; 53 (6):636-645
11. Scott JT, Thompson DR . Assessing the information needs of post- myocardial infarction patients: a systematic review.
Patient Educ Couns. 2003; 50 (2):167-177
12. Theobald K. The experience of spouses whose partners have suffered a myocardial infarction: a phenomenological study.
J Adv Nurs. 1997; 26 (3):595-601
13. Bagheri H , Memarian R , Alhani F . Evaluation of the effect of group counselling on post myocardial infarction patients: determined by an analysis of quality of life.
J Clin Nurs. 2007; 16 (2):402-406
14. Forsberg C , Wengström Y . Att göra systematiska litteraturstudier. Stockholm: Natur och Kultur; 2003.
15. Ostergaard Jensen B, Petersson K. The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction. Patient Educ Couns. 2003; 51 (2):123-131
16. Hanssen T A , Nordrehaug JE , Hanestad BR . A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge.
Eur J Cardiovasc Nurs. 2005; 4 (1):37-44
17. Bergman E, Berterö C. You can do it if you set your mind to it: a qualitative study of patients with coronary artery disease. J Adv Nurs. 2001; 36 (6):733-741
18. From-Attebring M, Herlitz J, Ekman I. Intrusion and confusion-the impact of medication and health professionals after acute myocardial infarction. Eur J Cardiovasc Nurs. 2005; 4 (2):153-159

19. Roebuck A, Furze G, Thompson R. D. Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study. *J Adv Nurs*. 2001; 34 (6):787-794
20. Johansson A, Dahlberg K, Ekebergh M. Living with experiences following a myocardial infarction. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2003; 2 (3):229-236
21. Brink E, W.Karlsson B, R.-M Hallberg L. Readjustment 5 months after a first-time myocardial infarction: reorienting the active self. *J Adv Nurs*. 2006; 53 (4): 403-411
22. Sjöström-Strand A, Fridlund B. Stress in women's daily life before and after a myocardial infarction: a qualitative analysis. *Scand J Caring Sci*; 2007; 21 (1):10-17
23. Paquet M, Bolduc N, Xhignesse M, Vanasse A. Re-engineering cardiac rehabilitation programmes: considering the patient's point of view. *J Adv Nurs*. 2005; 51 (6):567-576
24. Svedlund M, Danielson E. Myocardial infarction: narrations by afflicted women and their partners of lived experiences in daily life following an acute myocardial infarction. *J Clin Nurs*. 2004; 13 (4):438-446
25. Hildingh C, Fridlund B, Lidell E. Access to the World After Myocardial Infarction: Experiences of the Recovery Process. *Rehabil Nurs*. 2006; 31 (2):63-68
26. Gregory S, Bostock Y, Backett-Milburn K. Recovering from a heart attack: a qualitative study into lay experiences and the struggle to make lifestyle changes. *Fam Pract*. 2006; 23 (2) :220-225
27. Bergman E, Berterö C. 'Grasp life again'. A qualitative study of the motive power in Myocardial infarction patients. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2003; 2 (4):303-310
28. Cooper AF, Jackson G, Weinman J, Horne R. A qualitative study investigating patient's beliefs about cardiac rehabilitation. *Clinical Rehabilitation* 2005; 19 (1):87-96
29. Wiles R, Kinmonth A-L. Patient's understandings of heart attack: implications for prevention of recurrence. *Patient Educ Couns*. 2001; 44 (2):161-169

30. Pattenden JF, Roberts H, Lewin RJP. Living with heart failure; patient and carer perspectives. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2007; 6 (4):273-279
31. Stewart M, Davidson K, Meade D, Hirth A. Myocardial infarction: survivors' and spouses' stress, coping, and support. *J Adv Nurs.* 2000; 31 (6):1351-1360
32. Clark A M. 'It's like an explosion in your life'...: lay perspectives on stress and myocardial infarction. *J Clin Nurs.* 2003; 12 (4):544-553
33. Kärner AM, Dahlgren MA, Bergdahl B. Rehabilitation after a coronary heart disease: spouses views of support. *J Adv Nurs.* 2004; 46 (2):204-211
34. Falk S, Wahn A-K, Lidell E. Keeping the maintenance of daily life in spite of Chronic Heart Failure. A qualitative study. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2007; 6 (3):192-199