

Beteckning: _____



Institutionen för vårdvetenskap och sociologi.

Livsstilsförändringar efter en hjärtinfarkt. En kvalitativ intervjustudie

*Anna-Carin Andersson och Katarina Lüdge-Albertsson
Augusti 2009*

Examensarbete C 15 hp
Omvårdnadsvetenskap

**Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Examinator: Annika Nilsson
Handledare: Kjerstin Larsson**

Abstract

In Sweden, the incidence of myocardial infarction has decreased and the survival after an infarction has increased during the last years. Living habits and lifestyle are important. Individuals who suffer from heart problems tend to be released from hospitals earlier today than before. This results in a greater responsibility for patients and relatives. Therefore, the need of information about lifestyles changes is large. The aim was to explore the patients experiences of which factors that facilitates and complicates making the life-style changes recommended to them after an myocardial infarction. The method was a descriptive study with a qualitative approach. Open interviews with six informants were performed. Data were analysed with content analysis. The informants revealed information about their experiences of the recommended lifestyle changes after the myocardial infarction. The result was that the most important factor to promote life style changes was the patients own motivation. The most aggravating factor was the social constraints that they experienced. The conclusion is that it is important that health care professionals have information about the facilitating factors, and that this information also reaches the patients.

Key words: Lifestyle change, myocardial infarction, experience

Sammanfattning

I Sverige har insjuknandet och överlevnaden i hjärtinfarkt förbättrats de senaste åren. Levnadsvanor och livsstil har betydelse. Människor som drabbas av hjärtinfarkt blir utskrivna från sjukhuset allt tidigare idag mot förut. Detta bidrar till att patienter och anhöriga/närstående får ta ett större ansvar efter utskrivningen. Informationsbehovet kring livsstilsförändringar är därför stort. Syftet var att beskriva människors erfarenhet av vad som underlättar respektive försvårar att göra de livsstilsförändringar de fått rekommendation om efter en diagnostiserad hjärtinfarkt. Metoden var en beskrivande studie med kvalitativ ansats. Öppna intervjuer genomfördes med sex informanter. Data analyserades med innehållsanalys. Av informanterna framkom information om hur de upplevt tiden efter insjuknandet gällande de rekommenderade livsstilsförändringarna. Huvudresultatet visade att det som dominerade bland svaren och vad som underlättat att genomföra livsstilsförändringar var den egna motivationen till en förändrad livsstil. Vad som ansågs försvårande var den sociala begränsningen informanterna upplevde. Slutsatsen är att det är viktigt med information till sjukvårdspersonal om vilka faktorer som underlättar livsstilsförändring och att den informationen når ut till patienterna.

Nyckelord: Livsstilsförändring, hjärtinfarkt, upplevelse

Förord

Författarna vill tacka alla informanter som medverkade i våra intervjuer och gjorde det möjligt för oss att genomföra denna studie.

Ett tack även till vår handledare Kjerstin Larsson som med sina goda råd och med sin noggrannhet förde oss framåt och fick oss att tänka i rätt riktning.

Sist men inte minst vill vi även rikta ett tack till våra nära och kära som har visat förståelse och tålamod, samt stått ut med vår frånvaro under examensarbetets gång.

Katarina och Anna-Carin

Innehållsförteckning

1.	Introduktion.....	1
1.1	Hjärtinfarkt.....	1
1.2	Symtom.....	2
1.3	Behandling.....	2
1.4	Livsstilsförändringar.....	4
1.5	Problemformulering.....	5
1.6	Syfte.....	6
1.7	Frågeställningar.....	6
2.	Metod.....	6
2.1	Design.....	6
2.2	Urval och undersökningsgrupp.....	6
2.3	Datainsamlingsmetod.....	7
2.4	Tillvägagångssätt.....	8
2.5	Dataanalys.....	8
2.6	Forskningsetiska överväganden.....	9
3.	Resultat.....	10
3.1	Livsstilsförändringar	11
3.2	Vad har underlättat?.....	13
3.3	Vad har försvårat?.....	16

4.	Diskussion	18
4.1	Huvudresultat.....	18
4.2	Resultatdiskussion.....	18
4.2.1	Hur efterföljs de rekommenderade livsstilsförändringarna?	19
4.2.2	Vad underlättar de rekommenderade livsstilsförändringarna?	19
4.2.3	Vad försvårar de rekommenderade livsstilsförändringarna?	20
4.3	Metoddiskussion.....	22
4.4	Allmän diskussion.....	23
	Referenser.....	25
	Bilaga 1	30
	Bilaga 2	31

1. Introduktion

1.1 Hjärtinfarkt

Socialstyrelsens senaste statistik över insjuknande, dödlighet och överlevnad i hjärtinfarkt i Sverige uppdaterades 19 december 2008. Här framkommer att under åren 1987-2006 låg mortaliteten efter en hjärtinfarkt kvar på samma låga nivå år 2006 som år 2005 för kvinnorna, men hade sjunkit märkbart med närmare 8 % bland männen. År 2006 inträffade 667 fall av akut hjärtinfarkt per 100 000 män och 447 fall per 100 000 kvinnor i åldrarna 20 år och över. Bland de som vårdades på sjukhus för hjärtinfarkt överlevde fler år 2006 än tidigare. Preliminär statistik för år 2007 visar att denna förbättring av överlevnaden fortsätter (Socialstyrelsen, 2008). I hela Europa dör årligen ca fyra miljoner människor i hjärtinfarkt (Schenk-Gustavsson, 2003). De flesta hjärtinfarkterna sker i 75-85 års åldern hos kvinnor och i 70-80 års åldern hos män enligt Persson (2003). Både kvinnor och män kan drabbas av hjärtinfarkt. Dock skyddar östrogenet kvinnorna mot en process i coronarartärerna i tidig ålder. Detta är anledningen till att sjukdomar i coronarartärerna är mycket ovanliga före menopausen, varför sjukdomen hos kvinnor debuterar 10-15 år senare än vad den gör hos män (Perski, 1999).

En akut hjärtinfarkt är ett sjukdomstillstånd som uppstår i de allra flesta fall av en plötslig blodproppsbildning på grund av en ruptur eller fissur i ett arterosklerotiskt plack i coronarartärerna. Då detta plack rupturerar medförs en aktivering av trombocyter och koagulationsmekanismer, vilket i sin tur leder till att blodcirkulationen minskar eller helt upphör. Inom bara några minuter finns stor risk att tillståndet leder till myocardischemi vilket snabbt övergår till en cellnekros i den drabbade delen av myocardiet (Perski, 1999). När hjärtmuskelcellerna skadas frisätts proteinerna CKMB och Troponin T eller I i blodet, som sedan kan mätas och användas som biokemiska infarktmarkörer (Wallentin, 2000).

1.2 Symtom

De karakteristiska symtomen vid en hjärtinfarkt är bröstsmärta som oftast beskrivs som ihållande obehag i form av brännande, kramande, tryckande eller som en tyngdkänsla över bröstet som når optimal intensitet efter några minuter. Smärtan är oftast lokaliserad retrosternalt i bröstet som i vissa fall ger en utstrålning till armar, käke och halsparti och varar längre än 15 minuter och lättar inte på nitroglycerin. Andra tillhörande symtom i samband med ischemin är kallsvettning, illamående, kräkning, andnöd och ångest (Wallentin, 2000). Ett varningssymtom som många kan känna någon månad eller vecka innan infarkten debuterar är tryck och smärta över bröstet som lättar efter några minuter, andfåddhet eller trötthet. Diagnosen sätts med hjälp av anamnes, EKG, blodtryck, Troponin T eller I alternativt CKMB, ultraljud av hjärtat och kranskärlsröntgen (Reichlin et al., 2009).

1.3 Behandling

Den viktigaste behandlingsinsatsen vid akut hjärtinfarkt är att så snabbt som möjligt öppna upp den tilltäppta coronarartären för att få igång blod och syretillförseln igen. Ju snabbare blodflödet återställs till den drabbade delen av myocardiet desto mindre blir skadan. Redan under ambulanstransporten görs insatser som att ge syrgas för att öka syretillförseln i kroppen, ofta görs också EKG (elektrocardiogram) vilket faxas till sjukhuset där man kan förbereda för omedelbar behandling med PCI (Percutaneous Coronary Intervention) även kallat ballongvidgning. PCI utförs med hjälp av en ledare vilken förs in i ett kärl i lumsken eller handleden. Ledaren förs upp till hjärtats kranskärl med hjälp av röntgen. Väl där trär man in en kateter med en ballong längs ut, ibland med en stent runt ballongen. Man blåser sedan upp ballongen och spränger på så vis förträngningen för att öppna det tilltäppta kärlet. Fördröjs denna behandling kan man ge blodproppslösande läkemedel -Trombolys. En kärlvidgande nitroglycerintablett minskar smärtan och underlättar hjärtats arbete. De allra flesta behandlas också med betablockerare, detta får hjärtat att arbeta långsammare och motverkar effekten av vissa stresshormoner. Blodtrycket sänks och hjärtrytmrubbningar förebyggs. Ibland kan det också behövas vätskedrivande läkemedel samt andra kompletterande läkemedel mot smärta och hjärtrytmrubbning (Hjärt-lungfonden, 2008). En annan del av behandlingen är den som ges till dem som drabbats av hjärtinfarkt i fråga om råd och stöd från sjukhuset. På ett sjukhus

i Norge genomfördes en undersökning om vad informationen kring råd och stöd har för betydelse för människor som drabbats av en hjärtinfarkt. Studien gjordes av Hanssen, Nordrehaug och Hanestad (2004) där 14 patienter intervjuades i åldrarna 42-69 år, 3-5 månader efter infarkten och utskrivningen från sjukhuset. Frågorna belyste sjukhusvistelsen och om tiden efter utskrivningen. Resultatet visade att behovet av tydlig och viktig upplysning samt stöd var betydelsefullt och tacksamt för de tillfrågade i studien. Informanterna upplevde trygghet och kände sig väl omhändertagna av sjukvårdspersonalen under sjukhusvistelsen, men att de vid hemkomsten saknade någon professionell kontakt att rådfråga. I Sjöström-Strand och Fridlunds (2007) studie kom man fram till att kvinnor upplevde stress både före och efter hjärtinfarkten. De var rädda när de kom hem efter sjukhusvistelsen, då de upplevde att det var svårt att veta hur mycket de vågade göra vad gällde de vardagliga sysslorna i hemmet. Kvinnorna beskriver att de tappat kontrollen över vardagslivet vilket var stressande då de hade så mycket ansvar för hemmet. Det framkom att de saknade sjukvårdens stöd angående stresshantering. Vårdplaner/behandlingsplaner som är individuella är nödvändigt för att klara av den upplevda stressen i vardagslivet. Detta styrks även av Brink-Karlsson och Hallberg (2005) i en undersökning som visar att personer som drabbats av hjärtinfarkt inte hade etablerat en tillräckligt god hälsa fem månader efter insjuknandet i en hjärtinfarkt. De behövde således mera kunskap och råd. Sjuksköterskans uppgift är att förmedla information vad gäller aktiviteter som berör det dagliga livet samt livsstilsförändringarna (Brink, et. al. 2005).

En tidigare undersökning visade att det är viktigt att identifiera patienters behov och symptom samt avsiktlig egenvårdsstrategi vad gäller stress, livsstil och sömn. Det är viktigt att personer som har haft hjärtinfarkt blir varseblivna om hur sömnen har inflytande på vila, aktivitet och hälsa. I studien beskrevs att vissa inte ens prioriterade att sova. Sömnen påverkade även familjelivet, socialt nätverk och arbetet (Johansson, et al., 2007). Holme, Höstmark och Anderssen (2007) undersökte två andra viktiga aspekter som har betydelse och är bra i förebyggande syfte för att återinsjukna. I en ettårig försöksstudie berörde forskarna ett antal personers kostvanor och fysiska aktivitet, efter att de fått rekommendationer att förändra dessa. Resultatet visade att om dessa två aspekter förbättrades så minskar antalet LDL (Low Density Lipoproteins) ”det onda kolesterolet” partiklarnas skadliga inverkan i blodet. Även Condon och McCarthy (2005) kommer fram till samma resultat, att en orsak till hjärtinfarkten kunde bero på minimalt med motion och/eller okunskap om sin kosthållning. I deras studie

framkom även rökningens ogynnsamma effekter och dess skadliga blodkärlspåverkan vilket i sin tur kan vara en bidragande orsak till hjärtinfarkten. Ytterligare en aspekt med negativ inverkan på blodkärlen är hypertoni. Hypertoni kan vara resultatet av en alltför stor konsumtion av alkohol (Perski, 1999).

Människor som drabbas av en hjärtinfarkt genomgår en stor förändring i livet. Detta gäller främst de fem kategorier som vi belyser i vår studie: motion, kost, rökning, stress och alkohol.

1.4 Livsstilsförändring

Enligt hjärtsjukvårdsriktlinjerna ska alla patienter som har fått en hjärtinfarkt erhålla någon form av rekommendationer om livsstilsförändring i förebyggande syfte för att minimera risken att återinsjukna. I sjuksköterskans yrkesutövning ingår kunskapsförmedling/undervisning och information till patienter och/eller anhöriga ([Socialstyrelsen](#), 2004). Detta nämner Theobald (1997) eftersom anhöriga ofta kan vara direkt inblandade i sin partners sjukdom. Det är därför viktigt att även anhöriga får information om de livsstilsförändringar som är nödvändiga för att minska risken för ett återinsjuknande. I en tidigare studie där anhöriga beskrivit sin upplevelse av nya förändringen gällande levnadsvanor ansåg dessa att kontinuerlig information kring rehabiliteringen var viktig för både sig själva och sin partner. Vid kronisk sjukdom som hjärtinfarkt krävs en förändrad livsstil i flera aspekter (Condon & McCarthy, 2005). I flera studier (Svedlund & Danielson, 2003; Fothergill- Bourbonnais & Kerr, 2002) har det visat sig att det sociala nätverket har stor betydelse för återhämtningen efter en hjärtinfarkt särskilt om relationen till deras anhöriga är god. Enligt Paquet, Bolducc, Xhienne och Vanesse (2005) berättar hjärtsjuka män och kvinnor vikten av stödet från personer med liknande erfarenheter efter en hjärtinfarkt för att bearbeta den. De inser att hjärtinfarkten medför vissa begränsningar men att det går att leva vidare. De beskriver att uppmuntran är mycket viktig för att kunna acceptera sjukdomen. Detta styrker även Eide och Eide (2005) i sin forskning som handlar om att människor som befinner sig i samma situation har ökad förståelse för varandra problematik kring den nya livsstilen.

Motivationen är viktig när det gäller att återhämta sig efter en hjärtinfarkt. Det förefaller som att personer har olika upplevelser av faktorer som underlättar eller inskränker deras förmåga

att hantera livsstilsförändringar. Därför är det viktigt att fokusera på faktorer som underlättar livsstilsförändring i avsikt att uppmuntra patienten. Det gäller också relationen med deras anhöriga (Kärner, Tingström, Abrandt-Dahlgren & Bergdahl, 2005). I en studie gjord med endast kvinnor beskriver några av dessa att de bland annat tyckte att de fick mer stöd från sin partner efter sin hjärtinfarkt då deras män/sambor fick ökat ansvar för bland annat arbetet i hemmet och att de var bra stöd i eftervården. Detta ledde i flera fall till att deras relationer blev starkare (Svedlund & Danielsson, 2003).

Tidigare undersökning visar att patienter med hjärtinfarkt är villiga att gå med på att göra en livsstilsförändring både vad gäller hälsa och socialt liv för att reducera risken att återinsjukna. Denna förändring kan dock visa sig stressande i sig, om alla förändringar kommer på en gång. Dessutom kan överbeskyddande familjemedlemmar samt dessa nya regler och förhållningssätt från vården också upplevas som stressande (Condon & McCarthy, 2005).

1.5 Problemområde

Det finns tidigare forskning om patienters behov av stöd efter en hjärtinfarkt. Denna forskning har dock fokuserat mer på symtom, riskfaktorer och behandling än på individens egen upplevelse av sjukdom och tillfrisknande efter en hjärtinfarkt (Brink, Karlsson & Hallberg, 2005; Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2007). Därför finns behov av att belysa patienters upplevelser av livsstilsförändringar efter en hjärtinfarkt.

Eftersom hjärtinfarkt är direkt livshotande, är det viktigt att patienter med diagnostiserad hjärtinfarkt och deras närstående får kunskap och motivation till att förändra vissa levnadsvanor för att förhindra ett återinsjuknande. Professionella yrkesutövare inom sjukvården bör ha kunskap om denna patientgrupp, för att på bästa sätt kunna ge stöd och råd till de som ska genomföra en livsstilsförändring. För att kunna skapa en patientsäker omvårdnad vill författarna öka sin kunskap och dela med sig av denna till sjuksköterskestuderande och blivande kollegor. Vi tycker att det är intressant och viktigt att ha mer kunskaper om vad som påverkar patienterna att efter en hjärtinfarkt förändra sin livsstil för att förhindra ett återinsjuknande. Därför belyser vi i vår studie livsstilsförändringar av följande områden: motion, kost, rökning, stress och alkohol.

1.6 Syfte

Syftet var att beskriva människors erfarenhet av vad som underlättar respektive försvårar att göra de livsstilsförändringar de fått rekommendation om efter en diagnostiserad hjärtinfarkt.

1.7 Frågeställning

Hur efterföljs de rekommenderade livsstilsförändringarna?

Vad är det som underlättar att genomföra de rekommenderade livsstilsförändringarna?

Vad är det som försvårar att genomföra de rekommenderade livsstilsförändringarna?

2. Metod

2.1 Design

För att fokusera på den unika människans individuella upplevelse samt för att få frågeställningarna besvarade, valde författarna att använda sig av en empirisk intervjustudie med kvalitativ deskriptiv design.

2.2 Urval och undersökningsgrupp

Deltagarna valdes ut med hjälp av en ordförande i en hjärt- lungförening i Sverige. Efter att ha fått information om studiens syfte tog ordföranden kontakt med några av medlemmarna i föreningen och tillfrågade dem om intresse fanns att delta i en intervju angående upplevelsen av livsstilsförändringar efter en hjärtinfarkt.

Det finns inga generella regler för hur stort urvalet ska vara i en kvalitativ studie (Polit & Beck 2001). Inklusionskriterierna var personer med diagnostiserad hjärtinfarkt i åldrarna mellan 50-70 år, vilka skulle ha blivit rekommenderade att göra en livsstilsförändring av dietist, läkare eller sjuksköterska och att de skulle vara orienterade i tid och rum samt vara fullt adekvata.

Undersökningsgruppen bestod av sex deltagare, fyra män och två kvinnor med diagnostiserad hjärtinfarkt. Informanternas medelålder var 60,5 år. Tiden från insjuknandet i hjärtinfarkten till intervjuerna var mellan sex månader till åtta år.

2.3 Datainsamlingsmetod

Enligt Kvale, (1997) skall man som författare, om man vill veta hur informanterna uppfattar sin värld, prata med dem. Författarna valde därför att göra en intervju med sex informanter som själva fick berätta om sina egna upplevelser. Som inspirationsmetod användes både Kvale, (1997) samt Ekholm och Fransson, (2002).

En intervjuguide (bilaga 1) som innehöll tre huvudfrågor och fem underfrågor utformades som mall och hjälpmedel för att på ett korrekt sätt hålla sig till studiens syfte och ämne samt som en försäkran att få svar på frågorna. Guiden kan vara ett stöd för den oerfarne intervjuaren (Dahlberg, 1997). Instrumentet bygger på våra tre frågeställningar och svarade på studiens syfte. En pilotintervju gjordes med en person i syfte att träna och för att öka vår förmåga att intervjua samt för att se om intervjuguiden fungerade. Guiden efter pilotintervjuns genomförande bedömdes av författarna och informanten som bra och svarade på frågeställningarna. Informanten ansåg att intervjuguiden var relevant och innehöll de viktigaste hörnstenarna inom området som ska belysas. Instrumentet ändrades därför inte till de övriga intervjuerna.

Intervjuerna som genomfördes i juni 2009 utfördes i informanternas egna hem, varade mellan 45-60 minuter och spelades in på band. Författarna turades om att varannan gång intervjua respektive sköta kassettbandspelaren. Den författare som satt med som åhörare och ansvarade för bandspelaren förde även stödanteckningar under intervjuernas gång. Denne kunde efter avslutad intervju komma med eventuella följdfrågor om något varit otydligt. I slutet av intervjun diskuterade författarna och informanterna tillsammans upplevelsen av intervjun och eventuella oklarheter kunde redas ut.

2.4 Tillvägagångssätt

Ordföranden i hjärt- lungföreningen gav författarna av föreliggande studie namn och telefonnummer till de sex medlemmar i föreningen som visat intresse av att delta i studien. Dessa kontaktades sedan via telefon för att planera ett möte. Alla sex informanter var villiga att delta, alltså finns inget bortfall i studien. Samtliga informanter valde själva att träffas för intervju i deras eget hem. Tid och datum planerades efter deras önskemål.

2.5 Dataanalys

I dataanalysen utgick författarna från Graneheim och Lundman, (2004) artikel om kvalitativ innehållsanalys med manifest och latent innehåll.

Intervjuerna transkriberades ordagrant. Författarna transkriberade två kassetband tillsammans och två kassetband var för sig som sparades i sex dokument. Därefter skrevs transkriberingarna ut på A4 papper och analysenheterna lästes igenom upprepade gånger för att helhetskänsla skulle uppnås (Graneheim & Lundman, 2004).

Författarna färglade varje subkategori, t ex motion: rosa, kost: grön, rökvanor: grå, stress: gul, alkohol: blå, i varje transkribering. Relevant information plockades sedan ut och de meningsbärande enheterna identifierades, dvs de ord och meningar som kunde tänkas belysa vår problemställning. Omgivande text togs med så sammanhanget skulle kvarstå. De meningsbärande enheterna grupperades tillsammans i kategorier av båda författarna i två av sex intervjuer. De resterande fyra intervjuerna delade författarna upp och tog två var och satt på var sitt håll i denna del av analysen. Därefter fördelades enheterna in i fem olika tabeller med samma färg som tidigare med hjälp av överstrykningspennor igen för att på ett enklare sätt dela in och fortsätta analysen av materialet.

I tredje fasen organiserades materialet genom att sortera varje subkategori för sig i respektive färg tillsammans under huvudkategorierna i fem olika tabeller. Detta för att på ett överskådligt sätt se resultaten av huvudkategorier och subkategorier tillsammans med alla sex informanters meningsbärande enheter inför resultatdelen. Dessa tabeller gjordes i datorn. Summeringen av tabellerna visade slutresultatet.

Författarna reflekterande om moralisk integritet och lät inte detta påverka analysen av materialet. De hade också en objektiv syn och lade inte in egna värderingar när materialet sedan analyserades, detta stärkte således reliabiliteten och validiteten i studien (Kvale, 1997).

2.6 Forskningsetiska överväganden

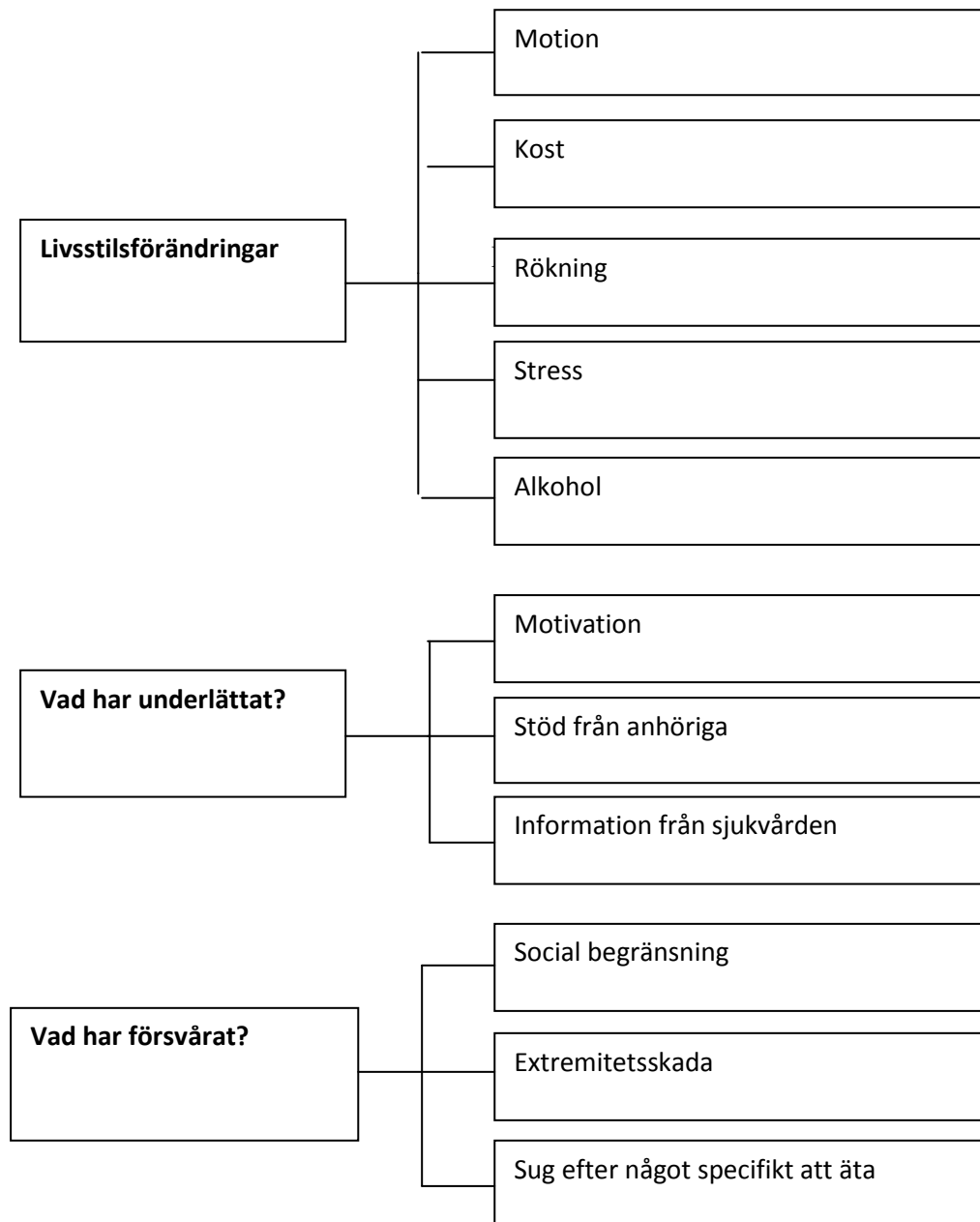
Tillstånd från etiska kommitén behövdes inte då studien riktar sig till frivilliga informanter. Dessa står inte i beroendeställning till vare sig författarna eller sjukvården. Varje informant fick ett missivbrev (bilaga 2) med information om studiens syfte, datainsamlingsmetod, hur personerna rekryteras, att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta intervjun utan någon motivering till detta. Vidare informerades de om garanterad sekretess, praktiskt genomförande under intervjun och namnen på projektansvariga. Missivbrevets innehåll presenterades även muntligt vid den första telefonkontakten med informanterna. Informanterna informerades även om att data kommer att behandlas konfidentiellt och sammanställas på gruppnivå för att inga enskilda individer ska kunna identifieras.

Helsingforsdeklarationen från 1964 föreskriver etiska regler för forskning på människor. Till de etiska riktlinjerna hör att man måste ha samtycke från en försöksperson (World Medical Association Deklaration of Helsinki, 2008). För att vara säkra på att inte lämna ut någon gavs vid första telefonkontakten med deltagarna information om projektet, för att de frivilligt skulle kunna ta ställning till om de vill bidra med information om upplevelser eller inte, då intervjun kommer att kretsa kring deras hälsotillstånd (Malterud, 1996).

Kvale (1997) nämner olika etiska frågeställningar, vilka författarna tog hänsyn till innan intervjuerna påbörjades. Det gällde samtycke från informanterna, undersökningen, konfidentialiteten, konsekvenserna för deltagarna och därtill även undersökningens fördelar.

3. Resultat

Studiens resultat grundar sig på svaren från informanterna och på hur dessa upplevde rekommendationerna angående livsstilsförändring av motion, kost, rökning, stress och alkohol. Som underlättande faktorer framkom tre kategorier: motivation, stöd från anhöriga och information från sjukvården. Även de försvårande faktorerna delades in i tre kategorier: social begränsning, skada av extremitet samt sug efter något specifikt att äta.



Figur 1. Översikt över studiens frågeställningar samt de kategorier som framkom i innehållsanalysen

För att skapa gynnsammare förutsättningar för läsaren att tolka råmaterialet har författarna enligt Kvale (1997) tagit bort ord som till exempel ”hm”, ”äh”, och skratt då intervjuцитat återges i skriftspråklig form. Om informanten har stannat upp i intervjun och tänkt efter en stund förekommer tecknen ”...” i de intervjuцитat som har använts i resultatredovisningen. För att värna om informanternas integritet, namnges citaten som informant 1-6.

3.1 Livsstilsförändringar

Samtliga informanter hade erhållit rekommendationer angående livsstilsförändringar av dietist, läkare eller sjuksköterska. Alla informanter i studien hade snart kommit till insikt om att en eller flera livsstilsförändringar var nödvändiga för dem och därför inte kunde undvikas.

”Om man inte skärper till sig så kan det ju bli ett stopp igen. Det är ju tydligen ingen lek det här. Men det visste man väl innan, men när läkarna ”skäller ut en” ... ja då är det väl på allvar liksom...”

(Informant 3)

”Man måste ta råden på allvar för dom på sjukhuset vet ju vad dom pratar om... dom ser väl så mycket sånt här”

(Informant 2)

Motion

Den första förändring som belystes i studien var den om motion. Flera av informanterna hade inte varit speciellt intresserade av att motionera tidigare. Men genom att de upplevde att de mådde bättre efter en tids motion, blev det ett naturligt inslag i vardagen för dessa.

”Jag är ute och går i stort sätt varje dag nu, när det är väder då. Så jag lär säga att jag är piggare nu mot förr tycker jag... så det var ju en väckarklocka det där”

(Informant 2)

Kost

Informanterna var överens om att medvetenheten om kostens betydelse hade ökat efter att de drabbats av hjärtinfarkt. Att minska på sötsaker och tänka på fettkvalitetens betydelse visade sig bli något helt nytt för några av informanterna.

"... jag tycker mycket om fläsk och det är svårt att låta bli det, nu äter vi inte fläsk lika ofta längre, bara fläsk en gång i månaden, men olja det ska jag säga... det använder jag mycket mer nu istället för margarin då jag steker mat, jag köper oliv- och rapsolja".

(Informant 3)

Rökning

Det framkom att fyra av informanterna var rökare/storrökare då infarkten debuterade medan de andra två informanterna aldrig tidigare rökt. Samtliga av rökarna slutade direkt efter infarkten då dessa tog rekommendationerna de fått av sjuksköterskor och läkare på största allvar.

"Att sluta röka var ju ingenting att fundera på, jag har inte rökt sen den dag jag blev sjuk, jag har inte ens använt plåster. Hjärtsjuksköterskorna gav information och dom kan ju det här".

(Informant 1)

Stress

Informanterna delgav att de hade upplevt olika typer av stress innan infarkten. Det visade sig att alla informanter hade gjort någon typ av förändring.

"Stressen har jag förändrat otroligt mycket. Jag tänker ofta på att ta det lugnare nu och ta en dag i taget. Förr var man ju överallt och ingenstans hela tiden... men man kände ju till slut... att det här kan ju inte vara bra i längden, men man brydde sig liksom inte...".

(Informant 6)

Alkohol

Att informanterna hade olika uppfattningar om alkoholkonsumtionen berodde dels på hur deras historik sett ut men även på hur lång tid det gått sedan de fick sin hjärtinfarkt. En person var nykterist/absolutist sedan tidigare. Resultatet visade att fyra personer av sex hade gjort någon form av förändring.

”Jag dricker knappt någonting alls nu då, för det fick jag ju också order om, så på julafton tog jag ingen snaps och ingen öl heller...”

(Informant 2)

3.2 Faktorer som underlättat att genomföra de rekommenderade livsstilsförändringarna

Motivation

Den egna motivationen vägde tungt för samtliga informanter och var betydelsefull på så vis att de naturligare kunde följa de rekommenderade livsstilsförändringarna gällande motion, kost, rökning, stress och alkohol. Informanterna fick råd och tips angående motion efter hjärtinfarkten av sjukvårdspersonal. Att vara tvungen att genomföra exempelvis promenader med kontinuitet är en stor livsstilsförändring. Motivationen är något som underlättat förändringen. Dessutom upplevde informanterna att de mår bra av att motionera.

”Jag går promenader nu då. När jag kom hem från sjukhuset orkade jag bara gå 600 meter men nu går jag 2 km. varje dag. Motivationen gör ju att det går enklare, man får ju liksom lov att prioritera... fast ibland har man ju inte lust, då får man som sagt tänka att det är viktigt”

(Informant 4)

Alkoholkonsumtionen varierar något hos informanterna. Några av dem hade gjort förändring, andra inte. Motivationen och känslan av att nu må bättre efter minskad alkoholkonsumtion upplevdes som positivt. Det fanns även en rädsla för att gå upp i vikt av att dricka alkohol vilket då ökar risken för ett återinsjuknande i hjärtinfarkt, därför förstärktes motivationen ytterligare.

”I mitt fall har det varit mycket representationer via jobbet, men man har ju lärt sig att dra ner på nivåerna för man får ju inte komma bakfull till jobbet. Men jag dricker väldigt lite alkohol, men man känner ju att har jag bestämt mig för att leva sundare nu så lär jag ju löpa linan ut så att säga... det är ju tur att man är utrustad med motivation i grund och botten, tänk dom som inte har den motivationen som jag har... då skulle det kanske gå illa...”

(Informant 1)

Stöd från anhöriga

En betydelsefull aspekt som anhöriga bidrog till var uppmuntran till fysisk aktivitet samt att några av dem ibland deltog vid t ex promenader. Anhörigas medverkan i hemmet på ett annat sätt än tidigare gjorde det möjligt till regelbunden motion för några av informanterna. Stödet och förståelsen gällande livsstilsomställningarna som visats från familjemedlemmar har varit betydande för hela gruppen. Bland annat för att sätta sig in i sin närståendes behov av sundare kostvanor.

”... Min son tömde ju kylskåpet på allt... coca-cola och annan läsk... och tömde ut det... jo då... honom har jag haft nytta och stöd av”

(Informant 2)

Något som kunde upplevas som en stressad situation var att inte längre få göra de vardagliga göromålen i hemmet eller på arbetet som tidigare, här var anhöriga en viktig del för några av informanterna då närstående påminde dem om att inte överanstränga sig.

”Jag kunde bli stressad av att omgivningen var mer orolig för mig än vad jag själv var. Och man fick inte ens hjälpa frugan att bära matkassarna, folk tittade ju... de funderade väl vad man var för en... klart man förstår ju att frugan bara vill väl när hon ska bära kassar, köra bilen, sopa, skotta och allt det där... ni vet... men hon har ju ont i axlarna också så samtidigt vill ju jag hjälpa henne men det får jag minsann inte för henne”.

(Informant 6)

En av informanterna upplevde det som underlättande gällande rökstoppet, då dennes partner slutade röka samtidigt. Samtliga rökare insåg direkt att det fanns anledning till ett totalstopp efter att sjukvårdspersonalen informerat dem. Här var anhöriga också till stort stöd och hjälp.

”Frun rökte ju hon också tidigare och när jag la av då slutade hon också, och det var ju bra, annars hade det varit svårare för mig att sluta och man hade kanske trillat dit igen. Så hon har absolut underlättat för mig”.

(Informant 6)

Information från sjukvården

Från sjukvården hade man inte bara upplyst informanterna vad de borde äta utan också att måltiderna bör intas på så regelbundna tider som möjligt. Det framkom att samtliga informanter upplevde råden från sjukhuset som värdefulla och mycket givande. Information och råd om vad som kunde göras för att undvika ett återinsjuknande i hjärtinfarkt tog samtliga till sig.

”Vad gäller kostvanor som förändrats så är det framförallt att jag har lärt mig att äta mera frukt och grönt, att ta en banan till kaffet istället för fikabröd. Man har ju även fått lära sig att man ska äta på bestämda tider. Så nu äter vi en ordentlig lunch och en ordentlig middag, vi äter också mellanmål nu. Och en till sak – jag tar tid på mig när jag äter frukost nu”.

(Informant 1)

Stressen upplevdes olika beroende på vad som var den stressande faktorn. Information och råd från sjukvården gav kunskap om stresshantering och därigenom att tänka rätt i stressade situationer. Detta underlättade för informanterna.

”Jag är en typ A människa. Det är klart att man kan bli irriterad och stressad såklart men jag brukar tänka så här numera– är det här värt att dö för?”

(Informant 6)

3.3 Faktorer som försvårat att genomföra de rekommenderade livsstilsförändringarna

Social begränsning

Att inte längre på samma självklara sätt delta vid middagar eller andra festliga tillfällen utan att behöva tänka på vad man förtär kunde upplevas som en social begränsning. Dessa tillfällen upplevdes som negativa då de ibland kände sig bevakade av närstående eller att de själva fick dåligt samvete. Några av de informanter som drack alkohol kunde uppleva en viss förändring som gav negativ påverkan, att inte längre på ett naturligt sätt kunna delta i olika festligheter som de gjorde tidigare.

”ja... visst, sommartid är ju grabbarna här och grillar på altanen, så nu blir det mjölk och juice istället för öl som det var förut”

(Informant 2)

”det blir ju tyvärr mindre vin till maten nu...”

(Informant 5)

Extremitetsskada

Det fanns inte direkt något som försvårade en livsstilsförändring gällande motion hos informanterna, alla var medvetna om att motion var ett viktigt inslag i deras vardag nu. Dock hade två av våra informanter råkat ut för skador i nedre extremiteter, vilket försvårade.

”I början efter infarkten då var jag ledare på gympan, ja man mår ju bättre om man motionerar. Men för 1,5 år sedan råkade jag ut för en skada som satte stopp för motionerandet för mig”.

(Informant 6)

Suget efter något specifikt att äta

Informanterna var i hög grad medvetna och pålästa om att äta sunt. För de som inte varit konsekventa med måltiderna kunde denna omställning kring kosten upplevas som stor. Några av informanterna upplevde det som stressande och frustrerande att inte få äta det man var sugen på för stunden.

”Något som jag inte kan sluta med är att ta en påtår och en liten kaka efter frukosten ... tänk vad svårt det är att låta bli... det är hemskt det där, men sen kan jag avstå hela dan. Man skulle ju kunna avstå på morgonen också men det är konstigt det där att det är vanan... man kan inte riktigt låta bli”.

(Informant 3)

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Syftet var att beskriva människors erfarenhet av vad som underlättar respektive försvårar att göra de livsstilsförändringar de fått rekommendation om efter en diagnostiserad hjärtinfarkt. Resultatet visar att samtliga informanter hade gjort någon typ av förändringar vad gäller livsstilen. Det som dominerade bland svaren om vad som underlättat att genomföra livsstilsförändringar var den egna motivationen till en förändrad livsstil. Andra aspekter som hade väldigt stor betydelse var stödet från närstående samt information och råd som de erhölet från sjukvården. Vad som ansågs försvårande var i första hand den sociala begränsning som informanterna upplevde. Andra försvårande faktorer var att fysiska skador som kunde hindra fysisk aktivitet, samt att alltid strikt hålla sig till rekommendationerna när det gäller att äta rätt utan att ibland ”falla för frestelsen”.

4.2 Resultatdiskussion

Resultatet i studien visade att den viktigaste försvårande faktorn var sociala begränsningar. Informanterna beskrev att de kunde uppleva social begränsning på grund av närståendes övervakning av dem vid t ex middagar. Konflikter och negativa känslor kunde då lätt uppstå. Liknande fynd har framkommit i tidigare studie av Condon och McCarthy, (2005); Daena, Goldsmith, Lindholm och Bute, (2006); Ostergaard-Jensen och Petersson, (2003).

Den underlättande faktor för att genomföra livsstilsförändringar som informanterna i vår studie framhöll starkast var den egna motivationen. Liknande resultat har påvisats av Kärner, Tingström, Abrandt-Dahlgren och Bergdahl (2005) i en studie om motivation och återhämtning efter en hjärtinfarkt.

4.2.1 Livsstilsförändringar

Resultatet av denna studie visade att informanterna varit lyhörda att följa de råd som handlar om de rekommenderade livsstilsförändringarna de erhållit från sjukvården efter hjärtinfarkten. Författarna har kommit fram till samma resultat som Condon och McCarthy, (2005), som visade att människor som genomgått en hjärtinfarkt är villiga att gå med på att göra livsstilsförändringar.

4.2.2 Faktorer som underlättat att genomföra de rekommenderade livsstilsförändringarna

I vår studie visade det sig sårbarheten var påtaglig och därför var också den egna motivationen att efterfölja råden om livsstilsförändringarna stor. Motivationen stärktes ytterligare efter regelbundna uppföljningar från sjukvården såsom kontroller av blodvärden, blodtryck etc, samt den positiva effekten av förbättrad hälsostatus. Resultatet informanterna fick bekräftat på uppföljningen av sjukvården hade även en positiv inverkan på den inre stressen av att återinsjukna i en ny hjärtinfarkt. Gregory, Bostock och Backett-Milburn, (2006) har i sin studie kommit fram till att patienters önskan om långvarig uppföljning och stöd från sjukvården skulle vara till stor hjälp för rehabiliteringen. De menar att uppföljning skulle underlätta att följa de nya livsstilsråden samt inge lugn till de övriga familjemedlemmarna.

Ytterligare en faktor som hade en underlättande inverkan för några av informanterna, var de rekommendationer de erhållit från sjukvården angående de fem områden för livsstilsförändringar som belysts i föreliggande studie. Samtliga rökare fick tydliga rekommendationer från sjukvården angående tobakens skadeverkan och har efter dessa slutat röka helt. Från sjukvården fick de även betydelsefulla råd angående kosten. Detta styrks av Condon och McCarty (2005) som i sin studie fann att informanter upplevde stöd av olika professioner inom sjukvården. Även Ostergaard-Jenssen och Petersson (2003) belyser detta i sin studie om kunskap och stöd efter en hjärtinfarkt fokuserat på livssituation och återhämtningsfas.

I vår studie har det visat sig att anhöriga bidragit till hjälp för informanterna när det gäller den nya kosthållningen, genom att sätta sig in i sin närståendes behov av sundare kost. Förutom familjen har även vänner och bekanta också betytt mycket för informanterna. Arbetsgivare, chefer och arbetskamrater har också bidragit med stöd och visad förståelse. Dessa faktorer har varit mycket betydelsefulla för informanterna. De hade även kommit underfund om att hjälpa sig själv genom att tänka rätt, särskilt då den inre stressen i olika former visat sig vara extra påtaglig. Några av dem berättade att de då skapat egna tankesätt och affirmationer som till exempel ”jag har ju bara ett hjärta” eller ”är det här värt att dö för”. Någon av informanterna berättade att det var lugnande att ta en promenad och få andas frisk luft vid psykisk påfrestning. Lugnet och välbefinnandet var då som informanten beskrev det stärkande för både kropp och själ. Alla informanter är ense om att de mår bra av fysisk aktivitet och samtliga har skaffat sig en kontinuitet och vana i sitt sätt att motionera. Av de som gjort någon typ av förändring vad gällande alkohol upplevde även efter detta en positiv känsla av att de nu mår bättre.

4.2.3 Faktorer som försvårat att genomföra de rekommenderande livsstilsförändringarna

Att drabbas av en sjukdom som är kronisk innebär stora förändringar i livet. Rädslan för en ny hjärtinfarkt var för vissa av informanterna stor och kunde upplevas som ett hinder i vissa situationer.

Den mest framträdande försvårande faktorn är den som handlar om den upplevda sociala begränsningen. Detta kunde gälla t ex att helt eller delvis behöva avstå från alkohol vid festliga tillfällen. Likaså uppgav flera att de kunde uppleva en negativ känsla av att inte få ta del av festliga måltider och efterrätter i lika stor utsträckning som tidigare. Några informanter berättade att det kunde upplevas som stressande och frustrerande då överbeskyddande vänner/närstående i tillfrisknandefasen och rehabiliteringen engagerade sig för mycket i deras liv efter infarkten. Detta styrker Condon och McCarthy (2005) i sin forskning som också intervjuat patienter som upplevt samma känslor vad gäller upplevelsen av att bli övervakad av närstående. Vårt resultat visar att trots strikt noggrannhet kunde några falla för frestelsen, att vilja äta något gott och onyttigt. Detta beskrevs som ett sug efter något specifikt att äta. Detta har Kärner, Tingström, Adbrandt-Dahlgren och Bergdahl (2005) också kommit fram till i sin

studie om oförmåga att motstå frestelser av något specifikt att äta efter en hjärtinfarkt och livsstilsförändring.

I vår studie framkom en rädsla för viktuppgång i samband med rökstoppet. Med detta menar man att ”gå och småäta ur kylskåpet” när informanten känt sig röksugen, vilket i sin tur gett oro för ett återinsjuknande. I samband med småätandet ur kylskåpet kunde (flytta upp) konflikter uppstå mellan familjemedlemmar på grund av oro från den närstående. Detta upplevde några av informanterna som negativt samtidigt som de förstod att det bara var omtanke från maka/make, son eller dotter. Detta visade sig bli extra påtagligt och stressande vid bjudningar som t ex middagar hos vänner/närstående. Liknande resultat framkom i studier av Daena, Glodsmith, Lindholm och Bute, (2006) och Ostergaard-Jenssen och Petersson, (2003) som beskriver att konflikter mellan familjemedlemmar kan uppstå i samband med livsstilsförändringar.

På grund av extremitetsskada kunde det upplevas som något försvårande att vara fysiskt aktiv på samma sätt som tidigare innan skadan, det konstaterades av en informant att viktuppgång då kunde bli ett faktum.

Det visade sig inte vara någon skillnad mellan männen och kvinnorna i föreliggande studie beträffande ansvarstagandet för de rekommenderade livsstilsförändringarna de erhållit. Alla gjorde så gott de kunde och såg positivt på framtiden. Samma fynd kan också ses i Condon och McCarthys (2005) intervjustudie att deltagarna i studien tog rekommendationerna från sjukvården på allvar och att de hade en positiv inställning till dessa, samt på deras framtid.

4.3 Metoddiskussion

I studiens utvecklingsstadium var det tänkt att enkäter skulle skickat ut till landets hjärt-lungföreningar där ett antal kvinnor och män i fem storstäder samt på fem mindre orter från södra till norra Sverige, skulle få svara på frågeställningarna. Syftet var då att jämföra om det möjligtvis skulle finnas någon skillnad däremellan större och mindre städer i norra respektive södra Sverige, om de rekommenderade livsstilsförändringarna skulle kunna efterföljas på olika sätt. På grund av bristande tid och underlag fick dock den idén frångås, samt att vid en enkätundersökning finns risk att bortfallet blir stort eller att somliga svar inte blir ifyllda. Vi valde att istället göra en empirisk studie i en stad i mellersta Sverige för att få svar på våra frågeställningar. Den metod som bäst svarade på våra frågeställningar bedömdes vara intervjuer.

En fördel med att göra en enkätundersökning som tanken var tidigare, kunde vara att informanterna förblev anonyma gentemot författarna. Däremot tror författarna att en enkätundersökning inte hade fångat upp informanternas innersta känslor och upplevelser på samma sätt. Eventuella missförstånd och oklarheter i frågeställningarna hade heller aldrig kunnat redas ut. Svagheten i en intervjustudie är istället om svaren inte är sanningsenliga då informanterna kunde känna sig i underläge, detta kunde direkt påverka resultatet. Enligt Malterud (1996) skall inte intervjupersonen förväxla intervjun med en klinisk eller terapeutisk intervju, detta för att undvika en dialog som visar sig kunna aktivera känslomässiga obehagligheter. Styrkan med en intervju i det egna hemmet var att informanterna kunde känna sig ostörda och avslappnade. Dock kunde hemmiljön påverka svaren om närstående var i närheten. I studien ingår två kvinnor och fyra män, möjligen hade resultatet kunnat se annorlunda ut om fördelningen hade varit två män och fyra kvinnor eller bara män eller bara kvinnor. Ingen av informanterna valde att under studiens gång avbryta deltagandet, alltså finns inga bortfall i studien.

Det är viktigt att beskriva trovärdighet, tillförlitlighet samt överförbarhet i kvalitativa studier. För att trovärdigheten ska uppnås beskrivs datainsamlingsmetoden. Tillförlitligheten beskriver författarna genom att informanterna fick svara på samma frågor och intervjuerna genomfördes med likartad procedur, på detta sätt skulle man genom hela intervjun hålla sig till samma tema. Vad gäller överförbarheten så tror författarna att resultaten kan överföras till andra patientgrupper med risk för metabolt syndrom. Författarna är medvetna om balansen mellan

rigiditeten och flexibiliteten i fynden, tack vare de nya infallsvinklarna och fenomen som kan uppstå under intervjuernas gång eftersom alla individer är unika och upplevelserna är subjektiva. För att minimera risken att informanterna skulle ”sväva ut” till ett alltför brett samtalsområde fokuserade författarna på den intervjuguide som utformats. Sonderingsfrågor ställdes vid behov (Kvale, 1997). För att säkerställa intervjuguiden genomfördes en pilotintervju, vilken visade sig tydligt svara på frågeställningarna.

Författarna började med att tillsammans hjälpas åt med transkriberingarna med de två första intervjuerna, men på grund av tidsbrist delade författarna de fyra resterande intervjuer på hälften, alltså två intervjuer vardera. Svagheten med detta var att författarna här, redan i första stadiet kunde dra egna slutsatser av informanternas svar vid fyra av sex intervjuer. Fördelen med om författarna hade suttit tillsammans och arbetat med analysen av data från alla sex intervjuer, kunde vara att då påminna varandra om vikten av att vara neutrala i analysfasen enligt Polit et al (2006). Författarna lade inte in egna värderingar i resultatet, trots vissa förkunskaper i ämnet, då detta skulle ha påverkat studiens resultat.

4.4 Allmän diskussion

Vårt syfte med föreliggande examinationsarbete har varit att ta reda på hur en livsstilsförändring är möjlig att genomföra för en människa efter en diagnostiserad hjärtinfarkt. När en människa insjuknar i en hjärtinfarkt kan ett hot mot existensen komma som följd. En traumatisk krisreaktion kan uppstå. I denna reaktion befinner sig patienten initialt i en chock och kan ha det svårt att förstå vad som hänt. Det är då viktigt att sjukvårdspersonalen har goda kunskaper om krisreaktioner (Haugland, Hansen & Areklett, 2004). Genom att författarna erhållit ökad kunskap och förståelse om hur den enskilda individen upplever den nya livsstil de blivit rekommenderade att göra, ger det författarna som blivande sjuksköterskor ökad förståelse samt möjlighet att vidarebefordra denna kunskap till övrig sjukvårdspersonal. Dessa kan då få en chans att ge så bra bemötande och förståelse som möjligt för den här patientgruppen. När det gäller faktorer som försvårar en livsstilsförändring är förståelsen viktig för sjukvårdspersonalen gentemot patienten och närstående. Detta på så vis att sjukvårdspersonalen är medvetna om att det ibland kan vara svårt att strikt efterleva den nya livsstilen. Att ha den kunskapen och förståelsen att motivera, uppmuntra och lyfta fram de positiva förändringarna som patienterna försöker göra, istället för att ” komma med

pekpinnar” och framstå som anklagande. Personalen ska också ha kunskaper om eftervården, denna skulle betyda att motivera till förebyggande och hälsofrämjande vård.

Sjukvårdspersonalen ska ha förmågan att kunna nå ut vad gällande de underlättande faktorerna, och lyfta fram den informationen till patienterna. Anhöriga har stor betydelse för stöd och motivation. Det är därför viktigt att dessa inte glöms bort, även de ska få chans till att erhålla råd om rehabiliteringen.

Är patienten nöjd enligt Zrinyi och Horvath (2003) med sjukvårdspersonalens omvårdnad är chanserna större att upplevelsen kring de nya livsstilsförändringarna känns lättare, samt att de slutligen uppnår sina mål som de eftersträvar och blivit rekommenderade att göra.

Vi hoppas att så många som möjligt inom sjukvården kommer att ta del av vår studie och att de tar till sig den för att få en ökad förståelse kring känslorna som patienterna upplever efter en hjärtinfarkt. Vi anser även att vår studie skulle fungera bra som underlag i ett diskussionsseminarie på t ex sjuksköterskeutbildningen. För att få ett mer grundligt resultat hade fler informanter kunnat användas i en liknande intervjustudie. Det hade också varit intressant att se hur resultatet hade påverkats om deltagarna endast hade varit män eller bara kvinnor. För att se om geografiska skillnader skulle finnas angående upplevelser efter en hjärtinfarkt över hela Sverige, hade en jämförande intervjustudie varit intressant att göra med samma frågeställningar som i denna.

Vi styrker redan tidigare forskning men vi som författare har nu fått en större förståelse kring detta, som vi kommer att dela med oss av till våra kollegor och övrigt berörda.

Denna studie är unik därför att våra informanter delger oss av sina alldeles egna upplevda erfarenheter.

REFERENSLISTA

Brink, E., Karlsson, W.B., Hallberg, R-M.L.(2005). Readjustment 5 months after a first-time myocardial infarction: reorienting the active self. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 403-411.

Condon, C., McCarthy, G.(2005). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patient perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(1), 37-44.

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

Eide, H. & Eide, T.(2005). *Omvårdnadsorienterad kommunikation*. Lund: Studentlitteratur.

Ekholm, M. & Fransson, A.(2002). *Praktisk intervjuteknik*. Nordstedts Akademiska Förlag.

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

Fridlund, B. (1998). *Kardiologisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

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(8), 2079-2090.

Graneheim, U.H., Lundman, B.(2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Gegory, S., Bostock, Y., Backet-Milburn, K(2005). Recovering from a heart attack: a qualitative study into lay experiences and the struggle to make lifestyle changes. *Family Practice*, 23(2006), 220-225.

Hjärt Lungfonden(2008). Utredning och behandling av hjärtinfarkt. Hämtad 2009-08-29 från: <http://www.hjart-lungfonden.se/sv/Sjukdomar/Sjukdomar/Hjartinfarkt/Behandling/>

Hanssen, T., Nordrehaug, J., Hanestad, B.(2004). 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, 37-44.

Haugland, T., Hansen, I., & Areklett, E.(2004). *Omvårdnad vid hjärtsjukdomar: IT*. Almås, (red.), *Klinisk omvårdnad*. Stockholm: Liber AB.

Holme, I., Höstmark, A.T., Anderssen, S.A.(2007). ApoB but not LDL-cholesterol is reduced by exercise training in overweight healthy men. Results from the 1-year randomized Oslo Diet and Exercise study. *Journal of International Medicine* Aug; 262(2), 235-43.

Johansson, A., Windahl, M., Svanborg, E., Fredrichsen, M., Swahn, E, Yngman-Uhlin, P., Edéll-Gustavsson, U.(2007). Perceptions of how sleep is influenced by rest, activity and health in patients with heart disease. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, 467-475.

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

Kärner, A., Tingström, P., Abrandt-Dahlgren, M., Bergdahl, B.(2005). Incentives for lifestyle changes in patient with coronary heart disease. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 261-275.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Malterud, K. (1996). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Ostergaard, J.B., Petersson, K.(2003). The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction. *Patient Education and Counselling*, 51, 123-131.

Paquet, M., Bolduc, N., Xhienne, M. & Vanesse, A.(2005). Re-engineering cardiac rehabilitation programmes: considering the patient's point of view. *Journal of Advanced Nursing*, 51, 567-576.

Perski, A. (1999). *Det stressade hjärtat*. Stockholm: Bromberg.

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

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

Polit, D. F., Beck, C. T., Hungler, B. P. (2001). *Essential of nursing research – Methods, Appraisal, and Utilization*. Philadelphia: Lippincott.

Reichlin, T., Hochholzer, W., Bassetti, S., Steuer, S., Stelzig, C., Hartwiger, S.(2009). Early diagnosis of myocardial infarction with sensitive cardiac troponin assays. *The New England Journal of Medicine*. 361(9), 858-867.

Schenk-Gustavsson, K. (2003). *Kvinnohjärtan – hjärt- och kärlsjukdomar hos kvinnor*. Studentlitteratur: Lund.

Sjöström-Strand, A., Fridlund, B.(2007). Stress in women's daily life before and after a myocardial infarction: A qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(1), 10-17.

Socialstyrelsen (2008). Hämtad 2009-09-02 från:

<http://www.socialstyrelsen.se/Aktuellt/Nyheter/2008/Q4/nyhet081215.htm>

Socialstyrelsen, (2004). Riktlinjer för hjärtsjukvård. Hämtad 2009-08-28 från:

<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2004/8511/sammanfattning20041022.htm>

Svedlund, M., Danielson, E.(2003). Myocardial infarction: Narrations by afflicted women and their partners of lived experiences in daily life following an acute myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 438-446.

Svedlund, M., Danielson, E., Norrberg, A.(2001). Women's narratives during the acute phase of their myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing*, 35(2), 197-205.

Theobald, K.(1997). The Experience of spouses whose partners have suffered a myocardial infarction: A phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing*. 26(3), 595-601.

Wallentin, C.(2000). *Akut kranskärlssjukdom*. Uppsala: Ljungföretagen. Tryckeri AB, Örebro.

World Medical Association Deklaration of Helsinki (2008). Hämtad 2009-09-04 från <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>

Vårdguiden Stockholms Läns Landsting. Hjärtinfarkt. Hämtad 2009-08-25 från: <Http://www.vardguiden.se/templates/Article.aspx?ArticleID=3091&C=2424>

Zrinyi, M., Horvath, T.(2003). Impact of satisfaction, nurse-patient interactions and perceived benefits on health behaviors following a cardiac event. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12, 159-166.

Bilaga 1

Intervju angående livsstilsförändringar efter en hjärtinfarkt

Du tillfrågas härmed om Du vill delta i en undersökning om livsstilsförändringar efter en hjärtinfarkt.

Efter en hjärtinfarkt är det vanligt att man får råd om att göra olika livsstilsförändringar i sitt sätt att leva. Det kan till exempel handla om fysisk aktivitet, kost, tobak och alkohol. Det är viktigt att personal inom som sjukvården ger dessa råd på ett bra sätt. Därför behöver kunskapen öka om vad som kan underlätta respektive försvåra att göra de livsstilsförändringar som rekommenderats.

Vi är två sjuksköterskestuderande på högskolan i Gävle som planerar att göra en undersökning om livsstilsförändringar efter en hjärtinfarkt som en del av vårt examensarbete. Vi önskar därför intervjua 5-6 personer som fått råd om livsstilsförändringar efter en hjärtinfarkt. Intervjun kommer att belysa tre teman – livsstilsförändringar, samt vad som underlättar och vad som försvårar att göra dessa.

Intervjun inleds med en öppen fråga där Du fritt får berätta. Beräknad tid är ca 1 timme och intervjun spelas in på band. Deltagandet är naturligtvis frivilligt och Du som deltagare kan när som helst dra Dig ur studien om Du vill det. Om Du är intresserad av att delta kontakter vi Dig och stämmer av när det passar att träffas. Det är Du själv som får bestämma var intervjun skall hållas, på sjukhuset, högskolan, i ditt eget hem eller dyl. Vi vill att Du ska känna Dig så bekväm som möjligt. Efter att intervjuerna skrivits ut kommer data att sammanställas och redovisas så att ingen enskild individ kan identifieras. All data behandlas som konfidentiellt och kommer att förstöras när uppsatsen är färdig. Vi har tystnadsplikt.

Tack på förhand!

Katarina Lüdge-Albertsson, tel: 070-740 18 36, mail: ofk06kln@student.hig.se

Anna-Carin Andersson, tel: 0736-19 67 49, mail: vss04asg@student.hig.se

Kjerstin Larsson (handledare) tel: 070-2288350, mail: Kjerstin.Larsson@hig.se

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp. Högskolan i Gävle.

Bilaga 2, Intervjuguide

Tema 1/

Livsstilsförändringar

Efter hjärtinfarkten fick du några rekommendationer angående livsstilsförändringar?

Vem gav dig rekommendationerna?

Kategorier:

1 a/ motionsvanor?

1 b/ kostvanor?

1 c/ rökvanor?

1 d/ stress?

1 e/ alkoholvanor?

Tema 2/

Vad underlättar dina livsstilsförändringar, vill du berätta för oss?

Kategorier:

2 a/ motionsvanor?

2 b/ kostvanor?

2 c/ rökvanor?

2 d/ stress?

2 e/ alkoholvanor?

Tema 3/

Vad försvårar dina livsstilsförändringar, vill du berätta för oss?

Kategorier:

3 a/ motionsvanor?

3 b/ kostvanor?

3 c/ rökvanor?

3 d/ stress?

3 e/ alkoholvanor?