



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

När hjärtat ändrar livets riktning

Individens upplevelser av det dagliga livet efter en hjärtinfarkt

Anna Friberg

Marita Kangestad

Handledare: Johan Sanmartin Berglund

Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434

Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa

Karlskrona januari 2019

Individens upplevelser av det dagliga livet efter en hjärtinfarkt

Anna Friberg
Marita Kangestad

Sammanfattning

Bakgrund: Varje år dör miljoner människor i världen av hjärtinfarkt, men i Sverige har överlevnaden ökat. För de som överlever följer en fysisk och psykisk anpassning i vardagen. Vårdtiderna på sjukhus har kortats. Sjuksköterskans möjlighet att förbereda personen på livet efter hemgången är därmed tidsmässigt begränsad och sker när personen är starkt känslomässigt påverkad. Symtom som följer med sjukdomen riskerar att sänka livskvaliteten och stödet är avgörande för återhämtningen.

Syfte: Syftet med studien var att belysa individens upplevelser av det dagliga livet efter en hjärtinfarkt.

Metod: Studien genomfördes som en kvalitativ litteraturstudie och baserades på tio vetenskapliga artiklar. Analysen av artiklarna genomfördes med en analysmetod inspirerad av Elo och Kyngäs.

Resultat: I resultatet framkom huvudkategorierna *hjärtinfarkten en omvälvande insikt, förändrad syn på sin existens, begränsningar i vardagen, sårbar utan stöd* samt *fysisk hälsa och intimitet påverkade livskvaliteten*. Hjärtinfarkten innebar att attityden till livet förändrades, existentiella frågor väcktes och tankar på framtiden kunde vara svåra. Rädsla och extrem trötthet skapade oöverkomliga hinder i vardagen. Livsstilsförändringar som var nödvändiga kunde väcka negativa känslor och vara svåra att genomföra. Utan stöd, privat och professionellt, blev individerna sårbara och en del vände sig till högre makter för hjälp. För en del förbättrades den fysiska hälsan. Med överlevnaden blev samlivet förändrat, intimiteten ökade och tillfredsställelsen blev högre.

Slutsats: Livet efter hjärtinfarkten präglades för många av en vardag fylld av existentiella tankar, rädsla och trötthet som skapade svåröverkomliga hinder. För att inte tappa fotfästet, isolera sig socialt och aldrig komma tillbaka i arbetslivet, och för att klara nödvändiga livsstilsförändringar, krävs ett omfattande stöd från sjuksköterskan och närstående. En del överlevande kände en stark livslust och upplevde att de fått en andra chans, som gav dem möjlighet att omprioritera i livet.

Nyckelord: dagligt liv, hjärtinfarkt, sjuksköterskor, upplevelse

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	3
Inledning	5
Bakgrund	6
Hjärtinfarkt	6
Omvårdnad vid hjärtinfarkt	7
Dagliga livet	8
Problematisering	8
Syfte	9
Metod	9
Design	9
Urval	9
Datainsamling	10
Kvalitetsgranskning	11
Dataanalys	12
Etiskt övervägande	13
Resultat	14
Hjärtinfarkten en omvälvande insikt	15
Nya värden och prioriteringar i livet	15
Förändrad syn på sin existens	16
Hjärtinfarkten väckte existentiella frågor.....	16
Begränsningar i vardagen	17
Tröttheten ett oöverkomligt hinder i vardagen.....	17
Rädsla begränsade livet.....	17
Svårt att genomföra livsstilsförändringar	18
Sårbar utan stöd	19
Stöd en förutsättning för välmående	19
Gud och högre makter hjälpte	19
Fysisk hälsa och intimitet påverkade livskvaliteten	20
Inre styrka med bättre fysisk hälsa	20
Intimitet en förutsättning för välmående	20
Diskussion	20
Metoddiskussion	20

Resultatdiskussion	23
Tröttheten satte hinder i vardagen	23
Rädsla ständigt närvarande.....	25
Svårt att ge upp gamla vanor.....	26
Förslag på vidare forskning.....	28
Självständighet	28
Slutsats	28
Referenser	30
Bilaga 1. Databassökningar.....	35
Bilaga 2. Artikelöversikt.....	38
Bilaga 3. Granskningsmall	41
Bilaga 4. Exempel ur innehållsanalysen.....	43

Inledning

Varje år dör cirka 17 miljoner människor i hjärtkärlsjukdomar i världen, vanligast i hjärtinfarkt och stroke (Mackay & Mensah, 2004). I Sverige har dödsfallen i hjärtinfarkt minskat med cirka två tredjedelar på 15 år (Socialstyrelsen, 2018). Hjärtinfarkt är den vanligaste orsaken till akuta inläggningar på sjukhus (Nationella kvalitetsregister, 2016). Det akuta insjuknandet är en traumatisk upplevelse som påverkar individen under lång tid både psykiskt och fysiskt (Lidell, 1998). Samtidigt innebär kortare vårdtider att personerna skrivs ut i ett känsligt skede då hela deras livsvärld har förändrats (Berglund, Andersson & Kjellsdotter, 2017). En person som genomgår en traumatisk händelse som en hjärtinfarkt går in i en fas av chock (Tingström, 2014). I den situationen möter sjuksköterskan på avdelningen personen, och ska på kort tid med ett personcentrerat förhållningssätt identifiera individuella behov, resurser, livsperspektiv och frågeställningar (Berglund et al., 2017). Sjuksköterskan ska även informera om sjukdomen, medicinering, livsstilsförändringar och förbereda personen på vardagen hemma (Tingström, 2014). Omvårdnad är aktuellt även en lång tid efter sjukhusvistelsen (Lidell, 1998). För att kunna erbjuda ett tillräckligt stöd är det viktigt att sjukvårdspersonal har kunskap och förståelse för vilka fysiska och psykiska svårigheter personer som haft en hjärtinfarkt upplever (Andersson, Borglin & Willman, 2013). Sjuksköterskor, oavsett vårdinstans, behöver kunskap om vilka känslor, hinder, tankar och behov av stöd som kan vänta personen i det dagliga livet när de lämnat sjukhuset. Lära sig leva med sjukdom handlar inte enbart om sjukdomen i sig, utan främst att få en fungerande vardag (Berglund et al., 2017). Saknas kunskaper hos sjuksköterskan riskerar personer att leva ett liv med en sämre livskvalitet och därmed utsättas för onödigt lidande, vilket går rakt emot sjuksköterskans etiska principer (Svensk sjuksköterskeförening, 2017a). Målet med omvårdnaden efter en hjärtinfarkt är att personen ska uppleva välbefinnande och leva ett så oberoende och aktivt liv som möjligt (Lidell, 1998). Denna litteraturstudie är viktig för att kunskapen om individernas upplevelse efter hjärtinfarkten ska öka, och ligga till grund för en förbättrad omvårdnad.

Bakgrund

Hjärtinfarkt

I Sverige är hjärtinfarkt den vanligaste enskilda orsaken till dödsfall (Ericson & Ericson, 2008). Ett stort antal av dödsfallen kan direkt kopplas till tobaksrökning, fysisk inaktivitet och en ohälsosam diet (ibid.). Hjärtinfarkt drabbar både män och kvinnor, men förekomsten är dubbelt så vanlig hos män (Socialstyrelsen, 2018). Det kvinnliga könshormonet östrogen fungerar som ett skydd mot hjärtinfarkt (Ericson & Ericson, 2008). Kvinnor insjuknar i regel tio år senare än män och sjukdomen är ovanlig före klimakteriet (Persson & Stagmo, 2014). Socioekonomiska mönster är tydliga i västvärlden (Mackay & Mensah, 2004). Hjärtinfarkt är vanligare hos personer med låg inkomst och utbildning, vilket kopplas till livsstil, svårigheter att få vård och kronisk stress (ibid.). Människor med låg utbildning röker oftare och har ett sämre socialt stöd (Orth-Gomér et al., 2018). De har även visat sig ha svårare att hantera sjukdomar genom att de i större utsträckning är ovilliga att ändra levnadsvanor (ibid.). Akut hjärtinfarkt drabbade 25 300 personer i Sverige år 2017 och är den vanligaste orsaken till akut sjukvård, men på 15 år har antalet dödsfall i sjukdomen minskat med närmare två tredjedelar (Socialstyrelsen, 2018; Nationella kvalitetsregister, 2016). Anledningarna beror framför allt på förbättrade livsstilsfaktorer som exempelvis minskad rökning och en hälsosammare kost, och en effektiv hjärtsjukvård (Socialstyrelsen, 2018).

En hjärtinfarkt beror på en plötslig förlust av syrerikt blod till hjärtat från kranskärlen och uppstår oftast till följd av ateroskleros (förträngningar i blodkärl) och plack i kärlen (Medibas, 2017). När plack brister aktiveras koagulationsmekanismer så att en blodpropp bildas och täpper till kranskäret helt eller delvis (Strömberg, 2014). Den del av hjärtmuskeln som kranskäret försörjer drabbas av syrebrist. Återställs inte cirkulationen inom 15 minuter börjar hjärtmuskelcellerna dö och skadan blir permanent (ibid.). Det plötsliga stoppet i ett kranskärl ger hos de flesta patienter bröstsmärtor som inte lindras vid vila, kallsvetteningar, andfåddhet, illamående och obehagskänslor (Medibas, 2017). De flesta som dör i hjärtinfarkt avlider inom en timme efter att symtomen börjat. Därför är det viktigt att snabbt komma till sjukhus. Hjärtinfarkt är ett allvarligt tillstånd, men 90 procent av dem som snabbt kommer till sjukhus överlever (ibid.). Kraftiga bröstsmärtor vid en akut hjärtinfarkt kan framkalla allvarlig oro och en rädsla för döden hos individen (Whitehead, Strike, Perkins-Porras & Steptoe, 2005). Dödsångesten är oerhört stressande och känslorna är oberoende av ålder,

etnicitet eller social status (ibid.). Krisreaktioner är vanligt vid allvarliga förändringar i livet (Ericson & Ericson, 2008). Den som drabbas av en hjärtinfarkt kan chockas och få starka psykologiska reaktioner som kraftigt kan försämra livskvaliteten. Personen kan förneka sjukdomen, uppleva en ökad känsla av sårbarhet eller en överdrivet stark sjukdomskänsla. En del vill tala om sina känslor, medan andra vill bearbeta sina känslor i tysthet. Efter den inledande chocken går personen ofta in i en fas där känslor av sorg, rädsla, hopplöshet och vrede kan uppstå (ibid.). Människans tro kan sättas på prov när hon drabbas av en allvarlig sjukdom, speciellt om personen varit övertygad om att tron varit en försäkran mot framtida sjukdomar (Arlebrink, 2012). Detta kan leda till förtvivlan och att allt det invanda ifrågasätts (ibid.). Krisreaktionens fortsatta utveckling leder oftast fram till någon form av acceptering av att sjukdomen medför ett förändrat liv med nya villkor i form av psykisk och fysisk anpassning (Ericson & Ericson, 2008).

Omvårdnad vid hjärtinfarkt

Insjuknandet i hjärtinfarkt är ofta dramatiskt och när hjärtat drabbas kan individen känna ett hot mot livets djupaste värden (Lidell, 1998). Personer med hjärtinfarkt behöver ett lugnt omhändertagande utan stress i det akuta skedet (Ericson & Ericson, 2008). Den akuta medicinska behandlingen inriktas bland annat på att ge kärllidgande läkemedel, smärtlindring samt mediciner som förebygger och förhindrar proppbildning. De första timmarna efter symtom är risken hög för plötslig död (ibid.). Upplevelserna under vårdtiden är känslomässigt omtumlande och laddade, vilket påverkar individen och närstående under mycket lång tid (Lidell, 1998). I Sverige ligger personerna kortare tid på sjukhus jämfört med andra länder i västvärlden (Socialstyrelsen, 2008). I snitt vårdas patienter 4,6 dagar på sjukhus i Sverige jämfört med exempelvis Tyskland och Schweiz där vårdtiderna består i snitt av dubbelt så många dagar (ibid.). De korta vårdtiderna innebär att personen återvänder hem i ett skede där behovet av känslomässigt stöd kan vara stort (Lidell, 1998). De har nytillkomna känslor av sårbarhet, hjälplöshet och insikter om att livet är bräckligt (Simonö, Dreyer, Pedersen & Birkelund, 2017). För att kunna hjälpa personer som drabbats av sjukdom är det därför inte tillräckligt med en snävt inriktad vård med fokus på enbart medicinsk behandling av det fysiologiska tillståndet (Dahlberg, 2014). Det är helt avgörande för prognosen om de upplever ett fungerande stöd (Lett et al., 2007). Personer som överlever en hjärtinfarkt är sårbara och behöver hjälp att sätta ord på sina känslor (Svedlund, Danielson & Norberg, 2001). Omvårdnaden behöver fortsätta tiden efter sjukhusvistelsen (Lidell, 1998).

Målet är att personen ska kunna återgå till ett oberoende och så aktivt liv som möjligt, samt känna välbefinnande (ibid.).

I sjuksköterskans kompetensbeskrivning ingår att kunna ge personcentrerad omvårdnad som utformas individuellt i partnerskap med patient, och närstående där så önskas (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b). Varje möte utgår från patientens berättelser där individuella behov, resurser, värderingar och förväntningar belyses. Upplevelse av hälsa är personligt och behöver identifieras för den enskilde för att skapa förutsättningar för att främja hälsa (ibid.). Det holistiska synsättet är viktigt i omvårdnaden för att förstå varje patient i dennes sammanhang (Lidell, 1998). Hur patienten påverkas av sin sjukdom beror på bland annat ålder, kön, personlighet, sociala omständigheter och livserfarenheter (ibid.). Med sjukdom följer förändring av livet (Berglund et al., 2017). Känslor av maktlöshet kan uppstå och det som tidigare tagits för givet blir mycket värdefullt och eftersträvansvärt. Detta även om det är just den tidigare livsstilen som är orsaken till sjukdom. Friheten att inte behöva tänka på sin hälsa har gått förlorad och hinder i vardagen uppstår som tidigare inte funnits (ibid.).

Dagliga livet

Det dagliga livet handlar om det enkla livet mellan dagar då något särskilt inträffar (Nyström, 2014). Men särskilda händelser präglar också vardagslivet eftersom de ger erfarenheter och insikter som individen lever med och förhåller sig till (ibid.). De som återhämtar sig efter en hjärtinfarkt kan uppleva ohälsoproblem som begränsar vardagen som arytmier, dålig fysisk kondition, bröstsmärtor, magsmärtor, svår trötthet och dyspné (ansträngd andning, andnöd) (Brink, Karlson & Hallberg, 2006). Det är en utmaning att hitta en ny rytm när vardagen förändras av sjukdom (Årestedt, Persson, Rämgård & Benzein, 2018). Vanligen strävar personerna efter att uppnå en fungerande vardag, framför allt att återgå till livet som det var före sjukdomen. Det är vanligt att försöka hitta ett långsammare tempo, genom att antingen planera in färre aktiviteter, eller avsätta mer tid för varje aktivitet. Tankar om framtiden kan vara hoppfulla och förse personerna med en möjlighet att sätta nya mål, men en osäkerhet över densamma är ständigt närvarande och därför läggs fokus på nuet (ibid.). De som inte längre kan fungera som tidigare riskerar ett sämre välmående i vardagen (Olsson, 2017).

Problematisering

Hjärtinfarkt är den vanligaste orsaken till akut sjukvård i Sverige, men dödsfallen i sjukdomen har minskat kraftigt de senaste decennierna (Nationella kvalitetsregister, 2016;

Socialstyrelsen, 2018). En hjärtinfarkt är en omvälvande upplevelse som påverkar individen och omgivningen under lång tid (Berglund, et al., 2017). Kortare vårdtider medför att personerna skrivs ut från sjukhus i ett skede där behovet av ett känslomässigt stöd kan vara stort (ibid.). För att kunna bedriva en personcentrerad omvårdnad krävs det att individens personliga behov, resurser, värderingar och förväntningar identifieras (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b). Med kortare vårdtider medför att stor del av omvårdnaden behöver bedrivas när den som drabbats av en hjärtinfarkt kommit hem (Berglund, et al., 2017). Detta ställer krav på att sjuksköterskan har kunskap om vilka känslor, hinder, tankar och behov av stöd som kan vänta personen när den kommer hem, för att en omvårdnadsplan som kan ge patienten livskvalitet i det dagliga livet, kan upprättas. Personer som överlever en hjärtinfarkt är sårbara och om sjukvårdspersonal har en större förståelse för vilka känslor personerna genomlider, kan de stötta dem bättre och hjälpa dem att sätta ord på sina känslor (Svedlund, et al., 2001). För att kunna erbjuda ett tillräckligt stöd är det viktigt att sjukvårdspersonal har kunskap och förståelse för vilka fysiska och psykiska svårigheter personer som haft en hjärtinfarkt upplever (Andersson et al., 2013).

Syfte

Syftet var att belysa individers upplevelse av det dagliga livet efter en hjärtinfarkt

Metod

Design

Litteraturstudie baserad på kvalitativa vetenskapliga artiklar. Studien utgick från en tydlig holistisk grund där synen på hela människan var i fokus och inte själva sjukdomen. En induktiv ansats användes för att skapa en djupare förståelse för individernas upplevelse (Kristensson, 2014). I ett induktivt arbetssätt är utgångsläget deltagarnas levda erfarenheter av ett fenomen (Henricson & Billhult, 2017).

Urval

Urvalet baserades på vetenskapliga artiklar som identifierades som relevanta utifrån syftet. Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle vara baserade på intervjuer med personer som drabbats av hjärtinfarkt och spegla deras upplevelser av det dagliga livet. De skulle även vara skrivna på engelska och blivit publicerade under åren 2008 till och med 2018. Ett annat krav

var att artiklarna skulle vara peer reviewed, för att säkerställa en god vetenskaplig standard (Olsson & Sörensen, 2011). Artiklar som handlade om hjärtstopp exkluderades. Hjärtstopp kan visserligen orsakas av en hjärtinfarkt, men också av andra anledningar som exempelvis drunkning, kvävning eller svåra astmaattacker (Nord & Karlgren, 2018). Artiklar som enbart baserades på det akuta insjuknandet exkluderades också eftersom sjukhusvistelse inte kan likställas med ett vardagligt liv.

Datainsamling

För att hitta lämplig litteratur krävs att en sökstrategi, som beskriver hur arbetet ska gå till, utformas (Kristensson, 2014). Denna litteraturstudie byggde på sökningar i databaser. I litteraturstudien användes de två databaserna PubMed och Cinahl. Dessa tillhandahåller över 25 miljoner indexerade (sökbara genom ett register) artiklar från tidskrifter och uppdateras varje vecka med nya (Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, 2016). I PubMed finns hänvisningar till artiklar från både medicinsk litteratur och omvårdnadstidskrifter. I Cinahl i sin tur kommer den största delen av de indexerade artiklarna från omvårdnadstidskrifter (ibid). Först identifierades sökord som var relevanta utifrån syftet och problemformuleringen. Genom en systematisk sökning användes de identifierade sökorden både genom fritextsökning och kontrollerad sökning. I PubMed kallas kontrollerade ämnesord för Meshtermer; i Cinahl för Cinahlheadings (Karolinska Institutet, 2018). Ämnesorden omfattar förutom själva ordet även synonymer samt leder till artiklar som i databasen är märkta inom aktuellt ämne (ibid.).

Fritextsökning innebär att söka med termer som inte är knutna till ämnesord och synonymer (Karolinska Institutet, 2018). Träffarna blir därmed enbart på artiklar som använt exakt samma ord som används i sökningen (ibid.). Datainsamlingen till litteraturstudien började med att varje fritextsökning, inklusive eventuella synonymer, söktes var för sig och bildade ett sökblock som sedan kombinerades. För detta användes booleska sökoperatorer, som kombinerar sökord på olika sätt. Alla databaser förstår booleska termer och de vanligaste är AND, OR och NOT (Willman et al., 2016). OR breddar sökningen genom att sökningens resultat innehåller både den ena söktermen och den andra, eller båda tillsammans. I första sökningen användes OR. AND användes sedan för att kombinera olika sökblock med varandra (ibid.). Sökorden som valdes till denna litteraturstudie var *life after*, *daily life*, *everyday life*, *myocardial infarction*, *heart attack*, *nurse*, *depression*, *depressive symptoms*,

worry, anxiety, depressed, fatigue, tired, exhausted, sleepy, mental fatigue, activities of daily living, attitude to life och life purpose. Databassökningarna redovisas i bilaga 1.

Efter litteratursökningen valdes artiklarna systematiskt ut för att hitta de mest relevanta för syftet (Kristensson, 2014). I den första gallringen lästes 175 artiklar på titelnivå. Av dessa lästes 42 på abstraktnivå. Titlarna och abstrakten lästes individuellt. De som gemensamt bedömdes vara relevanta gick vidare i urvalsprocessen. Elva artiklar lästes i fulltext varav sju svarade på syftet och valdes ut. En artikel var dubblett och utgick därför. För att utöka sökningen och hitta mer relevant litteratur kan kompletterande sökvägar användas (Kristensson, 2014). I litteraturstudien hittades relaterade relevanta artiklar som Cinahl respektive PubMed hänvisade till i anslutning till sökningarna av de utvalda artiklarna. Gallringen genomfördes som ovan, genom att artiklar valdes ut utifrån titelnivå, abstraktnivå och fulltextnivå. Vid denna sökningen hittades ytterligare tre relevanta artiklar. Totalt valdes slutligen tio artiklar ut. Dessa byggde på intervjuer med totalt 280 personer. Valda artiklar redovisas i bilaga 2.

Kvalitetsgranskning

Den totala evidensstyrkan i studier bygger på analys av det vetenskapliga underlaget (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Analysen avgör kvalitetsnivå, trovärdighet och relevans utifrån bland annat förekomsten av systematiska fel (Kristensson, 2014). För en sådan analys används granskningsprotokoll där varje artikel bedöms och betygssätts utifrån låg, medel eller hög kvalitet (Willman et al., 2011). Granskningen sker individuellt av forskarna. Därefter jämförs och diskuteras utfallet innan artiklarna inkluderas (ibid.). Granskningsprotokollets utformning anpassas efter varje unik granskning (Willman et al., 2016).

Bedömning av trovärdighet, kvalitet och relevans gjordes systematiskt utifrån en omarbetad mall inspirerad av Willman et al., (2011) granskningsmetoder. Studier som bedömdes ha medel eller hög kvalitet inkluderades i resultatet i litteraturstudien. Varje fråga i granskningsmallen poängsattes, och varje artikel kunde som mest få 13 poäng. Artiklar med noll till sex poäng bedömdes ha en av låg kvalitetsnivå, sju till tio en medelnivå och slutligen elva till 13 en hög. Fyra artiklar bedömdes vara på medelnivå och sex skattades som hög kvalitet, varav en av dem fick maximalt antal poäng. I innehållsanalysen behandlades

artiklarna oavsett kvalitetsnivå på ett likvärdigt sätt. Granskningsprotokollet redovisas i bilaga 3.

Dataanalys

Elo och Kyngäs (2008) analysmetod har valts för att svara på studiens syfte och skapa en tydlig bild av hur det dagliga livet är efter en hjärtinfarkt. Metoden bygger på tre faser: förberedelse, organisering och rapportering (Elo & Kyngäs, 2008). Förberedelsefasen inleds med att välja ut analysenheter. Enheten behöver vara stor nog att representera en helhet, men liten nog att den kan hållas i minnet under hela analysprocessen (ibid.). I detta arbete motsvarade en analysenhet resultatet i en vetenskaplig artikel. En manifest innehållsanalys fokuserar på det synliga i texten och försöker hitta uppenbara likheter och skillnader (Kristensson, 2014). En latent innehållsanalys är tolkande och söker mening i det dolda i texten, alltså det som inte uttrycks bokstavligen (ibid.). Det som i dagligt tal kallas att läsa mellan raderna. Detta arbete byggde på en manifest analys av resultaten i valda vetenskapliga artiklar, men under arbetets analyserande fas förekom även latent inslag. Sista steget i förberedelsefasen är att läsa resultaten flera gånger med följande frågor i åtanke: Vem berättar? Var händer detta? När hände detta? Vad hände? Varför? Detta är ett sätt att ge en djupare förståelse och stark förtroenhet för texten (Elo & Kyngäs, 2008).

Vid en induktiv innehållsanalys organiseras data i den andra fasen (Elo & Kyngäs, 2008). Noteringar skrivs ned i marginalen på resultaten i de vetenskapliga artiklarna under läsningens gång, så att aspekter av innehållet som svarar på syftet blir tydligt (ibid.). Dessa noteringar bestod i studien av korta beskrivningar av textstycken, samt citat från både artikelförfattarna och intervjuade personer. Noteringarna gjordes individuellt för att skapa en bred och djupare analys. Därefter valdes noteringar ut gemensamt och fördes in i ett kodningsark där de formulerades om till koder som sedan grupperades och placerades i kategorier, som skapades rikligt. Detta kallas enligt Elo och Kyngäs (2008) öppen kodning och visas i tabell 1.

Nästa steg i organiseringen är att placera kategorierna under högre rubriker, så att data grupperas (Elo & Kyngäs, 2008). På detta sätt minskas antalet kategorier genom att de som handlar om samma sak slås samman. Viktigt att notera är att kategorier som placeras i samma högre rubrik inte enbart behöver vara lika, utan kan höra ihop i en bredare mening (ibid.). Enligt Elo och Kyngäs (2008) avgör författarna själva helt hur kategorierna hör ihop. Genom

hela analysarbetet pågick ett aktivt sökande efter likheter, skillnader och samhörighet. Varje artikel analyserades separat fram till och med högre rubriker.

Efter kategoriseringen övergår arbetet i en abstraktionsfas där allmänna kategorier som beskriver forskningsämnet skapas, utifrån samtliga artiklars högre rubriker. Varje allmän kategori namnges med karaktäristiska ord av innehållet. De allmänna kategorierna beskrivs och förtydligas i sin tur genom underkategorier, enligt Elo och Kyngäs (2008). Slutligen skapas huvudkategorier utifrån de allmänna kategorierna och fenomenet blir tydligt. Studien inspirerades av Elo och Kyngäs (2008) metodik i innehållsanalysen.

Tabell 1

Exempel på öppen kodning i analysen av <i>Living with incomprehensible fatigue after recent myocardial infarction</i>		
Notering	Kod	Kategori
<p><i>"I get so tired so very quickly. If we're sitting around in the evening and I feel really good... and then suddenly, in three minutes, my eyes just shut."</i></p> <p>Översättning: Jag blir så trött så väldigt snabbt. Om vi sitter på kvällen och jag känner mig riktigt pigg... och sen plötsligt, på tre minuter kan jag inte hålla mina ögon öppna</p>	<p>Upplever tvära kast i energinivån, går från pigg till sovande på tre minuter</p>	<p>Den extrema tröttheten kommer snabbt, mitt under sociala aktiviteter</p>

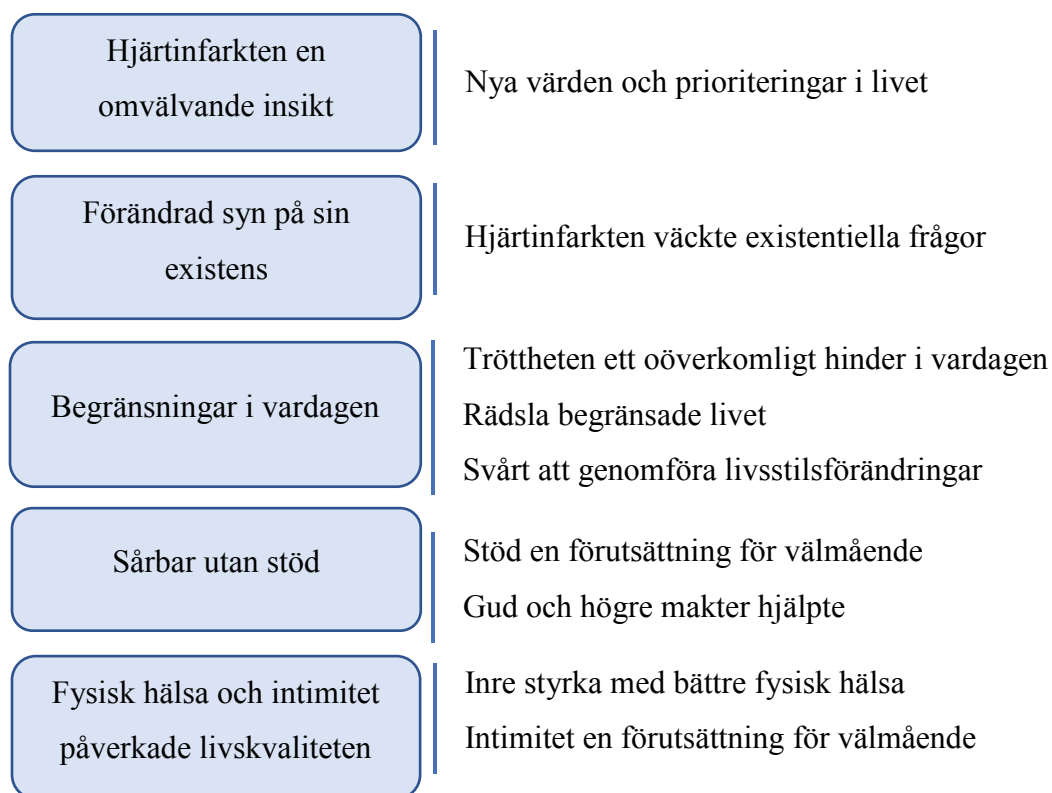
Etiskt övervägande

Forskning som omfattar levande och avlidna människor kräver speciella tillstånd som regleras i etikprövningslagen (Etikprövningsnämnderna, u.å.). Syftet är att skydda enskilda människor och respektera människovärdet i forskningen (ibid.). Samtliga artiklar som användes i resultatet genomgått nogsam etikprövning. En av de grundläggande principerna i Helsingforsdeklarationen är att hänsynen till individen alltid går före vetenskapen och samhällets intressen (Olsson & Sörensen, 2011). Samtliga deltagare i intervjuerna som ligger till grund för resultaten i artiklarna har gett sitt samtycke till att medverka och hålls

konfidentiella av forskarna. Därav bedömdes att inga deltagare utsattes för risk att skadas genom denna litteraturstudie. Även sjukhusen där patienterna vårdades hölls konfidentiella i artiklarna och medförde att inga personers integritet kränktes. Godhetsprincipen innebär att sträva efter att göra gott och förhindra skada (Olsson & Sörensen, 2011). Studien anammade godhetsprincipen och målet var att hitta tillförlitlig och ny kunskap som kan komma till användning i omvårdnaden av hjärtpatienter. Genom att öka kunskap om det dagliga livet efter hjärtinfarkt kan den personcentrerade vården stärkas ytterligare och medföra en bättre vård för patienterna.

Resultat

Litteraturstudiens resultat bygger på 258 noteringar. Utifrån dessa har fem huvudkategorier blivit tydliga: *hjärtinfarkten en omvälvande insikt, förändrad syn på sin existens, begränsningar i vardagen, sårbar utan stöd* samt *fysisk hälsa och intimitet påverkade livskvaliteten*. Under huvudkategorierna utformades nio allmänna kategorier för att beskriva individernas upplevelser av det dagliga livet efter en hjärtinfarkt, se figur 2. Exempel ur innehållsanalysen redovisas i bilaga 4.



Figur 1. Resultatets huvudkategorier och allmänna kategorier

Hjärtinfarkten en omvälvande insikt

Nya värden och prioriteringar i livet

Individer som genomgått en hjärtinfarkt uppgav i intervjuer att de upplevde att sjukdomen fått dem att ändra attityd till livet där andra värden uppskattades. De kände en stark livslust, såg inga hinder och ville genomföra projekt. Småsaker som bilkörning, som tidigare togs för givet, förhöjde livskvaliteten. Flertalet upplevde en stark önskan att börja jobba igen, fast deltid för att inte överanstränga sig. Men det fanns även de som tidigare värderat sitt arbete högt, men fått nya insikter där materiella ting inte kändes lika viktigt. De upplevde att de fått en andra chans, värdesatte vardagen och kände att de fått sitt liv tillbaka. Vila, läsa en bok eller bara göra ingenting värdesattes högt (Baldacchino, 2011; Wieslander, Mårtensson, Fridlund & Svedberg, 2016; Kristofferzon, Löfmark & Carlsson, 2008; Nicolai et al., 2018).

”When you are under the yoke of disease you feel another phase has started in your life...you start to appreciate the values of life, like the values of health, the peace of soul.”
(Baldacchino, 2011, s. 112)

Hjärtinfarkten var en vändpunkt som innebar nya prioriteringar. Många hade insett sitt eget värde och börjat prioritera sina egna behov. De tänkte vänligare tankar om sig själva, vågade säga nej till andra och hade slutat att jaga bekräftelse (Baldacchino, 2011, Eriksson, Asplund & Svedlund, 2010; Wieslander et al., 2016; Kristofferzon et al., 2008).

”...I realise that saying no is not a matter of life and death.” (Wieslander et al., 2016, s. 6)

Andra däremot upplevde att livet efter hjärtinfarkten hade gjort dem mindre själviska. En del av de intervjuade ville inte låta oro och negativa tankar styra livet. Därför undvek de att tänka på sjukdomens konsekvenser och upplevde därmed att de tillfälligt mådde bättre. För att undvika att sjukdomen styrde över deras liv fortsatte andra att göra saker precis som de gjorde innan hjärtinfarkten (Brink, 2009; Wieslander et al., 2016).

”I do things just like normal, there’s no difference. I’ll be damned if that heart attack is going to take away my self-confidence...I’m just like I’ve always been.” (Brink, 2009, s. 130)

Flertalet intervjuade upplevde att de var tvungna att prioritera eftersom energin var begränsad. I vissa fall räckte energin till fysiskt ansträngande fritidsintressen som spela golf och arbeta i trädgården, så länge intresset var stort nog. Körsång, köra motorcykel och handarbete hjälpte andra att hålla svåra tankar borta och fick dem att må bättre i vardagen (Wieslander et al., 2016; Fredriksson-Larsson, Alsen & Brink, 2013; Alsén, Brink & Persson, 2008).

Förändrad syn på sin existens

Hjärtinfarkten väckte existentiella frågor

Individer som drabbades av en hjärtinfarkt upplevde en stark rädsla för döden som kvarstod och påverkade vardagslivet. I takt med att symtomen avtog minskade dessa känslorna.

Individerna blev mindre rädda för döden och fick lättare att prata om sina innersta tankar.

Hjärtinfarkten innebar att tidigare förväntningar på framtiden omkullkastades för många. Det blev tydligt att oväntade saker kunde inträffa och att ingenting kunde tas för givet. Känslor av sårbarhet och osäkerhet för framtiden blev framträdande (Eriksson et al., 2010; Baldacchino, 2011; Kristofferzon et al., 2008).

”The future appeared insecure as they were in a vulnerable position as a result of the AMI and complications could occur.” (Eriksson et al., 2010, s. 3489)

Vissa intog en position där de förberedde sig på det värsta, som att bli fysiskt begränsade eller få en dödlig hjärtinfarkt. Individer kunde börja rannsaka sig själva och sitt tidigare leverne. Insikten över deras ohälsosamma livsstil kunde väcka känslor av skuld och tankar om att de själva hade orsakat sjukdomen (Eriksson et al., 2010; Baldacchino, 2011; Alsén et al., 2008; Kristofferzon et al., 2008; Nicolai et al., 2018).

”I was careless and I know, yes, that this attack was all due to my fault.” (Baldacchino, 2011, s. 112)

Det fanns de som upplevde att hälsoproblem var en naturlig del av åldrandet, vilket gjorde det lättare för dem att acceptera sin situation. De som drabbades av en hjärtinfarkt blev chockade och sökte svar på varför de drabbats, och hade ett behov av att bearbeta känslor som väckts. Individer uppgav i intervjuerna att de plågades av tankar på framtiden, ville glömma det som hänt och kände att det gamla livet gått förlorat. Positiva tankar om framtiden var ersatta med känslor av nedstämdhet, otillfredsställelse, osäkerhet och frågor över om de någonsin kunde återuppta sina dagliga aktiviteter. De upplevde att den trötthet de kände efter infarkten medförde att deras tidigare positiva personlighet gick förlorad vilket efterhand ledde till att de tappade livsgnistan (Fredriksson-Larsson et al., 2013; Kristofferzon et al., 2008; Nicolai et al., 2018; Eriksson et al., 2010; Alsén et al., 2008).

”...has changed me a lot, I’ve never been like this. That’s why I hardly recognize myself now.” (Fredriksson-Larsson et al., 2013, s. 4)

I vardagslivet uppstod ett nytt behov av hjälp, vilket ledde till en känsla av att en del av självständigheten försvann. En del individer upplevde att de var fast i en situation de inte kunde påverka, medan andra kände en rastlöshet över att rehabiliteringen tog tid (Fredriksson-Larsson et al., 2013; Nicolai et al., 2018; Eriksson et al., 2010).

Begränsningar i vardagen

Tröttheten ett oöverkomligt hinder i vardagen

Tröttheten var svår att beskriva, att hantera och var oberäknelig. Personerna kände sig tyngda och begränsade av måttet att hushålla med energin, som kunde försvinna inom loppet av minuter. Behovet att sova kunde komma tvärt vilket ledde till en känsla av maktlöshet (Alsén et al., 2008; Fredriksson-Larsson et al., 2013).

”I thought that if I don’t lie down now then I’ll fall right down on the table- it is just like that...and it happens so fast!” (Alsén et al., 2008, s. 464)

Tröttheten efter en hjärtinfarkt kunde upplevas av individerna som ett oöverkomligt hinder inom flera områden; den begränsade vardagslivet, arbetslivet, det sociala livet och kunde försätta dem i jobbiga situationer (Søderberg, Johansen, Herning & Berg, 2013; Alsén et al., 2008; Fredriksson-Larsson et al., 2013).

”One woman told about how an overwhelming urge to sleep had swept over her during party; she had been forced to rest in host’s bed, which was embarrassing for her.” (Alsén et al., 2008, s. 463)

Bristen på ork kunde kräva ett långsammare tempo i vardagen, och lust och motivation för vardagssysslor gick förlorat. Trots fysisk styrka och mental vilja att göra saker, så som hushållsarbete och trädgårdsarbete, blev inget gjort. Tröttheten försvårade och begränsade också initiativförmåga och kreativitet vilket skapade frustration. Med tröttheten följde kognitiva problem och de intervjuade upplevde svårigheter att tänka klart och hade svårt att koncentrera sig på att läsa skriven text. En individ som upplevde att den befann sig i ett tankemässigt vakuum kände att det snarare var hjärnan än hjärtat som var skadat. Några deltagare berättade att tröttheten blev så svår att den ledde till kroppsliga upplevelser i form av extrem utmattning. Då kändes kroppen som bly och de kunde inte hitta styrkan att gå eller ens lyfta armarna. Individerna upplevde att varken vila eller nattsömn lindrade tröttheten. Osäkerheten över om orken räckte till gjorde att individerna undvek aktiviteter, umgänge och kunde inte ens tänka tanken på att börja jobba igen efter sjukskrivningen (Fredriksson-Larsson et al., 2013; Alsén et al., 2008; Søderberg et al., 2013).

Rädsla begränsade livet

I intervjuerna framkom att det fanns individer som levde med en ständig oro över att få en ny hjärtinfarkt. Oron begränsade vissa i stor utsträckning, vilket yttrade sig i att de inte vågade vara ensamma och undvek fysiska aktiviteter. Rädslan för en ny infarkt medförde att en

individ inte längre kunde resa som tidigare (Kristofferzon et al., 2008; Fredriksson-Larsson, 2013; Abramsohn et al., 2013; Søderberg et al., 2013).

"...don't know when the next attack- if it comes...don't dare travel anywhere where there's no hospital nearby." (Kristofferzon et al., 2008, s. 371)

Det fanns de som var rädda att bli fast i sin sjukdom och började därför jobba heltid direkt efter sjukskrivningen. För dem var jobbet ett bevis på att vara frisk och ha en normal vardag. Tankar på hjärtinfarkten var så jobbiga eftersom de inte ville acceptera ett liv anpassat efter sjukdomen. Andra individer var rädda för att ha sex eftersom de oroades över att det skulle utlösa en ny infarkt. Den rädslan väcktes när de kände bröstsmärta och hjärtklappning under sexakten. En person beskrev fruktan över att bröstkorgen skulle öppnas (Abramsohn et al., 2013; Kristofferzon et al., 2008; Søderberg et al., 2013).

"I was trying so hard I had a real heart palpitation...And my heart beat real fast and it scares me." (Abramsohn et al., 2013, s. 6)

Svårt att genomföra livsstilsförändringar

Livsstilsförändringar som att äta hälsosammare, röka mindre och öka den fysiska aktiviteten väckte negativa känslor som att vara fast i restriktioner. En del individer upplevde att det inte fanns några glädjeämnen kvar i livet längre (Nicolai et al., 2018; Kristofferzon et al., 2008; Baldacchino, 2011).

"I am not allowed to eat what I like; I am not allowed to smoke. Is there still something I am allowed to do? What am I living for?" (Nicolai et al., 2018, s. 32)

Hos en del individer som slutade röka fanns en längtan efter tobak som var så stark att de var rädda att falla för frestelsen att börja röka igen, vilket påverkade deras psykiska välbefinnande negativt. I de fall där rökstoppet ledde till viktuppgång minskade motivationen och frustration infann sig i stället. De individer som valde att fortsätta röka efter hjärtinfarkten kände sig tvungna att försvara sitt val och kände press från omgivningen att sluta. För vissa kunde livsstilsförändringar i form av fysisk aktivitet vara svåra att genomföra på grund fysiska nedsättningar sedan tidigare och att de led av flera olika andra sjukdomar. Individer som kämpade för att återfå god fysisk kapacitet kunde känna hopplöshet, vissa i sådan utsträckning att de helt gav upp i sina försök (Nicolai et al., 2008; Kristofferzon et al., 2008; Baldacchino, 2011; Brink, 2009).

Sårbar utan stöd

Stöd en förutsättning för välmående

Individer berättade i intervjuerna att goda relationer och stöd i vardagen var en förutsättning för deras återhämtning, både från närstående och från vårdpersonal. Familjen stod för hopp, tröst och trygghet och en känsla av att livet åter var normalt; vårdpersonal gav stöd i den nya situationen som kändes stressande och bekymmersam. Det fanns behov av regelbunden dialog med vårdpersonal på grund av de bekymmer som uppkom efterhand. En holistisk syn på personen i vården uppskattades och ett gott stöd motiverade till rehabilitering. De som deltog i en stödgrupp efter hjärtinfarkten kände sig mindre rädda och mindre isolerade (Nicolai et al., 2018; Wieslander et al., 2016).

”Because recently fears came up once again (...) And knowing that I am not alone is giving me a sense of security.” (Nicolai et al., 2018, s. 32)

Individer som genomgått en hjärtinfarkt var beroende av stöd i sin rehabilitering, men trots uppbackning fanns ändå en osäkerhet hur vardagen skulle hanteras och en oro över att överanstränga sig. Stöd från närstående kunde för somliga upplevas som bristfälligt, framför allt när krav ställdes på individerna utan hänsyn till att orken var begränsad. Det framkom ett behov av att känna sig som annat än en belastning, vilket gjorde att de valde att hålla sitt mående hemligt och försökte klara vardagen utan att be om hjälp. Det framkom att de som vara vana att klara sig själva, men blev överbeskyddade av närstående, kunde känna sig värdelösa. Intervjuade uppgav även att de upplevde brist på information kring när de kunde återuppta sitt sexliv efter hjärtinfarkten (Fredriksson-Larsson et al., 2013; Kristofferzon et al., 2008; Wieslander et al., 2016; Abramssohn et al., 2013; Söderberg et al., 2013).

Gud och högre makter hjälpte

Vid sjukdom fick Gud en viktig roll för att lindra lidande framkom i intervjuer. Det kändes naturligt att vända sig till honom vid ohälsa, även för dem som inte är troende. De som redan var religiösa upplevda att tron till Gud stärktes (Baldacchino, 2011).

”The latter can be felt when you are in union with God, especially during suffering.”
(Baldacchino, 2011, s. 112)

Känslan av skuld över sin situation kunde göra att troende vände sig till Gud eller högre makter för hjälp, styrka, att överkomma hinder och genomföra livsstilsförändringar. De som misslyckades att förändra sin livsstil, vände sig till högre makter för att lätta sitt samvete (Kristofferzon et al., 2008; Baldacchino, 2011).

Fysisk hälsa och intimitet påverkade livskvaliteten

Inre styrka med bättre fysisk hälsa

Individer som förbättrat sin fysiska hälsa efter hjärtinfarkten kände att deras självförtroende stärkts. De som förändrade sin livsstil blev motiverade att fortsätta när fördelarna av det hälsosammare livet blev tydliga. Den förbättrade hälsan gav en inre styrka och en känsla av att återfå kontrollen, så de inte längre kände att de var ett offer i sina egna liv. Flera intervjuade berättade att de upplevde ett bättre och smärtfritt liv med färre fysiska hinder. Med en ökad fysisk träning följde ett ökat välbefinnande. Andra uppgav att de var tröttare, mer andfädda och hade ondare i bröstet nu i jämförelse med innan infarkten, däremot hade de lärt sig att hantera symtomen bättre. De hade blivit mer uppmärksamma på sin kropp och avsatte mer tid för vila (Söderberg et al., 2013; Abramsohn et al., 2013; Brink, 2009; Eriksson et al., 2010; Kristofferzon et al., 2008; Nicolai et al., 2018; Wieslander et al., 2016).

Intimitet en förutsättning för välmående

Livet efter hjärtinfarkten innebar en positiv förändring i samlivet, där personerna kände sig närmare sina partner än tidigare. Med hjärtinfarkten blev sexlivet annorlunda än tidigare då behovet av intimitet blev viktigare än samlag. Flera uppgav att de hade mindre sex, ändå upplevde de en ökad tillfredsställelse genom en ökad närhet och ett sexliv som inte gick på rutin (Söderberg et al., 2013; Abramsohn, et al., 2013).

"We have started cuddling and kissing more... and touching each other, massaging, it is wonderful." (Söderberg et al., 2013, s. 3538)

En del berättade i intervjuerna att sex inte längre kändes viktigt. För andra blev det däremot viktigt att ha sex för att känna sig normala och inte bli stämplade som hjärtpatienter (Söderberg et al., 2013; Abramsohn, et al., 2013).

"(...) ...you want to do it just to prove you can and to feel normal again. You don't always want to be the lady that had the heart attack." (Abramsohn, et al., 2013, s. 5)

Diskussion

Metoddiskussion

En kvalitativ metod används för att belysa människors upplevelser, tankar eller erfarenheter till skillnad från en kvantitativ metod som baseras på ett objektiva förhållningssätt med ett resultat som främst presenteras i siffror och tabeller (Kristensson, 2014). Syftet med

litteraturstudien var att utifrån studerat vetenskapligt material fördjupa förståelsen för individers individuella upplevelser om livet efter en hjärtinfarkt utifrån flera perspektiv. Därför var en kvalitativ metod att föredra i denna studie.

För att hitta relevanta vetenskapliga artiklar räcker det inte att basera en litteratursökning på en enda databas (Willman et al., 2016), och därför har två databaser använts i denna studien. I en systematisk sökning efter vetenskapliga artiklar räcker det inte heller att enbart använda en sökterm (Willman et al., 2016) varför ett flertal använts bland andra *heart attack*, *myocardial infarction*, *daily life* och *everyday life*. Det framgick i flertalet av de vetenskapliga artiklarna som valdes ut att intervjun hade skett på de intervjuades språk för att öka förståelsen och motverka missförstånd. Detta var en styrka eftersom det skapade en mer tillförlitlig grund till resultatet. I en av de valda artiklarna, *Couples' thoughts about and expectations of their future life after the patient's hospital discharge following acute myocardial infarction*, ingick även närståendes perspektiv i studien (Eriksson et al., 2010). Men eftersom personerna blev enskilt intervjuade och deras upplevelser gick att särskilja från varandra, ansågs det att artikeln gick att använda i litteraturstudien.

Artiklarna som låg till grund för studiens resultat genomgick en kvalitetsgranskning för att bedöma trovärdighet, kvalitet och relevans. De artiklar som användes i studien bedömdes vara av hög nivå eller medelnivå, vilket var viktigt eftersom det stärkte evidensen. Urvalet som gjordes var tillfredsställande då inga artiklar bedömdes vara av låg kvalitet. I innehållsanalysen behandlades utvalda artiklar på ett likvärdigt sätt, oavsett vilken poäng de fick eftersom samtliga höll tillräckligt hög kvalitetsnivå. Granskningsprotokoll ska utformas vid varje litteraturstudie (Willman et al., 2016), men det var svårt att veta vilka frågor som kunde uteslutas utan att riskera att underlaget inte höll tillräckligt hög kvalitet. En fråga som uteslöts på grund av bristande erfarenhet av kvalitetsgranskning var exempelvis om det råder analysmättnad. Uteslutningen kan ändå vara relevant och stärka studiens kvalitet eftersom det därmed inte finns någon risk att felaktiga poäng delas ut.

Kvalitativa innehållsanalyser kan användas både till kvalitativa och kvantitativa data med både induktiv och deduktiv ansats (Elo & Kyngäs, 2008). Men att analysera kvalitativa data är en utmaning eftersom det saknas entydiga regler för hur analysarbetet ska gå till (Polit & Beck, 2012). Det kan vara svårt att beskriva hur analysen genomförts och varför resultatet är

tillförlitligt (ibid.). Utifrån Elo och Kyngäs (2008) analysmetod skapas en samlad och bredare beskrivning av ett fenomen. Metoden kan även leda till ny kunskap och nya insikter, samt ligga till grund för praktisk användning (ibid.). Syftet med litteraturstudien var att belysa individers upplevelser och därför valdes denna metod framför andra innehållsanalyser.

Studien fokuserade på den manifesta analysen för att hitta uppenbara likheter och skillnader som var synliga i texten, men precis som Kristensson (2014) påpekar är det omöjligt att inte under arbetets analyserande fas röra sig mot en latent innehållsanalys. Ju längre analysarbetet fortgår desto mer tolkande blir nämligen analysen i ambitionen att inte bara läsa individernas ord utan även förstå deras känslor och upplevelser. Tolkningen sker inte minst under innehållsanalysens abstraktionsfas där allmänna kategorier, underkategorier och huvudkategorier skapas (ibid.).

För att förtydliga stegen i de två första faserna i analysprocessen utformades en bild över metodförloppet (figur 2). Genom detta blev författarna väl förtrogna med den valda analysmetoden, vilket var en förutsättning för att slutsatsen ska bli tillförlitlig. Studien inspirerades av Elo & Kyngäs (2008) och inga underkategorier skapades, utan de högre rubrikerna fick beskriva de allmänna kategorierna. Detta beslut togs eftersom analysenheterna i studien byggde på redan analyserat material och därför fanns en farhåga att ytterligare steg i analysen skulle leda till ett alltför abstrakt resultat, med en mycket hög grad av tolkning.



Figur 2. Illustration av analysprocessen fram till rapporteringen, inspirerad av Elo & Kyngäs (2008)

Ett induktivt arbetssätt används ofta när det saknas tidigare studier eller tillräckliga kunskaper om ett fenomen (Elo och Kyngäs, 2008). Vid en induktiv inriktning dras slutsatser utifrån få individer till att gälla en helhet (Birkler, 2018). Fördelen med arbetssättet är att det kan

generera ny kunskap. Samtidigt finns en stor svaghet eftersom kunskapen inte kan bli säker utan mer sannolik eller trolig, då slutsatsen bygger på enskilda individers upplevelser (ibid.). Studien genomfördes utan större erfarenhet av vilka upplevelser människor som överlever en hjärtinfarkt har. Detta är en fördel eftersom sannolikheten att inta en objektiv ställning under arbetet ökar när tidigare erfarenheter saknas och information söks inte för att bekräfta tidigare erfarenheter (Henricson & Billhult, 2017).

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att belysa individers upplevelse av det dagliga livet efter en hjärtinfarkt, vilket inte enbart visade sig handla om en förändrad fysisk förmåga.

Det nya livet efter infarkten innebar även nedsatt kognitiv förmåga, rädslor och känslor av att tillvaron var fylld av restriktioner som väckte tankar på om det ens var värt att leva. Studien visade att individerna upplevde att de fått en andra chans när de överlevde hjärtinfarkten, men det nya livet innehöll begränsningar i vardagen i form av en oöverkomlig trötthet, rädsla för en ny infarkt och svårigheter att genomföra livsstilsförändringar.

Tröttheten satte hinder i vardagen

I studien framkom det att den svåra tröttheten kraftigt försämrade hälsan och kunde leda till förlorat hopp om att någonsin bli sig själv igen. Individerna upplevde tröttheten som ett oöverkomligt hinder i vardagen eftersom den påverkade livet i stor utsträckning. Precis som Packer, Brink & Sauriol (2017) påtalar är tröttheten inte bara en känsla, utan något som påverkar hela livssituationen. Vårdpersonal behöver ta allvarligt på tröttheten eftersom den kan leda till betydande funktionsnedsättningar med sjukskrivning och utslagning från arbetslivet som följd, vilket innebär ett lidande för den enskilde (Burell, 2000).

Sjuksköterskans ansvar är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b). Individerna i studien tyckte att tröttheten var svår att beskriva och hantera. Detta är något som Burell (2000) styrker, och understryker att tröttheten dessvärre är svårbehandlad. Sjuksköterskans målsättning bör vara att försöka lindra tröttheten genom att fokusera på att underlätta och minska symtom, samt utveckla bemästrande strategier hos personerna (ibid.). Detta styrker även Packer et al. (2017) som menar att personerna behöver redskap för att hantera tröttheten och för detta har sjuksköterskan en viktig uppgift.

Vardagen är full av aktiviteter och det krävs en balans för att personen ska orka (Packer et al., 2017). Det är viktigt för sjuksköterskan att veta att människor behöver känna sig produktiva och skapa strukturer i vardagen för att må bra. Precis som Packer et al. (2017) påpekar behöver personerna få hjälp med hur de kan reducera tröttheten, hushålla med energin och lagra den. De kan behöva omprioritera och spendera energi på det som är mest viktigt. Ett sätt att lagra energi är att vila genom att sova, sitta ner en stund, ägna sig åt en stillsam hobby eller lyssna på radio (ibid.). Som sjuksköterska är det därför viktigt att informera personen om vikten att planera pauser först och aktiviteter sedan. Packer et al. (2017) påtalar att detta leder till att fler aktiviteter genomförs och att det finns energi över till både nöje och rutinsysslor (ibid.). Å andra sidan berättade individerna i studien att vila inte hjälpte dem att lagra tillräcklig energi, utan tröttheten var konstant. Individerna berättade att de stundtals var så utmattade att de inte hade någon kraft att gå eller ens lyfta armarna. Total utmattning inträffar när personens energidepåer är helt uttömda (Asp & Ekstedt, 2014). Det är extra viktigt att vila innan personen når utmattning eftersom det är svårt att få ny energin när gränsen för utmattning är nådd och det ökar dessutom risken att drabbas av hjärtinfarkt (Packer et al., 2017; Burell, 2000).

Tröttheten var så svår och oförutsägbar, att det ledde till att individerna i studien började undvika både aktiviteter och umgänge, och hade svårt att ens föreställa sig ett yrkesverksamt liv. Packer et al. (2017) understryker vikten av att hjälpa personerna ur den onda cirkel som kan uppstå hos de som har ett undvikande beteende. Det är viktigt eftersom de riskerar att bli nedstämda över isoleringen, vilket i sin tur framkallar stress som är en utlösande faktor till trötthet (ibid.). Social isolering har visat sig vara en stor risk även för ökad dödlighet (Rydén & Stenström, 2015). Sjuksköterskan kan för att bryta mönstret be personerna att återberätta händelser ur livet när orken fanns och vilken känsla som det gav (ibid.). Packer et al. (2017) påpekar att detta kan vara motiverande och framkalla välbefinnande hos personerna (ibid.). Trots att var femte patient söker för trötthet hos allmänläkare, saknas fullt utvecklade strategier för att lindra besvären (Burell, 2000; Ekman, 2014). Precis som Ekman (2014) påpekar finns ingen enhetlig lösning för hur tröttheten kan hanteras, utan sjuksköterskan behöver arbeta personcentrerat och utveckla strategier i samråd med patienten. För att utforma en omvårdnadsplan är det viktigt att utreda i vilka sammanhang som tröttheten upplevs som mest besvärande för personen i det vardagliga livet (ibid.).

Individerna i studien upplevde sig vara maktlösa. De kände att de hade förlorat kontrollen över sin situation och var styrda av tröttheten. Lust och motivation var borta, de var begränsade i sina liv och kände sig som i ett vakuum. Det ligger i människans natur att vilja ha kontroll och utan denna uppstår stress (Rydén & Stenström, 2015). En målsättning för sjuksköterskan i mötet med personerna kan vara att stärka förmågan att återta kontrollen i sin nya livssituation, förstå sina förändrade förutsättningar och styra mot sina mål i livet. Stora livshändelser, som hjärtinfarkt, påverkar hälsotillståndet, men små vardagliga händelser har också en avgörande effekt på hälsan. En ackumulering av negativa dagliga händelser har visat sig vara en stark faktor för att förutsäga sämre emotionell hälsa såväl som fysisk hälsa. De som upplever flera dagliga negativa händelser söker vård i högre utsträckning (ibid.). Detta är ytterligare en anledning till att sjuksköterskan bör hjälpa personerna till en fungerande vardag och få dem att inte låta negativa upplevelser styra livet.

Rädsla ständigt närvarande

Studien visade att rädsla begränsade individernas liv eftersom de levde med en ständig oro över att få en ny hjärtinfarkt. Detta stärks även av Andersson, et al. (2013) som i deras studie visar att personerna levde med en oavbruten rädsla och upplevde ett konstant hot eftersom de kände att kroppen var opålitlig. De hade blivit medvetna om sin egen dödlighet och var rädda att drabbas av en ny hjärtinfarkt (ibid.). Varje fysisk förändring som de kände kopplade de till tecken på en ny infarkt (Junehag, Asplund & Svedlund, 2014). Precis som Linton (2000) påtalar kan dessa tankar öka rädslan och leda till att kroppsliga signaler tolkas som farliga, som exempelvis hjärtklappning vid fysisk aktivitet. Detta kan leda till att de undviker det som orsakar rädsla och hamnar i en ond cirkel. Ett undvikande beteende kan påverka humöret negativt, vilket i sin tur kan öka rädslan (ibid.). Som sjuksköterska är det viktigt att inge personerna trygghet, ge stöd och försöka bryta denna onda cirkel (Linton, 2000). Personerna behöver stöd i att utmana sin rädsla, vilket bör ske i små steg för att inte framkalla ännu mer rädsla (ibid.). Precis som Berglund et al. (2017) påpekar är det viktigt att personen konfronteras med rädslan och får stöd i att utforska vad den står för.

Personerna kan uppleva motsatta känslor som rädsla och trygghet samtidigt (Arman, 2013). Genom att få distans till händelser och reflektera över vad som hänt och vilka känslor och tankar som uppstått kan individen få förståelse för både sitt handlande och sina reaktioner (Berglund et al., 2017). De som pratar om sina känslor visar att de kan hantera sin situation på ett adekvat sätt (Lidell, 2012). Men de kortare vårdtiderna på sjukhus medför att

sjuusköterskan har kort tid på sig att skapa en förståelse för hur sjukdomen kan komma att påverka det dagliga livet och den framtida hälsan (Berglund et al., 2017).

En person som fått en hjärtinfarkt upplever en traumatisk händelse (Tingström, 2014). Då kan tankarna vara ockuperade av dödsångest och det är svårt att ta till sig information, vilket sjuusköterskan bör vara medveten om. Som sjuusköterska är det därför viktigt att se till att närstående medverkar, om möjligt, vid samtalet. I studien framkom det att rädslan begränsade individerna i så stor utsträckning att de inte vågade vara ensamma och höll sig nära sjukhus. Detta stärker Andersson et al., (2013) i deras studie som visade att personer som överlevt en hjärtinfarkt ständigt var vaksamma på kroppsliga signaler och var rädda för att vara ensamma. Sjuusköterskan behöver vara medveten om att sjukdom förändrar livet och att den drabbade kan känna sig som hemlös i den nya, obekanta situationen (Berglund et al., 2017). Individer i studien var rädda över att ha sex eftersom de trodde att den fysiska ansträngningen kunde utlösa en ny infarkt. Även Andersson et. al. (2013) visar att personerna beskrev att rädslan medförde att de inte vågade återgå till ett normalt sexliv, vilket ledde till känslor av värdelöshet (ibid.). Ett fungerande sexliv har betydelse för varje människas självkänsla, nära relationer och välbefinnande oavsett ålder och funktionsförmåga (Folkhälsomyndigheten, 2018).

Svårt att ge upp gamla vanor

Ett av de nationella folkhälsomålen är att hälso- och sjukvården i Sverige ska verka hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande (Statens folkhälsoinstitut, 2003).

Livsstilsförändringar efter en hjärtinfarkt omfattar bland annat näringsintag, alkoholintag, rökning, fysisk träning, sömn och sexuell aktivitet (Mårtensson, 2012). Studien visade att livsstilsförändringar väckte negativa känslor, som att vara fast i restriktioner och att inga glädjeämnen längre fanns kvar. Hos en del individer var längtan efter tobak så stark att det påverkade deras välmående negativt. Detta stärks av Junehag et al. (2014) som visade att personer som överlevt en hjärtinfarkt kunde känna stress över att tvingas genomföra livsstilsförändringar under rehabiliteringen. En del ville känna att de var herrar över sina egna liv och gav därför inte upp vanor trots att de var ohälsosamma. Å andra sidan fanns det de som såg hjärtinfarkten som en vändpunkt och början på ett nytt fysiskt aktivt liv med nya vanor och började därför med dagliga promenader (ibid.).

Personers uppfattning om vad som orsakade sjukdomen kunde skilja sig från den som sjukvårdspersonalen hade (Tamm, 1990). Personerna kunde förknippa hjärtinfarkten med oro över något som hänt i tillvaron i närtid och såg den inte som ett resultat av exempelvis flera års rökning. Låg kunskap om riskfaktorer och en negativ inställning till livsstilsförändringar kunde leda till bristande motivation hos personen (ibid.). Å andra sidan behövde inte, precis som Junehag et al. (2014) menar, kunskap om riskfaktorer vara avgörande för om en person genomförde livsstilsförändringar. I deras studie framkom att personer kunde ha kunskapen men ändå strunta i att förändra livsstilen eftersom de trodde att förändringarna var svåra och skulle leda till negativa konsekvenser i deras liv (ibid.). Sjuksköterskan ska kunna ge en personcentrerad omvårdnad, men det kan vara en lång process att förändra levnadsmönster och kräver att vanor som medför hälsorisker identifieras och att åtgärder genomförs (Svensk sjuksköterskeförening, 2017b; Socialstyrelsen, 2015). Dessa bör sedan uppföljas och utvärderas (Socialstyrelsen, 2015).

Sjuksköterskan har en viktig uppgift att motivera och få personen att känna att de hälsosamma fördelarna väger tyngre än den ohälsosamma vanan, som exempelvis hälsovinsterna med rökstopp, i förhållande till tillfredsställelsen av att röka. Tamm (1990) visar i sin studie att motivationen kan vara kopplad till vilken nivå av hot som sjukdomen innebar för personen. Där hotet upplevdes alltför högt vidtog personen inga åtgärder för att förbättra hälsotillståndet eftersom det inte ens kändes lönt att försöka (ibid.). Å andra sidan pekar Dullaghan et al. (2014) på motsatsen i sin studie. Ju allvarligare hjärtinfarkten var desto mer benägna var individerna att inta hälsosammare vanor (ibid.). Studien visade att i de fall där livsstilsförändringar förde med sig oönskade effekter, så som viktuppgång vid rökstopp, infann sig en frustration och motivationen sänktes. En del ifrågasatte om livet ens var värt att leva. I Tamms studie (1990) stärks detta där det påvisades att de kortsiktiga uppoffringarna kunde komma i konflikt med de långsiktiga. Rökstopp, motion och hälsosam kost kunde innebära stora ansträngningar som behövde vägas mot de långsiktiga vinsterna. Symtom som smärta och obehag som påminde om hjärtinfarkten kunde motivera att genomföra livsstilsförändringar (ibid.).

Sjuksköterskan har en viktig uppgift att utforma omvårdnaden i samråd med personen, och dennes närstående om så önskas. Tamm (1990) påpekar att det nästan var omöjligt att genomföra förändringar utan familjens stöd eftersom det oftast var familjen som helhet som hade en viss livsstil. Det innebar en stor psykologisk och social påfrestning att avvika från

familjens kostvanor, motionsvanor och rökvanor som få personer i längden orkade med (ibid.). Studien visade att multisjuka individer med fysiska nedsättningar sedan tidigare, upplevde att livsstilsförändringar, framför allt fysisk aktivitet, var svåra att genomföra. De som kämpade för att återfå god fysisk kapacitet kunde känna hopplöshet, vissa i sådan utsträckning att de helt gav upp i sina försök. Detta stärks av Junehag et al. (2014) som visade att hjärtpatienters återhämtning försvårades av nedsatt fysisk förmåga och kroppslig svaghet (ibid.). I dessa fall är det nog så viktigt med en individuellt utformad omvårdnadsplan.

Förslag på vidare forskning

Trötthet efter hjärtinfarkt upplevdes som det svåraste symtomet i vardagen. Det är även en av de vanligaste orsakerna till att individer söker sjukvård. Trots att det är så vanligt och innebär ett stort hinder för välmående saknas tydliga och utvecklade strategier för sjuksköterskan att använda sig av i omvårdnaden. Därför behövs mer forskning inom området för att utveckla omvårdnadshandlingar som kan lindra de omfattande besvär som tröttheten medför. För de som inte klarar att återgå till arbetslivet på grund av tröttheten följer förutom det personliga lidandet, en samhällsekonomisk påverkan i form av sjukvårdskostnader, utbetalning av sjukpenning och produktionsbortfall.

Självständighet

Denna litteraturstudie genomfördes av samarbete. Studien genomfördes under gemensamma träffar där varje del noga bearbetades, kritiskt granskades och slutligen utformades. Ansvaret fördelades jämt mellan båda parter och ingen del av arbetet lämnades till den enskilde.

Kandidatuppsatsen lästes både enskilt och gemensamt flera gånger. Det som sorterades bort eller lades till skedde i samförstånd och bådars åsikter värderades lika högt. Ta hänsyn till varandra och jobba i team var en del i läroprocessen och stärkte den egna personen.

Slutsats

En hjärtinfarkt är en traumatisk upplevelse och påverkar individen både fysiskt och psykiskt. Den som överlevt fick en helt ny syn på livet och materiella ting som tidigare varit viktiga prioriterades inte längre. Samtidigt präglades det dagliga livet av existentiella tankar och oro över framtiden eftersom det blev tydligt att livet var sårbart. Rädslan för en ny infarkt var ständigt närvarande och kunde försämra livskvaliteten och påverka

samlivet. Andra däremot kände en stark livslust och en känsla av att ha fått en andra chans. En extrem trötthet, som var vanlig, begränsade vardagen och medförde svårigheter med dagliga sysslor, socialt umgänge, arbete och fritidsaktiviteter. Stödet från sjuksköterskan och närstående var avgörande för välmående, trygghet och prognosen. Det är viktigt att sjuksköterskan är uppmärksam på eventuell social isolering till följd av rädsla och trötthet, eftersom individen då kan fastna i tillståndet eller får ännu en hjärtinfarkt. Livsstilsförändringar var ofta nödvändiga. De kunde ge ökad fysisk styrka och tillfredsställelse i livet. Men för flertalet var de svåra att genomföra och innebar att livets glädjeämnen i stället försvann. För att hälsosammare levnadsvanor ska bli verklighet krävs en samsyn kring riskfaktorerna mellan sjuksköterskan, de drabbade och närstående, och att en plan med tydlig information om vilka förändringar som behöver genomföras och varför. Kortare vårdtider ställer höga krav på att sjuksköterskan snabbt skapar sig en bild av personens behov och upprättar en omvårdningsplan som även omfattar tiden efter att personen lämnat sjukhuset. Det är önskvärt med mer forskning om tröttheten efter hjärtinfarkt för att hitta metoder som kan lindra lidande hos individerna och minska de kostnader som följer för samhället.

Referenser

- *Abramsohn, E. M., Decker, C., Garavalia, B., Garavalia, L., Gosch, K., Krumholz, H. M., ... Lindau, S. T. (2013). "I'm not just a heart, I'm a whole person here": a qualitative study to improve sexual outcomes in women with myocardial infarction. *Journal of the American Heart Association*, 2(4), e000199. <https://doi.org/10.1161/JAHA.113.000199>
- *Alsén, P., Brink, E., & Persson, L.-O. (2008). Living with incomprehensible fatigue after recent myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing*, 64(5), 459–468. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04776.x>
- Andersson, E. K., Borglin, G., & Willman, A. (2013). The Experience of Younger Adults Following Myocardial Infarction. *Qualitative Health Research* 23, 762-772. doi:10.1177/1049732313482049
- Arlebrink, J. (2012). *Existentiella frågor – inom vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.
- Arman, M. (2013). Lidande. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (4. uppl., s. 185- 212). Lund: Studentlitteratur.
- Asp, M., & Ekstedt, M. (2014). Trötthet, vila och sömn. I A-K Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder -Hälsa och ohälsa* (2. uppl., S363-419). Lund: Studentlitteratur.
- *Baldacchino, D. (2011). Myocardial infarction: a turning point in meaning in life over time. *British Journal of Nursing*, 20(2), 107–114.
- Berglund, M., Andersson, S., & Kjellsdotter, A. (2017). Att drabbas av långvarig sjukdom. I K. Dahlberg & I. Ekman (Red.), *Vägen till patientens värld och personcentrerad vård* (s. 93-116). Stockholm: Liber.
- Birkler, J. (2018). *Vetenskapsteori- en grundbok* (3.uppl.). Stockholm: Liber.
- *Brink, E. (2009). Adaptation positions and behavior among post-myocardial infarction patients. *Clinical Nursing Research*, 18(2), 119–135. <https://doi.org/10.1177/1054773809332326>
- Brink, E., & W. Karlson, B., & Hallberg, L. (2006), Readjustment 5 months after a first-time myocardial infarction: reorienting the active self. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 403-411. doi.
- Burell, G. (2000). Psykologisk sårbarhet och utmattning: vem blir trött – och varför? I A. Hertting & J. Samuelsson (Red.), *Smärta och trötthet: ohälsa i tiden* (s. 41- 61). Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande*. Stockholm: Natur och kultur.

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), (s. 270-276). doi: 10.1177/1474515113491649

Ekman, I. (2014) Symtom och tecken på ohälsa. I A-K Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder -Hälsa och ohälsa* (2. uppl., s 105- 118). Lund: Studentlitteratur.

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62(1), 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Ericson, E., & Ericson, T. (2008). *Medicinska sjukdomar – specifik omvårdnad, medicinsk behandling, patofysiologi*. (3. uppl., s. 77-132). Lund: Studentlitteratur.

*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/10.1111/j.1365-2702.2010.03292.x>

Etikprövningsnämnderna (u.å.). *Bakgrund och bestämmelser*. Hämtad 29 december, 2018, från Etikprövningsnämnderna <https://www.onep.se/start/bakgrund-och-bestaemmelser/>

Finsterer, J. & Zarrouk Mahjoub, S. (2014). Fatigue in healthy and diseased individuals. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 31(5), 562-575. Doi: 10.1177/1049909113494748

Folkhälsomyndigheten. (2018). *Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*. Hämtad 18 januari, 2019, från Folkhälsomyndigheten <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/sexuell-halsa-hivprevention/srhr/>

*Fredriksson-Larsson, U., Alsen, P., & Brink, E. (2013). I've lost the person I used to be—Experiences of the consequences of fatigue following myocardial infarction. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8. <https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20836>

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod* (2. uppl., s. 111-119). Lund: Studentlitteratur.

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

Karolinska institutet. (2018). *Ämnesord och fritext*. Hämtad 19 oktober, 2018, från Karolinska institutet, <https://kib.ki.se/soka-vardera/soka-information/amnesord-och-fritext>

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

*Kristofferzon, M., Löfmark R., & Carlsson, M. (2008). Managing consequences and finding hope - experiences of Swedish women and men 4-6 months after myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(3), 367–375.

Lett, H.S., Blumenthal, J.A., Babyak, M.A., Catellier, D.J., Carney, R.M., Berkman, L.F., ... Schneiderman, N. (2007). Social support and prognosis in patients at increased psychosocial risk recovering from myocardial infarction. *Health Psychology*, 26(4), 418–427.

Lidell, E. (1998). Vård och omvårdnad av patient med hjärtinfarkt – exemplet män. I B. Fridlund (Red.), *Kardiologisk omvårdnad* (1 uppl., s. 27-45). Lund: Studentlitteratur.

Lidell, E. (2012). Vård av patient med hjärtinfarkt. I B. Fridlund, D. Malm & J. Mårtensson (Reds.). *Kardiologisk omvårdnad* (2 uppl., s. 61-78). Lund: Studentlitteratur.

Linton, S. J. (2000). Psykologiska riskfaktorer för utveckling av långvarig smärta. I A. Hertting & J. Samuelsson (Red.), *Smärta och trötthet- ohälsa i tiden* (s. 62-78). Lund: Studentlitteratur.

Mackay, J., & Mensah, G. (2004). *The atlas of heart disease and stroke*. WHO. Från <http://apps.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=1&codcol=15&codcch=601>

Medibas. (2017). *Akut hjärtinfarkt, en översikt*. Hämtad 19 oktober, 2018, från Medibas, <https://medibas.se/handboken/kliniska-kapitel/hjarta-kar/patientinformation/koronarsjukdom/hjartinfarkt-oversikt/>

Mårtensson, J. (2012). Vård av patient med hjärtsvikt. I B. Fridlund, D. Malm & J. Mårtensson (Red.). *Kardiologisk omvårdnad*. (2. uppl., s. 79-104). Lund: Studentlitteratur.

Nationella kvalitetsregister. (2016). *Bättre vård för varje patient*. Hämtad 25 oktober, 2018, från Nationella kvalitetsregister, <http://www.kvalitetsregister.se/forbattravarden/godaexempel/exempel/dodlighetenefterhartin farktharmeranhalverats.2559.html>

*Nicolai, J., Müller, N., Noest, S., Wilke, S., Schultz, J.-H., Gleißner, C. A., ... Bieber, C. (2018). To change or not to change – That is the question: A qualitative study of lifestyle changes following acute myocardial infarction. *Chronic Illness*, 14(1), 25–41. <https://doi.org/10.1177/1742395317694700>

Nord, A., & Karlgren, U. (2018). *Hjärt-lungräddning – översikt*. Hämtad 30 oktober, 2018, från Vårdhandboken <http://www.varhandboken.se/Texter/Hjart-lungraddning/Oversikt/>

Nyström, M. (2014). Vårdrelationer – en empirisk belysning. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.). *Omvårdnadens grunder – perspektiv och förhållningssätt* (2. uppl., s. 467-482). Lund: Studentlitteratur.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen – kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (3. uppl.). Stockholm: Liber.

Olsson, M. (2017). Att leva med långvarig neurologisk sjukdom – självförståelse och förståelse. I K. Dahlberg & I. Ekman (Red.). *Vägen till patientens värld och personcentrerad vård* (s. 159-167). Stockholm: Liber.

Orth-Gomér, K., Deter, H-C., Grün, A-S., Hermann-Lingen, C., Albus, C., Bosbach, A., ...Weber, C. (2018). Socioeconomic factors in coronary artery disease – Results from the SPIRR-CAD-study. *Journal of Psychosomatic Research*, 105, 125-131. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.12.005

Packer, T., Brink, N., & Sauriol, A. (2017) *Fatigue Management – En sex-veckors kurs för att lära sig hantera fatigue i sin vardag*. Hämtad 20 december, 2018, från Sveriges Arbetsterapeuter <https://www.arbetsterapeuterna.se/Om-forbundet/Forbundets-forlag/Fatigue-Management/>

Persson, J., & Stagmo, M. (2014). *Perssons kardiologi - hjärtsjukdomar hos vuxna* (7. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Polit, D., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research – generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Rydén, O., & Stenström, U. (2015). *Hälsopsykologi- psykologiska aspekter på hälsa och sjukdom* (4. uppl.). Stockholm: Sonoma utbildning.

Sandman, L., & Kjellström, S. (2018) *Etikboken – etik för vårdande yrken* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Simoný, C., Dreyer, P., Pedersen, B., & Birkelund, R. (2017). It is not just a minor thing – a phenomenological-hermeneutic study of patientes' experiences when afflicted by a minor heart attack and participating in cardiac rehabilitation. *Scandinavian Journal of Caring sciences*, 31(2), 232-240. doi.org.miman.bib.bth.se/10.1111/scs.12334

Socialstyrelsen. (2008). *Hälso- och sjukvård – lägesrapporter 2007*. Hämtad 18 december, 2018, från Socialstyrelsen, http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8864/2008-131-7_20081317_rev.pdf

Socialstyrelsen (2015). *Informationsspecifikation för levnadsvanor: Tobakskonsumtion, alkoholkonsumtion, fysisk aktivitet och matvanor*. Hämtad 21 december, 2018, från Socialstyrelsen, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19746/2015-2-50.pdf>

Socialstyrelsen. (2018). *Allt färre drabbas av hjärtinfarkt*. Hämtad 27 december, 2018, från Socialstyrelsen, <https://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2018/alltfarredrabbasavhjärtinfarkt>

Statens folkhälsoinstitut. (2003). *Sveriges elva folkhälsomål*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. Från <https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsomyndigheten/folkhalsopolitiska-mal/>

Strömberg, A. (2014). Cirkulation. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.) *Omvårdnadens grunder - hälsa och ohälsa* (2. uppl., s. 201-230). Lund: Studentlitteratur.

Svedlund, M., Danielson, E., & Norberg, A. (2001). Women's narratives during the acute phase of their myocardial infarction. *Journal of Advanced Nursing* 35(2), 197-205. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.01837.x

Svensk sjuksköterskeförening. (2017a) *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2017b). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Från <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/kompetensbeskrivning-for-legitimerad-sjukskoterska/>

*Søderberg, L. H., Johansen, P. P., Herning, M., & Berg, S. K. (2013). Women's experiences of sexual health after first-time myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 22(23–24), 3532–3540. <https://doi.org/10.1111/jocn.12382>

Tamm, M. (1990). *Livsstilsförändringar relaterade till hjärt- och kärlsjukdomar* (FoU-rapport, nr 7). Boden: Norrbottens läns landsting.

Tingström, P. (2014). Information och utbildning. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.). *Omvårdnadens grunder – perspektiv och förhållningssätt*. (2. uppl., s. 595-621). Lund: Studentlitteratur.

Whitehead, D. L., Strike, P., Perkins-Porras, L., & Steptoe, A. (2005). Frequency of Distress and Fear of Dying During Acute Coronary Syndromes and Consequences for Adaptation. *The American Journal of Cardiology*, 96(11), 1512-6. doi: 10.1016/j.amjcard.2005.07.070

*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 and Well-Being*, 11, 30633.

Wiklund Gustin, L. (2015). *Psykologi för sjuksköterskor*. Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Årestedt, L., Persson, C., Rämgård, M., & Benzein, E. (2018). Experiences of encounters with healthcare professionals through the lenses of families living with chronic illness. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3–4), 836–847. <https://doi.org/10.1111/jocn.14126>

Bilaga 1. Databassökningar

Tabell över artikelsök i databasen PubMed						
Sökords-kombinationer	Sökdatum	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa fulltext-artiklar	Antal valda artiklar
#1 life after (fritext)	2018-10-05	171 661				
#2 heart attack OR myocardial infarction (fritext)	2018-10-05	84 324				
#3 nurse (fritext)	2018-10-05	126 251				
#1 AND #2 AND #3	2018-10-05	42	42	12	4	2
#4 depression OR depressive symptoms OR worry OR anxiety OR depressed (fritext)	2018-10-17	256 264				
#5 fatigue OR tired OR exhausted OR sleepy OR mental fatigue (fritext)	2018-10-17	59 095				
#6 myocardial infarction OR heart attack (fritext)	2018-10-17	84 311				
#7 daily life OR everyday life	2018-10-17	50 933				
#4 #6 AND #7	2018-10-17	32	32	10	1	

Forts. Tabell över artikelsök i databasen PubMed						
Sökords-kombinationer	Sökdatum	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa fulltext-artiklar	Antal valda artiklar
#5 #6 AND #7	2018-10-17	9	9	4	2	2

Tabell över artikelsök i databasen Cinahl						
Sökords-kombinationer	Sökdatum	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa fulltext-artiklar	Antal valda artiklar
#1 life after (fritext)	2018-10-05	4614				
# 2 heart attack OR myocardial infarction (fritext)	2018-10-05	15 823				
#3 nurse (fritext)	2018-10-05	58 046				
#1 AND #2 AND #3	2018-10-05	3	3	1	1	1
#4 depression OR depressive symptoms OR worry OR anxiety OR depressed (fritext)	2018-10-17	84 671				
#5 fatigue OR tired OR exhausted OR sleepy OR mental fatigue (fritext)	2018-10-17	16 414				
#6 myocardial infarction OR heart attack (fritext)	2018-10-17	15 823				

Forts. Tabell över artikelsök i databasen Cinahl						
Sökords-kombinationer	Sökdatum	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa fulltext-artiklar	Antal valda artiklar
#7 daily life OR everyday life (fritext)	2018-10-17	6 707				
#4 #6 AND #7	2018-10-17	3	3	0	0	
#5 #6 AND #7	2018-10-17	1	1	0	0	
#6 AND #7	2018-10-17	20	20	4	2	2
#8 activities of daily living OR attitude to life OR life purpose (cinahl headings)	2018-10-18	15 048				
#9 myocardial infarction (cinahl headings)	2018-10-18	10 755				
#10 myocardial infarction (cinahl headings) or myocardial infarction (fritext) or heart attack (fritext)	2018-10-18	15 823				
#8 AND #9 AND #10	2018-10-18	65	65	11	1	1

Bilaga 2. Artikelöversikt

Artikelöversikt				
Författare/år/land	Titel	Metod	Urval	Kvalitet
Abramsohn, E., Decker, C., Garavalia, B., Garavalia, L., Gosch, K., Krumholz, H. M., ... Tessler Lindau, S. (2013). U.S.A.	“I'm not just a heart, I'm a whole person here": a qualitative study to improve sexual outcomes in women with myocardial infarction	Kvalitativ metod med semi-strukturerade intervjuer	17 personer, kvinnor Ålder: 43 - 75 år	Medel (9 p)
Alsén, P., Brink, E., & Persson, L-O. (2008). Sverige	Living with incomprehensible fatigue after recent myocardial infarction	Kvalitativ metod med djupgående intervjuer	19 personer, 8 kvinnor och 11 män. Ålder: 38-78 år	Medel (10 p)
Baldacchino, D. (2011). Malta	Myocardial infarction: a turning point in meaning in life over time	Kvalitativ metod med semi-strukturerad intervju, longitudinell studie	70 personer, 24 kvinnor och 46 män. Ålder: 40 - 89 år Medelålder: 61,9 år	Medel (10 p)
Brink, E. (2009). Sverige	Adaptation positions and behavior among post-myocardial infarction patients	Kvalitativ metod med intervjuer	19 personer, 10 kvinnor och 9 män Medelålder kvinnor: 65,44 Medelålder män: 61,89 Total medelålder: 63,66	Hög (12 p)

Forts. Artikelöversikt				
Författare/år/land	Titel	Metod	Urval	Kvalitet
Eriksson, M., Asplund, K., & Svedlund, M. (2010). Sverige	Couples' thoughts about and expectations of their future life after the patient's hospital discharge following acute myocardial infarction	Kvalitativ metod med intervjuer	15 par Ålder patient: 41 - 65 år Ålder partner: 43 - 77 år	Hög (11 p)
Fredriksson Larsson, U., Alsen, P., & Brink, E. (2013). Sverige	I've lost the person I used to be - Experiences of the consequences of fatigue following myocardial infarction	Kvalitativ metod med djupgående intervjuer	18 personer, 5 kvinnor och 13 män. Ålder: 42-75 år	Hög (11 p)
Kristofferzon, M-L., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2008). Sverige	Managing consequences and finding hope - experiences of Swedish women and men 4-6 months after myocardial infarction	Kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer	49 personer, 20 kvinnor och 19 män. Medelålder kvinnor: 65 år. Medelålder män: 66	Hög (11 p)
Nicolai, J., Müller, N., Noest, S., Wilke, S., Schultz, J-H., A Gleißner, C., ... Bieber, C. (2018). Tyskland	To change or not to change – That is the question: A qualitative study of lifestyle changes following acute myocardial infarction	Kvalitativ metod med semi-strukturerade intervjuer	21 personer, 7 kvinnor och 9 män. Ålder: 38–79 år	Medel (10 p)
Søderberg, L.H., P. Johansen, P., Herning, M. & K. Berg, S. (2013). Danmark	Women's experiences of sexual health after first-time myocardial infarction	Kvalitativ metod med semi-strukturerade intervjuer	11 personer, samtliga kvinnor Ålder: 50-64 år	Hög (12 p)

Forts. Artikelöversikt				
Författare/år/land	Titel	Metod	Urval	Kvalitet
Wieslander, I., Mårtensson, J., Fridlund, B. & Svedberg, P. (2016). Sverige	Women's experiences of how their recovery process is promoted after a first myocardial infarction: Implications for cardiac rehabilitation care	Kvalitativ metod med djupgående intervjuer	26 personer, samtliga kvinnor Ålder: 45-74 år	Hög (13 p)

Bilaga 3. Granskningsmall

Granskningsmall				
		Ja	Nej	Kommentar
Peer review	Är artikeln expertgranskad?			
Syfte	Finns ett tydligt syfte grundat i en väldefinierad problemformulering/frågeställning?			
Urval	Är urvalet relevant?			
	Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?			
	Är kontexten tydligt beskriven?			
	Finns det ett relevant etiskt resonemang?			
	Är relationen mellan forskaren och urvalet tydligt beskrivet?			
Datainsamling	Är datainsamlingen tydligt beskriven?			
	Har forskaren redovisat sin förförståelse i relation till datainsamlingen?			

Forts. Granskningsmall				
		Ja	Nej	Kommentar
Analys	Är analysen tydligt beskriven?			
Resultat	Är resultatet klart och tydligt?			
	Verkar resultatet rimligt och välgrundat?			
	Kommer forskaren fram till en begriplig slutsats?			
Summa		Poäng		

Sammanfattande bedömning av kvalitet*	Låg	Medel	Hög

*Ja ger ett poäng och nej ger noll poäng. Maximalt antal poäng är 13. Granskningspoäng: låg motsvarar 0-6; medel motsvarar 7-10; hög motsvarar 11-13

Bilaga 4. Exempel ur innehållsanalysen

Exempel ur innehållsanalysen inspirerad av Elo & Kyngäs (2008)					
Notering	Kod	Kategori	Högre rubrik	Allmän kategori	Huvudkategori
<p><i>"Nowadays I make the most of my time. I don't go running back and forth each evening anymore. I think it's important to be able to sit down with my husband and have a chat over a cup of coffee"</i></p> <p>Översättning: Nu för tiden tar jag tillvara på min tid. Jag springer inte fram och tillbaka om kvällarna längre. Jag tycker det är viktigt att kunna sitta ner med min man och småprata över en kopp kaffe</p>	Tar tillvara på tiden och uppskattar de små sakerna i livet	Hjärtinfarkten blev början till ett nytt och bättre liv där små saker och intressen skapar glädje	Hjärtinfarkten blev början till ett nytt liv med nya värderingar	Nya värden och prioriteringar i livet	Hjärtinfarkten en omvälvande insikt
Hjärtinfarkten fick dem att börja med nya intressen, och återuppta gamla, som gav glädje och gav dem en större vänskapskrets	Hjärtinfarkten fick dem att börja med nya intressen som gav glädje och ett ökat socialt umgänge				

Forts. Exempel ur innehållsanalysen inspirerad av Elo & Kyngäs (2008)

Notering	Kod	Kategori	Högre rubrik	Allmän kategori	Huvudkategori
<p><i>"I really believe that my life has changed for the better following the myocardial infarction"</i> Översättning: Jag känner verkligen att livet har förändrats till det bättre efter hjärtinfarkten</p>	<p>Livet har blivit bättre efter hjärtinfarkten</p>	<p>Hjärtinfarkten blev början till ett nytt och bättre liv där små saker och intressen skapar glädje</p>	<p>Hjärtinfarkten blev början till ett nytt liv med nya värderingar</p>	<p>Nya värden och prioriteringar i livet</p>	<p>Hjärtinfarkten en omvälvande insikt</p>
<p>Upplever att till exempel att sjunga i kör och att handarbete hjälper dem att hålla svåra tankar borta och får dem att må bättre i vardagen</p>	<p>Aktiviteter som körsång och handarbete håller svåra tankar borta och får dem att må bättre i vardagen</p>	<p>Arbete och fritidsintressen skapar välbefinnande i vardagen</p>			
<p><i>"I really like gardening and I have noticed that it makes me feel better"</i> Översättning: Jag gillar verkligen trädgårdsarbete och har märkt att det får mig att må bättre</p>	<p>Trädgårdsarbete får mig att må bra</p>				
<p>Att jobba distraherar tankar och ger en känsla av att livet är som vanligt</p>	<p>Jobbet skingrar tankar och livet känns som vanligt igen</p>				

Forts. Exempel ur innehållsanalysen inspirerad av Elo & Kyngäs (2008)					
Notering	Kod	Kategori	Högre rubrik	Allmän kategori	Huvudkategori
<p>Forskare: <i>"Some stated that they valued their families more than previously"</i> Översättning: En del påpekar att de värdesätter familjen högre än tidigare</p>	Värdesätter familjen högre än tidigare	Nya värderingar och synsätt om vad som är viktigt i vardagen	Hjärtinfarkten blev början till ett nytt liv med nya värderingar	Nya värden och prioriteringar i livet	Hjärtinfarkten en omvälvande insikt
De ser livet ur ett nytt perspektiv som innebär att uppskatta och värdesätta små stunder i det vardagliga livet och inte ta någonting för givet	Ser livet ur ett nytt perspektiv och värdesätter vardagen och tar inget för givet				
<p><i>"I feel...that it's better for me to rest, sit down and read a book or just feel good...it has meant a lot to me"</i> Översättning: Jag känner... att det är bättre för mig att vila, sitta ner och läsa en bok eller bara må bra... det har betytt mycket för mig</p>	Vila eller göra ingenting värdesätts högt				

Forts. Exempel ur innehållsanalysen inspirerad av Elo & Kyngäs (2008)

Notering	Kod	Kategori	Högre rubrik	Allmän kategori	Huvudkategori
<p><i>"I really think my everyday life is almost priceless... so calm and I own my time and can do whatever I want"</i></p> <p>Översättning: Jag tycker verkligen att mitt vardagsliv är ovärderligt... så lugnt och jag äger min egen tid och kan göra precis som jag vill</p>	<p>Uppskattar vardagslivet och friheten att göra vad hen vill</p>	<p>Nya värderingar och synsätt om vad som är viktigt i vardagen</p>	<p>Hjärtinfarkten blev början till ett nytt liv med nya värderingar</p>	<p>Nya värden och prioriteringar i livet</p>	<p>Hjärtinfarkten en omvälvande insikt</p>
<p>Känner sig stärkt på grund av en bättre återhämtning än väntat</p>	<p>Stärkt av god återhämtning</p>	<p>Upplever en förbättrad fysisk hälsa</p>	<p>Hjärtinfarkten var en vändpunkt som innebar nya prioriteringar</p>		
<p>Känner att hälsan har förbättrats och att livet är som före infarkten</p>	<p>Hälsan har förbättrats och livet är som innan infarkten</p>				
<p>Känner sig i bra fysisk form och mår bättre än innan infarkten</p>	<p>Mår bättre fysiskt än innan infarkten</p>				

Forts. Exempel ur innehållsanalysen inspirerad av Elo & Kyngäs (2008)

Notering	Kod	Kategori	Högre rubrik	Allmän kategori	Huvudkategori
De känner att det är viktigt att omprioritera för framtiden och få tid för reflektion	Känns viktigt att prioritera och reflektera	Hjärtinfarkten var en vändpunkt och starten för nya prioriteringar	Hjärtinfarkten var en vändpunkt som innebar nya prioriteringar	Nya värden och prioriteringar i livet	Hjärtinfarkten en omvälvande insikt
Vissa upplever det nödvändigt att reflektera över deras framtida livsstil och arbetssituation samt vara förberedda på förändringar	Känner en nödvändighet att reflektera över framtida livsstil och arbetssituation				
Hjärtinfarkten kändes som ett uppvaknade och fick dem att tänka över livet	Hjärtinfarkten var ett uppvaknande				
Forskare: <i>"The AMI was a turning point that gave time to reflect on and plan their future."</i> Översättning: Hjärtinfarkten var en vändpunkt som gav dem tid att reflektera och planera deras framtid	Hjärtinfarkten var en vändpunkt som gav utrymme till reflektion				

