



Institutionen för vårdvetenskap och sociologi

Informationens betydelse för livsstilsförändringar
hos personer som genomgått hjärtinfarkt

Helene Dahlgren
Juni
2009

Examensarbete C-nivå 15 HP
Omvårdnadsvetenskap

Självständigt examensarbete 15 p
Examinator: Ragny Lindqvist
Handledare: Urban Torstensson

Innehållsförteckning

INTRODUKTION.....	1
Syfte	4
Frågeställningar.....	5
METOD.....	5
Design.....	5
Databaser.....	5
Sökord	5
Utfall av sökningen	5
Urvalskriterier	6
Valda källor	6
Dataanalys	16
Forskningsetiska överväganden	16
RESULTAT.....	16
Behov av information.....	19
Informationens betydelse för motivation till livsstilsförändringar	20
Individuell information	21
Informationens betydelse för familjen	21
Förmåga att förstå och ta till sig information.....	22
Information och rådgivning i grupp	23
Informationens betydelse för livsstilsförändringarnas effekt.....	23
Huvudresultat	24
DISKUSSION	25
Resultatdiskussion.....	25
Metoddiskussion.....	27
Allmän diskussion.....	28
REFERENSER.....	30

Abstract

The purpose of this study was to describe the significance of information among those suffering from an acute myocardial infarction (AMI) and also different forms of information and their effect on life style changes among this group. The study has been done as a describing literature study where quantitative and qualitative scientific articles have been analysed. The main results exhibit that AMI of lifethreatening event is an extensive source of emotional stress and loss of quality life.

The recent time after coming home from the hospital were of many described as a difficult time with worry and anxiety about the future. In this phase there was a significant need for information and knowledge among both patients and their family. Most of the patients had been given standardised information regarding risks and life style changes at the hospital but most of the patients had difficulties to identify this risks and fully connect to them in daily life. The study exhibits that the life style changes recommended were hard to carry out, in order to this a lot of support was needed. Rehab programs for AMI patients that contained intensive and extensive interventions regarding risk factors, life style changes, physic activity and stress coping, showed positive results. This corresponds to previous studies that also have exhibit difficulties in motivating the patients to carry out long-term lifestyle changes.

Key words: Acute myocardial infarction, information, risk factors, and lifestyle changes

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att beskriva informationens betydelse för personer som drabbats av hjärtinfarkt samt olika informationsformer och dess effekt för livsstilsförändringar beträffande denna grupp. Studien har genomförts som en beskrivande litteraturstudie där vetenskapliga artiklar av kvantitativ och kvalitativ karaktär har analyserats. Huvudresultatet visade att hjärtinfarkt som är en livshotande händelse orsakade stor känslomässig stress och försämrad livskvalitet. Första tiden efter utskrivningen från sjukhuset beskrevs av många som den svåraste tiden där många drabbades av oro och stor ångest inför framtiden. I denna fas fanns ett stort behov av information och kunskap från både patienten och den övriga familjen. Patienterna hade oftast fått standardiserad information om riskfaktorer och livsstilsförändringar på sjukhuset men många visade sig ha svårt att identifiera och sätta den i samband med sin egen situation. Det visade sig vara svårt att genomföra rekommenderade livsstilsförändringar, för att underlätta detta behövdes mycket stöd.

Hjärtrehabiliteringsprogram med intensiva och omfattande interventioner beträffande områden som information angående riskfaktorer, rådgivning om livsstilsförändringar, fysisk aktivitet och stresshantering redovisade mycket positiva resultat. Detta resultat överensstämmer med tidigare studier som också har visat att det är svårt att motivera och få patienterna att verkställa och bibehålla livsstilsförändringarna på lång sikt.

Nyckelord hjärtinfarkt, information, riskfaktorer, livsstilsförändringar

INTRODUKTION

Hjärtinfarkt

Låg cirkulation genom hjärtats kranskärl kan leda till hjärtinfarkt, ledningsrubbingar, hjärtarytmier, hjärtsvikt och kärlkramp. Gemensamt för dessa tillstånd är att det råder en obalans mellan myocardiets syrgasbehov och koronarartärernas förmåga att försörja hjärtat med syre. Den vanligaste orsaken till nedsatt hjärtfunktion är ateroscleros (åderförkalkning). Ateroscleros är en framåtskridande process som leder till att kärlväggen förtjockas på grund av en onormal ökad tillväxt och delning av de glatta muskelcellerna. I dessa onormala celler inlagras kolesterol och andra fettämnen. I takt med att förträngningen i kärlväggen ökar minskar blodflödet och syretillförseln. Denna syrebrist leder till kärlkramp och att hjärtmuskelceller dör, dvs. hjärtinfarkt. Förutom ateroscleros kan även spasm i blodkärlet orsaka hjärtinfarkt (Haug, Sand & Sjaastad, 1993).

Rehabiliteringsfasen

Att genomgå en hjärtinfarkt är en omvälvande upplevelse med ett överhängande livshot. Tiden efter en hjärtinfarkt präglas inte sällan av oro och sorg, denna tid kan vara extremt stressande och associeras ofta med känslomässiga problem, fysisk oförmåga samt svårigheter att genomföra de nödvändiga livsstilsförändringar som krävs för att minimera riskerna för ett återinsjuknande. Hela familjen blir följaktligen drabbad (Oterhals, Hanestad & Eide, 2006). Den nationella hjärtrehabiliteringen har som mål att bland annat öka patienternas förmåga och möjlighet att följa de aktuella rekommendationerna som leder till ett förbättrat hälsotillstånd (Wingham, Dalal, Sweeney & Evans, 2006). Framgångsrik hjärtrehabilitering förutsätter därför att patienten förses med adekvat information för att på ett bra sätt klara av att nå dessa mål samt att hantera de konsekvenser som följer med sjukdomen. Tidigare studier indikerar dock att många patienter har ett stort behov av psykologiskt stöd och information främst vid utskrivning från sjukhuset och vid hemkomst då denna tid ofta är fylld av många funderingar och ångest inför framtiden (Oterhals, Hanestad & Eide, 2006).

Informationsbehov

Behovet av information samt förmåga att ta till sig information är individuellt och varierar beroende på vilken fas i tillfrisknandet patienten befinner sig i (Timmins & Kaliszer, 2002). Allmänt förekommande information inkluderar information om sjukdomen och dess behandling samt information angående de väldokumenterade riskfaktorerna så som: Rökning,

hög alkoholkonsumtion, hög ålder, kön, hypertoni, förhöjda blodfetter, fetma, övervikt, diabetes, felaktiga kostvanor och slutligen utebliven eller låg fysisk aktivitet. Många av dessa riskfaktorer bidrar även till en ökad risk för andra allvarliga sjukdomar som stroke, cancer och lungsjukdomar. Flera av dessa riskfaktorer har också ett samband med varandra. Minskad fysisk aktivitet hör inte bara samman med risken att drabbas av hjärtsjukdom utan ökar även risken för övervikt, som i sin tur kan leda till förhöjda blodfetter, och utvecklande av diabetes. Var och en av dessa faktorer intensifierar den negativa utvecklingen av kranskärslssjukdomen (Cobb, Brown & Davies, 2006).

Riskfaktorer

Vidare beskriver Delaney, Daskalopoulou och Brophy (2007) övervikt som ett växande problem som associeras med ökad risk för kranskärslssjukdom. Undersökningar visar att 1 av 3 patienter som söker sjukvård för hjärtinfarkt är överviktiga. Delaney et al. (2007) presenterar resultat från en metaanalys med mer än 300.000 deltagare från hela världen, där resultaten visar att feta och överviktiga personer löper en klart ökad risk att drabbas av kranskärslssjukdom. Beträffande rökning har flera tidigare studier redovisat entydiga resultat att rökare har en ökad risk att drabbas av hjärtsjukdom. Rökning är en av de viktigaste orsakerna till hjärtinfarkt i hela världen, framförallt för män. Tungt alkoholmissbruk är också en känd riskfaktor för utvecklande av hjärtsjukdom (Delaney et al., 2007).

Olika rehabiliteringsformer

Rådande strategier för att minska negativa effekter av befintliga riskfaktorer och åstadkomma hälsofrämjande livsstilsförändringar inkluderar uppföljningar, kostförändringar, fysik träning i grupp eller individuellt, gruppträffar med utbildning och rådgivning om livsstilsförändringar samt standardiserad hjärtrehabilitering. Cobb, Brown och Davies (2006) beskriver hur kostrådgivning kan ske av dietist där man via telefon tillsammans med patienten fastställer individens specifika behov. Vidare beskrivs hur sjuksköterskan via enskilda samtal eller i olika gruppkonstellationer kan informera om de olika riskfaktorernas negativa inverkan samt den positiva effekten som patienten själv kan bidra med genom aktuella livsstilsförändringar. Fysisk träning kan utövas vid gruppsammankomster eller individuellt med ökad övervakning om så krävs. Olika rehabiliteringsprogram har uppföljning som kan skilja sig åt. Vissa har mer frekventa och regelbundna kontakter under en längre tid. Kontakten kan då ske via telefon, gruppträffar, enskilda samtal, patienten kan även själv få lämna rapport angående sina resultat och framsteg (Cobb, 2006).

Ändamålsenlig information

Timmins och Kaliszer (2002) har gjort en jämförande studie som lyfter fram att det förekommer skillnader mellan sjuksköterskor och patienter beträffande sin uppfattning om vad som är viktig och ändamålsenlig information. Mängden information är också av betydelse. Det ser också ut att finnas ett positivt samband mellan den mängd av information som patienten får och patientens tillfredställelse. En nöjd patient ökar dess möjlighet att möta och hantera de eventuella problem som uppstår efter hemkomsten från sjukhuset (Timmins & Kaliszer, 2002). Nöjda patienter uppvisar dessutom bättre samarbetsförmåga, bättre mental hälsa och bättre livskvalitet (Oterhals, 2006).

Cobb (2006) diskuterar möjligheten att minska den rådande klyftan mellan evidensbaserade rekommendationer och det praktiska genomförandet genom att införa sjuksköterskeledda utbildningsprogram i kommunerna med fokus på terapeutiska livsstilsförändringar som en väsentlig del i behandlingen.

Kunskap hos professionen beträffande de olika faktorer som påverkar patientens val samt förmåga att ta till sig information, är en förutsättning för att hjärtrehabiliteringen kan förbättras och göras mer ändamålsenlig. Wingham, Dalal, Sweeney och Evans (2006) antyder att där patienter har haft valmöjlighet mellan olika typer av rehabiliteringsprogram är patienten mer motiverad och därmed ökar följaktligen förutsättningarna för patienterna att genomföra samt att bibehålla de aktuella livsstilsförändringar som krävs för att reducera risken för återinsjuknande.

Olika förutsättningar att förstå information

Tidigare studier (Billing, Bar-On & Rehnqvist, 1997) visar att patientens attityd och hans egen uppfattning om orsaken till hjärtinfarkten är av mycket stor betydelse för att åstadkomma livsstilsförändringar. De patienter som tillskrev yttre omständigheter som en orsak till hjärtinfarkten hade svårare att få till stånd livsstilsförändringar. Samma sak gällde för patienter som hade en tendens att förneka sitt tillstånd. Sämre prognos för tillfrisknande visade sig inte nödvändigtvis ha något större inflytande på den sociala och psykologiska återhämtningen.

Rehabiliteringsprogram

Lidell och Fridlund (1996) har undersökt långtidseffekten av livsstilsförändringar av ett 6 månader långt och omfattande rehabiliteringsprogram. Efter 1 år påvisades bättre resultat för interventionsgruppen beträffande förändrade livsvanor, fysisk aktivitet och kunskap angående

riskfaktorernas betydelse. Oro och depression var dock svårt att komma till rätta med för många patienter, detta oberoende av grupp. Efter 5 år hade interventionsgruppen fortfarande bra resultat för fysisk aktivitet, för övrigt var det ingen skillnad mellan grupperna.

Det sekundärpreventiva kranskärlsregistret *Sephia* (2007) omfattar patienter under 75 år som haft akut hjärtinfarkt och är levande utskrivna. Detta register har som syfte att följa och förbättra det sekundärpreventiva arbetet både lokalt och nationellt. Det finns i dag väldokumenterade sekundärpreventiva åtgärder samt riktade sekundärpreventiva program, exempelvis anti-stress, kost- och rökavvänjningsprogram, som inriktar sig på den specifika problematiken hos den enskilda individen efter rökavvänjningsprogram. Dessa åtgärder minskar risken för återinsjuknande och död samt förbättrar livskvalitén. Enligt *Sephias årsrapport 2007*, är deltagandet i dessa program förvånansvärt lågt och varierar mycket mellan sjukhusen. Registrets statistik presenterar en genomgående trend till små förbättringar över tiden av den sekundärpreventiva vården. Fortfarande uppnår dock endast 20-60% de uppställda målen för blodtryck, lipidnivåer, rökfrihet och fysisk aktivitet. Statistiken visar att mindre än hälften av de personer som har drabbats av hjärtinfarkt deltar i någon form av dessa program. Att hitta fungerande arbetssätt för att öka deltagandet och nå de uppställda målen är en stor utmaning för den sekundärpreventiva vården efter hjärtinfarkt (*Sephia, 2007*).

Problemområde

I akutsjukvården möts sjuksköterskor dagligen av patienter som lider av kranskärlssjukdom eller tillhör högriskgruppen för utvecklande av hjärt- och kärlsjukdomar. Många sjuksköterskor har reflekterat över det som forskningen också bekräftar att dessa patienter saknar eller har mycket dåliga kunskaper om vad som orsakar eller ökar riskerna för att utveckla de nämnda sjukdomarna samt vad patienterna själva kan göra för att hindra eller reducera denna process. Vidare framkommer att det är svårt att motivera patienter som drabbats av hjärtinfarkt till ett hälsosammare liv. De önskvärda vanorna brukar ofta försämrats ju längre tiden går. Den sekundärpreventiva vården har goda dokumenterade resultat av preventiva åtgärder men det framkommer däremot att deltagande i dessa program är väldigt lågt och varierande mellan de olika sjukhusen. Det föreligger ett viktigt arbete med att utreda vad patienterna behöver för att klara av de konsekvenser som följer efter en hjärtinfarkt.

Syfte

Att beskriva informationens betydelse för livsstilsförändringar hos personer som drabbats av hjärtinfarkt samt beskriva informationens betydelse för livsstilsförändringarnas effekt för

denna grupp.

Frågeställningar

Vilken betydelse har informationen för livstilssförändringar hos personer som drabbats av hjärtinfarkt? Vilken betydelse har informationen för livsstilsförändringarnas effekt?

METOD

Design

En beskrivande litteraturstudie med kvantitativ och kvalitativ ansats.

Databaser

Sökningen efter vetenskapliga artiklar har skett med hjälp av bibliotekarie på Hudiksvalls sjukhus bibliotek. Sökningen har skett i databaserna Medline, SweMed+ och Cinahl.

Sökord

De sökord som användes var hjärtinfarkt, livsstil, Myocardial infarction, nursing, Life Style, Patient Compliance, Patient Education as Topic, Recurrence, Riskreduktion Behavior, Attitude to Risk, Cardiovascular Riskfactors. Pga. ett mycket stort antal träffar fick sökorden användas i olika kombinationer. I databasen Medline kombinerades sökorden (MeSH termer) med hjälp av booleska operatorer.

Sökresultat

Tabell 1. Utfall av sökning

Databas	Sökord	Träffar	Valda källor
SweMed+	Hjärtinfarkt + Livsstil	47	
Medline	Myocardial Infarction/ nursing	120141	
	Myocardial infarction/ nursing AND Life Style	702	
	Myocardial infarction (MeSH) OR Myocardial infarction/nursing (MeSH) OR Myocardial infarction/rehabilitation (MeSH)	150	9
	Myocardial infarction/nursing (MeSH) AND Patient Compliance (MeSH) OR Myocardial infarction/nursing (MeSH) AND Patient Education as Topic OR Myocardial infarction/nursing (MeSH) AND LifeStyle	25	1
	Risk Reduction Behavior (MeSH) AND Myocardial infarction (MeSH) AND Patient Education as Topic	4	4
Cinahl	Cardiovascular Risk Factors, Patient Education	8	
	Life Style, Patient Education, Myocardial infarction	40	3
	Myocardial infarction, Attitude to Risk	2	
	Myocardial infarction, Life Style Recurrence	24	
	Myocardial infarction, Life Style Recurrence, Cardiovascular Risk factors	5	1

Urvalskriterier

Litteraturen som valdes var vetenskapliga artiklar med abstract innehållande relevant information för syftet och frågeställningen. Tiden begränsades till år 2000-2008 och språket till engelska och svenska. Artiklarna var av både kvantitativ och kvalitativ karaktär.

Valda källor

Tabell 2 Valda källor till resultatet

Publ.år Land Författare	Titel	Design	Undersökningsgrupp	Datainsamlingsmetod	Dataanalysmetod
2008 Italien Giannuzzi, P., Temporelli, P.L., Marchioli, R., Maggioni, A.P., Balestroni, G.& Vincenzo, C.	The Global Secondary Prevention Strategies to Limit Event Recurrence After Myocardial Infarction.	Prospektiv, randomiserad, experimentell kontrollerad studie. open-label, blinded endpoint evaluation design.	3241 pat. randomiserades från 78 olika hjärtrehab. centers med dokumenterade erfarenheter av hjärtrehabilitering och tradition av forskning om hjärtsjukdom. Interventionsgrupp, 1620 pat., Kontrollgrupp, 1621. Inkl.krit: genom gången hjärtinfarkt inom de senaste 3 mån och genomgången trad rehabilitering. Exl.krit: > 75 år, Andra allvarliga sjukdomar samt sjukdomar som begränsar övningar samt andra orsaker som omöjliggör deltagande. Bortfall: 309.	Vid studiens start och vid varje uppföljningstillfälle regist- rerades: BMI, vitalparametrar och symtom, 12 avl EKG, arbetsprov, kontroll av följsamhet och registrering av ev incidenter. Labanalyser inkluderande tot kolesterol, HDL, LDL, triglycerider, fasteglukos, HbA1c. Frågeformulär rörande kost och rökvanor, grad av fysisk aktivitet och stresshantering. En värdering av livskvalite och psykologiskt välbefinnande gjordes med "the Cognitive Behavioral assessment Hospital" vid start.	För all statistisk analys användes SAS statistical software (version 9.1; SAS Inc, Cary, North Carolina). Pearsons Chi2 test och Students t-test användes för att mäta om signifikanta skillnader förelåg mellan grupperna. Signifikansnivån för alla test P=.05. Alla P värden är 2 sidiga. Powerberäkning är gjord. Mixade modeller för upprepade mätningar. Kaplan Meijer survival curves och log-rank test. Hazard ratios och confidensintervall kalkylerades med fitting Cox proportional hazards model. Kontinuerliga data rapporterades med medelvärde och kategoriska data med %. Testad reliabilitet. Hög validitet Andra mätinstrument :The Cognitive Behavioral assessment Hospital för värdering av livskvalitet och psykologiskt välbefinnande.

					Kvalitet :Hög
2000 Stor-brittanien. Wiles, R.& Kinmonth, A- L.	Patients´understanding of heart attack: implications for prevention of recurrence..	Kvalitativ djupintervju-studie.	Av 277 deltagare valdes 25 personer ut för att maximera variation av social klass, ålder, kön, yrke och civilstånd. 25 personer med nyligen genomgången hjärtinfarkt, valdes ut. från en annan pågående studie (SHIP). 12 kvinnor och 13 män mellan 34 och 80 år.	Intervjuerna ägde rum i deltagarnas hem vid två olika tillfällen ca 2v och 4 mån. efter utskrivningen. Intervjuerna varade ca 1 tim. och spelades in på band	Intervjuerna transkiberades. Därefter analyserades datan manuellt utifrån en välkänd teori (Basics of qualitative research) av en erfaren medicinskt utbildad sociolog samt 2 medlemmar ur en kvalitativ-forsknings komitte (antropolog och professor) bidrog med att läsa intervjuerna och bekräfta dess äkthet. Den transkiberade datan tematiserades och ytterligare uppkommen data användes för ytterligare datainsamling och analys. Reliabilitet, trovärdig.
					Kvalitet: Medel
2006 Kanada Scott, A.L., Spinelli, J.J., Linden,W., Brozic, A., Kiess, M.& Frohlich,J.J.	The Extensive Lifestyle Management Intervention (ELMI) after cardiac rehabilitation: A 4-year randomized controlled trial.	Kvantitativ randomiserad kontrollerad studie.	1052 patienter från två sjukhus i Vancouver screenades till ELMI. 628 var lämpliga och 302 rekryterades och blockrandomiserades med dator. 130=interventiongrp., 119= kontrollgrp. Inkl. krit: Pat. med ischemisk hjärtsjukdom som fullgjort hjärtrehabilitering efter hjärtinfarkt, talar flytande engelska. Exklusionskriterier: inga planerade kirurgiska ingrepp, inga flyttplaner, inga allvarliga sjukdomar försvårar deltagande, inga konflikter med arb.givare, ej intresserad.	Vid start användes Framingham risk score för mätningar av fysisk aktivitet, arbetskapacitet, kost, rökning, livskvalitet, BT, blodfetter, blodsocker, BMI, midjemått och syn på medicinering och symtom. Därefter årliga mätningar av riskfaktorer och livsstilsförändringar. Telefon kontakt för registrering av utveckling, framsteg och rådgivning.	Riskfaktorer mättes med Framingham risk score. Fysisk aktivitet bedömdes med frågeformulär. Förändringar i grupperna be räknades med paried samples t-test för kontinuerliga faktorer och Mc Nemar x2 test för kategoriska faktorer. Skillnader mellan grupperna analyserades med samples t-test och Pearson x2 test. Nutritionist 4 Diet Analysis software användes för mätning av dagligt kaloriintag. Livskvalitet mättes med Perceived Stress Scale och Illness Intrusive, arbetskapacitet med belastnings-ekg. Prestationsförmåga mättes med skalor baserade på Likert scoring. För alla statistiska analyser användes SPSS 10.0. Signifikansnivå var satt till 0.5. och alla t-test var tvåsidiga. Jämförelser gjordes med en intent -to- treat

					analys. Kvalitet: Hög.
2005 Irland Condon, C.& McCarthy, G.	Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives	Kvalitativ, beskrivande, delvis strukturerad intervjustudie.	En för studien ändamålsenlig population valdes ut från Universitetssjukhuset i Cork. Urvalet av deltagarna baserades på patienternas möjligheter att kunna diskutera sin syn på förestående livsstilsförändringar . Inklusionskriterier: De skulle fortfarande vara första hjärtinfarkten, fortfarande inskrivna på sjukhuset, genomgått fas 2 i rehabiliteringen, över 18 år, tala flytande engelska,	Delvis strukturerad intervjuer som är baserad på en prövad intervju mall (ref 6). Intervjuerna skedde i patienternas hem 6 veckor efter utskrivning och spelades in på band. Frågorna gällde vilka mål patienterna hade för livsstilsförändringar och deras föreställningar hur de skulle nå dessa.	Datan har transkriberats och kodats för att delas in i under olika teman. Anteckningar och diagram gjordes genom hela analysprocessen för att dokumentera sambandet mellan olika teman. Flera metoder för att förhöja och förbättra trovärdigheten av kvalitativ forskning har diskuterats. En oberoende forskningsexpert i kvalitativ forskning, har analyserat ett randomiserat urval av deltagarna. Flera metoder för att förhöja och förbättra trovärdigheten av kvalitativ forskning har diskuterats. En oberoende forskningsexpert i kvalitativ forskning, har analyserat ett randomiserat urval av deltagarna. Kvalitet: Hög
2002 Danmark Ostergaard Jensen & B. Pettersson, K.	The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction	Kvalitativ intervjustudie	30 deltagare av 32 tillfrågade deltog i studien. Deltagarna valdes ut konsekutivt. Exklusion: psykos, demens, ej flytande danska, terminalt stadium av annan sjukdom, cancer, njursjukdom, svår diabetes eller livshotande neurologisk sjukdom. Inkl.krit: Diagnostiserad hjärtinfarkt och max 72 timmar från symtomdebut, första infarkten, accepterat tillstånd i relation till patientens säkerhet och	Semistrukturerade intervjuer utfördes den andra eller tredje dagen på sjukhuset. Den andra intervjun utfördes efter 17 v. efter utskrivning. Intervjuerna utfördes med hjälp av en delvis strukturerad guide och utgick från sex teman och spelades in på band. Liten grupp, liten variation beträffande ålder, kön och utbildning.	Datan transkriberades och analyserades kvalitativt . Därefter gjordes en logisk kategorisering av datan. Datan lästes flera ggr och delades därefter in i tre faser och kodades, undersöktes och jämfördes. Koderna organiserades i teman och kategorier för ytterligare analys. En kontinuerlig process med analys och jämförelser utifrån the Perception Model.

			möjlighet att fullgöra studien, bosatt i länet. Bortfall: Vid uppföljning hade 3 deltagare avlidit , 2 slutade, 2 hade tekniska problem vid intervju.		Kvalitet: Medel
2007 Sverige Kristofferzon, M.L.& Löfmark, R Carlsson, M.	Managing consequences and finding hope-experiences of Swedish women and men 4-6 months after myocardial infarction	En kvalitativ semi - strukturerad intervjustudie.	20 kvinnor och 20 män valdes ut i en konsekutiv serie av 74 kvinnor och 97 män. som deltog i en stor longitudinal studie. Inkusionskriterier: Diagnostiserad hjärtinfarkt för 1 månad sedan, bosatta i sjukhusets upptagningsområde, inga kommunikationssvårigheter, deltagarna skulle känna att de hade tillräckligt med fysisk och psykisk förmåga att delta i studien. Medelåldern var 65 år för kvinnor och 66 år för män. Bortfall: 1man avslutade innan uppföljning.	Ett introduktionsbrev skickades till deltagarna fyra månader efter hjärtinfarkten . Efter 1-2 veckor kontaktades deltagarna på telefon av en av författarna och fick själva välja tid och plats för intervjun. Intervjuerna utfördes i hemmet (n=34), sjukhus (n=4), arbetet (n= 1). Intervjuaren öppnade med frågor rörande det aktuella området, klargörande frågor vid behov. Intervjuerna som varade mellan 30-90 minuter spelades in på band och antecknades därefter ordagrant (verbatim).	Kvalitativ kontent analys användes. Intervjuaren läste texten flera gånger. Därefter delades texten först in olika områden för att sedan kodas och sorteras in i kategorier som baserades på liknelser.. Datan analyserades mellan de olika kategorierna fram och tillbaka. En tolkning av den underliggande meningen i de olika kategorierna formulerade i två teman.
2007 Israel Yuval, R., Halon, D.A.& Lewis, B.S.	Perceived disability and lifestyle modification following hospitalization for non-ST elevation versus ST elevation acute coronary syndromes: The patients' point of view	Kvalitativ, intervjustudie	3-12 månader efter utskrivningen från sjukhuset skickades ett strukturerat anonymt frågeformulär till 195 patienter som drabbats av akut kranskärslssjukdom. 160 av dessa valdes ut konsekutivt. Åldern varierade från 32-95 år. 125 män och 35 kvinnor.	Frågeformuläret var precoded och information erhöles från databasen.	Data analyserades med the Statistix 8.0 software package (Analytical Software, Tallahassee FL, USA). Beskrivande statistik, cross-tabulation, analyser av varianter och Chi square för att undersöka skillnader mellan grupper. Oro mättes med Anxiety Subscale of Brief Symptom Inventory.
					Kvalitet: Medel

2002 Sverige Kärner, A., Göransson, A.& Bergdahl, B.	Patients' conceptions of coronary heart disease a phenomenographic analysis	Kvalitativ, intervjustudie.	Ett år efter hjärtinfarkten valdes 23 patienter strategiskt ut för att bli en heterogen grupp. Medelåldern var 57 år för män och 51 år för kvinnor.	Patienterna fick välja var intervjun skulle äga rum. Varje intervju tog ca 1 tim. Intervjuerna spelades in på band. En delvis strukturerad intervju med frågor som, Vad hände när du blev sjuk? Vet du varför du får dina symtom? Konstruktionen av frågorna utfördes tillsammans med hjärtrehabiliteringsteamet. Utvecklingen av intervjun varierade i relation till uppföljningsfrågorna.	Datan transkiberades. Analysen utfördes som en fenomenografisk procedur och innehöll sju steg. Datan som indelats i kategorier delades in i en hierarkisk ordning Kvalitet: Medel
2006 Nya Zeeland Broadbent, E., Petrie, K.J., Ellis, C.J., Anderson, J., Gamble, G.& Anderson, D.	Patients with acute myocardial infarction have an inaccurate understanding of their risk of future cardiac event Auckland City Hospital, Auckland, Nya Zeeland	Kvalitativ intervjustudie.	100 patienter med akut hjärtinfarkt valdes konsekutivt från hjärtenheten på Auckland Hospital. Av de 96 patienter som var villiga att delta returnerade 79 stycken sina frågeformulär. 64 män, 15 kvinnor med medelålder 59 år.	På utskrivningsdagens morgon fick patienterna ett frågeformulär på morgonen som skulle besvaras innan de gick hem. The brief Illness Perception Questionnaire, med frågor rörande patientens förväntningar av sjukdomen samt uppfattningen av riskfaktorer. Patienterna svarade med en Likert ranking Scale.	Data analyserades med SPSS version 11.5 (Chicago, IL, USA). Student's t-test för parvisa jämförelser och ANOVA med post-hoc Tukey test för flera jämförelser mellan grupperna. Pearsons test för mätning av samband. TIMI-score användes för att göra jämförelser mellan förväntad risk och kalkylerad risk, TIMI score mätinstrument för summan av riskfaktorer. Kvalitet: Medel
2006 Illinois, USA Goldsmith, D., Kristin A. Lindholm, K.A.& Bute.J.	Dilemmas of talking about lifestyle changes among couples coping with cardiac event.	Kvalitativ fallstudie med ostrukturerade intervjuer	Deltagarna rekryterades med hjälp av informationsblad. Ett strategiskt urval resulterade i 25 personer varav 6 med genomgången hjärtinfarkt, 8 med CABG eller 11 med CABG och hjärtinfarkt samt deras partners, 15 st, därav 21 män, 4 kvinnor och 16 partners. Ålder 37 - 81 år, medelåldern 63 år för partner och 66 år	Varje deltagare och deras partner intervjuades under 1-1,5 timme av 2 olika personer Intervjuerna spelades in på band. I intervjun fick deltagarna berätta om sina erfarenheter efter hjärtinfarkten, erfarenheter av samtal om ämnen som både var lätta och svåra att diskutera, bra och dåliga konversationer om patientens sjukdomstillstånd. Deltagarna ombedes också berätta om någon	Intervjuerna transkiberades. Författarna utgick från en öppen kodad metod the Grounded theory. datan kodades och kategoriserades för att lättare kunna identifiera centrala teman. Forskarna uppger att trots rekryteringen utfördes från olika ställen utgjorde största delen av delt. från rehabiliteringsklasser, detta kan ha överrepresenterat patienter som redan gjort livsstilsförändringar.

			patienterna.. Alla var gifta utom ett par. Medellängden på relationerna var 36 år.	vanlig livsstilsförändring relaterad till minskad risk för återinsjuknande. Intervjuerna spelades in på band.	Kvalitet: Medel
2006 Sverige Hildingh, C., Fridlund, B.& Lidell, E.	Access to the World After Myocardial Infarction: Experiences of the Recovery Process:	Deskriptiv Kvalitativ Intervjustudie	Strategiskt urval baserat på ålder, kön, socialstånd, utbildning samt deltagande i hjärtrehabilitering. 16 personer som besökte ett hälsocenter och genomgått hjärtinfarkt för ca 8-9 månader sedan tillfrågades om de ville delta i studien. Alla tillfrågade accepterade och inget bortfall förekom.	Två forskare med erfarenhet av hjärtsjukvård intervjuade patienterna i deras hem och på deras arbetsplatser. Frågor ställdes i form av att patienterna fick berätta om sina erfarenheter av rehabiliteringsfasen , därutöver uppföljningsfrågor. Intervjuerna varade ca en timme och spelades in på band.	Två av studiens forskare delade in materialet i områden , datan diskuterades, analyserades och kodades. Därefter delades materialet in i ytterligare 3 kategorier och 11 subkategorier, ytterligare en forskare som läst materialet granskade sedan kategorierna. Från kategorierna skapades teman för de betydelsefulla olika områden. Kvalitet:Hög
2006 Illinois, USA Aldana, S., Whitmer, W.R., Greenlaw, R., Avins, A.L., Salberg, D.T.A.& Greenwell,	Effect of Intense Lifestyle Modification and Cardiac Rehabilitation on Psychosocial Cardiovascular Disease Risk Factors and Quality of Life	Kvantitativ, kvasi - experimentell studie	Patienter rekryterades från Swedish American Health System, Rockford, Illinois. Inkl. krit: Hjärtinfarkt diagnostiserad med minst 2 av följande 3 kriterier, ihållande bröstsmärta minst 30 min., typiska EKG-förändringar eller förhöjda nivåer av hjärtenzymer, patienten måste ha genomgått CABG (artery by pass graft surgery) eller PTCA (percutaneous angioplasty procedure) och erhållit standard behandling. Patienten måste bo inom 40 min.avstånd till rehabiliteringscentret. 141 patienter samtyckte till medverkande. Deltagarna fick därefter själva välja program.	Vid studiens start samlades uppgifter in angående deltagarnas ålder, kön och inkomst. Det förelåg inga signifikanta skillnader mellan grupperna. Vid studiens start samt efter 3 och 6 månader gjordes mätningar av hälsorelaterad livskvalitet, aggregationstendenser, förväntad stress, behov av och befintlighet av socialt stöd . Med assistans av forskaren använde sig deltagarna själva av mätinstrumenten.	Datan analyserades med hjälp av kurvor (linear growth curves). Upprepade mätningar utfördes. Förändringarna mellan grupperna analyserades genom att jämföra dessa kurvornas sluttning vid studiens start, efter 3 månader och efter 6 månader och verifierades med SAS (version 6.12) MIXED procedure. Olika jämförelser mellan grupperna mättes med simple ANOVA och chi- squares. Med SF-36 mättes hälsorelaterad livskvalitet, the Center for Epidemiological Studies Depression Inventory (CES-D) mätte graden av depression. The Cook- Medley Hostility Scale mätte grad av aggressionstendenser.. Förväntad stress mättes med State-Trait Anxiety Inventory. Behov av och befintlighet av socialt stöd mättes med The Preferred Support Profile.

			28 pers. Ornish program, 58 pers. traditionell hjärtrehabilitering och 55 pers. ingen formell rehabilitering. Det slutliga antalet deltagare blev efter matchning mot deltagare i Ornish grupp 84 patienter därav 28 patienter i Ornish grupp. Bortfall: 9		Pga. av att patienterna själva fick välja grupp kan datan vara missvisande då patienterna i O.P fick betala för sitt deltagande och relaterat till detta ha en annorlunda social ställning. Kvalitet: Hög
2007 Iran 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	Randomiserad kvasiexperimentell kontrollerad studie	70 patienter med diagnostiserad hjärtinfarkt rekryterades från sjukhusen Imam Khomeini och Shariati och delades in i intervju grupp och kontroll grupp. Faktorer som kön, ålder, utbildningsnivå och antal hjärtinfarkter matchades i grupperna, därefter fördelades och randomiserades patienterna i intervju grupp. 4 grupper med 6-7 personer i varje grupp. Bortfall: 4	Patienterna fick fylla i frågeformulär om livssituation och livskvalitet som baserades på en intervjuguide.	Datan analyserades med SPSS 9,0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) Mac New Quality of Life after Myocardial Infarction frågeformulär. Oberoende t-test användes för att mäta skillnader i livskvalitet mellan grupperna samt ett z- test för att jämföra skillnaderna. Kvalitet: Medel
2008 Portugal Oliviera, J., Ribiero, F.& Gomes, H.	Effects of Home Based Cardiac Rehabilitation Program on the Physical Activity Levels of Patients With Coronary Artery Disease	Kvasiexperimentell studie med icke slumpmässigt urval.	Studien innefattande 30 män från Sousa Martins Hospital, Guarda. Inklusionskriterier: Nyligen genomgången och första hjärtinfarkt, fysiskt inaktiva hjärtinfarkt. Exklusionskriterier: måttlig eller hög risk för deltagande vid övervakad och intensiv fysisk aktivitet, tidigare stroke eller annan perifer kärlsjukdom eller kronisk	Fysisk aktivitet definieras som aktivitetsnivåer och utgörs i detta fall av intensitet och tid av den fysiska aktiviteten. Mätningar utfördes första, sjätte och tolfte veckan från studiestart. Tre olika nivåer av fysisk aktivitet mättes. Alla mät tillfällen utfördes på samma veckodag för den enskilda individen. Deltagarna fick bära en Acti Graph accelerometer (modell GT1M, Fort Walton Beach, Florida) på	All data analyserades med SPSS, Version 14.0 (SPSS Inc, Chicago, Illinois), statistical software. Nonparametric statistic procedures användes för variabler som var utan normal datautdelning. För upprepade mätningar användes The general linear model för att jämföra det fysiska aktivitetsmönstret mellan grupperna. Ett Mann- Whitney U test användes vid jämförelse mellan gruppernas spenderade tid och olika intensitetsnivåer i vardera moment av

			obstruktiv lungsjukdom. Deltagarna delades in i 1 ktr.grp 1 interv. grp. med 15 delt. varje grupp.	vristen, som mätte den fysiska aktiviteten.	fysisk aktivitet.. Variationen inom grupperna mättes med Friedman test. Fysisk aktivitet mättes med Acti Graph accelerometer (model GT1M, Fort Walton Beach, Florida) efter 1v, 6v och 12 v. Tiden och intensiteten för fysisk aktivitet mättes med ett skapat fysiskt aktivitetsindex. Tidsmängden mättes i METs. Kvalitet: Medel
2005 Stor Brittanien Jolly, K., Taylor, R.S., Lip, G.Y.H.& Stevens, A.	Home-based cardiac rehabilitaion compared with centrebased rehabilitation and usual care: A systematic review and meta-analysis	Kvantitativ systematisk review och metaanalys, med randomiserade kontrollerade studier	Tidigare studier söktes i databaserna Medline (1966-jun 2003), EMBASE (1980-jun 2003), CINAHL (1982-jun 2003), och Cochrane Controlled Trials Register (issue 3, 2003). Sökstrategin utgick från att identifiera randomiserade kontrollerade studier om hembaserad hjärtrehabilitering. Manuell sökning gjordes i referenslistor av mottagna artiklar. Opublicerade studier söktes genom att kontakta 2 experter i området som granskade och bedömde abstracts till möjliga studier.	Med hjälp av ett frågeformulär bestående av 6 frågor bedömde 2 granskare om studierna uppfyllde följande inklusionskriterier: Randomiserade studier, beskrivning av det hembaserade programmet som skulle vara strukturerat, deltagarna med diagnos av hjärtinfarkt, CABG, PTCA eller annan kranskärllssjukdom, en av följande faktorer skulle uppvisa mätresultat: träningskapacitet, rökvanor, livskvalitet, blodtryck och alla former av dödlighet. Data bestående av ett medelvärde för förändring mättes från start av kolesterol, blodtryck och träningskapacitet . Datan samlades in från det randomiserade urvalt från den hembaserade rehabiliteringsgruppen, gruppen med standard och centre based rehabiliteringsgruppen. De hembaserade rehabiliteringsprogrammen hade	Alla analyser analyserades med Stata v.7 software. "Fixed effect models" användes i alla analyser utom där statistisk heterogenitet rådde och en randomiserad modell hade använts. Kvalitetsmätningar garanterades som en del av datainsamlingsprocessen. Kvalitet mättes i termer som metod av randomisering, proportion av patienter som inte kunde följas upp, "konsekvens av tillåtelse av undanhållande" och "blindning" av mätresultat och graderades i en skala "modifierad Jadad Scale". Mätningar gjordes av systoliskt blodtryck, hälsorelaterad livskvalitet, antal män respektive kvinnor med genomgången hjärtinfarkt, hjärtrehabilitering. Hospital Anxiety and Depression Scale, kranskärllssjukdom; livskvalitet efter hjärtinfarkt, General Health Questionnaire; PTCI, percutaneous transluminal coronary angioplastik; Psychosocial Adjustment to IllnessScale; Sickness Impact profile, Beck Depression Inventory,

				olika inriktning och var indelade i 3 grupper. 1. 9 stycken med ett omfattande program, 2. 4 stycken med inriktning på utbildning och psykologi. 3. 2 stycken med enbart träningsinriktade program. Bortfall: 16 %.	fysisk toleranstest . Många av studierna innehöll otillräcklig information för att kunna mäta dess kvalitet. Kvalitet: Medel
2005 Stor Brittanien French, D.P., James, D., Horne, R.& Weinman, J.	Causal beliefs and behavior change postmyocardial infarction: How are they related?	Kvalitativ studie	143 patienter med hjärtinfarkt samt deras 84 partners kontaktades konsekutivt med brev medan de var inskrivna på sjukhus.	Patienterna fick ett frågeformulär som skulle besvaras innan utskrivning. Efter 12 veckor kontaktades patienterna. 115 patienter och 84 partners hade besvarat frågeformuläret. Patienterna fick fullgöra en serie av skalor som graderade de olika aktuella faktorerna.	Orsaksskalorna utvecklades genom att använda principal component analyses, för de hälsorelaterade skalorna användes analysen (se Weinman et al, 2000). Correlations koefficienter mellan varje faktor i skalorna räknades ut för att fastställa signifikansnivån. Kvalitet: Medel
2003 Illinois, USA Aldana, S.G., Whitmer, W.R., Greenlaw, R., Avins, A.L.,Salberg, A., Barnhurst, M., Fellingham, G. & Lipsenthal, L.	Cardiovascular risk reduction associated with aggressive lifestyle modification and cardiac rehabilitation.	Kvantitativ, longitudinal, observerande studie.	Deltagarna, 141 patienter, rekryterades från the Swedish American Hospital I Rockford. Inklusionskriterier: Boende inom 40 minuter från studiecentret, kliniskt bekräftad hjärtinfarkt definierad med minst 2 av följandekriterier, a) kontinuerlig bröstsmärta minst 30 min., b) EKG förändringar typiska för hjärtinfarkt, c) förhöjda hjärtenzymer. Genomgången CABG eller PCI och erhållit standardiserad vård före deltagandet i studien. Deltagarna fick välja 1 av de 3 grupperna efter att de sett en informationsvideo om Ornish program samt hjärtrehabiliteringsprogram,	Vid studiens start, efter 3 och 6 månader gjordes kontrollmätningar av aktuella blodvärden, total kolesterol, LDL, HDL, triglycerider och blodsocker, kost, vikt, BMI, midjemått, blodtryck, deltagande i fysisk aktivitet och grad av angina. Fysisk aktivitet uppskattades med ett frågeformulär, 7- Day Physical Activity Recall Questionnaire. Graden av samt frekvens och duration beträffande angina mättes med en ordinal skala samt frågeformulär. Kosten analyserades med medelvärde av CBORD diet analyzer based on the USDA database (CBORD Group Inc, Ithaca, New York)..	Risikfaktorernas förändringar över studiens tid uppskattades och analyserades med kurvor (linear growth curves), för detta användes SAS (version 6.12) MIXED Procedure. Chi- square tests användes för jämförelser mellan grupperna.

			kontrollgruppen innehöll ingen aktiv rehabilitering. Deltagarna matchades efter inkomst och randomiserades för att undvika felvärden r/t möjlighet att de med högre inkomst valde O.P. 28 deltog i vardera grupp.		Kvalitet: Medel
--	--	--	---	--	-----------------

Värderingen av de kvantitativa artiklarnas kvalitet grundar sig på Forsberg och Wengströms (2008) granskningsmallar där frågor bla innehåller frågeställningens tydlighet, hur studien är upplagd och om frågeställningen kan besvaras. Är urvalet tillräckligt stort och representerar det gruppen? Är kontrollgruppen godtagbar? Är reliabilitet och validitet diskuterad och accepterad? Finns det faktorer som kan ha påverkat resultatet?

Värderingen av de kvalitativa artiklarna grundar sig på hur tydligt den teoretiska förankringen och de olika metoder som använts förklarats. Finns det beskrivet var undersökningen har ägt rum? Är urvalet gjort så att det är representativt för studien? Är dataanalysen beskriven och finns det ett samband mellan analys och metod? Hur klart och tydligt identifieras teman? Har flera forskare studerat och analyserat resultatet samt jämfört resultatet med tidigare studier? Är materialet presenterat så att ställning kan tas till samband mellan tolkning och originaldata?

Data analys

Totalt inkluderades 17 vetenskapliga artiklar för underlag till resultatet. Artiklarna har lästs i sin helhet flera gånger utifrån syfte och frågeställning. Efter genomläsningen fann författaren återkommande meningar och utsagor som svarade mot syfte och frågeställning. Meningarna och utsagorna jämfördes och resultatet blev åtta kategorier som presenterats i löpande text och tabellform. Författaren har värderat studierna och i första hand valdes randomiserade studier som var relevanta för syfte och frågeställning. En översikt av studiernas publiceringsår, design, undersökningsgrupp, datainsamlingsmetod och dataanalysmetod presenteras i tabell 2. Innehållet har granskats med hjälp av granskningsmallar relevanta för de aktuella studierna (Forsberg & Wengström, 2008).

Etiska överväganden

Då detta är en litteraturstudie har inga enskilda personer blivit berörda. Endast studier som prövats och fått tillstånd av etisk kommitté eller där noggranna etiska överväganden gjorts har valts till denna studie. Alla artiklar som uppfyller urvalskriterierna har granskats och presenterats på ett objektiva sätt.

RESULTAT

Resultatet redovisas i tabell 3 och i löpande text under sju rubriker:

Tabell 3. Valda artiklars syfte och resultat

Författare	Syfte	Huvudresultat
Aldana, S.G., Whitmer, W.R., Greenlaw, R., Avins, A.L., Salberg, A., Barnhurst, M., Fellingham, G. & Lipsenthal, L. 2003	Att jämföra förändringen av riskfaktorer efter 6 månader hos patienter som deltagit i Ornish Heart Disease Reversing Program med de som deltagit i ett traditionellt hjärtrehabiliteringsprogram och en kontrollgrupp som inte deltagit i något aktivt program.	Deltagarna i Ornish program visade signifikant större minskning av angina attacker, kroppsvikt, BMI, systoliskt blodtryck, total kolesterol, LDL, blodsöcker, kost innehållande mindre kalorier från fett och mer kalorier från kolhydrater vid jämförelse med de andra grupperna efter 6 månader .
Aldana, S., Whitmer, W.R., Greenlaw, R., Avins, A.L., Salberg, D.T.A. & Greenwell, 2006	Att utvärdera The Ornish Program och traditionell hjärtrehabiliterings effekt på psykosociala riskfaktorer och livskvalitet för personer med kranskärslsjukdomar.	Resultaten av mätningarna av psykosociala riskfaktorer och livskvalitet i början av studien visade att det fanns en signifikant skillnad i generell hälsa, social förmåga, kroppslig smärta, vitalitet, mental hälsa, depression och stress. Deltagarna i Ornish grupp visade signifikanta förbättringar över tidens gång inom alla psykosociala riskfaktorer samt i alla komponenter för total livskvalitet, utom fysisk förmåga som hade endast en marginell signifikant förbättring.

Bagheri, H., Memarian, R.& Alhani, F. 2007. ..	Att undersöka vilken effekt grupprådgivningsprogram har på livskvaliteten hos personer som genomgått en hjärtinfarkt..	Den statistiska jämförelsen av medelvärde på livskvalitet i allmänhet samt inom varje dimension visar att det föreligger en signifikant skillnad till interventions- gruppens fördel efter grupprådgivningen, kontrollgruppen hade en obetydlig sänkning, det fanns däremot ingen signifikant skillnad mellan grupperna före
Broadbent, E., Petrie, K.J., Ellis, C.J., Anderson, J., Gamble, G.& Anderson, D. 2006.	Att undersöka om patienter med hjärtinfarkt hade en riskuppfattning som visade tydligt samband med en fastställd klinisk riskmodell.	Patienternas riskuppfattning var orelaterad till deras kliniska risk, deras riskuppfattning var inte heller relaterad till graden av allvarliga symtom. Högre riskuppfattning var signifikant associerad till en längre förväntad duration av hjärtinfarktens konsekvenser.
Condon, C.& McCarthy, G. 2005.	Att utforska patienternas uppfattning av att åstadkomma livsstilsförändringar efter hjärtinfarkt.	Flera av patienterna hade en dålig kunskap om riskerna att drabbas av hjärtinfarkt och trodde att detta bara drabbade äldre. Många patienter identifierade stress och rökning som stora hälsorisker. Det var svårt med många livsstilsförändringar på samma gång, flera patienter saknade här professionell hjälp. Många av patienterna upplevde familjens omsorger negativt överbeskyddande.
French, D.P., James, D., Horne, R.& Weinman, J. 2005.	Att undersöka om patienterna och deras partners övertygelse om vad som orsakat hjärtinfarkten har något samband med livsstilsförändringar efter hjärtinfarkten.	Det föreligger inget samband mellan övertygelse om orsak och följande livsstilsförändringar. Däremot associerades orsakens egenskaper med livsstil före hjärtinfarkten.
Giannuzzi, P., Temporelli, P.L., Marchioli, R., Maggioni, A.P., Balestroni, G.& Vincenzo, C. 2008.	Undersöka och jämföra effekterna mellan ett vanligt rehabiliteringsprogram med ett 3 år långt program bestående av förstärkt utbildning om riskfaktorer samt rådgivning om livsstilsförändringar.	Tydliga förbättringar av livsstil beträffande kost, träning, psykosocial stress, mindre försämring av viktkontroll.
Goldsmith, D., Kristin A. Lindholm, K.A.& Bute.J. 2006.	Att undersöka dilemman som kan uppstå när partners talar om livsstilsförändringar efter en hjärtinfarkt. Förklara tidigare forsknings resultatats beträffande de motstridiga effekter som partners samtal om livsstilsförändringar kan få , samt identifiera strukturen på samtal hos partners med framgångsrika livsstilsförändringar	Denna studie förklarar dilemman som kan uppstå när par talar om de livsstilsförändringar som kan bli aktuella efter en hjärtinfarkt. Att tala med sin partner underlättar inte alltid livsstilsförändringar.
Hanssen, T.A., Nordrehaug, J.E.& Hanestad B.R. 2005.	Att utforska patienternas behov av information efter hjärtinfarkt samt vilken eftervård de föredrar efter utskrivningen.	Det föreligger en brist i vården när det gäller att möta patientens behov av information både före och efter utskrivningen. Tillgänglighet via telefon samt telefonuppföljningar beskrev patienterna som en viktig del i eftervården.

Hildingh, C., Fridlund, B. & Lidell, E. 2006	Att undersöka patienternas erfarenheter av tillfrisknandeprocessen efter hjärtinfarkt.	Tillfrisknandeprocessen beskrevs under temat: Tillträde till världen. Detta utgick från 3 områden: möjligheter, begränsningar och återanpassning. Därefter följde andra betydande ord som: tillgänglighet, kompetens, bekräftelse, ömsesidighet, rädsla, fysisk och psykosocial smärta, nya värderingar, motivation till förändringar, vaksamhet och balans.
Jolly, K., Taylor, R.S., Lip, G.Y.H. & Stevens, A. 2005.	Att undersöka effektiviteten av hembaserade hjärtrehabiliteringsprogram, standardvård och sjukhusbaserade program och jämföra skillnaderna för dödlighet, hälsorelaterad livskvalitet och reducering av riskfaktorer på patienter som genomgått hjärtinfarkt och eller behandlats med CABG och PTCA.	Ingen signifikant skillnad mellan hem och centre beträffande resultat för förändring av fysisk kapacitet, systoliskt blodtryck och total kolesterol, däremot med liten fördel till gruppen som erhållit sjukhusbaserad vård bortsett från risken att fortfarande vara rökare. Två studier rapporterade resultat för hälsorelaterad livskvalitet med signifikant större förbättringar i PCS subscale SF-36 frågeformulär i hembaserade gruppen jämfört med sjukhusgruppen, likväl högre förväntan av socialt stöd.
Kristofferzon, M.L. & Löfmark, R Carlsson, M. 2007	Att beskriva upplevelser i det vardagliga livet hos svenska män och kvinnor 4-6 månader efter hjärtinfarkt samt deras förväntningar inför framtiden	Många patienter hade inte uppnått en stabil hälsa trots att symtom och känslomässig stress hade avtagit. De måste lära sig hantera hälsoproblem, känslomässiga reaktioner livsstilsförändringar och förändringar i det sociala livet. Hjärtinfarkten visade föra med sig positiva konsekvenser som nya innefattade nya livsvärderingar och framtidshopp.
Kärner, A., Göransson, A. & Bergdahl, B. 2002.	Att utöka förståelsen för patienternas uppfattning om innebörden av hjärtinfarkt och kärlkramp	Patienternas kunskap om hur man förebygger hjärtsjukdom visade sig vara otillräcklig. Det råder stor variation beträffande patienternas uppfattningar samt missuppfattningar om deras sjukdom.
Oliviera, J., Ribiero, F. & Gomes, H. 2008.	Att utvärdera vilken effekt ett hembaserat hjärtrehabiliteringsprogram med grupprådgivning och utbildning har på det dagliga mönstret av mängd och typ av fysisk aktivitet	Interventionsgruppen utförde signifikant mer av den måttligt intensiva samt lättare intensiv fysisk aktivitet än kontrollgruppen. Interventionsgruppen ökade signifikant sin dagliga nivå av fysisk aktivitet genom hela tiden interventionen pågick. Tiden för lätt intensiv fysisk aktivitet minskade däremot signifikant. I kontrollgruppen sågs ingen förändring.
Ostergaard Jensen & B. Petersson, K. 2002	Att undersöka sjukdomserfarenheter efter hjärtinfarkt med fokus på livssituation och tillfrisknande.	Huvudresultatet av denna studie visar att det gemensamma för en stor del av alla patienter med

		genomgången hjärtinfarkt är att de hyser känslor som rädsla, hopp, osäkerhet och ett stort behov av rådgivning och stöd. Informationsbehovet samt möjligheten att förstå informationen är individuellt och varierar i olika faser av sjukdomsprocessen.
Scott, A.L., Spinelli, J.J., Linden, W., Brozic, A., Kiess, M. & Frohlich, J.J. 2005.	Testa en hypotes: Att som komplement till vanlig rehabilitering efter hjärtinfarkt, testa om en förhållandevis liten intervention mot riskfaktorer och livsstilsförändring signifikant reducerar de totala riskfaktorerna jämfört med kontrollgruppens vanliga uppföljning efter 4 år.	Deltagande i den initiala rehabiliteringen resulterade i signifikanta förbättringar beträffande riskfaktorer och det förelåg ingen skillnad mellan grupperna. Efter 4 år var förbättringarna signifikant högre i interventionsgruppen beträffande systoliskt BT, TC och LDL-C, för övrigt förelåg ingen signifikant skillnad mellan grupperna.
Wiles, R. & Kinmonth, A-L. 2000	Att utforska patienternas förståelse av hjärtinfarkt och därmed kunna bidra till uppbyggnad av effektiv förebyggande service.	Denna studie indikerar att information från sjukvården uppmuntrar patienten att se hjärtinfarkten mer som en akut händelse än ett symtom på ett kroniskt underliggande tillstånd. Detta leder till låg motivation för varaktiga livsstilsförändringar. Patienterna måste med hjälp av adekvat information förstå att hjärtinfarkten kräver både livslång medicinerings och livsstilsförändringar.
Yuval, R., Halon, D.A. & Lewis, B.S. 2007.	Att undersöka vilka livsstilsförändringar som följer efter sjukhusvistelse i samband med akut kranskärlsjukdom och att jämföra skillnader av resultat och funktion mellan patienter med ostabil angina, ST-höjnings- och icke ST höjningsinfarkt.	Livskvaliteten uppfattades ha minskat samt självkänsla, självuppfattning och den sexuella funktionen. Det förelåg ingen skillnad mellan de olika patientgrupperna. Oro rapporterades som hög i alla grupper. De som återgick till arbetet var yngre och hade haft kortare vårdtid, oberoende av grupp.

Behov av information

Kristofferzon, Löfmark och Carlssons (2008) studie beskriver hur personer som drabbas av en hjärtinfarkt eller annan livshotande sjukdom ofta går igenom en period av förvirring och kaos när de inser att deras hälsa och liv har förändrats. Sjukdomen leder till övergripande förändringar i livet såsom livsstilsförändringar, nya framtidsvisioner, medicinska behandlingar samt att lära sig att handskas med nya symtom. På liknande sätt som tidigare studier beskriver också Condon och McCarthy (2003), Ostergaard Jensen och Pettersson (2002), Goldsmith, Lindholm och Bute (2006) att hjärtinfarkten drabbar inte bara patienten

utan även deras familj och andra anhöriga. Hjärtinfarkten är en stark varning om behovet av att verkställa nya livsvanor. Både den sjuke och de övriga familjemedlemmarna drabbas ofta av olika reaktioner som osäkerhet, hjälplöshet, skamkänslor, rädsla samt självanklagelser över att det var ens eget fel att de blivit sjuka. Behovet av stöd, couchning och information beskriver Ostergaard Jensen et al.(2002) här som mycket stort och beroende av patientens livssyn, vilja och inspiration att övervinna svårigheter.

Broadbent et al. (2006) beskriver att det råder en stor variation av patienternas kunskaper och uppfattningar om innebörden av deras sjukdom. Deras uppfattningar har inte heller visat sig vara relaterade till graden av allvarliga symtom. Det föreligger inte heller något samband mellan patienternas uppfattning om sina egna risker och den kliniska risken. Ingen av deltagarna i Kärner, Göransson och Bergdahls (2003) studie visade förståelse för att atheroscleros var en process som pågått under lång tid före symtomdebut.

De patienter som överskattade sina risker var däremot signifikant mer oroliga, än de som underskattade eller hade en mer realistisk uppskattning över riskerna att återinsjukna. Flera av patienterna trodde att det var endast äldre som drabbades av hjärtinfarkt medan andra identifierade stress och rökning som stora riskfaktorer (Condon & Mc Carthy, 2005).

French, James, Horne och Weinman (2005) påvisar att det råder inte heller något samband mellan samband mellan patienternas livsstil innan hjärtinfarkten eller patienternas uppfattning om orsaken till insjuknandet och förmågan till senare verkställande av livsstilsförändringar.

Yuval, Halon och Lewis (2007) visar att det föreligger också skillnader mellan patientens och sjukvårdens uppfattning om de olika kranskärslssjukdomarnas allvarlighetsgrad och att patienternas förväntningar på tillfrisknande och behandling till största delen beror på deras personlighet hellre än det medicinska tillståndet.

Flera av patienterna var medvetna om vissa riskfaktorer och var inte överraskade att de hade drabbats av sjukdom, medan andra istället var förvånade över att de inte hade haft någon förkänning av bröstsmärta eller andra symtom på sjukdom (Condon & Mc Carthy, 2005).

Informationens betydelse för motivation till livsstilsförändringar

Wiles och Kinmoth (2000) har påvisat hur det för många patienter kunde kännas övermäktigt med flera livsstilsförändringar på samma gång. Motivationen för livsstilsförändringar har visat sig vara störst i den akuta fasen när patienterna nyligen har förstått att de drabbats av hjärtinfarkt vilket är en allvarlig sjukdom som i värsta fall kan leda till döden. Fortsättningsvis beskriver Hanssen, Nordrehaug och Hanestad (2005) att i denna fas är patienten för dålig och orolig för att tillgodogöra sig information. Andra motiverande faktorer har visat sig vara att

patienterna hade en starkt behov av att komma tillbaka till det vanliga livet (Wiles & Kinmoth, 2000). Kunskap angående riskfaktorer som kost, rökning, stress, övervikt och motionsvanor är också av stor betydelse för motivationen att genomföra livsstilsförändringar (Ostergaard Jensen et al., 2002; Hilding et al., 2006). Vidare framkommer att motivationen för långsiktiga livsstilsförändringar sjönk i takt med att patienterna tillfrisknade. Många patienter trodde att livsstilsförändringar botar och hade inte förståelse för att den nya livsstilen måste bli livslång för att kunna förebygga återinsjuknande (Wiles & Kinmoth, 2000).

Individuell information

Studier visar att en bra information ska vara individuellt anpassad och lätt att förstå (Wiles & Kinmoth, 2000). Att sitta tillsammans med doktorn och få individualiserad information och svar på frågor har visat sig upplevas som mycket positivt. Personer som genomgått hjärtinfarkt har ofta många funderingar beträffande möjligheter att gå tillbaka till jobbet, begränsningar mm. Patienternas uppfattning om sin sjukdom och sina möjligheter att tillfriskna har en signifikant betydelse för hälsan och deras förmåga att hantera sin nya livssituation.

Oron för återinsjuknande visade sig däremot ha minskat för de patienter som hade fått adekvat information om sitt hälsotillstånd samt fått sina symtom undersökta och förklarade (Hanssen, Nordrehaug & Hanestad, 2005).

Informationens betydelse för familjen

Goldsmith, Lindholm och Bute (2006) visar på de negativa effekter som kan uppstå i kommunikationen mellan makar när de försöker genomföra rekommenderade livsstilsförändringar.

Att tala med sin partner om riskfaktorer och viktiga förändringar får inte alltid den positiva effekt som eftersträvas, det kan istället få motsatt effekt och framkalla negativa känslor. Första tiden efter utskrivningen beskrivs förutom oro för återinsjuknande, fysiska symtom som trötthet, andfåddhet och bröstsmärta vara vanliga.

Fortsättningsvis beskriver Ostergaard Jensen et al.(2002), Kristofferzon, Löfmark och Karlsson (2008) och Hanssen et al. (2005) hemkomsten som en svår period speciellt för de som bor ensamma och inte har någon att prata med. I detta skede beskrivs information från läkare om det medicinska tillståndet och prognos för framtiden ha stor betydelse liksom rådgivning och stöd för att kunna få till stånd aktuella livsstilsförändringar. Kristofferzon et

al., 2008 påtalar också hur många patienter i det tidiga skedet har en stor rädsla för döden. En del av patienterna var dock rädda även lång tid efter hjärtinfarkten och hade svårt för att vara ensamma, undvek fysisk aktivitet och vågade ej heller resa av rädsla för att drabbas av en ny hjärtinfarkt.

Bagheri, Memerian och Alhani (2007) förklarar att många patienter tolkar ofta normala och förklarliga känslor som trötthet och oro som ett symtom på hjärtats kondition. Reaktionen på detta kan i sin tur leda till minskad fysisk aktivitet och minskat socialt umgänge, vilket får följder som ökad trötthet och ytterligare tid att försjunka i sina symtom. Patienter som efter hjärtinfarkten har en eller fler av dessa tendenser har visat sig löpa större risk att återinsjukna jämfört med opåverkade patienter .

Förmåga att förstå och ta till sig information

Patienternas individuella egenskaper som vilja, beslutsamhet, styrka, övertygelse, humor och möjlighet att lösa problem beskrivs ha stor betydelse för att förmågan att kunna tillgodogöra sig information och därmed lättare åstadkomma aktuella livsstilsförändringar (Ostergaard Jensen et al., 2002; Hilding et al., 2006).

Andra viktiga faktorer beträffande information är kön. Kvinnor och män har befunnits ha olika behov av information samt förekommer även skillnader av informationsbehov beroende av social ställning . Ytterligare viktiga faktorer är den psykosociala situationen, aktuella händelser i den omedelbara närheten som familjerelationer, ekonomi mm.

Tidigare kunskap angående riskfaktorer som kost, rökning, stress, övervikt och motionsvanor är också av betydelse (Ostergaard Jensen et al., 2002; Hilding et al., 2006). Vidare har patienterna har ett varierande informationsbehov i olika faser av sjukdomsprocessen där möjligheten att förstå informationen också varierar från en fas till en annan (Wiles & Kinmoth, 2002; Ostergaard Jensen et al., 2002).

I Wiles och Kinmoths (2000) studie framkom även hur information kunde misstolkas, personalens uppmuntrande information om ett snabbt tillfrisknande kunde misstolkas så att patienterna uppfattade hjärtinfarkten som en olycklig händelse snarare än ett symtom på bakomliggande ohälsa. Råden från sjukvårdspersonalen om livsstilsförändringar och riskfaktorer stämde inte alltid överens med del patienters egna erfarenheter. Vissa patienter kunde ha erfarenhet av personer med sund livsstil som trots detta hade drabbats av hjärtinfarkt. Vidare påvisar Hanssens et al. (2005) undersökning att trots patienterna har försetts med riklig information har många patienter svårt att identifiera vad som är relevant och användbart för de själva.

Information och rådgivning i grupp

De kvinnor som hade deltagit i hjärtrehabiliteringsprogram hade positiva upplevelser av säkerhet, uppmuntran och hjälp att fortsätta med sina livsstilsförändringar och stort stöd från rehabiliteringen och de andra deltagarna. Patienterna betonade också vikten av sjuksköterskans roll, både på sjukhuset och i primärvården, hon stod för trygghet och kunde hjälpa till med många praktiska frågor (Kristofferzon et al., 2008).

Traditionella program med fokus på fysisk aktivitet mötte dock inte många kvinnors behov som istället betonade vikten av att dela erfarenheter och tankar med andra i liknande situation (Hanssen et al., 2005; Hilding et al., 2006; Kristofferzon et al., 2008).

Bagheri, Memerian och Alfhanis (2007) studie påvisar också att de patienter som erhållit information och rådgivning i grupp hade signifikant högre medelvärde på livskvalitet både allmänt och inom varje dimension jämfört med de deltagare som erhållit traditionell information. Det förelåg ingen signifikant skillnad av medelvärdet innan informations- och grupprådgivningen.

Patienter som fullgjort omfattande rehabiliteringsprogram (grupprådgivning) har visat sig ha en signifikant större reduktion (27-31%) beträffande återinsjuknande och dödlighet jämfört med patienter som erhållit konventionell vård (Bageri et al., 2007.)

Informationens betydelse för livsstilsförändringarnas effekt

Resultaten från studier där man jämfört skillnaderna mellan korta och långa program påvisar i de längre programmen signifikanta skillnader på högre livskvalitet samt signifikanta förbättringar beträffande grad av fysisk aktivitet, stresshantering och förändrade kostvanor.

Vid mätningar efter 6 månader hade signifikant fler slutat röka (80;2%) i det längre programmet jämfört mot det korta programmet(75,1%) , vid studiens slut hade dock en del av deltagarna börjat röka igen och skillnaden var då endast 4,2 %. Målet för blodtryck åstadkoms oftare dock ej signifikant till det långa programmets fördel (Giannuzzi, et al., 2008).

Lear, et al, 2006 uppvisar liknande resultat för ett 4-årigt program. Signifikanta förbättringar beträffande systoliskt blodtryck, TC och LDL-C, för övrigt förelåg ingen signifikant skillnad mellan programmen (Lears, et al., 2006).

På samma sätt presenterar Aldana et al.(2006) signifikanta förbättringar inom alla psykosociala riskfaktorer samt i alla komponenter för total livskvalitet, utom fysisk förmåga som hade endast en marginell signifikant förbättring.

Tidigare utvärderingar av detta program har påvisat signifikanta förbättringar inom alla riskfaktorer för hjärt och kärlsjukdomar och även tillbakagång av atherosclerosprocessen (Aldana, S.A., Whitmer et al.2003).

Jolly, Taylor, Lip och Stevens (2005) har med en systematisk review och metaanalys analyserat skillnader av resultat beträffande dödlighet, hälsorelaterad livskvalitet och förändring av riskfaktorer mellan ett hembaserat hjärtrehabiliteringsprogram, ett sjukhusbaserat program med övervakning samt ett standardiserat program. Resultaten visar signifikanta förbättringar av systoliskt blodtryck samt signifikant mindre risk för att vara fortsatt rökare i den hembaserade gruppen jämfört med standardgruppen. Resultaten visade en icke signifikant förbättring till hemgruppens fördel beträffande träningskapacitet, total kolesterol, mindre oro och depression. Den enda förändringen som inte var till hemgruppens fördel var den totala dödligheten. Vid jämförelse mellan det sjukhusbaserade programmet och hemprogrammet fann man inga signifikanta skillnader men resultaten var till sjukhusprogrammets fördel .

Ytterligare en studie har studerat vilka effekter ett hembaserat hjärtrehabiliteringsprogram med utbildning- och rådgivningsinterventioner har för fysiska aktivitetsnivåer jämfört med en kontrollgrupp som erhöll standarmässiga uppföljningar. Resultaten från denna studie visar att hemgruppen utförde signifikant mer av den måttligt intensiva samt mer av den lättare intensiva fysiska aktiviteten jämfört med kontrollgruppen. Interventionsgruppen ökade signifikant sina dagliga fysiska aktivitetsnivåer genom hela tiden interventionen pågick (Oliviera, Ribeiro & Gomes, 2008).

Huvudresultat

Att drabbas av hjärtinfarkt leder till stora förändringar i livet. Det har visat sig att det är svårt att motivera samt svårt att både genomföra och upprätthålla dessa förändringar för personer som drabbats av hjärtinfarkt. Individens personliga egenskaper är av stor betydelse för hur informationen kan tillgodogöras. Även relationen och kommunikationen mellan partner och övriga familjemedlemmar är av stor betydelse för hur dessa personer lyckas genomdriva dessa förändringar. Informationsbehoven är olika och förändras med tiden, män och kvinnor har visat sig ha olika behov av information. Vidare är det väl känt att en stor del av denna grupp blir deprimerade och att detta är svårt att komma till rätta med. Dessa personer har extra stort behov av återkommande information och psykologiskt stöd. Fortsättningsvis råder stor kunskapsbrist om hjärtinfarktens orsaker och innebörd. Kunskap är en motiverande faktor till

förändringar. Information och rådgivning i grupp är att föredra för många patienter, att dela erfarenheter och tankar med andra ger ett stort stöd. För att kunna identifiera den enskildas specifika behov är information i individuell form att föredra. Fortsättningsvis behöver patienterna täta kontakter och uppföljning för att klara att bibehålla sina nya och sunda vanor. Det förekommer olika informationsformer och rehabiliteringsprogram för personer som genomgått en hjärtinfarkt, dessa program redovisar signifikanta förbättringar av riskfaktorer och livskvalitet.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Flera tidigare studier har presenterat resultat som påvisar att det är svårt för patienterna att åstadkomma samt att bibehålla livsstilsförändringar över tid (Kärner, Göransson, Bergdahl, 2003; Broadbent et al., 2005; Condon & Mc Carthy, 2005). Olika undersökningar har påvisat att kunskap och bra information underlättar och är en förutsättning för att patienten skall klara av att verkställa dessa förändringar. Kärner et al.,(2003), Broadbent et al.,(2005), Condon och McCarthy, (2005) visar att det föreligger stor variation beträffande patienternas kunskaper om orsaken samt innebörden av kranskärlssjukdom. Kunskap är både en förutsättning och en motivationshöjande faktor för förändring. Rökning är en av de mest kända orsakerna till hjärtinfarkt (Delaney et al., 2007). Sålunda även övervikt som är ett växande problem. Undersökningar visar att 1 av 3 som söker sjukvård för hjärtinfarkt är överviktiga (Daskalopoulou & Brophy, 2007). Detta indikerar att det föreligger ett stort informationsbehov om de olika riskfaktorerna. Behovet av information samt förmåga att ta till sig information är individuellt och varierar beroende på vilken fas i tillfrisknandet patienten befinner sig i beskriver både Wiles och Kinmoth (2000), Ostergaard Jensen et al.,(2000) Timmins och Kaliszer (2003).

Tidigare studier (Billing, Bar-On & Rehnqvist, 1997) påvisar att patientens attityd och egen uppfattning om orsaken till hjärtinfarkten är av mycket stor betydelse för att åstadkomma livsstilsförändringar. Liknande resultat presenterar också (Ostergaard Jensen et al., 2000; Hildingh et al., 2006).

Vidare redogör både Ostergaard Jensen et al.(2000) och Hildingh et al.(2006) för att det föreligger skillnader mellan män och kvinnors behov av information, även den sociala ställningen är av betydelse. Andra viktiga faktorer är den psykosociala situationen dvs. aktuella händelser i den omedelbara närheten som familjerelationer, ekonomi mm.

Flera tidigare studier presenterar samstämmiga resultat där patienter har beskrivit den första tiden efter utskrivningen som den känslomässigt svåraste tiden (Ostergaard Jensen et al., 2000; Oterhals et al., 2006; Hilding et al., 2006; Yuval et al., 2007; Kristofferzon et al., 2008). Här föreligger ett stort behov av information och psykologiskt stöd då denna tid ofta är fylld av stark oro och ångest inför framtiden. Oro är en vanlig konsekvens efter hjärtinfarkt vilket har visat sig vara svårt att komma till rätta med (Lidell & Fridlund, 1996). Även Yuval et al.(2007) påtalar att mer än hälften av alla patienter med genomgången hjärtinfarkt lider av oro, framförallt har det visat sig att speciellt yngre kvinnor löper stor risk att drabbas av depression.

Fortsättningsvis indikerar två olika undersökningar att det finns ett stort behov av information om relationsdynamiken vid införandet av livsstilsförändringar efter hjärtinfarkt. Goldsmith et al.(2006) och Kristofferzon et al. (2008) beskriver att det är inte bara patienten som påverkas av situationen, partner och övriga familjemedlemmar blir också påverkade. Resultaten från dessa undersökningar har visat att partnerns omsorger inte alltid får den positiva effekt som eftersträvas, ofta kan samtal angående livsstils- förändringar upplevas som tjat och rent av integritetskränkande för vissa. Detta är en viktig kunskap eftersom relationen mellan makar har visat sig ha väldigt stor betydelse för tillfrisknandet, samt förmågan att få till stånd aktuella förändringar. Resultat från program (Aldana S.G., Withmer et al., 2003; Aldana et al., 2006; Lear et al., 2006; Gianuzzi et al., 2008) med intensiva interventioner beträffande information, rådgivning, fysisk aktivitet och täta uppföljningar redovisar signifikanta förbättringar beträffande grad av fysisk aktivitet, förändrade kostvanor, livskvalitet samt positiva förändringar av alla riskfaktorer för hjärt och kärlsjukdomar. Liknande resultat presenteras i en tidigare studie (Lidell & Fridlund, 1996). Aldana et al. påvisar också de goda resultaten som tenderar att följa efter program med längre duration och intensitet. Denna studie av täta uppföljningar och intensiva interventioner av fysisk träning, gruppträffar, diskussioner, rådgivning, stresshantering och kost resulterade i signifikanta förbättringar inom alla psykosociala riskfaktorer samt i alla komponenter för total livskvalitet, utom fysisk förmåga som hade endast en marginell signifikant förbättring.

Sålunda förekommer information och utbildning i olika konstellationer. Vissa rehabiliteringsprogram är hembaserade. Denna form har visat sig vara passande för patienter som har svårt att ta sig till sjukhuset, eller för de som inte anser sig ha tid. Utvärderingar av denna form visar på jämförbara resultat, av förbättrade värden för riskfaktorer, med centerbaserad information (Oliviera, Ribeiro & Gomes, 2008). Tidigare undersökningar upplyser att i de fall där patienterna har haft möjlighet att välja form av rehabilitering har

patienternas motivation stigit och förutsättningarna att lyckas med aktuella förändringarna har därmed ökat (Wingham, Dalal, Sweeney & Evans, 2006). Detta bekräftas av undersökningsresultat från tidigare studier som uppvisar om att en nöjd patient ökar dess möjlighet att möta och hantera de eventuella problem som uppstår efter hemkomsten från sjukhuset (Timmins & Kalizser, 2003; Oterhals et al., 2006) påvisar i samma anda att nöjda patienter uppvisar även bättre samarbetsförmåga, bättre mental hälsa och bättre livskvalitet. Många patienter upplever information och rådgivning i grupp som mycket positivt. Att dela erfarenheter och tankar med andra samt diskutera och hitta lösningar på de konsekvenser som följer efter en hjärtinfarkt har visat sig vara mycket betydelsefullt. Flera studier har uppvisat signifikanta förbättringar av hälsorelaterad livskvalitet (Hildingh et al., 2005; Hanssen et al., 2005; Kristofferzon et al., 2008). Dessa samstämmiga resultat indikerar att de flesta patienter inte klarar av att verkställa alla förändringar själv utan att det krävs strukturerade program för att åstadkomma denna förändring.

Metoddiskussion

Författaren har sökt vetenskapliga artiklar i databaser på sjukhusbiblioteket i Hudiksvall. Har där fått professionell hjälp av bibliotekarien för att kunna söka på ett effektivt sätt. Hjärtinfarkt och information var ett mycket stort område och det blev ett stort antal träffar, därför fick författaren använda många sökord och MeSH termer i olika kombinationer för att få ett rimligt antal träffar. Vidare begränsades även språket till engelska och svenska samt tiden för publicering till år 2000-2008. Författaren valde randomiserade studier i första hand på grund av att deras höga kvalitet. Dessa artiklar svarade mot syfte och frågeställning i abstracten men resultaten var till största delen inriktade på mätvärden av förändringen hos olika riskfaktorer samt jämförelser mellan olika gruppers resultat. Frågeställningen beträffande informationens betydelse för den aktuella gruppen fick besvaras från kvalitativa studier. Författaren fick många träffar som redogjorde för patienternas upplevelser av informationen efter hjärtinfarkt. Artiklarna har lästs i sin helhet flera gånger, analyserats samt kvalitetsgranskats med hjälp av Forsgren och Wengströms granskningsmallar. Efter granskning har författaren bedömt artiklarna godtagbara för litteraturstudien. Författaren har delat upp materialet och de kvalitativa artiklarna har därefter presenterat informationens betydelse i resultatets första del, de kvantitativa artiklarna har presenterats i resultatets andra del där livsstils- förändringarnas och riskfaktorernas utveckling efter deltagande i rehabiliteringsprogram redovisats. Under arbetets gång har det framgått att syftet och frågeställningen har varit för brett. I denna studie har två frågor besvarats. Detta kan ha

påverkat resultatet negativt i den bemärkelse att färre artiklar per frågeställning har studerats och analyserats. För övrigt bedömer författaren valet av metod som relevant för studien.

Allmän diskussion

Att genomgå en hjärtinfarkt är en omvälvande upplevelse som för de flesta personer skapar mycket oro och ångest. Efter en hjärtinfarkt eftersträvas att identifiera riskfaktorer samt informera och motivera den aktuella patientgruppen till livsstilsförändringar för att minska risken för återinsjuknande. Informationen har här en mycket viktig funktion för att kunna ge patienten optimala möjligheter till att nå bättre hälsa. Behoven av samt förutsättningarna att förstå och ta till sig information är olika och även varierande under tidens gång. Andra egenskaper som ålder och kön är också av betydelse. Vidare är det av oerhörd stor vikt att samtala med patienten för att få en uppfattning om dennes syn på sin nya situation. Med bakgrund av detta anser författaren att den individuella informationen har de bästa förutsättningarna för detta. Eftersom oro och depression är ett vanligt förekommande problem och försvårar patienternas möjligheter att orka genomföra förändringar bör sjukvården fastställa om patienten har behov av ett utökat psykologiskt stöd. Det är svårt att motivera till varaktiga livsstilsförändringar. Kunskap är en motivationshöjande faktor men den aktuella gruppen visar dock bristande kunskaper gällande hjärtinfarktens innebörd, detta indikerar att sätten att förmedla viktig information inte är optimala. Många patienter beskriver också den standardmässiga informationen som svår att identifiera med sina egna problem. Hjärtinfarkt är en sjukdom som framkallar stor stress hos de drabbade. Program som innehåller dagliga avspänningsövningar i form av andningstekniker, meditation, visualisering och progressiv avslappning har presenterat signifikanta förbättringar av deltagarnas livskvalitet. Detta skulle kunna utgöra en grund för att öka patienternas förutsättningar att nå de önskade målen. Behandling av hjärtinfarkt innefattar läkemedelsbehandling, provtagning och andra kontroller. På samma sätt borde det vara lika självklart med uppföljning av resultat angående livsstilsförändringar samt upprepad rådgivning om eventuellt nya strategier för att nå de önskade målen. Bra kommunikation mellan makar underlättar förändringar av livsvanor. Dock är det vanligt förekommande att oro och missriktad välvilja leder till destruktivt beteende hos den drabbade vilket i sin tur minskar möjligheterna att åstadkomma de önskade förändringarna. Med tanke på detta borde information om relationsdynamik vid livsstilsförändringar vara ett alternativ i rehabiliteringen. Fortsättningsvis finns det olika former av information, rådgivning och program. Det har visat sig att när personerna själva har fått välja program blir motivationen högre. Många patienter framför också hur positivt det är

med information och rådgivning i grupp, det ger ett stort stöd att dela erfarenheter och tankar med andra. För en del personer passar det bättre att få information i hemmiljö, det kan vara på grund av ålder, transportproblem eller tidsbrist. Detta bör man ha i åtanke och diskutera passande alternativ med patienten. En nöjd och motiverad patient har ökad samarbetsförmåga och därmed större förutsättning till tillfriskande. Slutligen presenterar kranskärlsregistret *Sephia* (2007) i sin årsrapport väldokumenterade åtgärder samt riktade program mot den specifika problematiken hos den enskilda individen. Dessa åtgärder höjer livskvaliteten för patienterna samt minskar risken för återinsjuknande och död. Deltagandet är dock lågt och varierar mycket mellan sjukhusen. Det föreligger ett stort arbete och ytterligare forskning inom den sekundärpreventiva vården efter hjärtinfarkt beträffande strategier för att utrusta patienten med möjligheter att förbättra sin hälsosituation.

REFERENSER

- Aldana, S.G., Whitmer, W.R., Greenlaw, R., Avins, A.L., Salberg, A., Barnhurst, m. et al. (2003). Cardiovascular risk reductions associated with aggressive lifestyle modification and cardiac rehabilitation. *Heart & lung*, doi: 10.1016/S0147-9563(03)00106-7
- Aldana, S., Whitmer, W.R., Greenlaw, R., Avins, A.L., Salberg, D.T.A., Greenwell, A. et al. (2006). Effect of Intense Lifestyle Modification and Cardiac Rehabilitation on Psychosocial Cardiovascular Disease Risk Factor and Quality of Life. *Beavior Modification*, 30(4), 507-525. doi: 10.1177/0145445504267797
- Bagheri, H., Mamarian, R. & Alhani, F. (2007). Cardiovascular Nursing: Evaluation of the effect of group counselling on post myocardial infarction patients: Determined by an analysis of quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 16 (2), 402-406.
- Billing, E., Bar-On, D & Rehnqvist, N. (1997). Coronary Care: *Cardiology*, 88,(1997), 29-35.
- Broadbent, E., Petrie, K.J., Ellis, C.J., Anderson, J., Gamble, G., Anderson, D. et al. (2006). Patients with acute myocardial infarction have an inaccurate understanding of their risk of a future cardiac event. *Internal Medicine Journal*, 36(10), 643-647.
- Cobb, A.L., Brown, D. & Davis, L.L. Effective interventions for lifestyles change after myocardial infarction or coronary artery revascularization. *Journal of Academy of Nurse Practitioners*, 18,(1),31-39. doi: 10.1111/j.1745-7599.2006.00096.x
- Condon, C. & McCarthy, G. (2005). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(2006), 37-44. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2005.06.005
- Delaney, J. A-C., Daskalopoulou, S.S., Brophy, J.M., Steele, R.J., Opatrny, L., Suissa, S. et al. (2007). Lifestyle variables and their the risk of myocardial infarction : General Practice Research Database. *BMC Cardiovascular Disorders*, 7(38). doi: 10.1186/1471-2261-7-38
- French, D.P., James, D., Horne, R. & Weinman, J. (2005). Causal beliefs and behavior change postmyocardial infarction: How are they related? *British Journal of Health Psychology*, 10, 167-182. doi: 10.1348/135910705x26722
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Giannuzzi, P., Temporelli, P.L., Marchioli, R., Maggioni, A.P., Balestroni, G., Vincenzo, C. et al. (2008). Global Secondary Prevention Strategies to Limit Event Recurrence After Myocardial Infarction: Results of the GOSPEL Study, a Multicenter, Randomized Controlled Trial From the Italian Cardiac Rehabilitation Network. *Arch Intern Med*, 168(20), 2194-2204.
- Goldsmith, D.J., Lindholm, K.A. & Bute, J.J. (2006). Dilemmas of talking about lifestyle changes among couples coping with a cardiac event. *Social Science & Medicine*, 63(2006), 2079-2090. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.05.005

- Hanssen, T.A., Nordrehaug, J.E. & Hanestad B.R. (2005). A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(1), doi:10.1016/j.ejcnurse.2004.11.001
- Hilding, C., Fridlund, B. & Lidell, E. (2006). Access to the World After Myocardial Infarction: Experiences of the Recovery Process. *Rehabilitation Nursing*, 31(2), 63-68.
- Jolly, K., Taylor, R.S., Lip, G.Y.H., Stevens, A. (2005). Home-based cardiac rehabilitation compared with centre- based rehabilitation and usual care: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Cardiology*, 111(3), 343-351. doi: 10.1016/j.ijcard.2005.11.002
- Kristofferzon, M-L., Löfmark, R. & Carlsson, M. (2008). Managing consequences and finding hope- experiences of Swedish women and men 4-6 months after myocardial infarction. *Scandinavian Journal Caring Sci*, 22, 367-375. doi: 10.1111/j. 1471-6712.2007.00538.x
- Kärner, A., Göransson, A. & Bergdahl, B. (2002). Patients' conceptions of coronary heart disease- a phenomenographic analysis. *Scandinavian Journal Caring Sci*, 17 (2003), 43-50.
- Lidell, E. & Fridlund, B. (1996). Long term effect of a Comprehensive Rehabilitation Programme after Myocardial Infarction. *Scandinavian Journal Caring Sci*. 10,(1996), 67-74.
- Oliviera, J., Ribiero, F. & Gomes, H. (2008). Effects of a Home-Based Cardiac Rehabilitation Program on the Physical Activity Levels of Patients With Coronary Artery Disease. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 28 (6), 392-396. doi: 10.1097/HCR.0b13e31818c3b83
- Ostergaard- Jensen, B. & Petersson, K. (2002). The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction. *Patient Education and Counseling*, 51(2003), 123-131.
- Oterhals, K., Hanestad, B.R., Eide, E.E. & Hanssen, T.A. (2006). The relationship between inhospital information and patient satisfaction after acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5,(4), 303-310. Doi: 10. 1016/j.ejcnurse.2006.01.004
- Scott, A.L., Spinelli, J.J., Linden, W., Brozic, A., Kiess, M., Frohlich, J.J. et al. (2005). Prevention and Rehabilitation: The Extensive Lifestyle Management Intervention (ELMI) after cardiac rehabilitation: A 4-year randomized controlled trial. *American heart*, (2006), 152:333-9. doi:10. 1016/j.ahj.2005.12.023
- Timmins, F. & Kaliszer, M. Informations needs of myocardial infarction patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2(1), 57-65. doi: 10.1016/S1474-5151(02)00089-0
- Toms, L.V., O'Neill, M.E. & Gardner, A. (2003). Long-term risk factor control after a cardiac rehabilitation programme. *Australian Critical Care*, 16(1), 24-28.
- Wiles, R. & Kinmonth, A.-L. (2000). Patients' understandings of heart attack: Implications for prevention of recurrence. *Patient Education and Counseling*, 44(2001), 161-169.

Wingham, J., Hasnain, M.D., Sweeney, K.G.& Evans.P.H. (2006). Listening to patients choice: Choice in cardiac rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5 (4), 289-294. doi: 10. 1016/j.enurse.2006.02.002

Yuval, R., Halon, D.A.& Lewis, B.S. (2007). Perceived disability and lifestyle modification following hospitalisation for non-ST elevation versus ST elevation acute coronary syndromes: The patients´point of view. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6, 287-292. doi: 10. 1016/j.ejcnurse.2007.02.002

UCR Akademiska sjukhuset. (2008). *Årsrapport 2007: SEPHIA* . Uppsala: Matador Kommunikation AB.