

Livet efter en hjärtinfarkt

– Patienters upplevelser av och motivation till livsstilsförändringar

FÖRFATTARE	Pernilla Aronsson Marie Hjerpe
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng/OM5250, Examensarbete i omvårdnad på grundnivå HT 2013
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Britt Borg
EXAMINATOR	Annika Janson Fagring

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Livet efter en hjärtinfarkt – Patienters upplevelser av och motivation till livsstilsförändringar
Titel (engelsk):	Life after a myocardial infarction – Patients' experiences of and motivation to lifestyle changes
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 högskolepoäng OM5250, Examensarbete i omvårdnad på grundnivå
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	22 sidor
Författare:	Pernilla Aronsson, Marie Hjerpe
Handledare:	Britt Borg
Examinator:	Annika Janson Fagring

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Hjärt- och kärlsjukdomar är de vanligaste dödsorsakerna i höginkomstländer och till dessa hör bland annat hjärtinfarkt. Det finns många riskfaktorer för att drabbas av kranskärlssjukdom och hjärtinfarkt, flera av dessa är sådana man kan påverka medan andra inte är påverkbara. Icke påverkbara riskfaktorer inkluderar hög ålder, ärftlighet och att vara man. Till de påverkbara riskfaktorerna hör rökning, hypertoni, rubbade blodfetter, diabetes, fysisk inaktivitet, stort midjeomfång, lågt intag av frukt och grönt, hög alkoholkonsumtion och psykosocial stress. För att minska risken att drabbas av en ny hjärtinfarkt är det av stor vikt för patienten att genomföra livsstilsförändringar så som att sluta röka och komma igång med regelbunden fysisk aktivitet. Läkemedel är en viktig del i behandlingen men studier har visat att endast medicinering inte är tillräckligt. Hälso- och sjukvården har en viktig roll i att stötta och motivera patienten till att genomföra livsstilsförändringar. **Syfte:** Att belysa patientens upplevelse av och motivation till livsstilsförändringar efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt. **Metod:** Analys av kvalitativ forskning. I uppsatsen analyserades 11 vetenskapliga artiklar som blev resultatet av en systematisk artikelsökning i databaserna PubMed och Cinahl. **Resultat:** Patienters upplevelse av och motivation till livsstilsförändringar kunde sammanfattas i de sju temana *livsstilsförändringar, orsaker till icke-deltagande i rehabiliteringsgrupper, stöd från närstående, rädsla, stöd och information från sjukvården, kroppen sviker och en vändpunkt i livet*. **Diskussion:** Patienter som drabbats av en hjärtinfarkt behöver ett stort stöd från hälso- och sjukvårdspersonal. Rehabiliteringen bör anpassas efter varje patients förmågor och förutsättningar. Det bör även finnas en möjlighet för patienterna att välja var rehabiliteringen ska ske. Hjärtinfarktpatienter kan även behöva lång kontakt med hälso- och sjukvården för att kunna bibehålla livsstilsförändringar på lång sikt. Patienter behöver bättre kunskap för att hantera sin livssituation och fokus bör ligga på patientutbildning väl anpassad för den enskilda patienten.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	Sid
1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND	1
2.1 Riskfaktorer	1
2.2 Empowerment	3
2.3 Motiverande samtal	3
2.4 Känsla av sammanhang	3
2.5 Information och utbildning	4
3. PROBLEMFÖRMULERING	4
4. SYFTE	4
5. METOD	4
5.1 Litteratursökning	4
5.2 Kvalitetsgranskning	5
5.3 Analys	5
6. RESULTAT	6
6.1 Livsstilsförändringar ur ett patientperspektiv	6
6.2 Orsaker till icke-deltagande i rehabiliteringsgrupper	7
6.3 Rädsla relaterat till livsstilsförändringar	8
6.4 Stöd och information från sjukvården	8
6.5 Kroppen sviker	9
6.6 En vändpunkt i livet	10
7. DISKUSSION	10
7.1 Metoddiskussion	10
7.2 Resultatdiskussion	11
8. KONKLUSION	13
9. REFERENSER	15
BILAGOR	
1. Sökprocessen	
2. Artikeltabell	

1. INLEDNING

Hälso- och sjukvården har idag kommit långt med att i det akuta skedet vårda patienter som drabbats av en hjärtinfarkt. Däremot har sjukvården inte kommit lika långt i arbetet med att förebygga hjärtinfarkter. Många som drabbas av en hjärtinfarkt löper en stor risk att drabbas av ytterligare en. Livsstilsförändringar minskar risken för återinsjuknande. Den här uppsatsen handlar om patienters upplevelse av och motivation till livsstilsförändringar efter en hjärtinfarkt och hur hälso- och sjukvården kan stötta patienter i den processen.

2. BAKGRUND

Från år 1987-2011 drabbades 738 000 personer av en akut hjärtinfarkt i Sverige, totalt 979 000 fall av hjärtinfarkter, vilket betyder att flera av dessa personer drabbades av ytterligare hjärtinfarkter. Sammanlagt drabbas ungefär 110 personer av en hjärtinfarkt varje dag i Sverige. Under samma tidsintervall dog 306 000 personer av hjärtinfarkt som underliggande orsak. Av de drabbade var sextio procent män och fyrtio procent var kvinnor. I yngre åldrar är incidensen mycket högre hos män än hos kvinnor men högre upp i åldrarna jämnas den skillnaden ut (Socialstyrelsen, 2012). Hjärt- och kärlsjukdomar är den vanligaste dödsorsaken i höginkomstländer. I låginkomstländer är det däremot vanligare att dö av lunginflammation, diarrésjukdomar och HIV/AIDS (WHO, 2011).

Hjärtinfarkter kan redan i det akuta skedet delas in i två diagnostiska grupper, infarkt med ST-höjning, STEMI (ST-elevation myocardial infarction) och infarkt med icke-ST-höjning, NSTEMI (non-ST-elevation myocardial infarction). Gemensamt för båda grupperna är att ett plack, bestående av fett- och kalkinlagringar rupturerar i något av hjärtats kranskärl vilket leder till att en blodpropp bildas och helt eller delvis blockerar blodflödet i det drabbade kärlet. Detta leder till att muskelcellerna i området drabbas av ischemi som i förlängningen kan leda till celldöd och påverkan på hjärtmuskelnens funktion (Persson & Stagmo, 2008).

Över nittio procent av de som drabbas av en hjärtinfarkt får bröstsmärtor. Smärtan kan stråla mot armarna, ut i ryggen, upp mot halsen och över käken. Patienten känner ofta en generell smärta över hela bröstet och smärtan är oftast inte huggande eller stickande. Den är inte beroende av lägesändringar, andning eller intag av mat och dryck. Om bröstsmärtan varar i mer än en kvart rekommenderas man att söka akut. Det är dock inte alla som har dessa typiska symtom vid en hjärtinfarkt. Kvinnor, äldre och diabetiker känner inte alltid av bröstsmärtor vid insjuknandet, deras symtom kan vara mer diffusa (Strömberg, 2009).

2.1 RISKFAKTORER

Det finns både påverkningsbara och icke-påverkningsbara riskfaktorer för att insjukna i kranskärlssjukdom. Ålder, ärftlighet och att vara man är de tre riskfaktorer som inte går att påverka. De flesta av riskfaktorerna går emellertid att förebygga och dessa är rökning, hypertoni, rubbade blodfetter, diabetes, fysisk inaktivitet, stort midjeomfång, lågt intag av frukt och grönt, hög alkoholkonsumtion och psykosocial stress. Av patienterna som insjuknar i en hjärtinfarkt uppvisar nittio procent en eller flera av de påverkningsbara riskfaktorerna. Däremot betyder det inte att en person med säkerhet kommer att drabbas av en hjärtinfarkt bara för att han eller hon uppvisar en eller flera av riskfaktorerna. Rökning anses vara en av de största riskfaktorerna. I tobaksröken finns kolmonoxid som konkurrerar med syre om att

binda till hemoglobinmolekylen. Den ökade kolmonoxidhalten i blodet gör att kärlväggarna får tillgång till mindre syre, vilket kan leda till endotelskador i kärlen. De yngre patienterna som drabbas av en hjärtinfarkt är på grund av detta nästan alltid storrökare. Nikotinets långsiktiga effekt på cirkulationen är inte helt känd. I ett akut skede kan dock nikotinet vara en allvarlig riskfaktor på grund av dess påverkan på hjärtfrekvensen, vilket kan göra att muskelcellerna i hjärtat fortare drabbas av syrebrist (Persson & Stagmo, 2008).

När blodfetsrubbningsundersökningar görs så tittar man på halterna av kolesterol och triglycerider i blodet. Höga halter innebär en risk för att utveckla kranskärlssjukdom. Vidare undersöks förhållandet mellan två typer av transportproteiner, high density lipoprotein (HDL) och low density lipoprotein (LDL). HDL transporterar kolesterol från kärlväggen till levern, där det bryts ner, och motverkar på det sättet utvecklingen av ateroskleros. LDL däremot har visats påverka utvecklingen av ateroskleros till exempel genom inlagring av fett i kärlväggen (Persson & Stagmo, 2008).

Den största andelen av de som drabbas av en hjärtinfarkt har högt blodtryck, däremot finns det ingen forskning som bevisar att hypertoni är en direkt orsak till kranskärlssjukdom. Flera studier har påvisat att en sänkning av blodtrycket endast sänker dödligheten i kranskärlssjukdom marginellt (Persson & Stagmo, 2008).

Diabetiker lider en större risk att drabbas av kranskärlssjukdomar bland annat på grund av att insulinresistens har ett tydligt samband med blodfetsrubbningsförändringar. Diabetes leder också till att blodet koagulerar lättare än normalt, vilket i sin tur leder till en lättare uppkomst av blodproppar (Sjöholm, 2012).

En annan riskfaktor för kranskärlssjukdom är fysisk inaktivitet. Personer som har ett stillasittande arbete och är fysiskt inaktiva löper större risk att drabbas av en hjärtinfarkt. Fysisk aktivitet bidrar bland annat till att stabilisera blodfetterna, sänka blodtrycket, sänka hjärtfrekvensen och bidra till ett minskat behov av syre till musklerna (Persson & Stagmo, 2008).

Stort midjemått, alltså bukfetma, är ännu en indikator för att drabbas av kranskärlssjukdom. Förut använde man sig mer av BMI som ett mått på övervikt men idag anses midjemåttet vara av större betydelse för insjuknanderisken. Bukfettet omsätts i större utsträckning genom inlagring och nedbrytning i visceral fettdepåer än vad fett i perifera depåer gör (Persson & Stagmo, 2008).

Alkohol i stora mängder kan vara en riskfaktor för kranskärlssjukdomar. Vid regelbunden konsumtion av alkohol kan man påvisa förhöjda halter av triglycerider i blodet. Små eller måttliga mängder alkohol kan däremot ha en positiv inverkan på förhållandet mellan HDL och LDL (Persson & Stagmo, 2008). Speciellt rödvin anses ha en skyddande effekt på hjärtat. Till måttliga mängder räknar ett glas per dag för män och ett halvt glas för kvinnor (Kallenberg, 2013).

Det finns en ökad förekomst av hjärtinfarkt bland människor som lever i pressade situationer som de upplever att de inte själva kan påverka. Dessa personer kan uppleva en stor otillfredsställelse med tillvaron. Exempel kan vara personer med låg inkomst, låg utbildning, långskiftesarbetare och personer som byter arbete ofta. Den psykosociala stressen som kommer utav detta har en ogynnsam effekt på kroppen (Persson & Stagmo, 2008).

Stress är för kroppen ett sätt att ställa in sig på kamp för att klara pressade situationer. Om stressen är långvarig kan det medföra allvarliga konsekvenser. I en kampsituation ökar blodets koaguleringsförmåga, för att vid eventuell blödning kunna koagulera så snabbt som möjligt. I längden leder dock detta till en större risk för proppbildning. I kampsituationen frigörs också fettsyror i blodet för att generera så mycket energi som möjligt. Fettsyrorna lagras i kärlväggen och bildar plack som i förlängningen kan resultera i en propp (Roos, 2012).

Antalet dödsfall i hjärtinfarkt har under senare år minskat mer än incidensen. Alltså har vården blivit bättre på att vårda hjärtinfarkt i det akuta skedet men inte lika bra på att förebygga (Socialstyrelsen, 2012). För att minska risken att drabbas av en ny hjärtinfarkt är det av stor vikt att rökare slutar röka och att komma igång med en regelbunden fysisk träning. Trots dessa rekommendationer är det många som drabbas av hjärtinfarkt som fortsätter att röka och vara fysiskt inaktiva. Endast 14 procent av de rökare som drabbas går på uppföljande rökavvänjningskurser. Att få ner blodfetter och blodtryck på en bra nivå är också avgörande. Läkemedelsförskrivningen görs enligt nationella riktlinjer i Sverige men trots detta är det få patienter som når sina målvärden. Detta visar på att läkemedelsbehandling inte räcker till, det måste ske en livsstilsförändring för den som har drabbats av hjärtinfarkt (Appelberg, 2013).

2.2 EMPOWERMENT

Empowerment är ett begrepp som idag används i samhället och kan ha många betydelser. I vårdsammanhang handlar empowerment om att skapa patientdelaktighet genom att ge patienten makt att själv fatta beslut gällande sin vård och behandling. Det är viktigt att påpeka att detta inte endast handlar om att patienten själv ska fatta alla beslut gällande sin vård och behandling. Det handlar också om att patienten ska ha tillräcklig insikt och kunskap om sin situation för att kunna ta beslut om att överlämna viktiga beslut åt vårdpersonalen (Eldh, 2009). Rodwell (1996) menar att sjuksköterskan inte kan skapa empowerment utan endast ge patienten de förutsättningar som behövs för att hon eller han ska känna sig empowered, exempelvis genom att ge patienten nödvändig kunskap.

2.3 MOTIVERANDE SAMTAL

Ett motiverande samtal handlar om att väcka patientens inre motivation till förändring. Samtalet handlar oftast inte om hur förändringar ska göras, utan om de ska göras överhuvudtaget och i så fall varför (Barth & Näsholm, 2006). Det är viktigt att sjuksköterskan under ett motiverande samtal lär känna patienten och får en förståelse för patientens resurser och livssituation, så att förändring kan ske utifrån patienten och där han eller hon befinner sig just då. Motiverande samtal kan användas som kompletterande behandlingsmetod för patienter som måste genomföra livsstilsförändringar, till exempel efter en hjärtinfarkt (Tingström, 2009).

2.4 KÄNSLA AV SAMMANHANG

Begreppet känsla av sammanhang (KASAM) utvecklades på 70-talet av forskaren Aaron Antonovsky och grundar sig i vilken grad av hälsa som människor upplever att de har och varför (Langius-Eklöf, 2009). Känsla av sammanhang bygger på tre dimensioner som innefattar begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. *Begriplighet* handlar om hur en person upplever stimuli. Intryck och tankar kan antingen upplevas som strukturerade och ordnade eller som kaotiska och oordnade. Antonovsky and Elfstadius (2005) menar att personer som är med om något hemskt som ett dödsfall eller krig upplever detta på olika sätt beroende på om de har en hög eller låg känsla av begriplighet. Antingen kan en sådan

händelse upplevas som slumpmässig och kaotisk eller som begripbar trots händelsens karaktär. *Hanterbarhet* handlar om vilka resurser en person upplever att han eller hon har för att hantera oförutsedda händelser och problem som uppkommer i livet. Resurser kan komma både inifrån personen själv eller utifrån, till exempel från närstående eller Gud.

Meningsfullhet handlar om till vilken grad människor känner att saker och ting i livet är värda ett känslomässigt engagemang. Människor som har en hög grad av meningsfullhet har områden i livet som de brinner starkt för. Det kan handla om att man hanterat oförutsedda händelser som utmaningar snarare än som belastningar (Antonovsky & Elfstadius, 2005).

2.5 INFORMATION OCH UTBILDNING

Information är en typ av envägskommunikation där fakta förmedlas från hälso- och sjukvårdspersonal till en patient. Det kan handla om att vid ett medicintekniskt moment förklara vad som ska göras och varför. När det däremot krävs en större insats av patienten själv i behandlingen, vid till exempel livsstilsförändringar, kan det lämpa sig bättre att som hälso- och sjukvårdspersonal använda sig av patientutbildning eller undervisning (Tingström, 2009). Dessa två ord används ofta synonymt. Det handlar om att utbilda patienter i sin sjukdom så att patienten lättare kan ta till sig vad som krävs för en förändring. Utbildningen kan syfta till att förändra en attityd eller inställning hos patienten med hjälp av kunskapsutbyte (Engström & Svensk, 2007). Utbildningen kan ske vid endast ett tillfälle, eller fortlöpa under en längre period. Ifall man som hälso- och sjukvårdspersonal ska använda sig av information eller utbildning beror på tillfälle och patient. Ibland kan det räcka med kort information, patienten kanske har tidigare erfarenheter av sjukvård och behöver ingen vidare utbildning. Ibland krävs det emellertid att man använder sig av utbildning för att patienten ska känna sig trygg i vård och behandling och förstå sammanhang (Tingström, 2009).

3. PROBLEMFORMULERING

Det är uppenbart att vården behöver bli bättre på att förebygga återinsjuknandet i hjärtinfarkt hos dem som en gång drabbats eftersom antalet dödsfall i hjärtinfarkt under senare år har minskat mer än incidensen. Varför följer inte patienterna vårdens rekommendationer? Varför utnyttjar inte en stor del av patienterna de rökavvänjnings- och fysiska träningsprogram som finns att tillgå? Vi vill undersöka detta ur ett patientperspektiv.

4. SYFTE

Att belysa patientens upplevelse av och motivation till livsstilsförändringar efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt.

5. METOD

Detta arbete vill belysa patienters egna upplevelser av och motivation till livsstilsförändringar efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt. Eftersom kvalitativ forskning syftar till att skapa en förståelse för och belysa individers livssituation och upplevelser (Friberg, 2012) så har våra sökningar mestadels resulterat i kvalitativa studier. Därför är metoden vi använder oss av en litteraturanlys av kvalitativ forskning.

5.1 LITTERATURSÖKNING

I litteratursökningen har databaserna Cinahl och PubMed använts. Inför en inledande sökning användes databasen ”Svensk MESH” för att kunna formulera så bra sökord som möjligt på engelska. Sökorden som användes i den inledande sökningen var *myocardial infarction, lifestyle, change, motivation, experience och modification*. För att försöka få så relevanta träffar som möjligt användes begränsningarna ”peer reviewed” och ”english language”. För att få fram så dagsaktuell forskning som möjligt begränsades även sökningarna från 2008 och framåt. En boolesk söklogik användes för att kombinera de olika sökorden på olika sätt. Även trunkering av sökorden användes. Sökningarna resulterade i flera artiklar som i överskriften eller abstraktet hade med flera av sökorden. Artiklarnas abstrakt lästes igenom och utifrån det exkluderades sedan artiklar som undersökte ett mycket snävt befolkningsområde eller som endast undersökte en patientgrupp som genomgått en specifik behandlingsmetod.

I flera av de artiklar som abstraktet lästs på och i annan litteratur inför bakgrunden dök orden *secondary prevention* upp. Eftersom vi kände att sekundär prevention är viktig att belysa i vårt syfte gjordes en andra sökning där orden *secondary prevention* lades till tillsammans med de andra sökorden i olika kombinationer. Det resulterade i ytterligare träffar som gick igenom på samma sätt som vid första sökningen. Resultatet blev 15 valda artiklar. En översikt av sökprocessen finns att se i bilaga 1.

5.2 KVALITETSGRANSKNING

För att säkerställa kvaliteten i de artiklar som valts ut gjordes en kvalitetsgranskning av varje artikel utifrån checklistan i Fribergs bok ”Dags för uppsats” (2012). Under granskningen upptäcktes att fyra av artiklarna inte svarade mot vårt syfte.

En artikel jämförde upplevelsen av rehabiliteringen mellan sydasiater och vita européer i Storbritannien och kom fram till att de enda skillnaderna som fanns uppkommit på grund av språkförbistringar. Detta ansågs inte vara relevant, därför valdes artikeln bort. En annan artikel handlade endast om kostomläggning i rehabiliteringsprocessen. Detta behandlade ett för smalt område för att tas med i resultatet. Den tredje artikeln som valdes bort handlade om patienters upplevelse av att behandlas med PCI i det akuta skedet efter en hjärtinfarkt. Resultatet tillförde inte något som var relevant mot vårt syfte. Den sista artikeln som valdes bort var endast kvantitativ och belyste inte den subjektiva upplevelsen av motivation till livsstilsförändringar hos patienter. Därför valdes också den bort. En av de valda artiklarna hade en kombinerad metod av kvalitativ och kvantitativ forskning. Emellertid valde vi att endast använda oss av den kvalitativa delen av artikeln eftersom den kvantitativa delen inte tillförde något som svarade mot vårt syfte.

De 11 artiklarna som återstod hade alla en god kvalitet enligt checklistan i Fribergs bok ”Dags för uppsats” (2012). Resultaten i studierna svarade bra mot deras syften och alla var godkända av någon etisk kommitté. Artikelförfattarna hade valt lämpliga metoder och hade tydliga tillvägagångssätt. En kritisk

diskussion fördes även angående metod och resultat. En översikt av artiklarna presenteras i bilaga 2.

5.3 ANALYS

Det som befanns relevant i artiklarnas resultat abstraherades och samlades i ett dokument. I en noggrann genomgång av dokumentet noterades likheter och skillnader i artiklarnas resultat. Dessa grupperades och därefter framkom sju teman som fick utgöra grunden för vårt resultat. De teman som framkom var *livsstilsförändringar, orsaker till icke-deltagande i rehabiliteringsgrupper, stöd från närstående, rädsla, stöd och information från sjukvården, kroppen sviker och en vändpunkt i livet.*

6. RESULTAT

6.1 LIVSSTILSFÖRÄNDRINGAR UR ETT PATIENTPERSPEKTIV

Livsstilsförändringar som beskrevs av patienterna handlade om rökning, stress, fysisk aktivitet och kost.

Stress var en av de livsstilsförändringar som många patienter insåg att de behövde ta tag i. Några av strategierna som kvinnor använde sig av var att acceptera sin situation, ta det lugnare, lämna vissa sysslor till dagen efter, be om hjälp, inte ställa så höga krav på sig själv och inte få dåligt samvete för att ”ta plats”. Män hittade andra sätt att hantera stress på som att ta det lugnare och försöka vara optimistiska och använda sig av humor (Kristofferzon, Löfmark, & Carlsson, 2008). En del patienter beskrev hjärtinfarkten som en utlösande faktor som fick all stress att släppa (Allison & Campbell, 2009).

Patienter som hade blivit erbjudna att delta i ett rehabiliteringsprogram efter hjärtinfarkten men som valde att inte delta försökte vara aktiva på andra sätt. De tränade exempelvis på gym eller deltog i gruppträning på annat håll (Jones, Jolly, Raftery, Lip, & Greenfield, 2007; Sjöström-Strand, Ivarsson, & Sjöberg, 2011). Alla gjorde inte precis de aktiviteter som de hade blivit rekommenderade eftersom det var viktigt för dem att det var aktiviteter som passade med deras livsstil. Det kunde handla om lite lättare aktiviteter som exempelvis hushålls- och trädgårdsarbete (Jones et al., 2007). En stor del av männen i en studie nämnde att de hade varit fysiskt aktiva när de var yngre men på senare år hade de helt slutat att träna. En del av kvinnorna hade börjat motionera mer efter hjärtinfarkten än de gjort innan och på så sätt börjat må bättre efter hjärtinfarkten (Kristofferzon et al., 2008). En studie fann att patienter som var deprimerade efter hjärtinfarkten hade en sämre fysisk funktion än de som inte var det. De som upplevde en förbättrad fysisk hälsa mådde också bättre psykiskt (Joubert, Holland, Maturano, Lee, & McNeill, 2013). Hjärtinfarkten väckte inte bara en lust hos deltagarna att själva ta bättre tillvara på livet utan också till att inspirera andra att leva hälsosammare (Groleau, Whitley, Lesperance, & Kirmayer, 2010; Jones et al., 2007). I flera studier försökte några deltagare lägga om sin kost och äta nyttigare mat på regelbundna tider (Jones et al., 2007; Kristofferzon et al., 2008) och några gick till och med ner i vikt. Dock nämnde flera av kvinnorna i en studie att de kände sig begränsade när de följde en diet (Kristofferzon et al., 2008).

Bland de som var rökare innan hjärtinfarkten handlade en stor del av livsstilsförändringarna om att sluta röka. Bland de som valde att sluta var motivationen stark men många av dem

hade fortfarande ett sug efter cigaretter. Vissa av männen upplevde suget så stort att de var rädda att de skulle börja röka igen, en tanke som fick dem känna obehag. Det var svårt att acceptera tanken på att aldrig få röka en cigarett igen. Av de som fortsatte röka efter hjärtinfarkten var många av de övertygade att de skulle sluta snart. De fanns även de som helt saknade motivation till att sluta röka (Kristofferzon et al., 2008).

”...even when I’m in an airplane on a charter, naturally you can’t smoke on the flight but it’s usually OK when I know that later I’ll be able to smoke, right? That’s made it easier to refrain a day or two...I can manage that fine, but then to imagine not smoking at all, that’s still hard to accept (man, aged 65) (Kristofferzon et al., 2008, p. 369).

Patienter upplevde det viktigt med stöd från familj och vänner i processen att göra livsstilsförändringar (Jones et al., 2007; Sjöström-Strand et al., 2011). De som inte hade det stödet, saknade det och kände att de behövde det för att göra förändringar (Sjöström-Strand et al., 2011).

6.2 ORSAKER TILL ICKE-DELTAGANDE I REHABILITERINGSGRUPPER

Tre studier (Coyle, 2009; Jackson, McKinstry, Gregory, & Amos, 2012; Jones et al., 2007) undersökte varför patienter valde att inte delta i rehabiliteringsprogram efter hjärtinfarkten.

Äldre kvinnliga patienter upplevde att de hade en sämre återhämtningsprocess än de yngre patienterna (Sjöström-Strand et al., 2011). De äldre patienterna hade ofta andra sjukdomar som begränsade dem på olika sätt att utföra vissa aktiviteter, mer än vad hjärtinfarkten gjorde. Dessa sjukdomar var till exempel diabetes, njursjukdomar, stroke, emfysem, reumatoid artrit och ryggvärk (Jones et al., 2007; Sjöström-Strand et al., 2011). De försökte anpassa föreslagna aktiviteter efter egna förutsättningar och förmåga (Jones et al., 2007).

” I did the first exercise, where you do two minutes and then you walk round the room, so I did that. ... When I got up to do the third one ... the nurse came and stopped me, told me to sit down and said forget about it because I was getting out of breath that quick. So I was going to do more damage with my breathing than I was going to gain by doing the exercise. So they just said do as much walking as you possibly can. So that’s what we do...”(Male, 62 years with emphysema)(Jones et al., 2007, p. 353).

Några av patienterna som blivit erbjudna att medverka i ett sjukhusbaserat rehabiliteringsprogram var oförmögna att lämna hemmet på grund av att de hade en make eller maka som var ännu sjukare än de själva och som de var tvungna att ta hand om (Jones et al., 2007).

En studie visade att patienterna trodde att det kunde vara bra med rehabiliteringsprogram på ett sjukhus men deltog inte av andra skäl (Jackson et al., 2012). Patienterna uppgav orsaker som svårtillgänglighet på grund av lång och jobbig resväg och vissa jobbade sena kvällar vilket gjorde att de inte kunde delta vid rehabiliteringstillfällena vid sjukhuset (Jackson et al., 2012; Jones et al., 2007).

Vissa patienter upplevde att det endast deltog gamla människor i rehabiliteringsgrupperna på sjukhuset varför de själva som upplevde att de var yngre kände sig obekväma i situationen. En del tyckte att det var alldeles för mycket folk där samtidigt och tyckte därför inte om det.

Några patienter väntade fortfarande på en inbjudan till att delta i en rehabiliteringsgrupp på sjukhuset. De ville gärna delta men på grund av missförstånd hade de inte erhållit någon inbjudan (Jones et al., 2007).

I en studie nämnde patienter att de kände sig förmögna att göra livsstilsförändringar på egen hand och valde därför att inte medverka i rehabiliteringsgruppen. De fick även en broschyr ”heart manual” med information och råd som många använde sig av på egen hand. I samma studie nämnde dock nästan hälften av patienterna att bristande motivation var en av anledningarna till att de inte deltog i ett rehabiliteringsprogram (Jones et al., 2007).

6.3 RÄDSLOR RELATERAT TILL LIVSSTILSFÖRÄNDRINGAR

Rädslan för att drabbas av ytterligare en hjärtinfarkt gjorde en del av patienterna inskränkta i sina dagliga aktiviteter. De var rädda för att vara ensamma om något skulle inträffa, vara långt ifrån ett sjukhus och undvek därför att resa till ställen där det inte fanns något sjukhus i närheten. Rädslan gjorde att de inte vågade testa gränser och fick dem att undvika fysisk aktivitet (Kristofferzon et al., 2008).

Kvinnorna beskrev att de inte längre vågade göra saker själva som t.ex. trädgårdsarbete där de var tvungna att klättra på stegar och kände ett behov av att alltid ha någon i närheten. En del avstod från roliga aktiviteter med vänner och familj på grund av rädslan för en ny hjärtinfarkt (Stevens & Thomas, 2012).

Patienter upplevde att det som begränsade deras fysiska aktivitet var rädsla, både för själva sjukdomen och för att de skulle ha fått otillräcklig eller fel medicinering. De var också rädda för att uppleva smärta och kände en rädsla inför döden. I en studie visade det sig att patienter var rädda för att bli av med sitt arbete och förlora sin inkomst. Detta i sig genererade en psykisk stress hos patienterna och de upplevde även att arbetet i sig var stressande och krävande (Joubert et al., 2013).

6.4 STÖD OCH INFORMATION FRÅN SJUKVÅRDEN

I samband med rehabiliteringsprocessen efter en hjärtinfarkt kände patienter att de inte fick tillräckligt med stöd från vården (Jackson et al., 2012; Joubert et al., 2013; Sjöström-Strand et al., 2011). Brist på information och brist på information som var lätt att förstå var ett stort problem (Sjöström-Strand et al., 2011). De hade fått information om att de hade fått en hjärtinfarkt men hade inte blivit informerade om varför. Flera deltagare hade inte heller fått någon förvarning om konsekvenser efter en hjärtinfarkt, som extrem trötthet. Utan den informationen hade första tiden efter utskrivningen blivit mycket svår. Så här uttrycker sig en av deltagarna i studien:

”...I think you could definitely do better preparing people because nothing on that sheet was there for what to expect from your feelings, for example. There was nothing on there saying, you know, prepare yourself for this type feelings, but it is natural... I was scared. I mean, my God, I was just scared...” (Stevens & Thomas, 2012, p. 1006)

På grund av den bristande informationen visste inte heller flera av de drabbade hur mycket fysisk aktivitet de vågade utsätta sin kropp för. De visste att de var tvungna att göra livsstilsförändringar men visste inte till vilken grad eller hur mycket kroppen klarade av (Stevens & Thomas, 2012)

En stor frustration fanns bland deltagarna över att inte få tillräckligt med hjälp och stöttning i att lägga om sitt liv och sedan bibehålla livsstilsförändringarna långsiktigt. De saknade uppföljning och ett emotionellt stöd och klarade inte av att själva hitta motivationen till förändringar, som att sluta röka (Jackson et al., 2012; Jones et al., 2007; Sjöström-Strand et al., 2011).

En annan grupp av deltagare såg ingen mening med att delta i något rehabiliteringsprogram. Några trodde inte på att förändringar som de själv gjorde i sin livsstil skulle göra någon skillnad i deras hälsa, de var övertygade om att endast medicinsk hjälp kunde bota deras symtom (Jackson et al., 2012). Andra tyckte sig vara fullt medvetna om vilka förändringar de behövde göra och upplevde inte att de behövde någon hjälp från vården för att genomföra dem (Jones et al., 2007)

En del patienter ville gärna delta i någon typ av rehabiliteringsprogram men hade inte blivit informerade om möjligheten (Jackson et al., 2012). De personer som deltog i ett rehabiliteringsprogram tyckte att det hade en stor betydelse i deras återhämtning (Joubert et al., 2013). Förutom att det var trevligt att träffa andra i samma situation blev de motiverade till livsstilsförändringar och fick ta del av information som de kunde ha nytta av. Även skriftlig information om mediciner och kostråd uppskattades mycket (Jones et al., 2007). Efter ett avslutat rehabiliteringsprogram kände dock några deltagare att de skulle behöva ett fortsatt stöd för att kunna bibehålla en hälsosam livsstil (Sjöström-Strand et al., 2011)

En annan orsak till varierande motivation för livsstilsförändringar på hjärtinfarktpatienter kan handla om vilken typ av infarkt de har drabbats av, om det är en NSTEMI eller en STEMI. Vid en NSTEMI blev det ofta en initial otydlighet och oklarhet om diagnos och allvarlighetsgrad av diagnos. Vid en NSTEMI kan också behandlingen dröja. Detta kunde man se ledde till låg motivation till livsstilsförändringar. Drabbades man däremot av en STEMI fick man ofta behandling snabbt och tydlig information om diagnos och tillstånd vilket ledde till en hög motivation till förändringar (Dullaghan, Lusk, Donnelly, McGeough, & Fitzsimons, 2013; L. Dullaghan et al., 2013).

6.5 KROPPEN SVIKER

I rehabiliteringsprocessen uppkom ett behov av att hålla uppe en frisk fasad hos flera av de drabbade männen. Hjärtinfarkten blev för dem ett tecken på svaghet som de ville dölja för omgivningen (Allison & Campbell, 2009). I samma studie intervjuas David, 48 år. Han beskrev sitt behov av att hålla uppe en stark fasad för sin fru:

"I think we did cry together, actually, the first night or two, in the dark, when all lights were out, you know, but other than that you try to be strong about it."
(Allison & Campbell, 2009, p. 121).

Enligt Kristofferzon et al. (2008) hade också många män svårt att acceptera konsekvenserna av en hjärtinfarkt. Många sköt undan råden de fått från vården om att ha ett lugnare tempo i vardagen och fortsatte istället att leva precis som innan insjuknandet.

Männen beskriver en känsla av att ha blivit svikna av sina egna kroppar vilket i sin tur gav en känsla av att vara värdelös. Tom, 55 år, beskriver känslan:

"I feel useless. I've got to get into my mind that it isn't going to be the way it used to be. At one time I could carry 120 pounds and walk 30 miles with it on

my back, now I've got to get somebody to carry me.” (Allison & Campbell, 2009, p. 120).

Även kvinnorna upplevde sig osäkra och svikna av sina kroppar efter hjärtinfarkten (Sjöström-Strand et al., 2011). Det största problemet kvinnorna upplevde var brist på energi, de orkade inte göra samma saker som innan insjuknandet på grund av trötthet, de behövde ständigt vila. Kroppen kändes förändrad, trasig, och det var svårt att acceptera (Stevens & Thomas, 2012). Problemet med en återkommande trötthet kvarstod flera år efter hjärtinfarkten (Sjöström-Strand et al., 2011).

6.6 EN VÄNDPUNKT I LIVET

Att drabbas av en hjärtinfarkt är något som de flesta upplever som en mycket dramatisk händelse i livet. ”Nära-döden-upplevelsen” som en hjärtinfarkt kan innebära gör att många drabbade beskrev insjuknandet som en vändpunkt i livet (Groleau et al., 2010). En känsla som tydligt beskrev denna vändpunkt var en nytillkommen tacksamhet för livet (Coyle, 2009; Sjöström-Strand et al., 2011). De drabbade upplever att de fick en andra chans i livet och att det var den känslan som gav motivation till livsstilsförändringar (Kristofferzon et al., 2008; Sjöström-Strand et al., 2011).

Känslan av att ha fått en andra chans fick också många av de drabbade att ifrågasätta sin tidigare livsstil. De uttryckte en besvikelse över att de lagt ner så mycket av sina liv på karriär och jobb, livet hade inte blivit som de förväntat sig (Allison & Campbell, 2009). Efter hjärtinfarkten ville de skapa mer livskvalitet genom att umgås mer med nära och kära, anhöriga blev på så vis också en källa till motivation. De ville inte riskera att lämna livet och de anhöriga (Groleau et al., 2010). Flera män beskrev att hjärtinfarkten fick dem att inse vikten av att prata om känslor, att öppna upp sig mer för andra och att de nu kunde prata om sina problem på ett nytt sätt (Kristofferzon et al., 2008).

7. DISKUSSION

7.1 METODDISKUSSION

Eftersom detta arbete syftar till att belysa patienters subjektiva upplevelse av motivationen till livsstilsförändringar efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt så resulterade artikelsökningarna nästan endast i kvalitativa studier. De kvantitativa artiklar som sökningarna resulterade i valdes bort på grund av irrelevans. På grund av att alla granskade artiklar var kvalitativa valde vi att göra en litteraturanlys av kvalitativ forskning enligt (Friberg, 2012).

I sökarbetet användes databaserna Cinahl och PubMed. Att fler databaser inte användes, exempelvis Scopus som också har sin grund i ämnet omvårdnad till skillnad från PubMed som har en mer medicinsk utgångspunkt, kan såhär i efterhand ses som en begränsning. Det hade kunnat resultera i fler lämpliga artiklar. Sökorden som användes tyckte vi täckte vårt område bra, däremot hade fler sökord kunna leda till ännu fler relevanta artiklar. Sökorden användes i alla kombinationer som tycktes relevanta och även boolesk sökning och trunkering användes för att ett så stort område som möjligt skulle täckas in.

Under analysarbetet lästes artiklarna igenom noggrant och allt som tycktes relevant för vårt syfte lyftes ur till ett eget dokument. I dokumentet delades sedan stycken in efter teman. De

teman som tydligt kunde identifieras var *livsstilsförändringar, orsaker till icke-deltagande i rehabiliteringsgrupper, stöd från närstående, rädsla, stöd och information från sjukvården, kroppen sviker och en vändpunkt i livet*. Under dessa teman kunde all information som vi hämtat i artiklarna sorteras in och utgjorde sedan grunden för resultatet. För att ytterligare stärka vissa påståenden i resultatet hämtades fem citat direkt ur artiklarna.

De artiklar som användes har alla gjorts i engelsktalande länder (Storbritannien, USA, Kanada och Australien) förutom tre stycken som har svenskt ursprung (se bilaga 2). Det användes inga inklusions- eller exklusionskriterier gällande länder i artikelsökningen, ändå resulterade sökningarna som gjordes endast i studier gjorda i västvärlden. Eftersom hjärtinfarkt är en vanligare dödsorsak i höginkomstländer (som Storbritannien, USA, Kanada, Australien och Sverige) än i låginkomstländer ansåg vi att det var logiskt att mer forskning hade utförts i de länderna.

Vår egen förståelse kan ha färgat resultatet men det är svårt att säga till vilken grad. För att förhindra detta kunde vi ha satt oss ner och pratat igenom vilka förutfattade meningar vi hade om ämnet, innan sökandet av artiklar påbörjades. På det sättet kunde vi kanske ha blivit mer medvetna genom arbetets gång om hur vår egen förståelse och våra egna erfarenheter färgade det vi kom fram till. Detta gjordes emellertid inte, utan är något att tänka på till nästa gång.

7.2 RESULTATDISKUSSION

I flera studier (Allison & Campbell, 2009; Jones et al., 2007; Kristofferzon et al., 2008; Sjöström-Strand et al., 2011) var patienterna motiverade att genomföra livsstilsförändringar och använde sig av olika strategier för att åstadkomma detta. Några deltog i rehabiliteringsprogram antingen vid ett sjukhus eller i hemmet. Andra försökte genomföra livsstilsförändringar på egen hand. Dessa patienter hade troligtvis erhållit tillräcklig kunskap och information och var motiverade till att genomföra förändringar i sin livsstil efter en hjärtinfarkt. I flera av studierna (Jackson et al., 2012; Jones et al., 2007; Joubert et al., 2013; Kristofferzon et al., 2008; Sjöström-Strand et al., 2011; Stevens & Thomas, 2012) framkom det emellertid att det fanns patienter som inte var nöjda med kontakten med hälso- och sjukvården eller som inte hade tillräcklig motivation att genomföra livsstilsförändringar. Dessa patienter är viktiga att fånga upp. Hur ska sjukvården gå tillväga för att alla patienter ska känna sig nöjda med uppföljningen och motiverade till att genomföra livsstilsförändringar när det behövs? Med den frågan som utgångspunkt har fokus i resultatdiskussionen lagts på vilka faktorer som spelar roll för att patienten ska uppleva ett stöd från sjukvården. Fokus har även lagts på vilka faktorer som medverkar till det motsatta, alltså att patienten inte upplever tillräckligt med stöd från vården eller inte känner sig hjälpt av den rehabiliteringsvård som erbjuds.

Något som framkom i resultatet var att patienter som var deprimerade hade sämre fysisk funktion än de som inte var det (Joubert et al., 2013). Depression är vanligt förekommande efter hjärtinfarkt och dödligheten bland hjärtinfarktpatienter som drabbas av en depression är högre (Hansen, 2006). Vanliga symtom vid depression är initiativlöshet och känslor av meningslöshet (Ledin, 2013) vilket gör att det kan bli svårare för dessa patienter att genomföra livsstilsförändringar. Därför är det av stor vikt att dessa patienter uppmärksammas och behandlas för sin depression redan i ett tidigt stadium.

Bristande motivation var en orsak som patienter (Jones et al., 2007) nämnde som en anledning till dålig följsamhet i rehabiliteringen, något som också Doyle, Fitzsimons, McKeown, and McAloon (2012) kommit fram till. Motiverande samtal är ett förhållningssätt som hälso- och sjukvården kan använda sig av för att stärka patientens motivation. Motiverande samtal går ut på att hjälpa patienten att identifiera problem, själv formulera anledningar till förändring och att stötta patienten i beslutet att genomföra livsstilsförändringar (Socialstyrelsen, 2013).

I två studier nämnde patienter stöd från anhöriga som en stor resurs (Jones et al., 2007; Sjöström-Strand et al., 2011) och de som inte hade detta stöd upplevde att de saknade det (Sjöström-Strand et al., 2011). Detta stöds även av en studie gjord av Kärner, Tingström, Abrandt-Dahlgren, and Bergdahl (2005). Det är viktigt från sjukvårdens sida att samtala med de anhöriga till patienter som har haft en hjärtinfarkt och tillgodose deras behov av kunskap för att de ska kunna stötta den som har drabbats av en hjärtinfarkt. Detta är också viktigt för att patienten ska kunna känna en acceptans från närstående över att inte ha samma ork som de hade innan hjärtinfarkten. De patienter som inte har anhöriga som kan stötta dem i rehabiliteringsprocessen är viktiga att fånga upp och de kan behöva ett större stöd från vården och tätare uppföljningar.

Patienter i flera studier upplevde en stor rädsla för att utföra fysisk aktivitet (Joubert et al., 2013; Kristofferzon et al., 2008; Stevens & Thomas, 2012). De var rädda för smärta och för döden. En del var även oroliga för att de hade fått fel medicinering (Joubert et al., 2013). Vissa patienter hade fått information om att de skulle vara fysiskt aktiva men saknade information om hur aktiva de kunde vara (Stevens & Thomas, 2012). Detta tyder på att dessa patienter inte har fått den information och kunskap som de har behövt, eller att de har fått informationen vid ett tillfälle då de inte var mottagliga för det. Hälso- och sjukvårdspersonal bör i situationer när det handlar om livsstilsförändringar fokusera på att undervisa patienten istället för att endast informera.

I resultatet framkom bland annat att patienter som hade blivit inbjudna att delta i ett rehabiliteringsprogram hade blandade inställningar till det. De som var positiva till att delta i rehabiliteringsprogram vid ett sjukhus tyckte att det faktum att de fick delta i detta tillsammans med andra gav dem motivation till att genomföra livsstilsförändringar (Jones et al., 2007; Joubert et al., 2013). De patienter som valde att inte delta i grupprehabiliteringen angav olika anledningar till detta. Det kunde handla om att det var fel tid och plats eller att innehållet i aktiviteterna inte passade dem på grund av andra sjukdomar som hindrade dem från att utföra vissa typer av fysiska aktiviteter. En del patienter modifierade de rekommenderade fysiska aktiviteterna som de erhållit från vården för att de skulle passa in i deras livsstil. Några patienter kände sig obekväma vid gruppaktiviteterna på grund av att det var för mycket folk eller att de upplevde ett utanförskap i gruppen. Några få patienter hade av olika anledningar inte fått en inbjudan att delta i grupprehabilitering trots att de ville vara med (Jones et al., 2007). Vår slutsats av detta är att det är viktigt att erbjuda alla patienter någon form av rehabilitering, antingen på sjukhus eller i patientens hem. Patienten bör erhålla den önskade rehabiliteringen och vid utformning av aktiviteter måste hänsyn tas till varje patient och anpassas efter dennes liv och förutsättningar. För att patienten ska kunna ta ett väl genomtänkt beslut om att själv ta ansvar för sin rehabilitering krävs det att hälso- och sjukvårdspersonal ger patienten goda förutsättningar för detta och här kan man använda sig av empowerment (Eldh, 2009). Det innebär då att försäkra sig om att patienten har en förståelse för innehållet i grupprehabiliteringen. Patienten måste också ha insikt om de

livsstilsförändringar som är nödvändiga att genomföra. Först då kan patienten ta ett välgrundat beslut om att på egen hand ta ansvar för sin rehabilitering. För att ingen patient ska glömmas bort eller missas tror vi att det är viktigt att sjukvården skickar ut påminnelser eller kontakter de patienter på nytt som inte dyker upp vid grupprehabiliteringen.

Patienter i flera studier (Jackson et al., 2012; Jones et al., 2007; Sjöström-Strand et al., 2011) upplevde att de inte fick tillräckligt stöd från hälso- och sjukvården gällande att bibehålla de livsstilsförändringar som de åstadkommit, något som även visades i en studie av Condon and McCarthy (2006). De som hade deltagit i ett rehabiliteringsprogram vid ett sjukhus upplevde att de behövde fortsatt stöd efter att programmet slutade (Sjöström-Strand et al., 2011). Här skulle man kunna erbjuda patienter uppföljning i form av samtal för att upprätthålla motivationen. För patienter som varit rökare innan hjärtinfarkten är det viktigt att erbjuda hjälp med rökavvänjning.

I två studier framkom att patienters motivation och sjukdomsinsikt kan påverkas av vilken typ av hjärtinfarkt patienten drabbas av och även av vilken behandling patienten får. Patienter som drabbats av en STEMI fick en snabbt ställd diagnos med hjälp av EKG och fick också en snabb behandling vilken de upplevde som livräddande. Dessa patienter hade större sjukdomsinsikt och högre motivation till livsstilsförändringar än vad patienter som drabbats av en NSTEMI hade. Patienter med en NSTEMI upplevde inte de insatta åtgärderna som livräddande och själva hjärtinfarkten som mindre dramatisk eftersom både diagnos och åtgärder ofta dröjde. Det rådde också en oklarhet om dessa patienters diagnos och hur allvarlig deras situation var (Lisa Dullaghan et al., 2013; L. Dullaghan et al., 2013). Vi tror att dessa patienter som drabbats av en NSTEMI och upplevde sin situation på det här sättet hade en låg känsla av sammanhang, så som beskrivs i litteraturen (Langius-Eklöf, 2009). De kan ha saknat begriplighet och förstod därför inte varför just de hade drabbats av en hjärtinfarkt. Att sakna begriplighet kan också ha en inverkan på hanterbarheten som handlar om vilka resurser och verktyg patienten har för att hantera situationen. Exempelvis kan det vara svårt att åstadkomma livsstilsförändringar om patienten inte förstår vad som har hänt eller varför det drabbat just honom eller henne. Det kan även vara svårt att finna motivation till att genomföra livsstilsförändringar när begripligheten inte finns. Detta är viktigt att vara medveten om som hälso- och sjukvårdspersonal för att kunna ge patienter som är diagnostiserade med NSTEMI noggrann undervisning och bidra till en ökad känsla av sammanhang.

8. KONKLUSION

Eftersom hjärt- och kärlsjukdomar är de vanligaste dödsorsakerna i västvärlden idag så kommer alla sjuksköterskor med största sannolikhet någon gång vårda en patient som drabbats av en hjärtinfarkt. I och med denna uppsats har vi fått en större inblick i hur patienterna själva hanterar omställningen efter en hjärtinfarkt och kan på så vis också urskilja hur stor roll hälso- och sjukvården spelar i patientens återhämningsprocess. Något som framkom i resultatet var vikten av att information och undervisning är lätt tillgänglig och att den ges på ett sätt som är anpassat efter individ och tillfälle. Det är viktigt att som sjuksköterska försäkra sig om att patienten tagit till sig informationen som tillhandahållits och hjälpa patienten att implementera den i sitt dagliga liv och återhämtning. Motiverande samtal kan vara bra att använda i denna process.

Hälso- och sjukvården ser olika ut i olika delar av världen, med olika system och rutiner när det gäller både akut sjukvård och uppföljningar. Emellertid tror vi att människor i alla delar av

världen kan vara i behov av hjälp och stöd av professionell hälso- och sjukvårdspersonal när det gäller livsstilsförändringar efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt. För att förbättra hjärtsjukvården på lokal nivå så anser vi att det behövs djupare forskning på och sammanställningar av patienters upplevelser av svensk hjärtsjukvård.

9. REFERENSER

- Allison, M., & Campbell, C. (2009). "Maybe it could be a heart attack . . . but i'm only 31": Young men's lived experience of myocardial infarction--an exploratory study. *Am J Mens Health*, 3(2), 116-125. doi: 10.1177/1557988307308519
- Antonovsky, A., & Elfstadius, M. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och kultur.
- Appelberg, K. (2013). Hjärtrapporten 2013 - En sammanfattning av hjärthälsoläget i Sverige. Retrieved 3 november, 2013, from www.hjart-lungfonden.se/Documents/Rapporter/Hjartrapport_2013.pdf
- Barth, T., & Näsholm, C. (2006). *Motiverande samtal - MI: att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Lund: Studentlitteratur.
- Condon, C., & McCarthy, G. (2006). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: patients perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(1), 37-44.
- Coyle, M. K. (2009). Over time: reflections after a myocardial infarction. *Holistic Nursing Practice*, 23(1), 49-56. doi: 10.1097/01.HNP.0000343209.56710.2a
- Doyle, B., Fitzsimons, D., McKeown, P., & McAloon, T. (2012). Understanding dietary decision-making in patients attending a secondary prevention clinic following myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 21(1/2), 32-41. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03636.x
- Dullaghan, L., Lusk, L., Donnelly, P., McGeough, M., & Fitzsimons, D. (2013). Communicating with people who have experienced heart attack. *Emergency Nurse*, 21(6), 33-36. doi: 10.7748/en2013.10.21.6.33.e1203
- Dullaghan, L., Lusk, L., McGeough, M., Donnelly, P., Herity, N., & Fitzsimons, D. (2013). '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. *Eur J Cardiovasc Nurs*. doi: 10.1177/1474515113491649
- Eldh, A.-C. (2009). Delaktighet och gemenskap. In A.-K. Edberg & H. Wijk (Eds.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (pp. 45-62). Lund: Studentlitteratur.
- Engström, B., & Svensk, S. (2007). *Patientundervisning och patienters lärande*. Stockholm: Gothia.
- Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Groleau, D., Whitley, R., Lesperance, F., & Kirmayer, L. J. (2010). Spiritual reconfigurations of self after a myocardial infarction: Influence of culture and place. *Health Place*, 16(5), 853-860. doi: 10.1016/j.healthplace.2010.04.010
- Hansen, A. (2006). Vid depression efter hjärtinfarkt – ge SSRI. Retrieved 12 december, 2013, from <http://www.lakartidningen.se/07engine.php?articleId=3802>
- Jackson, A. M., McKinstry, B., Gregory, S., & Amos, A. (2012). A qualitative study exploring why people do not participate in cardiac rehabilitation and coronary heart disease self-help groups, and their rehabilitation experience without these resources. *Prim Health Care Res Dev*, 13(1), 30-41. doi: 10.1017/s1463423611000284
- Jones, M., Jolly, K., Raftery, J., Lip, G. Y., & Greenfield, S. (2007). 'DNA' may not mean 'did not participate': a qualitative study of reasons for non-adherence at home- and centre-based cardiac rehabilitation. *Family Practice*, 24(4), 343-357. doi: 10.1093/fampra/cmm021
- Joubert, L., Holland, L., Maturano, A., Lee, J., & McNeill, J. (2013). The Contribution of Psychosocial Factors to Secondary Risk Prevention for Myocardial Infarction in Young Adults. *Social Work in Health Care*, 52(2/3), 191-206. doi: 10.1080/00981389.2012.737897
- Kallenberg, J. (2013). Så undviker du hjärt-kärlsjukdom. Retrieved 1 november, 2013, from www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Mer-om/Sa-undviker-du-hjart-karlsjukdom/
- 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.

- Kärner, A., Tingström, P., Abrandt-Dahlgren, M., & Bergdahl, B. (2005). Incentives for lifestyle changes in patients with coronary heart disease. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 261-275. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03467.x
- Langius-Eklöf, A. (2009). Känsla av sammanhang. In A.-K. Edberg & H. Wijk (Eds.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (pp. 95-113). Lund: Studentlitteratur.
- Ledin, C. (2013, 13-11-20). Depression. Retrieved 12 december, 2013, from <http://www.1177.se/Vastra-Gotaland/Fakta-och-rad/Sjukdomar/Depression/>
- Persson, J., & Stagmo, M. (2008). *Perssons kardiologi - Hjärtsjukdomar hos vuxna* (Vol. 6:2). Lund: Studentlitteratur.
- Rodwell, C. M. (1996). An analysis of the concept of empowerment. *Journal of advanced nursing*, 23(2), 305-313.
- Roos, I. (2012). Stress och överlevnad. Retrieved 1 november, 2013, from www.vardguiden.se/Tema/Halsa/Stress-och-aterhamtning/
- Sjöholm, Å. (2012). Diabetes, makrovaskulära komplikationer. Retrieved 1 november, 2013, from www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=1042
- Sjöström-Strand, A., Ivarsson, B., & Sjöberg, T. (2011). Women's experience of a myocardial infarction: 5 years later. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 459-466. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00849.x
- Socialstyrelsen. (2012). Hjärtinfarkter 1987-2011. Retrieved 3 november, 2013, from www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18921/2012-12-21.pdf
- Socialstyrelsen. (2013). Motiverande samtal. Retrieved 12 december, 2013, from <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/motiverandesamtal>
- Stevens, S., & Thomas, S. P. (2012). Recovery of midlife women from myocardial infarction. *Health Care Women Int*, 33(12), 1096-1113. doi: 10.1080/07399332.2012.684815
- Strömberg, A. (2009). *Cirkulation* (Vol. 1:2). Lund: Studentlitteratur.
- Tingström, P. (2009). Information och utbildning. In A.-K. Edberg & H. Wijk (Eds.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (pp. 65-92). Lund: Studentlitteratur.
- WHO. (2011, Juli 2013). The top 10 causes of death. Retrieved 3 december, 2013, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index1.html>

Bilaga 1: Sökprocessen

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal valda artiklar
2013-10-25	Cinahl	myocardial infarction + lifestyle* + change* + motivation*	År 2008 – 2013 Peer reviewed English language	8	3
2013-10-25	Cinahl	myocardial infarction + lifestyle* + change* + experience*	År 2008 – 2013 Peer reviewed English language	15	5
2013-10-25	Cinahl	myocardial infarction + lifestyle* + modification* + motivation*	År 2008 – 2013 Peer reviewed English language	1	0
2013-10-25	Cinahl	myocardial infarction + lifestyle* + modification* + experience*	År 2008 – 2013 Peer reviewed English language	4	0
2013-11-04	Cinahl	Myocardial infarction + secondary prevention + motivation*	År 2008 – 2013 Peer reviewed English language	3	1
2013-11-04	Cinahl	Myocardial infarction + secondary prevention + experience*	År 2008 – 2013 Peer reviewed English language	7	0
2013-10-25	PubMed	myocardial infarction lifestyle change motivation	Publication dates 5 years English language	8	1
2013-10-25	PubMed	myocardial infarction lifestyle change experience	Publication dates 5 years English language	8	3
2013-10-25	PubMed	myocardial infarction lifestyle modification motivation	Publication dates 5 years English language	1	0
2013-10-25	PubMed	myocardial infarction lifestyle modification experience	Publication dates 5 years English language	0	0

2013-11-04	PubMed	Myocardial infarction secondary prevention motivation	Publication dates 5 years English language	12	1
2013-11-04	PubMed	Myocardial infarction secondary prevention experience	Publication dates 5 years English language	25	1

Bilaga 2: Artikelstabell

Artikel		Syfte	Metod/Urval
Titel:	Managing consequences and finding hope – experiences of Swedish women and men 4-6 months after myocardial infarction.	Att beskriva svenska kvinnors och mäns upplevelser av det dagliga livet 4-6 månader efter en hjärtinfarkt och deras förväntningar och farhågor inför framtiden.	Semi-strukturerade intervjuer med 20 kvinnor och 19 män som sedan tolkades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.
Författare:	Kristofferzon, M-L., Löfmark, R., & Carlsson, M.		
Tidskrift:	Journal Compilation		
Årtal:	2008		
Land:	Sverige		
Titel:	Women's experience of a myocardial infarction: 5 years later	Att undersöka hur kvinnor som drabbats av en hjärtinfarkt upplevde sin hälsa och sitt dagliga liv fem år efter infarkten.	En explorativ och deskriptiv design inspirerad av fenomenografi valdes och semi-strukturerade intervjuer användes för att samla in data från 12 patienter som ingått i en, av författarna, tidigare gjord studie.
Författare:	Sjöström-Strand, A., Ivarsson, B., & Sjöberg, T.		
Tidskrift:	Scandinavian journal of caring sciences.		
Årtal:	2010		
Land:	Sverige		
Titel:	Recovery of midlife women from myocardial infarction	Att undersöka medelålders kvinnors upplevelser av att ha drabbats av en hjärtinfarkt och återvänt hem för att återhämta sig.	8 medelålders kvinnor intervjuades ansikte mot ansikte om deras upplevelser efter hjärtinfarkten. Intervjuerna transkriberades sedan
Författare:	Stevens, S., & Thomas, S. P.		

Tidskrift:	Health care for women international.		och data analyserades med en fenomenologisk metod baserad på filosofin av Merleau-Ponty.
Årtal:	2012		
Land:	USA		
Titel:	'DNA' may not mean 'did not participate': a qualitative study of reasons for non-adherence at home- and centre-based cardiac rehabilitation	Att undersöka anledningen till att patienter som haft en hjärtinfarkt inte deltog i rehabiliteringsprogram både i sjukhus- och i hemmiljö.	49 patienter rekryterades från ett rehabiliteringsprogram där de som hade valt att inte delta i programmet kontaktades och fick frågan om de ville delta i studien. Författarna utförde semi-strukturerade intervjuer och de deltagande var kvinnor, etniska minoritetsgrupper, äldre personer och medelålders män. Intervjuerna transkriberades sedan och transkripten delades in i teman och underteman.
Författare:	Jones, M., Jolly, K., Raftery, J., Lip, G.YH., & Greenfield, S.		
Tidskrift:	Family practice		
Årtal:	2007		
Land:	Storbritannien		
Titel:	Communicating with people who have experienced heart attack	Att jämföra patienters upplevelser av olika behandlingar av hjärtinfarkt. Både patienter med STEMI och NSTEMI och de olika behandlingar som patienterna erhöll beroende på vilken typ av hjärtinfarkt de hade. Studien gick även ut på	104 patienter deltog i studien som utgjordes av en kombinerad metod av klinisk undersökning, standardiserade frågeformulär, och semistrukturerade intervjuer. Artikeln beskriver dock bara intervjudelen av
Författare:	Dullaghan, L., Lusk, L., Donnelly, P., McGeough, M., & Fitzsimons, D.		
Tidskrift:	Emergency Nurse		

Årtal:	2013	att undersöka om diagnos och behandling påverkade patienters uppfattning av sin sjukdom och deras motivation till livsstilsförändringar efteråt.	studien, resten har presenterats på annat håll.
Land:	Storbritannien		
Titel:	The contribution of psychosocial factors to secondary risk prevention for myocardial infarction in young adults.	Att utforska inverkan av psykosociala faktorer, såsom fysiskt och psykiskt välmående, depression och socialt stöd, på sekundär prevention hos patienter under 55 år som genomgått en hjärtinfarkt.	”Mixed methods”, en kombination av standardiserade frågeformulär och semi-strukturerade intervjuer. 21 patienter deltog i studien.
Författare:	Joubert, L., Holland, L., Maturano, A., Lee, J., & McNeill, J.		
Tidskrift:	Social work in health care		
Årtal:	2013		
Land:	Australien		
Titel:	'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.	Att undersöka och jämföra patienters upplevelse av sjukdom och deras motivation till livsstilsförändring efter hjärtinfarkt som behandlats på olika sätt.	Kvalitativ studie. 15 personer rekryterades från tre stora sjukhus. Alla hade senaste månaden drabbats av hjärtinfarkt för första gången. Semi-strukturerade intervjuer gjordes, spelades in, transkriberades och analyserades.
Författare:	Dullaghan, L., Lusk, L., McGeough, M., Donnelly, P., Herity, N., Fitzsimons, D.		
Tidskrift:	European journal of cardiovascular nursing		

Årtal:	2013		
Land:	Storbritannien		
Titel:	Spiritual reconfigurations of self after a myocardial infarction: Influence of culture and place	Att utforska vilken betydelse andligheten har för patienter vid återhämtningen efter en hjärtinfarkt.	Kvalitativ studie. 51 män och kvinnor i Quebec-området i åldrarna 23-70 år intervjuades. Personerna rekryterades från fem olika sjukhus och hade drabbats av en hjärtinfarkt någon gång de senaste tre månaderna. Semi-strukturerade intervjuer gjorde, transkriberades och kodades i teman. Efter att de 12 första intervjuerna kodats framkom inga nya teman.
Författare:	Groleau, D., Whitley, R., Lesperance, F., Kirmayr, L. J.		
Tidskrift:	Health Place		
Årtal:	2010		
Land:	Kanada		
Titel:	"Maybe it could be a heart attack . . . but i'm only 31": Young men's lived experience of myocardial infarction--an exploratory study	Att undersöka den subjektiva upplevelsen av en hjärtinfarkt hos yngre män, för att om möjligt identifiera riskfaktorer och i förlängningen kanske kunna förbättra diagnosen för denna grupp.	Kvalitativ studie, semi-strukturerade intervjuer. 7 män mellan 32 och 58 år intervjuades. Alla hade drabbats av en hjärtinfarkt någon gång de senaste 12 månaderna och rekryterades till studien via ett rehabiliteringsprogram i nordöstra England.
Författare:	Allison, M., Campbell, C.		
Tidskrift:	American journal of men's health		
Årtal:	2009		
Land:	Storbritannien		

Titel:	A qualitative study exploring why people do not participate in cardiac rehabilitation and coronary heart disease self-help groups, and their rehabilitation experience without these resources. 2011 Storbritannien	Att få en djupare förståelse i rehabiliteringsprocessen för personer som drabbats av en hjärtinfarkt och inte närvarar vid någon typ av rehabiliteringsgrupp.	Kvalitativ studie. Intervjuer gjordes med 27 personer som drabbats av hjärtinfarkt någon gång de senaste 8-15 månaderna. De rekryterades via brev. 17 nära anhöriga intervjuades också. Intervjuerna spelades in, transkriberades och analyserades i teman.
Författare:	Jackson, A-M., McKinstry, B., Gregory, S., Amos, A.		
Tidskrift:	Cambridge University Press		
Årtal:	2011		
Land:	Storbritannien		
Titel:	Over Time. Reflections After a Myocardial Infarction. 2009 USA	Att skapa en djupare förståelse för patienters återhämtning efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt och inte deltar i något rehabiliteringsprogram.	Kvalitativ studie. 62 personer rekryterades efter att ha blivit diagnostiserade med hjärtinfarkt. Intervjuer gjordes på sjukhuset, 2 veckor efter utskrivning samt 30 dagar efter utskrivning. Intervjuerna analyserades och kodades i teman.
Författare:	Coyle, M-K.		
Tidskrift:	Holistic Nursing Practice		
Årtal:	2009		
Land:	USA		