

C-uppsats i Omvårdnad

Hjärtinfarkt

En litteraturstudie om patienters upplevelser och sjuksköterskans omhändertagande vid akut hjärtinfarkt

Författare	Ann-Marie Claesson Åsa Dahl
Fristående Kurs	Omvårdnad Självständigt arbete I VOMO80 HT 2006
Omfattning	10p
Handledare	Cathrin Madsen-Rihlert
Examinator	Ann Bengtson

Titel(svensk):	Hjärtinfarkt En litteraturstudie om patienters upplevelser och sjuksköterskans omhändertagande vid akut hjärtinfarkt.
Titel(engelsk):	A literature review about patients experience during and after acute myocardial infarction and intervention the nurse can provide.
Arbetets art:	Självständigt arbete I fördjupningsnivå I
Kurs/kurskod:	Omvårdnad-Självständigt arbete I VOMO80
Arbetets omfattning:	10 poäng
Sidantalet:	21
Författare:	Ann-Marie Claesson Åsa Dahl
Handledare:	Cathrin Madsen-Rihlert
Examinator:	Ann Bengtson

ABSTRAKT

Introduktion

Hjärtinfarkt betraktas i dagens samhälle som en folksjukdom. Inom det medicinska tekniska området har det skett och pågår ständig en utveckling. Människan består av både kropp och själ och det är då viktigt att sjuksköterskan som möter dessa patienter har ett holistiskt synsätt.

Syfte

Syftet med litteraturstudien var att beskriva patienters upplevelser vid akut insjuknande i hjärtinfarkt och sjuksköterskans omhändertagande.

Metod

Resultatet baserades på vetenskapliga artiklar vilka söktes via databaserna CINAHL och PubMed. Efter bearbetning av artiklarna redovisades resultatet under följande tema: prehospital period och symtom, oro och ångest, osäkerhet, information och livssituation samt sjuksköterskans omvårdnad.

Resultat

Många förväntar sig att insjuknandet i hjärtinfarkt är förenat med kraftiga bröstsmärtor, men det framkom att det inte alltid är så. Atypiska och milda symtom som nack-, käk-, och ryggsmärtor visade sig kunde vara tecken på hjärtinfarkt, vilket gjorde att dessa personer avvaktade med att uppsöka sjukhusvård. Patienter som drabbades av hjärtinfarkt kände ofta oro och ångest, dels för sig själva och situationen de befann sig i, men även för anhöriga och framtiden. En stor osäkerhet präglade tiden efter hjärtinfarkten. Sjuksköterskan har en betydelsefull roll i omvårdnadsarbetet då det är viktigt att se patienternas individuella behov.

Diskussion

Patienter hade ett stort behov av stöd, råd och information. Det var viktigt att sjuksköterskan hade förmågan att iakttaga och kommunicera med patienten vid rätt tillfälle, så att patienten var mottaglig för den givna informationen.

Sammanfattning

Kortare vårdtider har inneburit att patienter med hjärtinfarkt får mindre tid att bearbeta sina upplevelser på sjukhuset tillsammans med vårdpersonal, vilket kan leda till mycket oro, rädsla och osäkerhet efter utskrivningen. Det är därför viktigt att uppföljning sker, så att patienterna får möjlighet och hjälp med att bearbeta sina upplevelser.

Keyword Myocardial infarction, experience, information, anxiety and nursing.

INNEHÅLL

INNEHÅLL	3
INLEDNING.....	1
BAKGRUND	2
Fysiologi.....	2
Symtom	3
Skillnader mellan män och kvinnor	3
Riskfaktorer.....	4
Behandling	4
Kris och stressbearbetning	5
Kommunikation – Samtalets betydelse.....	6
Omvårdnadsperspektiv.....	6
Sjuksköterskans roll utifrån lagstiftningen.....	8
SYFTE.....	8
METOD.....	9
RESULTAT	10
Prehospital period och symptom.....	10
Oro och ångest	11
Osäkerhet	12
Information.....	12
Livssituation.....	13
Sjuksköterskans omvårdnad.....	14
DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion.....	16
Slutsats	18
REFERENSER.....	19

INLEDNING

Vi är två sjuksköterskor som har lång erfarenhet av yrkesarbete inom specialiteterna kardiologi och kirurgi i svensk sjukvård. Under dessa år har det skett en omfattande medicinsk utveckling, vilket även bidragit till stora omorganisationer.

Vi har valt att studera en viss patientgrupp lite närmare, nämligen patienter som drabbas av hjärtinfarkt. Vår utgångspunkt är patientens egna upplevelser vid insjuknandet i hjärtinfarkt och sjuksköterskans omhändertagande. Det akuta omhändertagandet av en patient med hjärtinfarkt har under senare år förbättrats, vilket i sin tur inneburit en ökning av antalet överlevande. Orsaken är främst den medicinska utvecklingen, men även ett snabbare omhändertagande, övervakning på hjärtintensivavdelning och nya potentiella läkemedel. Möjlighet till kranskärlröntgen samt åtgärder i form av ballongdilatation och kranskärlsoperation har bidragit till att öka kvaliteten för den hjärtsjuka patienten.

Att i vardagslivet helt oförberedd och oväntat känna en smärta över bröstet och akut bli fördd i ambulans till sjukhuset, kan för den drabbade vara en chockerande upplevelse. Patienten möts där av en helt främmande teknisk miljö som kan upplevas både obehaglig och skrämmande. I den akuta situationen är personalen fokuserad på det medicinska omhändertagandet. Hur upplever patienten detta? Insjuknandet kan upplevas som en stor psykisk belastning, med oro och ångest kanske även en känsla av att förlora sin identitet. Bröstsmärtorna i sig ger en känsla av att livet är hotat. Det är då viktigt för sjuksköterskan att ha ett holistiskt förhållningssätt och bemöta patienten med förståelse och respekt, vilket kan bidra till att reducera den drabbades rädsla och oro.

BAKGRUND

Hjärtinfarkt är att betrakta som en folksjukdom och svarar för ca 30 % av alla dödsfall i Sverige. Antalet personer som drabbas av en hjärtinfarkt är ca 50.000/år och omkring 40 % av dessa avlider. Uppskattningsvis sker ca.10.000 dödsfall utanför sjukhuset, under de allra första timmarna efter insjuknandet innan patienten har nåtts av läkarvård. Dödligheten ökar, också med stigande ålder (Persson, 2003).

God kvalitet i vården för patienter med hjärtinfarkt kräver att det finns en kompetent personal och bra övervaknings- och behandlingsmöjligheter (Nationella riktlinjer Socialstyrelsen, 2004).

Fysiologi

Den främsta orsaken till en akut hjärtinfarkt (akuta koronara syndrom) är en bristning (fissur) i ett åderförkalkningsplack i kranskärnen samt även en pålagrad blodproppsbildning (trombos) och spasm, som plötsligt förtränger eller helt täpper till blodflödet i kranskärlet och därmed kan ge upphov till proppar (embolier). Detta leder till en slutlig syre- och näringsbrist (ischemi) i hjärtmuskulaturen, vilket i sin tur medför tryck eller smärta i bröstet, snabb försämring av pumpfunktionen och EKG-förändringar (Nationella riktlinjer Socialstyrelsen, 2004).

När syretillförseln inte motsvarar hjärtmuskelnens energibehov uppstår syrebrist (ischemi). Försämrade blodcirkulation orsakad av kärlförträngningar eller kärlspasm medför att mindre mängd blod kommer fram till hjärtmuskeln. Om syrebristen kvarstår uppkommer en irreversibel cellskada, hjärtinfarkt under loppet av några timmar (Grefberg & Johansson, 2003).

Hjärtinfarktens storlek beror på graden av kärlförträngning, trombens storlek och graden av kärlspasm. Om blodflödet inom en del som försörjer hjärtat med syre är helt avstängt så kommer hjärtinfarkten att omfatta hela hjärtväggens tjocklek inom detta område (transmural infarkt). När blodflödet är mindre nedsatt så drabbas bara den inre delen av hjärtväggen (subendokardiell infarkt).

Hjärtinfarkt är en dynamisk process där de ischemiska hjärtmuskelcellerna successivt dör. Förändringen i det inledande skedet ser ut som vid ett anfall av kärlkramp (angina pectoris). Först efter 20 minuter börjar cellerna att dö och i medeltal tar det cirka 12 timmar innan hjärtinfarkten är fullt utvecklad.

Kliniskt ställs diagnosen hjärtinfarkt när minst två av följande kriterier är uppfyllda:

- Centrala bröstsmärtor med eller utan utstrålning.
- Förekomsten av karakteristiska Ekg-förändringar.
- Karakteristiska utsläpp av enzymer i blodet från skadade hjärtmuskelceller (Lännergren, 1998).

Symtom

Smärtan vid en hjärtinfarkt kan likna den vid kärlekskramp (angina pectoris), men den brukar pågå i mer än 15 minuter. Smärtans intensitet är inte direkt korrelerad till syrebristens utbredning. En del patienter, framförallt patienter med diabetes, har oftast ingen eller kanske endast en obetydlig smärta och många infarkter är helt "tysta", dvs. patienten har inga symtom (Grefberg & Johansson, 2003). Central bröstsmärta är det dominerande symtomet i över 90 % av patientfallen. Smärtan analyseras avseende karaktär, duration, lokalisation, utstrålning, frekvens, utlösande eller avlindrande faktorer. En kraftig allmänpåverkan med blekhet, kallsvettig och ångest kan ofta ses i samband med insjuknandet. Med hjälp av noggrann anamnes, ekg och bestämning av biokemiska myokard-skademarkörer kan diagnosen fastställas och därefter görs en tillförlitlig prognosbedömning (Wallentin, 2005).

Skillnader mellan män och kvinnor

Sedan länge har kranskärlssjukdomar setts som ett manligt problem. Kvinnor har tidigare ofta uteslutits ur vetenskapliga studier med följd att kunskap om kvinnans hjärtkärlsjukdom inte är lika god som mannens. Under det senaste decenniet har problemet uppmärksamats och fler kvinnor ingår numera i studier, men fortfarande inte i proportion till antalet insjuknade. Riskfaktorerna för utveckling av hjärt-kärlsjukdom är de samma för kvinnor och män, men rökning är farligare för kvinnor (Wallentin, 2005), på grund av att kvinnor är mindre än män, har mindre hjärta, smalare kranskärl samt mindre lungvävnadsyta. Konsumtionen av cigaretter är ungefär densamma för män och kvinnor. Rökning är en bidragande orsak till 25 % av alla dödsfall i kardiovaskulära sjukdomar (Schenck-Gustafsson, 2003). Triglycerider är en betydande riskfaktor för utveckling av kärlsjukdom hos yngre kvinnor men inte hos yngre män. Hormonersättning till kvinnor efter menopause ökar risken för kranskärlssjukdom (Wallentin, 2005).

Studier har under de senaste 10-15 åren visat att kvinnor vid insjuknande i kranskärlssjukdomar är äldre än män och har i större utsträckning högt blodtryck, diabetes och hjärtsvikt. Kvinnornas symtombild skiljer sig ofta från männens. En färsk publikation, där femton artiklar om symtom vid kranskärlssjukdom analyserades, visade att både hos män och kvinnor är bröstsmärta det vanligaste symtomet. Vissa skillnader finns dock där kvinnor oftare har rygg- och käk-smärtor. Vid akut hjärtinfarkt har kvinnor mer rygg-, käk- och nacksmärta och associerade symtom som illamående, kräkning, andnöd, hjärtklappning, dålig matsmältning, yrsel, trötthet, aptitlöshet och svimning. Män rapporterade bröstsmärtor och svettning i första hand (Wallentin, 2005).

Förutom dessa skillnader i symtom har man funnit ett annorlunda språkbruk vid beskrivning av hur smärtan känns. Kvinnor beskriver sin smärta oftare med ord som tryck, tyngdkänsla, trångghetskänsla eller återkramande känsla i bröstet än vad män gör (Wallentin, 2005).

Kvinnor tolkar bröstsmärta i lägre grad som hjärtinfarkt, vilket medför en förlängning av tiden innan de söker vård. Det har också visat sig att kvinnor kan få vänta

längre jämfört med män innan de tas om hand på sjukhus och även att de mer sällan vårdas på hjärtintensivavdelning. Detta skulle kunna förklaras av att kvinnan underskattar sin risk att insjukna i hjärtinfarkt och ser det mer som en manlig sjukdom. Sättet att beskriva bröstsmärtans karaktär och den något annorlunda symtombilden kan eventuellt leda till en felaktig bedömning av ursprunget till smärtan av läkare som är mindre insatta i dessa frågor (Wallentin, 2005).

Risikfaktorer

Efter hand har det tydligt framkommit fyra faktorer som genomgående visar ett övertygande statistiskt samband med hjärt- kärlsjukdom, nämligen rökning, högt blodtryck (hypertoni), diabetes och höga blodfetter.

Några andra riskfaktorer är arvsanlag, låg fysisk aktivitet och hög ålder (Persson 2003). Psykosocial stress är också en annan riskfaktor som har betydelse för uppkomsten av hjärtinfarkt (Wallentin, 2005).

Därför bör en strävan vara att i största möjliga utsträckning försöka minska påverkbara riskfaktorer, för att därigenom kunna reducera utbredning av sjukdomen bland individer som är disponerade för den (Persson, 2003).

Omvårdnadsarbetet ska förebygga ohälsa och befrämja hälsa och det förutsätter att man identifierar påverkbara riskfaktorer.

En av de största riskfaktorerna är rökning och detta flerdubblar risken för att drabbas av kranskärlssjukdom. Rökstopp efter kranskärlssjukdom minskar betydligt risken för återinsjuknande och fortskridande av kranskärlssjukdom. Ensidig kost, för hög konsumtion av fett och socker samt oregelbundna matvanor är andra riskbeteenden. Genom medelhavskost har man sett en minskning i antalet hjärthändelser. Risker vid hög förbrukning av alkohol måste vägas mot alkoholens positiva effekter vid måttlig konsumtion för att förebygga hjärt- och kärlsjukdom. Brist på motion är också en annan riskfaktor. Stillasittande arbete ökar därför behovet av motion. Fysisk aktivitet bidrar till viktminskning, minskar bukfetma, sänker blodtrycket, LDL-kolesterol, glukos och insulinnivåer (Wallentin, 2005). De personer som drabbats av akut kranskärlssjukdom bör erbjudas sekundärprevention, eftersom det har visat stor effekt när det gäller att motverka fortsatt utveckling av sjukdom, för tidig död och behov av sjukvårdskonsumtion (Wallentin, 2005).

Behandling

För att kunna ge ett adekvat omhändertagande av patienter som söker för bröstsmärtor skall alla sjukhus ha ett strukturerat handlingsprogram som gör det möjligt att snabbt bedöma patienter som behöver hjärtintensivvård från dem som kan omhändertas i andra vårdformer eller återvända hem (Nationella riktlinjer Socialstyrelsen, 2004).

För samtliga patienter med misstänkt eller säkerställd hjärtinfarkt skall man på sjukhuset omedelbart ta ställning till följande behandling:

Anti-ischemisk behandling: *Betablockad, nitrater, revaskularisering.*
Smärtlindring: *Morfin, syrgas, eventuell sedativ behandling.*
Trombosbehandling: *ASA, trombolys, clopidogrel, heparin.*
Hjärtsviktbehandling: *Diuretika, nitrater, ACE-hämmare, CPAP.*
Arytmibehandling
(Nationella riktlinjer Socialstyrelsen, 2004).

De läkemedel som används är dels för att förhindra hjärtinfarkt och död (salicylater och blodfettssänkande medel), dels för att lindra symtom (nitrater, betablockerare och kalciumblockerare).

Det effektivaste sättet att påverka symtom, infarktstorlek, infarktförlopp, komplikationsfrekvens och dödlighet uppnås vid återvunnet blodflöde genom ballongdilatation i hjärtats kranskärl (PCI) eller propplösande läkemedel (trombolys). Bäst effekt erhålls om behandlingen inleds inom tre timmar efter smärtdebut. Ingen säker effekt erhålls om behandlingen startas senare än tolv timmar efter insjuknandet. Tidig PCI behandling bör övervägas hos patienter med indikation för revaskularisering och kontraindikationer för trombolys (Nationella riktlinjer Socialstyrelsen, 2004).

Behandlingens målsättningen är att rädda liv, lindra symtom, minska skadan, förlänga livet, undvika komplikationer och förhindra återinsjuknande. Flertalet av de patienter som avlider i kranskärlssjukdomar dör innan ankomst till sjukhus. Behandlingsresultatet är bättre ju tidigare efter insjuknandet som behandlingen startas. Reperfusionbehandling (akut PCI eller trombolys) bör startas inom 90 minuter efter symtomdebut. Om detta inte kan uppnås på grund av lång transportväg bör prehospital start av trombolysbehandling på vårdcentral eller i ambulans eftersträvas (Nationella riktlinjer Socialstyrelsen, 2004).

Kris och stressbearbetning

När en patient blir inlagd på sjukhus innebär det en mer eller mindre grad av integritetskränkning. Individens mister en del av sin identitet och integritet. De egna kläderna tas av och personen utsätts för samtal om personliga förhållanden. En del kan uppleva tilltalet som formellt och respektlöst. En del patienter kan även uppleva att de ej behärskar situationen, t.ex. att de får vänta på undersökningar eller provsvar (Cullberg, 1980).

Situationen att plötsligt drabbas av en hjärtinfarkt och bli inlagd på sjukhus kan för många innebära en traumatisk kris. I en sådan kris kan man identifiera olika faser. De benämns chockfasen, reaktionsfasen, bearbetnings- och nyorienteringsfasen (Cullberg, 1980).

I chockfasen kan personen utåt sett vara välorienterad och mottaglig för information, fast det råder kaos inuti. Det är viktigt att personalen är medvetna om detta faktum när information ges till en patient och även till anhöriga. Chockfasen som kan vara från ett kort ögonblick till några dygn. Personen kan ha svårt för att komma ihåg information som ges under den här tiden (Cullberg, 1980).

Personalens uppgift är att försöka bistå patienten och anhöriga att kunna bemästra situationen och krisens olika faser så bra som möjligt.

När chockfasen övergår i reaktionsfasen börjar patienten reagera på det som har inträffat. Sömnstörningar, kroppsliga reaktioner, ångest och depression kan förekomma i denna fas. Reaktionsfasen kan vara från några veckor upp till flera månader (Cullberg, 2000).

Efter hand sker en bearbetning och det svåra kan hållas på avstånd för längre eller kortare perioder. När patienten har kommit in i bearbetningsfasen, kan den vara upp till ett år. När smärtan, upplevelsen eller det som utlöste krisen är helt under kontroll har nyorienteringsfasen startat (Cullberg, 2000).

Kommunikation – Samtalets betydelse

Förmågan att kunna förstå någon annan i en utsatt situation kräver empati, vilket betyder att vederbörande kan leva sig in i en annan persons känsloläge och behov. Denna förmåga är en del av den sociala kompetensen. Förståelse förmedlas inte enbart genom ord utan även genom ansiktsuttryck och kroppsspråk (Borgenhammar & Fallberg, 1997).

Samtalet är ibland ett underskattat arbetsredskap i hälso- och sjukvården. Förmågan att kunna kommunicera är viktig inom vården. Det gäller att vara lyhörd för att tala vid rätt tillfälle samt hur sjuksköterskan uttrycker sig. Det är viktigt att det talade ordet och kroppsspråket förmedlar samma budskap. Vid tillfällen när det inte råder överensstämmelse mellan ord och kroppsspråk får kroppsspråket större betydelse (Borgenhammar & Fallberg, 1997).

I boken (Eide & Eide, 1997) beskrivs den professionella omvårdnadsrelationen med tre nyckelbegrepp, nämligen empati, yrkeskunskap och målorientering. Dessa måste fungera för att det skall råda en god kommunikation mellan sjuksköterskan och vårdtagaren. Det empatiska förhållningssättet innebär inte bara förmågan att kunna lyssna och förstå patientens känslor och reaktioner, utan även att kunna föra tillbaka förståelse och medkänsla antingen verbalt eller genom handling (Eide & Eide, 1997).

Yrkeskunskapen är viktig för att kunna bedöma situationen och genomföra nödvändiga åtgärder.

I allt omvårdnadsarbete finns ett mål, som skapas i situationen. Det kan vara att patienten skall bli bättre eller lindra en svår smärta. Målet nås genom ett samarbete mellan sjuksköterskan och patienten och detta förutsätter en god kommunikation. För att samarbetet skall fungera måste det finnas empati. Yrkeskompetensen behövs för att kunna ha förståelse för problemet och se det långsiktiga målet (Eide & Eide, 1997).

Omvårdnadsperspektiv

Omvårdnad har existerat sedan urminnes tider. I bibeln uttrycks det med kärlek till medmänniskan i liknelsen om den barmhärtige samariten. I Norden beskrivs omvårdnad i Viga-Glums saga från 900-talet att kvinnorna skulle förbinda såren på männen oavsett vilken sida de tillhörde (Eide & Eide, 1997).

Patientens behov är ett centralt begrepp i all omvårdnad. I den professionella omvårdnaden innebär det att hjälpa patienten med vederbörandes både svagheter och

brister men också att ha förmågan att respektera möjligheter och resurser (Eide & Eide 1997).

Enligt Travelbee (1971) är omvårdnad en mellanmänsklig process mellan sjuka och friska individer. Det är också en process, erfarenheter, händelser eller serier av händelser mellan sjuksköterskan och en individ eller en grupp av individer som behöver vederbörandes hjälp. För att kunna förstå vad omvårdnad är måste vi sätta oss in i vad som sker i mötet mellan patienten och sjuksköterskan. Hur det upplevs och vilka konsekvenser det har för patienten och vederbörandes tillstånd. Enligt Travelbees (1971) definition är omvårdnad följande enligt vår översättning:

Omvårdnad är en mellanmänsklig process där den professionella omvårdnadspraktikern hjälper en individ, en familj eller ett samhälle att förebygga eller bemästra upplevelser av sjukdom och lidande och vid behov, att finna en mening i dessa upplevelser (Travelbee, 1971, sid.7).

Det centrala i omvårdnadsprocessen är enligt Travelbee den kommunikation som råder mellan sjuksköterskan och patienten. Kommunikation är ett medel för att kunna uppnå omvårdnadens syfte. Sjuksköterskan måste ha förmågan att kunna hjälpa patienten att hantera upplevelserna av sjukdom och lidande och eventuellt kunna finna en mening i denna upplevelse

I mötet med patienten är det viktigt att sjuksköterskan tolkar den erhållna informationen som patienten förmedlar både verbalt och icke verbalt. Denna kunskap använder sjuksköterskan i sin planering och vid genomförande av omvårdnadsåtgärder. Detta förutsätter att sjuksköterskan har förmågan att observera, tolka observationer, dra rimliga slutsatser och vidtaga åtgärder (Travelbee, 1971).

Förhållandet mellan sjuksköterskan och patienten innefattas enligt Travelbee av följande fyra faser:

1. Det första mötet
2. Framväxt av identiteter
3. Empati
4. Sympati och ömsesidig förståelse

I det första mötet får båda parter ett första intryck av den andres personlighet genom bland annat observation. I denna situation är det av värde om sjuksköterskan har förmågan att upptäcka det unika hos patienten och inte tillåta sin förförståelse om patienten att dominera.

Därefter sker en framväxt av identiteten och de båda parterna börjar knyta kontakt med varandra. Sjuksköterskan börjar här få en förståelse för patienternas upplevelse av sin situation.

I den tredje fasen är det sjuksköterskans förmåga att kunna förhålla sig empatiskt mot patienten som betonas. Enligt Travelbee är empati en upplevelse som äger rum mellan två eller flera individer, förmågan att kunna förstå en annan individs tillstånd. Sympati är resultatet av den empatiska processen. Det innebär att sjuksköterskan upplever en medkänsla för patienten i kombination med en önskan att lindra lidandet. I den avslutande fasen upplevs en ömsesidig kontakt mellan de båda parterna. Det är en process som är baserad på ömsesidig tillit som upplevs meningsfull för båda partner (Travelbee, 1971).

Sjuksköterskans roll utifrån lagstiftningen

Det är viktigt att sjuksköterskan och övrig vårdpersonalen ser patienten i ett helhetsperspektiv och inte enbart utifrån ett sjukdomsperspektiv. I omvårdnaden ingår också att stödja och hjälpa patienten i de reaktioner som kan uppstå beroende på sjukdomen (SOSFS 1993:17).

Sjuksköterskan har en kvalificerad utbildning i specifik omvårdnad och i vederbörandes ansvarsområde ingår att ha det primära ansvaret för omvårdnaden. Ansvaret innefattar att planera och genomföra omvårdnadsåtgärder och att detta sker på ett ändamålsenligt sätt. Åtgärderna skall också genomföras i samverkan med andra personalgrupper och samordnas med övrig behandling (SOSFS 1993:17).

I 2 § i Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763 anges att:

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (Raadu, 2006, sid.106)

Vidare beskrivs att vården skall:

Vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet. Bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen (Raadu, 2006, sid.106)

Enligt SOSFS 1993:17 är syftet med omvårdnad:

Att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov, minska lidande samt ge möjlighet till en värdig död

Sjuksköterskan skall ha förmågan att kunna kommunicera med patienten på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. Det är viktigt att i dialog med patienten ge stöd och vägledning, så att patienten kan vara delaktig i vården och behandlingen. Sjuksköterskan skall också kunna informera patienten individuellt eller i grupp och ta hänsyn till tidpunkt och innehåll. Det är viktigt att förvissa sig om att patienten förstår den givna informationen (Kompetensbeskrivning Socialstyrelsen, 2005).

SYFTE

Syftet med litteraturstudien var att beskriva patienters upplevelser vid akut insjuknande i hjärtinfarkt och sjuksköterskans omhändertagande.

Frågeställning:

Vilka patientupplevelser finns beskrivna vid hjärtinfarkt?

Vilka omvårdnadsåtgärder kan sjuksköterskan vidtaga för att hjälpa och stödja patienterna i denna situation?

METOD

Studien grundar sig på litteratursökning av vetenskapliga artiklar i databaserna CINAHL, PubMed och vetenskapliga tidskrifter. Sökord och sökordskombinationer som användes var: *Myocardial infarction and life experiences, rehabilitation, psychosocial factors, nursing, psychology, depressiv disorder symptoms and therapy* (Tabell 1). Vi har valt att avgränsa oss till artiklar som var utgivna från 1990 och framåt samt engelskspråkliga, och även sökning via referenslistor från de lästa artiklarna.

Artiklarna valdes utifrån den information som abstract och titel gav. Efter noggrann genomläsning av de utvalda artiklarna kom vi fram till följande tema: prehospital period och symptom, oro och ångest, osäkerhet, information och livssituation. Vi har även fokuserat på sjuksköterskans omvårdnadsinsatser.

Tabell 1. Artikelsökningar

Databas	Sökord	Antalet Träffar	Använda Artiklar Referens nr.
CINAHL	Myocardial infarction	8052	
	And life experiences	17	7,12,13,14
CINAHL	Myocardial infarction		
	And rehabilitation	265	1,6,10
CINAHL	Myocardial infarction		
	And psychosocial factors	344	1,2,3,7,10,11,12,14
Pub Med	Myocardial infarction		
	And nursing	939	2,6,13,14
Pub Med	Myocardial infarction		
	And psychology	664	
	And nursing	114	9
Pub Med	Myocardial infarction		
	And psychology		
	And depressiv disorder	146	8
Pub Med	Myocardial infarction		
	And psychology		
	And rehabilitation	221	15
Pub Med	Myocardial infarction		
	And therapy		
	symptoms	36	16
CINAHL	Myocardial infarction		
	And symptoms	538	3,5
Manuell sökning			4

RESULTAT

Upplevelsen att plötsligt och oväntat drabbas av en hjärtinfarkt är en traumatisk händelse både fysiskt, psykiskt och socialt. Olika reaktioner beskrivs i den akuta situationen när hjärtinfarkten inträffar, allt från förnekelse till förvirring, rädsla, ångest, oro, osäkerhet, ilska och frustration. Rädsla och osäkerhet var mest dominerande (Stewart, Davidson, Meade, Hirth, & Makrides, 2000).

I sökandet efter svar på vår första frågeställning, vilka upplevelser patienterna beskriver i samband med hjärtinfarkten, har vi läst ett antal artiklar. Det som har framkommit i dessa artiklar har vi valt att redovisa i löpande text under följande tema:

- prehospital period och symtom
- oro och ångest
- osäkerhet
- information
- livssituation

Prehospital period och symtom

Många patienter förväntar sig att symtomen vid en hjärtinfarkt skall vara som på film, en skarp och krossande bröstsmärta. Det skulle inte vara någon tveksamhet om varifrån smärtan kom, utan helt klart från hjärtat. Ungefär 80% av patienterna beskriver bröstsmärtorna som en känsla av trånghet och tryck över bröstet. I flera fall föregicks det av atypiska och milda symtom som arm-, nack-, käk- ryggsmärtor eller extrem utmattning. Därför var det svårt för patienten att omedelbart definiera dessa besvär som symtom på en hjärtinfarkt (Finnegan et al., 2000). De diffusa symtomen gjorde att en del patienter avvaktade med att söka sjukvård, de intog en ”vänta och se”-attityd och trodde att symtomen skulle gå över av sig självt. En del försökte att lindra besvären och klara av situationen genom att ligga eller sitta ned, vandra fram och tillbaka, hålla en hand på bröstet, ta ett bad, dricka vatten eller ta någon medicin. Förekomsten av högt blodtryck eller brist på sömn var också förklaringar som patienterna hade till symtomen (Ostergaard Jensen & Petersson, 2003).

Även Svedlund & Axelsson (2000) beskrev i sin studie att kvinnorna hade uppfattningen att en hjärtinfarkts mest påtagliga symtom är olidliga bröstsmärtor. Andra symtom som illamående, frossa, svaghet och häftig andning var en otydlig bild på hjärtinfarkt för kvinnorna. Istället för att söka hjälp ignorerade de att symtomen kunde vara något allvarligt. De misstänkte inte att det kunde vara en hjärtinfarkt.

Patienter som hade en känd kärlekskramp försökte lindra symtomen genom att medicinera med nitroglycerin, medan andra beskrev att de tog aspirin eller antacida (Finnegan et al., 2000).

När symtomen förvärrades och i kombination med minnet av någon nära anhörigs insjuknande i hjärtinfarkt förstod de att deras egna symtom kunde vara relaterade till hjärtat (Ostergaard Jensen & Petersson, 2003).

Det var heller inte ovanligt att det var någon nära anhörig som tog initiativet till att söka sjukhusvård för symtomen (Finnegan et.al., 2000, Ostergaard Jensen & Petersson, 2003).

Andra patienter beskriver bröstsmärtor som det initiala och dominerande symtomet vid hjärtinfarkten. Plötsligt, oväntat och kraftfullt kommer bröstsmärtan vilket ofta leder till ett kristillstånd för den drabbade (Gassner, Dunn & Piller, 2002). Studier har visat att kvinnor uppvisade flera diffusa symtom än män före upptäckten av en hjärtinfarkt. Det mest dominerande symtom som de beskriver är en trötthet som de inte känner igen. Andra symtom som beskrevs var smärta mellan skulderbladen och andfåddhet (McSweeney & Crane, 2000).

Oro och ångest

Det finns klart dokumenterat i studier att patienter som drabbas av en hjärtinfarkt känner oro och ångest. Depression och ångest kan vara som mest besvärande efter utskrivningen från sjukhuset (Thompson & Meddis, 1990). En studie om mäns upplevelse av ångest och depression i samband med hjärtinfarkt visade att rådgivning av en speciell sjuksköterska på vårdavdelningen minskade ångesten både under och efter sjukhusvistelsen (Thompson & Meddis, 1990).

Genomgångna depressioner tidigare i livet ökade risken av att åter drabbas av depression under vårdtiden eller efter utskrivningen. Depression under vårdtiden visade sig också vara förenad med en ökad dödlighet under de första 18 månaderna efter en hjärtinfarkt (Lesperance, Frasure-Smith & Talajic, 1996).

Personalen upplevde ibland att patienten visade oro för familjen, möjligheten att bli bra igen och för framtiden (Svedlund, Danielsson & Norberg, 1999).

En del patienter kände också en rädsla för komplikationer som kunde orsaka invaliditet och att det kunde leda till att de blev "sittande i en stol" resten av livet. Familjens upplevelser av den närståendes hjärtinfarkt visade sig i olika känslouttryckningar, dels rädsla, ångest, fruktan och oro, men även medkänsla och kärlek. De ville vara tillsammans med sina sjuka anhöriga så mycket som möjligt under den besvärliga tiden (Ostergaard Jensen & Petersson, 2003).

Anhörigas oro och ångslan kunde ibland vara påfrestande för patienterna. Överdriven omsorg och omhändertagande kunde leda till konflikter och irritation mellan parterna i familjen (Ostergaard Jensen & Petersson, 2003).

Kvinnorna beskrev att de första dagarna på sjukhuset var som i en dimma. När smärtorna avtog upplevde de att allt var över och hade svårt att tro att de hade haft en hjärtinfarkt. De kände det som att det inte hade inträffat, att det inte var sant. Kvinnorna oroade sig mer för andra än sig själva, exempelvis hur deras män och barn skulle klara situationen. Därför undvek kvinnorna att berätta hur de mådde för sina släktingar. De höll sina tankar för sig själva för att inte oroa andra. Kvinnorna ville inte visa sina män att de inte var så starka som de brukade vara. När kvinnorna kände sig ledsna och grät, gjorde de det när de var ensamma (Svedlund, Danielsson & Norberg, 2001).

Även Jackson et al. (2000) beskriver att kvinnorna upplevde den initiala perioden efter hjärtinfarkten som en tid av nedstämdhet, fysisk utmattning, depression och emotionell labilitet.

Kvinnorna skämdes för att de kände sig svaga och förnekade därför vad som hade hänt. Denna skuld känsla kunde för en del kvinnor vara i flera månader efter hjärtinfarkten, vilket gjorde att det kändes lättare för kvinnorna att träffa andra sjuka människor för de frågade inte så mycket jämfört med dem som var friska (Svedlund & Axelsson, 2000).

Osäkerhet

Bergman & Berterö (2003) beskriver i en studie att patienterna upplevde osäkerhet angående undersökningar, behandling och även tveksamhet om vad de hade förmåga att kunna klara av efter utskrivningen. De upplevde osäkerhet om hur framtiden skulle bli, om de hade förmåga att kunna återvända till arbetet och även vilka risker det var att hjärtinfarkten kunde återkomma. Patienterna uttalade önskemål om att få mera kunskap så att livet blev lättare att leva.

Kvinnorna avslöjade hur det kändes att stå inför sin egen död. De var tvungna att komma till någon slutsats beträffande upplevelsen att ha överlevt en livshotande händelse. Kvinnorna intog antingen en positiv inställning till framtiden eller inställningen att de fick vänta och se hur framtiden skulle gestalta sig. De kände sig osäkra och var rädda för ännu en hjärtinfarkt (Svedlund et al., 2001).

Första veckan efter utskrivningen är en period som karakteriseras av rädsla och osäkerhet. Kvinnorna upplevde rädsla inför en rad olika faktorer, nämligen rädsla för framtiden, inför döden, för att återinsjukna i hjärtinfarkt, rädsla att delta i vanliga aktiviteter och osäkerhet på vilken innebörd hjärtinfarkten har på deras roll att ta hand om familjen (Jackson et al., 2000).

I Johanssons, Dahlberg & Ekeberg (2003) studie beskrivs också en stor osäkerhet bland kvinnorna som drabbats av hjärtinfarkt. Osäkerheten grundar sig i att kvinnorna inte längre kan lita på sin egen kropp. Kvinnorna erfar det som att leva i en kropp som när som helst kan svika. Hjärtinfarkten är ett hot mot deras liv och leder till en stor osäkerhet som påverkar deras livssituation. De vet inte hur de skall leva det liv som är kvar på bästa sätt.

Information

Kvinnorna kände sig lättade när de informerades om diagnosen. Initialt var tanken på att dö väldigt skrämmande. Senare var de tacksamma för att ha överlevt och fått en andra chans i livet. Hjärtinfarkten var en varning och de skulle värdesätta sina liv mer i framtiden (Svedlund & Axelsson, 2000).

Patienterna tyckte att det var betydelsefullt att sjukvårdspersonalen lyssnade, hade tid och att de blev sedda. Detta skapade trygghet och gav kunskap. Det är viktigt att ge information/undervisning vid rätt tidpunkt; All information får inte ges vid utskrivningen då det kan upplevas förvirrande och gör att man inte kommer ihåg (Svedlund et al., 2001).

I studien av Jackson et al. (2000) uttryckte kvinnorna besvikelse över brist på information från vårdpersonalen. Kvinnorna var också medvetna om att de heller

inte hade varit mottagliga för den information som givits. Den akuta kris-situationen orsakad av hjärtinfarkten gjorde att de var oförmögna att uppfatta och komma ihåg informationen. Patienterna uttrycker att de har ett stort behov av stöd, råd och information om bl.a. diet, mediciner men framförallt hur man skall undvika en ny infarkt i framtiden (Jackson et al., 2001).

Informationsbrist och svårigheter att förstå innebörden i den givna informationen från sjukvårdspersonalen uttrycktes även av patienterna i Stewart et al. (2000) artikel.

Ågård, Hermere`n & Herlitz (2001) beskriver att patienterna inte hade förmågan att i det akuta skeendet ta emot information avseende olika behandlingar och förfrågan angående deltagande i studier.

Kvinnorna i studien gjord av Johansson et al. (2003) upplevde att de behövde mycket stöd när de hade lämnat sjukhuset efter hjärtinfarkten. De uttryckte brist på detta stöd, vilket gjorde att de kände sig ensamma och övergivna, vilket i sin tur ökade otryggheten. Kvinnorna hade erhållit en allmän information och råd beträffande förändring av livssituationen. Informationen var standardiserad och inte individuellt anpassad. Informationen upplevdes av kvinnorna som tillrättavisande och att mycket inte var tillåtet. Sådan information var inte på något sätt stödjande och hjälpande, utan ökade istället kvinnornas osäkerhet på hur de skulle klara av sitt liv. Kvinnorna behövde information och stöd som gjorde dem delaktiga i sin hälsoprocess (Johansson et al., 2003).

Livssituation

Patienternas tolkning av orsaken till hjärtinfarkten skiljde sig från den medicinska professionens tolkning. Faktorer som stress, skada, ärftliga faktorer angavs som orsak till hjärtinfarkten av patienterna. Patienterna såg inte sambandet mellan riskfaktorer som högt blodtryck, höga blodfetter, diabetes, livsstil och hjärtinfarkt (Gassner et al., 2002).

Det framkom en skillnad i män och kvinnors sätt att se orsaken till stresstillståndet. Männen ansåg att det var arbetet som var orsaken till det uppkomna stresstillståndet, för mycket arbetat och för lite sömn. Kvinnorna relaterade orsaken till stress mera som till oro för familjen, makes död och ekonomiska orsaker (Gassner et al., 2002).

Även i en artikel av Clark (2002) menar patienterna att stress var orsaken till deras hjärtinfarkt. Vissa patienter identifierade det till olika situationer t.ex. stora förändringar i livet. Stress var också ett svar på dagliga händelser som stress med barnen och i familjeförhållandet (Clark, 2002).

En del upplevde perioden efter utskrivningen från sjukhuset som den värsta. De plågades av känslor av skuld och självföreläsa över deras livsstil. Då upplevdes stödet från närstående som väldigt betydelsefullt (Ostergaard Jensen & Petersson, 2003).

Bergman & Berterö (2003) har i sin studie kommit fram till att livslusten är den stora drivkraften för rehabilitering efter en hjärtinfarkt. Patienterna beskriver en stark vilja och beslut att vilja leva vidare. De har insett att livet inte är oändligt utan tar slut en dag. Att livet har ett slut har blivit tydligt för dem genom deras erfarenhet av hjärtinfarkten.

När kvinnorna i Johansons et al. (2003) studie försonades med sin sjukdom, kunde de känna välbefinnande och värderade livet annorlunda än före hjärtinfarkten. Livet fick en ny dimension och mening. Kvinnorna hade lärt sig att kunna hantera och förhålla sig till sin kropp och livet som följde efter hjärtinfarkten (Johansson et al. 2003).

Svedlund et al.(2001) beskrev att kvinnorna upplevde att de hade fått en andra chans och uppskattade livet mycket mera än före hjärtinfarkten. Någon deltagare i studien beskrev också en tacksamhet för det inträffade, livet blev mera betydelsefullt efter sjukdomen (Svedlund et al.,2001).

När kvinnorna kände sig fysiskt starkare och inte blev så trötta övergick rädslan för döden mera till upplevelser av rädsla för framtiden vilka effekter deras sjukdom hade på familjen, om de kunde klara av ett arbete som var stressrelaterat. Det kunde också finnas en oro för deras hälsa och kommande undersökningar (Jackson et al., 2000).

Sjuksköterskans omvårdnad

För att kunna belysa vår andra frågeställning har vi i artiklarna sökt efter hur sjuksköterskorna kan hjälpa och möta patienterna i deras situation i samband med hjärtinfarkten.

Svedlund et al. (1999) refererar att den allra första kontakten är viktig för den framtida relationen, därför är det viktigt att sjuksköterskan ger sig tid och är med patienterna.

Sjuksköterskornas ambitioner var att patienterna skulle känna sig trygga och fria från smärta så fort som möjligt och att patienterna skall känna sig väl omhändertagna på avdelningen. De ville att patienterna skall känna att sjuksköterskorna är där för dem.

Sjuksköterskorna ville hjälpa patienterna att förstå vad det var som hade hänt, samt möjliga konsekvenser av situationen.

Patienterna hade svårt att förstå vad det var som hade hänt, de hade svårt för att beskriva sina symtom, svårt för att förstå situationen att plötsligt drabbas av sjukdom. Sjuksköterskorna upplevde att de distanserade sig från vad som har hänt.

Det fanns också en skillnad mellan kvinnliga och manliga patienter.

Det framkom att kvinnliga patienter i början hade svårare att beskriva sina symtom. De var mer vana att ta hand om andra och ovana att själva bli omhändertagna. Sjuksköterskorna upplevde att kvinnorna trodde att smärtan skulle gå över och visade inte sin oro, vilket gjorde att dessa patienter kan vara svåra att övervaka.

Sjuksköterskorna upplevde att när de lärde känna de kvinnliga patienterna och kom dem närmare hade kvinnorna lättare att uttrycka sig och prata om sina känslor.

De manliga patienterna kunde ibland sätta upp en barriär och en del skojade istället om situationen. Sådana attityder gjorde det svårare för sjuksköterskorna att komma dessa patienter närmare.

När patienterna hade svårt att uttrycka sina symtom och känslor, försökte istället sjuksköterskorna läsa av patienterna genom att titta på deras kroppsspråk, ansiktsuttryck och speciellt blicken i patienternas ögon. Sjuksköterskorna försöker anpassa sig till varje patient och till den specifika situation som patienten just då befann sig i. Det är viktigt att ha känsla för vad patienten är mottaglig för, att förmedla kunskap och information när patienten har förmåga att ta del av det. Det är viktigt att respektera patienterna och det är patienterna som själva bestämmer hur de vill leva sitt liv i framtiden (Svedlund et al., 1999).

Språkliga olikheter mellan sjuksköterskan och patienten kan leda till missuppfattningar. Det kan då vara bättre att i samspelet mellan vårdpersonal och patienter använda ett lekmanna-språk så att alla förstår varandra och på så sätt undvika brister i kommunikationen (Clark, 2002).

Standardiserade vårdprogram tar inte alltid hänsyn till patienternas individuella behov. Hänsyn måste tas till patienten som helhet där sjuksköterskan även har förmågan att kunna vara uppmärksam på patientens familjesituation. Sjuksköterskan kan förbereda patienterna och deras anhöriga att bättre kunna förstå sina känslor och reaktioner som kan uppkomma efter utskrivningen. Det är viktigt att sjuksköterskan är medveten om familjens inflytande och betydelse för patienten (Ostergaard Jensen & Pettersson, 2003).

I Jackson et al. (2000) studie belyses vikten av att patienterna får information på ett sådant sätt så att de förstår den och kan komma ihåg den. Erfarenhet från patienter visade att de hade svårt för att ta emot för mycket information i den akuta situationen, när de befann sig i chockfasen. Lika viktigt var också möjligheten att kunna få kontakt med någon vårdpersonal för att få information och svar på frågor efter utskrivningen från sjukhuset.

Det framkom att det var betydelsefullt att vårdpersonalen gav individuellt stöd till kvinnorna och tillät dem att vara delaktiga i hälsoprocessen. Delaktigheten måste utgå från kvinnornas värld och vardagsliv. Delaktighet innebar att medverka till hälsa och att kvinnorna gavs tillfälle att förstå och begripa vad som händer i deras kropp. De tog då ansvar för sitt fortsatta liv och hälsa (Johansson et al., 2003).

I Kullbergs uppsats (2001) visade det sig att kvinnorna upplevde den tekniska aspekten i vården som tillfredställande men önskade en relation till vårdaren bakom det tekniska utförandet. Enligt Kullenberg (2001) bör de mänskliga värdena och omvårdnaden som är en del i den läkande processen ges en mera framträdande roll i vård och vårdplanering.

För att en sjuksköterska på en hjärtavdelning skall kunna ge en god vård krävs att sjuksköterskan skall kunna beskriva sjukdom och hälsa, förstå patienten och hans/hennes goda dagar för att kunna motivera till livsstilsförändringar. Hon eller han skall även kunna tolka patienten med tanke på emotionella, intellektuella, existentiella och kulturella dimensioner. Vederbörande bör känna sig själv som sjuksköterska på ett personligt och professionellt plan (Fridlund, 2002).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Vi valde att göra en litteraturstudie angående patienters upplevelser i samband med hjärtinfarkt. Sjukdomen tillhör en av våra större folksjukdomar och därför möter vi dessa patienter både inom vården och ute i samhället. Patienters tidigare upplevelser av vård och sjukdom bär de med sig även i andra vårdsituationer. En patient med erfarenhet från insjuknande i hjärtinfarkt har med sig dessa upplevelser även vid ett annat vårdtillfälle. Det är viktigt att sjuksköterskan har kunskap och förståelse för detta, så att de kan stödja dem på bästa sätt.

När vi sökte efter artiklar i databaserna CINAHL och PubMed avgränsade vi oss till engelskspråkliga artiklar eftersom våra språkkunskaper är begränsade. Vi har valt att söka artiklar från 1990 och framåt. Vår förhoppning var då att få ett så stort urval av upplevelser som möjligt.

Insamlingen och bearbetningen av materialet var mer tidskrävande än vad vi hade planerat. Detta beroende på att läsa artiklar och förstå dess innebörd på ett främmande språk tar tid, när vår läsförståelse efterhand ökade gick det lättare och resultatet växte fram.

Syftet med vår litteraturstudie var att beskriva patienters upplevelser i samband med och efter insjuknandet i akut hjärtinfarkt. Efter genomläsning och innehållsanalys av våra funna artiklar gjorde vi en uppdelning i följande kategorier: pre-hospital period och symtom, oro och ångest, osäkerhet, information och livssituation. Denna uppdelning för att göra det mera lättläst och överskådligt. Syftet var också att beskriva vilka omvårdnadsåtgärder sjuksköterskan kunde vidtaga för att stödja patienterna. De omvårdnadsåtgärder som vi fann i artiklarna har vi redovisat i avsnittet sjuksköterskans omvårdnad.

Resultatdiskussion

I flera av artiklarna beskrivs att symtomen vid insjuknandet i hjärtinfarkt kan vara mycket diffusa och inte alls kraftiga bröstsmärtor vilket kanske är en allmän uppfattning. Även Clarence Crafoord (2004) beskriver i sin bok Hjärtats oro insjuknandet i sin hjärtinfarkt som diffusa symtom, en obehaglighetskänsla i bröst eller rygg. Hans upplevelse var att höger och vänster sida av bröstet kändes olika, höger brösthalva kändes friare.

I Wallentin (2005) anges dock att det dominerande symtomet är centrala bröstsmärtor. Detta ligger säkert till grund för att akut hjärtinfarkt sammankopplas med kraftig smärta i bröstet av allmänheten.

Patienter med en mera diffus symtombild härleder oftast inte att symtomen kommer från hjärtat. De diffusa symtomen utgör en risk att patienterna inte söker i tid. I den situationen är anhöriga en värdefull hjälp att ombesörja att den sjuke blir snabbt omhändertagen av sjukvården. Bäst effekt erhålls om behandlingen inleds inom tre timmar efter smärtdebuten.

Det framkommer i vår litteraturstudie att de första dyggen på sjukhuset upplevs av patienterna som i en dimma och de hade svårt att förstå vad som hade inträffat. Situationen att plötsligt drabbas av en livshotande sjukdom leder ofta till att

patienterna hamnar i ett kristillstånd. Enligt Cullberg (1980) kännetecknas den första fasen i ett kristillstånd av chock och kaos. Patienterna är då dåligt mottagliga för information. Det är viktigt att sjuksköterskan är medveten om detta tillstånd och då ger sig tid att vara hos patienten så att vederbörande kan känna närhet och trygghet.

Clarence Crafoord (2004) beskriver hur dålig uppfattningsförmågan är i det initiala skedet på sjukhuset. Han berättar att vissa ord och uttryck från vårdpersonalen etsar sig fast t.ex. *du får nu kapitulera eller du har sjukan*. Medan annan information som det att Clarence Crafoord (2004) hade sagt ja till sitt deltagande i ett forskningsprojekt, hade helt fallit i glömska. Det påpekades ju också mycket riktigt i Ågård et al. (2004) studie att många läkare upplever att inte patienterna i det akuta skedet har förmågan att ta emot information angående behandling eller förfrågan om eventuellt deltagande i studier.

När chockfasen övergår i reaktionsfasen kommer andra känsloreaktioner som oro, ångest och rädsla.

Vi anser att det är viktigt att sjuksköterskan har ett holistiskt synsätt när hon/han vårdar en patient med hjärtinfarkt och tänker på att det finns ett samband mellan kropp och själ. I Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1993:17) anges att sjuksköterskans har det primära ansvaret för omvårdnaden och det innefattar att stödja och hjälpa patienten i de reaktioner som uppstår beroende på sjukdom.

I Svedlunds et al. (1999) studie framkom att det fanns en skillnad mellan män och kvinnors sätt att beskriva sina symtom. Kvinnorna hade svårare att i början beskriva sina symtom, men när de lärde känna sjuksköterskan blev det lättare att uttrycka sina känslor och upplevelser. De manliga patienterna visade en annan attityd och försökte istället att skoja om situationen.

När vi nu jämför dessa situationer av möten med patienter med Joycy Travelbees (1971) beskrivning av förhållande mellan sjuksköterska och patient kan vi se likheter i de olika faserna. Först gjorde sjuksköterskan observationer att de kvinnliga patienterna hade svårt för att beskriva sina symtom. När de lärde känna varandra och det växte fram en identitet hade de kvinnliga patienterna lättare för att uttrycka sina känslor för sjuksköterskan. Den empatiska processen leder fram till den sympatiska fasen, där sjuksköterskan känner medkänsla och tar del av patientens lidande. I Svedlunds studie (Svedlund et al., 1999) framgår också tydligt att sjuksköterskan vill hjälpa patienten att förstå vad som har hänt och att även kunna se konsekvenserna av sitt handlande. Kommunikationen är sjuksköterskans viktigaste redskap för att patienten skall kunna få förståelse för situationen och kunna se någon mening.

I mötet med de manliga patienterna, som försökte skoja bort den uppkomna situationen, gäller det för sjuksköterskan att med hjälp av sin yrkesprofession försöka att tolka patienternas omvårdnadsbehov.

I flera av studierna (Jackson & Daly, 2003, Svedlund et al., 2000) framkom det att patienterna hade ett stort behov av stöd, råd och information. Det är viktigt att sjuksköterskan i den krissituation, som patienten befinner sig i har förmågan att kunna stödja och informera patienten vid rätt tidpunkt. Vidare bör han/hon förvissa sig om att patienten förstår den givna informationen (Socialstyrelsen kompetensbeskrivning, 2005). Det är viktigt att behandla patienten som en unik individ och därmed också ge individuella råd och individuell information.

I vår litteraturstudie har det framgått att anhöriga har en stor betydelse för den enskilde patienten. Anhöriga kan vara både ett stort stöd, men även upplevas som alltför överbeskyddande. Även närstående till patienten drabbas av kris vid ett plötsligt insjuknande i en livshotande hjärtinfarkt. Det är viktigt att denna aspekt finns med i sjuksköterskans omvårdnadsplanering. Råd, stöd och information måste också kontinuerligt ges till de anhöriga. Vi är övertygade om att med ökad kunskap och mer delaktighet till de anhöriga har de större förmåga att stötta sina närstående efter utskrivningen från sjukhuset. Eftersom vårdtiderna blir allt kortare kommer många av patientens reaktioner och frågor efter utskrivningen. I flera av studierna framkom att frågor angående framtida livssituationen framstod som allt tydligare efter utskrivningen (Bergman & Berterö,2003, Svedlund et al.,2001, Jackson et al.,2000, Johansson et al.,2003).

Vår egen erfarenhet är också den att många frågor kommer efter utskrivningen. Det är då viktigt att patienterna vet vart de skall vända sig för att få svar på sina frågor. Sjuksköterskorna har där en viktig uppgift att med hjälp av sin kompetens kunna besvara frågor och hänvisa patienterna till rätt instans. För många patienter kan då deltagandet i en studie innebära en trygghet och en känsla av delaktighet i ett vidare perspektiv. Hjärtinfarkten kan också innebära att både patienten och anhöriga får en förändrad livssyn. Det framgår också i några studier (Bergman & Berterö,2003, Johansson et al.,2003) att livet blev annorlunda efter hjärtinfarkten. Livet fick en ny mening och dimension.

Slutsats

Bättre metoder att behandla hjärtinfarkt har inneburit att vårdtiderna har förkortats. Patienterna får allt mindre tid att bearbeta sina upplevelser och psykiska följder av det akuta insjuknandet tillsammans med sjuksköterskan och övrig vårdpersonal på sjukhuset. Detta kan leda till mycket oro, rädsla och osäkerhet efter utskrivningen. Viktigt att någon form av uppföljning sker antingen via speciella hjärtrehabiliteringsteam eller primärvården för att patienterna skall få tillfälle till bearbetning av sina upplevelser, vilket annars kan leda till förträngningar och bristande vilja att ändra på livsstil.

I sjukvårdsdebatten idag talas det mycket om att kvinnor uppvisar andra symtom än män vid insjuknandet i hjärtinfarkt. Detta framkom även i de artiklar som vi studerade. Finns det även en skillnad i upplevelser i samband med hjärtinfarkten i ett allt mera jämställt samhälle, där män och kvinnor förvärvsarbetar i lika stor utsträckning och delar på ansvaret för hem och familj. Med detta perspektiv skulle det vara intressant att göra en empirisk studie om det finns någon skillnad i män och kvinnors upplevelse i samband med insjuknandet i hjärtinfarkt.

Referenser

- Bergman, E., & Berterö, C. (2003). "Grasp life again". A qualitative study of the motive power in myocardial infarction patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2, 303-310.
- Borgenhammar, E. & Fallberg, L. (1997). *Våga vara Vårdkonsument*. Stockholm: SNS Förlag.
- Clark, A. (2003). "It's like an explosion in your life..." lay perspectives on stress and myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 544-553.
- Crafoord, C. (2004). *Hjärtats oro*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Cullberg, J. (1980). *Kris och utveckling*. (2 uppl.). Stockholm: Natur och Kultur.
- Cullberg, J. (2000). *Dynamisk Psykiatri*. (6 uppl.). Stockholm: Natur och Kultur.
- Eide, H., & Eide, T. (1997). *Omvårdnadsorienterad kommunikation*. Lund: Studentlitteratur.
- Finnegan, J., Meischke, H., Zapka, J., Leviton, L., Meshack, A., Benjamin-Garner, R., Estabrook, B., Hall, J., Schaeffer, S., Smith, C., Weitzman, E., Raczynski, J., & Stone, E. (2000). Patient delay in seeking care for heart attack symptoms: Findings from focus groups conducted in five U.S. regions. *Preventive Medicine*, 31, 205-213.
- Fridlund, B. (2002). The role of nurse cardiac rehabilitation programmes. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1 15-18.
- Gassner, L-A., Dunn, S., & Piller, N. (2002). Patients' interpretation of the symptoms of myocardial infarction: implications for cardiac rehabilitation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 18, 342-354.
- Grefberg, N. & Johansson, J. (2003). *Medicinboken, Vård av patienter med invärtes sjukdomar*. (3 uppl.). Stockholm: Liber.
- Jackson, D., Daly, J., Davidson, P., Elliott, D., Cameron-Traub, E., Wade, V., Chin, C., & Salamonson, Y. (2000). Women recovering from first-time myocardial infarction: a feminist qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 1403-1411.
- Johansson, A., Dahlberg, K., & Ekeberg, M. (2003). Living with experiences following a myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2, 229-236.
- Kullberg, M. (2001). Patientupplevd vårdkvalitet för kvinnor med hjärtinfarkt. (Uppsats) Göteborg Nordiska Hälsovårdshögskolan, institution för folkhälsvetenskap.

Lespérance, F., Frasure-Smith, N., & Talajic, M. (1996). Major depression before and after myocardial infarction: Its nature and consequences. *Psychosomatic Medicine*, 58, 99-110.

Lännergren, J., Ulfendahl, M., Lundeberg, T., & Westerblad, H. (1998). *Fysiologi*. (2 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

McSweeney, J., & Crane, P. (2000). Challenging the Rules: Women's Prodromal and Acute Symptoms of Myocardial Infarction. *Research in Nursing & Health*, 23, 135-146.

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

Persson, S. (2003). *Kardiologi-hjärtsjukdomar hos vuxna*. (4 uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Raadu, G. (2006). *Författningshandbok. För personal inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Liber.

Schenck-Gustafsson, K. (Red.). (2003). *Kvinnohjärtan-hjärt- och kärlsjukdomar hos kvinnor*. Lund: Studentlitteratur.

Stewart, M., Davidson, K., Meade, D., Hirth, A., & Makrides, L. (2000). Myocardial infarction: survivors' and spouses' stress, coping, and support. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1351-1360.

Svedlund, M., & Axelsson, I. (2000). Acute myocardial infarction in middle-aged women: narrations from the patients and their partners during rehabilitation. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16, 256-265.

Svedlund, M., Danielson, E., & Norberg, A. (1999). Nurses' narrations about caring for inpatients with acute myocardial infarction. *Intensive and Critical Care Nursing*, 15, 34-43.

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

Socialstyrelsen, (2004). *Nationella riktlinjer för kranskärlsjukvård. Version för den medicinska professionen*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen, (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska, <http://www.socialstyrelsen.se>. 2006-02-15

SOSFS 1993:17. *Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1993:17) om omvårdnad inom hälso- och sjukvården*.

Thompson, D., & Meddis, R. (1990). A Prospective evaluation of in-hospital counselling for myocardial infraction men. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 237-248.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. Philadelphia: Davis.

Wallentin, L. (Red). (2005). *Akut kranskärlssjukdomar*. Stockholm: Liber.

Ågård, A., Hermere´n, G., & Herlitz, J. (2001). Patients´experiences of intervention trials on the treatment of myocardial infarction: is it time to adjust the informed consent procedure to the patient´s capacity? *Heart*, 86, 632-637.

BILAGA 1

ARTIKELPRESENTATION

Referens nr	1
Författare	Bergman E, Berterö C.
Titel	"Grasp life again". A qualitative study of the motive power in myocardial infarction patients.
Tidskrift	European Journal of Cardiovascular Nursing 2003;2:303-310.
Syfte	Erhålla ökad kunskap och förståelse för vilka drivkrafter som påverkar den individuella rehabiliteringen och att kunna återvända till ett fungerande dagligt liv.
Metod	Kvalitativ. Intervjuer med 13 patienter: 7 manliga och 6 kvinnliga.
Resultat	Studien visar att perioden efter utskrivningen från sjukhuset präglas av många tankar och funderingar angående framtiden och hur livet skulle bli. Deltagarna uttryckte en önskan om att fortsätta leva. Patienterna kämpade för att göra livsstils förändringar i syfte att leva och njuta av återstående del av livet på ett annat sätt. De ville också ha så mycket information som möjligt.
Land	Sweden
<hr/>	
Referens nr	2
Författare	Clark A.
Titel	"It's like an explosion in your life..." lay perspectives on stress and myocardial infarction.
Tidskrift	Journal of Clinical Nursing 2003;12:544-553.
Syfte	Att undersöka patienternas syn på stress, dess function och relation till deras hjärtinfarkt.
Metod	Kvalitativ, intervjuer med 14 patienter, 8 män och 6 kvinnor, 48 timmar, 1 vecka, 1 månad och 3 månader efter de anlät till sjukhuset.
Resultat	Många betraktade stress som en större orsak till hjärtinfarkt än andra riskfaktor som rökning och kost. mm
Land	Skottland
<hr/>	
Referens nr	3
Författare	Finnegan, J., Meischke, H., Zapka, J., Leviton, L., Meshack, A., Benjamin-Garner, R., Estabrook, B., Hall, J., Schaeffer, S., Smith, C., Weitzman, E.
Titel	Patient delay in seeking care for heart attack symptoms: Findings from focus groups conducted in five U.S. regions.
Tidskrift	Preventive Medicine, 2000;31:205-213.
Syfte	Undersöka varför det dröjer så länge innan patienter med hjärtsymtom väljer att söka sjukvård.
Metod	Kvalitativ 34 fokus grupper i fem regioner i USA.
Resultat	Sammanställdes i fem kategorier: Symtomupplevelse, förväntningar, riskuppfattning, konsultation och coping, uppfattningar av fördelar och barriärer, sannolikhet att vidta specifika åtgärder. Patienterna ignorerade symtomen till att början med. De förväntade sig svåra bröstsmärtor som på film. De trodde inte att just de var i riskzonen.

Land	USA
Referens nr	4
Författare	Fridlund B.
Titel	The role of nurse in cardiac rehabilitation programmes.
Tidskrift	European Journal of Cardiovascular Nursing 2002,1: 15-18.
Syfte	Belysa sjuksköterskans roll i rehabilitering inom hjärtsjukvården
Metod	Beskrivning av sjuksköterskans roll i olika faser.
Resultat	Framkommer att sjuksköterskan har många roller i rehabiliteringen, beroende på var patienten befinner sig i rehabiliterings programmet.
Land	Sweden
Referens nr	5
Författare	Gassner L, Dunn S & Piller N.
Titel	Patients' interpretation of the symptoms of myocardial infarction: implications for cardiac rehabilitation.
Tidskrift	Intensive and Critical Care Nursing 2002;18:342-354.
Syfte	Var att förklara patienternas tolkning av symtomen av hjärtinfarkt och deras personliga teori om sjukdomen.
Metod	Kvalitativ. Intervjuer med 50 patienter. 29 män och 21 kvinnor.
Resultat	Patienterna tolkade stress som orsak till deras sjukdom. Män och kvinnor tolkade det olika. Män kopplade det till att det var jobbrelaterat och kvinnor av andra orsaker.
Land	Australia
Referens nr	6
Författare	Jackson D, Daly J, Davidson P, Elliot D, Cameron-Traub E, Wade V, Chin C, & Salamonson Y.
Titel	Women recovering from first-time myocardial infarction (MI): a feminist qualitative study.
Tidskrift	Journal of Advanced Nursing, 2000;32:1403-1411.
Syfte	Undersöka erfarenheter av tillfrisknandet efter hjärtinfarkt.
Metod	Kvalitativ, intervjuer med tio kvinnor 7, 14 och 21 dagar efter utskrivningen från sjukhuset.
Resultat	Tillfrisknandet upplevdes som en komplicerad process som inledningsvis karakteriserades av rädsla och osäkerhet.
Land	Australien
Referens nr	7
Författare	Johansson A, Dahlberg K, Ekeberg M.
Titel	Living with experiences following a myocardial infarction.
Tidskrift	European Journal of Cardiovascular Nursing 2003;2:229-236
Syfte	Undersöka kvinnors upplevelser i samband med hjärtinfarkt
Metod	Kvalitativ, intervjuer med 8 kvinnor
Resultat	Livet efter hjärtinfarkten präglades av stor osäkerhet. De kunde ej lita på den egna kroppen. Genom försoning med sjukdomen och kroppen kunde kvinnorna åter erhålla en känsla av välmående och harmoni i livet. Försoningen öppnade upp nya möjligheter i det fortsatta livet.
Land	Sweden

Referens nr 8
Författare Lesperance F, Frasure-Smith N, Talajic M.
Titel Major depression before and after myocardial infarction: Its nature and consequences.
Tidskrift Psychosomatic Medicine 1996;58:99-110.
Syfte Sambandet mellan tidigare depressioner under livet och förekomsten av depression under vårdtiden för hjärtinfarkt på sjukhuset samt efter sjukhusvistelsen.
Metod Kvalitativ, intervjuer med 222 patienter med akut hjärtinfarkt vid tre tillfällen, först på sjukhuset under vårdtiden sedan 6 månader och 12 månader efter hjärtinfarkten. Därefter en kontakt med patienten eller anhöriga efter 18 månader.
Resultat Tidigare genomgångna depressioner ökade risken för att drabbas av en depression under vårdtiden eller efter utskrivningen. Depression under vårdtiden visade sig också förenat med en ökad dödlighet under de första 18 månaderna efter en genomgången hjärtinfarkt.
Land Canada

Referens nr 9
Författare McSweeney J, Crane P.
Titel Challenging the Rules: Women's Prodromal and Acute Symptoms of Myocardial Infarction
Tidskrift Research in Nursing & Health 2000; 23:135-146.
Syfte Identifiera symptom som kvinnor upplever före och vid akut hjärtinfarkt.
Metod Kvalitativ, intervjuer med 40 kvinnor med diagnosen hjärtinfarkt.
Resultat De flesta kvinnorna uppvisade diffusa symtom t.ex. onormal trötthet, obehag mellan skulderbladen
Land Amerika

Referens nr 10
Författare Ostergaard Jensen B, Petersson K.
Titel The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction.
Tidskrift Patient Education and Counseling 2001;51:123-131.
Syfte Att undersöka patienters sjukdomsupplevelse efter en första hjärtinfarkt med fokusering på livssituationen och återhämtningsprocessen.
Metod Kvalitativ, intervjuer med 30 patienter efter tre dagars sjukhusvistelse och efter 17 veckor.
Resultat Analysen visade en stor osäkerhet fokuserad på problem relaterad till symtom i samband med den akuta fasen men även första tiden efter utskrivningen från sjukhuset. Det fanns ett stort behov av rådgivning och stöd från sjukvårds personal.
Land Sweden

Referens nr 11
Författare Stewart M, Davidson K, Meade D, Hirt A, Makrides L.
Titel Myocardial infarction: survivors' and spouses' stress, coping, and support.
Tidskrift Journal of Advanced Nursing 2000;31:1351-1360.
Syfte Beskriva erfarenheter av stress, coping strategier och socialt stöd som hjärtinfarktpatienter och deras respektive hade upplevt.

Metod Experimentell studie med analys av dagböcker och fältanteckningar. I studien deltog 14 par (28 personer) i en stödgrupp under 12 veckor.

Resultat Både de drabbade och deras respektive beskrev en känslomässig press efter hjärtinfarkten. Paren beskrev brist på stöd och efterfrågade mera information från professionen.

Land Canada

Referens nr 12

Författare Svedlund M, Axelsson I.

Titel Acute myocardial infarction in middle-aged womwn: narrations from the patientens and their partners during rehabilitation.

Tidskrift Intensive and Critical Care Nursing 2000;16:256-265.

Syfte Utforska meningen med de upplevda erfarenheterna efter en akut hjärtinfarkt för kvinnorna och att vara partner till de drabbade.

Metod Kvalitativ, intervjuer med nio kvinnor och deras partner tre och tolv månader efter en akut hjärtinfarkt.

Resultat Erfarenheterna visade på två huvudtema nämligen rehabiliteringsbehov och brist på frihet. Studien visar att sjukdomen påverkar bådas totala välbefinnande. Kvinnorna kände sig bekymrade och sårbara, men kämpade mot rädslan som sjukdomen orsakade. Att kvinnorna höll inne med sina känslor och inte pratade om dem indikerade på att det var en brist på kommunikation mellan partnerna.

Land Sweden

Referens nr 13

Författare Svedlund M, Danielsson E & Norberg A.

Titel Nurses´narrations about caring for inpatients with acute myocardial infarction.

Tidskrift Intensive and Critical Care Nursing 1999;15:34-43.

Syfte Undersöka sjuksköterskans erfarenhet av omvårdnad av patienter som drabbats av akut hjärtinfarkt.

Metod Kvalitativ. Intervjuer med 34 personer. Fyra män och trettio kvinnor.

Resultat Sjuksköterskorna beskrev hur patienterna distanserade sig och hur patienterna inte ville förstå vad konsekvenserna kunde leda till.

Land Sweden

Referens nr 14

Författare Svedlund M, Danielson E, Norberg A.

Titel Women´s narratives during the acute phase of their myocardial infarction.

Tidskrift Journal of Advanced Nursing 2001;35:197-205.

Syfte Att belysa meningen med upplevda erfarenheter under den akuta fasen av hjärtinfarkt.

Metod Kvalitativ. Intervju med 10 kvinnor i åldern 47-57 år. De intervjuades 5-8 dagar efter insjuknandet i hjärtinfarkt på sjukhuset eller så snart som möjligt efter utskrivningen.

Resultat Kvinnorna kände skam över att vara sjuka och att inte vara så starka som de brukade vara. Känslan av att vara i en överklig situation gjorde också att kommunikationen försvårades med vårdpersonal och anhöriga.

Land Sweden

Referens nr	15
Författare	Thompson D, Meddis R.
Titel	A prospective evaluation of in-hospital counselling for myocardial infraction men.
Tidskrift	Journal of Psychosomatic Research 1990;34:237-248.
Syfte	Undersöka effekten av personlig rådgivning till manliga patienter som drabbats av sin första hjärtinfarkt.
Metod	Kvantitativ. Intervju med 60 manliga patienter under 66år.
Resultat	Studien visade att patienterna som fick personlig rådgivning av sjuksköterska på hjärtavd, efter de hade drabbats av sin första hjärtinfarkt, upplevde mindre ångest och depression både under och efter sjukhusvistelsen
Land	Great Britain
<hr/>	
Referens nr	16
Författare	Ågård A, Hermere´n G, Herlitz J.
Titel	Patients´experiences of intervention trials on the treatment of myocardial infarction: is it time to adjust informed consent procedure to the patient´s capacity?
Tidskrift	Heart 2001;86:632-637.
Syfte	Undersöka patienternas upplevelse och erfarenhet av att vara delaktiga i en studie vid akut hjärtinfarkt.
Metod	Kvalitativ. Intervju med 31 patienter som hade gett ett skriftligt samtycke till att delta i en studie i samband med akut hjärtinfarkt.
Resultat	Patienterna hade väldigt lite kunskap om att de var delaktiga i en studie. Istället för att läsa och skriva på samtycke till studien, hade de önskat att få muntlig information. Många var villiga att låta läkaren ta beslutet om de skulle vara med i studien. Patienterna kände sig för dåliga för att ta det beslutet i den akuta fasen.
Land	Sweden
<hr/>	
Författare	Kullberg M.
Titel	Patientupplevd vårdkvalitet för kvinnor med hjärtinfarkt.
Tidskrift	Uppsats i Folkhälsovetenskap Nordiska Hälsohögskolan Göteborg MPH 2001:6
Syfte	Beskriva hur kvinnor med hjärtinfarkt upplever sin vårdkvalitet.
Metod	Retrospektiv studie, frågeformulär till 81 kvinnor som vårdats under diagnosen hjärtinfarkt.
Resultat	Visade att kvinnorna upplevde den tekniska aspekten i vården som tillfredsställande, men önskade även en relation till personen bakom tekniken. Vilket visar på att omvårdnaden är en viktig del i den läkande processen.
Land	Sweden
<hr/>	

BILAGA 2

Referenspresentation

Referenser skrivna enligt referenssystem Harvard enligt
Backman, J.(1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.