



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Akademien för hälsa, vård och välfärd

LIVET EFTER HJÄRTINFARKT

En litteraturstudie

SIMONE NYBERG

MARION ÄLVEBJÖRK

Huvudområde: Vårdvetenskap med
inriktning omvårdnad
Nivå: Grundnivå
Högskolepoäng: 15 hp
Program: Sjuksköterskeprogrammet
Kursnamn: Examensarbete i vårdvetenskap
med inriktning omvårdnad
Kurskod: VAE209

Handledare: Annelie Gusdal & Birgitta
Johansson

Examinator: Margareta Asp

Seminariedatum: 2019-03-29

Betygsdatum: 2019-04-29

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Tidigare forskning visar att sjuksköterskor upplever att patienter som drabbats av hjärtinfarkt är missnöjda med sjukvården trots att den anses individanpassad. Det råder bristande kunskap om hur sjuksköterskor skall hjälpa patienter att implementera livsstilsförändringar i praxis. Faktorer som ansågs bristande var organisatoriska förhållanden, kommunikation och kunskap. Närstående till patienter upplever att den standardiserade informationen som patienter erhåller om levnadsvanor efter hjärtinfarkt är otillräcklig vilket medför fysisk och psykisk påfrestning hos närstående. **Syfte:** Att beskriva patienters upplevelser som påverkar dem att genomföra livsstilsförändringar efter hjärtinfarkt. **Metod:** Litteraturstudie med beskrivande syntes. **Resultat:** Utifrån patienternas upplevelser efter hjärtinfarkt uppstod två teman: Begränsningar och förutsättningar. Från temat begränsningar framkom fyra subteman vilka beskrev patienternas bristande stöd, deras oro och ångest, osäkerhet samt rädsla. Från temat förutsättningar framkom två subteman vilka beskrev patienternas upplevelse av längtan efter liv och motivation. **Slutsats:** Patienter behöver bli mer insatta i vad egenvård som leder till livsstilsförändringar har för betydelse för deras fortsatta liv efter hjärtinfarkt. Med bättre insikt i egenvård kunde patienters begränsningar möjligtvis minska och ändrade levnadsvanor skulle kunna implementeras till livsstilsförändringar på ett naturligt sätt.

Nyckelord: kardiovaskulär sjukdom, kvalitativ, livsstilsförändringar, patienter, upplevelser

ABSTRACT

Background: Previous research shows that nurses feel that patients who have suffered from myocardial infarction are dissatisfied with the health service, even though it is considered individually adapted. There is a lack of knowledge in how nurses should help patients implement lifestyle changes in their everyday lives. Affective factors included: organizational conditions, communication and knowledge. People in close relation to patients' affected by myocardial infarction experience physical and mental stress as a result of the standardized information given. **Purpose:** To describe experiences that affect patients while implementing lifestyle changes following myocardial infarction. **Method:** Literature study with descriptive synthesis. **Results:** Based on patients' experiences post myocardial infarction, two themes arose: Limitations and prerequisites. Four sub-themes emerged from the theme limitations, these described patients' lack of support, worry and anxiety, uncertainty and fear. Two sub-themes emerged from the theme prerequisites, which described patients' experience of longing for life and motivation. **Conclusion:** Patients need to become more aware of how self-care that leads to lifestyle changes impacts their continued life following myocardial infarction. With better insight into self-care, the patient limitations could possibly decrease and changes in living habits could be implemented as lifestyle changes in a natural way.

Keywords: cardiovascular disease, experiences, lifestyle changes, patients, qualitative

INNEHÅLL

1	INLEDNING.....	1
2	BAKGRUND	1
2.1	Centrala begrepp.....	2
2.1.1	<i>Hjärtinfarkt</i>	2
2.1.2	<i>PCI-behandling.....</i>	2
2.1.3	<i>Egenvård</i>	3
2.1.4	<i>Livsstilsförändringar vid hjärtinfarkt</i>	3
2.1.5	<i>Närstående</i>	3
2.2	Tidigare forskning.....	3
2.2.1	<i>Sjuksköterskors upplevelser.....</i>	4
2.2.2	<i>Närståendes upplevelser.....</i>	5
2.3	Styrdokument och riktlinjer	6
2.4	Vårdvetenskapligt perspektiv	7
2.5	Problemformulering.....	8
3	SYFTE.....	9
4	METOD	9
4.1	Datainsamling och urval.....	9
4.2	Dataanalys och genomförande.....	10
4.3	Etiska överväganden	11
5	RESULTAT	12
5.1	Begränsningar.....	12
5.1.1	<i>Bristande stöd</i>	12
5.1.2	<i>Oro och ångest.....</i>	14
5.1.3	<i>Osäkerhet.....</i>	14
5.1.4	<i>Rädsla</i>	15
5.2	Förutsättningar.....	16
5.2.1	<i>Längtan efter liv.....</i>	16
5.2.2	<i>Motivation</i>	17

6	DISKUSSION	18
6.1	Resultatdiskussion	18
6.2	Metoddiskussion.....	21
6.3	Etikdiskussion.....	24
7	SLUTSATS	25
8	FÖRSLAG PÅ VIDARE FORSKNING	25
	REFERENSLISTA	26

BILAGA A SÖKMATRIS

BILAGA B KVALITETSGRANSKNING

BILAGA C ARTIKELMATRIS

1 INLEDNING

Hjärtinfarkt är en av de vanligaste folkhälsosjukdomarna i Sverige. Hjärtinfarkt uppstår oftast till följd av förträngningar i ett eller flera av hjärtats kranskärl, vilket leder till att syrebrist uppstår. Detta kan ge symptom som bröstsmärta, strålande smärta i arm, käkar eller hals. Riskfaktorer för att utveckla hjärtinfarkt är bland annat rökning, ohälsosam kosthållning, övervikt, diabetes och risken ökar med stigande ålder. Effektiva behandlingsformer för hjärtinfarkt har ökat markant vilket leder till kortare vårdtider. Percutan coronar intervention (PCI), är en av de viktigaste behandlingarna tillsammans med farmakologisk behandling vid hjärtinfarkt. Den farmakologiska behandlingen är livslång och är ett primärt fokus under vårdtiden. Patienter kan uppleva chocktillstånd i samband med hjärtinfarkt. Detta kan bidra till att patienter inte kan tillgodogöra sig den informationen de får av sjuksköterskor efter hjärtinfarkt. Sjuksköterskors stöd i patienters känslomässiga reaktioner och fysiska utmaningar är av betydelse för att livsstilsförändringar hos patienter efter hjärtinfarkt skall ske. Patienters vistelse på sjukhus efter hjärtinfarkt är kort, men en lång rehabiliteringsprocess fortsätter efter utskrivning från sjukhus. Därmed lämnas patienter med eget ansvar för att realisera livsstilsförändringar på en individuell nivå. Det behöver också finnas ett fokus på fler perspektiv än de farmakologiska av betydelse för patienters fortsatta liv efter hjärtinfarkt. Till en början är intresset för examensarbetet hämtat utifrån egna erfarenheter av att arbeta på hjärtintensivvårdsavdelning. Mälardalens högskola, akademin för hälsa vård och välfärd (HVV) presenterade ett intresseområde om sjuksköterskors eller närståendes stöd för patienters återhämtning. Då begreppet återhämtning i kombination med sjuksköterskeperspektiv inte är tillräckligt studerat i förhållande till hjärtinfarkt, modifierades intresseområdet till begreppet upplevelser ur ett patientperspektiv. Målet med examensarbetet är att få djupare kunskap om hur patienter upplever och hanterar känslor efter hjärtinfarkt. Hur patienters upplevelser och känslor påverkar dem har betydelse för hur de skall implementera nödvändiga levnadsvanor till livsstilsförändringar.

2 BAKGRUND

I bakgrunden redovisas centrala begrepp, tidigare forskning, styrdokument och riktlinjer, vårdvetenskapligt perspektiv och problemformulering.

2.1 Centrala begrepp

I följande avsnitt redogörs för centrala begrepp: hjärtinfarkt, PCI-behandling, egenvård, livsstilsförändringar och närstående.

2.1.1 Hjärtinfarkt

I Sverige är hjärt- och kärlsjukdomar den vanligaste förekommande dödsorsaken och klassas som den största folkhälsosjukdomen. Varje år drabbas omkring 36000 människor av hjärtinfarkt i Sverige och står för 40 % av den totala mortaliteten i Sverige (Pellmer, Wramner & Wramner, 2012). Hjärtinfarkt går under medicinska termen myocardiemi, vilket innebär att hjärtats kranskärl som försörjer hjärtat med syre får syrebrist. När blodflödet försämras i kranskärlen kan inte syrebehovet tillgodoses i den omfattningen som behövs i förhållande till ansträngning. Den vanligaste orsaken till hjärtinfarkt är arterioskleros (åderförkalkning) på kranskärlsväggen, vanligast i kranskärlens förgreningar. Arterioskleros byggs upp gradvis under längre tid och leder till förträngning i kranskärlens lumen vilket på sikt kan leda till en hjärtinfarkt (Ericson & Ericson, 2012). Under pågående hjärtinfarkt är patienter ofta allmänpåverkade i form av kallsvettning, illamående, andfåddhet och ofta har patienter ångest. Bröstmärta är ett vanligt framträdande symptom och kan yttra sig kramande, tryckande eller som en strålande smärta. Smärtan behöver inte vara belägen runt hjärtat utan kan stråla ner i armen, axeln, halsen eller käken (Coventry, Finn & Bremner, 2011; Ericson & Ericson, 2012). World Health Organization, (WHO, 2011) beskriver tre kategorier av riskfaktorer för uppkomst av hjärt- kärlsjukdomar. Dessa inkluderar riskfaktorer som är påverkbara i hög grad, övriga påverkbara riskfaktorer och icke påverkbara riskfaktorer. Till riskfaktorer som är påverkbara i hög grad hör fetma, höga lipidvärden (blodfetter) i blodet, tobaksbruk, fysisk inaktivitet, ohälsosam kosthållning och diabetes mellitus. Andra kategorin övriga påverkbara riskfaktorer innefattar låg socioekonomisk status, mental ohälsa, psykosocial stress och hög alkoholförbrukning. Icke påverkbara riskfaktorer är ålder, ärftlighet och kön där kvinnor har högre skydd mot att utveckla hjärtinfarkt än män relaterat till att de har östrogen i kroppen fram till menopaus. Etnicitet är en annan opåverkbar faktor där syd-asiater och amerikanska mörkhyade har ökad dödlig utgång till följd av ischemisk hjärtsjukdom jämförelsevis med ljushyade (WHO, 2011).

2.1.2 PCI-behandling

När en hjärtinfarkt inträffar är det av stor vikt att öppna de förträngningar som finns i kranskärlen i ett tidigt skede för att minska vävnadsskada i hjärtat. PCI kan vara en livsavgörande behandling. Målet med PCI-behandling är att öppna kranskärllet, förbättra patienters symptom och prognos vid hjärtinfarkt eller instabil angina. PCI anses ha bättre resultat än farmakologisk behandling som monoterapi (Ludman, 2014). Detta bekräftas av Uppsala researchcenter, (UCR, 2019) som beskriver att dödligheten minskat markant efter PCI-behandlingens utveckling.

PCI är en behandling som återupprättar blodflödet i kranskärl när det är helt eller delvis blockerat av förträngningar. Behandlingen utförs på radiologisk enhet via genomlysning. En ledare förs in via artär radialis eller artär femoralis till hjärtats kranskärl i höjd med aorta. Kärnen fylls med kontrast för att upptäcka förträngningar i kranskärlen. Genom att vidga en ballong vid kateterns spets i höjd med förträngningen trycks förträngningen tillbaka i kärnväggen. Ofta kombineras ballongvidgning tillsammans med stent behandling. En cylinder av nät placeras vid stenosen med hjälp av ballongen som håller kärlet öppet (Ericson & Ericson, 2012; Ludman, 2014).

2.1.3 Egenvård

Nationalencyklopedin (NE, 2019) beskriver begreppet egenvård: ”de åtgärder som den enskilde själv kan vidta vid enkla och vanliga symtom, sjukdomar och skador”. Orem (2001) framhåller att egenvård är en reflekterande och styrd handling som syftar till att vårda sig själv för att bevara välbefinnande, liv och hälsa. Egenvård innebär att göra något för sig själv genom att ta ansvar för den egna hälsan.

2.1.4 Livsstilsförändringar vid hjärtinfarkt

Livsstil beskrivs som ett beteendemönster, ett sätt att leva sitt liv. Förändring beskrivs som en handling vilket leder till ett ändrat beteende (Svenska akademins ordbok, 2019). Olika levnadsvanor ingår i en livsstil. Vid hjärtinfarkt kopplas nödvändiga livsstilsförändringar till att sluta använda tobak, minska stress och alkoholkonsumtion, vara fysiskt aktiv och ha en sund kosthållning. När levnadsvanor ändras sker en livsstilsförändring (Lidin, Ekblom-Bak, Rydell Karlsson & Hellénus, 2018).

2.1.5 Närstående

Med närstående avses en ”person som den enskilde anser sig ha en nära relation till”. Närståendebegreppet jämförs med anhörigbegreppet som definieras som en ”person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna” (Socialstyrelsen, u.å). International Council of Nurses (ICN) etiska kod (Svensk sjuksköterskeförening, 2012) beskriver närstående som ”en social enhet bestående av medlemmar som knyts samman via släktskap, känslomässiga eller rättsliga band”.

2.2 Tidigare forskning

Under tidigare forskning beskrivs sjuksköterskors och närståendes upplevelser av att stödja patienter efter hjärtinfarkt.

2.2.1 Sjuksköterskors upplevelser

Sjuksköterskor har uppmärksammat att det finns behov av att skraddarsy omvårdnad för patienter som är nedstämnda till följd av hjärtsjukdom. De anser att alla patienter är olika och därmed skall vården individanpassas. Sjuksköterskor anser att patienter förmodligen skulle känna sig tryggare att prata om depressiva symptom med någon de träffar regelbundet till skillnad mot någon de bara träffat tillfälligt. Trots individanpassad vård upplevs patienter inte vara nöjda. Sjuksköterskor anser att om patienter får mer tid att prata om depressiva symptom skulle det kunna leda till ökad trygghet kan bidra till hur patienter hanterar sin hjärtsjukdom. Detta motiverar sjuksköterskor att ge patienter mer tid att prata om depressiva symptom med patienter. Om patienter får hjälp med att hantera depressiva symptom så kan de få bättre syn på livet som helhet (Barley, Walters, Tylee & Murray, 2012).

Sjuksköterskor finner det viktigt att vara vetenskapligt uppdaterade om metoder som är viktiga för implementering av livsstilsförändringar hos patienter som drabbats av hjärtinfarkt. I kliniskt arbete anser sjuksköterskor att patienters livsvärld ska vara en utgångspunkt där patienters verklighet är i fokus. Sjuksköterskor upplever det önskvärt att ha kännedom om vilka levnadsvanor patienter prioriterar att ändra. Sjuksköterskor anser att de på så vis kan engagera och undervisa patienter i livsstilsförändringar (Svavarsdóttir, Sigurðardóttir & Steinsbekk, 2016). Sjuksköterskor upplever svårigheter i att kommunicera med patienter om nödvändigheten av ändrade kostvanor. Teoretiskt är sjuksköterskor medvetna om hur tillvägagångssättet skall yttra sig i kommunikationen men i praxis är det en utmaning. Öppenhet i kommunikationen upplevs svårt då sjuksköterskor inte alltid är förberedda på hur de ska hantera den informationen som patienter vill delge dem (Lenzen, Daniëls, Amantia van Bokhoven, van Der Weijden & Beurskens, 2018). De kunskaper som ingår i sjuksköterskeutbildningen om att motivera patienter till vikttnedgång upplevs vara otillräckliga för att lyckas få patienter att upprätthålla den nya livsstilen som medföljer en vikttnedgång. Sjuksköterskor upplever att överviktiga patienter som har drabbats av hjärtinfarkt är rädda med inslag av ångest och anser att patienter behöver psykologisk hjälp (Pols et al., 2017).

Sjuksköterskor anser att de har bristande eller inga verktyg för att ge råd om sexuell aktivitet till patienter som har drabbats av hjärtinfarkt. Således upplever sjuksköterskor att de undviker att introducera ämnet på grund av bristande kunskap (Barnason, Steinke, Mosack & Wright, 2013). Sjuksköterskor utgår från egna värderingar om det sexuella ämnet och upplever ämnet genant vid kommunikation med patienter (Barley et al., 2012; Barnason et al., 2013). Vidare har sjuksköterskor förutfattade meningar om hur patienter upplever att få information angående sexuell aktivitet. Sjuksköterskor upplever att patienter känner sig kränkta ur religiösa och kulturella aspekter om de erhöll information om sexuell aktivitet som de själva inte bett om. Sjuksköterskor förutsätter att patienters integritet kränks och att patienter känner att de sätter sjuksköterskor i en genant position genom att be om sexuell rådgivning. Sjuksköterskor uttrycker att patienter som har drabbats av hjärtinfarkt behöver prata ostört om sexuell aktivitet för att inte kränka deras integritet. Samtalen behöver hållas privat utan störningsmoment. Dock upplever sjuksköterskor att de inte har rätt miljö tillgänglig för att hålla dessa samtal. Tidsbrist ansågs som en annan orsak till att ge sexuella råd. Sjuksköterskor anser att de har för lite tid för att ha möjlighet att upprätthålla ett

terapeutiskt förhållande med patienter i syfte att prata om sexualitet (Barnason et al., 2013). Detta bekräftas av Lenzen et al. (2018) som påtalar att tidsbrist är ett hinder vid samtal med patienter. Sjuksköterskor använder ofta en checklista vid samtal med patienter. Även om sjuksköterskor är tillåtna att gå utanför checklistans ramar vid samtal så uppger sjuksköterskor att det oftast inte finns tid att prata om annat än checklistans innehåll. Sjuksköterskor uttrycker att de har svårt att stödja patienter i livsstilsförändringar på grund av tidsbrist. Långa väntelistor och ekonomiska nedskärningar orsakar att vissa tjänster inom hälso- och sjukvården dras ner. Detta bidrar till att alla patienter inte blir erbjudna de tjänster som skall erbjudas i hälso- och sjukvården. Sjuksköterskor bedömer därmed att det är nödvändigt att hänvisa patienter till andra sjukvårdsaktörer för att de skall kunna få stöd att ändra livsstil. Det lättaste sättet att få patienter motiverade till livsstilsförändringar upplever sjuksköterskor vara när patienter kommer med egna idéer och förslag på hur träning och kost skall realiseras (Alageel, Gulliford, Mcdermott & Wright, 2018). Dock upplever sjuksköterskor att patienter är osäkra trots att de kommer med förslag på hur de skall schemalägga fysisk aktivitet. Sjuksköterskor rekommenderar träning för att förbättra sinnesstämningen hos patienter. De informerar patienter om hur signalsubstanser i hjärnan ökar med träning och att det bidrar till en känsla av glädje (Barley et al., 2012).

2.2.2 Närståendes upplevelser

Närstående vill skydda patienter som har drabbats av hjärtinfarkt från fysisk och psykisk stress. Därför upplever närstående att de har ett krav att ta ansvar för hela familjens välbefinnande i livet efter att patienter har drabbats av hjärtinfarkt. Närstående beskriver att de pausar det egna livet och lägger all psykisk och fysisk styrka på att fokusera på patienters välbefinnande och hälsa. Närstående som anser sig ha ensamt ansvar för patienters välbefinnande upplever en kontrollförlust som på sikt bidrar till oro över patienters framtid. Närstående beskriver att de är ledsna över att patienter har drabbats av hjärtinfarkt. Dock vill inte närstående visa för patienter att de är ledsna, de går undan och gråter i ensamhet. Detta bidrar till att närstående avfärdar och åsidosätter egna känslor och behov. Närstående håller upp en fasad och fokuserar på patienters rehabilitering (Andersson, Borglin, Sjöström-Strand & Willman, 2013). Närstående upplever att de har skyldighet att ta ansvar för patienter även om de kan sköta sig själva efter hjärtinfarkt. Närstående lever i vaksamhet och är alltid förberedda på en eventuell ny hjärtinfarkt hos patienter. Närstående kontrollerar att patienter tar mediciner och är uppmärksamma på eventuella biverkningar. Vid de tillfällen närstående befinner sig i skolan eller på arbetsplatsen upplever de minskad kontroll som följaktligen skapar ångest och oro över patienter (Andersson et al., 2013; Dumit, Abboud, Massouh & Magilvy, 2015). Trots att närstående involveras i patienters behov och känslor anses de ha svårt att hinna tillgodose alla behov som patienter har (Andersson et al., 2013).

Närstående tar en större roll i hemmet vad beträffar hushållssysslor och att handla matvaror. Målet med att närstående tillämpar en större roll i hemmet är att få patienter att ändra livsstil (Andersson et al., 2013). Handling är tidskrävande då närstående måste läsa innehållsförteckningen på matvaror till följd av patienters nya kostvanor. Detta upplevs stressigt och frustrerande för närstående (Blair, Volpe & Aggarwal, 2014). Närstående upplever okunskap om vilken mat som är nyttig att laga vilket uppfattas som ett hinder för

att nå en hållbar livsstilsförändring för patienter (Kärner Köhler, Nilsson, Jaarsma & Tingström, 2017).

Närstående beskriver att de har behov av att känna till symptom som patienter uppvisar för att vidareförmedla detta till läkare (Blair et al., 2014). Under läkarbesök upplever närstående bristande delaktighet då största fokus ligger på patienter. Närstående upplever behov av att ställa frågor och erhålla kunskap om hur de kan stödja patienter på bästa sätt (Andersson et al., 2013; Blair et al., 2014). Blair et al. (2014) beskriver att närstående upplever bristande utrymme att prata på läkarbesök. Läkare koncentrerar sig bara på patienter och viftar undan närståendes funderingar och påtalar att patienter själva kan fråga om de undrar något. Andersson et al. (2013) beskriver att närstående upplever att de behöver stöd från sjukvårdspersonal. Närstående söker aktivt råd och stöd hos sjuksköterskor och upplever ett behov av att ha någon att kontakta när de upplever osäkerhet. Kärner Köhler et al. (2017) menar att närstående upplever osäkerhet i vilken utsträckning fysisk aktivitet får användas av patienter. Osäkerheten bidrar till ångest hos närstående. Således undviker närstående ansträngande fysisk aktivitet tillsammans med patienter.

Till följd av att närståendes behov inte tillgodoses av från sjuksköterskor söker närstående information på internet. Dock upplever närstående informationssökning på internet utmanande och svårt för att finna relevant information. Närstående uttrycker att även informationsbroschyrer om hjärtinfarkt med standardiserad information från hälso- och sjukvården inte anses tillräcklig för patienter (Andersson et al., 2013). Närstående uttrycker ett behov av utbildningsprogram för patienter i syfte att stärka kunskap om kosthållning och fysisk aktivitet samt för att implementera detta till patienters livsstilsförändring (Blair et al., 2014).

2.3 Styrdokument och riktlinjer

ICN:s etiska kod (SSF, 2012) beskriver att sjuksköterskor har fyra grundläggande ansvarsområden för etiskt förhållningsätt i yrkesutövningen. Sjuksköterskor skall främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och slutligen lindra lidande. Sjuksköterskor är ansvariga för att ge rätt och tillräcklig information, kulturellt anpassad samt vara riktad till människor i behov av vård. Vidare skall sjuksköterskor visa medkänsla, respekt och lyhördhet. Sjuksköterskor har personligt ansvar för yrkesutövandet och att upprätthålla sin kompetens genom kontinuerligt lärande. Sjuksköterskor skall vara medvetna om miljöns betydelse för hälsan och arbeta utifrån en hållbar miljö. Sjuksköterskor skall upprätthålla omvårdnadens värdegrund på ett företagsamt sätt (SSF, 2012).

Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (SSF, 2017) beskriver att omvårdnad är sjuksköterskors specifika kompetensområde som styrs av vetenskap och patientnära arbete med en humanistisk människosyn. Sjuksköterskor skall hantera hälsoproblem och få patienter att nå välbefinnande och livskvalitet fram till döden. Vidare skall sjuksköterskor utgå från ett etiskt förhållningssätt och ha ett kritiskt och reflekterande tankesätt. En förtroendefull relation skall skapas tillsammans med patienter genom en ömsesidig öppenhet för kunskapsutbyte med varandra. Sjuksköterskor och patienter ingår i ett partnerskap vilket

ger utrymme för patienter att vara delaktiga i vården samt delta i beslut om vård, behandling och mål som skall uppnås. Omvårdnad skall ges utifrån patienters behov och resurser. Sjuksköterskor skall främja hälsa och förebygga ohälsa hos patienter. Detta sker genom att planera, genomföra och utvärdera information via insatser med utbildning tillsammans med patienter och närstående. Sjuksköterskor skall ha pedagogisk kompetens för att kunna möta patienter och närstående med skilda behov och kunskaper (SSF, 2017).

I patientlagen (SFS, 2014:821) stadgas att målet med hälso- sjukvårdsvård är god vård på lika villkor för hela befolkningen. Patienter skall få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och är i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) (SFS, 2017:30) skall sjukvården arbeta för att förebygga ohälsa samt att patienters behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet skall tillgodoses. Hälso- och sjukvårdsverksamhet skall främja patienters integritet och självbestämmande (SFS, 2014:821; SFS, 2017:30). Vård skall ges med respekt för alla människors lika värde samt för den enskilda människans värdighet. Den med störst behov av hälso- och sjukvård skall ges företräde (SFS, 2014:821). Goda kontakter skall främjas mellan patienter och sjukvårdspersonal (SFS, 2017:30). I patientsäkerhetslagen (SFS, 2010:659) stadgas att vården skall organiseras tillsammans med patienter så långt som det är möjligt.

Socialstyrelsen har utfärdat en egenvårdsföreskrift (SOSFS, 2009:6) om bedömning av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. De som innehar legitimation som yrkesutövning inom hälso- och sjukvården har rätt att göra en individuell bedömning om patienter, eller patienter med hjälp av närstående kan utföra hälso- eller sjukvårdsåtgärder utanför sjukvården. Bedömningen skall ske i samråd med patienter samt utifrån patienters självbestämmande och integritet och innehar krav på trygghet och säkerhet. Bedömningen utfärdas utifrån patienters livssituation samt fysiska- och psykiska hälsa. Vidare görs en riskanalys samt analyserar om egenvård kan utföras på ett tillförlitligt sätt. Misstänks fara eller risk tillåts inte hälso- och sjukvårdsåtgärd att bedömas som egenvård. Resultatet baseras på om patienten klarar sin egenvård på ett säkert sätt. Patienter skall informeras om egenvårdens innebörd. Bedömningen skall följas upp och omprövas av den som beslutat om bedömningen (SOSFS, 2009:6).

2.4 Vårdvetenskapligt perspektiv

Att beskriva egenvård är angeläget då syftet med examensarbetet är att beskriva patienters upplevelser som påverkar dem att genomföra livsstilsförändringar efter hjärtinfarkt.

Det är viktigt att sjuksköterskor har ett hälsofrämjande förhållningssätt samt kunskap om hur vårdvetenskapliga teorier kan utföras i det praktiska vårdarbetet. En betydande del av livsstilsförändringar efter hjärtinfarkt utgörs av patienters egenvård och därmed blir Orem's (2001) egenvårdsteori aktuell att utgå från.

Orems (2001) egenvårdsteori är en generell teori om vad omvårdnad är och hur den ska vara i konkreta situationer, men också ett uttryck för hur vanliga funktioner och behov kombineras för att upprätthålla balans. Egenvård måste läras in med hjälp av kommunikation och göras medvetet kontinuerligt utifrån patienters kunskaper och värderingar. Centralt i egenvårdsteorin är att patienter måste överlägga med sig själva för att upprätthålla livet. De universella livsvillkoren innefattar fysiska, psykiska, sociala, mellanmänskliga interaktioner och dess funktioner. Således innefattas intag och balans av mat, vatten och luft samt upprätthållande i elimineringsprocessen av fekalier, balans mellan aktivitet och vila, balans mellan sociala interaktioner och ensamhet. Vidare skall mänskligt liv upprätthållas genom att förebygga faror och välbefinnande samt att mänskliga funktioner skall främjas. Vidare formas egenvård av kulturell tillhörighet och erfarenhet. Egenvård utförs med fri vilja i syfte att uppnå välbefinnande, god hälsa och normalitet.

Det finns olika nivåer avseende hur sjuksköterskor kan hjälpa patienter att balansera hälsan genom kompensatoriska åtgärder. Orem (2001) kallar det "Nursing system", alltså ett omvårdnadssystem där patienter får kompenserad hjälp. Hur hjälpen yttrar sig beror på vilken typ av hjälp som patienter behöver. I sjukdom kan dock egenvårdsbehoven vara större än kapaciteten hos patienter, således uppstår brister av att självständigt utföra egenvård. Det är följaktligen i detta skede som sjuksköterskor kan bruka omvårdnadskapaciteten för att hjälpa patienter att återfå balans. Omvårdnadskapaciteten innefattar att sjuksköterskor undervisar patienter samt bistår med att balansera de universella livsvillkoren genom att delvis kompensera egenvårdsbrister som patienter inte förmår att utföra självständigt. Patienter med kognitiv nedsatt förmåga anses inte klara egenvård, därmed måste denna patientkategori bistås med omsorgsåtgärder som utförs av sjuksköterskor eller närstående. De patienter som är vuxna och har kognitiv mognad samt förstår innebörden av egenvård kan bistås delvis kompensatorisk egenvård. Således är de kapabla till att söka lärdom i att hantera behov och skapa balans mellan de universella livsvillkoren.

2.5 Problemformulering

Tidigare forskning visar att sjuksköterskor upplever brister i att förmedla information till patienter i samband med hjärtinfarkt under vårdtiden. Dels upplever sjuksköterskor att informationen de ger patienter är standardiserad och behöver individualiseras, men de upplever även att patienter inte alltid kan tillgodogöra sig den informationen de får. Sjuksköterskor anser att närståendes närvaro vid informationsöverföring är viktigt för patienter. Även närstående anser att deras närvaro är viktig, dels för patienters skull, men även för att de själva behöver aktivt råd och stöd från sjuksköterskor för att kunna hjälpa patienter på rätt sätt. Brister i sjuksköterskors ansvar att ge individualiserad information till patienter kan leda till utebliven kunskap hos patienter, samt påverka deras förutsättningar att utföra kontinuerlig egenvård som leder till livsstilsförändringar. Detta blir ett problem för patienter när de återvänder hem. Då tillhandahållandet av information inte alltid når fram till patienter eller närstående i den utsträckning som är nödvändig för att implementera livsstilsförändringar hos patienter, blir risken att patienter fortsätter ha osunda levnadsvanor som på sikt är påverkbara faktorer till att insjukna i en ny hjärtinfarkt. Detta ställer krav på

patienter att utföra egenvård. Att upprätthålla nödvändiga livsstilsförändringar för patienter kräver information och kunskap från sjuksköterskor. Närståendes delaktighet i samtal med sjuksköterskor kan bidra till minskad fysisk och psykisk belastning för patienter, samt ge en tryggare tillvaro i hemmet. Sjuksköterskor kan dra lärdom av patienters upplevelser för att erhålla kunskap om hur egenvård kan anpassas på en individnivå. Genom att ta del av patienters upplevelser kan sjuksköterskor och närstående upptäcka vad som gynnar patienter att genomföra livsstilsförändringar efter hjärtinfarkt.

3 SYFTE

Syftet är att beskriva patienters upplevelser som påverkar dem att genomföra livsstilsförändringar efter hjärtinfarkt.

4 METOD

Examensarbetet syftar till att beskriva patienters upplevelser som påverkar dem att genomföra livsstilsförändringar efter hjärtinfarkt. Därmed är en kvalitativ ansats lämplig att använda då patienters upplevelser skall studeras. Friberg (2017a) beskriver att kvalitativa artiklar ger ökad förståelse i hälsoprocesser som gestaltas av patienters upplevelser och erfarenheter. Vald metod är en litteraturstudie som systematiskt analyseras i enlighet med Evans (2002) beskrivande syntes. Analysmetoden beskrivs enligt fyra steg: insamling av datamaterial, identifiera nyckelfynd, sammanställning av teman och subteman, och slutligen beskriva fenomenet.

4.1 Datainsamling och urval

Databaserna CINAHL Plus, PubMed och SwePub användes vid sökningarna efter aktuella artiklar. Databaserna är relevanta för sökning inom vårdvetenskap och passar till valt forskningsområde. För att få en korrekt översättning av medicinska och vårdvetenskapliga termer användes databasen Svensk MeSH. Vid sökningar användes sökord som var relevanta för ämnet samt synonymer till dessa (Östlundh, 2017). Sökorden som användes var *myocardial infarction, heartattack, cardiac car*, cardiovascular, nurs*, patient*, experience, experience*, perspective, view, perception attitude, life*, lifestyle* och qualitative**. Vid sökningarna användes booleska sökoperatorerna OR och AND för att utvidga sökkombinationerna. Boolesk sök teknik bestämmer enklare samband på sökningar vilket ger bättre träffar (Östlundh, 2017), se bilaga A, sökmatrix för exakta sökkombinationer.

Tidsintervallet är avgränsat mellan år 2009-2019. Samtliga artiklar är peer reviewed för att säkerställa kvalitet på artiklarna. Vidare har sökningarna avgränsats till det engelska språket. Inklusionskriterierna i sökningarna var följande: artiklar från hela världen, kvinnor och män som drabbats av- och genomgått behandling för hjärtinfarkt. Exklusionskriterier i sökningarna var följande: patienter som är yngre än 18 år, patienter som inte återvänder hem efter vårdtiden på sjukhus, sjuksköterskeperspektiv och kvantitativa artiklar. Sökningarna som resulterade i över 300 träffar smalnades av ytterligare för att få färre sökträffar som svarade på syftet. Sammantaget gav sökningarna i olika kombinationer totalt 639 träffar. Av dessa lästes 96 artiklars abstract och 30 fulltexter. Kvalitetsgranskning har gjorts för att kontrollera att artiklarna håller en god kvalitet i examensarbetet samt för att få en djupare förståelse om vad artiklarna handlar om. Artiklarna granskades i enlighet med Fribergs (2017b) kvalitetsgranskningsfrågor. Frågorna modifierades och omformulerades där nio frågor valdes ut för kvalitetsgranskning. För att stärka kvalitetsgranskningen ytterligare poängsattes Fribergs (2017b) kvalitetsgranskning frågor ja-frågor med 1 poäng och nej-frågor med 0 poäng. Totalt kunde en studie nå 9 poäng som max poäng. De artiklar som erhöll 0-3 poäng ansågs ha låg kvalitet, artiklar med 4-6 poäng bedöms vara av medelkvalitet. Författarna strävade efter hög kvalitet i granskningen och artiklar med hög kvalitet, 7-9 poäng, ansågs relevanta att gå vidare med. 18 artiklar kvalitetsgranskades varav två artiklar fick 0-3 poäng, fem artiklar fick 4-6 poäng, dessa valdes bort. Av resterande 11 artiklar bedömdes samtliga artiklar ha 7-9 poäng och därmed vara av hög kvalitet, se bilaga B, kvalitetsgranskning. En av de 11 artiklarna har en mixad metod och den kvantitativa delen valdes bort. Elva artiklar svarade på examensarbetets syfte och analyserades till resultatet. Dessa numrerades 1-11, se bilaga C, artikelmatris.

4.2 Dataanalys och genomförande

I enlighet med Evans (2002) beskrivande syntes samlades kvalitativt datamaterial in som ett första steg. Vårdvetenskapliga artiklar som stödjer upplevelser och bemötande söktes i databaser. Valda artiklar kvalitetsgranskades, se avsnitt 4.1. datainsamling och urval för exakt tillvägagångsätt. I Evans (2002) andra steg läste författarna artiklarnas fulltexter enskilt vid två tillfällen, för att få individuella uppfattningar. Evans (2002) påtalar att detaljer uppmärksammas på detta vis. En tredje person med engelska som förstaspråk rådfrågades i syfte att bekräfta korrekt översättning. Viktiga nyckelfynd som svarade på syftet identifierades i texternas resultat. I Evans (2002) tredje steg sammanställdes nyckelfynden i två enskilda dokument. Nyckelfynden numrerades med samma siffra som studien de var hämtade från. Vidare lästes samtliga artiklar tillsammans vid ett tredje tillfälle där alla nyckelfynd diskuterades samt kontrollerades mot syftet och artiklarna. Artiklarnas resultat jämfördes med varandra och likheter och skillnader identifierades. I Evans (2002) fjärde och sista steg kodades nyckelfynden med olika färger och placerades separata dokument med övergripande rubriker. Totalt skapades 241 nyckelfynd. Utifrån likheter och skillnader av innehåll i dokumenten skapades två teman. Teman som skapades svarade an på syftet och hade skillnader i innehållet. Utifrån dessa skillnader skapades subtema. En sammanställning av gemensamma fynd gjordes för att skapa en ny beskrivning utifrån valt ämnet. Varje subtema hänvisades till originaltexten genom citat och utvalda meningar ur texten, se

exempel i tabell 1. Resultatet sammansattes och hänvisades från varje temas originaltext. För att ge läsaren en förståelse för det slutgiltiga resultatet skall analysgången i texten beskrivas noga (Friberg, 2017b).

Tabell 1: Exempel på nyckelfynd, tema och subtema

Nyckelfynd	Tema	Subtema
I just don't want to be in hospital again, so that is the main reason to stay healthy. I want to stay alive for a wee bit longer (Doyle, Fitzsimons, McKeown & McAloon, 2012, s. 35).	Förutsättningar	Längtan efter liv
I feel well and I'm grateful that I'm alive today. I try to live like anyone else. Perhaps I stress myself a bit too much. The will to survive was a major factor in motivating and empowering lifestyle changes (Sjöström-Strand, Ivarsson & Sjöberg, 2011, s. 463).		Motivation

4.3 Etiska överväganden

Codex (2019) beskriver att det finns riktlinjer och regler att förhålla sig till, etiska handlingar måste utföras korrekt. Forskaren är ansvarig för egen forskningsprocess som avses vara moraliskt riktigt och hålla hög kvalitet. Det är förbjudet att förvränga, fabricera eller plagiera material som andra forskare använt för att framstå som eget material. För att artiklar skall klassas som vetenskapliga är det ett krav att de är granskade ur källkritiska, metodologiska och argumentativa avseenden. Artiklar som är peer reviewed uppfyller krav på vetenskap genom fackgranskning (Codex, 2019). Samtligt forskningsmaterial måste redovisas öppet. Detta för att andra forskare skall ges möjlighet att kunna bedöma och förnya all forskning (Vetenskapsrådet, 2019). Genom att använda forskningsetiska principer skyddas mänskliga rättigheter och skall beaktas vid forskningsetiska förfaranden (Polit & Beck, 2016). Då författarna har kunskap och egna förståelser inom området hjärtinfarkt har enskilda reflektioner diskuterats tillsammans huruvida detta kan påverka examensarbetets resultat. Data analyserades med ett kritiskt förhållningssätt i strävan efter att egna förförståelsen inte skulle påverka resultatet negativt. Artiklarna var peer reviewed vilket säkerställde kvalitet genom att uppfylla krav på forskning. Valda artiklar refererades med källhänvisning som sammanställdes i en referenslista. Detta gav läsaren möjlighet att återfinna ursprungskällan på ett enkelt sätt samt bekräftade att inga egna värderingar använts. Att återfinna ursprungskällan säkerställde därmed att ingen avsikt funnits att förvränga eller förfälska innehållet i examensarbetet. Artiklarna översattes från engelska till svenska med hjälp engelskt lexikon för att få en korrekt översättning. En tredje person med engelska som förstaspråk rådfrågades om en del engelska ord för att få bekräftelse att innehållet översatts

rätt. Därmed minimerades risken för missförstånd och felaktiga översättningar i examensarbetet.

5 RESULTAT

Elva vårdvetenskapliga kvalitativa artiklar har analyserats till resultatet i enlighet med Evans (2002) beskrivande syntes. Två teman och sex subteman framkom i analysen. Dessa presenteras överskådligt i tabell två och beskrivs vidare i löpande text.

Tabell 2: Tema och subtema.

Tema	Subtema
Begränsningar	Bristande stöd
	Oro och ångest
	Osäkerhet
	Rädsla
Förutsättningar	Längtan efter liv
	Motivation

5.1 Begränsningar

I temat begränsningar framkommer de upplevelser som visar sig vara ett hinder för patienterna att ändra levnadsvanor efter hjärtinfarkt. Patienternas förmåga att genomföra livsstilsförändringar påverkas av hur de bearbetar och handskas med upplevelser och känslor i olika grad, som i detta tema begränsar dem till att upprätthålla nödvändiga livsstilsförändringar. Detta tema mynnar ut i fyra subteman: bristande stöd, oro och ångest, osäkerhet samt rädsla.

5.1.1 Bristande stöd

Doyle, Fitzsimons, McKeown och McAloon (2012) påtalade att patienterna upplevde brist på stöd från sjukvården gällande dietförändringar efter hjärtinfarkt. De beskrev att de fick litet eller uteblivet stöd att implementera dietförändringen till en ny livsstil: "... nobody really said much about eating, you know" (Doyle et al., 2012, s. 36). Patienterna beskrev att många tankar cirkulerade i huvudet, de kunde inte ta in mer information. Patienterna ansåg sig ha ett behov av professionellt stöd (Doyle et al., 2012; Sjöström-Strand, Ivarsson & Sjöberg, 2011). De behövde någon som fanns bredvid som stöd för att kunna återkoppla till vad som sagts: "There was a whole lot of big words and things like that go over my head. That is why I always like somebody with me. Because I forget half the things that I have been told, you know" (Doyle et al., 2012, s. 36). Bristande stöd bidrog till att patienterna blev förvirrade angående dietförändring. De antog att prioriteringar skulle vara vikt nedgång i stället för att

göra dietförändring till en ny livsstil (Doyle et al., 2012). Patienterna ansåg i allmänhet att de hade bristande kunskap om vilka symptom som de skulle vara observanta på och upplevde begränsat stöd från hälso- och sjukvården (Iles, Deaton, Campbell, Mercer & McGowan, 2017; Junehag, Asplund & Svedlund, 2014b; Sjöström-Strand et al., 2011).

Träningsprogram ansågs vara viktigt för patienterna för att klara livsstilsförändringar och därmed lyckas att hantera riskfaktorer (Fåln, Fridlund, Schaufel, Schei & Norekvål, 2016). Dock upplevde några av patienterna att tillräckligt stöd saknades för att fortsätta träningsprogrammet då tiden mellan träning och återbesök var för lång (Doyle et al., 2012).

I need to be sort of pushed along a wee bit. I said that is so much better because I felt slightly abandoned in between, after doing the aerobics and the rehabilitation class. There is a big gap where there was nothing, and I personally need someone to ring up and say come and get a blood test or do this and do that. When I was left to my own devices I would just not do anything, and I imagine there are other people like that (Doyle et al., 2012, s. 37).

Praktisk hjälp och råd från närstående var viktigt för patienterna efter hjärtinfarkt. Närståendes stöd gav en känsla av säkerhet för patienterna (Junehag, Asplund & Svedlund 2014a; Liljeroos, Snellman & Ekstedt, 2011; Sjöström-Strand et al., 2011). Även om patienterna behövde stöd från närstående så beskrev patienterna att de närstående var en mindre utnyttjad resurs. Patienterna påtalade att om de tagit emot stöd från närstående i större utsträckning skulle en mer hållbar livsstilsförändring kunna upprätthållas (Fåln et al., 2016). En patient beskrev att hon blivit sårad när vännen tagit avstånd på grund av rädsla. Sympati från vänner ansågs betydelsefullt: "I used to be really close to this friend, but he hasn't phoned to ask about me, since..." (Junehag, Asplund & Svedlund, 2014b, s. 6).

Patienterna behövde stöd från de närstående i sin nya livssituation under rehabiliteringsprocessen. Patienterna hade behov av de närståendes närvaro vid samtal som säkerhetsåtgärd då informationen nådde ut till flera parter. När sjuksköterskor bjöd in närstående till samtal kände sig patienterna tryggare och kunde vända sig till de närstående om de missförstått eller undrade något (Liljeroos et al., 2011). Ett år efter hjärtinfarkten ansåg patienterna att de fortfarande hade behov av stöd från sjuksköterskor för att upprätthålla livsstilsförändringar. Besöken hos sjuksköterskor upplevdes dock inte tillräckligt täta för att patienterna skulle ha förmågan att bevara nödvändiga livsstilsförändringar (Doyle et al., 2012; Fåln et al., 2016; Sjöström-Strand et al., 2011). Några av patienterna upplevde att de ville göra livsstilsförändringar men klarade inte att upprätthålla kontinuiteten då stödet från de närstående och hälso- och sjukvården inte var tillräckligt (Sjöström-Strand et al., 2011). När sjukvården inte hade organiserade träffar beskrev patienterna att det hade varit önskvärt att ha fått chansen att prata med dem som hade haft samma erfarenheter. En patient uttryckte: "One should get a chance to talk about one's experiences with others who have been through this before" (Junehag et al., 2014a, s. 27).

5.1.2 Oro och ångest

Några av patienterna som skrevs ut tidigt från sjukhuset efter hjärtinfarkt upplevde oro över den personliga hälsan. Detta ansågs kunna förvärra symptomen och därmed blev rehabiliteringsprocessen förlängd. Hållbara livsstilsförändringar blev svåra att genomföra (Eriksson, Asplund & Svedlund, 2010; Sjöström-Strand et al., 2011). Nivåer av ångest och oro var höga hos de flesta patienterna. Att inte kunna skilja symptomen som liknade hjärtinfarkt från symptomen som faktiskt kunde härledas från hjärtat hade betydelse för utvecklingen av hur patienternas oro och ångest fortskred (Dullaghan et al., 2014; Fållun et al., 2016; Iles et al., 2017). En patient fick information om att symptom på hjärtinfarkt kunde te sig olika från gång till gång. Därmed skapades oro över att nyupptäckta symptom kunde vara en ny hjärtinfarkt (Fållun et al., 2016; Junehag et al., 2014b). En annan patient beskrev att hon byggde upp en förväntansoro där oron över ny hjärtinfarkt var central, men att patienten senare hejdade sig: "no, wait a minute, should I go and worry about something that I do not know? Because I know nothing" [about what is going to happen] (Junehag et al., 2014b, s. 293). Oro och ångest över att insjukna i ny hjärtinfarkt visade sig genom att några av patienterna hade telefonen placerad bredvid sängen för att vara redo. De uttryckte att de hade behov av att känna till var alla närliggande sjukhus fanns (Junehag et al., 2014a). I den akuta fasen efter hjärtinfarkt fick patienterna hjälp att prata om sin ångest och reflektera över situationen tillsammans med sjuksköterskor vid flera tillfällen. Patienterna ansåg att det var viktigt att involvera de närstående i kommunikationen med sjuksköterskor då patienterna upplevde att de närstående var oroliga över patienternas tillstånd (Liljeroos et al., 2011).

5.1.3 Osäkerhet

Trots att hjärtinfarkt är livshotande och kräver livräddande åtgärder med PCI-behandling har patienterna svårt att förstå allvarlighetsgraden av hjärtinfarkt. Patienterna upplevde att PCI-behandlingen i förhållande till tiden skapade osäkerhet över hur allvarlig hjärtinfarkten var. Från att symptom uppstod till att behandlingen var slutförd hade en tidsomfattning av endast ett par timmar passerat: "I took those pains in my chest at 12.10 pm and at 1.40 pm I was sitting up in bed eating tea and toast with a stent fitted. It was amazing, absolutely amazing" (Dullaghan et al., 2014, s. 273.) Patienterna upplevde ett tillfrisknande då symtomen avtog snabbare än förväntat efter PCI-behandling (Dullaghan et al., 2014; Iles et al., 2017). Därmed skapades ytterligare osäkerhet om hur väsentligt det var att delta i ett rehabiliteringsprogram. Patienterna hade uppfattningen att livsstilsförändringar kunde byggas på sunt förnuft: "I am still a bit unsure how much of a heart attack it was" (Dullaghan et al., 2014, s.274). När patienterna upplevde symtom i form av tillfällig trötthet, obehag i bröstet och svaghetskänslor en längre tid efter att ha drabbats av hjärtinfarkt rådde osäkerhet om orsaken till symtomen och när vård skulle uppsökas. Patienterna upplevde begränsningar i det sociala livet då de var osäkra på vad nytillkomna symptom stod för (Dullaghan et al., 2014; Junehag et al., 2014a) Osäkerhet kring att lita på kroppens egna förmågor ledde till att patienterna inte tordes utföra vardagliga sysslor (Eriksson et al., 2010; Iles et al., 2017; Junehag et al., 2014a). När andningsproblem och bröstsmärta uppstod upplevdes dessa som svårtolkade av patienterna vilket medförde osäkerhet och bidrog till att vård söktes upprepade gånger (Sjöström-Strand et al., 2011). Som resultat efter hjärtinfarkt uppstod

tvivel om framtiden. Målet var att leva dag för dag då patienterna var osäkra på om de skulle få leva ett långt liv. Upplevelser av osäkerhet hos patienterna medförde svårigheter att genomföra positiva livsstilsförändringar på egen hand och professionell hjälp var önskvärt (Eriksson et al., 2010).

5.1.4 Rädsla

Tanken av att insjukna i en ny hjärtinfarkt bringade rädsla hos patienterna (Doyle et al., 2012; Dullaghan et al., 2014; Iles et al., 2017; Junehag et al., 2014b; Sjöström-Strand et al., 2011). Att ändra livsstil genom kostförändringar var nödvändigt efter hjärtinfarkt. Dock var inte den egna viljan att göra kostförändringar det som drev patienterna till livsstilsförändringen utan kostförändringarna grundades i att patienterna upplevde rädsla för att insjukna i en ny hjärtinfarkt. Patienterna upplevde således kostförändringen som ett tvång. De beskrev känslan av rädsla för att dö till följd av ny hjärtinfarkt (Doyle et al., 2012). En viktig livsstilsförändring var att reducera stress. Patienterna hade svårt att implementera stressreducering som livsstilsförändring då rädslan över att insjukna i ny hjärtinfarkt skapade stress. Vid upplevd stress fick patienterna paniksymtom som andningsproblem och bröstsmärta. Detta tolkades som en ny hjärtinfarkt och patienterna sökte akut sjukvård. Fem år efter hjärtinfarkt upplevde patienterna fortfarande rädsla att insjukna i ny hjärtinfarkt. Risken att utveckla följsjukdomar som till exempel stroke var en påtaglig orsak till rädsla vilket grundades i att patienterna upplevde att hälsan var skör efter hjärtinfarkt (Sjöström-Strand et al., 2011). Patienterna var rädda att hjärtinfarkt på sikt möjligen gav följsjukdomar. Framtida problem med hjärtat tillsammans med tankar på döden utgjorde rädsla hos patienterna (Doyle et al., 2012; Fållun et al., 2016; Iles et al., 2017; Sjöström-Strand et al., 2011). Rädslan över att dö uttrycktes av en patient:

(crying) on the phone today, up at the hospital. . . and erm. . . she said I need congenital (cognitive) thinking therapy or something, because of the way I think about things, because... (crying), (whispers) I'm scared of dying. . .(crying) (Iles et al., 2017 s. 3515).

Rädsla för framtiden kännetecknades som en svår process då patienterna hade förändrad självkänsla vilket blev ett hinder när de ville fortsätta leva sina liv men tvingades till livsstilsförändring (Doyle et al., 2012; Sjöström-Strand et al., 2011). Minskad förmåga att utföra fysisk aktivitet i samma utsträckning som tidigare skapade rädsla vilket begränsade patienternas livsstilsförändring (Junehag et al., 2014b; Sjöström-Strand et al., 2011). Kommunikation mellan patienterna, sjuksköterskor och närstående ansågs vara en viktig aspekt för att bearbeta patienternas rädsla efter hjärtinfarkt. Kommunikationen bidrog till kunskap genom att både patienterna och de närstående bearbetade sin rädsla och på sikt gynnade detta patienternas framsteg och rehabilitering mot en livsstilsförändring (Liljeroos et al., 2011).

Enligt López-Medina, Gil-García, Sánchez-Criado & Pancorbo-Hidalgo (2016) uttryckte patienter att information om sexuell aktivitet efter hjärtinfarkt inte ansågs tillräcklig från hälso- och sjukvården. En patient uttryckte: "No, no, no. They didn't tell me. The doctor also didn't ask me how my sexual activity was going or anything" (López-Medina, et al., 2016, s.

54). Patienterna upplevde rädsla över att återuppta sexuell aktivitet efter hjärtinfarkt då de inte erhållit information om huruvida sexuella aktiviteter kunde påverka deras hälsa på ett negativt sätt. Vidare upplevde patienterna skam över att fråga hälso- och sjukvårdspersonal om råd angående sexuella aktiviteter. Frukten över att ha sexuell aktivitet ansåg majoriteten av patienterna grunda sig i rädsla över att drabbas av en ny hjärtinfarkt. En del av patienterna ansåg att rädslan över sexuell aktivitet var värst i början efter att de hade fått sin diagnos, medan några av patienterna upplevde att rädslan över sexuell aktivitet fortsatte att följa dem även efter flera år. Rädslan bidrog på sikt till förändringar i det sexuella mönstret och den sexuella frekvensen uppgavs ha minskat hos de patienterna som upplevde rädsla i samband med sexuell aktivitet (López-Medina, et al., 2016). Några av patienterna hävdade att de var övertygade om att sexuell aktivitet var farligt för hälsan efter hjärtinfarkt samt att de kände till patientfall där patienterna hade dött under sexuell aktivitet: "I was scared. I said "It will happen to me something?" Because another man who also had a heart attack was on top of his woman when he had the attack [having intercourse]" (López-Medina et al., 2016, s. 52).

5.2 Förutsättningar

I temat förutsättningar framkommer patienternas upplevelser och känslor av vad som stärker förmågan att ändra levnadsvanor för att genomföra nödvändiga livsstilsförändringar efter hjärtinfarkt. Att ha förutsättningar till att nå livsstilsförändringar för patienterna grundas i styrkan att övervinna negativa känslor, vilket bidrar till positivt förhållningsätt och en tro på sig själva. Detta ger patienterna kraft att upprätthålla livsstilsförändringar. Temat förutsättningar mynnar ut i två subteman: längtan efter liv och motivation.

5.2.1 Längtan efter liv

Patienterna upplevde att de hade en längtan att leva som innan hjärtinfarkten. Det krävdes vissa förändringar i deras livsstil. Patienterna beskrev att de var tacksamma över livet och hjärtinfarkten gav dem kraft att kämpa för framtiden (Doyle et al., 2012; Eriksson et al., 2010; Junehag et al., 2014b; Sjöström- Strand et al., 2011). Patienterna hade en önskan att glömma bort hjärtinfarkten för att gå vidare med livet. De ville återgå till hur livet var med de närstående innan hjärtinfarkten. Aptit på livet förelåg där resor och aktiviteter planerades samt längtan efter att starta nya projekt med andra människor men också enskilt (Eriksson et al., 2010). Patienterna poängterade att de nådde en vändpunkt där de erhöll nya rutiner och uppskattade det resultat som träningen gav. Promenader visade sig ge patienterna mer fysisk kapacitet än innan hjärtinfarkten. Små saker i livet började uppskattas: "Actually, this has got me thinking of life in a much more positive way... and to have time in the morning has become important to me" (Junehag et al., 2014b, s. 293). Träning och ändrade kostvanor ansågs vara både värdefulla och positiva till att få leva vidare (Fållun et al., 2016; Junehag et al., 2014b). En patient beskrev att hon återgått till sina aktiviteter som hon haft innan hjärtinfarkten där viljan att leva fullt ut uttrycktes: "I don't intend to lie on the sofa and die, but I'll... I can gladly do that in the forest" (Junehag et al., 2014b, s. 294). Livet ansågs få en djupare mening beskrev några av patienterna. De var tacksamma över en andra chans i livet

och valde att göra saker de mådde bra av och blev glada över (Eriksson et al., 2010; Junehag et al., 2014b; Sjöström-Strand et al., 2011). När patienterna väl accepterade diagnosen uttryckte de tacksamhet över att få en andra chans i livet. Vidare reflekterade patienterna över att hjärtinfarkten gav dem en tanke av välsignelse vilket ledde till en tro på att vara lyckliga (Sjöström-Strand et al., 2011). Patienterna beskrev att de hade ett begär att ändra levnadsvanor för en bättre livskvalitet i framtiden. Patienternas konversation med sjuksköterskor ansågs värdefullt. Detta ledde till en känsla av trygghet och ökade patienternas tro på kapacitet i fysisk aktivitet. Tryggheten skapade viljan att våga leva i sin egen kropp. Därmed vågade patienterna testa sina fysiska gränser (Liljeroos et al., 2011). När patienterna återhämtat sig från hjärtinfarkten upplevde de att de hade ett nytt perspektiv på livet vilket visade sig genom att de försökte njuta och värderade vardagen högt och inte tog något för givet. Genom att omvandla negativa tankebanor till positiva fann patienterna ett nytt sätt att möta tankarna och därmed ökade självförtroendet och en tron på ett långt liv (Eriksson et al., 2010; Wieslander, Mårtensson, Fridlund & Svedberg, 2016). För att uppnå ett längre liv ansåg inte patienterna att de hade något annat val än att ändra livsstil genom att äta mer hälsosamt. Att ändra livsstil grundades inte i att uppnå hälsa, utan att få leva länge med de närstående. Patienterna ville hålla sig vid liv då barnen riskerade att mista en förälder i ny hjärtinfarkt: "I have no choice. I have to eat healthily. I just want to eat healthily because the kids are still young, so it makes sense" (Doyle et al., 2012, s.35). Implementering av livsstilsförändringar utgjorde längtan efter liv. Patienterna strävade efter kvalitet genom att ändra arbetstider, reducera stressfaktorer och ha en positiv attityd inför framtiden (Fålund et al., 2016).

5.2.2 Motivation

Efter hjärtinfarkt upplevde patienterna en vändpunkt. De var tacksamma, de ville kämpa för livet och tillämpade nya rutiner. När fysisk aktivitet visade sig medföra bättre kondition skapades motivation till att fortsätta motionera (Fålund et al., 2016; Junehag et al., 2014b). För att minska risken att drabbas av en ny hjärtinfarkt motiverades patienterna att upprätthålla fysisk aktivitet, inte endast under rehabiliteringens gång, utan också kontinuerligt. Motivationen yttrade sig som strategier genom att ta små steg i taget mot kortsiktiga mål. Då patienterna blev motiverade bidrog detta till en positiv inställning till livet där patienter insåg att livet är skört och därmed uppskattades familj och vänner i större utsträckning men också att prioriterade patienterna sig själva: "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 et al., 2016, s.498).

Hjärtinfarkten sågs som ett varningstecken vilket gav patienterna motivation att ändra kosten. För att lyckas hålla motivationen uppe behövde patienterna få unna sig godsaker ibland. Känslan av att lyckas uppnå resultat i förändring av kosten ökade prestationen. Att upprätthålla den nya livsstilen var en förebyggande faktor för att hindra att få en ny hjärtinfarkt och därmed slippa hamna på sjukhus eller behöva genomgå nya behandlingar eller operationer (Doyle et al., 2012). Patienterna upplevde att sjuksköterskor hade en betydande roll som och kunde bidra till patienternas motivation (Doyle et al., 2012; Dullaghan et al., 2014; Liljeroos et al., 2011; Wieslander et al., 2016). Fördelar med en

hälsosam livsstil i form av beteendeförändringar framhövdes av sjuksköterskor i samtal med patienterna. Känslan av delaktighet visade sig vara en motiverande beståndsdel hos patienterna i deras förmåga att genomföra livsstilsförändringar. Detta innebar att patienterna själva var delaktiga i de val som skulle förverkligas. Samtalen innefattade även frågor med fokus från patienternas egna resurser där man diskuterade möjliga lösningar. Således upplevde patienterna styrka och självförtroendet och motivationen växte fram hos patienterna att genomföra livsstilsförändringar (Liljeroos et al., 2011). Efter att ha accepterat hjärtinfarkten ansågs patienterna bära ett ansvar att genomföra en livsstilsförändring för att inte riskera att insjukna i en ny hjärtinfarkt: "I feel well and I'm grateful that I'm alive today. I try to live like anyone else. Perhaps I stress myself a bit too much. The will to survive was a major factor in motivating and empowering lifestyle changes" (Sjöström-Strand et al., 2011, s. 463). Patienterna kände ansvar genom att ta kontroll över det egna livet. Att drabbas av hjärtinfarkt var ett uppvaknade för patienterna, de motiverades till att ändra livsstil. Patienterna gav upp rökning och åt hälsosammare kost. Att fortsätta röka eller äta ohälsosamt var inget alternativ. Ändring av livsstilen accepterades och skulle upprätthållas långsiktigt (Sjöström-Strand et al., 2011; Dullaghan et al., 2014).

6 DISKUSSION

I resultatdiskussionen diskuteras resultatet mot tidigare forskning, styrdokument och riktlinjer samt teoretiskt perspektiv. I metoddiskussion diskuteras tillvägagångssättet i förhållande till metodlitteratur samt kvalitet utifrån begreppen trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet. I etikdiskussionen förs etiska ställningstaganden i examensarbetet fram.

6.1 Resultatdiskussion

Resultatet visade att patienterna uppgav bristande stöd från sjukvården för att lyckas upprätthålla kostförändringar. Ofta uppfattade patienterna att motivet till att ändra kost handlade om att gå ner i vikt och inte att koständringarna skulle föranledas av hälsosamma kostvanor. Det bristande stödet skapade oklarhet angående kosthållningens mål. Lenzen et al. (2018) bekräftar att sjuksköterskor upplever svårigheter i kommunikationen med patienter som skall resultera i ändrade kostvanor. Pols et al. (2017) påtalar att sjuksköterskors kunskap skall motivera patienter att gå ner i vikt efter hjärtinfarkt. Författarna reflekterar över att detta talar emot att livsstilsförändringen främst handlar om att patienter skall ändra kostvanor och istället fokuserar på viktminskning. Detta liknas med Andersson et al. (2013) som beskriver att närstående upplever att stöd från sjuksköterskor saknas, och när stöd inte tillgodoses söker närstående information på internet. Egna reflektioner är att både sjuksköterskor och patienter upplever kunskap och information olika angående kosthållning och viktminskning kan leda till missförstånd mellan dessa parter. I

ICN:s etiska kod (SSF, 2012) tydliggörs att sjuksköterskor är ansvariga för att ge rätt och tillräcklig information till patienter. Resultatet visade att patienterna upplevde stöd av sjuksköterskor vilket var motiverande för att fortsätta upprätthålla sunda kostvanor. Detta kopplas till Svavarsdóttir et al. (2016) som framhåller att sjuksköterskor upplever att det är viktigt att engagera patienter och hålla patienters verklighet i fokus när patienterna exempelvis prioriterar en viss livsstilsförändring. Detta överensstämmer med patientlagen (SFS, 2014:821) som framhåller att patienter skall få omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet utifrån beprövad erfarenhet. Men å andra sidan visar sig lagen inte följas i alla lägen då en del patienter upplevde bristande stöd från sjuksköterskor. De erfor att det var ett för långt tidsspänn mellan återbesöken för att patienter skulle orka upprätthålla önskade livsstilsförändringar. Detta stämmer överens med sjuksköterskors åsikter då de framhäver att de har svårt att upprätthålla kontinuerligt stöd för patienter som leder till livsstilsförändringar. Väntelistor anses långa och vissa tjänster inom hälso- och sjukvården dras ner relaterat till ekonomiska nedskärningar (Alageel et al., 2018). Resultatet visade att patienterna upplevde att de närstående var en viktig resurs för att bistå med hjälp efter hjärtinfarkt. Att de närstående närvarade som stöd vid samtal med hälso- och sjukvården ansåg patienterna vara en säkerhet genom att informationen nådde ut till fler parter. Emellertid ansåg patienterna att de närstående var en mindre utnyttjad resurs, då de upplevde att om de hade tagit emot mer stöd av de närstående skulle en mer hållbar livsstilsförändring kunna upprätthållits. Detta kopplas till Andersson et al. (2013) som påtalar att närstående inte känner sig delaktiga vid läkarbesök och har behov av att ställa frågor. Blair et al. (2014) beskriver att läkare ofta viftar bort frågor som närstående har och anser att patienter kan tala för sig själva. Egna reflektioner över detta är att om inte närstående får en chans att delta i samtal i den utsträckning som krävs, så kan de själva inte bli trygga i situationen och ge det stöd som patienter behöver. Andersson et al. (2013) påtalar att närstående behöver stöd från hälso- och sjukvårdspersonal. Detta stärks i kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (SSF, 2017) som beskriver att vården skall utföra insatser med utbildning tillsammans med patienter och närstående.

Vidare visade resultatet att oro och ångest påverkade patienternas sätt att förhålla sig distanserat till tankarna över att få en ny hjärtinfarkt. Patienterna fick information om att symptom på hjärtinfarkt kunde skilja sig från gång till gång. Patienterna hade svårt att lita på kroppens signaler och var osäkra på om symptom var en ny hjärtinfarkt samt när och om de behövde söka vård. Detta bidrog till att patienterna sökte vård oftare än nödvändigt. Att patienterna upplevde osäkerhet och oro kring symptom medförde att de fick svårare att implementera positiva livsstilsförändringar. Detta kopplas till Andersson et al. (2013) som beskriver att närståendes närvaro är en viktig för patienter när det gäller oro och ångest. I resultatet framkom att när patienternas bröstsmärta avtog i takt med PCI-behandlingens utförande så ansåg de sig friskare än vad de var. Då de snabbt blev smärtfria och inte kände av symptomen på hjärtinfarkten längre så uppstod en osäkerhet över hur viktigt det kunde vara att delta i rehabiliteringsprogram. De ansåg att egenvård kan byggas på sunt förnuft. Patienterna kopplade samman den korta tiden för PCI behandlingen med allvarlighetsgraden av hjärtinfarkt. Således upplevdes hjärtinfarkten inte så allvarlig eftersom att PCI-behandlingen var slutförd inom ett par timmar. Detta liknas vid Barley et al. (2012) som menar att sjuksköterskor upplever kommunikationen med patienter som en svårighet, trots

att de anser sig ha kunskap om hur information skall förmedlas. Sjuksköterskor försöker att individanpassa vården med målet att få patienter att ändra livsstil. Detta kan också knytas till Orem's (2001) egenvårdsteori som lyfter att egenvård skall lärs in med kommunikation samt göras utifrån patienters kunskap och värderingar. En reflektion är att tydliga kontraster kan ses mellan patienters låga sjukdomsinsikt och sjuksköterskors brist på att kommunicera.

Resultatet visade att kostförändringar var en nödvändig livsstilsförändring efter hjärtinfarkt. Dock visade sig inte patienterna vara intresserade att ändra kost av fri vilja. De ansåg sig tvungna att ändra kosten då de upplevde rädsla över att få en ny hjärtinfarkt om de skulle behålla sina tidigare kostvanor. Detta kopplas till Orem's (2001) egenvårdsteori som framhåller att egenvård skall ske med fri vilja. Egna reflektioner är, att om patienter inte gör kostförändringar av fri vilja, så kan de inte implementeras i en hållbar livsstilsförändring. Resultatet visade att en viktig livsstilsförändring var att reducera stress. Dock hade patienterna svårt att minska stressnivåerna då rädslan att insjukna eller dö i en ny hjärtinfarkt stressade patienterna ytterligare vilket skapade panikångest. Några av patienterna hade alltid telefonen nära sig, för att snabbt kunna larma om de fick nya symptom på hjärtinfarkt. Detta överensstämmer med närståendes upplevelser. Dumit et al. (2015) påtalar att närstående lever i vaksamhet och är ständigt beredda på om patienter får symptom som indikerar ny hjärtinfarkt, samt att de har kontroll på vilka läkemedel som skall ges. Andersson et al. (2013) menar att närstående vill skydda patienter från psykisk och fysisk stress och känner därmed ett krav att ta hand om hela familjens välbefinnande. I resultatet framkom att patienterna upplevde rädsla att återuppta sexuell aktivitet efter hjärtinfarkten. De ansåg att det var ett svårt ämne att diskutera och de hade önskat att hälso- och sjukvården introducerade samtalsämnet eftersom att patienterna själva ansåg det genant. Detta speglas i sjuksköterskors upplevelse av ämnet. Barnason et al. (2013) påtalar att sjuksköterskor anser sig ha bristande kunskap i att ge patienter råd om sexuell aktivitet, de uttrycker att ämnet är genant att prata om och således undviker de att ta upp samtal om sexuell aktivitet. Sjuksköterskor anser sig ha förutfattade meningar om att patienter inte vill diskutera sexualitet. Resultatet visade att patienterna upplevde ohälsa efter hjärtinfarkt vilket ledde till ångslan att utveckla följsjukdomar som kunde ge kroniska besvär. Att patienterna skulle få problem med hjärtat i framtiden, tillsammans med tankar på döden bidrog till att patienterna upplevde rädsla. Detta påvisar vikten av att introducera egenvård efter hjärtinfarkt där Orem (2001) lyfter att det centrala i egenvårdsteorin är att patienter måste överlägga med sig själva för att implementera egenvård till en livsstilsförändring. Egenvård skall ge uttryck för hur vanliga funktioner och behov skall göras medvetet utifrån den kunskap och de värderingar som patienter besitter. Vidare visade resultatet att patienterna upplevde att fysisk aktivitet var en livsstilsförändring som skapade rädsla. Då patienterna upplevde en förändrad självkänsla till följd av skör hälsa kunde inte aktiviteter utföras i samma utsträckning som tidigare. Detta upplever även närstående och därför undviker de att motivera patienterna till fysisk aktivitet (Kärner Köhler et al., 2017). En reflektion angående detta är att det blir tydligt att även närstående behöver kunskap om betydelsen av fysisk aktivitet efter att patienter har drabbats av hjärtinfarkt.

Det framkom i resultatet att patienterna upplevde motivation till att modifiera kosthållningen och fysisk aktivitet i syfte att implementera en hållbar livsstilsförändring. Patienterna använde strategiska metoder och med framsteg växte ytterligare motivation. Till

skillnad från resultatet där patienternas motivation beskrevs, så påtalar Kärner Köhler et al. (2017) närståendes upplevelse av osäkerhet om huruvida hög fysisk aktivitet får utföras av patienter. Detta medför ångest hos närstående. SSF (2017) kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska beskriver att när det råder olika kunskaper och behov mellan patienter och närstående skall sjuksköterskor inneha kompetens att möta båda parter. Detta sker genom att planera, genomföra och utvärdera information i syfte att främja hälsa. SOSFS (2009:6) framhåller att legitimerade sjuksköterskor har befogenhet att bedöma om patienter kan bistås med hjälp utanför hälso- och sjukvården med hjälp av närstående. Vidare framkom det i resultatet att patienterna upplevde att upprätthållande av en ny livsstil kunde te sig förebyggande för att undvika att få en ny hjärtinfarkt. Detta kopplas till kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (SSF, 2017) som framhåller att vården skall planeras utifrån patienters behov och resurser med avsikt att främja hälsa och förebygga ohälsa.

I resultatet framkom att patienterna såg livet som en andra chans efter hjärtinfarkten vilket medförde en positiv inställning och kämpaglöd till livsstilsförändring. Således bar de ansvar att självständigt ändra kost- och motionsvanor som ämnades förhindra att få en ny hjärtinfarkt. I enlighet med Orem (2001) påtalas att patienter kan åstadkomma balans och normalitet som bygger på fri vilja. Egna reflektioner angående huruvida patienter kan utföra egenvård förutsätter att information om vad som ingår i egenvård har förståtts av patienterna. SOSFS (2009:6) framhåller att patienter skall informeras om egenvårdens innebörd. Resultatet visade att patienterna fick aptit på livet och längtade efter att förändra livsstilen efter att ha drabbats av hjärtinfarkt. Patienterna planerade resor, uppskattade livet och erhöll nya rutiner av fysisk aktivitet och kostvanor. Till skillnad från patienter så upplever närstående motsatsen. De påtalar psykisk och fysisk påfrestning samt känsla av ansvar över att patienter ska uppnå välbefinnande. Detta medför att närstående upplever att livet stannar av (Andersson et al., 2013). Resultatet visade att patienterna motiverades till livsstilsförändringar efter att sjuksköterskor framhållit livsstilsförändringars fördelar med utgångspunkt från patienternas egna resurser. Detta stämmer överens med patientsäkerhetslagen (SFS, 2010:659) som stadgar att vården i största möjliga mån skall utföras i samråd med patienter.

6.2 Metoddiskussion

En litteraturstudie var en relevant metod för att besvara examensarbetets syfte. Det ansågs lämpligt att använda kvalitativa artiklar då kvalitativa artiklar når en djupare förståelse än artiklar som har en kvantitativ ansats (Polit & Beck, 2016; Segesten, 2017).

En empirisk studie hade varit intressant och relevant att utföra, dock hade en empirisk studie krävt ett godkännande från etisk kommitté. Examensarbetet ansågs tidsbegränsat och därför valdes empirisk studie bort. En litteraturöversikt diskuterades som en möjlig metod. Detta hade inneburit möjlighet att använda både kvalitativa och kvantitativa artiklar för examensarbetet. Då en litteraturöversikt inte endast studerar upplevelser ansågs inte metoden relevant för det resultat som eftersträvades. I en litteraturstudie enligt Evans

(2002) beskrivande syntes analyseras kvalitativt material. En styrka med en litteraturstudie ansåg författarna vara att kvalitativa artiklar gav ett mer ingående resultat av det som avsågs att studera, då artiklarna baseras på intervjuer. Å andra sidan kunde en svaghet med litteraturstudie vara att det inte framkom i vilken omfattning resultatet sträcker sig. En litteraturstudie ansågs lämplig att använda då den studerar upplevelser samt passade bra inom tidsbegränsningens utrymme för examensarbetet. Därmed valdes examensarbetets metod i enlighet med Evans (2002) beskrivande syntes.

Östlundh (2017) beskriver att avgränsning genom peer reviewed, tidsintervall och språk underlättar urvalet, samt att en del artiklar som är publicerade i vetenskapliga tidskrifter inte är vetenskapliga. Detta hade författarna bristfällig kunskap om då svårigheter att särskilja mellan vetenskapliga- och icke vetenskapliga artiklar fanns. Således blev urvalsprocessen tidskrävande. Författarna insåg i efterhand att urvalsprocessen kunde ha underlättats genom att vara mer inläst i kurslitteraturen. I examensarbetet avgränsades sökningarna till peer reviewed för att få fram vetenskapliga artiklar av hög kvalitet. Vidare påtalar Östlundh (2017) att vetenskapligt material är färskvara. Därmed valdes sökningarna att avgränsas med ett tidsintervall mellan år 2009-2019. Avgränsning av det svenska språket gav för få träffar varpå engelska språket valdes för att få fler sökträffar. Sökningarna började via CINAHL Plus då författarna hade erfarenhet av att söka artiklar via denna databas och den ansågs enklast att orientera sig i. Nästa steg var att söka vidare i PubMed med avsikt att upptäcka nya vårdvetenskapliga artiklar. Artiklarna från PubMed valdes ut med varsamhet då PubMed publicerar medicinska artiklar och inte endast vårdvetenskapliga artiklar. Vid denna sökning återkom samma artiklar som fanns i CINAHL Plus, vilket bidrog till att en testsökning blev aktuellt via Mälardalens högskolas allmänna databas Primo. Detta gav en överblick av flera potentiella databaser att söka vidare i. Således kompletterades slutligen sökningar i SwePub. Svensk MeSH användes för att finna relevanta sökord och termer på svenska som sedan översättas till engelska. För att bredda sökningarna i databaserna användes trunkering av sökord och för att smalna av sökningar användes parenteser eller citationstecken. Östlundh (2017) menar att trunkering möjliggör träffar med det trunkerade ordets alla böjningsformer. Karlsson (2017) beskriver att booleska sökord, AND, OR och NOT används för att expandera eller avgränsa sökningar. Booleska sökord var därför angeläget att använda för att finna relevanta artiklar. Trots användning av relevanta sökord, trunkering och boolesk sökning stötte författarna på hinder. Exempelvis visades sökträffar innehållandes kvantitativa artiklar och artiklar ur felaktigt perspektiv för resultatet. Därför gjordes en testsökning med booleska sökordet NOT, dessvärre erhöles inget mer relevant sökresultat.

Vetenskapliga artiklar som ligger till grund för examensarbetets resultat skall genomgå bedömning av kvalitet (Friberg, 2017a). Kvalitetsgranskning av valda artiklar genomfördes med granskningsfrågor ställda utifrån artiklarnas metod, ansats, deltagare, datainsamling, dataanalys och resultatet granskades och sammanställdes i en artikelmatris (bilaga c, artikelmatris). Genom att artiklarna granskas systematisk ökar artiklarnas giltighet (Polit & Beck, 2016). Friberg (2017a) ger exempel på fjorton granskningsfrågor. Då Fribergs (2017a) granskningsfrågor endast är exempel på frågor valde författarna att omformulera dessa, för att ge läsaren en enklare överblick. Därmed valdes nio granskningsfrågor ut. Valda granskningsfrågor utgick från om det fanns tydligt beskrivna problemformuleringar, syfte och metod. Vidare granskades vilka deltagare som beskrivits och om resultatet var tydligt

samt om det svarade an på syftet. Då etiskt förhållningsätt är viktigt inom forskning granskades även om etiska resonemang hade förts i artiklarna. Då författarna inte hade erfarenhet från att kvalitetsgranska forskningsmaterial sedan tidigare valdes därför att säkra kvaliteten i frågorna genom att poängsätta dem. Detta ansåg författarna stärka upp kvaliteten ytterligare. Granskningsfrågorna poängsattes därför med ja-frågor som gav 1 poäng och nej-frågor gav 0 poäng. Författarna valde att endast inkludera artiklar till resultatet som höll hög kvalitet, 7-9 poäng. Fem artiklar höll medel kvalitet, 4-6 poäng och två artiklar höll låg kvalitet, 0-3 poäng. Dessa valdes bort. Resterande 11 artiklar erhöll 7-9 poäng och bedömdes ha hög kvalitet, se bilaga B, kvalitetsgranskning. Egna reflektioner är att det kan ses som en svaghet i examensarbetet att inte använda alla Fribergs (2017a) granskningsfrågor. Å andra sidan anser författarna att majoriteten av de 14 frågorna liknar varandra och kunde modifieras. Två av de 14 frågorna ansåg författarna inte relevanta vid granskning av valda artiklars kvalitet. Utvalda frågor bearbetades och omformulerades varsamt med hänsyn till viktiga aspekter som kunde påverka granskade artiklars resultat och beaktades därför noga vid val av modifiering av Fribergs (2017a) kvalitetgranskningsfrågor. Då författarna strävade efter hög kvalitet i examensarbetet användes Mårtensson och Fridlunds (2017) kvalitetskriterier som innefattar trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet i examensarbetet. Trovärdighet innebär att insamlat datamaterial har uppfattats på ett verklighetstroget sätt genom att artiklarnas resultat överensstämmer med primärkällan (Mårtensson & Fridlund, 2017). Trovärdigheten i examensarbetet stärktes genom att citerade meningar användes från artiklarnas resultat. Detta ledde till minskad risk för feltolkningar. Mårtensson och Fridlund (2017) beskriver att pålitlighet innebär att författarna skall beskriva sin förförståelse. Friberg (2017b) beskriver att läsaren skall kunna bedöma relevansen i valda texters analys. Detta sker genom att välja kriterier som inkluderar och exkluderar data från datainsamling. Inklusions- och exklusionskriterierna valdes utifrån vad författarna ansågs logiskt och en del förförståelse inom området hjärtinfarkt, samt i syfte att finna data av så hög kvalitet som möjligt. Polit och Beck (2016) framhåller att tillvägagångssättet för att nå resultatet skall studeras utifrån syftet. Artiklarnas resultat svarade på syftet vilket stärkte pålitligheten i examensarbetet. Att göra en tydlig beskrivning av analysprocessen ökar bekräftelsebarheten i examensarbetet (Mårtensson & Fridlund, 2017). Författarna har med tydlighet beskrivit tillvägagångssättet i metodavsnittet, se 4.2. Dataanalys. Slutligen beskriver Mårtensson och Fridlund (2017) att överförbarhet innebär att resultatet kan överföras till andra situationer, grupper, eller genom att se samband av upplevelser mellan olika länder. Datamaterial söktes utan reflektion över att exkludera några länder men ändå avslutades datainsamlingen med att sex artiklar av elva var av svenskt ursprung. De övriga fem artiklarna härstammade från Västeuropa. En svaghet i examensarbetet var att författarna missade överförbarhetens betydelse under ett sent skede i analysprocessen. Dock är detta inget som har påverkat examensarbetets resultat negativt. Däremot ansågs resultatet i examensarbetet också som en styrka då författarnas resultat från västeuropeiska artiklar kunde vara användbara av forskare som vill jämföra patienters upplevelser mellan olika länder eller världsdelar.

Dataanalysen började med att läsa artiklarna enskilt två gånger för att bilda egna uppfattningar om vad artiklarna handlade om. En styrka med Evans (2002) beskrivande syntes är att det skapas större förståelse för artiklarnas innehåll då de läses flera gånger.

Detta säkerställer att innehållet motsvarar egna tolkningen av studiens innehåll (Polit & Beck, 2016). Vidare lästes texterna tillsammans och författarna uppmärksammade olika tolkningar av texten i ett avseende. Detta skulle kunna uppfattats som en svaghet hos läsaren, men å andra sidan upplevde författarna detta som en styrka då det visade att författarna har haft ett kritiskt tankesätt i sitt resonemang över att egna tolkningar kan vara felaktiga. Författarna ansåg att detta påvisade insikt, medvetenhet och gott samarbete. Detta ledde till att författarna hanterade fortsatt material i analysen på ett varsamt, reflekterande förhållningsätt genom hela processen. För att kontrollera om termerna uppfattats rätt användes engelskt lexikon. Vid osäkerhet rådfrågades en tredje person med engelska som förstaspråk för att få en åsikt om texten tolkats korrekt. Artiklarnas resultat ansågs innehållsrika vilket upplevdes positivt då författarna kunde sortera det som kändes relevant för det egna examensarbetet.

6.3 Etikdiskussion

Examensarbetet utgick från en beskrivande syntes där redan bearbetade artiklar användes vilket därmed inte krävde godkännande från etisk kommitté. Vid artiklarna som kvalitetsgranskades lades stor vikt på att etiskt resonemang hade förts. Elva artiklar som ligger till grund för resultatet har uppfyllt godkända kriterier från etisk kommitté. Samtliga artiklars deltagare var kodade för att stärka deras anonymitet vilket författarna ansåg värdefullt i förhållande till etiska ställningstagande. Författarnas urval av artiklar till examensarbetet avgränsades till peer review för att påvisa att artiklarna höll hög kvalitet. För att upprätthålla en etisk grund i examensarbetet kvalitetsgranskades samtliga artiklar utifrån exempel från Fribergs (2017a) granskningsfrågor som redovisades i en kvalitetsgranskningstabell, se bilaga B. Codex (2019) påtalar att varje forskare bär personligt ansvar att studien har god kvalitet och är moraliskt accepterad. Samtligt material refererades i enlighet med American Psychological Association (2019). Genom tydligt refererande kunde läsaren enkelt återfinna primärkällan via referenslistan. Detta påvisade att examenarbetet inte byggde på egna värderingar och idéer. Författarna har genomgående strävat efter att ta ansvar för sin förförståelse genom att tillämpa kritisk reflektion över förförståelsen, vilket också har en etisk betydelse i genomförandet av examensarbetet. Därför reflekterades och diskuterades egna förförståelsen i en tidig fas i examensarbetet. Genom att vara medveten om att förförståelse inom hjärtinfarkt kan ligga till grund för tolkning av datamaterialet, beaktades detta nogsamt under hela processens gång. Friberg (2017a) lyfter att det finns risk för feltolkning av artiklars innehåll när texter översätts. Sökningar av artiklar avgränsades därmed till engelska språket, vilket inte var författarnas första språk. Därför användes engelskt lexikon för att översätta svåra ord och upprepade läsningar genomfördes för att undvika att misstolka innehållet. Vid några tillfällen rådfrågades en person som har engelska som förstaspråk. Författarna har tagit avstånd från oredlighet i examensarbetet i enlighet med Codex (2019) som beskriver att oredlighet i forskning innebär att fabricera, förfalska, plagiera eller stjäla vetenskaplig data eller resultat.

7 SLUTSATS

Syftet med examensarbetet var att beskriva patienters upplevelser som påverkar dem att genomföra livsstilsförändringar efter hjärtinfarkt. Det visade sig att patienter upplevde både begränsningar och förutsättningar att implementera egenvård till livsstilsförändringar efter hjärtinfarkt. Patienter upplevde begränsningar i livet, de var medvetna att det förelåg risker att insjukna i ny hjärtinfarkt vilket grundades i rädsla, osäkerhet, oro och ångest. Detta påverkade patienters prestation gällande koständring, fysisk aktivitet och att återuppta sexuell aktivitet. Förutsättningar för att ändra livsstil efter hjärtinfarkt visades genom att patienter upplevde tacksamhet att få en andra chans i livet. Detta blev en vändpunkt där även rädslan över att insjukna i ny hjärtinfarkt bidrog till motivation och upprätthållande av nödvändiga livsstilsförändringar. I resultatet framkom fler begränsningar än förutsättningar. Patienter behöver bli mer insatta i vad egenvård som leder till livsstilsförändringar har för betydelse för fortsatt liv efter hjärtinfarkt. Genom bättre insikt i egenvårdens betydelse skulle patienters begränsningar kunna minska och ändrade levnadsvanor skulle kunna implementeras som en naturlig övergång till livsstilsförändringar för patienter.

8 FÖRSLAG PÅ VIDARE FORSKNING

För att patienter skall implementera och upprätthålla livsstilsförändringar efter hjärtinfarkt krävs motivation. Patienter som är motiverade har förutsättningar att implementera livsstilsförändringar och återgå till livet med högre livskvalitet till skillnad från patienter som upplever begränsningar efter hjärtinfarkt. Då forskning har visat positiv inverkan på livskvaliteten hos patienter som upplevde motivation finns anledning att titta närmare på detta. Förslag på vidare forskning är därmed att studera hur sjuksköterskor kan hjälpa patienter som upplever begränsningar att bli motiverade till livsstilsförändringar.

REFERENSLISTA

*Artiklar från resultat

Alageel, S., Gulliford, M., Medermott, L., & Wright, A. (2018). Implementing multiple health behaviour change interventions for cardiovascular risk reduction in primary care: a qualitative study. *BMC Family Practice*, *19*(1), 171. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0860-0>

American Psychological Association. (2019). *APA Style*. Hämtad 29 mars 2019 från http://www.apastyle.org/products/asc-landing-page.aspx?_ga=2.227190429.1407445504.1526237477-1051082555.1523872597

Andersson, E., Borglin, G., Sjöström-Strand, 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/10.1111/j.1471-6712.2012.01094.x>

Barley, E., Walters, P., Tylee, A., & Murray, J. (2012). General practitioners' and practice nurses' views and experience of managing depression in coronary heart disease: a qualitative interview study. *BMC Family Practice*, *13*(1), 1–1. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-1>

Barnason, W., Steinke, W., Mosack, W., & Wright, W. (2013). Exploring Nurses' Perceptions of Providing Sexual Health Counseling for Patients With Cardiac Disease: Implications for Evidence-Based Interventions. *Dimensions of Critical Care Nursing*, *32*(4), 191–198. <https://doi.org/10.1097/DCC.ob013e31829980d1>

Blair, J., Volpe, M., & Aggarwal, B. (2014). Challenges, Needs, and Experiences of Recently Hospitalized Cardiac Patients and Their Informal Caregivers. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, *29*(1), 29–37. <https://doi.org/10.1097/JCN.ob013e3182784123>

Codex. (2019). *Forskarens etik*. Hämtad 4 februari 2019 från <http://www.codex.vr.se/forskarensetik.shtml>

Coventry, L., Finn, J., & Bremner, A. (2011). Sex differences in symptom presentation in acute myocardial infarction: A systematic review and meta-analysis. *Heart & Lung - The Journal of Acute and Critical Care*, *40*(6), 477–491. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2011.05.001>

*Doyle, B., Fitzsimons, D., McKeown, P., & McAloon, T. (2012). Understanding dietary decision-making in patients attending a secondary prevention clinic following myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, *21*(1–2), 32–41. <https://doi.org.ep.bib.mdh.se/10.1111/j.1365-2702.2010.03636.x>

* Dullaghan, L., Lusk, L., McGeough, M., Donnelly, P., Herity, N., & Fitzsimons, D. (2014). 'I am still a bit unsure how much of a heart attack it really was!' Patients presenting with non ST elevation myocardial infarction lack understanding about their illness and have

less motivation for secondary prevention. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 13(3), 270–276. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1177/1474515113491649>

Dumit, N., Abboud, S., Massouh, A., & Magilvy, J. (2015). Role of the Lebanese family caregivers in cardiac self-care: a collective approach. *Journal of Clinical Nursing*, 24(21-22), 3318–3326. <https://doi.org/10.1111/jocn.12949>

Ericson E. & Ericson T. (2012). *Medicinska sjukdomar* (4:e uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

* Eriksson M, Asplund K, & Svedlund M. (2010). Couples' thoughts about and expectations of their future life after the patient's hospital discharge following acute myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23–24), 3485–3493. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1111/j.1365-2702.2010.03292.x>

Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal Of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26.

Friberg, F. (2017a). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativforskning. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2:a uppl., ss. 129–138). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2017b). Att utforma ett examensarbete. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2:a uppl., ss. 83-96). Lund: Studentlitteratur AB.

*Fålund, 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>

*Iles, S. H., Deaton, C., Campbell, M., Mercer, C., & McGowan, L. (2017). The experiences of myocardial infarction patients readmitted within six months of primary percutaneous coronary intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21–22), 3511–3518. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1111/jocn.13715>

*Junehag, L., Asplund, K., & Svedlund, M. (2014a). 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/10.1016/j.iccn.2013.07.002>

*Junehag, L., Asplund, K., & Svedlund, M. (2014b). Perceptions of illness, lifestyle and support after an acute myocardial infarction. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 28(2), 289-296. doi:10.1111/scs.12058

Karlsson, E-K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (2:a, uppl., ss.81-96). Lund: Studentlitteratur.

- Kärner Köhler, A., Nilsson, S., Jaarsma, T., & Tingström, P. (2017). Health beliefs about lifestyle habits differ between patients and spouses 1 year after a cardiac event - a qualitative analysis based on the Health Belief Model. (Report). *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(2), 332–341. <https://doi.org/10.1111/scs.12351>
- Lenzen, S., Daniëls, R., van Bokhoven, M., van Der Weijden, T., & Beurskens, A. (2018). What makes it so difficult for nurses to coach patients in shared decision making? A process evaluation. *International Journal of Nursing Studies*, 80, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.12.005>
- Lidin, M., Ekblom-Bak, E., Rydell Karlsson, M., & Hellénus, M.-L. (2018). Long-term effects of a Swedish lifestyle intervention programme on lifestyle habits and quality of life in people with increased cardiovascular risk. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(6), 613–622. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1177/1403494817746536>
- *Liljeroos, M., Snellman, I., & Ekstedt, M. (2011). A qualitative study on the role of patient-nurse communication in acute cardiac care. (original research)(Report). *Journal of Nursing Education and Practice*, 1(1). <https://doi.org/10.5430/jnep.v1n1p17>
- *López-Medina, I. M., Gil-García, E., Sánchez-Criado, V., & Pancorbo-Hidalgo, P. L. (2016). Patients' Experiences of Sexual Activity Following Myocardial Ischemia. *Clinical Nursing Research*, 25(1), 45–66. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1177/1054773814534440>
- Ludman, P. (2014). Percutaneous coronary intervention. *Medicine*, 42(9), 520-526. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2014.06.005>
- Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. (2:a, uppl., ss.421-436). Lund: Studentlitteratur.
- Nationalencyklopedin (NE). (2019). *Egenvård*. Hämtad 18 februari 2019 från <https://www.ne.se/s%C3%B6k/?t=uppslagsverk>
- Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6:e uppl.). St. Louis: Mosby cop.
- Pellmer, K., Wramner, B. & Wramner, H. (2012). *Grundläggande folkhälsovetenskap* (3:e uppl.). Stockholm: Liber.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10:e uppl.) Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Pols, A., Schipper, K., Overkamp, D., van Dijk, S., Bosmans, J., van Marwijk, H., van Tulder, M. (2017). Process evaluation of a stepped-care program to prevent depression in primary care: patients' and practice nurses' experiences. (Report). *BMC Family Practice*, 18(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0583-7>

- Segesten, K. (2017). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg. (Red.). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2:a uppl., s. 105–108). Lund: Studentlitteratur AB.
- SFS (2017:30). *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 15 februari 2019 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763
- SFS (2014:821). *Patientlagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 18 mars från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821
- SFS (2010:659). *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 15 februari 2019 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659
- *Sjöström-Strand, A., Ivarsson, B., & Sjöberg, T. (2011). Women's experience of a myocardial infarction: 5 years later. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 459–466. <https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1111/j.1471-6712.2010.00849.x>
- Socialstyrelsen (SOSFS, 2009:6). *Bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård*. Hämtat 15 februari 2019 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18922/2013-4-17.pdf>
- Socialstyrelsen (u.å.). *Termbank*. Hämtat den 5 mars 2019 från <http://termbank.socialstyrelsen.se/?TermId=262&SrcLang=sv>
- Svavarsdóttir, M., Sigurðardóttir, Á., & Steinsbekk, A. (2016). Knowledge and skills needed for patient education for individuals with coronary heart disease: The perspective of health professionals. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(1), 55–63. <https://doi.org/10.1177/1474515114551123>
- Svensk sjuksköterskeförening (SSF). (2012). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 29 januari 2019 från <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Etik/ICNs-Etiska-kod-for-sjukskoterskor/>
- Svensk sjuksköterskeförening (SSF). (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 15 februari 2019 från <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/kompetensbeskrivning-for-legitimerad-sjukskoterska/>
- Svenska akademins ordbok (SAOB). (2019). Hämtad 19 februari 2019 från <https://www.saob.se/artikel/?seek=&pz=1>
- Uppsala Clinical researchcenter [UCR] (2019). *Swedeheart: Världens enda kompletta nationella kvalitetsregister om hjärtsjukdom*. Uppsala: Akademiska sjukhuset och Region Uppsala. Hämtad den 15 februari 2019 från https://www.ucr.uu.se/swedeheart/component/edocman/swedeheart-arsrapport-2018-swedish-svensk-2019-02-14?fbclid=IwAR16u1yfmXKl_NINL6RWlmJFreizSdprKHN4wJaucNjK1eIIFbj1AA27d8Y

Vetenskapsrådet. (2019). *Etik*. Hämtad 4 februari 2019 från
<https://www.vr.se/etik/oredlighetiforskningen.4.9232df81081e742f7e800049.html>

*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>

World Health Organization (WHO). (2011). Hämtad 14 februari, 2019 från
https://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_03_risk_factors.pdf

Östlundh, L. (2017). Informationssökning. I F. Friberg (Red.). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (2:a uppl., ss. 59-70) Lund: Studentlitteratur AB.

BILAGA A. SÖKMATRIS

Databas Datum	Sökord Booleska sökoperatörer	Antal träffar/Antal lästa titlar	Antal lästa abstract	Antal lästa fulltext	Antal kvalitets- granskade	Antal valda artiklar	Avgränsningar
CINAHL Plus 23/1	Myocardial* OR Cardiovascular AND Car* AND Nurs* AND Experience OR Perspective OR View OR Perception OR Attitude AND Qualitative* AND Lifestyle*	72/72	10	3	3	1	Peer-reviewed År: 2009- 2019 Språk: Engelska
CINAHL Plus 23/1	myocardial infarction OR heartattack OR MI AND Car* AND nurs* AND experience OR perspective OR view OR Perception OR attitude AND qualitative*	187/187	20	11	7	5	Peer-reviewed År: 2009- 2019 Språk: Engelska
CINAHL plus 23/1	myocardial infarction OR heartattack AND patient* AND lifestyle* AND qualitative*	29/29	20	3	2	1	Peer-reviewed År: 2009- 2019
PubMed 23/1	myocardial infarction AND	34/34	4	3	3	1	Peer-reviewed

	perceptions AND qualitative*						År: 2009- 2019 Språk: Engelska
SwePub 23/1	cardiac car* AND qualitative* AND patient* AND nurs*	75/75	3	2	1	1	Peer-reviewed År: 2009- 2019 Språk: Engelska
1/2 CINAHL Plus	myocardial infarction AND experience* AND life*	242/242	39	8	2	2	Peer-reviewed År: 2009- 2019 Språk: Engelska

BILAGA C. ARTIKELMATRIS

Artikel-nummer (egen numrering av artiklar)	Författare Titel (på engelska) Tidskrift År Land	Syfte	Metod (ansats, deltagare, datainsamling, dataanalys)	Resultat
1	<p>Doyle, B., Fitzsimons, D., McKeown, P., & McAloon, T.</p> <p>Understanding dietary decision-making in patients attending a secondary prevention clinic following myocardial infarction.</p> <p><i>Journal of clinical nursing</i></p> <p>2012</p> <p>United Kingdom</p>	<p>Att utforska de problem som kan uppkomma när patienter äter enligt en diet efter hjärtinfarkt.</p>	<p>Kvalitativ ansats</p> <p>9 patienter, varav fem kvinnor och fyra män</p> <p>Semistrukturell intervju</p> <p>Fenomenologisk dataanalys</p>	<p>Resultatet visar att patienter upplever tvång att ändra kosthållning relaterat till rädsla för sitt liv. Kosten anses livsavgörande efter att patienter har drabbats av hjärninfarkt.</p>
2	<p>Dullaghan, L., Lusk, L., McGeough, M., Donnelly, P., Herity, N., & Fitzsimons, D.</p> <p>'I am still a bit unsure how much of a heart attack it really was!' Patients presenting with non ST elevation myocardial infarction lack understanding about their illness and have less motivation for</p>	<p>Att utforska patienters motivation till förändring av beteende efter en hjärtinfarkt, samt om olika behandlingar gav olika beteendeförändringar.</p>	<p>Kvalitativ ansats</p> <p>15 patienter, varav 11 män och fyra kvinnor</p> <p>Semistrukturell intervju</p> <p>Ramanalys</p>	<p>Patienters uppfattning av beteendeförändring är okänd efter olika behandlingsmetoder . De skiljer sig allvarlighetsgraden mellan STEMI och NSTEMI. De som haft STEMI vill ändra sig då de haft livshotande upplevelser, medan NSTEMI- patienter inte är lika benägna att ändra livsstil.</p>

	<p>secondary prevention</p> <p><i>Cardiovascular Nursing</i></p> <p>2014</p> <p>United Kindom</p>			
3	<p>Eriksson M, Asplund K, & Svedlund M.</p> <p>Couples' thoughts about and expectations of their future life after the patient's hospital discharge following acute myocardial infarction.</p> <p><i>Journal of clinical nursing</i></p> <p>2010</p> <p>Sweden</p>	<p>Att beskriva och tolka patienter och deras partners olika förväntningar om framtiden efter att patienten skrivits ut från sjukhuset.</p>	<p>Kvalitativ ansats</p> <p>30 deltagare, varav 15 patienter och 15 partners</p> <p>Intervjuer</p> <p>Kvalitativ innehållsanalys</p>	<p>Patienter upplever livet efter hjärtinfarkt positivt, och har förmåga att uppskatta livet. En del patienter känner tvivel och lever för dagen, då de är rädda för komplikationer i sociala livet.</p>
4	<p>Fåln, N., Fridlund, B., Schaufel, M. A., Schei, E., & Norekvål, T. M.</p> <p>Patients' goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction.</p> <p><i>European Journal of Cardiovascular Nursing</i></p>	<p>Att identifiera resurser, hinder och mål för förändringar i framtiden hos hjärtinfarktpatienter vid tiden för utskrivning från sjukhuset.</p>	<p>Kvalitativ</p> <p>20 patienter, varav 12 män och åtta kvinnor</p> <p>Semistrukturerade intervjuer</p> <p>Kvalitativ innehållsanalys</p>	<p>Synen på hjärntinfarkt skapade motivation till livsstilsförändring. En del av patienterna ville förstå sjukdomen och blev motiverade till att fortsätta efter hjärtskolans slut. En del patienter ville leva med samma livsstil som innan. En del patienter upplevde otillräckligt med information efter hjärtinfarkt, vilket bidrog till att de ej vågade anstränga sig fysiskt.</p>

	2016 Norway			
5	Iles, S. H., Deaton, C., Campbell, M., Mercer, C., & McGowan, L. The experiences of myocardial infarction patients readmitted within six months of primary percutaneous coronary intervention. <i>Journal of Clinical Nursing</i> 2017 United Kingdom	Att utforska patienters erfarenhet av symptom 6 månader efter primär PCI.	Kvalitativ och kvantitativ ansats 25 patienter, varav 14 män och 11 kvinnor Mixad metod, semistrukturella intervjuer Ramanalys	Patienter upplevde osäkerhet och oförmåga att tyda sina symptom. Samtliga deltagare upplevde oro över tidig hemgång och behandlingen på sjukhuset upplevdes oseriös relaterat till att ingreppet för PCI tog så kort tid i förhållande till allvarlighetsgraden av sjukdom.
6	Juneag, L., Asplund, K., & Svedlund, M. Perceptions of the psychosocial consequences and access to support after an acute myocardial infarction. <i>Intensive & Critical Care Nursing</i> 2014 Sweden	Att beskriva patienters uppfattning av psykologiska konsekvenser och tillgång till stöd efter hjärtinfarkt.	Kvalitativ ansats 20 patienter, varav 14 män och sex kvinnor Intervjuer Kvalitativ innehållsanalys	Patienter upplevde ångest och rädsla att få en ny hjärtinfarkt. Patienter visade sig vara mer missnöjda än nöjda med uppföljningen under återhämtningen.
7	Juneag, L., Asplund, K., & Svedlund, M. Perceptions of	Att beskriva patienters individuella perspektiv av livsstil och stöd ett år efter hjärtinfarkt, med eller utan mentorskap.	Kvalitativ beskrivande metod. 20 patienter, varav 14 män och sex kvinnor	Patienter delade positiva och negativa uppfattningar. Det varierade i livsstilsuppfattning

	<p>illness, lifestyle and support after an acute myocardial infarction.</p> <p><i>Scandinavian Journal Of Caring Science</i></p> <p>2014</p> <p>Sweden</p>		<p>Intervjuer</p> <p>Kvalitativ innehållsanalys</p>	<p>om behovet av att leva hälsosamt. En del var öppna för förändring, och en del motsatte sig förändring.</p>
8	<p>Liljeroos, M., Snellman, I., & Ekstedt, M.</p> <p>A qualitative study on the role of patient-nurse communication in acute cardiac care.</p> <p><i>Journal of Nursing Education and Practice</i></p> <p>2011</p> <p>Sweden</p>	<p>Att belysa betydelse av patienters kommunikation med sjuksköterskor under en under en sjukhusvistelse berättat av patienter som upplevt en hjärtinfarkt.</p>	<p>Kvalitativ ansats</p> <p>10 patienter</p> <p>Narrativa Intervjuer</p> <p>Fenomenologisk hermeneutisk analys</p>	<p>Sjuksköterskor är en viktig del i den akuta fasen av hjärtinfarkt för patienten. En fysisk och känslomässig närvaro från sjuksköterskor bidrog till tillförlitlighet hos patienter till skillnad mot om relationen mellan patienter och sjuksköterskor inte varit etablerad.</p>
9	<p>López-Medina, I. M., Gil-García, E., Sánchez-Criado, V., & Pancorbo-Hidalgo, P. L.</p> <p>Patients' Experiences of Sexual Activity Following Myocardial Ischemia.</p> <p><i>Clinical Nursing Research</i></p> <p>2016</p> <p>Spain</p>	<p>Att beskriva fenomenets betydelse och allmänna struktur utifrån patienters erfarenhet av sexuell aktivitet efter en hjärtinfarkt</p>	<p>Kvalitativ ansats med fenomenologisk metod</p> <p>19 patienter, varav 10 män och nio kvinnor</p> <p>Semistrukturerade intervjuer</p> <p>Fenomenologisk analys</p>	<p>Majoriteten av patienterna var rädda att den sexuella aktiviteten skulle utlösa en ny hjärtinfarkt. Samlivet och sexlusten minskade hos patienterna.</p>
10	Sjöström-	Att utforska hur	Kvalitativ ansats	Patienter upplevde

	<p>Strand, A., Ivarsson, B., & Sjöberg, T.</p> <p>Women's experience of a myocardial infarction: 5 years later.</p> <p><i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i></p> <p>2011</p> <p>Sweden</p>	<p>kvinnor beskriver sin hälsa och sin vardag 5 år efter en hjärtinfarkt.</p>	<p>12 patienter, samtliga kvinnor</p> <p>Semistrukturerade intervjuer</p> <p>Fenomenografisk analys</p>	<p>att de fortfarande hade begränsningar i livet fem år efter insjuknandet. Detta påvisades bland annat genom fysisk trötthet, och andra hälsoproblem. Yngre kvinnor upplevde att de vill leva längre för familjens skull. Äldre kvinnor stördes mer av andra hälsfaktorer än själva hjärtinfarkten.</p>
11	<p>Wieslander, I., Mårtensson, J., Fridlund, B., & Svedberg, P.</p> <p>Women's experiences of how their recovery process is promoted after a first myocardial infarction: Implications for cardiac rehabilitation care.</p> <p><i>International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being,</i></p> <p>2016</p> <p>Sweden</p>	<p>Att utforska hur kvinnors återhämtningsprocesser kan främjas efter att ha haft en hjärtinfarkt för första gången.</p>	<p>Kvalitativ ansats</p> <p>26 patienter, samtliga kvinnor</p> <p>Öppna intervjuer</p> <p>Innehållsanalys</p>	<p>Patienter upplevde att hjärtinfarkten gav dem ny syn på livet. De skapade nya intressen och prioriteringar för att kunna hantera svåra tankar. De upplevde att de närmat sig ett nytt livsperspektiv, engagemang i aktiviteter och mobilisering av egna medel.</p>



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