



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Hur patienter som drabbats av hjärtinfarkt skattar och upplever sin livskvalitet efter utskrivning från sjukhus

En litteraturstudie

Brolund Emelie
Jonsson Kristin

2016

Examensarbete, grundnivå(yrkesexamen), 15hp
Omvårdnad
Sjuksköterskeprogrammet
Omvårdnad- Självständigt examensarbete 15hp
Handledare: Karin Lundin
Examinator: Marja- Leena Kriztoffersson

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Att ha drabbats av en hjärtinfarkt kan vara väldigt omvälvande och innebär inte bara att patienter kan få fysiska skador på hjärtmuskulaturen utan även att den psykiska hälsan kan påverkas. Därför är det viktigt att studera hur patienter skattar och upplever att deras livskvalitet har påverkats efter att de drabbats av hjärtinfarkt.

Syfte

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva hur patienter som drabbats av hjärtinfarkt skattar och upplever sin livskvalitet efter utskrivning från sjukhus samt vilka datainsamlingsmetoder som använts i artiklarna.

Metod

Examensarbetet har gjorts i form av en deskriptiv litteraturstudie utifrån 12 stycken artiklar med kvalitativ och kvantitativ ansats. Artiklarna är hämtade från databaserna Medline och PsycINFO och har granskats av båda författarna.

Huvudresultat

Studien visar att livskvaliteten kan förändras hos patienter som drabbats av hjärtinfarkt, och att många kan ha svårt att acceptera och hantera den nya situationen. I föreliggande studie framkom att patienternas brist på energi ligger till grunden för andra problem hos majoriteten av patienterna. Data har samlats in med hjälp av enkäter samt genom semistrukturerade intervjuer.

Slutsats

Denna studie visar att patienter som drabbats av hjärtinfarkt behöver tydlig information om deras tillstånd och vad de har att förvänta sig efter hjärtinfarkten för att lättare kunna acceptera och hantera den omvälvande situationen. Informationen och rehabiliteringen bör vara anpassad utifrån varje enskild individ eftersom patienterna många gånger upplever olika typer av problem och då kan behöva olika strategier för att handskas med dessa.

Nyckelord

Hjärtinfarkt, Livskvalitet, Patient perspektiv

ABSTRACT

Background

Having suffered a heart attack can be very disruptive and not only means that patients can receive physical damage to the heart muscle, but also that mental health can be affected. Therefore it is important to study whether patients perceive that their quality of life was affected after they suffered a heart attack.

Aim

The purpose of this study was to describe how patients who suffered heart attacks estimate and perceive their quality of life after hospital discharge as well as the data collection methods used in the articles.

Method

The work has been done in the form of a descriptive literature study based on 12 pieces of articles with qualitative and quantitative approach. The articles are taken from Medline and PsycINFO, and has been reviewed by both authors.

Main Results

The study shows that quality of life can be altered in patients who suffered heart attacks, and that many may find it difficult to accept and deal with the new situation. The present study showed that the patients lack of energy is the basis for other problems in the majority of patients. Data have been collected using questionnaires completed by participants and interviews.

Conclusion

This study shows that patients who suffered a heart attack need clear information about their condition and what they can expect after the heart attack to make it easier to accept and deal with the stressful situation. Information and rehabilitation should be tailored according to each individual because patients often experience different types of problems and may need different strategies to deal with these.

Keywords

Myocardial infarctions, Quality of Life, Patients perspectiv

Innehållsförteckning

INTRODUKTION	1
Hjärtinfarkt.....	1
Symtom vid hjärtinfarkt.....	1
Riskfaktorer för hjärtinfarkt.....	2
Livsstilsförändringar vid hjärtinfarkt.....	3
Livskvalitet	4
Sjuksköterskans funktion i arbete med patienter som drabbats av hjärtinfarkt- Med fokus på att främja hälsa och livskvalitet.....	4
Teoretisk referensram- Coping	5
Problemformulering.....	6
Syfte	6
Frågeställningar	6
METOD	7
Design	7
Databaser och sökord.....	7
Utfall av databassökningar Tabell 1.	7
Sökstrategi	8
Urvalsstrategi	8
Inklusionskriterier.....	9
Urvalsprocess Figur 1	9
Dataanalys.....	9
Forskningsetiska överväganden.....	10
RESULTAT	10
Trötthet.....	10
Depression	11
Begränsningar i det vardagliga livet	12
Förändrad självuppfattning	13
Sex & samliv.....	13
Beskrivning av inkluderade artiklars datainsamlingsmetoder	14
DISKUSSION	14
Huvudresultat.....	14

Resultatdiskussion	15
Metoddiskussion	18
Kliniska implikationer för omvårdnad.....	20
Förslag till fortsatt forskning	20
Slutsats	20
REFERENSLISTA	21
Bilaga 1	
Bilaga 2	

INTRODUKTION

I dag utgör hjärt- och kärlsjukdomar ett av de största folkhälsoproblemen i världen. I Sverige lider nästan hälften av alla individer över 65 år av hjärtkärlsjukdom och ca 28 000 personer drabbas varje år av hjärtinfarkt. Hjärtinfarkt är den vanligaste dödsorsaken bland både män och kvinnor över 50 år, mortaliteten i akut hjärtinfarkt har dock minskat kraftigt de senaste åren tack vare preventiv vård. Förekomst av hjärtinfarkt är starkt köns- och åldersrelaterat, där män drabbas av hjärtinfarkt ungefär 10 år tidigare än kvinnor (Socialstyrelsen 2015). Detta beror på att östrogenet hos kvinnor fungerar som ett skydd mot hjärt- och kärlsjukdomar innan kvinnan går in i menopaus (Strömberg 2013). Könsskillnaderna jämnas dock ut mellan åldrarna 75-85 år och kvinnor i åldersgruppen 85 år eller äldre drabbas oftare av hjärtinfarkt än män (Socialstyrelsen 2015).

Hjärtinfarkt

Hjärtinfarkt orsakas av att plack i blodkärlen brister, vilket gör att koagulations och trombocyt faktorer aktiveras, denna process kallas för arterosklerosprocessen. Dessa faktorer bildar en blodpropp som täpper till blodcirkulationen till hjärtats kranskärl och orsakar syrebrist i hjärtmuskeln. Efter 15 minuters syrebrist kan skador på hjärtmuskelcellerna uppstå och skadorna på hjärtmuskulaturen förblir permanenta då nya hjärtmuskelceller inte kan nybildas (Strömberg 2013). Konsekvenser som kan uppstå av en hjärtinfarkt är att hjärtat får försämrad pumpförmåga eller hjärtfunktion då hjärtat försöker kompensera skadorna från hjärtinfarkten. Dessa komensationer kan orsaka bland annat hjärtsvikt, arytmier samt förmaksflimmer. Den fysiska begränsningen i form av brist på ork kan leda till depression och den chockartade upplevelsen kan uttrycka sig i form av ångest och oro inför framtiden (Ericson & Ericson 2012; Liu, Luiten, Eisel, Dejongste & Schoemaker 2013). Patienter som drabbats av hjärtinfarkt kan då få genomgå stora livsstilsförändringar vilket kan medföra sämre livskvalitet (Ericson & Ericson 2012).

Symtom vid hjärtinfarkt

Att upptäcka och behandla hjärtinfarkten i tid är en förutsättning för överlevnad. Men det har visat sig att patienter inte känner till symtomen för hjärtinfarkt eller att symtomen inte tas på allvar. Typiska symtom som uppges av patienter kan vara bröstsmärtor, kallsvettningar, andnöd, ont i armen och illamående (Tummala & Farshid

2015). Bröstmärtor vid hjärtinfarkt är av individuell karaktär och upplevs olika av varje enskilt fall. Smärtan kan beskrivas som brännande, kramande, utstrålande eller tryckande. Smärtan kan komma plötsligt för att sedan intensifieras eller succesivt klingas av och lokaliseras normalt oftast centralt under bröstbenet. Men smärtområdet varierar sig även här, från fall till fall. Det kan upplevas som knivar i ryggen eller smärta i halsgropen som strålar ut i käkar och ut i armar och händer, oftast vänster arm och hand. Hjärtinfarkt bör misstänkas när smärtan varit ihållande i 15 minuter eller mer. Andfåddhet kan upplevas som ett tryck över bröstet och är ett viktigt och tydligt symtom, men som ibland kan vara svårt att urskilja från vanlig andfåddhet som vid utförande av fysisk aktivitet. Tecken på allmänpåverkan som oftast uppträder på grund av svåra smärtor vid hjärtinfarkt kan vara kallsvetteningar, illamående, yrsel och ångest (Ericson & Ericson 2012). Trots att patienter känner de typiska symtomen söker inte alla vård direkt och förutsättningen för överlevnad minskar då kraftigt (Tummala & Farshid 2015). Symtomen vid hjärtinfarkt kan ibland förväxlas med symtomen som uppstår vid Post-traumatiskt stress syndrom och kan därför vara en anledning till att patienter inte söker vård direkt eller inte alls. Det är därför viktigt att man informerar patienter om detta så att de tar dessa symtom på allvar (Newman et al. 2011). Det har visat sig att patienter kan uppleva en diffus och vag obehagskänsla i kroppen som är svår att definiera flera timmar eller veckor innan hjärtinfarkten (Albarran, Clarke & Craford 2007 ; Isaksson, Brulin, Eliasson, Näslund & Zingmark 2011). En studie gjord på kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt beskriver att kvinnorna kunde uppleva störd sömn, trötthetskänsla och matsmältningsproblem innan hjärtinfarkten. Kvinnorna i samma studie antog att symtomen berodde på hormonförändringar eller var åldersrelaterade. Upplevelsen under själva hjärtinfarkten kunde ta sig i uttryck som extrem smärta, värk, kramp eller obehagskänsla (Albarran, Clarke & Craford 2007). I en annan studie gjord på äldre män som drabbats av hjärtinfarkt beskrevs känslan vid själva hjärtinfarkten som att ”ett alarm gått igång”, andnöden och den svåra smärtan kunde framkalla ångest och panikattacker (Isaksson et al. 2011).

Riskfaktorer för hjärtinfarkt

Det finns ett samband mellan ohälsosam livsstil och hjärtinfarkt och de största riskfaktorerna för att drabbas av hjärtinfarkt är högt blodtryck, högt BMI, långvarig stress, och tidigare hjärt- och kärlsjukdomar i släkten (Zodpey, Shrikhande, Negandhi, Ughade & Prashant 2015; Gränsbo et al. 2016). Khademvatan, Alinejad, Eghtedar,

Rahbar & Agakhani (2014) menar att den största riskfaktorn för framför allt kvinnor är metabolt syndrom. Metabolt syndrom är per definition bukfetma, förhöjd insulinresistens, förhöjda värden av blodfetter samt högt blodtryck (Westergren 2009). Den viktigaste riskfaktorn för att drabbas av kranskärlssjukdomar är dock rökning. Olika ämnen som finns i tobak och snus orsakar skador på kärlväggen vilket i sin tur leder till fettinlagringar vilket ökar risken för hjärtinfarkt. Nikotinet som finns i tobak och snus orsakar högt blodtryck och ökad puls vilket bidrar till en förtjockning i kärlväggen. Detta i sin tur bidrar till ytterligare förhöjt blodtryck och förvärrad utveckling av ateroskleros. Vid långvarig negativ stress frisätts det stresshormon som gör att hjärtat får pumpa och arbeta hårdare, vilket leder till ett förhöjt blodtryck. Negativ stress kan uppstå vid exempelvis påfrestande familjesituationer så som vid skilsmässa eller på grund av ansträngd ekonomi. Höga prestationskrav på sig själv eller från ett arbete är också en bidragande orsak till negativ stress, likaså en ständig tidspress eller en stark tävlingsinriktning. Eftersom hjärtat är en muskel mår det bra av att jobba ibland, bristande fysisk aktivitet försämrar hjärtats kapacitet att pumpa runt blodet vilket också medför en försämrad genomblödningsförmåga i kranskärlen samt ett förhöjt blodtryck. Föda som påskyndar utvecklingen av ateroskleros i kranskärlen är mat som har högt energi innehåll, höga mängder kolesterol eller mättat fett exempelvis grädde, smör och charkvaror (Ericson & Ericson 2012).

Livsstilsförändringar vid hjärtinfarkt

Patienter som drabbats av hjärtinfarkt genomgår en process i att besluta sig för att ändra livsstil och vidta hälsofrämjande åtgärder, i denna process väger patienten fördelar mot nackdelar. De hälsomässiga fördelarna vägs mot hur stor beteendeförändring det krävs av patienten. Om patienten uppfattar att ett visst beteende har stor positiv påverkan på hälsan anses det lättare att lägga om sin livsstil. Några faktorer som kan göra det svårare att lägga om livsstilen kan vara ekonomiska omkostnader, ansträngning, obehag eller genans (Jahren- Kristoffersen 2005). Att bli beroende av mediciner och inte kunna utföra fysiska aktiviteter som tidigare upplevs också vara orsaker som gör att livsstilsförändringen blir svårare att genomföra (Junehag, Asplund & Svedlund 2014).

Livskvalitet

Livskvalitet är ett begrepp som beskriver människors uppfattning om livets mening och betydelse, samt vilken förmåga man har att hantera olika situationer och händelser som uppstår i livet och står inte i direkt relation med vilken hälsa man har (Willman 2009). Livskvalitet kan beskrivas enligt Spilkers (1996) pyramid och delas in i tre delar som ger en överblick över komponenter som ingår i begreppet livskvalitet. Översta nivån i pyramiden är den globala livskvaliteten som innefattar hur individen upplever att man är nöjd med sin tillvaro i största allmänhet, den mittersta nivån är hälsorelaterad livskvalitet där de fysiska, psykiska existentiella samt sociala dimensionerna ingår. Den fysiska dimensionen innefattar rörlighet, styrka och uthållighet medan den psykiska dimensionen omfattar ångest, depression, trötthet samt känslomässiga problem. Den sociala dimensionen innefattar och klarlägger hur engagerad man är i olika fritidsaktiviteter, nätverk med familj och vänner samt socialt umgänge. Den sista nivån är specifik livskvalitet som preciserar faktorerna i de presenterade nivåerna ovan mer i detalj. När man kartlägger livskvalitet frågar man alltid den enskilde personen om dennes egna upplevelser eller uppfattningar om de aktuella förhållandena i personens tillvaro med hjälp av frågeformulär eller en intervju (Lorentsen & Grov 2011). Hälsorelaterad livskvalitet kan ses som något subjektivt och betecknar ur en psykologisk aspekt personens uppfattning av sin egen hälsa eller ohälsa. Det kognitiva tillståndet hos en individ kan därmed avgöra hur hälsan uppfattas och i sin tur påverka livskvaliteten (Nordenfelt 1991). En persons förmåga att anpassa sig till nya situationer i livet och förmågan att hitta strategier för att klara av situationer hänger ihop med hur man upplever sin livskvalitet. Att acceptera sin ohälsa och de konsekvenser som sjukdom kan medföra är en viktig del i hur man hanterar sin nya situation. Ett undvikande beteende med förnekelse av sjukdom medför ofta negativa konsekvenser för individen och sämre livskvalitet (Brink 2009).

Sjuksköterskans funktion i arbetet med patienter som drabbats av hjärtinfarkt med fokus på att främja hälsa och livskvalitet.

Sjuksköterskans uppgift är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Omvårdnad skall ges respektfullt utifrån människors lika värde utan fördomar och egna värderingar (Svensk Sjuksköterskeförening (SSF) 2014). Som sjuksköterska bör man ha förmågan att kunna ta tillvara på det friska hos patienten samt tillgodose patientens basala samt specifika omvårdnadsbehov, såväl de fysiska som de

psykiska, sociala, kulturella och andliga (Socialstyrelsen 2005). Rollen som sjuksköterska kräver att man ska kunna stötta, vägleda, informera och handleda patienter som drabbats av sjukdom (SSF 2014). Man bör också kunna möta patienten i sitt lidande och sin sjukdomsupplevelse så långt det är möjligt samt försöka lindra obehag genom att ge adekvat vård (Socialstyrelsen 2005). Sjuksköterskans huvudsakliga funktion är att ge en hälsofrämjande omvårdnad. Med detta menas att sjuksköterskor arbetar sjukdomsförebyggande (Hedelin, Jormfeldt & Svedberg 2009). Att arbeta sjukdomsförebyggande vid hjärtsjukdom betyder att sjuksköterskan hjälper patienten till en hälsosammare livsstil. Enligt socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård (2015) innebär detta att man diskuterar levnadsvanor tillsammans med patienten och hjälper denna till att sluta röka, minska riskbruk av alkohol, äta hälsosammare mat samt uppmuntrar till mer fysisk aktivitet. Informationen till patienten om dennes sjukdomstillstånd samt behandlings alternativ bör alltid ske i muntlig och skriftlig form eftersom patienter som fått beskedet om hjärtsjukdom ofta har svårt att ta till sig information. Det är bra om sjuksköterskan anpassar informationen efter individen och att informationen inte sker rutinmässigt. Ur ett etiskt perspektiv är det viktigt att tänka på patientens autonomi och att alltid försöka bemöta patientens önskemål samt att hjälpa patienten att återfå kontrollen av situationen trots ett svårt sjukdomsbesked. I rollen som sjuksköterska inom hjärtsjukvården ingår det även att utbilda samt inspirera patienter till en hälsosammare livsstil för att förbättra eller bibehålla hälsa. Hos patienter som drabbats av hjärtsjukdom påverkas både den fysiska och den mentala hälsan. Därför blir sjuksköterskans uppgift att hjälpa patienten till att kunna hantera och leva med de konsekvenser som hjärtsjukdom medför (Strömberg 2002). Att som sjuksköterska se möjligheter och styrkor hos varje enskild individ är viktigt. Omvårdnadsvetenskapen beskriver människan ur ett holistiskt perspektiv och lyfter fram att varje person är en unik individ och skall därför bemötas individuellt (Willman 2009).

Teoretisk referensram – Coping

För att kunna hantera och ta till sig en ny livssituation vid sjukdom är det en väsentlig del i tillfrisknandeprocessen att acceptera sin sjukdom och de konsekvenser som exempelvis en hjärtinfarkt kan medföra (Brink 2009). Coping är ett begrepp som hänvisar till hur patienter kognitivt samt beteendemässigt hanterar en stressfylld situation. Enligt Folkman & Lazarus (1984) finns det tre olika typer av stress, dessa är

skada, hot samt utmaning. Det finns olika strategier för att hantera den stressfyllda situationen, dessa är problemfokuserad, emotionsfokuserad, omdefinierande samt undvikande strategier. Beroende på situation kan någon av dessa strategier vara till hjälp för patienten att hantera situationen (Folkman & Lazarus 1984; Brattberg 2008). Det innebär att patienter under livsstilsförändring sätter upp mål för att uppnå hälsa och utformar strategier för att nå dessa mål. Patienten bör då fundera ut vad som är viktigt och har stor betydelse i dennes liv för att sedan hitta vägar dit för att uppnå det som är viktigt och på så sätt höja sin livskvalitet. Vid en omtumlande livshändelse kan allt kännas hopplöst och det kan vara svårt att se ljus på framtiden, det är då viktigt att som sjuksköterska fånga upp och stödja dessa patienter genom sorgen. Med hjälp av coping kan sjuksköterskan hjälpa patienten att hitta strategier för att kunna hantera sin nya situation. Genom att vara närvarande och lyssna på patienterna kan sjuksköterskan få information om vad som är viktigt i dessa patienters liv. Först då kan sjuksköterskan tillsammans med patienterna sätta upp mål och vägleda dessa patienter mot bättre hälsa och högre livskvalitet (Brattberg 2008).

Problemformulering

Att ha drabbats av en hjärtinfarkt kan vara väldigt omvälvande och innebär inte bara att man kan få fysiska skador på hjärtmuskulaturen och nedsatt fysisk hälsa utan även att den psykiska hälsan kan ha blivit påverkad. Trots stor kunskap och forskning inom hjärtsjukvården är det många patienter som mår dåligt efter att de blivit drabbade av hjärtinfarkt. Därför är det viktigt att studera hur patienter som drabbats av hjärtinfarkt skatta och upplever sin livskvalitet. Om sjuksköterskor får en större förståelse för hur patienter upplever sin livskvalitet efter att de drabbats av hjärtinfarkt så ökar möjligheten för sjuksköterskor att stödja och ge en mer adekvat vård samt ett bättre bemötande och en bättre omvårdnad till dessa patienter.

Syfte

Syftet var att beskriva hur patienter som drabbats av hjärtinfarkt skattar och upplever sin livskvalitet efter utskrivning från sjukhus samt vilka datainsamlingsmetoder som använts i de valda artiklarna.

Frågeställningar

1. Hur skattar och upplever patienter sin livskvalitet efter hjärtinfarkt?

2. Vilken datainsamlingsmetod har använts i de valda artiklarna?

METOD

Design

Studien är en beskrivande litteraturstudie (Polit & Beck 2012).

Databaser och sökord

För att finna relevanta artiklar till litteraturstudien har sökningar gjorts i databaserna Medline via PubMed och PsycINFO via EBSCO. Databasen Medline finns tillgänglig online och innehåller omkring 5000 tidskrifter som publicerats i ca 70 länder som täcker områdena medicin, omvårdnad och hälsa. PsycINFO är en elektronisk databas som inriktar sig på artiklar som bygger på upplevelser ur patientperspektiv. Dessa databaser rekommenderas av Polit & Beck (2012). Sökorden har valts ut utifrån syftet för att hitta relevanta artiklar som kan svara på syftet och frågeställningarna. Sökorden som använts för sökningar i fritext är: Cardiac infarction, quality of life och myocardial infarction. Sökorden med MeSH och Thesaurus termer som använts är följande: Myocardial infarctions, post- myocardial infarction och quality of life/psychology. Utfallet av sökningarna framgår i tabell 1.

Utfall av databassökningar

Tabell 1. Databassökningar

Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Valda källor, exkl.dubletter
PsycINFO	(DE"Myocardial Infarctions") AND (DE"Quality of Life")	Peer review Publiseringsdatum 2010-01-01- 2015-12-31. Engelskt språk. Inlogg via HiG.	29	4
PsycINFO	Fritext sökning: cardiac infarction AND quality of life		27	2

MedLine via Pubmed	Fritext sökning: "Post myocardial infarction" AND "quality of Life"	Publiseringsdatum 2010-01-01- 2015-12-31. Engelskt språk. Inlogg via HiG. (samt länk upp till höger)	83	5
MedLine via Pubmed	"Myocardial infarction"(MeSH) AND "quality of life/psychology" (MeSH)		29	1
				TOTAL: 12

Sökstrategi

Sökningen började brett med termer i fritext i båda databaserna för att undersöka hur många artiklar det fanns i ämnet. Både i PsycINFO och i Medline via PubMed har fritextsökningar gjorts. Men även sökningar med MeSH termer har använts i PubMed samt Thesaurus termer i PsycINFO. För att hitta korrekta MeSH- termer har Karolinska institutets databas för MeSH- termer använts. Den strukturerade sökningen har gjorts med den booleska söktermen "AND" för att finna relevanta artiklar. Termerna som användes var myocardial infarctions samt cardiac infarction, dessa kombinerades med relevanta sökord för att få en uppfattning om underlaget av artiklar i ämnet. I sökningarna har begränsningar gjorts och dessa är; artiklar som är max 5 år gamla samt skrivna på engelska. I PsycINFO har även begränsningen peer reviewed använts vilket innebär att artikeln har blivit granskad av annan forskare innan publicering (Polit & Beck 2012). Sökningarna har gjorts via Högskolan i Gävles bibliotekshemsida.

Urvalsstrategi

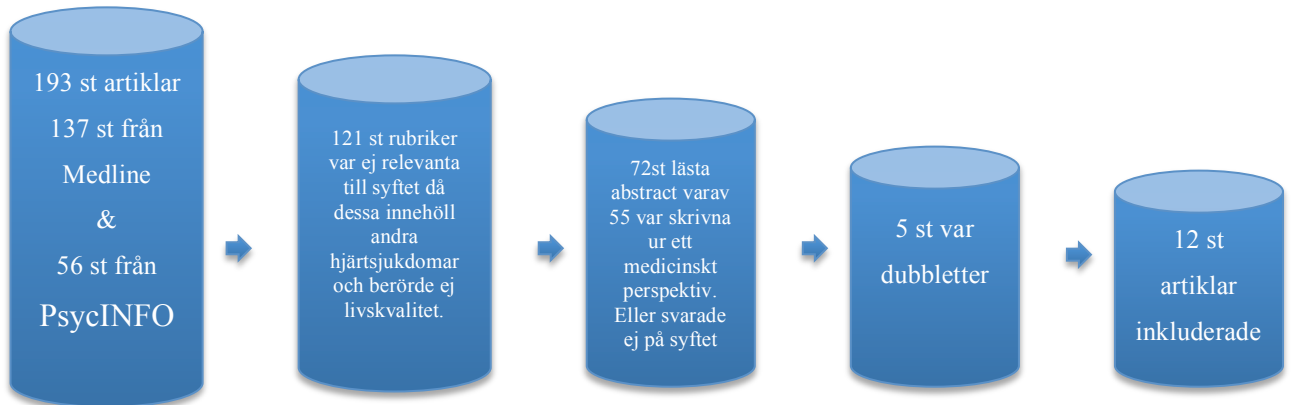
Urvalet har gjorts genom att läsa igenom rubrikerna till varje artikel. Rubrikerna som innehållit relevanta termer för syftet och frågeställningen har valts ut och granskats vidare genom att abstract har lästs, efter det har artiklarna inkluderats eller exkluderats. Se kriterier nedan. Inga geografiska begränsningar har gjorts i urvalet.

Inklusionskriterier

Kvinnor och män i olika åldrar som drabbats av hjärtinfarkt och deras livskvalitet. Artiklarna skall beröra tiden efter en hjärtinfarkt och efter att patienten blivit utskriven från sjukhus. Endast empiriska studier har använts i föreliggande litteraturstudie. Både kvalitativa och kvantitativa studier är inkluderade. Endast artiklar som går att öppna med hjälp av Högskolan i Gävles inloggning är inkluderade i studien. Artiklar som genomgått en etisk prövning.

Urvalsprocess

Urvalsprocessen började brett genom att rubrikerna lästes och en tolkning av rubrikerna gjordes för att få en uppfattning om den vetenskapliga artikeln var relevant mot syftet och frågeställningen. I nästa steg lästes abstract till de artiklarna som verkade relevanta utifrån rubriken. Därefter gjordes ett bortval av de artiklar som inte uppfyllde inklusionskriterierna. Dessa artiklar valdes bort då de var inriktade på exempelvis livskvalitet före och efter rehabilitering från hjärtinfarkten, tester av enkäter, andra faktorer som påverkar eller andra sjukdomar.



Figur 1. Flödesschema över urvalsprocessen

Dataanalys

De valda artiklarna har lästs i sin helhet av båda författarna och noga granskats för att hitta relevant information som svarar på syftet och frågeställningen. Mest fokus har lagts på resultatet i de valda artiklarna för att svara på syftet och frågeställningen då det är den informationen som har använts i föreliggande litteraturstudie. Metodfrågan har

också tagits i beaktning under analysarbetet för att kunna svara på frågeställning 2 genom att metoddelen i varje artikel har granskats för att se vilka instrument som använts vid datainsamlingen. Den texten som har varit relevant i resultatdelen har markerats med överstrykningspenna för att sedan kunna föras in i resultatet. Några artiklar har sammanfattats genom översättning till svenska för att informationen lättare skulle kunna föras in i resultatet. Några artiklar har även översatts med stödord för att finna kärnan av information i artikelns resultat del. Genom diskussion fastställdes likheter och skillnader i vad artiklarna handlade om, sedan framkom teman som användes som underrubriker i resultatet av föreliggande studie (Polit & Beck 2012). För att få en bättre översikt över de inkluderade artiklarna skapades även två tabeller under analysarbetet utifrån frågeställning 1 respektive 2, se bilaga 1 och 2.

Forskningsetiska överväganden

Ur ett etiskt perspektiv har resultatet redovisats utan att utesluta eller förstärka innehållet i de artiklar som bearbetas. Innehållet har redovisats utan författarnas egna åsikter och värderingar på ett så objektivt sätt som möjligt. Ingen plagiering eller kopiering har förekommit i arbetet. Enligt Polit & Beck (2012) bör alla forskningsprojekt ha genomgått en etisk prövning. Det är även viktigt att tänka över och implementera etik i designen av en studie (Polit & Beck, 2012). Litteraturstudiens referenshantering har utförts enligt gällande föreskrifter.

RESULTAT

I resultatet av de vetenskapliga artiklarna har det framkommit att patienter upplever en förändrad livskvalitet efter hjärtinfarkt och utifrån detta har författarna kunnat urskilja fem olika teman som utgör huvudresultatet och som presenteras i olika underrubriker i löpande text. Dessa är trötthet, depression, begränsningar i det vardagliga livet, förändrad självuppfattning samt sex och samliv. En sammanställning av artiklarnas resultat finns att se i tabell 2, bilaga 1. Datainsamlingsmetoden av de inkluderade artiklarna presenteras med egen underrubrik sist i resultatet samt i tabell 3, bilaga 2.

Trötthet

Flera studier visar att bristen på energi efter att ha drabbats av hjärtinfarkt har en stor inverkan på patienters livskvalitet (Brink 2012; Brink, Alsén, Herlitz, Kjellgren & Cliffordson 2012; Andersson, Borglin & Willman 2013; Söderberg, Johansen, Herning

& Berg 2013; Alsén & Brink 2013). Patienter som upplever trötthet 4 månader efter hjärtinfarkt kommer sannolikt uppleva sämre livskvalitet och depression 2 år efter hjärtinfarkten (Alsén & Brink 2013). Trötthet är en faktor som gör att patienter känner att de har tappat kontrollen över sina tankar samt att de har svårt att fokusera i sin vardag (Fredriksson-Larsson, Alsén & Brink 2013). Patienter upplevde att det var svårt att hantera tröttheten då den upplevdes som överväldigande, och det var även svårt att hantera bristen på energi eftersom fritidsintressen och aktiviteter inte gick att utföra på samma spontana vis som innan hjärtinfarkten. Minsta ansträngning som att läsa tidningen eller sitta vid datorn kunde upplevas som svårt. Många patienter hade inte förmågan att återgå till arbetet på grund av tröttheten (Andersson, Borglin & Willman 2013; Söderberg et al. 2013; Fredriksson-Larsson, Alsén & Brink 2013). Vissa patienter upplevde en rädsla av att drabbas av en ny hjärtinfarkt vilket gjorde att de drömde mardrömmar samt var rädda för att dö i sömnen, denna oro blev en bidragande orsak till en ytterligare känsla av trötthet eftersom sömnen påverkades negativt (Andersson, Borglin & Willman 2013). Studier kunde visa skillnader mellan kvinnor och män när det kom till trötthet där kvinnor upplevde mer trötthet samt sämre kvalitet på sömnen än vad männen gjorde i samma studie. Minskad motivation och aktivitet skattades även högre hos kvinnor än hos män (Brink et al. 2012; Alsén & Brink 2013). Patienterna uppgav att de fick lida på grund av bristande kunskap om sitt tillstånd och ville ha svar på hur tröttheten hängde ihop med hjärtinfarkten och när den avtar för att lättare kunna hitta strategier att hantera situationen (Fredriksson-Larsson, Alsén & Brink 2013). De patienter som upplever trötthet efter hjärtinfarkt kan i ett senare skede drabbas av depression vilket i sin tur kan orsaka lägre livskvalitet (Alsén & Brink 2013).

Depression

Depression till följd av hjärtinfarkt är relaterat till lägre livskvalitet (Alsén & Brink 2013; Hosseini, Ghaemian, Mehdizadeh & Ashraf 2014). Patienter som uppger sig ha lågt socialt stöd samt låg känsla av sammanhang har ökad frekvens av ångest och depression (Norekvål et al. 2010; Benyamini, Roziner, Goldbourt, Drory & Gerber 2013). I en studie gjord på äldre kvinnor som drabbats av hjärtinfarkt kom de fram till att de som hade en svag känsla av sammanhang även hade en sämre psykisk hälsa och sämre psykosocial status. Dessa kvinnor upplevde mer smärta och obehag samt brist på energi. Kvinnorna med hög känsla av sammanhang i samma studie uppgavs ha mindre ångest och depression samt högre självkänsla. Dessa kvinnor ansåg sig ha bra relationer

och bra socialt stöd samt att de kände sig mer tillfreds med sin generella hälsa så som sömn, arbetskapacitet och vardagsaktiviteter (Norekvål et al. 2010). Patienter som uppger sig ha en god fysisk hälsa 5 år efter hjärtinfarkt uppger sig även ha en bättre mental hälsa 10 år efter hjärtinfarkten, tillika är det tvärt om att om man har uppgett att man har dålig fysisk hälsa 5 år efter en hjärtinfarkt har man även sämre mental hälsa efter 10 år (Benyamini et al. 2013). Graden av depression är relaterad till huruvida man återkommer till arbetet eller inte, samt vilken nivå av fysisk aktivitet man kan utföra. Patienter som lider av depression efter en hjärtinfarkt har svårare att delta i sekundärprevention som till exempel att sluta röka samt har sämre följsamhet med medicinering (Hawkes et al. 2013).

Begränsningar i det vardagliga livet

Ett samband har setts mellan minskad kapacitet att utföra vardagliga aktiviteter och sänkt livskvalitet (Hawkes et al. 2013; Andersson, Borglin & Willman 2013; Søderberg et al. 2013; Fredriksson-Larsson, Alsén & Brink 2013). Patienterna beskriver att tid med familj, vänner och andra sociala aktiviteter i miljöer med höga ljudnivåer blev ett lidande eftersom det kunde upplevas som ansträngande och utmattande. Att inte kunna sköta hemmet, leka med barnen, eller ta en konflikt på samma sätt som innan hjärtinfarkten upplevdes också som en begränsning och en svår motgång att hantera. Patienterna hade svårt att ta sig an den nya livsstilen som innebar att anpassa kost och träning efter hjärtinfarkten (Andersson, Borglin & Willman 2013). Några studier har visat på otydliga riktlinjer angående vilken utsträckning man kunde utföra fysiska aktiviteter vilket gjorde att patienterna hade svårt att avgöra vilken form av aktivitet som de kunde utföra i vardagen, vilket ledde till ett stillasittande och undvikande beteende (Fredriksson-Larsson, Alsén & Brink 2013; Andersson, Borglin & Willman 2013; Hawkes et al. 2013). Patienterna fick planera sin vardag och många orkade ”bara vara” (Fredriksson-Larsson, Alsén & Brink 2013; Andersson, Borglin & Willman 2013). Lathet och minskad motivation uppges också orsaker till minskade sociala aktiviteter vilket är faktorer som påverkar livskvaliteten negativt (Fredriksson-Larsson, Alsén & Brink 2013).

Förändrad självuppfattning

Den uppfattade självförmågan kan ha påverkan på livskvaliteten hos patienter som drabbats av hjärtinfarkt. Det finns ett samband mellan god uppfattad själv förmåga och högre livskvalitet tillika tvärtom med svag uppfattad själv förmåga och lägre livskvalitet (Brink et al. 2012). Patienterna uppfattade sig själva som svaga och att det inte längre gick att lita på sin egen kropp. Många var rädda för att drabbas av en andra hjärtinfarkt och ville då inte bli lämnad ensamma. Andra ville alltid ha nära till telefon eller sjukhus. Vissa patienter kände sig glömska och upplevde stavsvårigheter och koncentrationssvårigheter medan andra kände sig irritabel och hade problem med humörsvängningar vilket ledde till skam och skuldkänslor (Andersson, Borglin & Willman 2013). Vissa kände att hela livet hade passerat och att de åldrats mycket snabbare på grund av hjärtinfarkten. Bristen på ork gjorde så att vissa patienter tappade livsgnistan men det kunde även göra så att hela självbilden förändrades (Fredriksson-Larsson, Alsén & Brink 2013). Högre livskvalitet hänger ihop med bättre känsla av sammanhang. Den som har en bra och sund sjukdomsbild kan hantera sin nya situation på ett bättre sätt och har därmed bättre livskvalitet (Bergman, Malm, Berterö & Karlsson 2011).

Sex & samliv

Den medicinska behandlingen till följd av hjärtinfarkt påverkar den fysiska förmågan i form av minskad sexlust, erektionsbesvär och minskad motivation (Abramsohn et al. 2013). I en studie som handlar om kvinnors sexliv efter hjärtinfarkt har det visat sig att ångest, rädsla och trötthet har stor negativ inverkan på sexlivet. Oro för blodtryck, huvudvärk eller rädsla för att känna starka hjärtslag kunde vara faktorer som hindrade patienter att ha samlag (Søderberg et al. 2013). Många upplevde också rädsla för att drabbas av ytterligare en hjärtinfarkt vid ansträngning under samlag. Vissa kände smärta i bröstet eller upplevde ett tryck över bröstet (Søderberg et al. 2013; Abramsohn et al. 2013). För att inte missa några signaler från kroppen så beskrev patienterna att de kände sig tvungna att utföra samlag med stor försiktighet. Behovet av fysisk kontakt och intimitet var viktig för vissa. Men det kunde många gånger misstolkas som en invit till sex som gjorde att det kunde uppstå konflikter mellan parterna vilket kunde leda till ångest och skuldkänslor hos kvinnorna (Søderberg et al. 2013). För att få en känsla av kontroll och för att lättare kunna slappna av tyckte många kvinnor att det var viktigt att

kunna identifiera riskfaktorer som rörde sexlivet och som kunde leda till komplikationer (Abramsohn et al. 2013).

Beskrivning av inkluderade artiklars datainsamlingsmetod

I detta arbete inkluderades vetenskapliga artiklar med både kvalitativ och kvantitativ ansats. Av dessa var tre stycken kvalitativa (Andersson, Borglin & Willman 2013; Fredriksson-Larsson, Alsén & Brink 2013; Søderberg et al. 2013), åtta stycken kvantitativa (Norekvål et al. 2010; Bergman et al. 2011; Brink 2012; Brink et al. 2012; Alsén & Brink 2013; Benyamini et al. 2013; Hawkes et al. 2013; Hosseini et al. 2014) och en artikel med mixed methods (Abramsohn et al. 2013). I de kvantitativa artiklarna användes olika typer av enkäter som deltagarna fick fylla i. De enkäter som använt i studierna har varierat beroende på vilket land studien har utförts. Brink (2012), Alsén & Brink (2013) och Brink et al. (2012) har gjort studier i Sverige och har då använt sig av mätverktyget The short form 36 (SF-36) som mäter hälsorelaterad livskvalitet. Den förkortade versionen SF-12 har använts av Bergman et al. (2011) i Sverige och av Hosseini et al. (2014) i Iran. Brink (2012); Bergman, Malm, Berterö, Karlsson (2011) har båda använt sig av enkäten The sense of coherence (SOC) scale. Enkäten HADS (the Hospital anxiety and depression scale) har använts i en svensk studie som mäter hur personer skattar ångest och depression, i samma studie har även data samlats in med hjälp av en enkät som mäter trötthet (SHCQ) (Brink et al. 2012). Även en webb-baserad enkät har använts i en studie då man undersökt om patienternas sexliv blivit påverkat av hjärtinfarkten, där har även kompletterande intervjuer gjorts (Abramsohn et al. 2013). I de kvalitativa artiklarna har data samlats in genom att en semi strukturerad intervju guide har använts. All data i samtliga studier har samlats in efter att patienten har blivit utskriven från sjukhus. Hur data i samtliga inkluderade studier samlats in går att se mer överskådligt i tabell 3, bilaga 2.

DISKUSSION

Huvudresultat

Resultatet i studien visade att många patienter upplevde att livskvaliteten påverkats efter hjärtinfarkt på ett eller annat sätt. Trötthet upplevdes av majoriteten deltagare och kunde för vissa beskrivas som överväldigande. Bristen på energi kan tolkas som källan till andra upplevda problem som uppstått efter hjärtinfarkten, som exempelvis mindre fysisk aktivitet, sämre sexliv, depression och nedsatt självförmåga. Det fanns önskemål

bland dessa patienter att få mer kunskap om på vilket sätt hjärtinfarkten orsakade denna upplevda trötthet, för att då lättare kunna hantera och komma på strategier att handskas med bristen på energi. Resultaten i denna studie baserades på artiklar utifrån tre kvalitativa studier där data har samlats in med hjälp av intervju och åtta kvantitativa studier där data har samlats in med olika typer av enkäter samt en artikel med mixed method där deltagarna främst svarat på enkäter men även genomgått intervjuer.

Resultatdiskussion

Brist på energi

Trötthet som följd efter hjärtinfarkt har visat sig vara det vanligaste och mest påfrestande symtomet för denna patientgrupp, samt en stark bidragande faktor till andra symtom (Fredriksson-Larsson, Alsén, Karlsson & Brink 2015). Denna litteraturstudie visar att bristen på energi och depression efter hjärtinfarkt kan leda till försämrad livskvalitet (Brink 2012; Brink, Alsén, Herlitz, Kjellgren & Cliffordson 2012; Andersson, Borglin & Willman 2013; Alsén & Brink 2013; Söderberg, Johansen, Herning & Berg 2013; Hosseini, Ghaemian, Mehdizadeh & Ashraf, 2014). Men även begränsningar i det vardagliga livet samt förändrad självbild hos de som drabbats av hjärtinfarkt är faktorer som påverkar livskvaliteten negativt (Hawkes et al. 2013; Andersson, Borglin & Willman 2013; Söderberg et al. 2013; Fredriksson-Larsson, Alsén & Brink 2013). Att hjärtsjukdom sänker livskvaliteten beskrivs även i Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård (2015) där man menar att sjukdomen kan leda till rädsla att röra sig vilket medför begränsningar i vardagen och nedsatt kondition. Hälso- och sjukvården bör erbjuda fysisk träning som behandling vid hjärtsjukdom vilket har visat sig vara effektivt och höjer livskvaliteten. När vården erbjuds är det viktigt att ta hänsyn till människovärdes principen vilket innebär att den enskilde vårdas och bemöts med respekt och omtanke. Det är också viktigt att göra patienten delaktig i vården så att denne kan vara med att fatta beslut i centrala frågor så som till exempel behandlingar. Resultatet har även visat att det sociala livet med familj och vänner blev begränsat på grund av utmattning och brist på energi (Andersson, Borglin & Willman 2013; Söderberg et al. 2013; Fredriksson-Larsson, Alsén & Brink 2013). Att det sociala livet blivit begränsat på grund av hjärtinfarkten stöds i en studie gjord av Junehag, Asplund & Svedlund (2014) där deltagarna uppgett att de av rädsla för att utsättas för en ny hjärtinfarkt vid för mycket ansträngning prioriterat bort sociala sammanhang. Tröttheten och depressionen som ofta upplevs efter hjärtinfarkt kan uppfattas som ett

hot och framkalla stress hos patienterna då deras vardag och självbild har påverkats negativt. Patienter som upplever psykisk stress har en förmåga att använda sig av fler passiva coping strategier än positiva (Fredriksson-Larsson, Alsén, Karlsson & Brink 2015). Sexlivet upplevdes av vissa patienter som begränsat eller nedsatt på grund av oro för hur aktiviteten skulle påverka deras hälsa eller om det skulle orsaka en ny hjärtinfarkt (Søderberg et al. 2013; Abramssohn et al. 2013). I resultatet i denna litteraturstudie fann författarna att det fanns behov hos patienterna att få mer information om sitt tillstånd och hur kroppen påverkats för att få en större förståelse för hur tröttheten hänger ihop med hjärtinfarkten (Fredriksson-Larsson, Alsén & Brink 2013).

Förlorad identitet

Patienter upplevde en förändrad självbild och gav en beskrivning av hur det kändes som hela livet hade passerat. Efter hjärtinfarkten beskrev patienterna att det kändes som om de hade åldrats och flera hade tappat livsgnistan (Fredriksson-Larsson, Alsén & Brink 2013). I en studie på patienter som drabbats av hjärtinfarkt gjord av Salminen-Tuomaala, Åstedt-Kurki, Rekiaro & Paavilainen (2012) är det viktigt att man erkänner patientens depressiva sinnestillstånd och att man erbjuder rådgivning och uppföljning med en specialist sjuksköterska inom hjärtsjukvården inom fyra månader efter hjärtinfarkten. Man menar också att det är en dynamisk process att hantera en hjärtinfarkt och att patienterna både har uppgett positiv och negativ coping. Negativ coping i form av förnekelse av sjukdom och positiv coping genom medvetenhet och en känsla av kontroll. Om förlusterna i samband med hjärtinfarkten relaterat till självbild och fysisk förmåga upplevs som allvarliga av patienterna kan de framkalla kraftiga känslomässiga reaktioner som ilska, ångest och förtvivlan (Jahren- Kristoffersen 2005). Vissa av patienterna i föreliggande studierna kände inte längre igen sig själva eller uppfattade sig själva som svaga då det inte längre kunde arbeta vilket upplevdes som oroväckande och ångestfyllt (Andersson, Borglin & Willman 2013; Søderberg et al. 2013; Fredriksson-Larsson, Alsén & Brink 2013). Enligt Jahren- Kristoffersen (2005) kan det bli lättare för patienten att acceptera svåra situationer som kan uppstå i samband med en hjärtinfarkt, som till exempel bristande arbetsförmåga, genom att använda sig av strategier som problemfokuserad eller emotionellt orienterad coping. Med hjälp av dessa strategier kan patienten förändra upplevelsen av en händelse och situationen kan vara lättare att hantera. Fler coping strategier som visat sig effektiva enligt Baldacchino,

Borg, Muscat och Sturgeon (2012) var existentiell coping som huvudsakligen består av att upprätthålla en relation till sig själv och andra, men även husdjur eller naturen, samt religiös coping. Vid användning av dessa strategier visade det sig att patienten tog tag i sina problem direkt eller indirekt vilket är en fördel då en patient behöver acceptera och anpassa sig till sin nya situation.

Anpassa och hantera vardagen

För att kunna hantera den förändrade livssituation krävs det att patienterna får hjälp med att finna olika strategier för att kunna hantera och utföra saker i sin vardag. Patienter kan lättare acceptera sin situation om de är insatta i vad deras kropp har utsatts för och hur den har påverkats. Det blir då lättare att acceptera och förstå sina begränsningar och underlättar sökandet i att finna nya vägar och strategier för att hantera vardagen (Jahren-Kristoffersen 2005). För att patienter ska uppnå och bibehålla hälsa krävs det att sjuksköterskan ger individanpassad information om patienternas sjukdom och hälsotillstånd. Detta är viktigt för att patienterna skall kunna göra kloka val rörande sin sjukdom och för att kunna ta eget ansvar i sin behandling (Tingström 2009). Patienterna i denna studie som upplevde begränsningar i vardagen kan behöva stöttning och information av sjuksköterskan för att lägga upp strategier för att kunna utföra de mest betydande aktiviteterna i sin vardag (Andersson, Borglin & Willman 2013). Det kan innebära att patienterna planerar in vila före och efter aktivitet för att orka med vardagen. Alla patienter uppfattar och hanterar stressfyllda situationer som hotar deras hälsa på olika sätt. Det är patienternas egna individuella tolkningar av situationen som avgör hur han eller hon kommer att tackla den. En belastande situation som vid exempelvis hjärtinfarkt kan uppfattas som en utmaning, ett hot eller en förlust. Det är särskilt belastande för patienter som har förlorat något av centrala värden i deras liv som uppfattas som högst viktigt och värdefullt, exempelvis förlust av närstående eller förlust av funktion på grund av skada eller sjukdom (Jahren- Kristoffersen 2005; Son, Thomas & Friedmann 2012).

Diskussion utifrån den metodologiska aspekten datainsamlingsmetod

I kvalitativa studier samlas data in genom intervjuer, fokusgrupper eller deltagande observation. Där ses forskaren som en designer av texten vilket innebär att forskarens tolkning kommer att påverka resultatet (Henricson & Billhult 2012). I kvantitativa studier samlas data in med hjälp av enkäter, dessa bör vara validerade vilket betyder att

de är testade så att de mäter vad de är avsedda för att mäta för att ge en trovärdig bild av forskning (Polit & Beck 2012). Att flera olika mätverktyg har använts i de inkluderade artiklarna i den föreliggande litteraturstudien samt att inte alla studier har uppgett om dessa är validerade kan påverka resultatet genom att göra det mindre trovärdigt. Eftersom den kvantitativa forskningen tolkas genom statistisk analysmetod finns inget utrymme för egen tolkning. Därmed bör rimligtvis resultaten i dessa studier spegla verkligheten och vara mer tillförlitliga än kvalitativa studier. Dock bör det tas i åtanke att hur och när deltagarna har mottagit enkäten påverkar i vilken grad personer visar engagemang och fullföljer frågeformulären (Polit & Beck 2012). Detta gör att trovärdigheter i studier bör ifrågasättas. Beroende på ämnet som ska undersökas behöver inte den ena metoden vara bättre än den andra. Intervjuerna i de kvalitativa artiklarna i föreliggande litteraturstudie har ägt rum i hemmet, arbetsplats eller i sjukhusets lokaler vilket kan påverka svaren och därmed resultaten. Enligt Danielsson (2012) bör alla intervjuer äga rum på samma plats i en lugn miljö, detta för att alla intervjuer ska få samma förutsättningar. Nackdelen med enkätstudier kan vara att det bara finns fasta svarsalternativ vilket kan göra att datainsamlingen kan påverkas av forskaren som utformat enkäten. I intervjustudier kan deltagaren beskriva sina upplevelser mera djupgående och därmed ge fylligare svar.

Metoddiskussion

Denna litteraturstudie omfattas av 12 vetenskapliga artiklar vilket ses som en relevant siffra då fler hade varit för många att bearbeta samtidigt som att färre inte hade gett ett lika trovärdigt resultat.

De inkluderade artiklarna speglar syftet då de svarar på hur livskvaliteten har förändrats hos patienter som drabbats av hjärtinfarkt. Att göra en litteraturstudie innebär att författarna sammanfattar tidigare forskning utifrån ett valt syfte. Vilket kan innebära att författarnas bearbetning av materialet samt tolkning kan genomsyra resultatet.

I processen att söka artiklar gjordes en bred sökning som sedan smalnade av. Under processen diskuterades vilka sökord som var relevant för studiens syfte och frågeställning. Begreppet livskvalitet valdes för att det är ett paraplybegrepp över en människas hela livssituation och definierar inte bara hälsa ur fysisk aspekt utan även psykisk (Willman 2009). För att finna artiklar som berörde tiden efter hjärtinfarkt

ansågs termen ”post- myocardial infarction” vara lämplig men gav många träffar både då den termen användes i fritextsökning samt i sökningar med MeSH termer. Men då många artiklar av relevans hittades i sökningen med denna term valdes denna att användas som underlag för resultatet. När sökningen i PsycINFO gjordes valdes begränsningen peer reviewed vilket av författarna anses som något positivt då detta betyder att artiklarna har blivit granskade av andra forskare i samma ämne vilket borde medföra högre trovärdighet och bättre kvalitet på artiklarna. Under processen att söka artiklar har relevant material funnits men inte kunnat användas i studien då artikeln inte gått att öppna i databasen och har på grund av tidsbrist inte kunnat skaffas fram på annat sätt samt att urvalet av artiklar har skett genom att rubriker har lästs i databasen och på så vis har författarna valt ut vilka artiklar som verkat relevanta. Detta kan ses som en svaghet i studien då eventuellt relevant forskning inte har inkluderats på grund av tidsbrist samt genom att en rubrik inte nödvändigtvis behöver spegla innehållet i en artikel.

De flesta studier som inkluderats i den föreliggande litteraturstudien är kvantitativa vilket betyder att deltagarna har fått svara på enkäter och olika frågeformulär. Kvantitativa studier möjliggör en större volym av deltagare och att helhetsperspektivet bli bredare (Polit & Beck 2012). Samtidigt som de kvalitativa studierna gör det möjligt för mer djupa och uttömmande svar. Att båda metoderna finns med i den föreliggande studien ses som en styrka då det beskriver studiens frågeställning ur båda aspekter vilket medför ett bredare perspektiv på hur patienterna uppfattar att deras livskvalitet förändrats efter hjärtinfarkt. Möjligen hade fler kvalitativa studier varit önskvärdt för ett ytterligare nyanserat och djupare resultat.

De flesta av de inkluderade artiklarna i den föreliggande litteraturstudien är framtagna i skandinaviska länder vilket är både en styrka och en svaghet då resultatet främst speglar hur patienter i Skandinavien uppfattar att livskvaliteten har förändrats efter hjärtinfarkt vilket är bra eftersom författarna kommer att arbeta i regionen men det gör samtidigt att det globala perspektivet tappas. I bilaga 1 och 2 har alla artiklar som ingår i denna litteraturstudie var för sig sammanfattats genom att syfte, resultat, metod och urvalsprocess har presenterats. Detta gör att läsaren själv kan bilda sig en uppfattning om litteraturstudiens trovärdighet och giltighet (Axelsson 2012).

En forskare som har studerat hjärtinfarkt och livskvalitet och som återkommer i flera av de inkluderade artiklarna är Brink, E. Detta kan medföra en svaghet i den föreliggande litteraturstudien då objektiviteten kan ifrågasättas, samtidigt kan det ses som en styrka då forskaren troligtvis har goda kunskaper inom området.

Kliniska implikationer för omvårdnad

Denna litteraturstudie belyser hur patienter upplever att deras livskvalitet har påverkas efter hjärtinfarkt, samt hur stor vikt det är att som sjuksköterska informera och stötta dessa patienter i sin väg mot en förbättrad hälsa. Utifrån föreliggande studie behöver vården fokusera mer på att lindra patienternas brist på energi istället för att fokusera på fysiska aktiviteter. Information och eftervård bör vara mer individanpassad eftersom alla upplever situationen på olika sätt och kan då behöva varierad stöttning och hjälp för att uppnå och bibehålla livskvalitet. Författarna anser att sjukvården borde arbeta mer individanpassat där fokus bör ligga på patienternas egen upplevelse av sin situation och målen med sin återhämtning efter hjärtinfarkt. Vår förhoppning är att informationen som framkommit i denna litteraturstudie skall kunna användas av sjuksköterskor i deras arbete att stötta och vägleda de patienter som har drabbats av hjärtinfarkt för att uppnå bättre livskvalitet.

Förslag till fortsatt forskning

Författarnas förslag till fortsatt forskning är inom områdena uppföljning samt eftervård då denna studie har visat att majoriteten patienter som drabbats av hjärtinfarkt upplever försämrad livskvalitet till följd av nedsatt hälsa. Författarna anser att den fortsatta forskningen bör vara av kvalitativ ansats för att få djupare och fylligare resultat.

Slutsats

Studien visade att många patienter upplevde en förändrad livskvalitet efter hjärtinfarkt. Trötthet upplevdes av majoriteten deltagare i studierna och kunde för vissa beskrivas som överväldigande. Bristen på energi kunde tolkas som källan till andra upplevda problem som uppstått efter hjärtinfarkten, som exempelvis mindre fysisk aktivitet, sämre sexliv, depression och nedsatt själv förmåga. För att lättare kunna hitta strategier att hantera bristen på energi sågs det i studierna att det fanns behov av mer kunskap om sjukdomstillståndet och på vilket sätt hjärtinfarkten orsakat tröttheten som lett till försämrad livskvalitet.

REFERENSLISTA

Abramsohn, E-M., Decker, C., Garavalia, B., Garavalia, L., Gosch, K., Krumholz, H-M., Spertus, J-A & Lindau, S-T. (2013). "I'm not just a heart, I'm a whole person here": a qualitative study to improve sexual outcomes in women with myocardial infarction.", *Journal of the American Heart Association*, vol. 2, no. 4.
DOI: 10.1161/JAHA.113.000199

Albarran, J.W., Clarke, B.A. & Craford, J. (2007). "'It was not chest pain really, I can't explain it!' An exploratory study on the nature of symptoms experienced by women during their myocardial infarction", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 16, no. 7, ss. 1292-1301. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2006.01777.x

Alsén, P. & Brink, E. (2013). "Fatigue after myocardial infarction - A two-year follow-up study", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 22, no. 11-12, ss. 1647-1652.
DOI: 10.1111/jocn.12114

Andersson, E-K., Borglin, G. & Willman, A. (2013). "The experience of younger adults following myocardial infarction", *Qualitative health research*, vol. 23, no. 6, ss. 762-772. DOI: 10.1177/1049732313482049

Axelsson, Å. (2012). Litteraturstudier. Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red.) *Tillämpad forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur AB. ss: 203-220.

Baldacchino, D-R., Borg, J., Muscat, C. & Sturgeon, C. (2012). "Psychology and Theology Meet: Illness Appraisal and Spiritual Coping", *Western Journal of Nursing Research*, vol. 34, no. 6, ss. 818-847. DOI: 10.1177/0193945912441265

Benyamini, Y., Roziner, I., Goldbourt, U., Drory, Y. & Gerber, Y. (2013). "Depression and anxiety following myocardial infarction and their inverse associations with future health behaviors and quality of life", *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 46, no. 3, ss: 310-321. DOI: 10.1007/s12160-013-9509-3

Bergman, E., Malm, D., Berterö, C. & Karlsson, J. (2011), "Does one's sense of coherence change after an acute myocardial infarction?: A two-year longitudinal study in Sweden", *Nursing & health sciences*, vol. 13, no. 2, ss. 156-163.

DOI: 10.1111/j.1442-2018.2011.00592.x

Brattberg, G. (2008). *Att hantera det ohanterbara – om coping*. Värkstad AB.

Brink, E., Alsén, P., Herlitz, J., Kjellgren, K. & Cliffordson, C. (2012). "General self-efficacy and health-related quality of life after myocardial infarction", *Psychology, Health & Medicine*, vol. 17, no. 3, ss. 346-355. DOI: 10.1080/13548506.2011.608807

Brink, E. (2012). "Considering both health-promoting and illness-related factors in assessment of health-related quality of life after myocardial infarction", *Open Nursing Journal*, vol. 6, ss. 90-4. DOI: 10.2174/1874434601206010090

Brink, E. (2009). "Adaptation Positions and Behavior Among Post-Myocardial Infarction Patients", *Clinical Nursing Research*, vol. 18, no. 2, ss. 119-135.

DOI:10.1177/1054773809332326

Danielsson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. Henricson, M. (red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur AB. ss: 163-173.

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

Fredriksson-Larsson, U., Alsen, P. & Brink, E. (2013). "I've lost the person I used to be- experiences of the consequences of fatigue following myocardial infarction", *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, vol. 8.

DOI: 10.3402/qhw.v8i0.20836

Fredriksson-Larsson, U., Alsén, P., Karlson, W.B., & Brink, E. (2015). "Fatigue two months after myocardial infarction and its relationships with other concurrent symptoms, sleep quality and coping strategies", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 24, no. 15-16, ss. 2192–2200. DOI: 10.1111/jocn.12876

Gränsbo, K., Almgren, P., Nilsson, M. P., Hedblad, B., Engström, G. & Melander, O. (2016). "Risk factor exposure in individuals free from cardiovascular disease differs according to age at first myocardial infarction", *European Heart Journal*. DOI: 10.1093/eurheartj/ehw026

Hawkes, A-L., Patrao, T-A., Ware, R., Atherton, J-J., Taylor, C-B. & Oldenburg, B-F. (2013). "Predictors of physical and mental health-related quality of life outcomes among myocardial infarction patients.". *BMC cardiovascular disorders*, vol. 13. DOI: 10.1186/1471-2261-13-69

Hedelin, B., Jormfeldt, H. & Svedberg, P. (2009). Hälsobegreppet- synen på hälsa och sjuklighet. Friberg, F., & Öhlén, J. (red.), *Omvårdnadens grunder- Perspektiv och förhållningssätt*. Stockholm: Liber AB. ss: 237-262.

Henricson, M. & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. Henricson, M. (red.), *Vetenskaplig teori och metod – från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur AB. ss: 129-137.

Hosseini, S-H., Ghaemian, A., Mehdizadeh, E. & Ashraf, H. (2014). "Contribution of depression and anxiety to impaired quality of life in survivors of myocardial infarction". *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, vol. 18, no. 3, ss. 175-181. DOI: 10.3109/13651501.2014.940049

Isaksson, R., Brulin, C., Eliasson, M., Näslund, U. & Zingmark, K. (2011). "Prehospital experiences of older men with a first myocardial infarction: A qualitative analysis within the Northern Sweden MONICA Study", *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 25, no. 4, ss. 787-797. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2011.00896.x

Jahren-Kristoffersen, N. (2005). Stress, coping och livsstilsförändringar. Jahren-Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (red), *Grundläggande Omvårdnad del 3*. Stockholm Liber AB. ss: 206-270.

Junehag, L., Asplund K., Svedlund M. (2014). "Perceptions of illness, lifestyle and support after an acute myocardial infarction". *Scandinavian journal of caring science*.

Vol no: 28 ss: 289- 296. DOI: 10.1111/scs.12058

Khademvatan, K., Alinejad, V., Eghtedar, S., Rahbar, R. & Agakhani, N. (2014). "Survey of the Relationship Between Metabolic Syndrome and Myocardial Infarction in Hospitals of Urmia University of Medical Sciences". *Global Journal of Health Science*, vol. 6, no. 7 ss. 58-65. DOI: 10.5539/gjhs.v6n7p58

Lazarus, R-S & Folkman, S.(1984). Stress appraisal and coping. Springer publishing Company

Liu, H., Luiten, P.G.M., Eisel, U.L.M., Dejongste, M.J.L. & Schoemaker, R.G. (2013). "Depression after myocardial infarction: TNF-a-induced alterations of the blood–brain barrier and its putative therapeutic implications", *Neuroscience and biobehavioral reviews*, vol. 37, no. 4, ss. 561-572. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2013.02.004

Lorentsen, V. & Grov, E-K. (2011). Allmän omvårdnad vid cancersjukdomar. Almås, H, Stubberud D-G & Grönstedt, R. (Red.) *Klinisk omvårdnad 2*. Stockholm: Liber AB. ss: 401-438.

Newman, JD., Muntner P., Shimbo, D., Davidson KW, Shaffer JA, & Edmondson D. (2011). "Post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms predict delay to hospital in patients with acute coronary syndrome", *PLoS One*, vol. 6, no. 11, ss. 1-5. DOI: 10.1371/journal.pone.0027640

Nordenfeldt, L. (1991). Livskvalitet och hälsa – teori & kritik. Falköping: Almqvist & Wiksell förlag AB

Norekvål, T.M., Fridlund, B., Moons, P., Nordrehaug, J.E., Sævareid, H.I., Wentzel-, T. & Hanestad, B.R. (2010), "Sense of coherence— A determinant of quality of life over time in older female acute myocardial infarction survivors", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 19, no. 5-6, ss. 820-831. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2009.02858.x

Polit, D. & Beck, C.T. (2012). Nursing Research – *Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Salminen-Tuomaala, M., Åstedt-Kurki, P., Rekiaro, M. & Paavilainen, E. (2012). "Coping Experiences: A Pathway towards Different Coping Orientations Four and Twelve Months after Myocardial Infarction—A Grounded Theory Approach". *Nursing research and practice*. Vol: 2012, ss: 1-9. DOI: 10.1155/2012/674783

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor*. (Artikelnr 2005-105-1).

Hämtad den 16 februari 2016 från: http://www.barnmorskeforbundet.se/wp-content/uploads/2015/04/2005-105-1_20051052-Leg-Ssk.pdf

Socialstyrelsen. (2015). Hjärtinfarkter 1994 - 2014. (Artikelnr 2015-11-1).

Hämtad den 11 mars 2016 från:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19943/2015-11-1.pdf>

Spilkers, B. (1996). *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Philadelphia: Lippincott- Raven.

Son, H., Thomas, S.A. & Friedmann, E. (2012), "The association between psychological distress and coping patterns in post-MI patients and their partners", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 21, no. 15-16, ss. 2392-2394.

DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04165.x.

Svensk Sjuksköterskeförening (SSF) (2014). *ICN:s etiska kod för*

sjuksköterskor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Strömberg, A. 2002, "Educating nurses and patients to manage heart failure", *European journal of cardiovascular nursing*, vol. 1, ss. 33–40 DOI: 10.1016/S1474-5151(01)00011-1

Strömberg, A. (2013). Cirkulation. Edberg, A-K. & Wijk, H. (red.), *Omvårdnadens grunder – hälsa och ohälsa*. Studentlitteratur AB. ss: 249-277.

Söderberg, L-H., Johansen, P-P., Herning, M. & Berg, S-K. (2013). "Women' experiences of sexual health after first-time myocardial infarction", *Journal of Clinical Nursing*, vol. 22, no. 23-24, ss. 3532-3540. DOI: 10.1111/jocn.12382

Tingström, P. (2009). Information och utbildning. Edberg, A-K. & Wijk, H. (red.), *Omvårdnadens grunder – hälsa och ohälsa*. Studentlitteratur AB. ss: 65-92.

Tummala, S-R., & Farshid, A. (2015). "Patients' Understanding of their Heart Attack and the Impact of Exposure to a Media Campaign on Pre-Hospital Time", *Heart, Lung and Circulation*, vol. 24, no. 1, ss. 4–10. DOI: 10.1016/j.hlc.2014.07.063

Westergren, A. (2009). Nutrition och ätande. Edberg, A-K. & Wijk, H. (red.), *Omvårdnadens grunder- Hälsa och ohälsa*. Studentlitteratur AB. ss: 311-345.

Willman, A. (2009). Hälsa och välbefinnande. Edberg, A-K. & Wijk, H. (red.), *Omvårdnadens grunder- Hälsa och ohälsa*. Studentlitteratur AB. ss: 27-42.

Zodpey, S., Shrikhande, S., Negandhi, N., Ughade, S. & Prashant, P. (2015). "Risk Factors for Acute Myocardial Infarction in Central India: A Case-Control Study", *Indian J Community Med*, vol. 40, no. 1, ss: 19–26. DOI: 10.4103/0970-0218.149265