



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

JAG KÄNNER INTE IGEN MIN KROPP LÄNGRE

En systematisk litteraturstudie om livet efter hjärtinfarkt

**MALIN KÄLLSTRÖM
SOFIE LANS**

Huvudområde: Vårdvetenskap
Nivå: Grundnivå
Högskolepoäng: 15
Program: Sjuksköterskeprogrammet
Kursnamn: Examensarbete
Kurskod: VAE209

Handledare: Anna Bondesson
Anneli Rylander
Examinator: Margareta Asp
Seminariedatum: 2018-11-30
Betygsdatum: 2019-01-07

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Hjärtinfarkt är den vanligaste förekommande folkhälsosjukdomen i Sverige. Riskfaktorer som stress och fysisk inaktivitet ökar risken att drabbas. Sjuksköterskorna upplever att patienterna behöver få adekvat information och stöd efter en hjärtinfarkt för att främja återhämtning. Det finns även möjlighet att skapa förutsättningar till återhämtning genom samtal, lyhördhet och information. Närstående har också möjlighet att främja återhämtningen genom att stödja patienterna i vardagen.

Syfte: Att beskriva patienternas upplevelser av att återhämta sig efter hjärtinfarkt.

Metod: Kvalitativ metod har använts utifrån 12 vårdvetenskapliga artiklar. Analysen är utförd enligt Evans (2002) beskrivning av systematisk litteraturstudie med en beskrivande syntes.

Resultat: Resultatet presenteras i tre huvudteman: *En förändrad kropp*, *Ett förändrat sinne* och *Ett nytillkommet behov*. Resultatet visade att patienternas kropp och tankar upplevdes annorlunda efter hjärtinfarkten. Vissa upplevde negativa följder som ihållande oro och vissa upplevde positiva följder och ett förbättrat liv. Livet behövde omvärderas och livsstilsförändringar kunde behöva utföras.

Slutsats: Fokus på patienterna bör finnas en längre tid efter hjärtinfarkten, då den förändrade vardagen kan skapa ett lidande. Dock kan hjärtinfarkten bidra till en nystart i livet som resulterar i bättre hälsa, stärkta relationer och att patienterna lär sig prioritera de viktiga delarna i livet.

Nyckelord: Hjärtinfarkt, livsstilsförändringar, patientperspektiv, återhämtning

ABSTRACT

Background: Heart attack is the most common public health disease in Sweden. Risk factors such as stress and physical inactivity increase the risk of suffering. Nurses feel that patients need adequate information and support for a heart attack to promote recovery. There is also the opportunity to create conditions for recovery through conversation, responsiveness and information. Relatives also have the opportunity to promote recovery by supporting patients in their daily lives.

Aim: To describe patients' experiences of recovering from myocardial infarction.

Method: Qualitative method has been used based on 12 healthcare articles. The analysis is performed according to Evans (2002) description of systematic literature study with a descriptive synthesis.

Result: The result is presented in three main themes: *A Changed Body, A Changed Mind, and A New Need*. The result showed that the patients' body and thoughts were experienced differently after the myocardial infarction. Some experienced negative consequences such as persistent concern and some experienced positive consequences and improved lives. Life needed reassessment and lifestyle changes could have to be done.

Conclusion: Focus on patients should be a long time after the heart attack, as the changing everyday life can create a suffering. However, the heart attack can contribute to a new start in life that results in better health, strengthened relationships, and that patients learn to prioritize the key parts of life.

Keywords: Lifestyle changes, myocardial infarction, patient perspective, recovery

INNEHÅLL

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND	1
2.1	Hjärtinfarkt	1
2.2	Omvårdnad vid hjärtinfarkt	2
2.3	Närståendes perspektiv efter anhörig drabbats av hjärtinfarkt	3
2.4	Sjuksköterskornas perspektiv av att vårda patienter med hjärtinfarkt	4
2.5	Teoretiskt perspektiv	5
2.5.1	<i>Lidande</i>	5
2.5.2	<i>Hälsa</i>	6
2.6	Problemformulering	6
3	SYFTE	7
4	METOD	7
4.1	Datainsamling och urval	8
4.2	Dataanalys	9
4.3	Etiska överväganden	9
5	RESULTAT	10
5.1	En förändrad kropp	11
5.1.1	<i>Att uppleva fysiska konsekvenser</i>	11
5.1.2	<i>Att uppleva överväldigande trötthet</i>	11
5.2	Ett förändrat sinne	12
5.2.1	<i>Att bli emotionellt påverkad</i>	12
5.2.2	<i>Att uppleva existentiella funderingar</i>	13
5.3	Ett nytillkommet behov	15
5.3.1	<i>Att behöva familjens stöd</i>	15
5.3.2	<i>Att behöva professionellt stöd</i>	16
5.3.3	<i>Att uppleva en förändrad livsstil</i>	16
6	DISKUSSION	18
6.1	Metoddiskussion	18
6.2	Resultatdiskussion	20

6.3 Etikdiskussion	23
7 SLUTSATS	24
7.1 Förslag till fortsatt forskning	24
REFERENSLISTA.....	25
BILAGA; 1 SÖKMATRIS	
BILAGA; 2 ARTIKELMATRIS	
BILAGA; 3 KVALITETSGRANSKNING ENLIGT FRIBERG (2017)	

1 INLEDNING

Hjärtinfarkt är den vanligaste dödsorsaken i Sverige och klassas som den största folkhälsosjukdomen. Män drabbas ofta i större utsträckning än kvinnor. Risken att drabbas av hjärtinfarkt ökar med stigande ålder, långvarig stress, sämre matvanor och övervikt relaterat till låg fysisk aktivitet i vardagen. Upplevelsen eller misstanken av att ha hjärtinfarkt är en vanlig orsak till att söka akut sjukvård, då symptomen kan vara skrämmande och ofta upplevs som ett hot mot livet. Då vi båda har erfarenhet av närstående som drabbats och även själva vårdat patienter med hjärtinfarkt har vi intresse av att fördjupa kunskaperna om patienternas upplevelse efter hjärtinfarkt och hur de upplever återhämtningen. Som blivande allmänsjuksköterskor kommer vi förmodligen möta och vårda patienter som har eller har haft hjärtinfarkt, vilket gör det till ett betydelsefullt ämne att fördjupa våra kunskaper inom. Vår förhoppning är att detta examensarbete ska komma till nytta för sjuksköterskorna i praktiken genom en ökad förståelse för patientperspektivet i återhämtningen. Förhoppning finns även om att detta ska bidra till att sjuksköterskorna ska kunna stödja de enskilda patienterna på ett bra sätt, då professionen belyser vikten av att se människan som helhet och att erbjuda individuell vård. Intresseområdet kommer från forskargruppen inom Akademin för hälsa, vård och välfärd på Mälardalens högskola som efterfrågade fördjupad kunskap om hur sjuksköterskor och närstående kan stödja återhämtning efter sjukdom.

2 BAKGRUND

Bakgrunden inleds med en beskrivning av begreppet hjärtinfarkt vilket är återkommande i examensarbetet. Därefter beskrivs omvårdnad efter hjärtinfarkt där sjuksköterskornas roll och ansvar tydliggörs i förhållande till tiden efter det akuta skeendet. Tidigare forskning relaterat till närståendes och sjuksköterskornas perspektiv presenteras och därefter redovisas vårdteoretiskt perspektiv. En problemformulering avslutar bakgrunden.

2.1 Hjärtinfarkt

Hjärtinfarkt är den vanligaste förekommande dödsorsaken i Sverige (Rydberg & Holst, 2016). År 2016 drabbades cirka 25 700 personer och 25 procent avled inom en månad. Antal fall och dödlighet ökar i samband med stigande ålder, mindre än fyra procent av de som drabbades år 2016 var under 50 år. Den procentuella skillnaden mellan män och kvinnor minskar med stigande ålder men trots detta insjuknar och dör fler män i akut hjärtinfarkt än kvinnor, ca 60 procent av de drabbade är män. Hjärtinfarkt drabbar även personer med lägre utbildningsnivå i högre utsträckning (Socialstyrelsen, 2017).

En hjärtinfarkt uppstår när hela eller delar av hjärtats blodkärl täpps igen. Detta leder till en försämrad blodcirkulation i blodkärlen som i sin tur minskar syretillförseln till hjärtmuskulaturen. Syrebristen orsakar vävnadsdöd av hjärtmuskelceller. Denna process påbörjas cirka 30 minuter efter att kärlet har täppts igen. Det är därför viktigt att behandla hjärtinfarkten så fort som möjligt för att begränsa skadan på hjärtmuskeln och undvika att hela hjärtmuskeln dör (Rydberg & Holst, 2016). Riskfaktorer för hjärtinfarkt är bland annat höga blodfetter, rökning, bukfetma, högt blodtryck, fysisk inaktivitet och ärftlighet. Ytterligare en riskfaktor är psykisk stress, då stresshormoner utsöndras vilket ökar blodfetterna, blodsockret och blodtrycket. Vid hög ålder är risken för att drabbas av hjärtinfarkt högre (Pellmer, Wramner & Wramner, 2013).

2.2 Omvårdnad vid hjärtinfarkt

I omvårdnad är målet att fokus alltid ska riktas till patienterna som unika individer, med beaktande av det livssammanhang personen lever i med andra människor. Sjuksköterskor behöver vara lyhörda för patienternas behov och möta de subjektiva upplevelserna samtidigt som hälsan främjas. Personcentrerad vård nyttjas för att individualisera omvårdnad efter behov, resurser, värderingar och förväntningar. Patienterna är experter på sig själva, vilket gör att deras perspektiv och önskemål värderas högt (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b). I en vårdssituation ska sjuksköterskorna sträva efter att skapa en vårdande relation med patienterna, som är betydande för patienternas hälsoutveckling. När sjuksköterskorna är uppmärksamma och lyssnar på patienternas berättelser skapas en möjlighet för att patienterna ska känna sig bekräftade och sedda, vilket kan bidra till att det skapas en trygghet mellan sjuksköterskorna och patienterna. Detta skapar ett välbefinnande hos patienterna (Dahlborg-Lyckhage, 2014).

Efter en hjärtinfarkt är övervakning och observation viktigt, för att bland annat upptäcka tecken på komplikationer. Detta sker genom att skatta patienternas vitalparametrar enligt MEWS (Modified Early Warning Score). Mediciner som patienterna får kan påverka både blodtryck och puls och det är vanligt med feber, vilket måste följas upp (Lindgren & Johansson, 2013). Patienternas oro och atmosfären på sjukhuset står i relation till varandra. En lugn miljö bidrar till en trivsamt miljö där oron minskar (Proctor, Yarcheski och Oriscello, 1996). Ett lugnt bemötande från personal leder till att patienterna själva blir lugnare. Vid orolig och stressad miljö kan bröstsmärta bli påtaglig igen vilket gör att oron kan öka (Lidell, 2012).

För att minska riskerna att drabbas av hjärtinfarkt igen eller att komplikationer uppkommer är rehabilitering viktigt (Harbman, 2014). Rehabilitering kan definieras som återanpassning till ett vanligt liv efter sjukdom (Svenska Akademin, 2018a). I likhet med detta kan återhämta sig identifieras som att återfå krafter och livsglädje, återhämtningen kan ske från någonting eller efter något (Svenska Akademin, 2018b). Rehabiliteringsarbetet börjar redan på sjukhuset efter den akuta fasen genom mobilisering och aktivering. Patienterna kan erbjudas hjälp med enkel mobilisering till en början, till exempel att komma upp och gå i rummet eller korridoren. Detta ökar sedan successivt. Därefter uppmuntras de att röra sig mer fritt efter den egna förmågan (Lindgren & Johansson, 2013). Rörelse och lätt fysisk aktivitet bör upprätthållas för att snabbare komma tillbaka till det vardagliga livet. Sjuksköterskorna har en stor roll i att motivera till mobilisering och återhämtning, även att informera fördelarna

med aktivitet. I detta måste de dock vara lyhörda och lyssna på patienternas individuella kroppssignaler (Socialstyrelsen, 2009). Det lyfts fram hur viktigt det är att stötta inför hemgången efter hjärtinfarkt för att undvika framtida komplikationer samt att främja återhämtning. Sjuksköterskorna kan stötta genom att tillsammans skapa mål som är realistiska utifrån patienternas förutsättningar samt hjälpa att planera aktiviteter så att de kan fortsätta med målen hemma (Rion, 2016). Det finns brister med vårdgivares långsiktiga erbjudan om hjärtrehabilitering. Under det första året efter hjärtinfarkt erbjuds patienterna i vanliga fall att delta i ett rehabiliteringsprogram, men efter detta får de inte möjligheten att fortsätta med rehabiliteringsprogram eller uppföljning. Patienterna står då ensamma i arbetet med rehabiliteringen (Sjöström-Strand, Ivarsson & Sjöberg, 2013).

Skriftlig och muntlig information rekommenderas och detta bör ges i en lugn och trygg miljö när patienterna är redo för det. Ett exempel på information som kan ges i samband med sjukhusvistelsen är information om nitroglycerinspray. Det är till fördel om de får prova nitroglycerinspray redan på sjukhuset för att känna effekten och få ordentlig information om hur det fungerar. Efter detta bör patienterna fått så tydlig information att kunskap om hur bröstsmärta i hemmet ska hanteras samt veta att de ska ringa 112 om bröstsmärtan inte gått över efter 15 till 20 minuter. En bakomliggande orsak till att drabbas av hjärtinfarkt är rökning och snusning. Sjuksköterskorna har en viktig roll att informera om den stora riskfaktorn som tobak bidrar med för att förebygga, samt erbjuda hjälp att sluta att röka och snusa om patienterna själva vill det (Lindgren & Johansson, 2013).

2.3 Närståendes perspektiv efter anhörig drabbats av hjärtinfarkt

Att vara närstående till en person som har drabbats av hjärtinfarkt kan upplevas ansträngande, både fysiskt och mentalt (Andersson, Borglin, Sjöström & Willman, 2013; Eriksson, Asplund & Svedlund, 2009; Svedlund & Danielson, 2004). En del av de närstående upplever att de inte får vara delaktiga i vården på sjukhuset. Sjuksköterskorna upplevs av de närstående inte ta de dem själva eller patienterna på allvar och lyssnar inte på vad de säger och tycker. I vissa fall upplever de närstående till och med att de och patienterna ignoreras. Bristande information om deras anhörigas tillstånd eller vad framtiden betyder för den drabbade anses som ett stort problem (Andersson, Borglin, Sjöström & Willman, 2013). Närstående upplever ofta en tacksamhet och lättnad när den drabbade kommer hem efter att ha varit på sjukhus och ser fram emot att vardagen ska bli normal igen. De kan dock börja se sig själv som en vårdnadshavare eftersom att de ringer till sin make/maka ofta, de är alltid tillgängliga, uppmärksamma och förberedda på om någonting skulle hända, efter utskrivning från sjukhuset (Eriksson m.fl., 2009).

De närståendes egna liv och behov kan komma i skymundan för att den anhöriga som drabbas av en hjärtinfarkt behöver stöd och hjälp (Andersson, Borglin, Sjöström & Willman, 2013). Vissa närstående försöker behålla humöret uppe, vara glada och inte prata om sjukdomen. De gör allt för att hålla den anhöriga som varit sjuk borta från tankar på den påfrestande tiden för att inte belasta dem med ännu mer negativitet (Svedlund & Danielson, 2004). En del vill inte att deras anhöriga ska anstränga sig i onödan, och tar därför ett större ansvar än innan för att de ska ha det så bra som möjligt och fokusera på återhämtningen (Svedlund & Danielson, 2004; Andersson, Borglin, Sjöström & Willman, 2013). Detta bidrar till att de närstående hjälper till med vardagssysslor som städning, handling och även ta hand om deras anhörigas barn (Andersson, Borglin, Sjöström & Willman, 2013).

Hos en del finns ständig oro över att något liknande skulle kunna hända igen (Andersson, Borglin, Sjöström & Willman, 2013; Eriksson m.fl., 2009). Detta resulterar i att många håller uppsikt och är överbeskyddande mot personen som drabbats. Vissa har blivit så överbeskyddande att de vill ha uppsikt på maken/makan under nätterna vilket gör att de själva ligger sömlösa om nätterna. Resultatet av detta blir utmattning och trötthet på dagarna. Oron kan för vissa också handla om en tillkommen medvetenhet att livet snabbt kan förändras och en rädsla över att bli ensam och övergiven, men även en rädsla över hälsan för maken/makan (Eriksson m.fl., 2009). Faktumet att deras anhöriga har drabbats av hjärtinfarkt är chockerande och oväntat, men en del av de närstående har inte tid att bearbeta sig själva eftersom all energi läggs på den som drabbats. Några upplever en otillräcklighet och osäkerheten över vardagen. Det fanns en ansvarskänsla över att stötta den som har drabbats av och samtidigt finnas där för resten av familjen som går igenom en svår tid fanns. De uttrycker utmattning då de inte räcker till för alla (Andersson, Borglin, Sjöström & Willman, 2013). De närstående är de som uppmuntrar patienterna i vardagen att ta mer hälsosamma val som förhindrar återinsjuknande, vilket kan leda till en omfattande påfrestning för dem. Vissa har också blivit mer omhändertagande mot andra familjemedlemmar och uppmuntrar även dem till att skapa ett hälsosammare liv (Eriksson m.fl., 2009).

2.4 Sjuksköterskornas perspektiv av att vårda patienter med hjärtinfarkt

Sjuksköterskorna upplever att det är viktigt att patienterna är engagerade i sin vård och situation. Förutsättningarna för att detta ska ske är om de får adekvat information, att de får uttrycka tankar om det som händer omkring och även ställa frågor. Medvetna och involverade patienter berikar arbetet (Arnetz, Winblad, Arnetz, & Höglund, 2008). Ett tryggt och öppet klimat är önskvärt där initiativ vågar tas till samtal och stöd. Kvinnor upplevs vara enklare att vårda eftersom de har lättare att uttrycka tankar än män. Detta leder till att förutsättningarna för en närmre relation med kvinnorna kan skapas och på så sätt kan vården anpassas bättre till dem. Män har en tendens att sätta upp hinder som kan innebära att de skämtar om sin situation, vilket som gör det svårare att komma dem nära. En öppen inställning föredras när det gäller kommunikation där patienterna själva får avgöra behovet av att prata. Det kan även handla om att de önskar mer tid för att ställa frågor eller dylikt eftersom patienterna kan upplevas känsliga och omotagliga för kontakt till en början (Svedlund, Danielson & Norberg, 1999). Genom djupare dialog och samtal kan förklaringar om vad som hänt och vad som kommer att hända ges och en förståelse för patienternas perspektiv kan skapas. Brist på tid och andra viktiga prioriteringar kan hindra samtal och kontakt i den utsträckningen som egentligen skulle behövas (Arnetz m.fl., 2008).

I relation till de beskrivna utmaningarna och hindren upplever sjuksköterskorna att tiden med patienterna bör prioriteras högt och med utgångspunkt i patienternas individuella och varierade behov (Svedlund m.fl., 1999; Arnetz m.fl., 2008). Genom tid kan en bra och djupare relation skapas och vikt bör därför läggas på att konstruera en fungerande relation, som anpassas efter den enskilda individen. En god relation lyckas inte alltid möjliggöras vilket då medför en upplevelse av otillräcklighet. Men om tillräcklig tid ägnas för samtal och stöd i den utsträckning som patienterna är i behov av, så kan en större trygghet skapas. Detta kan göra att de i vissa fall inte behöver smärtlindring, på grund av tryggheten som skapats. Patienterna kan ibland upplevas förvirrade och förståelse finns inte alltid för vad som har

drabbat dem. Antaganden finns att det grundar sig i en sårbarhet efter den traumatiska händelsen, och att patienterna därigenom försöker se förbi den svåra händelsen. Detta kan visas då de inte har frågor eller funderingar samt avvisar tanken att något är fel. Patienterna kan ibland beskriva sina upplevelser otydligt vilket kan göra det svårare för sjuksköterskorna att identifiera deras symtom och att ta hand om dem. Sjuksköterskorna tycker det är viktigt att inbringa hopp och att chans finns att gå vidare från ohälsan som hjärtinfarkten bidragit till (Svedlund m.fl., 1999).

Dialog om livsstilsförändringar anses som en viktig arbetsuppgift för sjuksköterskorna (Arnetz m.fl., 2008). Motiverande samtal lyfts fram som en bra strategi för att hjälpa patienterna med beteendeförändringar, som kan behöva göras efter hjärtinfarkt. Motiverande samtal går ut på att sjuksköterskorna hjälper dem att identifiera beteenden som behöver ändras och sedan stöttar till att dessa förändringar upprätthålls. Att ställa frågor som hjälper patienterna att identifiera vilka beteenden som behöver ändras, att hjälpa patienterna att själva rada upp vilka för- och nackdelar som skulle kunna tillkomma med beteendeförändringarna samt vilken kunskap som de redan besitter om sin sjukdom och sina beteenden, är några exempel på hur motiverande samtal kan gå till. Målet är att patienterna ska få styra själva, vilket ökar chansen att beteendeförändringarna faktiskt sker (Van Nes & Sawatzky, 2010). Sjuksköterskorna rekommenderar att patienterna själva måste bestämma hur de ska leva sina liv i framtiden och att de själva bär på ansvaret för sitt egna liv (Svedlund m.fl., 1999). Sjuksköterskorna har genom sin kompetens möjlighet att skapa en förebyggande vård. Detta på grund av de breda medicinska kunskaperna dem besitter samt den djupa vårdrelationen som kan skapas, då sjuksköterskorna är närvarande under rehabiliteringsprocessen som omvårdnadsspecialist (Harbman, 2014). Upplevelser finns även om att det är bra att besitta kunskap om människors beteenden, till exempel i sorg och kris för att på bästa sätt kunna stötta patienterna och anhöriga. Det är viktigt att kunna vara medveten om samt förhålla sig till egna emotioner för att därigenom kunna fullfölja arbetet professionellt med beaktande av andras sorger och kriser (Svedlund m.fl., 1999).

2.5 Teoretiskt perspektiv

Som teoretiskt perspektiv valdes Erikssons teori om hälsa och lidande. Författarna valde att fokusera på hälsa då de vill lyfta patienternas upplevelser av att återhämta sig i förhållande till hälsa. Lidande beskrivs enligt Eriksson (2015) från tre former: sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Formerna används då patienternas upplevelser av att återhämta sig efter hjärtinfarkt kan skapa ett lidande i olika former. Det teoretiska perspektivet kommer att diskuteras mot fynden från resultatet i resultatdiskussionen.

2.5.1 Lidande

Sjukdomslidande är ett lidande som tillkommer under sjukdom och behandling. Det finns två delar i detta begrepp, kroppslig smärta och själsligt lidande. Den kroppsliga smärtan uppkommer fysiskt till följd av sjukdomen och behandlingen. Den drabbar hela patienten som helhet vilket tar upp hela patientens koncentration, vilket försvårar kapaciteten att behärska lidandet. Kroppslig smärta kan vara olidlig och leda till själslig och andlig död. Smärtan är oftast fokuserad till en specifik del av kroppen och är centralt för patienten. Genom att minska smärtan så kan även lidandet minskas och därför bör prioritering göras

till detta. Sjukdom och behandling kan även leda till att ett själsligt och andligt lidande uppstår. Detta är orsakat av upplevelser som patienten erfar i samband med sjukdomen, till exempel förnedring, skam och skuld. Dessa upplevelser kan uppstå av sig själv, om patienten blir dåligt bemött av vårdpersonal eller om det sociala sammanhanget blir drabbat på grund av sjukdomen (Eriksson, 2015).

Vårdlidande uppstår i samband med vård och anses vara ett onödigt lidande, då det inte skulle behöva uppstå om vården bedrevs som den skulle. Det kan skapas om idén av vård inte uppfylls eller om vård uteblir. Denna form av lidande kan också ha grund i om patienten upplever sig kränkt eller om sjuksköterskorna utövar en orättvis maktposition. Sjuksköterskorna bär på ett ansvar att inte åstadkomma vårdlidande och om detta skapats innebär det att de har kränkt patientens värdighet. Detta bidrar till att de inte upplever sig själva som en hel individ (Eriksson, 2015).

Livslidande är när sjukdomen och ohälsan påverkar livssituationen. Det liv som patienten levde tidigare finns inte längre kvar och detta skapar då ett lidande. Livslidande kan betyda ett hot mot existensen och förlust till att fullfölja uppgifter i vardagen och i livet. Det är kopplat till existentiella frågor som vad det kan betyda att leva och att vara människa. Patienten kan uppleva ett stort lidande om funderingar på döden och särskilt den egna döden uppkommer, samtidigt som viljan till liv är stor. Att inte bli sedd kan ses som ett hot mot existensen. En förändrad livssituation upplevs som någonting onormalt och tid behövs till att upptäcka ett nytt sammanhang i livet (Eriksson, 2015).

2.5.2 Hälsa

Att ge hälsa till en människa är omöjligt, men att stödja en människa i att vara i hälsa är möjligt. Hälsan är inget permanent utan ändras över tid där många faktorer samspelar. Det är en helhet där människans upplevelser av helhet avgör om hälsa finns. Inom vårdvetenskap finns olika perspektiv på vad hälsa är, men ett övergripande perspektiv utgår ifrån tre dimensioner. Den första dimensionen handlar om hälsa som en helhet mellan kropp, själ och ande, vilket inte utesluter någon av dessa delar. Den andra dimensionen handlar om att människan inte kan ange några exakta mått på hälsan. Den varierar från person till person och kultur till kultur. Den tredje dimensionen handlar om att hälsan är individuell och personlig, vilket betyder att varje människa har sin egen uppfattning om vad hälsa är (Eriksson, 2014).

2.6 Problemformulering

I Sverige 2016 drabbades cirka 25 700 personer av hjärtinfarkt som de sökte och fick vård för. Människor som har eller har haft hjärtinfarkt utgör en stor del av den totala andelen människor i samhället och är därmed en stor patientgrupp. Tidigare forskning visar att de närstående blir påverkade av sina anhörigas lidande efter hjärtinfarkt, vilket skapar en ansträngande vardag. De närstående upplever att sjuksköterskorna inte alltid är lyhörda och tillmötesgående mot dem och deras anhöriga. Sjuksköterskorna däremot anser att patienternas egna inställning till återhämtning är betydande och att motivationen hos dem kan variera. Likaså framkommer även att sjuksköterskorna har brist på kunskap om

återhämtning och att stödet brister från sjukvården för att ett långvarigt återhämtande ska vara möjligt. Vikten av att se människan som en helhet av kropp, själ och ande är central, vilket gör att sjuksköterskorna måste vara lyhörda och möta patienternas behov även i återhämtningen från ohälsa. Mer kunskap behövs därför om patienternas egna upplevelser av sin återhämtning för att kunna arbeta evidensbaserat med den individuella människan i fokus. Om patienterna får en mer tillfredsställande återhämtning från sin sjukdom skulle det förhoppningsvis bidra till att patienternas lidande minskar och att hälsa främjas inte bara i det akuta förloppet men fortsätter främjas i återhämtningen också. Genom en ökad kunskap om patienternas upplevelse av att återhämta sig efter hjärtinfarkt kan detta examensarbete förhoppningsvis bidra till en bättre anpassad eftervård och att patienter som går igenom återhämtningen blir förstådda av sjuksköterskor och närstående.

3 SYFTE

Syftet är att beskriva patienternas upplevelse av att återhämta sig efter hjärtinfarkt.

4 METOD

Examensarbetets metod utgår från en kvalitativ ansats och vald analysmetod är en systematisk litteraturstudie med beskrivande syntes enligt Evans (2002) beskrivning. En litteraturstudie med beskrivande syntes bidrar till att en ny helhet skapas genom fokus på att beskriva argumenten i studiernas resultat (Evans, 2002). En kvalitativ ansats ansågs lämplig att använda vid litteraturstudier och kan enligt Friberg (2017) skapa en fördjupad kunskap och förståelse om upplevelser. Att sammanställa publicerade artiklar leder även till ett större kunskaps värde kring fenomenet som beskrivs. I examensarbetet valdes den kvalitativa ansatsen för att ge en djupare förståelse kring patienternas upplevelse av återhämtningen efter hjärtinfarkt. Den beskrivande syntesen ansågs relevant då författarna fick ta del av flera studier som bidrog till en djupare kunskap.

Analysmetoden utgår utifrån fyra steg. Det första steget är att samla in relevant data utifrån valda urvalskriterier och vetenskapliga artiklar. Det andra steget är att finna detaljer i texterna som svarar på syftet, så kallade nyckelfynd, genom att artiklarna läses flera gånger om. I det tredje steget granskas nyckelfynden för att finna likheter och skillnader. Nyckelfynden kategoriseras i likheter och utifrån detta skapas teman och subteman. I det fjärde steget beskrivs fenomenet i ett resultat. En helhet av det valda syftet har skapats utifrån sammanställningen av flera artiklar (Evans, 2002).

4.1 Datainsamling och urval

Första steget enligt Evans (2002) beskrivning är datainsamling. Med hjälp av Svensk MeSh identifierades engelska termer som sedan användes vid sökningen av artiklarna. Genom sökordet hjärtinfarkt i Svensk MeSh framkom termerna *myocardial infarction*, *myocardial ischemia* och *heart attack*. En första sökning på hjärtinfarkt gjordes för att överblicka området.

Underlaget till resultatet består av publicerade vårdvetenskapliga artiklar. Databaserna Cinahl Plus och PubMed valdes för att söka artiklar, då de innehåller stor tillgång till vårdvetenskapliga artiklar. Sökorden valdes utifrån syftet för att finna relevanta artiklar. Sökorden var för att benämna några: *myocardial infarction*, *heart attack*, *patient experience*, *patient view*, *patient perspective*, *lifestyle*, *recovery* och *rehabilitation* (se bilaga 1 för sökningarna). Boolesk söklogik enligt Friberg (2017) vilket innefattar AND och OR skrevs i sökningarna. AND användes för att finna flera sökord i samma artikel, till exempel hjärtinfarkt, patientperspektiv och återhämtning. OR skrevs mellan liknande sökord för att finna artiklar som handlade om liknande ämnen men med då forskarna i artiklarna nyttjade olika ordval, till exempel *myocardial infarction* och *heart attack*.

Avgränsningarna i sökningen som gjordes var peer review, academic journals, engelskt språk och publicerings år. Kriterierna valdes för att lättare finna relevanta och vetenskapliga artiklar till examensarbetet. Vid ett första stadie av sökning gjordes avgränsning från år 2013 till 2018 för att finna aktuell forskning. Efter olika kombinationer av sökord samt en kvalitetsgranskning av flertalet artiklar var antalet valda artiklar till examensarbetet för lågt och därför vidgades årtalet från 2011 till 2018. Efter att ytterligare flertalet artiklar granskades utan att finna artiklar som hörde till syftet, så utökades sökningen till 2008. I olika kombinationer av ord återkom samma artiklar vilket även det var en bidragande faktor till att årtalet breddades.

Inklusionskriterier som valdes var artiklar där patienter fått hjärtinfarkt utan medicinska komplikationer och att studier gjorts tiden efter hjärtinfarkten. Likaså inkluderades enbart kvalitativa studier, då Evans (2002) beskrivning av analysmetod användes. Exklusionskriterier var studier om barn då de inte ansågs vara relevanta för detta examensarbete och artiklar som handlade om det akuta skeendet av hjärtinfarkten. Artiklar valdes ut i ett första steg genom att läsa titeln. Efter det lästes sammanfattningen och syftet vilket gjorde att artiklar som inte ansågs svara på syftet för examensarbetet sållades bort. De slutgiltiga artiklarna valdes ut genom Fribergs (2017) kvalitetsgranskning innehållande frågor där varje artikel fick ett poäng beroende på kvalitén av artikeln. Författarna valde ut nio stycken frågor från Fribergs kvalitetsgranskning som ansågs vara de mest relevanta frågorna. De frågorna som valdes bort var svåra att förstå och kunde tolkas olika beroende på vem som utför kvalitetsgranskningen efter dessa frågorna, då dessa slutsatser dragits efter diskussion med andra studenter (se bilaga 3 för en överblick av kvalitetsgranskningen). 12 artiklar ansågs svara på syftet och ha tillräckligt hög kvalitet för att användas i examensarbetet (se bilaga 2).

4.2 Dataanalys

Valda artiklar lästes igenom individuellt flera gånger för att finna detaljer i varje studie och sedan ta ut nyckelfynd. Författarna identifierade individuellt nyckelfynd i artiklarna för att sedan sammanställa och jämföra fynden gemensamt. Sammanlagt hittades 170 stycken nyckelfynd som skrevs ned på papper. Varje artikel fick en enskild färgkod för att det lättare skulle gå att åtskilja artiklarna. Sedan klipptes nyckelfynden ut för att kunna överblickas. Alla nyckelfynd granskades för att jämföra skillnader och likheter och de som sedan inte ansågs relevanta utifrån syftet sorterades bort. 24 stycken nyckelfynd som inte besvarade på arbetets syfte rensades bort, vilket resulterade i att det fanns 146 nyckelfynd kvar. Nyckelfynden kategoriserades och delades upp i likheter, vilket resulterade i sju identifierade subteman. Likheter och skillnader mellan de olika kategorierna identifierades tillsammans, vilket ligger till grund för teman och subteman. Teman och subteman granskas flera gånger för att säkerställa att dessa fungerar utifrån det textmaterial som finns. Nedan följer en tabell över några av nyckelfynden som bildade tema och subteman:

Tabell 1, exempel på nyckelfynd.

Nyckelfynd	Tema	Subteman
“After surviving an MI often meant overwhelming physical and mental fatigue, which at times was impossible to Manage” (Andersson, Borglin & Willman, 2013, s.765)	En förändrad kropp	Att uppleva fysiska konsekvenser
“I feel tired when I'm walking.” (Nunes, Rego & Nunes, 2016, s.154)		
“They described restrictions early in their recovery because of decreased physical capacity, including weakness and decreased stamina.” (Junehag, Aspund & Svedlund, 2014, s.292)		Att uppleva överväldigande trötthet
“Performing simple tasks such as getting dressed and walking around in the house were difficult.” (Stevens & Thomas, 2012, s.1101)		

4.3 Etiska överväganden

Inom all forskning bör forskare förhålla sig utifrån forskningsetiska regler som bland annat innebär att inte förvanska resultat eller plagiera andras forskning (Vetenskapsrådet, 2017). Detta kallas oredlighet och gör att forskaren avsiktligt vilseleder läsaren (CODEX, 2018).

Plagiat är då en text kopieras eller skrivs om med ett fåtal ord utan att hänvisa till författaren som skrivit texten (Polit & Beck, 2016). Plagiat av publicerade studier och ändringar av andra arbeten som inte refererar till författaren samt förfalskning av resultat får inte förekomma (CODEX, 2018). Dålig forskningsetik visas då frågeställningen är otydlig och studien görs på ett sätt så det inte blir möjligt att besvara frågan. Även då arbetet använder felaktig metod eller om tillvägagångssättet av metoden är felaktigt samt att delar av resultatet utelämnas. Detta gör att vetenskapen brister och studien ej kan användas eller kommer användas felaktigt i praktiska sammanhang. Arbetet bör beröra intressanta och relevanta frågeställningar (Vetenskapsrådet, 2017). Publicerade studier bör värna om deltagarna i studierna i enlighet med forskningsetiska regler. Detta innefattar bland annat informerat samtycke, transkribering av material och skydd av mänskliga rättigheter. Forskaren bär ansvaret över att studien håller en god kvalitet och är etiskt korrekt (CODEX, 2018). De inkluderande artiklarna är samtliga godkända av etiska kommittéer eller motsvarande.

För att säkerställa kvalitén på studier som avser leda fram till ny kunskap så bör dessa granskas av sakkunniga inom ämnet. Detta görs utifrån tydliga kriterier och kallas peer review granskning (Vetenskapsrådet, 2017). Därmed så är samtliga artiklar till examensarbetet peer review granskade. Examensarbetet kommer utföras med vetenskaplig kvalitet då artiklarna som är till grund för resultatet har kvalitetsgranskats enligt Friberg (2017). Sjuksköterskans kunskap kan delas in i flera delar, varav ett av dem är personlig kunskap som innehåller en medvetenhet om de personliga normerna och synen på livet (Friberg, 2017). Författarnas förförståelse kommer därför att medvetandegöras och diskuteras.

5 RESULTAT

Resultatet presenteras i tre huvudteman och sju subteman. Temat *En förändrad kropp* innehåller subtemana: *Att uppleva fysiska konsekvenser* och *Att uppleva överväldigande trötthet*. Temat *Ett förändrat sinne* innehåller subtemana: *Att bli emotionellt påverkad* och *Att uppleva existentiella funderingar*. Temat *Ett nytillkommet behov* innehåller subtemana: *Att behöva familjens stöd*, *Att behöva professionellt stöd* och *Att uppleva en förändrad livsstil*.

Tema	Subtema
En förändrad kropp	Att uppleva fysiska konsekvenser Att uppleva överväldigande trötthet
Ett förändrat sinne	Att bli emotionellt påverkad Att uppleva existentiella funderingar
Ett nytillkommet behov	Att behöva familjens stöd Att behöva professionellt stöd Att uppleva en förändrad livsstil

5.1 En förändrad kropp

I detta tema beskrivs upplevelser av de kroppsliga konsekvenserna som tillkommit efter hjärtinfarkt. Det som framkommit är bland annat att kroppens fysiska förmåga och ork förändrades efter de drabbats av en hjärtinfarkt. Till följd av detta blev olika typer av aktiviteter i vardagen påverkade. Det fysiska uppgifterna som tidigare upplevdes som enkla blev svåra att utföra. Detta beskrivs vidare i två subteman: *Att uppleva fysiska konsekvenser* och *Att uppleva överväldigande trötthet*.

5.1.1 Att uppleva fysiska konsekvenser

Både män och kvinnor uttryckte att de inte kände igen sina kroppar fysiskt efter de drabbats av en hjärtinfarkt. Detta visades då kroppen inte hade styrka och ork att utföra samma uppgifter som innan samt att den kroppsliga utmattningen blev överväldigande för patienterna (Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2008; Merritt, Zoysa & Hutton, 2017; Petriček, Buljan, Prljević & Vrcić-Keglević 2017; Stevens & Thomas, 2012). Män som drabbats av hjärtinfarkt beskrev att de kände sig fysiskt svaga, och att de hade förlorat funktioner som förväntas av dem som män, speciellt gällande den fysiska styrkan (Merritt m.fl., 2017). De kroppsliga gränserna ansågs låga och inget försök gjordes att testa dessa gränser. Kroppsliga utmaningar och enkla fysiska aktiviteter undveks på grund av att patienterna inte längre kunde lita på den egna kroppen (Kristofferzon m.fl., 2008). Detta beskrivs av en patient i citatet: "At first I was almost afraid of lifting a pen or of moving anything" (Junehag, Asplund & Svedlund, 2013, s293). De fysiska svårigheterna som tillkom efter hjärtinfarkten utgjorde stora besvär i det vardagliga livet. Hushållssysslor, enkla uppgifter och det som tidigare inte hade varit något problem blev svåra att utföra (Junehag m.fl., 2013; Merritt m.fl., 2017; Nunes m.fl., 2016; Simonj, Dreyer, Pedersen & Birkelund, 2017; Stevens & Thomas, 2012). Påklädningen på morgon blev ett projekt och att gå omkring i eller utanför huset blev en utmaning (Stevens & Thomas, 2012). Symptom som bröstsmärta och andfåddhet hade blivit normalt i vardagen (Fållun m.fl., 2016; Junehag m.fl., 2013; Kristofferzon m.fl., 2008; Merritt m.fl., 2017; Nunes, Rego & Nunes 2016; Simonj m.fl., 2017; Stevens & Thomas, 2012). Vissa upplevde också ständigt illamående (Stevens & Thomas, 2012). Ett exempel på symptomens begränsning i vardagen beskrevs i citatet: "When I take the dog for a walk so... If I start walking too fast, then I have to stop and stand, because I have difficulties with breathing and my legs and arms are too weak to move on" (Junehag m.fl., 2013, s292). Att vardagssysslor blev en påfrestning ledde till att beroende skapades till andra människor och hjälp var av betydande vikt för att de fysiska konsekvenserna inte skulle bli avgörande (Andersson, Borglin & Willman, 2013; Merritt m.fl., 2017; Stevens & Thomas, 2012).

5.1.2 Att uppleva överväldigande trötthet

I början av återhämtningen av hjärtinfarkten upplevdes en utmattande trötthet som var besvärlig att hantera (Andersson, Borglin, & Willman, 2013; Junehag m.fl., 2013; Kristofferzon m.fl., 2008; Nunes m.fl., 2016; Merritt m.fl., 2017; Petriček m.fl., 2017; Simonj m.fl., 2017; Stevens & Thomas, 2012). Tröttheten ledde till att patienterna inte längre kunde utföra aktiviteter som de tidigare gjort och hade en stor påverkan på deras vardag (Andersson, Borglin, & Willman, 2013; Kristofferzon m.fl., 2008; Nunes m.fl., 2016; Simonj m.fl., 2017; Stevens & Thomas, 2012). Energin var minimal och vardagliga aktiviteter och sysslor i hemmet fick undvikas, skjutas upp eller utföras i mindre utsträckning. Upplevelsen

av tröttheten och den bristande energin bidrog till att patienterna drog sig ur sociala sammanhang och slutade göra saker som de tidigare uppskattat och som givit dem glädje och meningsfullhet i vardagen (Andersson, Borglin & Willman, 2013; Simoný m.fl., 2017). På grund av mindre energi och orkeslöshet behövde patienterna börja prioritera, bland annat gällande jobb vilket då innefattade kortare arbetsdagar eller sjukskrivning (Simoný m.fl., 2017). Den fysiska utmattningen kunde jämföras med en kroppslig åldring vilket gjorde att kroppen upplevdes som mycket äldre än vad den egentligen var (Merritt m.fl., 2017). En upplevelse av att familj och släktingar inte förstod att de inte hade samma energi som innan var vanlig hos både män och kvinnor (Kristofferzon m.fl., 2008). Vissa ville inte heller visa för familj och vänner att de var utmattade för att inte göra dem oroliga. De gick istället iväg och vilade för sig själva (Stevens & Thomas, 2012). Ett år efter hjärtinfarkten upplevde vissa patienter fortfarande trötthet (Junehag m.fl., 2013).

5.2 Ett förändrat sinne

I detta tema beskrivs upplevelser av ett förändrat sinne. Det har framkommit tankar och olika emotioner som kunde vara en del i återhämtningen. Att drabbas av en hjärtinfarkt hade skapat en oro relaterat till det nya livet då ekonomin, arbetslivet, sociala relationer och synen på den egna kroppen blev annorlunda efter. Vidare beskrivs de nya tankarna om livet och döden som hade uppkommit. Patienterna var rädda för ifall de skulle drabbas igen men många var tacksamma över att de överlevt och funderade på hur de skulle ta vara på livet och framtiden. Detta beskrivs vidare i två subteman: *Att bli emotionellt påverkad* och *Att uppleva existentiella funderingar*.

5.2.1 Att bli emotionellt påverkad

Upplevelsen av att ha fått en hjärtinfarkt resulterade i att patienterna blev osäkra och oroliga (Andersson, Borglin & Willman, 2013; Fårun, Fridlund, Schaufel, Schei & Norekvål, 2016; Junehag m.fl., 2013; Kristofferzon m.fl., 2008; Merritt m.fl., 2017; Nunes m.fl., 2016; Petriček m.fl., 2017; Simoný m.fl., 2017; Stevens & Thomas 2012). Oförmågan att förstå vad som orsakade deras hjärtinfarkt gjorde att de upplevde en ledsamhet, nedstämdhet och aggression (Stevens & Thomas 2012). Oro kunde uppkomma under nattetid då rädslan av att somna och aldrig mer vakna blev extra påtaglig. De upplevde sig då mer nedstämda och kände att dessa sinnesstämningar förvärrades (Nunes m.fl., 2016; Stevens & Thomas 2012). Vissa av patienterna berättade att oro och osäkerhet var svårast att hantera efter de drabbats av hjärtinfarkten, speciellt i ett tidigt stadie i återhämtningen. Oron ökade vid vardagliga aktiviteter, speciellt vid fysiska aktiviteter då hjärtat fick jobba extra, vilket ledde till att begränsningar i återhämtningen blev tydligt märkbara (Petriček m.fl., 2017). En del upplevde att de var tvungna att lära sig hantera oro då detta inte var något de kommit i kontakt med i samma utsträckning innan de drabbades (Junehag m.fl., 2013). Patienterna upplevde kroppen som främmande och svag vilket bidrog till att de inte vågade vara ensamma. Detta gjorde att de valde att vistas på platser där andra människor vistas där de inte var ensamma och där hjälp fanns inom räckhåll ifall något skulle inträffa (Andersson, Borglin & Willman, 2013; Junehag, Asplund & Svedlund, 2014; Kristofferzon m.fl., 2008; Simoný m.fl., 2017; Stevens & Thomas 2012). En patient beskrev detta i citatet: "I had to know exactly where all hospitals were located . . . It became a crazy feeling" (Junehag m.fl., 2014, s.26). Bristande förtroende för kroppen och rädsla att hjärtat skulle sluta fungera utan varning var påtagligt.

Misstron gjorde att återhämtningen pågick samtidigt som upplevelse av oro och rädsla ständigt närvarade (Andersson, Borglin & Willman, 2013; Fårun m.fl., 2016; Kristofferzon m.fl., 2008).

Brist på meningsfullhet och förlust av glädje beskrevs relaterat till att vardagssysslor inte blev utförda eller kunde utföras på samma sätt som tidigare (Simonj m.fl., 2017). Yngre män blev uttråkade då de inte kunde arbeta eller träna utifrån samma villkor som de tidigare gjort. Detta ledde till en påfrestning i vardagen och de upplevde även sårbarhet och frustration. De kände sig mindre av en man än vad de gjorde innan på grund av en inlärd uppfattning om hur en man ska uppträda, vilket inte överensstämde med hur de blev tvungna att leva (Merritt m.fl., 2017). Återhämtningen och anpassningen till det nya livet efter hjärtinfarkt tog lång tid då sjukdomen hade påverkat dem starkt. Tankarna på att livet aldrig skulle bli som innan var ständigt närvarande vilket gjorde dem ledsna och osäkra och att uppnå en acceptans var svårt (Simonj m.fl., 2017). Fyra till sex månader efter att ha drabbats av hjärtinfarkt upplevde patienterna fortfarande irritation, ilska, otålighet, rastlöshet och nedstämdhet. En del av dem uttryckte även att de upplevde sig försummade och värdelösa då de såg en oviss framtid med begränsning att inte klara av att göra allt själva (Kristofferzon m.fl., 2008). De uttryckte att de hade blivit funktionshindrade, men tyckte ändå att det var frustrerande att be om hjälp (Simonj m.fl., 2017).

Efter hjärtinfarkten uppkom många tankar om arbetet (Andersson, Borglin & Willman, 2013; Kristofferzon m.fl., 2008; Merritt m.fl., 2017; Nunes m.fl., 2016; Petriček m.fl., 2017; Simonj m.fl., 2017; Stevens & Thomas, 2012; Wieslander m.fl., 2016). Det fanns en rädsla för att inte kunna utföra arbetet med samma effektivitetsnivå efter sjukskrivningen. Patienterna som var arbetslösa var rädda för att vara mindre attraktiva på arbetsmarknaden när de väl skulle söka jobb (Andersson, Borglin & Willman, 2013). En längtan fanns hos vissa att komma tillbaka till arbetet, då de blivit rastlösa hemma (Kristofferzon m.fl., 2008; Petriček m.fl., 2017; Wieslander m.fl., 2016). Vissa hade blivit tvungna att avbryta arbetskarriären och sluta arbeta. Vissa hade även givit upp planer på att studera till drömyrket, för att fortsätta arbeta och ha en sjukförsäkring (Stevens & Thomas, 2012). För en del berodde oron för arbetet på att det var fysiskt krävande vilket gjorde att de inte visste om de skulle klara av det (Nunes m.fl., 2016). Att vara sjukskriven efter hjärtinfarkten blev en osäkerhet och innebar en oro för ekonomin, vilket gjorde att de fick låna pengar från familj och släktingar för att få vardagen att gå runt (Andersson, Borglin & Willman, 2013; Merritt m.fl., 2017). De yngre patienterna upplevde det tillkomna beroendet av familjemedlemmar som jobbigt och påfrestande. De skämdes över det ekonomiskt beroende som hade skapats till föräldrarna då möjligheten till att arbeta hade blivit begränsad (Merritt m.fl., 2017). Patienterna kunde uppleva ånger och skuld efter att ha drabbats som grundade sig i det ohälsosamma livet de tidigare levde. Skulden grundade sig även i att de tyckte synd om familjen som lidit känslomässigt på grund av deras hjärtinfarkt. De ansåg inte att de förtjänade uppmärksamhet eller medlidande från familjen då det var deras eget fel att dom hamnade i den sitsen (McAnirnm m.fl., 2015). En del upplevde att de blev annorlunda behandlade av familjen. De sågs som en sjuk person som skulle vara stilla och ta det lugnt samt inte göra någonting ansträngande. Detta gjorde patienterna irriterade då de ville bli behandlade som innan (Petriček m.fl., 2017).

5.2.2 Att uppleva existentiella funderingar

Det uppkom en existentiell rädsla efter hjärtinfarkten som grundades i nya perspektiv på livet. Patienterna insåg att livet aldrig skulle återvända till det normala och att de saknade

kontroll över händelser som kunde ske (Simonj m.fl., 2017). Tvivel om existensen kunde ta sig uttryck i rädsla för döden samt att inte få leva ett långt liv (Andersson, Borglin & Willman, 2013; Junehag m.fl., 2014; Merritt m.fl., 2017; Petriček m.fl., 2017; Simonj m.fl., 2017; Stevens & Thomas, 2012). Patienterna upplevde att tankarna var värst när de var ensamma (Junehag m.fl., 2014). Rädslan för döden gjorde att föräldrar till yngre barn började reflektera över att inte få se barnen växa upp och att de inte skulle kunna uppfylla föräldraansvaret gentemot dessa. Ovissheten om baren hälsa och risken att barnen också skulle drabbas av en hjärtinfarkt i framtiden fanns hela tiden och gjorde de maktlösa (Andersson, Borglin & Willman, 2013). De funderade även på vem som skulle ta hand om barnen när de inte levde längre. Dessa funderingar gällde även ansvar för resterande familjemedlemmar, detta beskrivs i: "And then my main concern was what if something happens to me and I can't take care of ... I can't be there for the other people I want to be there for." (Stevens & Thomas, 2012, s. 1102). Familjemedlemmarnas beroende av varandra var starkt (Merritt m.fl., 2017).

Synen på framtiden var inte längre detsamma som innan (Andersson, Borglin & Willman, 2013; Kristofferzon m.fl., 2008; Merritt m.fl., 2017; Nunes m.fl., 2016; Simonj m.fl., 2017; Stevens & Thomas, 2012). En del av patienterna slutade tänka på händelser i framtiden på grund av osäkerheten på hur länge de kommer leva (Andersson, Borglin & Willman, 2013; Junehag m.fl., 2013; Junehag m.fl., 2014; Kristofferzon m.fl., 2008; Merritt m.fl., 2017). Tanken på att drabbas av en ny hjärtinfarkt var ständigt närvarande vilket skapade ett outhärdligt lidande (Andersson, Borglin & Willman, 2013; Junehag m.fl., 2013; Junehag m.fl., 2014; Kristofferzon m.fl., 2008; Merritt m.fl., 2017; Petriček m.fl., 2017; Simonj m.fl., 2017; Stevens & Thomas, 2012). En del beskrev detta som att de levde på lånad tid (Stevens & Thomas, 2012). Frågor som 'varför jag' uppstod när de ifrågasatte orsaken till att de drabbats av hjärtinfarkt (Andersson, Borglin & Willman, 2013; McAnirn m.fl., 2015; Petriček m.fl., 2017; Stevens & Thomas, 2012). De kom fram till att det var orättvist att just de hade drabbats eftersom andra personer som levde mycket mer ohälsosamt inte drabbats. Ständigt pågick sökandet efter förståelse och frustration skapades då de inte kunde erhålla ett tydligt svar på varför de utsatts (McAnirn m.fl., 2015). En patient beskrev följande:

Just the fact that it had happened to me and I was, you know, I was alone without my husband and I would get angry sometimes thinking why did this happen to me, you know, why did it happen to me? I don't know if I was angry at God, but I would question it a lot (Stevens & Thomas, 2012, s. 1103).

En del blev ödmjuka vid tanken på att ha överlevt och erhållit en andra chans i livet (Andersson, Borglin & Willman, 2013; Fåln m.fl., 2016; McAnirn m.fl., 2015; Merritt m.fl., 2017; Kristofferzon m.fl., 2008; Petriček m.fl., 2017; Simonj m.fl., 2017; Wieslander m.fl., 2016). De poängterade betydelsen av att inte mista självidentiteten, att behålla viktiga värderingar och egenskaper från livet innan de drabbades. De lyfte även betydelsen av att finna en balans mellan de själva och sjukdomen samt att inte mista kontroll över sjukdomen och livet (Petriček m.fl., 2017). En upplevelse av att känna sig stark och motiverad gjorde att de kunde ta sig an nya utmaningar (Junehag, 2013; McAnirnm m.fl., 2015). Betydelsen av att uppskatta livet så mycket som möjligt blev viktigt och lärdom hade gjorts om att få ut det bästa av det samt att inte ta livet förgivet (Andersson, Borglin & Willman, 2013; Fåln m.fl., 2016; Merritt m.fl., 2017; Wieslander, Mårtensson, Fridlund & Svedberg, 2016). För patienterna blev drömmar och önsknings viktigare med vetskapen om att en dag kan det vara försent. De levde mer i nuet och tog en dag i taget samtidigt som de fyllde vardagen med saker som de alltid velat göra (Fåln m.fl., 2016). Patienterna som drabbats reflekterade

aktivt över vad som var viktigt i livet, fokus på familjen och livsstilen blev en stark insikt (Andersson, Borglin & Willman, 2013; Merritt m.fl., 2017). De som inte hade barn ännu började reflektera över tanken på barn och familjeliv (Merritt m.fl., 2017).

5.3 Ett nytillkommet behov

I detta tema beskrivs upplevelser av ett nytillkommet behov som skapats i vardagen efter att ha drabbats av hjärtinfarkt. Det som framkommit är bland annat att patienterna var i behov av stöd och en ny livsstil efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt. Familjen och närståendes stöd var betydande för återhämtningen. Detta stöd var av både praktisk och emotionell karaktär i vardagen, vilket var betydelsefullt för patienterna. Det professionella stödet som hade tillkommit gjorde att en trygghet kunde upplevas i förhållande till sjukdomen, genom sjukvårdspersonalens kunskap och förmåga att lyssna och se patienterna. Vidare framkom det att livsstilsförändringar hade betydelse i återhämtningen, vilket bland annat var aktivitet, förbättrad kost och minskad stress. Detta delas vidare in i tre subteman: *Att behöva familjens stöd*, *Att behöva professionellt stöd* och *Att uppleva en förändrad livsstil*.

5.3.1 Att behöva familjens stöd

Patienterna upplevde att stöd från närstående och familj var uppskattat tiden efter de hade drabbats av hjärtinfarkt (Fållun m.fl., 2016; Junehag m.fl., 2014; Kristofferzon m.fl., 2008; McAnirn m.fl., 2015; Petričekvić m.fl., 2017; Stevens & Thomas, 2012; Wieslander m.fl., 2016). Det praktiska stödet från familjerna innebar hjälp med hushållsarbeten som de själva inte längre klarade av (Fållun m.fl., 2016; Petriček m.fl., 2017; Stevens & Thomas, 2012; Wieslander m.fl., 2016). Arbeten i hemmet, som att klättra upp på en stege och klippa träd, hade inte tidigare setts som ett problem, efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt blev de mer försiktiga och eftertänksamma över dessa arbeten. Funderingar över vad som kunde hända om yrsel uppstod när de stod på stegen gjorde att en större trygghet upplevdes om en vän eller familjemedlem hjälpte till (Stevens & Thomas, 2012). Ett emotionellt stöd från närstående ansågs även uppskattat (Fållun m.fl., 2016; Junehag m.fl., 2014; Kristofferzon m.fl., 2008; Petriček m.fl., 2017; Wieslander m.fl., 2016) Detta kunde innebära att de samtalade om upplevelser och tankar som fanns inom dem samt att ha någon som lyssnar och respekterar dem (Junehag m.fl., 2014; Wieslander m.fl., 2016). Patienterna kunde även berätta om det var någonting som bekymrade dem, och därmed få stöd av partnern (Kristofferzon m.fl., 2008). De närstående kunde även bidra med användbara råd (Fållun m.fl., 2016). För en del blev familjens stöd avgörande för att kunna gå vidare efter händelsen (Petriček m.fl., 2017; Wieslander m.fl., 2016). Vilket framkommer i följande citat: "In terms of valuing support from family and friends the women spoke of the importance of their relationships with family members and others in everyday life and that this was essential for their recovery" (Wieslander m.fl., 2016, s. 5). De närstående blev patienternas motivation till att göra livsstilsförändringar som var nödvändiga för att leva ett bra och friskt liv (McAnirn m.fl., 2015). Vikten av att spendera ännu mer tid med barnbarnen lyftes fram och att de blev glada när de fick hjälpa till att ta hand om dem och hämta från förskolan (Wieslander m.fl., 2016).

5.3.2 Att behöva professionellt stöd

Professionellt stöd från hälso- och sjukvårdspersonal ansågs viktigt för patienterna (Andersson, Borglin & Willman, 2013; Fålund m.fl., 2016; Junehag m.fl., 2014; Kristofferzon m.fl., 2008; Petriček m.fl., 2017; Stevens & Thomas, 2012; Wieslander m.fl., 2016) Bland annat hjälp med livsstilsförändringar, då dessa kunde vara svåra att genomföra (Andersson, Borglin & Willman, 2013; Petriček m.fl., 2017). Stödet kunde även vara i form av information till patienterna vilket gjorde dem lugnare och upplevde mer välbefinnande (Fålund m.fl., 2016; Petriček m.fl., 2017). I den nya vardagen kunde problem uppstå och stress var ständigt närvarande vilket gjorde att stödet som patienterna fick från sjukvårdspersonal ansågs värdefullt. De upplevde en trygghet i att sjukvårdspersonalen kunde svara på frågor och funderingar som uppkom med tiden samt att de hade förmågan att lyssna och se (Wieslander m.fl., 2016). Detta öppna och inbjudande klimat beskrevs:

The combination of the warm atmosphere, knowledge, and attentiveness provided by the healthcare professionals created a sense of security as well as an inspiration to work with their recovery process. I received a lot of help from everybody, really ... (Wieslande m.fl., 2016, s. 6).

Patienterna upplevde att fokus var på dem som individer och inte på sjukdomen. Patienterna fick genom uppmuntran och stöd, motivationen till att fortsätta framåt i återhämtningen efter hjärtinfarkten (Wieslander m.fl., 2016). Hjärtrehabiliteringsprogram ansågs viktigt för att bland annat öka kunskapen och att hantera riskfaktorer, vilket främjade återhämtningen (Fålund m.fl., 2016; Kristofferzon m.fl., 2008; Merritt m.fl., 2017; Wieslander m.fl., 2016). En del av patienterna uttryckte missnöje med att de inte fick tillräcklig kontakt och stöd från sjukvårdspersonal som de önskat (Andersson, Borglin & Willman, 2013; Junehag m.fl., 2014; Kristofferzon m.fl., 2008; Stevens & Thomas, 2012). Långa telefonköer till sjukvården gjorde det komplicerat att få kontakt och information som delgavs var opersonlig. Informationen handlade i huvudsak om medicin och motion men patienterna var inte beredda på de psykiska följderna. Detta blev svårare att hantera då de inte visste vad som var normalt att tänka. De upplevde sig även bortglömda och fick ingen uppföljning av prover som tagits efter hjärtinfarkten (Junehag m.fl., 2014). Vissa upplevde att de inte fått tillräcklig med information och att sjukvården i vissa fall inte kunde svara på frågor de hade, vilket ledde till svårigheter hemma (Stevens & Thomas, 2012). Vissa ansåg att eftervården inte var individanpassad för just dem och patienterna upplevde inte att någon frågade vad dem behövde (Andersson, Borglin & Willman, 2013).

5.3.3 Att uppleva en förändrad livsstil

En del upplevde att livet blivit bättre efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt samt att händelsen bidragit till större reflektion över livet, insikt i vad som är viktigt, nya prioriteringar och en positiv inställning till livet (Fålund m.fl., 2016; Kristofferzon m.fl., 2008; Wieslander m.fl., 2016). Detta stärks i:

Having a MI was also related to positive outcomes. This included the possibility of increasing their inner strength and seeing the bright side of life, since one day in the future might be the last and too late to enjoy life (Fålund m.fl., 2016, s. 498).

Patienter strävade efter att vända händelsen till någonting positivt och inte återvända till de livsstilsval som bidragit till att de drabbades av hjärtinfarkt. Motivationen var att förhindra en ny hjärtinfarkt samt få en förbättrad framtid (Fålund m.fl., 2016; McAnirn m.fl., 2015;

Wieslander m.fl., 2016). Att ha fått en hjärtinfarkt innebar för många att livsstilsförändringar behövde göras efter (Andersson, Borglin & Willman, 2013; Fålund m.fl., 2016; Junehag m.fl., 2013; Junehag m.fl., 2014; Kristofferzon m.fl., 2008; McAnirn m.fl., 2015; Merritt m.fl., 2017; Nunes m.fl., 2016; Wieslander m.fl., 2016). Starkare kunskap om hälsa gjorde det även möjligt att utföra förändringar i livsstilen (Junehag m.fl., 2013; Junehag m.fl., 2014; Kristofferzon m.fl., 2008). Patienterna kunde med en hälsosammare livsstil även känna att de blivit friskare (Junehag m.fl., 2013; Junehag m.fl., 2014). En livsstilsförändring som gjordes var att träning och mer aktivitet adderades eller ökades i vardagen (Andersson, Borglin & Willman, 2013; Fålund m.fl., 2016; Junehag m.fl., 2013; Kristofferzon m.fl., 2008; McAnirn m.fl., 2015; Nunes m.fl., 2016; Petriček m.fl., 2017; Stevens & Thomas, 2012; Wieslander m.fl., 2016). Kortsiktiga mål var i början fokus vilka senare blev mer utmanande och ansträngande (Fålund m.fl., 2016). Patienterna var mer villiga att lära sig om träning och den egna hälsan. De insåg även hur viktigt det var att träna för att minska övervikt och att blodsockret skulle ligga på ett bättre värde (Wieslander m.fl., 2016). En patient beskrev träningens betydelse: "I will continue with exercise training not only during the rehabilitation programme but also when I come home, and thereby attempt to delay another MI" (Fålund m.fl., 2016, s. 498). Då träning och motion skedde mer regelbundet stärktes hälsan och välbefinnandet (Kristofferzon m.fl., 2008; Wieslander m.fl., 2016; Petriček m.fl., 2017). Fysisk träning och viktnedgång kunde dock anses besvärligt att göra till en naturlig del i vardagen (Junehag m.fl., 2013; Nunes m.fl., 2016; Stevens & Thomas, 2012). Träningen påbörjades men kunde inte upprätthållas en längre tid och det ansågs då mer ansträngande att börja om (Junehag m.fl., 2013). Vissa upplevde att kunskapen om motion inte fanns och hur de skulle börja (Stevens & Thomas, 2012). Även ändrade kostvanor bidrog till viktnedgång och en hälsosammare livsstil (Andersson, Borglin & Willman, 2013; Fålund m.fl., 2016; Kristofferzon m.fl., 2008; Nunes m.fl., 2016; Wieslander m.fl., 2016). Patienterna uppskattade därav mer än innan att laga mat hemma än att äta på restaurang (Fålund m.fl., 2016). Kostförändringar var nödvändiga men kunde anses tråkiga eftersom uppskattade delar i maten, till exempel salt, behövde uteslutas. Hälsosamma kostvanor kunde därför vara svåra att upprätthålla (Nunes m.fl., 2016). En stark motivation till att sluta röka uppstod när insikt gjorts i att rökningen bidragit till sjukdomen (Fålund m.fl., 2016; Kristofferzon m.fl., 2008; Junehag, 2013; McAnirn m.fl., 2015; Wieslander m.fl., 2016). Längtan efter cigaretter fanns dock fortfarande för många en lång tid efter och det gjorde att vissa istället blev olyckliga samt oroliga över att börja röka igen (Kristofferzon m.fl., 2008; Nunes m.fl., 2016).

Livsstilsförändringar relaterade till patienternas inre handlade om att bli starkare som personer. Patienterna värdesatte sig själva och lärde sig att säga nej till saker som andra personer bad om. Högsta prioriteten var dem själva och inre styrka tränades upp för att bli mer självsäker (Fålund m.fl., 2016; Kristofferzon m.fl., 2008; Wieslander m.fl., 2016). De kunde prioritera sig själva genom att finna nya intressen, vilket distraherade dem från sjukdomen och gav dem välbefinnande i återhämtningen (Wieslander m.fl., 2016). Insikt gjordes i att umgängeskretsen möjligtvis hade bidragit till en sämre livsstil. Det sociala nätverket sågs därför över och kontakt bröts med personer som påverkat livet negativt. Det kunde innefatta vänner som förtärde mycket alkohol och festade. Följder av detta kunde dock bli minskad social kontakt och utanförskap (Merritt m.fl., 2017). Stress var en del i vardagen innan som patienterna ansåg viktigt att ändra (Fålund m.fl., 2016; Kristofferzon m.fl., 2008; Merritt m.fl., 2017; Petriček m.fl., 2017; Wieslander m.fl., 2016). För att minska stress prioriterades tiden annorlunda. Kraven fick sänkas och att våga be om hjälp med olika uppgifter bidrog till lugnare tempo i vardagen (Kristofferzon m.fl., 2008). Innan patienterna drabbats av en hjärtinfarkt var dem ofta uppe i varv och hade svårt att slappna av men efter

den blev de lugnare och inte lika lätt upprörda. En lärdom om att de var tvungna att säga ifrån inom både arbetslivet och privatlivet gjorde att stressen minskade. Även minskad arbetstid prioriterades (Fålund m.fl., 2016; Petriček m.fl., 2017). Minskad arbetstid gav mer tid för relationer och familj vilket gjorde dessa relationer stärktes (Fålund m.fl., 2016). Flera belyste vikten av att familjen och nära relationer blev en ny prioritering och det nya värdet som relationerna hade fått i livet (Kristofferzon m.fl., 2008; Petriček m.fl., 2017; Wieslander m.fl., 2016). Vissa ansåg att det viktiga var att själva bestämma över livet och att sjukdomen inte skulle få utrymme att bestämma över dem (Fålund m.fl., 2016; Junehag m.fl., 2013, Petriček m.fl., 2017). En medvetenhet om risker var ständigt närvarande, men då patienterna ville fortsätta att vara glada och lyckliga så accepterades riskfaktorerna och ingen större tanke lades på det. De var nöjda med livet innan hjärtinfarkten och ansåg inte att de ville ändra någonting i livsstilen. En förändring skulle istället påverka livet negativt (Junehag m.fl., 2013). Önskan om social kontakt med likasinnade som genomgått samma sak och därmed hade en förståelse för vad patienterna gått igenom förekom. Detta kunde ske genom deltagande i stödgrupper där alla medlemmar hade haft hjärtinfarkt (Junehag m.fl., 2014; Kristofferzon m.fl., 2008; Merritt m.fl., 2017; Simoný m.fl., 2017; Wieslander m.fl., 2016). Tillsammans kunde positiva och glada samtal föras som bestod av uppmuntran, skratt och utbyte av erfarenheter. Mötena skapade gemenskap som stärkte alla patienternas självförtroende och välbefinnande (Wieslander m.fl., 2016). De kunde även uppmuntra varandra att upprätthålla livsstilsförändringar (Kristofferzon m.fl., 2008).

6 DISKUSSION

I detta avsnitt diskuteras etiska överväganden och vald metod samt svårigheter och styrkor med dessa. Resultatet diskuteras även relaterat till syfte, bakgrund och teoretiskt perspektiv.

6.1 Metoddiskussion

Syftet med examensarbetet var att beskriva patienternas upplevelser av att återhämta sig efter hjärtinfarkt. Syftet valdes för att lyfta fram patienternas perspektiv då det ansågs viktigt för sjuksköterskorna att ha kunskap om i omvårdnadsarbetet. Återhämtning valdes då författarna hade intresse att undersöka tiden efter och inte i det akuta skeendet. Vid artikelsökningen upptäcktes att det är väl forskat om det akuta skeendet, men att inte lika mycket studier finns om återhämtningen vilket kan vara lika betydelsefullt att ha kunskaper om som det akuta skeendet. Genom detta examensarbete har syftet besvarats och bidragit till fördjupade kunskaper. Databaserna som använts är Cinahl Plus och Pubmed. Författarna har diskuterat att fler databaser kunde ha använts för att finna bredare forskning, men kom sedan fram till att artiklarna som funnits var av tillräckligt god kvalitet för att kunna besvara examensarbetets syfte. Cinahl Plus och Pubmed är engelska databaser vilket bidrog till att författarna var tvungna att finna engelska sökord. Under sökprocessen gjordes insikt i att artiklarna i rubriker och abstract använde olika ordval men att de syftade på samma sak. Till exempel valdes patientperspektivet och i sökningar fick *patient experiences, perceptions, opinions, attitudes* och *views* läggas ihop för att inte gå miste om värdefullt material. Med sökorden som valdes blev antalet träffar i databaserna hanterbara så att författarna kunde gå

igenom artiklarna utan att arbetet blev för omfattande. Flertalet av de valda artiklarna anträffades vid olika konstruktioner av sökord samt även på båda databaserna som använts, vilket visar att sökningen har mättats. Dock var ett problem som framkom i sökningen att årtalet behövde ändras. Först användes årtalen 2013 till 2018 för att använda nyare forskning. Sedan upptäcktes att tillräckligt med artiklar som svarar på syftet inte kunde finnas. Efter en diskussion mellan författarna bestämdes att årtalet skulle utökas för att finna tillräckligt med artiklar, vilket resulterade i att en artikel från år 2012 och en artikel från år 2008 lades till. Författarna diskuterade att årtalet i detta fall kanske inte har så stor betydelse då upplevelser efter en hjärtinfarkt förmodligen inte ändras över tid.

I början av examensarbetet var tanken att en litteraturöversikt enligt Fribergs (2017) beskrivning skulle användas. Då författarna hittade mestadels kvalitativa artiklar som besvarade syftet för examensarbetet så fick val av metod ändras. Kvalitativa studier används när en studie har för avsikt att skildra en djupare förståelse i upplevelser och erfarenheter (Friberg, 2017). Sjuksköterskorna kan med kvalitativa studier få hjälpmedel till att möta patienternas behov, förväntningar och upplevelser och därmed lindra lidandet. Till detta examensarbete passade därför Evans (2002) beskrivning av en systematisk litteraturstudie, som endast utgår ifrån kvalitativa studier för att lyfta patienternas upplevelse. En styrka med den valda metoden att endast analysera kvalitativa data var att författarna fick djup och relevant data om patienternas upplevelser, vilket besvarar examensarbetets syfte. I Evans (2002) beskrivning finns två olika synteser, varav detta examensarbete använder en beskrivande syntes som handlar om att beskriva fenomen i publicerad vetenskaplig forskning. Den beskrivande syntesen valdes då författarna ville sammanställa de resultat som redan är publicerade. I den valda metoden uppstod svårigheter med att skapa teman och subteman till examensarbetets resultat utifrån nyckelfynden. Författarna fann till en början svårigheter i att välja subteman som inte sammanföll med varandra och som skulle spegla innehållet. Subtemana och innehållet fick bearbetas flera gånger under arbetets gång för att namnge subtemana rätt samt att tillhörigheten av text skulle stå under rätt subtema. En styrka med dataanalysen var att genom en beskrivande syntes utförs minimalt med tolkningar av artiklarnas resultat, vilket bidrar till att resultatet i examensarbetet är beskrivet utifrån samma argument som artiklarnas. Svårigheter uppkom då artiklarna som användes var skrivna på engelska. De engelska artiklarna behövde översättas till svenska för att de skulle förstås bättre, då artiklarna brukar avancerat engelskt språk som författarna inte alltid förstod. Översättning gjordes även eftersom att den beskrivande syntesen går ut på att sammanställa resultat på det sätt som är beskrivet i varje artikel. Detta gjordes på Google translate eftersom att hela artiklarna kunde översättas på en gång. Författarna var medvetna om att Google translate inte alltid ger en korrekt översättning. Originalartikeln på engelska fanns därför alltid bredvid för att kunna jämföra med den svenska översättningen. Flertalet ord söktes även upp i ett elektroniskt lexikon för att säkerställa att översättningen var korrekt. Författarna diskuterade även översättningarna tillsammans och kom överens om en gemensam förståelse av dessa. På grund av att endast engelskspråkiga artiklar har använts så kan bra artiklar som är skrivna på andra språk gått förlorade, men då författarna endast behärskar det svenska och engelska språket så har artiklarna fått begränsas till detta.

Polit och Beck (2012) skriver om tillförlitlighet, giltighet och överförbarhet som tre olika kriterier som används för att öka en studies trovärdighet. Tillförlitlighet menas med att bearbetningen och processen fram till resultatet ska kunna göras av en annan utomstående vid ett annat tillfälle men ändå få fram samma resultat. Detta kan visas i examensarbetet då författarna tydligt beskrivit analysprocessen som utförts under metodavsnittet. Polit och

Beck (2012) skriver att giltighet menas med att syftet i arbetet besvaras i resultatet, att det som är menat med arbetet besvaras. Ett annat sätt att betona giltigheten i en text är att stärka stycken med citat. Syftet i detta examensarbete är att beskriva patienternas upplevelser av att återhämta sig efter en hjärtinfarkt, vilket besvarades i tydligt i resultatet och bidrog till att examensarbetet även har en god giltighet. Författarna har även använt citat i varje subtema för att stärka texten. Polit och Beck (2012) beskriver det sista kriteriet som är överförbarhet, vilket handlar om att resultatet i arbetet ska kunna användas i andra situationer och sammanhang. Författarna tror att examensarbetets resultat kan vara användbart för patienterna som drabbats av en hjärtinfarkt. De kan få en större kunskap om hur andra upplever tiden efter hjärtinfarkt, vilket kan stötta dem i återhämtningen då de kan känna igen sig i upplevelserna. Examensarbetet kan även öka sjuksköterskors, vårdpersonals och närståendes kunskaper i hur patienterna faktiskt upplever återhämtningen och hur de kan bemöta och stötta patienterna i detta. Resultatet är baserat på tolv artiklar. Dessa är skrivna i olika länder, en artikel är från Kroatien, en från USA, en från England, fem från Sverige, en från Portugal, en från Norge, en från Irland och en från Danmark. Den stora geografiska utbredningen gör att examensarbetet har ett globalt perspektiv, dock främst i Europa vilket gör att resultatet eventuellt inte är överförbart till andra delar av världen. Författarna tycker att det skulle vara intressant och även passa bra att utföra en empirisk studie inom detta ämne, men på grund av tidsbegränsning så prioriterades det bort.

6.2 Resultatdiskussion

Syftet med examensarbetet var att beskriva patienternas upplevelse av att återhämta sig efter hjärtinfarkt. I examensarbetets resultat påvisades det att patienterna upplevde kroppen som främmande och annorlunda än vad den gjorde tidigare, det upplevde även en överväldigande trötthet. Detta gjorde så att hinder för vardagliga aktiviteter uppstod. Patienterna orkade inte i samma utsträckning utföra vardagssysslor och gjorde bara de absolut nödvändigaste, som bidrog till att glädjen och meningsfullheten i livet försvann. I resultatet framkom även att patienterna upplevde att familjemedlemmar inte hade förståelse för att de inte har samma ork och energi som innan. Patienterna tvingades att hantera en ständig oro efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt som bidrog till osäkerhet att vara ensam. I likhet med detta visar tidigare forskning att oro även drabbar de närstående vilket grundar sig i oro över att bli lämnad, övergiven och ensam (Eriksson m.fl., 2009). Tidigare forskning visar även att de närstående vill upprätthålla en fasad mot sina anhöriga för att inte visa sig själva sårbar och för att skydda sina anhöriga genom att hålla dem borta från jobbiga tankar om sjukdomen (Svedlund & Danielsson, 2004). Resultatet och tidigare forskning visar på att både patienterna och deras närstående kan uppleva liknande känslor som de undanhåller för varandra för att inte visa sig själva sårbara. Det kan vara en fördel att visa sig sårbar då det kan bidra till att patienterna och närstående hjälps åt att stärka varandra istället för att undanhålla vad de verkligen upplever. Resultatet visar att den som drabbats av hjärtinfarkt behöver mer stöd från familjen. Familjen hade en betydande roll för att patienterna skulle kunna gå vidare, eftersom de alltid är närvarande och kan stötta om patienterna till exempel upplevde sig ledsna eller oroliga. I jämförelse med detta beskrivs i det teoretiska perspektivet att det är orimligt och osannolikt att kunna ge en annan person hälsa, men att det är möjligt att stötta en person i att befinna sig i hälsa (Eriksson, 2014). Familjerna är alltså en stor del i patienternas återhämtning och ett stort ansvar ligger på dem. Men patienterna måste dock själva reflektera över vad hälsan innebär för dem samt hur de ska finna den i

återhämtningen.

I resultatet uppkom det att patienterna som är yngre upplevde ett beroende av den närstående familjen, detta upplevdes frustrerande då de ville klara sig själva i vardagssysslor och ekonomiskt. Hjärtinfarkten bidrog till att vissa av patienterna inte klarade av att jobba och till viss del inte ta hand om sina barn. Detta ledde till att patienterna var tvungna att låna pengar från familjemedlemmar och få hjälp med att ta hand om barnen. Till skillnad mot patienternas upplevelser av ett ansträngande beroende av familjemedlemmar så visar tidigare forskning att närstående är villiga att hjälpa till och finnas där för patienterna efter de drabbats av en hjärtinfarkt. De närstående blev nästan överbeskyddande mot patienterna och ville göra allt åt dem. Detta kunde till och med leda till en upplevelse av otilräcklighet. De närstående la allt fokus på patienterna så att deras egna liv och behov kom i andra hand (Andersson, Borglin, Sjöström & Willman, 2013). Tidigare forskning visar även att de närstående i vissa fall ser sig själva som vårdnadshavare för patienterna (Eriksson m.fl., 2009). Resultatet visade dock att patienterna som minskade arbetstiden beskrev den utökade fritiden som positiv då det bidrog till mer tid för att umgås med familj och vänner. Detta stärkte relationerna mellan dem.

I resultatet framkom det att existentiella frågor och funderingar uppkom och var en del av återhämtningen för patienterna. Livet efter hjärtinfarkten hade förändrats och upplevdes skört, och de skulle behöva anpassa sig efter en ny livsstil och ett nytt tankesätt. Eriksson (2015) beskriver i förhållande till detta att en sjukdom kan påverka hela patienternas livssituation, de liv som patienterna tidigare levde finns inte längre kvar, vilket orsakar ett lidande. Det är viktigt att patienterna tilldelas den tid den behöver för att hitta ett nytt perspektiv på livet. Detta visas även i resultatet då patienterna betonade vikten av att inte förlora sig själva i sjukdomen och att behöva hitta ett liv där sjukdomen ingår, men inte tar övertag över livet.

Resultatet visar på att patienterna upplevde ett hinder i återhämtningen på grund av att oro ökade vid fysiska aktiviteter. Fysiska aktiviteter gjorde att de ibland upplevde kroppsliga konsekvenser, som att hjärtat slog hårdare och snabbare, andfäddhet och bröstsmärta. Vårdteoretikern Eriksson (2015) beskriver i likhet med resultatet att kroppslig smärta kan vara olidligt. Kroppslig smärta blir patienternas enda fokus och kan leda till att andra typer av lidande uppstår, till exempel andligt och själsligt lidande. Det är centralt för patienterna att smärtan minskar så att lidandet avtar. Vissa av patienterna uttryckte i resultatet även att de upplevde skuld och skam efter hjärtinfarkten. Skulden uppkom på grund av insikten att de kunde levt hälsosammare innan för att inte sätta sig själva eller sin familj i en position där de orsakat ett stort lidande. De ansåg inte att de var värda att få sin familjs medlidande eller uppmärksamhet då de själva upplevde att det var deras fel att de hamnat i detta. Eriksson (2015) menar i likhet med patienternas upplevelse att en sjukdom kan bidra till själsligt och andligt lidande, som till exempel skam och skuld. Lidandet som uppstår kan uppkomma av sig självt efter att patienterna har gått igenom en kris i form av en sjukdom och då familjen även blivit drabbade på grund av händelsen. Att patienterna upplever skam och skuld efter att ha drabbats av hjärtinfarkt var oväntat för författarna. De har alltid setts som människor som förtjänar medlidande och stöd från familjen då patienten inte själv kan förutse eller bestämma att sjukdomen ska drabba just dem. Svensk sjuksköterskeförening (2017a) uppger att sjuksköterskorna ska behandla patienterna med medkänsla, respekt och lyhördhet. Vilket författarna har ansett som en självklarhet i vårdandet. Detta kan uppnås genom att bekräfta och lyssna på patienterna oavsett vilka upplevelser de har.

Resultatet tyder på att patienterna var medvetna om att de behövde utöva en hälsosammare livsstil och börja träna regelbundet, vilket de upplevde vara svårt att upprätthålla i vardagen. I tidigare forskning framkom det att de närstående har en betydande roll för att patienterna ska upprätthålla en hälsosam livsstil då de närstående uppmuntrar patienten att ta hälsosamma val (Andersson, Borglin, Sjöström & Willman, 2013). Resultatet visade även att patienterna hade en önskan om att få professionellt stöd gällande livsstilsförändringar. De upplevde en trygghet att sjukvårdspersonalen kunde besvara eventuella frågor och kunde se patienterna för den unika individ de är och lyssna med en lyhörd och professionell hållning. I likhet med detta lyfter tidigare forskning att sjuksköterskorna anser att patienterna är viktiga i arbetet, de anses betydelsefullt att patienterna ställer frågor och kommer till insikt i sjukdomen. Det är även i vikt att sjuksköterskorna ger allmän information om tillståndet patienterna befinner sig i och upprätthålla en öppen kommunikation. Även svensk sjuksköterskeförening (2017a) beskriver att sjuksköterskorna har ett ansvar att ge korrekt och tydlig information till patienterna utifrån de individuella behoven och förutsättningarna. Enligt svensk sjuksköterskeförening (2017b) ska sjuksköterskorna i relation till patienterna och närstående ge förutsättningar för att de ska kunna ta beslut om deras individuella vård och uppföljning. Denna bild av sjuksköterskan som en viktig hörnsten i flera delar av återhämtningen kan jämföras med de skillnader som finns i det verkliga livet. Tidigare forskning visar detta genom att lyfta sjuksköterskornas perspektiv om att de inte kan bekräfta patienternas behov gällande samtal i den utsträckning som egentligen skulle behövas, på grund av tidsbrist (Arnetz, m.fl., 2008). Ett vårdlidande kan uppstå om patienternas egna tankar och idéer inte uppfylls som de förväntat sig (Eriksson, 2015). I resultatet framkom i enlighet med detta att vissa patienter inte fick tillräckligt med stöd som de önskat av sjuksköterskorna. De upplevde att sjuksköterskorna glömde bort dem och inte fick uppföljning i återhämtningen efter hjärtinfarkten. Det information som patienterna fick var främst om kroppsliga följder och det medicinska. Detta upplevdes opersonligt och bidrog till att de inte var beredda på de psykiska följderna som uppkom. Det teoretiska perspektivet om vårdlidande lyfter även fram att lidande skapas om patienterna upplever att sjuksköterskorna brukar sin maktposition eller om de upplever sig kränkta (Eriksson, 2015).

I resultatet framkom det att patienterna inte bara upplevde negativa följder efter hjärtinfarkt, utan även mycket positiva följder. Vissa uppgav att livet efter hjärtinfarkten var bättre än innan på grund av att de fått större självreflektion om vad som är viktigt i livet. Patienterna fick ett nytt perspektiv på livet och gjorde andra mer betydelsefulla val än innan som till exempel spendera mer tid med familjen, lärt sig att säga ifrån och stressa mindre, både gällande privatliv och karriär. Att drabbas av hjärtinfarkt bidrog även till att de fick en bredare syn gällande den egna hälsan och på så sätt fick motivation att förändra sin livsstil till det bättre. Detta var även ett oväntat fynd för författarna då sjukdomen endast setts som en sjukdom som endast bidrar till negativa följder och sämre upplevelser. I resultatet poängterades skillnader mellan patienternas upplevelser efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt. I princip alla upplevde utmaningar och möjligheter men dessa upplevdes på olika sätt. För en del bidrog händelsen av att drabbas av hjärtinfarkt till något positivt då de fick ett nytt perspektiv på livet. För andra blev konsekvenserna av händelsen negativ då patienterna upplevde en ständig oro och ledsamhet att inte längre kunna klara vardagen på samma sätt. För en del var de kroppsliga konsekvenserna den svåraste delen, medan för andra var det den mentala delen som var den svåraste att hantera. Det teoretiska perspektivet beskriver i likhet med detta att hälsa varierar mellan individer och mellan samt inom kulturer. Då alla människor har unika upplevelser av hälsa så kommer beskrivningen

om hur patienterna upplever tiden efter en sjukdom alltid se olika ut (Eriksson, 2014). Sjuksköterskorna har skyldighet att vara lyhörda för patienternas berättelser och syn på hälsa och därmed ge omvårdnad i enlighet med detta (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b). Tidigare forskning visar dock att sjuksköterskorna i mötet med patienterna kan ha förutfattade meningar om att alla patienterna upplever tiden efter hjärtinfarkten som negativ, och förväntar sig att patienterna de möter ska handla efter detta. Trots detta anser sjuksköterskorna att patienterna bör vara fokus i omvårdnadsarbetet och att de måste vara engagerade i vården då det underlättar både för patienterna och sjuksköterskorna (Svedlund, Danielson & Norberg, 1999).

6.3 Etikdiskussion

I examensarbetet har författarna följt etiska regler för vetenskapligt arbete. Det innebär undvikande av plagiat, omtolkningar och omkonstruktion eller förvrängning av studien vilket Vetenskapsrådet (2011) lyfter. Författarna har läst 12 artiklar och markerat det viktigaste i resultaten, därefter har detta sammanställts med egna ord till resultatet i examensarbetet och därmed har plagiat undvikits. Plagiat har också undvikits genom källreferering enligt American Psychological Association vid forskningsresultat samt citat som använts från andra författare. Förförståelse har diskuterats mellan författarna då en förförståelse alltid kommer att finnas utifrån tidigare kunskap och erfarenheter. Genom att från början reflektera över och medvetandegöra förförståelsen som fanns i början av arbetsprocessen kunde ett mer objektiva resultat uppnås. Friberg (2017) skriver att personlig kunskap är en del i den totala kunskapen och kan därför inte uteslutas. Vid den första artikelsökningen anträffades artiklar vars syfte var att studera trötthet efter hjärtinfarkt. Dessa valdes bort för att inte styra examensarbetet i en specifik riktning. Omtolkningar har undvikits genom att resultatet presenteras som det är beskrivet i artiklarna, utan att addera eller utesluta viktiga aspekter. Dock har delar av resultat från artiklarna av naturliga skäl uteslutits då dessa inte ansetts svara på syftet till examensarbetet. En artikel tillämpar mixad metod mellan kvalitativ och kvantitativ ansats varav endast det kvalitativa materialet har använts för att inte frångå vald metod.

Samarbetet mellan författarna har fungerat bra. Författarna bor på olika orter vilket kan tyckas försvåra examensarbetet. Oro förekom över att avståndet skulle försvåra processen då samtal och diskussion inte kunde föras dagligen. Diskussioner och kommunikation förekom över internet och via planerade fysiska möten. Veckovis planerades vad som skulle utföras och hur arbetet skulle fördelas. Det kunde dock uppstå svårigheter när djupare diskussion behövde genomföras över ämnen och funderingar som inte kunde utföras över internet. Detta ledde till att arbetet ibland avstannade och fick återupptas efter att ett fysiskt möte genomförts. Ett stort engagemang från båda författarna har bidragit till att detta examensarbete blivit enklare att genomföra än förväntat.

7 SLUTSATS

I examensarbetet framkom att återhämtningen för att ta sig tillbaka till vardagen var en utmaning. De kan i många fall bära på starka tankar som kan vara främmande och oreflekterade. Blir dessa för överväldigande kan ett stort lidande skapas. Patienterna behöver själva finna vägar till att komma igenom den svåra perioden och lära sig finna ett nytt sammanhang i livet. Ofta kan ett tryggt stöd behövas för att vägen ska bli enklare, utan att ett för stort lidande skapas. Sjuksköterskornas stöd ansågs i många fall värdefullt då de både ser människan som en unik individ samt har den professionella kunskapen att vara lyhörda, samtala och se. De kan även svara på frågor och funderingar som bidrar till att patienternas kunskap om sig själva och sjukdomen ökar. Fokus och stöttning bör därför tillägnas patienterna en längre tid efter de drabbats av en hjärtinfarkt då upplevelserna av återhämtning är lika viktiga. Dock har det även framkommit att hjärtinfarkt kunde bidra till ett bättre liv. Patienterna ansåg att de fick en ny chans att göra rätta val i livet och att prioritera det viktiga i livet. Familjerelationer blev starkare och hälsan upplevdes bättre på grund av ändrade livsstilsval. Efter examensarbetet har författarna mer förståelse för att patienternas unika upplevelser av att återhämta sig och vad de innebär för patienterna, samt på vilket sätt hälsa och lidande kan framkomma i återhämtningen. Författarna har diskuterat att resultatet kan bidra till att sjuksköterskor får en bredare syn och kunskap om hur patienterna kan uppleva återhämtning för att kunna ge bästa möjliga omvårdnad och stöd.

7.1 Förslag till fortsatt forskning

Vid insamling och granskning av vetenskapliga artiklar påträffades en väsentlig skillnad på antalet män respektive kvinnor i studierna, då män var överrepresenterade. Förslag till fortsatt forskning är ett utökat fokus på kvinnors upplevelser av återhämtningen efter hjärtinfarkt för ett mer jämlikt resultat. Detta skulle bidra till att en större helhetsbild av återhämtningen. Vid sökning efter artiklar insåg författarna att tillgången till ny forskning var begränsad. Eftersom sjukvården och samhället ständigt utvecklas och förnyas skulle fortsatt forskning om detta eventuellt kunna upptäcka nytillkomna eller förändrade upplevelser av återhämtning.

REFERENSLISTA

- Andersson, E. K., Borglin, G., Sjöström, S. A., & Willman, A. (2013). Standing alone when life takes an unexpected turn: being a midlife next of kin of a relative who has suffered a myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 864–871. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1111/j.1471-6712.2012.01094.x>
- Andersson, E. K., Borglin, G., & Willman, A. (2013). The Experience of Younger Adults Following Myocardial Infarction. *Qualitative Health Research*, 23(6), 762–772. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1177/1049732313482049>
- Arnetz JE, Winblad U, Arnetz BB, & Höglund AT. (2008). Physicians' and nurses' perceptions of patient involvement in myocardial infarction care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(2), 113–120. Retrieved from <http://ep.bib.mdh.se/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=jlh&AN=105655758&site=ehost-live&scope=site>
- CODEX. (2018). *Forskarens etik*. Hämtad 2 oktober 2018 från <http://www.codex.vr.se/forskarensetik.shtml>
- Dahlborg-Lyckhage, E. (2014) Att bli sjuksköterska. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson M, Asplund K, & Svedlund M. (2009). Patients' and their partners' experiences of returning home after hospital discharge following acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(4), 267–273. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1016/j.ejcnurse.2009.03.003>
- Eriksson, K. (2015). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (2014). *Vårdprocessen*. Stockholm: Liber.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretative data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), s. 22-26. Hämtad 10 september, 2018, från <http://www.ajan.com.au/vol20/vol20.2-4.pdf>
- Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Fälun, N., Fridlund, B., Schaufel, M. A., Schei, E., & Norekvål, T. M. (2016). Patients' goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(7), 495–503. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1177/1474515115614712>
- Harbman, P. (2014). The development and testing of a nurse practitioner secondary prevention intervention for patients after acute myocardial infarction: A prospective cohort study. *International Journal Of Nursing Studies*, 51(12), 1542-1556. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.04.004
- Junehag, L., Asplund, K., & Svedlund, M. (2014). A qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction. *Intensive & Critical Care Nursing*, 30(1), 22–30. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1016/j.iccn.2013.07.002>
- Junehag, L., Asplund, K., & Svedlund, M. (2013). Perceptions of illness, lifestyle and support

after an acute myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), 289–296. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1111/scs.12058>

Kristofferzon M, 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(3), 367–375. Retrieved from <http://ep.bib.mdh.se/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=jlh&AN=105551010&site=ehost-live&scope=site>

Lidell, E. (2012). Vård av patient med hjärtinfarkt. I B. Fridlund, D. Malm & J. Mårtensson (Red.), *Kardiologisk omvårdnad* (ss.61-75) Lund: Studentlitteratur.

Lindgren, S. & Johansson, S. (2013). Omvårdnad vid hjärtinfarkt. Hämtad 7 december, 2017, från Vårdgivarwebb för Region Östergötland: <http://vardgivarwebb.regionostergotland.se/Startsida/PM-medicinska-ovardadm/PM-dokument/Kardiologiska-kliniken-ViN/Omvardnad-vid-hjartinfarkt/>

McAnirn, G., Lusk, L., Donnelly, P., & McKenna, N. (2015). Shocked and guilty, but highly motivated: Younger patients' experience post MI. *British Journal of Cardiac Nursing*, 10(12), 610–615. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.12968/bjca.2015.10.12.610>

Merritt, C. J., Zoysa, N., & Hutton, J. M. (2017). A qualitative study of younger men's experience of heart attack (myocardial infarction). *British Journal of Health Psychology*, 22(3), 589–608. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1111/bjhp.12249>

Nunes, S., Rego, G., & Nunes, R. (2016). Difficulties of Portuguese Patients Following Acute Myocardial Infarction: Predictors of Readmissions and Unchanged Lifestyles. *Asian Nursing Research*, 10(2), 150–157. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1016/j.anr.2016.03.005>

Pellmer, K., Wramner, H. & Wramner, B. (2013). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber.

Petriček, G., Buljan, J., Prljević, G., Vrcić-Keglević, M., Petriček, G., Prljević, G., & Vrcić-Keglević, M. (2017). Perceived needs for attaining a “new normality” after surviving myocardial infarction: A qualitative study of patients' experience. *European Journal of General Practice*, 23(1), 35–42. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1080/13814788.2016.1274726>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.

Rion, J. H. (2016). The Walk to Save: Benefits of Inpatient Cardiac Rehabilitation. *MEDSURG Nursing*, 25(3), 159–162. Retrieved from <http://ep.bib.mdh.se/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=jlh&AN=116249654&site=ehost-live&scope=site>

Proctor, T.F., Yarcheski, A. & Oriscello, R.G. (1996). The relationship of hospital process variables to patient outcome post-myocardial infarction. *International Journal of Nursing Studies*. Retrieved from <http://web.b.ebscohost.com.ep.bib.mdh.se/ehost/detail/detail?vid=4&sid=8edd4889-40be-4243-a4ab-e20dba12d8c9%40pdc-v-sessmgro6&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtOGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#AN=107368316&db=jlh>

- Rydberg, E. & Holst, M. (2016). Hjärtsjukdomar. I A. Ekwall & A. M. Jansson (Red.), Omvårdnad & Medicin (ss.215-259) Lund: Studentlitteratur.
- Simonj, C. P., Dreyer, P., Pedersen, B. D., & Birkelund, R. (2017). It is not just a Minor Thing - A Phenomenological-Hermeneutic Study of Patients' Experiences when afflicted by a Minor Heart Attack and Participating in Cardiac Rehabilitation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(2), 232–240. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1111/scs.12334>
- Sjöström-Strand, A., Ivarsson, B., & Sjöberg, T. (2013). Primary health care resources for rehabilitation and secondary prevention after myocardial infarction - a questionnaire survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(2), 260–266. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1111/j.1471-6712.2012.01025.x>
- Socialstyrelsen (2009). *Vård vid hjärt- och kärlsjukdomar*. Hämtad 10 september, 2018, från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72/Documents/Utveckling%20V%C3%A5rd%20vid%20hj%C3%A4rt-%20och%20k%C3%A4rlsjukdomar.pdf>
- Socialstyrelsen (2017). *Statistik om hjärtinfarkter 2016*. Hämtad 2 oktober, 2018, från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-10-23>
- Stevens, S., & Thomas, S. P. (2012). Recovery of Midlife Women From Myocardial Infarction. *Health Care for Women International*, 33(12), 1096–1113. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1080/07399332.2012.684815>
- Svedlund M, & Danielson E. (2004). Myocardial infarction: narrations by afflicted women and their partners of lived experiences in daily life following an acute myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 13(4), 438–446. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1111/j.1365-2702.2004.00915.x>
- Svedlund M, Danielson E, & Norberg A. (1999). Nurses' narrations about caring for inpatients with acute myocardial infarction. *Intensive & Critical Care Nursing*, 15(1), 34–43. Retrieved from <http://ep.bib.mdh.se/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=jlh&AN=107198833&site=ehost-live&scope=site>
- Svenska akademien. (2018a). *Rehabilitering*. Hämtad 10 december, 2018, från svenska akademien <https://svenska.se/tre/?sok=rehabilitering&pz=1>
- Svenska akademien. (2018b). *Återhämta sig*. Hämtad 10 december, 2018, från svenska akademien <https://svenska.se/tre/?sok=%C3%A5terh%C3%A4mtasig&pz=2>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017a). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 18 september, 2018, från Svensk sjuksköterskeförening, <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas-etiska-kod-2017.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017b). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2 oktober, 2018, från svensk sjuksköterskeförening, <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

- Van Nes, M., & Sawatzky, J.(2010). Improving cardiovascular health with motivational interviewing:A nurse practitioner perspective. *Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners*, 22(12), 654-660. doi:10.1111/j.1745-7599.2010.00561.x
- Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet. Hämtad 18 september, 2018, från <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/>
- Wieslander, I., Mårtensson, J., Fridlund, B., & Svedberg, P. (2016). Women's experiences of how their recovery process is promoted after a first myocardial infarction: Implications for cardiac rehabilitation care. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, 11, 1–11. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.3402/qhw.v11.30633>

BILAGA; 1 SÖKMATRIS

Databas & datum för sökning	Avgränsningar gjorda	Sökord	Antalet träffar	Antalet valda artiklar	Titlar
CINAHL Plus 5/9	Peer reviewed, academic journals, published year 2013-2018, English language	Myocardial infarction AND lifestyle AND support	20	2	-Perceptions of illness, lifestyle and support after an acute myocardial infarction -A qualitative study of younger men's experience of heart attack (myocardial infarction).
CINAHL Plus 5/9	Peer reviewed, academic journals, published year 2013-2018, English language	Myocardial infarction AND perception	61	1	-A qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction
CINAHL Plus 5/9	Peer reviewed, academic journals, published year 2013-2018, English language	Myocardial Infarction or heart attack AND Experience AND adults	79	1	-The Experience of Younger Adults Following Myocardial Infarction.
PUBMED 10/9	Academic journals, published year 2011-2018, English language	(myocardial infarction OR heart attack) AND (recovery or rehabilitation or lifestyle) AND experience	170	4	-Difficulties of Portuguese Patients Following Acute Myocardial Infarction: Predictors of Readmissions and Unchanged Lifestyles -It is not just a Minor Thing - A Phenomenological-Hermeneutic Study of Patients' Experiences when afflicted by a Minor Heart Attack and Participating in Cardiac Rehabilitation -Patients' goals, resources, and barriers to future change:

					A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction. -Recovery of Midlife Women From Myocardial Infarction
CINAHL Plus 10/9	Peer reviewed, academic journals, published year 2013-2018, English language	Myocardial infarction or myocardial ischemia or MI AND younger patients AND after or post	478	1	-Shocked and guilty, but highly motivated: Younger patients' experience post MI.
CINAHL Plus 18/9	Peer reviewed, academic journals, published year 2011-2018, English language	(myocardial infarction or heart attack or myocardial ischemia) AND (patient (experiences or perceptions or opinions or attitudes or views) AND (after or following)	308	1	-Perceived needs for attaining a 'new normality' after surviving myocardial infarction: A qualitative study of patients' experience.
CINAHL Plus 18/9	Peer reviewed, academic journals, published year 2008-2018, English language	Myocardial infarction AND experiences AND rehabilitation or hope	106	2	-Women's experiences of how their recovery process is promoted after a first myocardial infarction: Implications for cardiac rehabilitation care -Managing consequences and finding hope – experiences of Swedish women and men 4–6 months after myocardial infarction

BILAGA; 2 ARTIKELMATRIS

Titel, författare, tidskrift & årtal	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
<p>A. The Experience of Younger Adults Following Myocardial Infarction.</p> <p>Författare: Andersson, E. K., Borglin, G., & Willman, A.</p> <p>Tidskrift: Qualitative Health Research</p> <p>Årtal: 2013</p>	<p>Syftet var att ta reda på människors, under 55 år, erfarenheter av återhämtning under det första året efter hjärtinfarkt.</p>	<p>Design: Fenomenologisk-hermeneutisk</p> <p>Ansats: Kvalitativ.</p> <p>Deltagare: 17 st, 6 kvinnor och 11 män.</p> <p>Datainsamling: Intervjuer.</p> <p>Analys: Tematisk strukturell analys.</p>	<p>Resultatet visade ett kärntema; dagliga kampen, som innefattade en existentiell, fysisk och emotionell kamp. En ny mening i livet måste skapas samtidigt som att energin inte är densamma och stora krav ställs på patienten från alla håll.</p>	<p>9/9</p>
<p>B. Patients' goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction.</p> <p>Författare: Fålun, N., Fridlund, B., Schaufel, M. A., Schei, E., & Norekvål, T. M.</p> <p>Tidskrift: European Journal of Cardiovascular Nursing</p> <p>Årtal: 2016</p>	<p>Syftet var att efter hjärtinfarkten identifiera patienternas mål, resurser och hinder för framtiden.</p>	<p>Design: Beskrivande och explorativ design.</p> <p>Ansats: Kvalitativ.</p> <p>Deltagare: 12 st. 0 kvinnor och 12 män.</p> <p>Datainsamling: Semi-strukturerade intervjuer.</p> <p>Analys: Innehållsanalys.</p>	<p>Tre teman identifierades. Ändra perspektiv på livet, att förstå hur de ska leva med att ha haft hjärtinfarkt och att fortsätta framåt. En stor vikt lades vid att förändra livsstil och se på livet annorlunda, samt att förstå och acceptera. Vissa av patienterna ville leva så normalt som möjligt, som det var innan.</p>	<p>9/9</p>

<p>C. Perceptions of illness, lifestyle and support after an acute myocardial infarction</p> <p>Författare: Junehag, L., Asplund, K., & Svedlund, M. Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences</p> <p>Årtal: 2013</p>	<p>Syftet var att beskriva patienters uppfattningar om livsstil samt stöd ett år efter en hjärtinfarkt.</p>	<p>Design: Beskrivande design. Ansats: Kvalitativ. Deltagare: 20 st. 6 kvinnor och 14 män. Datainsamling: Intervjuer. Analys: Innehållsanalys.</p>	<p>Tre huvudteman identifierades, att vara i en drabbad kropp, att förändra livsstilen och att hantera händelsen. Kunskapen om hur patienterna skulle leva efter hjärtinfarkt fanns, men motivationen var lägre för vissa av patienterna. De såg positivt på framtiden.</p>	<p>8/9</p>
<p>D. A qualitative study: Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction.</p> <p>Författare: Junehag, L., Asplund, K., & Svedlund, M.</p> <p>Tidskrift: Intensive & Critical Care Nursing</p> <p>Årtal: 2014</p>	<p>Syftet var att beskriva uppfattningar av de psykosociala konsekvenserna efter hjärtinfarkt och tillgång till stöd ett år efter.</p>	<p>Design: Beskrivande design. Ansats: Kvalitativ. Deltagare: 20 st. 6 kvinnor och 14 män. Datainsamling: Intervjuer. Analys: Innehållsanalys.</p>	<p>Tre teman och 11 subteman identifierades. Ha ett annorlunda liv, att behöva hantera situationen och ha tillgång till stöd. Under återhämtningen upplevde patienterna ångest och rädsla. En del av patienterna hade önskat mer stöd och bättre uppföljning ett år efter hjärtinfarkten.</p>	<p>9/9</p>
<p>E. Managing consequences and finding hope – experiences of Swedish women and men 4–6 months after myocardial infarction</p> <p>Författare: Kristofferzon M, Löfmark R, & Carlsson M.</p>	<p>Syftet med studien var att beskriva kvinnors och mäns erfarenheter av vardagen fyra till sex månader efter MI och deras förväntningar på framtiden.</p>	<p>Ansats: Kvalitativ. Deltagare: 40 st, 20 kvinnor och 20 män. Datainsamling: Halvstrukturerade intervjuer. Analys: Innehållsanalys.</p>	<p>Resultatet visade på två huvudteman, att hantera konsekvenserna efter hjärtinfarkten och att finna en mening i händelsen. Resultatet visar att hälsan efter hjärtinfarkten var ostabil och stöd från det sociala nätverket var viktigt. Hjärtinfarkten kunde även bidra till positiva insikter i livet.</p>	<p>8/9</p>

Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences Årtal: 2008				
F. Shocked and guilty, but highly motivated: Younger patients' experience post MI. Författare: McAnirn, G., Lusk, L., Donnelly, P., & McKenna, N. Tidskrift: British Journal of Cardiac Nursing Årtal: 2015	Syftet var att studera problemen som yngre patienter upplever i försöket att ändra livsstil efter hjärtinfarkt.	Design: Heideggerian fenomenologisk. Ansats: Kvalitativ. Deltagare: 7 st. 1 kvinna och 6 män. Datainsamling: Halvstrukturerade intervjuer. Analys: Ramanalys.	Fem huvudteman identifierades. Skuld, sorg, tvivel, motivation och livsstilsförändring. Familjen var en stark motivation för att leva vidare och göra en livsstilsförändring. Patienterna ville leva hälsosammare.	8/9
G. Difficulties of Portuguese Patients Following Acute Myocardial Infarction: Predictors of Readmissions and Unchanged Lifestyles Författare: Nunes, S., Rego, G., & Nunes, R. Tidskrift: Asian Nursing Research Årtal: 2016	Syftet var att analysera svårigheter som patienter som drabbats av hjärtinfarkt upplevt.	Ansats: Blandad metoddesign. Deltagare: 2 i den kvalitativa. Datainsamling: Intervjuer. Analys: Innehållsanalys.	Resultatet visar att patienter upplevde oro och trötthet. Den fysiska hälsan var påverkad och de hade svårt med livsstilsförändringar ibland annat att förändra matvanor och börja motionera.	9/9
H. A qualitative study of younger men's experience of heart attack	Syftet var att ta reda på hur män under 45 år anpassade sig till livet	Design: Tolkningsfenomenologisk. Ansats: Kvalitativ.	Sju stora teman identifierades och fokus var på tre av dem. Resultatet visade att männen upplevde en förlust av sin	9/9

<p>(myocardial infarction).</p> <p>Författare: Merritt, Christopher J.; Zoysa, Nicole; Hutton, Jane M.</p> <p>Tidskrift: British Journal of Health Psychology.</p> <p>Årtal: 2017</p>	<p>efter hjärtinfarkt.</p>	<p>Deltagare: 10 st. 0 kvinnor, 10 män. Datainsamling: Semi-strukturerade djupintervjuer. Analys: Tolkande analys, efter tolkningsfenomenologiska designen.</p>	<p>manlighet, att livsstilen förändrades och en osäkerhet på framtiden.</p>	
<p>I. Perceived needs for attaining a 'new normality' after surviving myocardial infarction: A qualitative study of patients' experience</p> <p>Författare: Petriček, G., Buljan, J., Prljević, G., Vrcić-Keglević, M., Petriček, G., Prljević, G., & Vrcić-Keglević, M</p> <p>Tidskrift: European Journal of General Practice</p> <p>Årtal: 2017</p>	<p>Syftet var att undersöka hjärtinfarktpatienters upplevelser av livet med hjärtinfarkt, de utmaningar de möter under processen samt återställandet av personliga mål.</p>	<p>Design: Grounded teori. Ansats: Kvalitativ. Deltagare: 30 st. Datainsamling: Halvstrukturerade, individuella intervjuer. Analys: Analytiska verktyget Atlas.ti.</p>	<p>Resultatet identifierade tre teman med förklarade modeller framkom, en bra anpassning - den "nya normaliteten", felanpassning - en kontinuerlig sökning efter en ny normalitet och upplevda behov i sökandet efter en ny normalitet.</p>	<p>8/9</p>
<p>J. It is not just a Minor Thing - A Phenomenological-Hermeneutic Study of Patients' Experiences when afflicted by a Minor Heart Attack and Participating in Cardiac Rehabilitation</p>	<p>Syftet var att få en förståelse för hur patienter som drabbats av en hjärtinfarkt upplever sin livssituation när de följer hjärtrehabilitering.</p>	<p>Design: Fenomenologisk -hermeneutisk. Ansats: Kvalitativ. Deltagare: 11 st, 2 kvinnor och 9 män. Datainsamling: Fokusgruppintervjuer och individuella intervjuer. Analys: Inspiration från</p>	<p>Tre huvudteman identifierades. Svårighet att acceptera sjukdomen, en insikt att livet är ömtåligt och ett liv som förändrats. Patienterna upplevde en sårbarhet, hjälplöshet och de måste anpassa sitt liv och vardag efter hur livet ser ut efter hjärtinfarkten.</p>	<p>9/9</p>

<p>Författare: Simonj, C. P., Dreyer, P., Pedersen, B. D., & Birkelund, R.</p> <p>Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences</p> <p>Årtal: 2017</p>		<p>den franska filosofen Paul Ricoeurs teori om tolkning, där tre analytiska tolkningsfaser används.</p>		
<p>K. Recovery of Midlife Women From Myocardial Infarction</p> <p>Författare: Stevens, S., & Thomas, S. P.</p> <p>Tidskrift: Health Care For Women International Årtal: 2012</p>	<p>Syftet var att studera medelålderkvinnors erfarenheter av att återhämta sig och komma hem efter en hjärtinfarkt.</p>	<p>Design: Fenomenologisk. Ansats: Kvalitativ. Deltagare: 8 st. 8 kvinnor, 0 män. Datainsamling: Intervjuer.</p>	<p>Tre huvudteman identifierades, hinder, frihet/icke frihet, veta/inte veta och rädsla. Resultat visar att kvinnor upplever det jobbigt att komma hem efter hjärtinfarkt.</p>	<p>9/9</p>
<p>L. Women's experiences of how their recovery process is promoted after a first myocardial infarction: Implications for cardiac rehabilitation care</p> <p>Författare: Wieslander, I., Mårtensson, J., Fridlund, B., & Svedberg, P.</p> <p>Tidskrift: International Journal Of Qualitative Studies On Health & Well-Being Årtal: 2016</p>	<p>Syftet var att utforska kvinnors återhämtningsprocesser efter hjärtinfarkt.</p>	<p>Design: Explorativ och beskrivande design. Ansats: Kvalitativ. Deltagare: 26 st, 26 kvinnor och 0 män. Datainsamling: Öppna intervjuer. Analys: Innehållsanalys.</p>	<p>Ett huvudtema identifierades, att närma sig ett nytt perspektiv på livet. Tre subteman identifierades, engagemang i aktiviteter, socialt liv och mobilisering av egna medel.</p>	<p>7/9</p>

BILAGA; 3 KVALITETSGRANSKNING ENLIGT FRIBERG (2017)

FRÅGOR

ARTIKLAR

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1. Finns det ett tydligt problem formulerat?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Finns det ett klart syfte formulerat?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3. Finns en metod beskriven?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4. Är undersökningspersonerna beskrivna?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5. Har data analyserats?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6. Finns resultat beskrivet?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7. Finns det en metoddiskussion?	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0
8. Förs det några etiska resonemang?	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0
9. Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, till exempel vårdvetenskapliga antaganden?	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Bokstäverna A-L representerar de kvalitetsgranskade artiklarna.

8–9 poäng - Hög kvalitet.

6-7 poäng - Medel Kvalitet.

5 poäng och under - Låg kvalitet och används därför inte i examensarbetet.



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Box 883, 721 23 Västerås Tfn: 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna Tfn: 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se Webb: www.mdh.se